



EHESP

Master 2 Parcours AMOS

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Septembre 2021**

**Changement d'un système d'information
hospitalier et réorganisation des pratiques**

L'exemple d'un projet de conception et d'implantation
d'un nouveau SI à l'échelle du Groupe Ramsay Santé

Manon VEUILLET

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à l'aide précieuse de différentes personnes que je souhaitais remercier tout particulièrement.

Tout d'abord, je remercie Monsieur Bertrand Vigneron, mon référent durant ce travail, qui m'a accompagnée et conseillée dans son élaboration,

Aussi, je remercie l'ensemble des enseignants croisés durant ces deux années à l'EHESP pour les connaissances et les outils qu'ils m'ont transmis afin d'appréhender au mieux ce passionnant champ d'étude qu'est la santé publique,

Je remercie également tous mes enquêtés qui ont pris de leur temps pour répondre à mes questions avec précision,

Aussi, je souhaitais remercier Manuela De Oliveira et Jamel Ouanda qui m'ont permis d'accéder à cette belle opportunité de stage,

De plus, je remercie Oriane Le Henaff de m'avoir intégrée au sein de l'équipe de la direction projets des opérations,

Je remercie l'ensemble des personnes avec lesquelles j'ai travaillé durant mon stage, et plus particulièrement, Clara Gayou, Manuella Nanga-Foka, Stéphanie Boulet et Aurélie Pommarel aux côtés desquelles j'ai pu m'ouvrir au champ de la gestion de projet SI. Je les remercie pour leur bienveillance et leurs explications qui ont éclairé et traduit ce nouveau langage qui me paraît aujourd'hui beaucoup plus limpide.

Enfin, ces remerciements ne seraient pas complets si je ne dédiais pas une de ces lignes à mon entourage pour son soutien et sa patience durant la réalisation de ce travail.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie.....	6
I. Contexte et historique du projet <i>Parcours</i> et les enjeux associés	9
1. Les SI comme leviers dans la coordination des parcours de soins.....	9
a) Une volonté affirmée des pouvoirs publics de développer des outils numériques comme aide à la coordination des soins	9
b) La convergence des SIH au sein des GHT	11
c) La réduction du nombre d’interfaces, un double enjeu : simplifier l’utilisation du SI et améliorer la qualité de la prise en charge du patient	12
2. Les évolutions réglementaires GAP rendant nécessaire le changement de SI	13
a) La GAP et son périmètre	13
b) De nouvelles réglementations, impulsées par les pouvoirs publics, obligeant les fonctionnalités du SI à évoluer.....	14
3. Rationalisation et standardisation des processus métier de la GAP.....	15
a) La standardisation et la rationalisation des processus	15
b) La mise en place d’un SI au service de la standardisation des processus dans le parcours du patient	17
c) Création d’un <i>core model</i> dans un objectif d’homogénéiser les pratiques à l’échelle du Groupe.....	18
II. Les différentes démarches projets mobilisables dans la conception et l’implantation du nouveau SI.....	21
1. <i>Parcours</i> : manager un projet complexe	21
a) La gestion de projet SI, de quoi parle-t-on ?.....	21
b) Management de projet et management par projets	25
2. Les approches adoptées par l’éditeur du logiciel dans le développement du nouveau SI : les méthodes Agiles et User Experience (UX).....	26
a) Concevoir un SI répondant aux besoins des utilisateurs : le <i>Design Thinking</i>	26
b) Mener un projet avec l’approche Agile.....	28

c)	Les limites ou les contraintes de ces démarches	30
3.	Implanter le nouveau SI au sein des établissements Ramsay Santé : formation d'une équipe projet au sein des établissements.....	31
III.	Analyse des stratégies utilisées pour la convergence de la GAP	35
1.	Impliquer les utilisateurs finaux à toutes les étapes du projet.....	35
a)	Pourquoi impliquer les utilisateurs finaux ?.....	35
b)	Comment impliquer et faire participer les utilisateurs finaux ?	36
2.	Véhiculer les bonnes pratiques le plus en amont du déploiement	38
a)	L'importance de diffuser les nouvelles pratiques avant le changement de SI	38
b)	Présenter et communiquer sur le nouveau SI en amont de son implantation.....	40
c)	Changer les pratiques organisationnelles	41
3.	Créer un réseau de référents GAP	43
a)	Le référent GAP : un des porte-paroles du projet ?.....	43
b)	L'importance de connaître le processus GAP dans sa globalité.....	44
c)	Une opportunité d'introduire un parcours de formation intégré à l'ensemble des établissements	44
IV.	Quelques recommandations permettant d'augmenter le taux de succès de projet complexes similaires	47
1.	Bien cadrer un projet : un des prérequis à sa réussite.....	47
a)	Identifier le problème que l'on doit résoudre	47
b)	Bien cadrer un projet en amont pour mieux le piloter par la suite	48
2.	Créer un esprit d'équipe et une dynamique propice à la créativité	49
a)	L'importance de la collaboration et des relations de confiance au sein l'équipe projet. 49	
b)	Savoir motiver son équipe	50
3.	Impliquer les utilisateurs et les préparer au changement d'outil.....	51
a)	Bien connaître ses utilisateurs et individualiser l'accompagnement au changement.....	51
b)	Anticiper le plus tôt la conduite du changement et former les utilisateurs	52
c)	Préparer un réel plan de communication auprès des utilisateurs finaux.....	52
	Conclusion	54

Bibliographie	57
Liste des annexes.....	I
Annexe I : tableau récapitulatif présentant les enquêtés	I
Annexe II : Grille d’entretien, enquêtée n°1	II
Annexe III : Grille d’entretien, enquêté n°2	IV
Annexe III : Grille d’entretien, enquêtées n°3 et 4.....	VI
Annexe IV : Grille d’entretien, enquêtée n°5	VIII
Annexe V : Grille d’entretien, enquêtées n°6 et 7	X
Annexe VI : Grille d’entretien, enquêtée n°8	XII
Annexe VII : Cartographie des briques composantes le SI	XIV
Annexe VIII : Exemple des diagrammes de GANTT et de PERT	XV

Liste des sigles utilisés

AMO : Assurance maladie obligatoire
AMC : Assurance maladie complémentaire
AMOA : Assistante à la maîtrise d'ouvrage
CDRi : Consultation des droits intégrés
CSE : Conseil social et économique
DIM : Direction de l'information médicale
DPI : Dossier patient informatisé
DSI : Direction des systèmes d'information
GAP : Gestion administrative du patient
GHS : Groupe homogène de séjour
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
IPP : Identifiant permanent du patient
MOA : Maîtrise d'ouvrage
MOE : Maîtrise d'œuvre
MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
ROC : Remboursement des organismes de complémentaires
SI : Système d'information
SIH : Système d'information hospitalier
SSR : Soins de suite et de réadaptation
TIC : Technologie de l'information et de la communication
TIM : Technicien de l'information médicale
T2A : Tarification à l'activité
UX : User experience

Liste des figures

Figure 1. Cycle des étapes de la méthode *Design Thinking*. Source : schéma réalisé à partir des explications données par l'enquêtée n°1

Figure 2. Méthode de gestion de projet traditionnelle vs approche Agile. Source : Bertrand Vigneron, « Chapitre 6 : le management opérationnel des systèmes d'information », dans *Le management en santé*, 2018, p243-266

Figure 3. Cycle des différents types de communication. Source : schéma réalisé à partir des enseignements dispensés par Monsieur Bertrand Parent

Introduction

En juin 2020, j'intégrais pour la première fois la direction d'un établissement de santé en tant que stagiaire. Cet établissement en question était une clinique privée appartenant au Groupe Ramsay Santé.

L'histoire de ce Groupe débute en 1987 avec la création de la Générale de santé par la Compagnie générale des eaux. En 2010, le groupe d'hôpitaux privés australien Ramsay Health Care crée Ramsay Santé en France en procédant au rachat de huit cliniques. Cinq ans plus tard, en 2015, la Générale de Santé et Ramsay Santé fusionnent, créant ainsi le nouveau groupe Ramsay Générale de Santé. En 2016, ce dernier réalise le rachat du Groupe Hôpital Privé Métropole (HPM), suivi, en 2018, de l'achat du Groupe suédois Capio détenant 260 établissements dans toute l'Europe. Ces différentes acquisitions successives ont permis à Ramsay Générale de Santé de s'affirmer comme l'un des leaders européens de l'hospitalisation privée et des soins primaires. En 2019, Ramsay Général de Santé reprend son nom d'origine et devient Ramsay Santé. Aujourd'hui, 350 établissements Ramsay Santé sont répartis au sein de cinq pays différents : la France, la Suède, la Norvège, le Danemark et l'Italie. En France, 26 000 salariés et 7 500 médecins libéraux travaillent au sein des 133 établissements du Groupe dont les spécialités peuvent varier entre la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), les soins de suites et réadaptation (SSR) et la santé mentale (Ramsay Santé, 2021b).

Lors de ce stage en clinique, ma mission principale était l'accompagnement d'un projet visant à réorganiser et optimiser le service de régulation et de gestion des lits de l'établissement. Ce projet s'insérait dans un projet plus large, impulsé par le siège à l'échelle du Groupe, nommé Effiflux (pour EFFicience des FLUX). Ce dernier avait pour objectif la mise en place d'un nouvel outil informatique destiné à améliorer la gestion des interventions au bloc opératoire et la structuration de l'activité de soins. Ainsi, c'est durant cette première expérience en tant que stagiaire au sein de cette clinique que j'ai pu me familiariser avec un Système d'Information Hospitalier (SIH). Un Système d'Information (SI) est défini comme « *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* » (Vigneron, 2018, p244). Lors de mon stage, j'ai pu relever des propos émanant de différents professionnels de l'établissement (professionnels de santé ou personnel administratif) qui pointaient du doigt certains dysfonctionnements des outils informatiques les empêchant de réaliser leur travail convenablement. Parmi les remarques les plus récurrentes, la lenteur de l'outil, l'ergonomie de certains logiciels et le dysfonctionnement d'interfaces entre deux logiciels étaient celles qui semblaient les affecter le plus dans leurs tâches quotidiennes. L'interopérabilité (ou bien interface) est définie comme étant « *la capacité qu'ont* Manon VEUILLET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2021

plusieurs systèmes ou composants à échanger de l'information entre eux et à utiliser l'information qui été échangée »¹ (*ibid.*, p252). Un dysfonctionnement au niveau des interopérabilités entraîne par conséquent, une mauvaise transmission de l'information entre les professionnels pouvant être perçue d'une part, comme une perte de temps pour les utilisateurs à devoir vérifier la cohérence des informations présentes dans les différents logiciels mais aussi, comme une perte de chance pour le patient si les informations transmises sont erronées.

Ainsi, curieuse de comprendre comment est pensé et conçu un SI à l'échelle d'un Groupe comme Ramsay Santé, j'ai souhaité réaliser mon stage de Master 2 au sein du siège de ce même Groupe afin de compléter et enrichir ma première expérience débutée en clinique. De plus, sachant qu'un SI a pour « *vocation [de] s'aligner avec les stratégies métier et de développement définies à différentes échelles* » (Vigneron, 2018, p244), je voyais en cette opportunité, l'occasion d'observer et de comprendre comment la mise en place d'un nouveau SI permet d'accompagner, au sein des établissements, la déclinaison des stratégies définies à l'échelle du Groupe.

Ma mission principale durant ce stage de Master 2 a été l'accompagnement d'un projet nommé *Parcours*. Pour comprendre la genèse de ce projet, il est essentiel de rappeler que Ramsay Santé est un Groupe ayant procédé ces dernières années, à différents rachats d'établissements de santé en France et en Europe. Ainsi, chaque établissement, du fait de son histoire et sa culture, dispose de modes d'organisation qui lui sont propres. En effet, certaines cliniques ont été créées par les praticiens eux-mêmes avant d'être rachetées successivement par différents Groupes jusqu'à rejoindre Ramsay Santé. Par conséquent, les SI, les pratiques professionnelles et les processus se sont adaptés au cours de ces périodes consécutives. Ainsi, dans un désir d'unifier et d'homogénéiser les bonnes pratiques, les processus, et les SI du Groupe, Ramsay Santé initie pour la France un projet nommé *Parcours*, en avril 2019. Ce projet s'inscrit au cœur de la stratégie du Groupe composée de quatre axes majeurs : « *1) créer des parcours de soins visant l'excellence médicale pour accompagner les patients au quotidien ; 2) devenir la référence en matière de soins primaires en utilisant des solutions de consultations physiques et/ou digitales ; 3) Développer des services de prévention pour répondre aux attentes sociétales et enjeux de santé publique ; 4) Innover pour développer des offres de soins répondant aux nouveaux besoins de certains patients* » (Ramsay Santé, 2021c).

Le besoin initial formulé à l'origine de ce projet a été le remplacement d'un SI dédié à la Gestion Administrative du Patient (GAP), Loghos 3, présent dans 67 cliniques du Groupe, devenant vieillissant et obsolète. En effet, son remplacement est nécessaire pour deux raisons : une fin de maintenance proche et une utilisation jugée comme n'étant ni intuitive, ni ergonomique

¹ Définition issue de *l'Institute of Electrical and Economics Engineers (IEEE)*

(l'utilisation de cet outil n'est possible que par l'intermédiaire des touches du clavier et possède des écrans dont la présentation se rapproche d'un minitel). Le souhait premier relevé est la conception d'un SI GAP intégré avec le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Après le lancement d'un appel d'offres, un des trois éditeurs étudiés a été retenu. Cet éditeur a été privilégié aux deux autres car comme l'explique un enquêté « *on allait parler le même langage et de la même façon avec les soignants* » (enquête n°5). En effet, ce dernier est déjà présent au sein de 82 établissements du Groupe avec leur solution nommée Hôpital Manager, utilisée majoritairement dans le cadre du Dossier Patient Informatisé (DPI). Ainsi, Ramsay Santé perçu en ce projet une opportunité de regrouper en un seul et même SI la GAP, le PMSI et le DPI et cela sur l'ensemble des établissements MCO, santé mentale et SSR du Groupe en France.

« *Les établissements de santé représentent des univers de travail complexes et recouvrent des métiers divers, parfois plus d'une centaine, selon la taille des structures, aux identités plurielles. Se côtoient de ce fait des catégories professionnels aux attentes et aux rôles différents, avec des profils et des parcours variés* » (Lacour, 2018, p478). Ainsi, ce SI unique apparaît alors comme une opportunité de coordonner les différents acteurs dans le temps et dans l'espace afin de maintenir une information actualisée, personnalisée, en temps réel, à l'heure où l'éloignement des services ou des sites et la spécificité des prises en charges médicales ou soignantes se multiplient (*Ibid.*).

L'importance de la coordination des professionnels de santé s'est vue croître avec l'émergence progressive de la notion de « parcours » depuis ces vingt dernières années (Bloch et al., 2018). Le vieillissement de la population et l'accroissement du nombre de patients atteints de maladies chroniques sont les principaux enjeux d'ores et déjà actuels et auxquels nous serons confrontés pour les années à venir. A titre d'exemple, « *les Affections de Longues Durées (ALD) consomment 2/3 des dépenses du régime général d'assurance maladie et plus des 3/4 des personnes atteintes d'une ALD sont porteuses d'une pathologie chronique appartenant aux catégories suivantes : maladies cardiovasculaires, cancers, diabète ou troubles psychiques* » (Raimondeau, 2018, p184). Ces enjeux sous-entendent un accompagnement dit « complexe » et de long terme avec une multitude de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient (Bloch et al., 2018, p267). L'« *approche parcours a vocation à répondre au mieux aux différents besoins des personnes tout au long de leur vie en essayant d'assurer la cohérence et la continuité des soins et des accompagnements* » (*ibid.*, p268). Il existe trois types de parcours : le parcours de vie, le parcours de santé et le parcours de soins. Le parcours de soins est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « *le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales*

notamment, mais aussi sociales) » (HAS, 2012). Le parcours de soins est centré sur la prise en charge de la maladie contrairement au parcours de santé qui intègre la notion de prévention dans sa définition (Bloch et al., 2018). Affirmée dans la Stratégie nationale « Ma santé 2022 », la notion de parcours s'inscrit également dans une perspective de financement au parcours, notamment pour les pathologies chroniques : « *il s'agit ici de mettre en place une rémunération sous la forme d'un forfait pour inciter les professionnels et les structures à développer les actions de prévention, d'éducation du patient et à assurer la fonction de coordination des soins nécessaires à une prise en charge de qualité* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018). A cette notion de parcours est associée celle de l'expérience patient. En effet, l'expérience patient s'intéresse à la manière dont le patient vit son parcours de soin et fait de lui un véritable acteur de sa prise en charge. Un des objectifs est de « *développer des processus de prises en charge plus appropriés aux besoins et aux attentes des patients* » (Rochette et al., 2020). Améliorer l'expérience patient c'est aussi améliorer sa prise en charge et sa satisfaction, cela, participant à la notoriété de la clinique et plus largement à celle du Groupe.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la mise en place de ce nouveau SI. En effet, l'objectif en intégrant la GAP, le DPI et le PMSI au sein d'un outil unique est de fluidifier la transmission des informations et le partage des données entre les professionnels, internes et externes à l'hôpital, et ainsi affirmer le désir de transversalité dans le parcours du patient. En effet, un SI permet de faciliter la saisie et le partage des informations entre les professionnels en évitant le recopiage sur papier ou les appels téléphoniques pouvant être sources d'erreurs mais aussi de perte de temps. En effet, « *dans un environnement papier, la lourdeur administrative de ce processus d'échange d'information entre plusieurs personnes appartenant à différents corps de métiers est élevée* » (Minvielle & Sicotte, 2018, §44). L'implantation d'un SI implique une standardisation des pratiques en rendant possible l'automatisation « *d'une partie des activités de gestion de l'information en s'affranchissant de certaines interventions humaines* » (*ibid.* §45). Un SI repose sur un ensemble de processus métiers, c'est-à-dire, une succession d'actions réalisées dans un but défini. L'objectif est alors de créer des tâches à plus forte valeur ajoutée dont la cible est *in fine* d'améliorer l'expérience patient, la qualité de sa prise en charge et pour les établissements « *de se différencier en termes d'attractivité pour les patients* » (enquête n°2).

L'utilisation d'un SI apparaît comme un gage de sécurité dans la transmission des informations entre les professionnels en réduisant les sources d'erreurs possibles mais la protection des données intégrées dans le SI, se dessine comme un des enjeux majeurs. La sécurité des SI est abordée sous quatre dimensions : 1) La disponibilité de l'information correspondant à l'accessibilité de celle-ci « *à chaque fois que le besoin se présente* » (Vigneron, 2018) ; 2) l'intégrité des données consistant à « *s'assurer que l'information n'est ni perdue, ni dénaturée* » (*ibid.*, p258) ; 3)

la confidentialité des données « *consiste à s'assurer que l'information ne demeure accessible qu'aux personnes autorisées* » (*ibid.*, p259) et 4) la preuve/contrôle « *est associé(e) à la fois à la notion de la non-répudiation – impossibilité pour un acteur de nier avoir reçu ou émis l'information –, à la notion d'imputabilité – qui est l'auteur de l'information ? qui l'a traitée et/ou modifiée ? –, et enfin à la notion dite « d'auditabilité » de l'information – possibilité de contrôler le bon déroulement du processus ayant permis d'obtenir l'information* » (*ibid.*, p259).

La conception et l'implantation de ce nouveau SI supposent la mise en place d'une équipe projet pour mener à bien ces ambitions. Un projet est défini comme « *un travail ponctuel complexe avec un périmètre et des objectifs précis, une date de début, une date de fin, et qui va comporter une suite ordonnée d'actions à entreprendre, avec un maître d'ouvrage (MOA) et un maître d'œuvre (MOE), des ressources matérielles et humaines, un plan de communication, et le plus souvent un budget* » (*ibid.*, p261). Un projet se déroule traditionnellement en trois étapes : le cadrage, la conduite et la conclusion du projet et repose sur « *sur un triptyque d'acteurs que sont le comité de pilotage, les groupes de travail et le chef de projet, dont les rôles sont bien définis et distincts* » (*ibid.*, p261). La conduite du changement est une composante de la gestion de projet permettant d'accompagner l'adoption du nouvel outil par les utilisateurs finaux et l'appropriation des nouvelles pratiques associées. En effet, « *la migration (passage d'un état existant vers une cible définie) d'une solution informatique existante vers une autre, constitue une autre approche qui sous-entend la reprise de données et l'accompagnement des changements d'habitudes de travail, parfois ancrées de longue date* » (*ibid.*, p256).

Du fait de son large périmètre (GAP, DPI et PMSI), ce nouveau SI impacte de nombreux professionnels de santé et administratifs. De plus, il est important de préciser que si pour la GAP et le PMSI, le SI est en cours de conception, pour le DPI, le SI est déjà existant. De nouvelles fonctionnalités lui seront apportées mais la présentation des écrans sera identique à celle actuellement en place. Par conséquent, la conduite du changement associée aux différents professionnels sera différente pour la partie soin et la partie administrative. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi d'orienter ma réflexion sur un des deux champs qui est celui de la GAP. La GAP s'articule autour des différentes étapes de prise en charge administrative du patient que sont l'accueil, la préadmission, l'admission (gestion de l'entrée et de la sortie du patient), le codage PMSI, la facturation, la comptabilité tiers (clients, mandataire et recouvrement) et l'archivage du dossier patient (Ramsay Santé, 2021a).

J'ai choisi d'orienter mon analyse sur la conception d'un nouveau SI GAP et son implication dans le changement des pratiques et des processus métiers². Par conséquent, les questions qui se posent alors sont les suivantes : pourquoi concevoir et implanter un nouveau SI comme celui-ci ? Comment concevoir un SI répondant à la fois aux enjeux stratégiques, réglementaires et techniques tout en intégrant les besoins des utilisateurs ? Quelle démarche projet adopter pour mener à bien la conception de l'outil et son implantation ? Quelle méthodologie appliquer afin que les utilisateurs s'approprient le nouveau SI mais aussi les nouvelles pratiques associées ? Quelles sont les facteurs clés de succès d'un tel projet ? En d'autres termes, nous pouvons nous demander **dans quelles mesures le changement d'un système d'information dédié à la gestion administrative du patient (GAP) implique-t-il une réorganisation des pratiques et des processus métier pour le personnel administratif hospitalier ?**

Pour répondre à cette question, nous reviendrons dans un premier temps plus en détail sur le contexte et l'historique du projet *Parcours* et les enjeux qui lui sont associés, notamment sur la partie GAP (I). Par la suite, nous étudierons les différentes méthodes de projet mobilisées pour concevoir et implanter le nouveau SI (II). Ensuite, nous analyserons les stratégies mises en œuvre pour permettre la convergence de la GAP au sein de l'ensemble des établissements du Groupe et l'appropriation des bonnes pratiques définies (III). Enfin, nous émettrons quelques recommandations en matière de gestion de projets et management d'équipe permettant d'augmenter le taux de succès de projets complexes similaires (IV).

Méthodologie

Afin de répondre à cette question, plusieurs outils méthodologiques ont été déployés. Tout d'abord, j'ai pu m'appuyer sur mon terrain de stage qui a représenté le point de départ de mes recherches. Lors de mon stage, j'ai donc eu pour mission d'assister l'équipe projet *Parcours* à travers diverses actions. Celles-ci peuvent prendre la forme de construction de supports, notamment d'une note d'information à l'intention du comité social économique (CSE) des établissements pilotes, la création et l'analyse de questionnaires, la mise en place d'ateliers participatifs et la préparation et l'animation de certains comités projet. Ainsi, j'ai eu l'opportunité d'assister à différentes réunions durant lesquelles j'ai pu observer les interactions et les échanges entre les acteurs. J'ai aussi eu l'opportunité de me rendre dans les deux cliniques pilotes afin d'organiser avec la cheffe de projet des ateliers de travail pour aider les établissements à réaliser

² Le SI correspondant au DPI sera identique à celui utilisé dans 82 établissements du Groupe. Il ne sera que très peu modifié. Quelques paramétrages supplémentaires seront travaillés pour améliorer certaines fonctionnalités. Pour la partie GAP, c'est un changement de logiciel qui s'opère pour passer sur Hospital Manager avec le développement de nouveaux portails informatiques à destination des préadmissionnistes, admissionnistes et facturiers, notamment. L'infrastructure des SI DPI, GAP et PMSI sera alors identique.

leur plan d'action. Cela m'a permis de me rendre sur le terrain, de visiter les cliniques et d'échanger avec les membres des équipes projet présents en établissement. J'ai alors pu relever que l'accompagnement au changement est l'une de leur préoccupation principale. En effet, comment faciliter l'appropriation du nouveau SI par les utilisateurs finaux et comment faire en sorte que ces derniers s'approprient les nouvelles pratiques organisationnelles qui découlent de la mise en place du nouveau SI ?

Par la suite, afin d'en apprendre davantage sur les thématiques de la gestion de projet SI et la conduite du changement, j'ai procédé à une revue de littérature sur ces thèmes. Pour approfondir et mettre en parallèle mes recherches bibliographiques, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs auprès de divers acteurs intervenant au sein du projet. L'objectif est de recueillir leur point de vue, leurs visions sur le projet, leurs ressentis par rapport au projet, comment ils envisagent le changement de SI et quels impacts ils peuvent identifier sur leurs pratiques, etc. J'ai donc réalisé huit entretiens auprès de professionnels dont les fonctions sont différentes. Ces personnes sont les suivantes (cf annexe I) :

- deux référents GAP présents au sein des cliniques pilotes ;
- la directrice du projet responsable de la partie GAP-PMSI ;
- deux expertes métiers intervenant dans les groupes de travail ;
- la cheffe de projet Assistante à la maîtrise d'ouvrage (AMOA) ;
- le « *head of UX* » (responsable de l'expérience utilisateur) à l'échelle de l'éditeur du logiciel ;
- et enfin, la responsable de l'expérience utilisateur dans le cadre de la conception du nouveau SI GAP et des portails destinés aux préadmissionnistes, admissionnistes et facturier.ères.

Chacun de ces entretiens ont été enregistrés sous l'accord des enquêtés après les avoir informés que ces derniers seront anonymisés. Pour chacun de ces entretiens, j'ai préparé une grille d'entretien (cf annexe II à VI) adapté à la fonction de l'enquêté. Par la suite, j'ai regroupé ces différents témoignages dans une grille d'analyse. Celle-ci m'a permis d'organiser les différentes thématiques abordées au cours des discussions et relever les points les plus récurrents. Au fur et à mesure de mes lectures et l'analyse de ces entretiens, les principaux enjeux de la gestion de projet SI se sont dessinés. En effet, au-delà de la conception et de l'implantation d'un nouveau SI au sein des établissements, ce sont les processus organisationnels des structures et les pratiques des utilisateurs finaux qui sont impactés et transformés.

Analyse de la méthodologie déployée : matrice SWOT (forces, faiblesses, menaces et opportunités)

Le fait de réaliser mon stage au sein du siège du Groupe Ramsay Santé m'a permis d'accéder avec une relative facilité à des enquêtés qui ont pris le temps de répondre à l'ensemble de mes questions. En effet, je n'ai reçu aucun refus. Néanmoins, je suis consciente que mon poste de stagiaire au sein du siège a sûrement impliqué certains biais au niveau des réponses des enquêtés,

notamment auprès des personnes exerçant en établissement. Pour donner un exemple, lors de la question « Que pensez-vous du projet Parcours ? » ou bien « Quelles sont vos impressions quant à ce projet ? », je peux me questionner sur la totale transparence et la franchise des répondants à ce moment-là. Cela peut représenter une des « menaces » possibles quant à la justesse des propos des enquêtés et donc un biais dans mon analyse. Aussi, mon statut de stagiaire m'a permis d'avoir un accès privilégié à mon terrain d'enquête au sein duquel j'ai pu en observer les contours. Néanmoins, certaines réunions me sont restées inaccessibles pour cause de confidentialité des sujets traités. Sept des entretiens sur les huit se sont déroulés à distance via Teams, cela s'expliquant par la distance géographique présente. Accéder à mes enquêtés via cette application peut être vue comme une opportunité car nous avons pu échanger rapidement. Néanmoins, même si la vidéo est allumée il reste difficile d'identifier et de décrypter les émotions ou bien les moments de doute et d'hésitation des enquêtés.

I. Contexte et historique du projet *Parcours* et les enjeux associés

La mise en place du projet *Parcours* et la conception de ce nouveau SI s'inscrivent dans un contexte national de développement de « l'approche parcours » (1). De plus, l'évolution de la réglementation de la GAP est aussi perçue comme une opportunité de concevoir un nouvel outil permettant de s'y conformer (2), offrant une occasion pour le Groupe d'établir une forme de standardisation des pratiques GAP au sein des établissements (3).

1. Les SI comme leviers dans la coordination des parcours de soins

a) Une volonté affirmée des pouvoirs publics de développer des outils numériques comme aide à la coordination des soins

La prise en charge du patient est généralement qualifiée de complexe. En effet, la prise en charge d'un malade ne se restreint pas au périmètre de son hospitalisation à un instant *t* par un praticien donné, mais elle se considère désormais dans une perspective beaucoup plus large, c'est-à-dire, dans une vision d'ensemble, celle du parcours patient « *incluant les contacts hospitaliers, mais aussi ceux relatifs aux soins à domicile, en médecine de ville, ou liés à une assistance sociale lorsque nécessaire* » (Minvielle & Sicotte, 2018, §2). Il existe une variété de parcours, certains pouvant être jugés « *simples* » ou bien « *complexes* ». Les parcours simples sont caractérisés par un nombre d'étapes « *peu nombreux* » dans la prise en charge du patient. Les parcours dits complexes renvoient à une forme de chronicité où les diagnostics et traitements se succèdent. Le patient sera amené à consulter différents praticiens de manière régulière pour une même pathologie pouvant être évolutive, ponctuée par de nouveaux signes cliniques et remettant en cause le diagnostic initial. La complexité d'un parcours peut aussi se révéler à travers la situation socio-économique du patient, par exemple chez une personne en situation d'isolement social ou de précarité avec une faible couverture financière. Cette dernière nécessitera qu'on lui accorde plus de temps, d'explications et d'accompagnement qu'un autre malade. Ainsi, « *l'organisation du travail nécessaire à la gestion d'un tel parcours du patient est un enjeu fort à l'heure actuelle dans le secteur de la santé* » (*ibid.*, §2).

Le partage de l'information est un point essentiel dans le suivi des soins du patient et dans l'amélioration de la qualité des prises en charge (*ibid.*). L'usage d'un SI doit alors permettre notamment, une meilleure coordination dans le suivi des patients et un renforcement de la collaboration entre les professionnels de santé entre la ville et l'hôpital (Dumez et al., 2015). La coordination des professionnels de santé est un enjeu identifié dans la feuille de route stratégique du numérique en santé, issue de la stratégie de transformation du système de santé « *Ma Santé 2022* ». Cette feuille de route présente cinq orientations telles que : 1) renforcer la gouvernance du numérique en santé ; 2) intensifier la sécurité et l'interopérabilité du numérique en santé ; 3) accélérer le déploiement des services numériques socles ; 4) déployer au niveau national, des

Manon VEUILLET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2021

plateformes numériques de santé ; 5) soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs. Le Ségur de la santé du 13 juillet 2020 confirme l'importance de ces enjeux avec un investissement à hauteur de deux milliards d'euros dans le numérique en santé pour ces prochaines années (Agence du numérique en santé, 2020). Ainsi, c'est dans cette dynamique que l'action 14 de l'axe n°3 prévoit le déploiement du programme *e-parcours* visant à développer les outils de coordination en mettant à disposition des professionnels un « *bouquet de services numériques territoriaux de coordination autour de l'utilisateur et du patient* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2019a). Parmi ces outils, nous pouvons citer le réseau social professionnel ou encore l'agenda patient partagé. Ces services viennent en complémentarité des « services socles nationaux » du Dossier Médical Partagé (DMP), de la messagerie sécurisée de santé (MMSanté) et de la e-prescription correspondant aux actions 11, 12 et 13 de cette même stratégie. Ces divers exemples démontrent un souhait marqué des pouvoirs publics de développer différents outils numériques facilitant le partage d'informations entre les professionnels eux-mêmes mais aussi entre les professionnels et les patients, dans un objectif d'articuler les différentes étapes du parcours patient notamment entre la ville et l'hôpital. Un SI apparaît alors comme un support aux organisations et plus largement, comme un outil permettant de répondre aux stratégies définies par les décideurs quelle que soit l'échelle. Comme nous l'indique un des enquêtés, responsable de l'expérience utilisateur chez un éditeur de logiciel, « *je vois les SI comme un support aux organisations. Un bon SI permet d'atteindre les objectifs de l'organisation, il y contribue* ». En effet, comme nous pouvons l'observer, ces outils numériques se développent dans une perspective de répondre aux enjeux actuels tels que l'approche au parcours qui ne peut être opérationnel qu'à travers un SI partagé (Bloch et al., 2018).

Ces outils (DMP, MMSanté et e-parcours) s'intègrent au programme Hop'en (pour « hôpital numérique ouvert sur son environnement ») fixant « *le plan d'actions stratégique des systèmes d'information hospitaliers de production de soins à 5 ans [faisant suite au] programme hôpital numérique* » (Agence du numérique en santé, 2021, p131). Ce programme correspond à l'action 19 de la feuille de route stratégique du numérique en santé. Ce programme a notamment pour cible d'atteindre un « *socle de maturité des SI* » au sein de l'ensemble des établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif (ESPIC). Ce « *socle de maturité* » porte sur la validation de prérequis en matière de sécurité des SI et à la mise en œuvre de « *cibles d'usages* » visant à « *assurer un lien fort avec la qualité de la prise en charge du patient et la coordination de son parcours à l'extérieur de l'hôpital* » (*ibid.*, p132). Là encore, la coordination des professionnels intervenant dans le parcours du patient apparaît comme l'un des objectifs principaux de ce programme. Garantir ce « *socle de maturité* » des SI au sein de l'ensemble des établissements de santé permet « *d'assurer une prise en charge de qualité, quel que soit l'établissement de santé* »

(Ministère des solidarités et de la santé, 2019b). Ce programme encourage ainsi les établissements de santé à harmoniser leurs outils numériques sur un même territoire (Agence du numérique en santé, 2021). Cet objectif s'intègre dans la vision à terme, portée par le ministère des Solidarités et de la Santé, à savoir une convergence des SIH pour les hôpitaux appartenant au même Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

b) La convergence des SIH au sein des GHT

La convergence des SI est définie comme « *l'utilisation progressive d'une solution logicielle identique par tous les établissements parties d'un GHT, pour chacun des domaines métier, fonctionnant sur une infrastructure technique commune et sur un identifiant patient unique* » (Vigneron, 2018, p255). La gestion d'un SIH convergent, au sein des GHT, a été formalisé dans le décret n°2016-5249. Cette convergence de SIH « *doit permettre aux professionnels de santé amenés à intervenir sur plusieurs sites du GHT de bénéficier d'une vision transversale des informations du dossier patient, avec l'usage de logiciels uniformes sur l'ensemble du GHT, ceci afin de faciliter l'accès et l'exploitation informatique des données. [...] Les gains attendus à terme se situent tant sur le volet sécuritaire au bénéfice du patient (unicité des pratiques métiers) que sur le volet efficience organisationnelle et économique (limitation des déplacements de professionnels de santé au sein du GHT, diminution des coûts d'exploitation informatique liés au support des applications – maintenance et mises à jour* » (*ibid.*, p254).

La mise en place d'un identifiant patient unique suppose « *une gestion commune des identités patients, avec une base patient unique et une cellule d'identitovigilance à l'échelle du GHT pour une prise en charge coordonnée* » (Agence du numérique en santé, 2021). Ainsi, comme indiqué dans l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé, « *les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4* ». Le parcours de soins du patient pourra alors être suivi par les différents praticiens qu'il rencontrera au cours de sa prise en charge et cela, sur plusieurs établissements.

Au niveau de Ramsay Santé, c'est dans cette même dynamique et perspective qu'est conçu ce nouveau SI. En effet, la mise en place d'un SI regroupant les outils de la GAP, le PMSI et le DPI, sur l'ensemble des établissements du Groupe, va permettre aux professionnels exerçant sur plusieurs établissements d'utiliser le même logiciel et d'avoir une plus grande visibilité sur le parcours du patient dans lequel il intervient. Aussi, ce SI unique va permettre de réduire le nombre d'interfaces présentes entre les logiciels et ainsi améliorer la transmission des informations partagées entre les acteurs de l'établissement, qu'ils soient professionnels de santé ou personnel administratif.

c) La réduction du nombre d'interfaces, un double enjeu : simplifier l'utilisation du SI et améliorer la qualité de la prise en charge du patient

Un SIH organise les différents processus de l'établissement, qu'ils relèvent des soins, des prestations hôtelières, de la gestion des données administratives, des données de l'activité ou des données financières (Vigneron, 2018). Ainsi, il se construit « *autour de briques fonctionnelles qui traduisent des processus complexes, qui interagissent entre eux et qui doivent être communicants au sein de l'établissement, au sein du territoire de santé et avec différentes institutions et organisations* » (*ibid.*, p247). Un SIH se compose de cinq domaines fonctionnels et de vingt-trois briques fonctionnelles et avec de milliers de fonctionnalités différentes (cf annexe VII). Ces différentes briques communiquent entre elles, grâce à des interfaces.

Le partage d'information est d'autant plus fiable, lorsque les interfaces entre les différents SI de l'établissement sont stables. L'interopérabilité des logiciels est un enjeu majeur dans la collaboration et la coordination des professionnels de santé. En effet, si les interfaces révèlent de nombreux dysfonctionnements, les sources d'erreurs peuvent être importantes. Les utilisateurs seront dans l'obligation de retranscrire les informations de façon manuelle d'un logiciel à un autre ou selon les cas, les professionnels pourraient être amenés à transmettre les informations par papier ou via appels téléphoniques. La conséquence est double : une perte de temps pour les utilisateurs et une dégradation de la qualité des données transmises, vulnérables aux erreurs, et *in fine* de la sécurité du patient et de sa prise en charge (Minvielle & Sicotte, 2018). Le projet *Parcours* ayant pour vocation de regrouper dans un seul SI la GAP, le PMSI et le DPI permettra ainsi de réduire le nombre d'interfaces notamment entre les outils relevant de la partie soins et de la partie GAP. A titre d'exemple, aujourd'hui, certains patients sont enregistrés dans le SI GAP et non sur le SI DPI ou inversement. Le risque est la création de doublons (plusieurs identités pour un patient) ou la collision d'Identifiant Permanent du Patient (IPP) (plusieurs patients pour un IPP). Le professionnel de santé doit alors faire preuve d'une grande vigilance lors de la sélection du dossier de son patient dans le SI. Demain, avec un SI unique, ces problématiques d'interfaces seront très largement réduites puisque toutes les données seront centralisées.

Actuellement un.e admissionniste peut utiliser jusqu'à neuf outils différents pour rassembler les données administratives du patient nécessaires à la complétude de son dossier. Le changement majeur de ce nouvel outil sera alors « *de ne pas avoir à retranscrire dans les différents logiciels. Actuellement, il faut sans cesse changer de logiciel, naviguer pour aller saisir une seule et même donnée et dans plusieurs endroits et à plusieurs niveaux* » (enquête n°6). Aussi, à travers ce SI commun, trois enquêtés soulignent la simplification et la fluidification des échanges grâce à « *un langage commun* » entre soignants et personnel administratif. Ainsi, au-delà de la coordination

entre professionnels de santé, un SI permet d'assurer la communication entre les différents acteurs de l'établissement quelle que soit leur fonction.

Ce changement de SI au sein des établissements du Groupe Ramsay Santé a d'abord été impulsé par la nécessité de remplacer le SI GAP, Loghos 3. Ce remplacement de logiciel intervient dans un contexte où les évolutions réglementaires liées à la GAP imposent une évolution des fonctionnalités du SI.

2. Les évolutions réglementaires GAP rendant nécessaire le changement de SI

a) La GAP et son périmètre

La GAP regroupe dans son périmètre, l'accueil, la préadmission, les admissions, la facturation, le codage PMSI, la comptabilité tiers et l'archivage du dossier patient. L'accueil, comme son nom l'indique, est le point d'entrée de l'établissement de santé. Son rôle est d'orienter les patients et visiteurs et de répondre à leurs interrogations. L'étape de la préadmission permet au patient de renseigner toutes les informations nécessaires à sa prise en charge (identité, couverture sociale, personne à prévenir et de confiance, prestations hôtelières...) et cela avant le jour de son hospitalisation. Cette démarche peut se faire sur internet ou via le service des préadmissions. L'ensemble de ces informations sont traitées par le back-office préadmissions qui veille à la complétude des dossiers. Cette première étape permet au patient de compléter son dossier en amont de son hospitalisation et ainsi de gagner du temps le jour de son entrée dans l'établissement. Si le patient n'a pas effectué sa préadmission, l'ensemble de ces documents lui seront demandés le jour de sa venue par le service des admissions. Le service des admissions a aussi pour mission d'accueillir le patient ayant réalisé sa préadmission afin de récupérer les pièces manquantes du dossier le cas échéant, et de l'orienter vers le service de soins. Au moment de sa sortie, le service admission lui remet une facturette acquittée correspondant au montant des prestations hôtelières restant à sa charge ainsi qu'un bulletin de situation justifiant d'un arrêt de travail et permettant le versement des indemnités journalières. Le Département de l'Information Médical (DIM) a la charge du PMSI. Au sein de ce département, les Technicien.nes de l'Information Médical (TIM) ont pour missions de contrôler et de vérifier l'exhaustivité des informations indiquées dans le dossier médical du patient et des soins perçus par ce dernier durant son séjour. Ces informations médicales accompagnées des informations administratives (date d'entrée/sortie, mode d'entrée/sortie, date de naissance, sexe) permettront d'établir *in fine* le Groupe Homogène de Séjour (GHS) dans lequel se situe le patient qui sera par la suite, facturé par l'établissement de santé à l'assurance maladie (Renard, 2018). Le service facturation procède à la télétransmission et à l'envoi de ces factures. La comptabilité tiers est composée de trois volets : la comptabilité dite « clients », la comptabilité mandataire et le recouvrement. Les missions comptables au niveau du Groupe sont gérées en centrale au sein d'une plateforme nommée Pegase. Ainsi, les missions restant à la main des

établissements concernant la comptabilité tiers sont la gestion des encaissements effectués sur site, la gestion des caisses et le recouvrement à la suite de réclamations de patients sur site. L'archivage du dossier patient se fait en temps réel dès réception des pièces constitutives du dossier patient administratif (Ramsay Santé, 2021a)

b) De nouvelles réglementations, impulsées par les pouvoirs publics, obligeant les fonctionnalités du SI à évoluer

Porte d'entrée de la prise en charge du patient, la GAP s'est vue évoluée au fil du temps et au rythme des réglementations successives. L'introduction de la Tarification à l'Activité (T2A) en 2004 pour les établissements publics et les ESPIC puis en 2005 pour les cliniques privées a entraîné une transformation majeure des organisations de santé. La T2A « *repose sur un paiement prospectif au séjour, basé sur l'activité effectivement réalisée par l'établissement* » (Hirtzlin, 2017, §7). Les tarifs associés à chaque GHS sont contraints et limités par l'Objectif Nationale des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) voté par le parlement chaque année. Ainsi, la recette de ces GHS étant fixe, l'établissement se doit de maîtriser les coûts de production, « *incitant les établissements à réaliser plus de séjours dans les activités à marge positive (i.e. lorsque le tarif est supérieur au coût de production), la tarification à l'activité engendre potentiellement un accroissement du nombre de séjours (volume)* » (*ibid.*, §14). De plus, les établissements sont confrontés à d'autres défis majeurs tels que nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et le vieillissement de la population modifiant les modes de prises en charge des patients et leurs organisations. Ainsi, la contrainte des dépenses publiques pesant sur les établissements, les amènent à développer de nouvelles organisations et à favoriser certains modes de prise en charge tels que l'Hospitalisation A Domicile (HAD) ou la chirurgie ambulatoire (*ibid.*). Ce constat a été souligné par l'une des enquêtées, responsable administrative, exerçant dans une clinique du Groupe Ramsay Santé depuis près de trente ans : « *tout va beaucoup plus vite. Avant on avait moins d'entrées et de sorties, l'ambulatoire n'existait pas. Les techniques opératoires vont plus vite, on ne pourrait plus revenir en arrière, ça c'est sûr* ». Ainsi, l'intensification des flux de patients et l'importance des données de médicalisation du système d'information, induit par la T2A (Bonnet & Ponchon, 2018), fait des SIH un outil indispensable et incontournable des établissements de santé.

Dans le cadre de la modernisation des systèmes de santé impulsée par les pouvoirs publics, le programme national Simphonie (pour « simplification du parcours administratif du patient à l'hôpital ») est en cours de déploiement au sein des établissements. Trois objectifs stratégiques sont annoncés : « 1) *sécuriser les recettes des établissements de santé ; 2) simplifier les organisations et les processus afin d'optimiser la charge administrative ; et 3) optimiser la chaîne pour permettre de diminuer les efforts de gestion relatifs aux activités d'accueil, de recueil de l'information médicale, de facturation, de recouvrement et de gestion de la trésorerie* » (Agence du

numérique en santé, 2021). Cela passe par la mise en place de différents outils numériques permettant notamment la dématérialisation des documents du dossier patient et des échanges d'informations. L'objectif est la « *simplification des processus d'accueil, de facturation, de recouvrement et de gestion de trésorerie [en vue] d'automatis[er] des tâches, permettant aux professionnels de se concentrer sur les actions ayant une véritable valeur ajoutée* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). Parmi ces outils, nous pouvons citer la Consultation des Droits Intégrés (CDRi) permettant aux professionnels administratifs de consulter les droits relevant de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en temps réel ou bien le Remboursement des Organismes de Complémentaires (ROC), le pendant du CDRi, rendant là aussi possible, la dématérialisation des demandes de prise en charge à destination des Assurances Maladie Complémentaires (AMC).

Du fait de son obsolescence et de sa fin prévue de maintenance, Loghos 3 ne prévoit pas l'intégration de ces évolutions réglementaires. Par conséquent, le changement de logiciel devient une nécessité. En outre, ces évolutions sont aussi demandées par les utilisateurs finaux. En effet, comme nous l'indique une enquêtée « *j'ai eu beaucoup de demandes par exemple, de CDRi. Or avec Loghos 3 tu ne pourras pas le faire. Demain le CDRi ça va automatiser la saisie. Tu auras moins de saisie et moins de rejets donc ça va simplifier la vie de tout le monde* » (enquête n°5). Ces évolutions des fonctionnalités du SI GAP vont permettre la simplification des tâches effectuées par le personnel administratif notamment grâce à la dématérialisation de certains documents papiers. La dématérialisation est perçue comme un facteur d'amélioration à la qualité de travail des utilisateurs grâce à la réduction du nombre de feuilles papier à manipuler : « *il y aura une décharge mentale et psychologique avec « faut pas que j'oublie ça, que j'aille dans telles pochettes », je pense réellement que tout le monde va s'y retrouver en termes de qualité vie au travail* » (enquête n°6). Aussi, la dématérialisation permet de limiter les déchets papiers.

La mise en place de ces outils et plus largement le changement de SI nécessite de repenser les processus métiers GAP. En effet, comme nous avons pu le constater, lors d'un changement de logiciel les fonctionnalités de ce dernier sont amenées à évoluer. Par conséquent, les pratiques et les habitudes de travail sont revues. De plus, dans un contexte de convergence de SI GAP, les pratiques de chaque établissement se doivent d'évoluer vers une cible commune afin d'assurer une utilisation du SI qui soit homogène.

3. Rationalisation et standardisation des processus métier de la GAP

a) La standardisation et la rationalisation des processus

Le changement de SI a présenté une opportunité de standardiser, rationaliser et d'homogénéiser les pratiques GAP à l'échelle du Groupe.

Le terme « standardiser » est définie par le dictionnaire « Le Robert » comme l'action de « rendre conforme à un standard ». C. Sicotte et E. Minvielle définissent la standardisation comme « s'appliqu[ant] au travail d'exécution en fixant des procédures et règles opératoires qui permettent d'engager l'action d'une manière reproductible, à la définition de bonnes pratiques [...], ou encore à travers l'introduction de standards de performance (comme un délai optimal) » (Minvielle & Sicotte, 2018, §1). Derrière la notion de standardisation, nous pouvons retrouver celle de rationalisation. Cette dernière peut être définie comme le fait d'« organiser un processus de manière à accroître son efficacité » (Dictionnaire Larousse). Cela revient à formaliser un processus organisationnel en identifiant et éliminant les « temps mort » de l'activité mais aussi en repensant les tâches afin de les simplifier et d'en dégager une plus grande valeur ajoutée.

J. Lampel et H. Mintzberg distinguent cinq niveaux entre la standardisation et la personnalisation des processus de production : la standardisation pure ; la standardisation segmentée ; singularité standardisée ; singularité par ligne de production ; singularité totale. La « *standardisation pure* » correspond à une standardisation totale du processus où aucune différence n'est faite entre les clients. Le client doit s'adapter au produit. L'exemple type est la production de la Ford T où un produit est conçu à l'identique pour tous les consommateurs. La « *standardisation segmentée* » correspond à l'augmentation des choix offerts au client sans pour autant laisser ce dernier influencer le processus de production ou de décision. Nous pouvons donner comme exemple, la production de voitures en différents coloris. Le niveau « *singularité standardisée* » permet au consommateur de choisir les options proposées qui seront ajoutées au produit principal en fonction de ses besoins. Les options et la « base » du produit sont générées en grande quantité. Par exemple, cela peut correspondre aux options qui sont ajoutées sur une voiture à la demande du client. La « *singularité par ligne de production* » équivaut à présenter un prototype au client qui est alors modifié et adapté aux exigences du consommateur. Le produit est personnalisé en fonction de ses attentes comme par exemple, lors la personnalisation d'un gâteau d'anniversaire. La « *singularité totale* » s'apparente à un processus de production où le point central est la collaboration entre le producteur et l'acheteur. Chacune des parties est très fortement impliquée dans la conception du produit. Nous pouvons citer l'exemple d'un architecte qui va créer la maison de son client en collaboration étroite avec ce dernier, afin de répondre à ses attentes et ses besoins (Lampel & Mintzberg, 1996). Ainsi, nous pouvons observer que la standardisation des processus peut être plus ou moins importante en fonction de la stratégie choisie. Mais qu'en est-il des notions de rationalité et de standardisation lorsque l'on parle de la prise en charge d'un patient ?

b) La mise en place d'un SI au service de la standardisation des processus dans le parcours du patient

La prise en charge d'un patient peut être découpée en plusieurs processus. Selon les activités, les processus pourront être plus ou moins standardisés ou personnalisés. Par exemple, certains circuits logistiques telles que celui de la blanchisserie, pourraient être organisés selon une « *standardisation pure* ». La « *standardisation segmentée* » serait comparable au choix de chambre que réalise le patient à son entrée dans l'établissement, par exemple, s'il choisit une chambre seule ou double. La « *singularité par ligne de production* » pourrait correspondre à « *la manière d'assembler les étapes du parcours qui est personnalisée, comme dans le cas des diagnostics dits « en un jour » en oncologie où les prélèvements, les examens d'imagerie, le diagnostic sur la base des résultats en réunion de concertation pluridisciplinaire, et l'annonce au malade, s'assemblent d'une manière propre à chaque malade durant la même journée* » (Minvielle & Sicotte, 2018, §24). La « *singularité par ligne de production* » peut s'apparenter à l'adaptation des traitements, par exemple une poche de chimiothérapie, pour qu'ils correspondent aux besoins de chacun des patients. La « *singularité totale* » d'un processus de prise en charge peut se retrouver durant une chirurgie complexe (*ibid.*).

Ainsi, comme nous pouvons le remarquer, standardiser l'entièreté d'un parcours de soins paraît difficilement envisageable. Néanmoins, le contrôle des coûts, la recherche d'une amélioration de la qualité des soins continue avec une croissance des besoins et du nombre de patients, entraînent une quête de rationalisation et une recherche d'une standardisation des prises en charges, cela tout en tenant compte des particularités et des caractéristiques des malades : « *c'est cette capacité à répondre d'une manière la plus standardisée possible, et de s'adapter à la variabilité et à la contingence d'un cas, lorsque nécessaire, qui apparaît comme l'enjeu majeur* » (*ibid.*, §27).

La mise en place d'un SI notamment dans le cadre du DPI « *offre une réponse apte à rationaliser la gestion de l'information clinique. Le principe général est de mobiliser les capacités informatiques de l'ordinateur de manière à faciliter la saisie de l'information. [...] Également, il est possible d'utiliser les capacités d'analyse propre à l'informatique pour vérifier la qualité de la décision médicale et initier des alertes en cas d'écarts problématiques. Le dispositif numérique assure alors une standardisation des pratiques* » (*ibid.*, §45). Pour la partie GAP, la standardisation des processus semble plus aisée. En effet, comme nous l'indique une enquêtée « *le contenu d'un dossier, la facturation d'un dossier c'est quasi pareil d'un endroit à un autre. Les règles de facturation sont écrites, il a un manuel, c'est intangible, c'est comme le PMSI, tu as un cadre, tu dois travailler de la même façon. Les différences sont sur les horaires, les locaux mais un dossier reste un dossier que tu sois à Lille ou à Marseille* » (enquête n°5). De plus, la mise en place d'un SI commun

Manon VEUILLET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2021 - 17 -

à tous les établissements Ramsay Santé, a appuyé la nécessité d'homogénéiser les pratiques à l'échelle du Groupe.

c) Création d'un *core model* dans un objectif d'homogénéiser les pratiques à l'échelle du Groupe

En effet, actuellement, « [il y a] autant de GAP que d'établissements. Il n'y a rien d'harmoniser, chacun a son mode de fonctionnement. Les établissements n'ont pas l'habitude en plus d'échanger avec les établissements d'à côté donc ils restent dans leur mode de fonctionnement » (enquête n°5). Ce changement de SI est alors l'occasion pour le Groupe de redéfinir les bonnes pratiques GAP, de repenser les processus associés et de les formuler par écrit. La méthode de questionnement QQQCCP (pour : qui fait quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien et Pourquoi ?) impose d'étudier les processus organisationnels et les chemins par lesquels circulent l'information dans leur entièreté. Comme le souligne un enquêté « *ce changement de SI permet de remettre à plat les pratiques* » (enquête n°3) mais aussi de les améliorer. En effet, une autre enquêtée nous confie que la mise en place d'un nouveau SI « *était vraiment l'opportunité de se dire, on peut en profiter pour créer un « core model » de documentation car sur la GAP, il n'y a rien d'écrit. Chaque établissement a sa petite procédure, et encore. Pour Loghos 3 il n'y a aucune procédure, aucun manuel utilisateur et tu ne sais pas le détail du processus. Les gens apprennent sur le tas avec l'expérience du terrain. Donc c'était l'opportunité de structurer la gestion documentaire* » (enquête n°5). Aussi, comme le relève la cheffe de projet AMOA : « *il n'y a rien qui te forme aux règles de facturation et si tu n'as pas la voisine à côté qui t'explique, tu ne peux pas l'inventer. De plus, la GAP est un savoir qui se passe par la parole et tu as peu de documentation écrite. On souhaiterait avec des documentations, rentrer dans les règles de métiers pures pour essayer de concentrer, centraliser et recueillir tout ça* ».

Le terme *core model* est surtout utilisé dans le champ des SI. Il correspond à un « tronc commun » ou un socle commun à l'ensemble des établissements du Groupe. Dans le cadre du projet *Parcours*, l'équipe projet travaille sur l'élaboration des *core model* DPI et GAP-PMSI. Les membres des groupes de travail définissent ensemble les paramétrages, les processus et les fonctionnalités qui seront communs aux établissements. Les éléments non inclus dans le *core model* resteront à la main des établissements. Les *core model* pensés peuvent prendre la forme d'un *core model* SI relevant des paramétrages propres à l'outil et le *core model* organisationnel se rapportant aux processus organisationnels et aux pratiques des utilisateurs. Il est important que le *core model* organisationnel et SI soient pensés en parallèle, en miroir. Comme le souligne Lynne Markus avec un concept qu'elle nomme le *technochange* (pour *technology-driven organizational change*), celui-ci lie le changement de SI et son impact sur l'organisation et les pratiques en place (Dominguez-Péry & Ologeanu-Taddei, 2018). Cette théorie s'applique aux situations où la mise en place d'une nouvelle technologie de l'information et le communication (TIC) est utilisée dans le but d'améliorer

la performance de l'organisation (*ibid.*). L'auteure recommande alors un alignement entre les nouvelles fonctionnalités informatiques et les changements organisationnels tels que les processus métiers repensés, de nouvelles mesures de performance et les formations (Markus, 2004). Une enquêtée illustre cette théorie à travers l'exemple de la mise en place de formulaires tels que l'engagement patient. En effet, l'implantation d'un nouveau SI intégrant les formulaires dématérialisés encouragent les utilisateurs à appliquer les bonnes pratiques : « *c'est toujours compliqué quand c'est en papier, par exemple, les différents formulaires, engagement patient ou autres, notre système d'information actuel ne nous permet pas de le faire dans l'outil. Donc si on avait écrit des pratiques en demandant de les appliquer, ça aurait été du papier. [...] Le fait que ça soit intégré dans un seul et même outil, on va décrire le mode opératoire et quand c'est dans l'outil c'est plus simple et plus agréable de remplir que d'aller chercher dans un trieur chaque feuille. Ça ne passe pas pareil, c'est moins digeste de rajouter du papier que d'avoir un outil complètement dématérialisé* » (enquête n°6). Ainsi, l'implantation d'un nouveau SI facilite la mise en place de nouvelles pratiques.

La conception d'un *core model* à l'échelle du Groupe permettra d'homogénéiser les pratiques des utilisateurs et de s'assurer que l'ensemble des établissements respectent un certain niveau de qualité de prise en charge des patients. Deux enquêtés voient la mise en place d'un *core model* et l'implantation d'un logiciel unique comme la possibilité « *de s'entraider entre les établissements* » (enquête n°7). La seconde enquêtée ajoute : « *à partir du moment où on applique tous les mêmes procédures, on va pouvoir s'entraider les uns les autres, c'est bien aussi ça l'intérêt de faire partie d'un Groupe, de pouvoir avoir des infos à l'échelle Groupe, de parler le même langage et de se soutenir et de s'entraider* » (enquête n°6). L'appartenance à un Groupe et la mise en place de pratiques communes apparaissent comme des éléments consubstantiels. Comme relève une enquêtée : « *avoir des pratiques homogènes, unifiées, c'est quelque chose qui est essentielle pour le Groupe* » (enquête n°4). Aussi, en termes de pilotage des établissements au niveau du siège, il sera plus aisé de comparer des établissements qui sont organisés et travaillent de la même manière. En effet, une enquêtée précise : « *demain si tu veux arriver à avoir des vrais outils de pilotage pour dire « quels sont les taux de complétude ? quels seraient demain les futurs chantiers bonnes pratiques à améliorer ? etc. » c'est plus simple quand tu sais que les établissements travaillent de la même façon car sinon tu ne sais pas vers quel axe vraiment travailler* » (enquête n°5). En outre, des économies d'échelles pourront être réalisées en termes de marche courante, c'est-à-dire, concernant le support informatique des applications puisque les établissements auront le même SI et un processus organisationnel identique.

Néanmoins, la mise en place d'un *core model* ne doit pas être considéré comme figé et immobile. En effet, comme le fait remarquer une enquêtée : « *lorsque tu standardises beaucoup de*

choses ; la notion d'individualisme, de local, tu la perds. Il faudrait prendre garde à écouter le terrain malgré tout. L'écueil qu'il ne faut pas avoir est que, ce n'est pas parce que tu as défini un core model sur 2021 que sur 2022/2023 et toutes les années qui vont suivre, on n'ait pas des instances qui permettent aux utilisateurs qui puissent exprimer leurs idées et leurs besoins. Le fait d'homogénéiser, peut faire passer à côté de la créativité de certains et à côté des bonnes idées » (enquête n°8). Aussi, comme nous le fait observer un autre enquêté « une organisation quand elle est figée c'est qu'elle est morte. [...] Donc oui, un SI doit remettre en question l'organisation mais il ne faut pas attendre un changement de SI pour remettre en question l'organisation. Il faut s'interroger, challenger, piloter, gouverner son organisation, être conscient de ce qui va et ne va pas » (enquête n°2). En d'autres termes, il faut rester vigilant à ce que la mise en place d'un core model n'empêche pas l'innovation et la remise en question des pratiques définies.

La mise en place d'un SI au sein des établissements de santé du Groupe doit répondre aux besoins des utilisateurs et permettre de simplifier les tâches que ces derniers effectuent au quotidien. Un SI doit s'adapter aux pratiques préalablement définies notamment dans *le core model* organisationnel. Alors, comment concevoir un SI qui permet de répondre à la fois aux exigences stratégiques des décideurs, aux besoins des utilisateurs et que ces attentes soient technologiquement réalisables ?

II. Les différentes démarches projets mobilisables dans la conception et l'implantation du nouveau SI

La mise en place d'une équipe projet permet de piloter la conception et l'implantation de ce nouveau SI et d'en coordonner les acteurs (1). Les approches Agiles proposent des outils permettant de faire preuve d'adaptabilité notamment dans le cas de projets dits complexes comme celui-ci (2). Aussi, la formation d'une équipe projet au sein des établissements permet de décliner le projet dans les structures et d'en assurer la diffusion et l'implantation (3).

1. *Parcours* : manager un projet complexe

a) La gestion de projet SI, de quoi parle-t-on ?³

Un projet peut être défini comme « *un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources* »⁴. Un projet est caractérisé par différents facteurs : 1) La complexité : un projet mobilise généralement un nombre important d'acteurs pouvant détenir des compétences différentes et exercer des métiers variés. De plus, cette complexité prend forme à travers le nombre important de tâches qui se succèdent pour aboutir à la réalisation du projet. 2) « Unique » : un projet est généralement unique puisqu'il ne se répète pas. 3) Délimité dans le temps : un projet comporte une date de début et de fin. 4) Les risques : un projet comporte un nombre élevé d'incertitudes et de risques qu'il est nécessaire d'identifier. En effet, les variables et les aléas peuvent être importantes et impacter la gestion du projet d'où la nécessité de les anticiper.

Traditionnellement, un projet repose sur un triptyque d'acteurs que sont le Comité de pilotage (COPI), les groupes de travail et le chef de projet. Ces derniers détiennent chacun des rôles définis et distincts. Trois étapes principales rythment un projet : le cadrage, la conduite du projet et la conclusion (Vigneron, 2018).

i. Le cadrage

Le cadrage permet de formaliser à travers différents livrables, les objectifs, le périmètre, les coûts et les délais du projet. La première phase du cadrage est l'initiation du besoin avec la production d'une fiche d'expression de besoin et une étude des opportunités. La fiche d'expression de besoin permet de présenter le contexte, les objectifs poursuivis ainsi que les premières contraintes du projet relevées. Dans le cadre du projet *Parcours*, une première expression de besoin

³ D'après les enseignements reçus par Madame Laurie Marraud et Monsieur Michel Louazel dans le cadre du Master 2 AMOS.

⁴ Norme Afnor X50-105.

a été formulée par la directrice de projets GAP-PMSI et un groupe de travail pluridisciplinaire composé des différents métiers relevant du champ de la GAP-PMSI. Le dossier d'étude d'opportunités permet d'élaborer un premier chiffrage des coûts, d'estimer le délai et d'extraire les avantages et les inconvénients de démarrer le projet. L'objectif est de répondre à la question « doit-on réaliser ce projet ? ». La seconde phase du cadrage consiste à bâtir l'organigramme du projet. Ce dernier reprend les différents intervenants. Pour le projet *Parcours*, ces derniers étaient : le COFIL ; le chef de projet ; l'équipe projet composée des directeurs projets GAP-PMSI, DPI et SI, les chefs de projets AMOA ; puis les groupes de travail correspondant aux différents chantiers identifiés. Aussi, des experts métiers peuvent intervenir tout au long du projet. Une fois l'organigramme établi, la commande initiale passe en « mode projet ». Il est alors important de formaliser les missions des intervenants à travers une lettre de mission. Les questions auxquelles doivent répondre ce livrable sont : quel est le temps imparti au projet ? Quels sont les objectifs attendus ? Quels sont les tâches que va devoir effectuer la personne ? Quelles sont les délégations reçues dans le cadre du projet (notamment les missions n'entrant pas dans le cadre de ses actions habituelles) ? Le reporting attendu ? (Quelles sont les informations que la personne doit faire remonter, à quel moment et à qui ?) Les correspondants ? (Personnes, services ou groupes de travail en lien avec la mission). Dans le cadre du projet *Parcours*, j'ai pu relever l'importance de définir les missions de chaque acteur en amont, afin que chacun soit en accord avec son périmètre de responsabilités et de ses actions à réaliser. Les principales étapes du projet, les moyens alloués, les responsabilités des différents acteurs ainsi que les enjeux, les objectifs et les résultats attendus sont présentés au sein d'une note de cadrage, validée par le COFIL. Cette note de cadrage ne sera définitive qu'une fois le cadrage calendaire, budgétaire et l'analyse des risques définis. Le calendrier du projet peut être représenté à travers les méthodes de GANTT ou de PERT (cf : annexe VIII). Ces méthodes ont pour objectif de dessiner un chemin critique en identifiant les tâches dont les retards auraient une conséquence sur la date de la livraison finale du projet. L'évaluation des charges est une phase primordiale du cadrage. Ces dernières concernent aussi bien les ressources humaines que matérielles, ou autres (charges de formation, déplacements...), nécessaires au projet. Aussi, les risques doivent être anticipés et un plan d'action permettant de les prévenir, doit être pensé et réfléchi en amont. Un risque est pondéré en fonction de sa probabilité d'occurrence et de sa gravité (son impact) sur le projet. Enfin, la réalisation d'un plan de communication vise à organiser la communication à prévoir entre les différents acteurs et bénéficiaires du projet. Un plan de communication permet d'anticiper les résistances liées au projet et participe à la conduite du changement. Il doit répondre à plusieurs questions : quel est l'objectif de cette communication ? Quel message ? Quel support ? Qui diffuse le support ? Quel destinataire ? Quand, à quelle étape du projet ?

ii. La conduite du projet et conception du *core model*

Une fois le cadrage réalisé, la formalisation d'un plan d'action permet de suivre l'avancement des actions : celles en cours, à venir et terminées. Pour chaque action, doit être associé un responsable de la tâche ainsi qu'une date de début et de fin. Pour cela, les tâches doivent être déterminées en amont. Cette méthode permet d'identifier qui fait quoi, comment, quand mais aussi à quel moment les ressources humaines et financières seront mobilisées. Néanmoins, dans un projet dit « complexe » comme *Parcours*, il est difficile de définir l'ensemble des tâches à suivre. En effet, « *les étapes pour parvenir aux objectifs fixés sont à la fois difficiles à définir et également susceptibles d'évoluer* » (Vigneron, 2018, p263).

Pour l'équipe projet du siège Ramsay Santé, la conduite du projet *Parcours* correspond notamment à la conception d'un nouveau *core model* SI et organisationnel. Pour cela, les chefs de projet AMOA mettent en place des ateliers pour chaque grande étape du parcours patient. Ces ateliers, aussi appelés « itérations », ont pour objectifs de concevoir avec des experts métiers, le *core model* SI et organisationnel associés aux différents processus et thématiques. Comme l'explique une experte métier intervenant dans les ateliers : « *je trouve qu'il (le core model) est élaboré très intelligemment. On avance par phase, ce n'est pas fixé, on relie, on revalide, on applique en atelier ce qu'on écrit* » (enquête n°6). En effet, les processus sont travaillés une première fois en atelier puis tester par certains utilisateurs en établissement. Si certains points ne sont pas validés par ces derniers, ils sont retravaillés en atelier jusqu'à une version optimale.

Lors d'un atelier, sont présents : la directrice de projet GAP-PMSI ou DPI, la cheffe de projet AMOA GAP-PMSI ou DPI, un consultant GAP-PMSI ou DPI de l'éditeur du logiciel et les experts métiers. Les directeurs de projet métier peuvent être assimilés à des Maîtres d'Ouvrage (MOA) dont les responsabilités sont d'assurer le respect des objectifs, des délais et des coûts. De plus, « *ils gèrent le changement, assurent la définition des besoins, les spécifications fonctionnelles et la définition des exigences techniques que le projet doit satisfaire, le suivi de sa réalisation, la recette fonctionnelle et technique du projet ; pour cela il s'entoure d'une équipe pluridisciplinaire (organiseurs, techniciens, utilisateurs) qui travaille sous sa responsabilité* » (Jancourt & Simart, 2015, §107). A noter, les spécifications correspondent à une liste de paramétrages ou de développements à effectuer dans le SI. La recette s'apparente à la réalisation de tests du logiciel. L'AMOA « *apporte une expertise métier ou l'expérience nécessaire au type de projet concerné (organisationnel, systèmes d'information)* » (*ibid.*, §109). Aussi, le rôle de l'AMOA est de traduire les besoins exprimés par les experts métiers dans un « langage technique » à destination de la MOE, correspondant ici aux consultants de l'éditeur du logiciel en charge du paramétrage du logiciel, et à la Direction des Systèmes d'Information (DSI). Aussi, l'AMOA cherche à questionner les besoins

exprimés par les experts métiers : est-ce un réel besoin ou bien est-ce une habitude, une pratique ancrée dans l'organisation qui peut être réalisée différemment et ainsi être optimisée ?

Le nombre d'experts métiers présents au sein des groupes de travail peut varier en fonction des processus étudiés. Le but restant de co-construire le *core model* en collaboration avec les utilisateurs finaux. Comme nous l'explique une des enquêtées : « *On nous présente l'outil, on donne notre avis sur l'ergonomie, sur les fonctionnalités, sur ce qu'on ne veut plus, sur ce qu'on voudrait et sur ce qu'il est impératif que l'on ait. On fait aussi des tests en réel* » (enquête n°7). Même si, de prime abord, certaines « bonnes pratiques » définies peuvent sembler difficilement applicables pour les experts métiers à cause d'une organisation et d'une culture d'établissement paraissant immuables, l'objectif est bel et bien d'imaginer un *core model* permettant une amélioration de l'organisation actuelle. Ainsi, l'exercice pour les experts métiers est d'une part, de partager leurs vécus et leurs expériences en établissement mais aussi et surtout, d'effectuer un travail de projection vers les pratiques cibles. La conception du *core model* permet alors de réfléchir à la mise en place de paramétrages au sein du SI et de pratiques identiques à l'ensemble des établissements du Groupe.

Au-delà de la conception des *core model* SI et organisationnel, onze autres chantiers ont été identifiés par l'équipe projet. Six relèvent de la DSI : 1) trajectoire de généralisation (en vue de l'implantation du nouveau SI à l'ensemble des établissements du Groupe) ; 2) infrastructures techniques et hébergement ; 3) interopérabilité et reprise de données ; 4) marche courante ; 5) conduite du changement SI et 6) Business Intelligence (BI) (dont le rôle est de définir différents indicateurs d'aide à la décision). Sept autres chantiers sont pilotés par la direction des opérations, se plaçant du côté « métier ». Ces derniers sont : 1&2) la conception des *core model* SI et organisationnel, comme nous avons pu le voir ; 3) la méthodologie de déploiement ; 4) le groupe de partage et référentiels communs à la GAP-PMSI et au DPI ; 5) le développement des nouvelles fonctionnalités du SI GAP-PMIS ; 6) la méthodologie de déploiement et 7) la conduite du changement métier.

Ainsi, comme nous pouvons le remarquer, de nombreux chantiers rythment le projet. Le rôle du chef de projet est alors de les coordonner entre eux mais aussi de manager équipe. Sa mission vise à organiser et fédérer les ressources, informer régulièrement le commanditaire du déroulement du projet (la direction de Ramsay Santé dans le cas présent). De plus, le chef de projet n'a pas de rôle hiérarchique. Au sein de *Parcours*, des comités projets se tiennent chaque semaine afin que les acteurs puissent échanger sur leurs avancées, les actions à venir, les points de vigilances ainsi que les décisions à prendre. Aussi, « un point d'étape à 8 mois » a été organisé afin de réunir les membres de l'équipe dans le but d'échanger sur les facteurs clés de succès et les points

d'amélioration concernant l'organisation du projet. Deux COPIL se tiennent tous les mois : un premier, en interne, entre les membres de la direction du Groupe Ramsay Santé et un second entre la direction de l'éditeur du logiciel et la direction de Ramsay Santé. Durant ces instances, l'équipe projet présente les avancées et les points d'alertes. Aussi, les membres des COPIL arbitrent les décisions relatives à la poursuite du projet après une étude des différents scénarios possibles, anticipés par l'équipe.

iii. Conclusion du projet

La conclusion du projet permet aux acteurs de mettre un terme officiel au travail et d'en remercier les différents intervenants. Une évaluation du projet sur l'atteinte ou non des objectifs fixés lors du cadrage est un bon moyen d'estimer sa réussite.

b) Management de projet et management par projets

La notion de management de projet « *comprend la notion de conduite de projet, [reposant sur une suite logique d'étapes, se concluant par la production de livrables], et y ajoute la dimension du management, c'est-à-dire les dimensions stratégiques, politiques, de pilotage du projet, de conduite du changement, et notamment le management des ressources humaines. Sont sous-jacentes à ces notions, la nécessité d'entreprendre, la prise de risques, la définition et la mise en perspective des enjeux et la capacité de pilotage en fonction des évolutions externes* » (Jancourt & Simart, 2015, §36). Les aléas et le contexte mouvant du projet nécessitent un « pilotage à vue » et se détache alors de la conduite de projet dite « traditionnelle ». Les projets dits « complexes » tels que le projet *Parcours*, se retrouve dans cette configuration. Le chef de projet doit sans cesse s'adapter aux nouvelles contraintes imposées par l'environnement du projet en redéployant et réaffectant les ressources humaines et matériels. Les tâches et le planning peuvent être révisés afin de respecter les délais, les coûts et autres engagements (*ibid.*).

Le management par projets correspond aux « *organismes [qui] structurent leur organisation et adaptent leurs règles de fonctionnement à partir et autour de projets à réaliser* »⁵. « *Dans cette modalité de fonctionnement, les projets deviennent les outils et leviers du changement, non seulement de l'organisation, mais également du management des hommes et de la structure* » (*ibid.*, §43). Ce type de management implique une transversalité où chaque personne impliquée travaille ensemble dans une même finalité quel que soit son métier. Au sein du Groupe Ramsay Santé, nous pouvons retrouver ce type d'organisation avec la présence d'une direction des projets opération qui veille à coordonner et à mener à bien les projets métiers déployés au sein des

⁵ Norme Afnor X50-115

établissements. En effet, le portefeuille projets de la direction des opérations se compose principalement de projets SI impliquant directement les métiers en établissement (métiers de la GAP, professionnels de santé...). Les autres projets sont gérés par les directions concernées.

Du côté de l'éditeur du logiciel, d'autres approches sont utilisées pour concevoir le nouveau SI et pour coordonner les acteurs impliqués dans le projet. En effet, de l'approche Agile à la conception d'un SI centrée sur l'expérience utilisateur, l'objectif est de livrer un logiciel qui corresponde aux besoins et aux attentes des différentes parties concernées : les utilisateurs finaux et les décideurs.

2. Les approches adoptées par l'éditeur du logiciel dans le développement du nouveau SI : les méthodes Agiles et User Experience (UX)

a) Concevoir un SI répondant aux besoins des utilisateurs : le *Design Thinking*

Comme nous l'explique une enquêtée, auparavant la conception de SI « *était beaucoup en cycle en V [...] : on donne des grosses spécifications au départ, on implémente, on teste et on livre au client. Au lieu d'aller voir les utilisateurs, c'est le « grand chef », celui qui paie qui va faire une liste de points qui pour lui, sont utiles. Donc il va te donner cette liste-là et le développeur va implémenter toute cette liste. Mais avoir toute une liste au début d'un projet c'est impossible car tu ne peux pas être exhaustif sur un projet comme ça. Tu as besoin d'aller voir régulièrement l'utilisateur* » (enquête n°1). Le « cycle en V », dont parle l'enquêtée, est aussi nommé « l'effet tunnel ». En effet, les méthodes « traditionnelles » de la gestion de projet « *laissent peu de place à l'adaptabilité, aux aléas et au changement de cap en enfermant l'équipe projet dans sa planification GANTT jusqu'à l'obtention de son objectif initialement fixé* » (Vignerot, 2018, p263).

Le *Design Thinking* émerge dans les années 70 à 80. Cette approche est popularisée par l'entreprise IDEO, spécialisée dans la conception d'objets innovants. Elle s'appuie sur l'UX Design dont le cœur de cette démarche est « *d'identifier les besoins humains, c'est-à-dire les besoins des utilisateurs du système* » (Gothelf & Seiden, 2019, p8). Son PDG définit le *Design Thinking* comme « *l'innovation induite par... l'observation directe de ce que les gens veulent et ce dont ils ont besoin dans leur vie, de ce qu'ils aiment ou n'apprécient pas. [...] Qu'il s'agit d'une discipline qui utilise la sensibilité et les méthodes du designer pour faire correspondre les besoins des gens avec ce qui est technologiquement faisable et ce qu'une stratégie commerciale peut convertir en valeur pour le client et en opportunité pour le marché* » (*ibid.*, p8). A travers cette définition, nous pouvons voir se dessiner les trois enjeux clés dont il faut se saisir lorsque l'on conçoit un nouvel outil informatique. Ces derniers sont : les enjeux techniques, stratégiques et utilisateurs. En effet, un SI doit répondre à la fois aux exigences des décideurs et de la stratégie définie par l'entreprise, tout en prenant en compte les besoins des utilisateurs finaux afin de simplifier leurs pratiques et les aider dans leur

quotidien. Cela, sans omettre les contraintes techniques. Comme le souligne un des enquêtés, responsable de l'expérience utilisateur chez l'éditeur du logiciel : « *si un moment on occulte un des 3 éléments, c'est fini* » (enquête n°2). La première question à se poser est « quel est le problème à résoudre ? ». Le même enquêté précise : « *il faut d'abord se demander : qu'est-ce qu'on veut faire, quel problème on veut résoudre ? Est-ce que le problème qu'on pose est bien formulé ? Et ça, c'est très souvent la cause d'échec des projets informatiques. Souvent ça devient un problème de technique parce qu'en fait, quand on ne sait pas où on va, on demande aux développeurs de faire plein de choses qui vont coûter très chères, qui vont être contradictoires et du coup le produit devient un monstre ingérable. Mais la cause racine est qu'on a mal défini le problème à résoudre* » (enquête n°1).

Le *Design Thinking* offre une méthodologie permettant de définir les « problèmes à résoudre ». Quatre étapes se succèdent et peuvent être répétées jusqu'à ce que le résultat final soit optimal. La première étape correspond à « l'exploration ». L'objectif ici, est d'aller à la rencontre des utilisateurs et des décideurs en réalisant des entretiens semi-directifs et des moments d'observation. La finalité des ateliers réalisés est de récolter des informations afin d'identifier les usages actuels du SI par les utilisateurs, de cerner leurs besoins et de comprendre les enjeux et les objectifs mis en avant par les décideurs. La seconde étape est la phase « d'idéation ». Comme nous l'explique une enquêtée, cette étape permet de connaître l'utilisateur et synthétiser toutes les données : « *tous ensemble on va faire plusieurs livrables : Personas qui est une fiche utilisateur (notre utilisateur cible voilà comment il est, il aime bien ça, des phrases importantes), on brainstorme, on réalise une experience map, on cherche à comprendre le cheminement de sa journée, comment l'utilisateur se sent et comment il est* » (enquête n°1). La troisième phase est celle de la « génération » où les premiers prototypes et maquettes sont créés. Enfin, la quatrième étape est « l'évaluation » durant laquelle, l'outil est testé par les utilisateurs finaux. Si des modifications doivent être effectuées, une nouvelle itération peut reprendre, soit depuis l'étape 1, si des informations importantes ont pu être omises au moment des entretiens ou

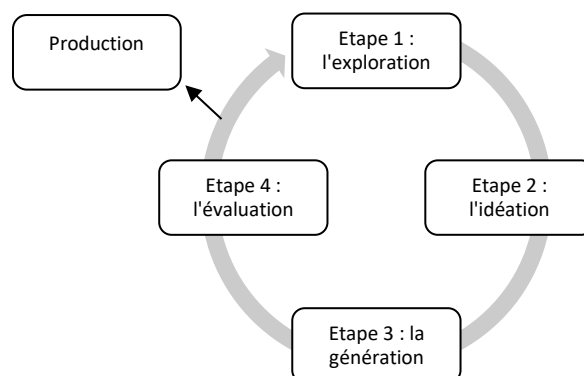


Figure 1. Cycle des étapes de la méthode Design Thinking. Source : schéma réalisé à partir des explications données par l'enquêtée n°1

bien débiter directement à l'étape 3, en phase de « génération ». Cette boucle itérative est reproduite autant de fois qu'il y a de fonctionnalités. De cette manière, le SI est construit petit à petit.

Comme nous pouvons le constater, la conception de ce SI est centrée sur les utilisateurs. Il doit répondre, d'une part aux besoins des utilisateurs et d'autre part, aux pratiques définies au sein du *core model* organisationnel. Comme l'explique une enquêtée : « *toute la partie UX va permettre d'amener ça [le changement de SI] en douceur et éviter la cassure où d'un coup on doit s'adapter à un logiciel. Donc là on ne va pas s'adapter car on a fait de l'UX donc il correspond directement aux besoins, ça permet d'amener en douceur un nouveau SI qui sert plus les besoins de tout l'hôpital et va permettre de fluidifier le tout* » (enquêtée n°1).

b) Mener un projet avec l'approche Agile

Le *Design Thinking* s'appuie plus largement sur une approche dite « approche Agile ». Née d'un manifeste en 2001, le développement Agile repose sur quatre valeurs fondamentales : 1) les individus et les interactions sont plus importantes que les processus et les outils : la collaboration et les échanges sont des points centraux de l'organisation. Un enquêté le souligne : « *l'agilité c'est de la collaboration, ce n'est pas une chose qu'on fait de temps en temps, c'est permanent, ce sont des éléments de dialogue, d'innovation, d'alignement, de partage* » (enquêté n°2). Chacun doit être en mesure de partager ses idées à l'ensemble de l'équipe afin de débattre, et d'avancer rapidement. 2) Un logiciel qui fonctionne est plus important qu'une documentation complète : la documentation est essentielle mais c'est en testant au plus tôt les solutions auprès des utilisateurs que l'équipe saura si ces dernières sont viables. 3) La collaboration avec le client est plus importante que la négociation du contrat : collaborer et travailler main dans la main avec les utilisateurs est nécessaire pour tester et améliorer l'outil. Ces derniers seront plus investis et les itérations plus rapides. 4) Répondre au changement est plus important que de respecter un plan : lorsque l'équipe découvre ce qui marche ou ne marche pas, elle peut adapter directement ces propositions et changer d'axes de travail pour s'orienter dans une meilleure direction (Gothelf & Seiden, 2019).

Les approches Agiles « *privilég[ent] l'adaptabilité, la dynamique des équipes projets et la communication. Les méthodes Agiles consistent à avancer « petits pas par petits pas » ou par itérations courtes de quelques jours à quelques semaines, à procéder très régulièrement à des rétrospectives pour recueillir les avancées, les difficultés rencontrées et redéfinir les prochaines étapes et trajectoires à prendre* » (Vigneron, 2018, p263). Cette adaptabilité vise à réduire toute forme de gaspillage qu'ils soient humains, financiers ou de perte de temps (*ibid.*).

L'approche Agile se caractérise par une équipe réduite afin de garantir une fluidité dans les échanges et dans les prises de décisions. Plusieurs équipes peuvent être affiliées à un projet, disposant d'un périmètre d'actions qui leur sont propres. Pour le projet *Parcours*, les équipes dédiées à la conception du nouveau SI chez l'éditeur du logiciel, s'organisent à travers la méthode Scrum qui est l'une des approches Agiles. Ainsi, les équipes sont composées d'un « Product Owner » (PO), ayant la casquette d'expert fonctionnel, il assure le lien être l'équipe projet et le client (Vigneron, 2018, p265) ; d'un « Scrum-master », qui comme le justifie une enquêtée, « *fait respecter l'agilité. C'est une personne qui veille au bon fonctionnement de l'équipe et veille à ce qu'on applique la méthodologie Agile* » (enquêtée n°1) ; l'équipe se compose aussi d'une testeuse et de développeurs. A noter, la notion de hiérarchie est absente dans les approches Agiles, « *c'est une collaboration d'égale à égale* » (enquêtée n°1).

L'organisation des tâches au sein d'une équipe fonctionnant en mode Agile se caractérise par des « sprints » et des « mêlées ». En effet, une enquêtée l'explique, une très courte réunion, aussi appelée « mêlée », est organisée chaque matin. Ce moment permet à chaque membre de l'équipe de revenir sur ce qu'il a fait la veille, ce qu'il compte faire aujourd'hui et les possibles éléments de blocages. L'objectif est de créer un moment d'échanges et de veiller à ce que personne ne reste bloquer sur une tâche. Les « sprints » correspondent à des périodes de quelques jours de travail. Le premier jour de la période sont définies les tâches sur lesquelles l'équipe va avancer durant la période impartie. Ces tâches sont sélectionnées parmi une liste regroupant l'ensemble des actions identifiées à réaliser. A la fin de cette période, les avancées effectuées durant le « sprint » sont présentées aux utilisateurs et aux décideurs. Une nouvelle période débute alors, en suivant le même schéma. Cette méthodologie permet de concentrer son travail sur des tâches spécifiques et d'adapter son calendrier aux aléas et aux contraintes survenant durant le projet.

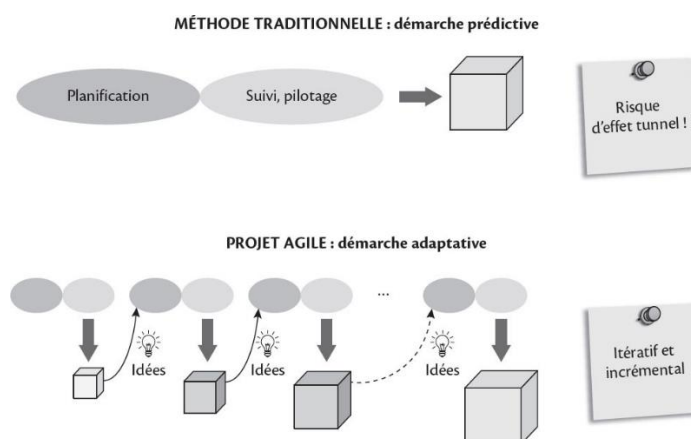


Figure 2. Méthode de gestion de projet traditionnelle vs approche Agile. Source : Bertrand Vigneron, « Chapitre 6 : le management opérationnel des systèmes d'information », dans *Le management en santé*, 2018, p243-266

c) Les limites ou les contraintes de ces démarches

Au-delà d'un processus, les approches Agile impliquent un changement de culture au sein des organisations (Sahota, 2013). En effet, ces dernières supposent une collaboration étroite entre les membres de l'équipe projet, une absence de hiérarchie et une grande flexibilité. « *Le point essentiel est que nous sommes dans le « faire Agile » lorsque nous suivons les pratiques et nous sommes dans le « être Agile » quand nous agissons avec un esprit Agile* » (ibid., p23). Le modèle de culture proposé par W. Schneider (1999), identifie quatre types de cultures pouvant être présentes au sein d'une organisation : la collaboration (travailler ensemble) ; le contrôle (avoir et garder le contrôle) ; la compétence (être le meilleur) et le développement personnel (apprendre et se développer en visant un objectif ayant du sens). Les approches Agiles se retrouvent plus particulièrement dans les valeurs associées aux cultures de la collaboration et du développement personnel. Par conséquent, lorsqu'une organisation souhaite réellement utiliser des approches managériales relevant de l'Agilité, cela impose une transformation de sa culture. Par exemple, une organisation basée sur le « command and control » fondée sur le respect des processus et de la hiérarchie, pourra difficilement intégrer des approches Agiles dans leur management.

En outre, l'approche Agile et la méthode du *Design Thinking* reposent sur des itérations et une adaptabilité du calendrier. Ces itérations se répètent jusqu'à l'obtention d'une version optimale du logiciel, validée par les utilisateurs finaux et les décideurs. Alors, il peut sembler difficile de prévoir en amont le temps et les coûts exacts, nécessaires à la conception du nouveau logiciel. Ainsi, lorsque le projet est complexe avec un délai et un budget restreints et non modulables, l'approche Agile peut révéler ses limites.

Concernant la méthodologie *Design Thinking*, le principal point de vigilance concerne la « *juste implication des utilisateurs* » (enquête n°1). En effet, même si l'utilisateur est au cœur de la conception du SI, il n'en est pas pour autant le maître. Une responsable de l'expérience utilisateur pour la conception du nouveau SI GAP, le souligne : « *on n'est pas à la lettre de tout ce que dit l'utilisateur car il n'a pas toutes les billes en main* » (enquête n°1). Un autre enquêté, responsable UX chez l'éditeur du logiciel, précise l'enjeu et le questionnement principal, à savoir : « *qui impliquer au bon niveau ?* » (enquête n°2). Il ajoute « *on ne peut pas demander au directeur d'avoir un avis sur les boutons sur lesquels il faut cliquer. Il faut se poser la question qu'est-ce que c'est la juste implication des utilisateurs et des parties prenantes* »⁶. En effet, les utilisateurs se basent généralement sur leur expérience actuelle pour décrire leurs besoins. Néanmoins, il est nécessaire de se questionner sur la pertinence des pratiques. La première enquête nous donne l'exemple

⁶ Le terme « partie prenante » est un terme utilisé au sein de l'entreprise concevant le logiciel, il est synonyme de décideur.

suivant : « *par exemple, imprimer un papier, il [l'utilisateur] va me demander de mettre une fonction pour imprimer. Moi, si je suis persuadée qu'il n'a pas besoin d'imprimer le papier, c'est parce qu'il a pris l'habitude, et bien je ne vais pas le mettre* » (enquête n°1). Comme nous pouvons le remarquer, les utilisateurs expliquent leurs pratiques actuellement en place. Or, l'objectif n'est pas seulement de savoir comment les utilisateurs travaillent aujourd'hui mais, comment ils pourraient travailler demain afin d'améliorer l'organisation. Les décideurs peuvent avoir ce recul dans l'organisation des processus. C'est le cas à Ramsay Santé, où le *core model* organisationnel a été conçu en collaboration avec des experts métiers lors d'ateliers, ce qui par conséquent, permet aux décideurs d'avoir une idée claire des processus cibles. Néanmoins, l'enquête n°1 ajoute : « *il faut que la partie prenante ait conscience qu'elle ne sait pas tout et surtout pas à la place de l'utilisateur* ». L'enquête n°2 complète cette idée « *il faut définir la stratégie de conception : avec qui on fait quoi et pourquoi ?* ».

3. Implanter le nouveau SI au sein des établissements Ramsay Santé : formation d'une équipe projet au sein des établissements

Afin d'implanter le nouveau SI au sein de ses cliniques, l'équipe projet *Parcours*, présente au niveau du siège, a demandé aux deux établissements pilotes de former au sein de chacun d'entre eux une équipe projet.

Une clinique pilote est définie comme permettant de tester la conception d'un nouveau SI et évaluer les problèmes organisationnels potentiels qui pourraient survenir lors de son implantation. Être un établissement pilote signifie de disposer d'utilisateurs finaux pouvant tester le nouveau logiciel au quotidien, dans un environnement réel, durant sa conception ainsi que lors de son déploiement (Bansler & Havn, 2010). Les établissements pilotes permettent à l'équipe centrale d'identifier la stratégie à adopter lors du déploiement du SI, à grande échelle pour les prochaines cliniques, notamment en termes de conduite du changement. En effet, après l'implantation du nouveau SI au sein des établissements pilotes, un retour d'expérience est réalisé afin d'en tirer les axes d'amélioration pour les futurs déploiements. Être établissement pilote pour les cliniques choisies, apparaît comme étant valorisant et une réelle opportunité d'être impliqué de près dans la conception du nouveau SI. L'enquête n°4 relève : « *ça va nous permettre de refonder le core model et de pouvoir donner un peu notre avis en prenant en compte nos spécificités* ». Aussi, de ce fait, les établissements pilotes sont davantage accompagnés par l'équipe centrale comme l'enquête n°3 le confirme : « *on a ce gros avantage d'être en contact direct avec le siège, on peut remonter en permanence les infos* ».

Deux cliniques pilotes ont été choisies dans le cadre du projet *Parcours*. Dans chacune d'entre elles, une équipe projet a été formée. Celle-ci se compose dans les deux cas : d'un chef de projet et de différents référents : GAP, DPI, SI DPI, PMSI, praticien, pharmacien, et enfin un référent Manon VEUILLET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2021

technique informatique. La mise en place d'une équipe projet au sein des établissements représente un véritable lien entre l'établissement et le siège Ramsay Santé. Aussi, la formation d'une équipe comme celle-ci implique pour les cliniques d'être dans une réelle dynamique de conduite de projet. En fonction des échéances fixées par l'équipe centrale, les établissements se doivent de les respecter et ainsi de planifier les différentes tâches à réaliser. De plus, comme dans toute équipe projet, la coordination et la collaboration entre ses membres est primordiale. Un des enquêtés, référent GAP en établissement, nous explique que des COPIL sont organisés de manière hebdomadaire : *« on balaye les actions de tout le monde, tout le monde fait le point sur son avancement, sur les difficultés qu'il va pouvoir rencontrer et surtout on est vigilant sur les échéances qu'on s'est fixé »* (enquête n°3).

B. Latour et M. Callon développent à partir de années 1980 la théorie de l'acteur-réseau. Cette théorie offre une nouvelle approche de l'innovation en affirmant l'importance du réseau et des échanges dans l'implantation d'une nouvelle technologie. Les auteurs définissent la notion d'acteur de la manière suivante : *« un acteur c'est la liste de ses relations plus la transformation que chacun des items de la liste a subie au voisinage ou à l'occasion de cette relation »* (Latour in Akrich et al., 2010, p. 258). En effet, un acteur est alors avant tout défini par l'ensemble des relations qu'il entretient. Ces relations peuvent être entretenues avec des acteurs humains ou non-humains, aussi appelés actants. Ainsi, un réseau correspond au *« produit des chaînes de traduction entre acteurs humains et non humains »* (Collin et al., 2016, §15). Un acteur est alors transformé par les relations qu'il entretient et qu'il transforme à son tour. Cette transformation est nommée par les auteurs *« traduction »* (ibid.).

L'innovation dans ce cadre conceptuel est définie comme : *« la valeur technique propre de l'innovation ne suffit jamais à l'emporter. C'est toujours l'ensemble des soutiens qui vont assurer l'inscription de l'idée de départ dans la réalité. C'est dans les échanges mêmes que se déroulent les choses. Et puis, tous ces échanges associent des individus, des équipements, des mesures, des machines, des espaces de laboratoire. Il se produit une perpétuelle reconstruction des réseaux. En résumé, le processus d'innovation [...] est permanent et multi-acteurs »* (ibid., §13). Ainsi, par exemple, lors de l'implantation d'une nouvelle technologie, tel qu'un SI, nous pouvons percevoir l'importance de la mobilisation des acteurs présents au sein de l'équipe projet. C'est par leurs interactions que les acteurs impulsent les premières fondations d'un projet et s'orientent vers la poursuite d'objectifs communs. Comme nous l'avons constaté, les membres d'une équipe disposent de compétences et de connaissances différentes du fait de la variété de leur fonction et de leur métier. En d'autres termes, *« malgré les intérêts et actions propres à chacun, les différents acteurs se mobilisent mutuellement autour d'un projet commun. Ce sont donc les différentes actions entreprises individuellement qui vont assurer une unité autour du projet et créer, au final, un*

processus d'innovation » (Dervaux et al., 2011, §6). La mobilisation des acteurs et la collaboration entre ces derniers apparaissent alors, comme le cœur du processus d'innovation. L'enquêté n°3, membre d'une équipe projet d'un des établissements pilotes, le souligne : « [lors des COPIL] *on est obligé de tous se mettre autour de la table car on est tous impactés [...] on arrête de travailler en silo avec l'accueil, le service, le bloc, tout le monde est obligé de travailler ensemble. Je trouve ça très bien car s'il y a quelque chose de très mauvais dans la démarche qualité c'est de travailler en silo. [...] Ça nous oblige à avancer tous ensemble et à s'accompagner* ». Nous pouvons le constater, ce projet de nouveau SI commun à la GAP, au DPI et au PMSI, engage les acteurs à travailler ensemble, en réseau et cela au-delà des équipes projet internes aux établissements. En effet, chaque semaine sont institués des comités projet entre l'équipe centrale et les deux établissements pilotes afin d'échanger sur les avancées et les possibles points de blocage que ces derniers peuvent rencontrer. Ces moments permettent de créer du lien et d'impulser une dynamique d'entraide entre ces deux cliniques qui appartiennent au même Groupe mais sans forcément se connaître. De manière générale, dans un contexte où l'hôpital est un lieu dans lequel se côtoie des métiers divers et variés, aux attentes et aux rôles différents, la formation d'équipes projet, et plus largement le management par projets, oblige une réelle collaboration entre les acteurs ainsi que le développement de réseaux dont la dynamique devient alors centrale dans le processus d'innovation au sein des structures. Nous reviendrons dans la partie III.3.c - traitant de la création d'un réseau de référent GAP au sein du Groupe Ramsay Santé - sur ces notions de mobilisation des acteurs, de réseau et de traduction.

La gestion de projet met à la disposition des équipes, différents outils permettant de structurer les avancées et de s'adapter aux aléas et contraintes rencontrées. Aussi, la formation d'une équipe projet donne la possibilité aux acteurs de se coordonner dans le temps et dans l'espace afin de disposer d'une vision transversale des actions en cours et à venir. La conduite du changement fait partie d'un des pans de la gestion de projet que nous n'avons pas encore abordé. En effet, au-delà de la conception d'un nouveau SI et de son implantation, les utilisateurs finaux devront s'adapter à ce nouvel outil et aux nouvelles pratiques imposées par ce dernier. Les accompagner dans cette nouvelle organisation et dans l'appropriation de ces nouveaux processus est l'une des missions de l'équipe projet centrale. Pour cela, différentes stratégies ont été pensées aux trois niveaux du projet : GAP, PMSI et DPI. Dans la partie qui suit nous allons nous concentrer sur l'analyse de la conduite du changement menée par l'équipe GAP.

III. Analyse des stratégies utilisées pour la convergence de la GAP

Trois stratégies principales ont été relevées pour atteindre la convergence de la GAP à l'échelle du Groupe. La première est d'impliquer les utilisateurs finaux dans la conception du nouveau SI afin de créer un outil capable de se rapprocher au plus près des attentes du terrain (1). La seconde est de véhiculer les bonnes pratiques organisationnelles, en amont du changement d'outil dans le but de faciliter l'appropriation de ce dernier (2). Et enfin, la troisième stratégie est de créer un réseau de référents GAP, en lien avec le siège, dont la mission serait de porter le projet auprès des utilisateurs en établissement et de les accompagner dans ce changement d'outil (3).

1. Impliquer les utilisateurs finaux à toutes les étapes du projet

a) Pourquoi impliquer les utilisateurs finaux ?

Tout d'abord, quatre enquêtés interrogés confirment qu'impliquer les utilisateurs finaux dans le développement du nouveau SI ou durant la conception du *core model* est « *primordial* » (enquête n°1). La directrice des projets GAP-PMSI l'exprime à travers ses propos : « *tu as besoin du métier, de quelqu'un qui connaît. Ce n'est pas quelqu'un qui est assis sur un siège qui peut décider tout seul de l'outil ou d'une organisation. [...] Travailler avec les établissements et un groupe de travail terrain pour moi c'est une évidence* » (enquête n°5). Une enquêtée, experte d'un des groupes de travail ajoute : « *je trouve que ça permet de construire un projet avec la réalité du terrain, c'est important de remonter ce qu'on vit sur le terrain, comment ça se passe, comment ça peut se passer, comment ça ne peut pas se passer avec les différents impacts à tous les niveaux du processus. [...] Ce n'est pas, on vous balance un outil et vous avez plus qu'à appliquer, c'est important d'embarquer les personnes* » (enquête n°6). Le responsable UX chez l'éditeur du logiciel indique lui aussi, l'importance de connaître les utilisateurs : « *faire un bon produit, ce n'est pas faire un bon logiciel, c'est travailler sur la manière dont l'utilisateur le perçoit et donc ça implique un minimum de savoir comment fonctionne le cerveau humain* » (enquête n°2). Plus tard dans la conversation, il ajoute : « *la connaissance de son marché et de ses utilisateurs est fondamentale* ». Nous pouvons le constater, impliquer les utilisateurs finaux est essentiel dans la conception du nouveau SI afin de créer un outil répondant aux besoins de ces derniers : « *la personne la mieux placée pour savoir ce qu'elle veut, c'est l'utilisateur lui-même* » (enquête n°1). Au-delà de l'importance d'impliquer les utilisateurs finaux dans la conception du SI, ces derniers sont plutôt enjoués à l'idée d'être sollicités au cours de ces différentes étapes. La responsable de l'expérience utilisateur dans la création des portails GAP commente : « *ils sont ravis d'y participer, de pouvoir discuter, de donner leurs avis, mais surtout qu'on les écoute. Donc ceux qui étaient réticents dans le sens ou ça prend du temps et n'avaient pas forcément envie, s'ils sautent le pas de prendre ce temps-là, tu peux être sûre qu'au deuxième mail, pour un deuxième atelier, ils répondent oui* » (enquête n°1).

Impliquer et faire participer les utilisateurs est une introduction à la conduite du changement. Le changement est défini comme une « *rupture significative des modes de fonctionnement de telle manière que nous soyons contraints à un effort d'adaptation. Le changement est une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès* » (Autissier & Moutot, 2016, §8). La non-adhésion au projet des acteurs est un des facteurs principaux d'échec d'un projet. Par conséquent, « *il est nécessaire d'aller vers ces acteurs, d'échanger avec eux, de comprendre leurs attentes et de mettre en place des dispositifs de concertation* » (*ibid.*, §47). Ainsi, un utilisateur qui aura participé aux ateliers de conception, partagé ses besoins et ses avis, sera davantage préparé au changement de SI et en mesure de s'approprier ce nouvel outil. En effet, en participant au suivi et à sa conception, sa prise en main ne peut être que facilitée puisque l'utilisateur connaît le logiciel.

M. Crozier et E. Friedberg dans leur ouvrage *L'acteur et le système* (1977) s'intéressent aux relations de pouvoir entre les individus et les règles établies qui régissent les organisations. Les auteurs s'appuient sur le postulat de départ, que tous les individus sont rationnels dans leur choix et cherchent à maximiser et étendre leur pouvoir. En guise de conclusion, ils se questionnent plus longuement sur les finalités possibles et souhaitables du changement. Au cours de leur analyse, ils mettent en lumière l'importance « *d'émanciper autrui, de le rendre plus maître de lui, plus autonome, plus capable de décider par lui-même* » (Crozier & Friedberg, 1977, p438). Dans les faits, c'est en nouant un dialogue « *base-sommet* » et par la reconnaissance des savoirs expérientiels des individus « *à la base* », là où les finalités du changement sont vécues, que les décisions peuvent être les plus justes et éclairées. Comme l'écrivent les auteurs « *une exploration plus consciente des solutions opérationnelles à la base, fondée sur une responsabilité plus clairement assurée des participants à qui on reconnaît leur marge de liberté, permet d'abord de découvrir quantité de problèmes qui n'auraient pas été autrement aperçus* » (*ibid.*, p439). Cette analyse est d'ailleurs partagée avec une des enquêtées, experte métier et membre d'un groupe de travail, qui à travers ses propos nous confie : « *quand on a des projets qui sont menés par les sièges, par les Groupes, de manière générale, souvent ça manque d'indicateurs terrain et souvent on a une vision erronée quand on est dans un siège, dans un bureau, sans être sur le terrain de savoir vraiment ce qu'il s'y passe en réalité* » (enquête n°6). Ainsi, intégrer les utilisateurs finaux dans la conception de l'outil et du *core model* permet de créer un SI et des processus qui soient en concordance avec la vision et la finalité vécue par les utilisateurs en établissement.

b) Comment impliquer et faire participer les utilisateurs finaux ?

Tout d'abord, au niveau des développeurs du logiciel, des outils reposant sur une approche qualitative sont déployés. En effet, si on reprend la méthodologie du *Design Thinking*, l'implication des utilisateurs débute lors de la phase « d'exploration ». Des entretiens semi-

directifs, individuels de préférence, sont menés avec les utilisateurs finaux. L'objectif est « *d'amener l'utilisateur à se confier, parler avec des questions ouvertes pour récupérer un maximum de feedback* » (enquête n°1). Aussi, des moments d'observation sont également organisés. Par exemple, lors d'ateliers appelés « *vie ma vie* ». Cet instant vise à « *regarder au quotidien l'utilisateur car il peut y avoir un petit décalage entre ce qu'il nous dit et ce qu'il fait réellement. Ça permet de mieux voir les échanges avec les collègues* » (enquête n°1). En effet, lors des entretiens, les utilisateurs peuvent très souvent omettre des informations, selon eux, correspondant à des détails mais qui bien souvent, peuvent apparaître comme centraux dans la compréhension de l'organisation et de ses processus. Ainsi, mêler entretiens semi-directifs et observation participante permet d'avoir une vision complète des pratiques quotidiennes et ainsi apprécier les tâches qui pourraient être optimisées et réalisées différemment. Aussi, l'enquêtée, responsable de l'expérience utilisateur dans la conception des futurs portails informatiques GAP, imagine des ateliers « *tri de cartes* ». Cet atelier a pour finalité de « *trier* » sur deux colonnes, les fonctionnalités utilisées ou non, par les utilisateurs. « *Cela permet vraiment de coller aux besoins des utilisateurs car c'est lui-même qui est acteur et qui va décider des informations qui sont importantes pour lui* » (enquête n°1). Cette même enquêtée, nous partage l'importance de s'adresser à des utilisateurs exerçant au sein d'établissements différents dont les pratiques et l'organisation peuvent varier de l'un à l'autre. En moyenne, pour chaque itération, cinq à six utilisateurs sont contactés.

Les utilisateurs finaux sont aussi sollicités par l'équipe centrale présente au siège, lors des ateliers de conception du *core model*. Du côté de la GAP-PMSI, environ quatre experts métiers sont présents au sein des groupes de travail. Durant ces ateliers, leur rôle est de donner leurs avis sur les processus organisationnels élaborés et sur les paramètres retenus. Ces ateliers ont lieu généralement (lorsque ceux-ci peuvent se tenir en présentiel) dans les locaux de l'éditeur du logiciel. Les experts des groupes de travail ainsi que différents utilisateurs finaux présents en établissement, sont contactés pour tester le logiciel, notamment lors de l'étape de « *l'évaluation* »⁷. Durant cette phase de test, les utilisateurs « *donn[ent] [leurs] avis sur la vision du portail admissionniste et préadmissionniste, on fait des essais* » (enquête n°7). Les enquêtés soulignent l'importance pour les utilisateurs de tester et de voir la présentation de ce nouvel outil. Le fait de « *visualiser* » (enquête n°4) ce nouvel environnement, « *toucher du doigt l'outil* » (enquête n°3), et de « *voir le logiciel et savoir à quoi on s'attend* » (enquête n°7), sont tout autant de facteurs qui rassurent les utilisateurs et diminuent l'appréhension de ces derniers quant au changement de SI. Une enquêtée le résume : « *cela évite aux salariés de s'imaginer, d'être dans l'attente car c'est facteur de stress* » (enquête n°6).

⁷ Etape n°4 de la méthode *Design Thinking*.

Dans le cadre du projet *Parcours*, les utilisateurs peuvent être mis à contribution selon différents niveaux préétablis : le premier cercle regroupe les experts métiers intervenant lors des groupes de travail. Le second niveau correspond aux groupes de travail élargis. Les participants sont sollicités seulement lors d'ateliers traitant de thématiques spécifiques. Le troisième niveau est ouvert à l'ensemble des référents présents au sein des établissements Ramsay Santé. Ce troisième niveau est consacré à la communication élargie du projet. En effet, un plan de communication a été élaboré au début du projet. Néanmoins, les aléas et les contraintes qui se sont immiscés dans l'avancement du projet, ont empêchés son suivi. Par conséquent, l'ensemble des actions prévues en termes de communication aux établissements n'ont pas pu être réalisées dans leur ensemble, notamment par manque de temps. Les conséquences ne seront évaluables qu'à la fin du projet.

L'une des limites que nous pourrions soulever est que l'ensemble des utilisateurs finaux ne peuvent être sollicités dans les phases de conception du SI. En effet, pour les utilisateurs n'ayant pas eu l'opportunité de participer au processus de création de ce dernier, l'effet de surprise lors du changement d'outil, sera présent. Néanmoins, comme le met en évidence la responsable de l'expérience utilisateur dans la conception du SI, « *comme [l'outil], on l'a cocréé avec [les utilisateurs], ça va être les mêmes terminologies, les mêmes données qu'ils ont l'habitude d'utiliser, donc forcément même pour ceux qui n'ont jamais vu l'écran, la prise en main sera facilitée* » (enquête n°1). En outre, afin que cet effet de surprise soit le moins important pour les utilisateurs et qu'ils puissent se préparer à ce changement, l'équipe projet *Parcours* a choisi de véhiculer les bonnes pratiques associées à l'outil, le plus en amont possible du déploiement du nouveau SI. L'une des secondes limites que nous pouvons soulever est la disponibilité des experts métiers des groupes de travail. En effet, ces derniers sont aussi sollicités en parallèle au sein de leurs établissements ne leur laissant qu'une marge de temps limitée pour intervenir dans les groupes de travail. Ainsi, ces ateliers doivent être anticipés pour que ces experts soient présents et puissent s'organiser en conséquence.

2. Véhiculer les bonnes pratiques le plus en amont du déploiement

a) L'importance de diffuser les nouvelles pratiques avant le changement de SI

L'objectif premier de concevoir ce nouveau SI avec une approche centrée sur les utilisateurs, est que ce nouvel outil réponde au plus près aux besoins identifiés sur le terrain et soit d'une véritable aide dans leurs pratiques quotidiennes. La mise en place d'un nouveau SI est une opportunité de repenser et réorganiser les processus afin d'apporter une plus grande valeur ajoutée aux tâches effectuées. Cela permettant *in fine* de passer plus de temps auprès du patient ou d'améliorer un certain rendement. Ainsi, lors d'un changement de SI, les pratiques vont forcément être amenées à évoluer, d'autant plus lorsque ce changement va au-delà d'un simple

changement d'outil, comme dans le cadre du projet *Parcours* où l'un des objectifs est la convergence de SI à l'échelle du Groupe.

Afin que les utilisateurs finaux s'approprient rapidement le nouveau SI et les pratiques qui lui sont associées, l'équipe projet *Parcours* a choisi comme stratégie de véhiculer en amont du déploiement de l'outil, les bonnes pratiques définies dans le *core model* organisationnel. Comme nous l'indique B. Vigneron « *les principales difficultés à relever pour aboutir à la convergence se situent davantage sur le plan organisationnel et sur le plan humain que sur le plan technique* » (Vigneron, 2018, §49). L'anticipation doit apparaître comme le maître mot de la gestion de projet afin de préparer au mieux les utilisateurs au changement. En effet, « *l'objectif de la conduite du changement va être de préparer les salariés au changement pour que leur temps d'apprentissage soit le plus bref possible et pour que les effets du changement se fassent ressentir le plus tôt possible. Il est nécessaire que des résultats positifs du changement soient observables et que la perte de productivité se transforme en gains de productivité quantitatifs et/ou qualitatifs [...] il faut très vite retrouver le niveau initial de productivité et le dépasser justifiant ainsi le changement et permettant de motiver les réticents* » (Autissier & Moutot, 2016, §39).

Ainsi, la directrice des projets GAP-PMSI nous l'explique : « *il y a une organisation de travail et derrière pour moi l'outil doit simplifier le mode de fonctionnement. Il ne faut surtout pas se dire que l'outil vient mettre une organisation en place. L'organisation, il faut qu'elle soit mise en place et l'outil arrive derrière [...]. Il faut vraiment que les gens soient dans une bonne pratique organisationnelle et après derrière, ça sera plus simple quand l'outil arrivera* ». Ce raisonnement est issu d'une des précédentes expériences de l'enquêtée dont la finalité était la mise en place d'un nouveau SI spécialisé dans la structuration de l'activité des soins et des interventions au bloc opératoire. Or, « *cela n'a pas du tout été perçu comme ça par les utilisateurs. On leur a donné l'organisation en même temps qu'il fallait déployer l'outil. Les gens ont fait l'amalgame* » (enquête n°5). Par conséquent, plus les bonnes pratiques seront assimilées en amont du basculement, plus le changement d'outil sera aisé pour les utilisateurs. Ces analyses sont aussi partagées par les deux référents GAP des établissements pilotes. En effet, le premier nous confie : « *c'est bien de les mettre en place avant le démarrage car sinon ça aurait fait beaucoup trop d'informations. On s'aperçoit qu'on a tous des dérives dans les bonnes pratiques donc ça permet de remettre dans l'axe, les bonnes pratiques avant d'avoir ce gros changement. Ça devrait nous permettre d'avoir une bascule qui sera la plus propre possible. Si on avait commencé après, on aurait fait des erreurs sur HM GAP et après, c'est compliqué de revenir sur des erreurs* » (enquête n°3). Le second poursuit selon la même idée en nous partageant : « *je pense que l'adhésion au changement se fait toujours petit à petit. Avoir le changement du jour au lendemain des fois est inévitable mais quand c'est petit à petit, surtout sur des processus et des outils comme les nôtres, c'est toujours mieux. Et les bonnes*

pratiques et les organisations données en amont, c'est toujours mieux pour le changement d'outil et de pratiques » (enquête n°4).

b) Présenter et communiquer sur le nouveau SI en amont de son implantation

L'ensemble des utilisateurs du Groupe ne peut pas tester le nouveau SI. Néanmoins, comme nous avons pu le notifier, ces derniers sont d'autant plus rassurés et en adhésion avec le projet lorsqu'ils connaissent le nouveau logiciel, l'ont visualisé, et se sont préparés à ce changement. Par conséquent, plus le changement sera anticipé en amont, plus il sera aisé pour les utilisateurs de s'approprier ce changement d'outil. Une des enquêtées, référente GAP dans un des établissements pilotes, nous partage l'état d'esprit de ses collaborateurs par rapport à la possibilité de voir le nouveau SI : *« l'outil ne me fait pas si peur que ça, il ne mord pas »*. Ce verbatim est assez significatif dans la manière dont le changement peut être aperçu par les utilisateurs. En effet, tout changement par nature, est déstabilisant. Ainsi, au plus le projet sera expliqué et compris par les utilisateurs, au plus ces derniers apporteront du sens à ce changement et l'accepteront. C'est dans cette dynamique que la directrice du projet GAP-PMSI, envisage *« d'avoir de nouveau un lien de maquette et de le transmettre à l'ensemble des établissements de Parcours, « voilà ce qu'on a mis en place et voilà ce qu'a l'utilisateur préadmission quand il se connecte à HM »*. *Pour commencer à leur donner de l'information, montrer ce qu'on a dans l'outil et si nécessaire remonter leur avis. Et oui, pour moi cela devrait accompagner le changement » (enquête n°5).*

Comme nous pouvons le noter, la communication autour du projet et de ses avancées paraît alors primordiale. Cette même enquêtée souligne : *« il faut vraiment échanger sur le projet sur le terrain, entendre leurs craintes et répondre de manière globale, mais en leur présentant le projet et y compris l'outil et en amont, sans attendre la formation. Il faut expliquer le pourquoi du comment »*. Quatre types de communication peuvent se retrouver au sein des organisations⁸. La communication organisationnelle (1) définit la direction et précise les objectifs de l'action collective. Elle formalise à travers des référentiels, l'organisation du travail : quelle est la place de chaque acteur dans la division du travail ? Comment ces acteurs se coordonnent-ils ? Quels sont les objectifs et le sens donnés aux actions menées ? Dans le cadre de l'intégration de nouvelles pratiques impulsées, dans notre cas, par la mise en place d'un nouveau SI, ces tâches nouvelles doivent progressivement s'institutionnaliser, c'est-à-dire, s'ancrer dans les habitudes de travail des utilisateurs. Alors, la communication managériale (2) permet de mobiliser les acteurs dans l'action, favoriser leur engagement et assurer une médiation entre ces derniers. Par la suite, la communication institutionnelle (3) permet de renforcer la légitimité du projet et la nouvelle

⁸ La théorie des différents champs de la communication a été tirée des enseignements reçus par Monsieur Bertrand Parent dans le cadre du Master 2 AMOS.

organisation introduite en explicitant les décisions, en rappelant les valeurs de la structure et en installant une confiance entre les partenaires. Enfin, la communication promotionnelle (4), comme son nom l'indique, promeut le projet au-delà des murs de l'établissement afin de développer son attractivité.

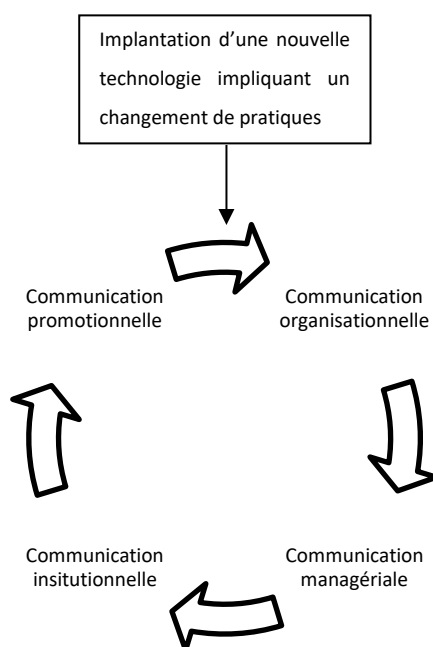


Figure 3. Cycle des différents types de communication. Source : schéma réalisé à partir des enseignements dispensés par Monsieur Bertrand Parent

Un des référents GAP en établissement nous partage, lors d'un entretien, une illustration de la communication managériale qu'il applique avec ses équipes : « *le plus long c'est l'accompagnement et la communication. Il faut choisir le moment où on va y aller. On ne va pas y aller sur une période où c'est un pic d'activité parce qu'on sait qu'on ne sera pas entendu. Il faut choisir le moment, la forme et l'ordre dans lequel on va annoncer les différentes choses. Sur le timing, le pic c'est 8h30-11h30 et ça reprend entre 14h et 16h, donc pour que ça passe bien, il faut que je cale une communication entre 11h30 et 12h, quand le pic est passé et donc l'échange se fait bien. [...] Je réfléchis à la forme de ma communication, comment je vais l'aborder, il faut que j'identifie les points qui vont venir rendre service et faciliter le travail de tout le monde, j'anticipe les questions que je vais avoir* ».

c) Changer les pratiques organisationnelles

L'implantation d'un nouveau SI oblige alors les établissements à repenser les pratiques en place au sein de leur structure. Pour cela, deux ateliers participatifs ont été organisés par l'équipe centrale GAP-PMSI avec les établissements pilotes. L'objectif de ces ateliers était d'analyser les pratiques existantes et d'identifier les écarts avec la cible, afin de mettre en place un plan d'action approprié. Pour cela, des documents présentant les bonnes pratiques administratives

ont été envoyés aux établissements en amont de l'atelier, accompagnés d'une grille d'évaluation des pratiques afin de déterminer les actions acquises ou non par les utilisateurs, par rapport à la cible. Lors de ces ateliers étaient présents : la directrice du projet GAP-PMSI, la cheffe de projet AMOA GAP-PMSI, la cheffe de projet ainsi que les deux référents GAP-PMSI des établissements pilotes et moi-même. Les établissements ont pu présenter leurs pratiques actuelles et s'entraider sur les points non acquis en échangeant leurs expériences. L'ensemble des thématiques relatives à la GAP ont été abordées et travaillées. Ces dernières étaient découpées de la manière suivante : organisation des services de la GAP ; Constitution et complétude du dossier administratif patient ; Gestion des prises en charge AMC ; Gestion des règlements. Au terme de ces ateliers, les deux référents avaient construit leur plan d'action leur permettant d'atteindre les pratiques cibles. La mise en place d'un nouveau SI, encourage et motive les établissements à appliquer leur plan d'action. Un des référents GAP nous le confie : « *si nos bonnes pratiques ne sont pas mises en place en temps et en heure, on n'aura pas cette application et cette facilité* » (enquête n°4). Le second référent poursuit sur la même idée : « *on sait qu'on a une deadline qui se rapproche et on se dit qu'il faut qu'on soit au plus clean possible avant cette date-là. Si on n'avait pas de timing sur un changement majeur, on se laisserait un peu plus le temps et on serait peut-être moins à suivre les personnes. Ce changement majeur nous aide* » (enquête n°3). Ainsi, comme nous pouvons le constater, l'implantation de ce nouveau SI est une réelle opportunité de changer les pratiques organisationnelles.

La bonne tenue de ces ateliers participatifs impose un nombre restreint de participants. Par conséquent, cette démarche et cet accompagnement de la part de l'équipe projet, sera difficilement envisageable et transposable lors de la phase de généralisation à l'ensemble des cliniques du Groupe. La création d'un réseau de référents GAP à l'échelle du Groupe donnera la possibilité à l'équipe projet, de diffuser les documents relatifs aux bonnes pratiques GAP à l'ensemble des établissements. La directrice de projet GAP-PMSI nous l'explique : « *mon idée sur la partie chantier bonnes pratiques c'est de dire, une fois qu'on a notre réseau, de faire des réunions Teams pour leur présenter les slides des chantiers bonnes pratiques et après derrière, on va envoyer à chaque établissement les documents de bonnes pratiques et ils pourront, s'ils ont des questions, les envoyer à une adresse. Derrière c'est de se dire que s'ils ont des questions, on les accompagne en disant, voilà, on vous demande de mettre en place ça, si vous avez des questions n'hésitez pas et qu'on puisse répondre à leurs questions au fur et à mesure sans attendre leur grille d'évaluation et le déploiement* » (enquête n°5). Ainsi, ces référents GAP apparaissent comme de véritables relais en établissement pour l'équipe projet centrale. Ce réseau dessine aussi d'autres opportunités que nous allons analyser dans la partie suivante.

3. Créer un réseau de référents GAP

a) Le référent GAP : un des porte-paroles du projet ?

La théorie de l'acteur-réseau nous soumet la perspective selon laquelle, lors d'une démarche d'innovation ou de changement, les meneurs vont « occuper un rôle clé de traducteur : ils devront être capables de « traduire » le projet dans divers registres, en prenant en compte les éléments techniques, sociaux, économiques, organisationnels, etc. C'est un véritable projet d'intéressement dans lequel les porte-paroles des différents groupes d'acteurs concernés par l'innovation vont jouer un rôle dont le sens sera différent pour chacun, en regard de leurs objectifs » (Dervaux et al., 2011, §7). L'acteur-traducteur « contribue à la contextualisation ainsi qu'à la problématisation du réseau. D'ailleurs, comme dans toute situation de changement, la problématisation ne peut avoir lieu que sous l'effet d'un traducteur » (Collin et al., 2016, §24). « Dans un réseau, tous les acteurs ne peuvent parler en même temps. C'est pourquoi il est important pour certains acteurs de se doter de porte-paroles » (ibid., §28). Le porte-parole permet aussi au réseau de s'élargir, en diffusant les idées.

Dans le cadre du projet *Parcours*, les porte-paroles peuvent être assimilés entre autres, aux référents GAP présents en établissement. Ces derniers ont pour mission de diffuser les bonnes pratiques auprès des utilisateurs au sein de leur service. Ils se doivent de communiquer sur le projet, le porter et d'en faire la promotion afin que leurs collaborateurs adhèrent aux objectifs fixés. Au-delà de l'implantation du nouvel outil, l'opportunité se dessinant à travers le projet *Parcours* est la création d'un « vrai réseau sur la GAP pour structurer [la] GAP nationalement [au niveau du Groupe] et pas que chacun fonctionne dans son coin », nous le témoigne la directrice du projet GAP-PMSI. La cheffe de projet AMOA nous partage qu'une fois le *core model* conçu et diffusé au sein des établissements, le véritable enjeu est que celui-ci se maintienne dans le temps et soit respecté. A travers l'animation et la mobilisation de ce réseau, l'objectif est que ses membres diffusent et véhiculent les bonnes pratiques au sein de leur structure mais aussi qu'ils s'impliquent dans l'évolution du *core model* de sorte que ce dernier s'adapte en permanence aux réalités du terrain.

Afin de former ce réseau, un questionnaire à remplir en ligne a été envoyé aux établissements, dans le but d'identifier un référent dans chacun d'eux. Très vite, nous avons aperçu la difficulté de déterminer un seul et même référent sur l'ensemble des fonctions GAP. En effet, pour une grande majorité des cas, il existe un référent différent notamment sur les trois fonctions principales en établissement, que sont la pré-admission, l'admission et la facturation. Nous pouvons remarquer que les utilisateurs travaillent en silo et se concentrent sur les tâches qu'ils ont à effectuer. En effet, comme nous le partage un des référents GAP : « Les services ne voient que leur travail, ils pensent que ce qu'elles font est bien, elles ne voient pas plus loin que le bout de leur

nez et c'est vrai que la fonction... l'équipe est contente du changement, l'équipe prend bien les changements d'organisation mais reste quand même sur la défensive quand pour elles, on rajoute du travail. Mais elles ne comprennent pas que rajouter à un moment donné, ça voudra dire enlever sur un autre sujet ou sur un autre moment et le fonctionnement qu'on a actuellement, ce n'est pas toujours quelque chose de bien. Donc on prend du temps sur quelque chose pour après en gagner sur une autre, et ça s'est difficile pour les équipes d'intégrer ce fonctionnement » (enquête n°4).

b) L'importance de connaître le processus GAP dans sa globalité

Le futur référent GAP en établissement doit connaître l'ensemble du processus de la GAP et disposer d'une vision globale des fonctions en présence, afin d'être en mesure d'apprécier l'ensemble des changements organisationnels et leurs répercussions sur les services. C'est d'ailleurs l'une des exigences qui a été formulée par la directrice du projet GAP-PMSI lors de la sélection des experts métiers : « *je souhaitais vraiment avoir des experts métiers dans le groupe de travail qui connaissent la chaîne dans sa totalité* » (enquête n°5). Ainsi, les deux expertes métiers interrogées nous partagent toutes deux, leur importante expérience dans le domaine : « *Je suis passée par tous les postes. J'ai fait de l'accueil, des admissions, de la préadmission, de la facturation. Sur ce genre de métier, rares sont aussi ceux qui ont la casquette PMSI* » (enquête n°7). La seconde enquêtée nous livre aussi son riche parcours : « *j'ai une vision de toute la chaîne administrative [...]. J'ai une vision d'ensemble de toute la chaîne administrative que constitue l'accueil, toutes les missions du service admission et facturation. [...] Je faisais de la facturation avant d'être responsable. Je fais de la facturation depuis 1987* ».

Aussi, la théorie de l'acteur-réseau met en avant l'importance du choix des porte-paroles. L'un des facteurs de succès du projet est le choix de bons porte-paroles qui seront engagés afin de garantir la diffusion de l'innovation (Collin et al., 2016). Si l'on se replace du point de vue des référents GAP, il est essentiel dans l'accompagnement au changement, d'avoir des référents GAP impliqués dans le projet et, surtout qui détiennent une vision transversale du processus GAP afin d'assister au mieux leurs équipes. C'est d'ailleurs l'une des préoccupations de la directrice de projet sur la GAP-PMSI : « *la crainte est « est-ce que on va réussir à avoir les vrais bons référents ? » »*.

c) Une opportunité d'introduire un parcours de formation intégré à l'ensemble des établissements

La mise en place d'un tel réseau offre l'opportunité d'imaginer un parcours d'intégration et une politique de formation innovante au sein du Groupe. La mise en place d'un *core model* induit une homogénéisation des pratiques sur l'ensemble des établissements. Par conséquent, si tous les établissements suivent les processus définis, nous pouvons imaginer la formation des nouveaux managers à l'échelle du Groupe. Comme l'explique la directrice de projet

GAP-PMSI : « *tu as un nouveau cadre, tu peux l'envoyer à Marseille ou à Valence, ils vont travailler de la même façon. Alors qu'actuellement, si tu fais ça, le cadre explique comment il travaille lui, mais l'autre cadre va devoir aller voir comment son établissement travaille, donc ce n'est pas facilitant* ». Ainsi, la mise en place d'une formation intégrée participe au maintien et à l'évolution du *core model* organisationnel, encourageant aussi l'entraide et la cohésion entre les différents employés du Groupe. Aussi, la cheffe de projet AMOA ajoute : « *il n'y a pas de formation qui t'amène à faire de la facturation dans les établissements de santé. Il n'y a rien qui te forme aux règles de facturation et si tu n'as pas la voisine à côté qui t'explique, tu ne peux pas l'inventer* ». Ainsi, très souvent les utilisateurs effectuent les tâches qu'on leur demande de réaliser mais sans toujours comprendre le sens de leurs actions. Alors, si l'ensemble des établissements fonctionnent de manière identique, nous pouvons imaginer des formations en e-learning pour les nouveaux arrivants qui permettraient de leur expliquer plus en détails, les tâches qu'ils ou elles doivent effectuer.

Après avoir analysé les stratégies déployées par l'équipe projet *Parcours*, afin d'aboutir à une convergence des SI, nous allons maintenant procéder à quelques recommandations et souligner des points de vigilance permettant d'augmenter le taux de succès de projets complexes similaires.

IV. Quelques recommandations permettant d'augmenter le taux de succès de projet complexes similaires

Bien cadrer son projet (1), créer un esprit d'équipe et une dynamique propice à la créativité (2) et enfin impliquer les utilisateurs et les préparer au changement d'outil (3) sont les principaux axes que nous pouvons relever dans le succès d'un projet complexe comme celui-ci.

1. Bien cadrer un projet : un des prérequis à sa réussite

a) Identifier le problème que l'on doit résoudre

Un projet se caractérise par son coût, sa date d'échéance et son périmètre. Définir le périmètre, et plus exactement les objectifs du projet, est une étape fondamentale. Prenons comme illustration une citation d'Albert Einstein : « *si j'avais une heure pour résoudre un problème, je prendrais 55 minutes à réfléchir au problème et 5 minutes à penser aux solutions* ». A travers ces mots, nous pouvons mettre en évidence l'importance de définir « *le problème à résoudre* » auquel nous souhaitons répondre. Un des enquêtés identifie un point de vigilance dans la gestion de projet, qu'il nomme « *le biais du passage à l'action* ». Comme il l'explique : « *on veut toujours trouver des solutions tout le temps, on veut toujours raisonner en solution* » (enquête n°2). Or, avant de partir tête baissée dans la conception du nouveau SI ou dans la mise en œuvre du projet, il est nécessaire d'en cadrer ses contours. Un objectif peut se définir grâce à la méthode SMART : 1) Spécifique : un objectif correspond à une action ; 2) Mesurable : mesurer l'atteinte ou non d'un objectif grâce à un indicateur préalablement défini ; 3) Atteignable : quelles sont les étapes pour atteindre cet objectif ? ; 4) Réaliste : pour atteindre cet objectif il faut avoir les moyens à disposition ; 5) Temporellement défini : un objectif a une date d'échéance.

Définir précisément les objectifs ainsi que la trajectoire vers laquelle tend notre projet, permet d'en identifier son périmètre. Il est essentiel que les membres du COPIIL ainsi que les membres de l'équipe projet, soient en accord sur sa finalité afin d'avancer ensemble dans une direction commune. Si des objectifs clairs ne sont pas partagés à l'initialisation du projet, il sera impossible de dégager une feuille de route précise. En effet, le périmètre sera indéfiniment amené à évoluer ajoutant sur les épaules de l'équipe, un grand nombre de tâches supplémentaires à effectuer, rendant ce projet de plus en plus important alors que les délais et les coûts sont fixes. Par exemple, dans le cadre du projet *Parcours*, le périmètre du *core model* n'a pas été acté de manière formelle. Un *core model* peut autant correspondre à la mise en place de quelques formulaires qu'à la formalisation de plusieurs processus et à la définition de nombreux paramétrages dans l'outil. Or, dans notre cas, l'équipe projet a saisi l'opportunité de ce changement de SI pour repenser les processus organisationnels des établissements. Cela suppose un travail conséquent, où les processus sont déroulés un par un, impliquant parfois de nouvelles fonctionnalités qui initialement n'étaient pas intégrées dans le *core model* du projet *Parcours*, mais

qui imposent un questionnement sur la nécessité de les inclure ou non à ce dernier. Chaque nouvelle fonctionnalité qui est finalement incorporée au *core model*, entraîne de faire grandir le projet et la charge de travail qui lui est associée. Or, cela peut amener à des situations d'incompréhension entre l'équipe projet et les membres du COPIL qui se questionnent sur l'avancée de la conception du *core model* et la tenue des délais. Par conséquent, comme le périmètre n'est pas suffisamment établi, que les objectifs du projet ont été pensés de manière très large, certains scénarios de secours autrefois écartés, sont étudiés de nouveaux, cela entraînant une grande consommation de temps et d'énergie aux équipes.

Aussi, une mauvaise appréciation du périmètre peut donner lieu à des erreurs d'estimation de charges et de délais. Or, une fois ces derniers actés, il est difficile d'en négocier une révision, d'autant plus quand le délai est contraint par des éléments externes tels que l'arrêt de maintenance du logiciel, actuellement en place dans les établissements. Ainsi, un projet doit détenir des fondations stables pour évoluer et cela passe par la bonne définition du problème qu'on souhaite résoudre.

b) Bien cadrer un projet en amont pour mieux le piloter par la suite

Le cadrage d'un projet permet d'identifier les tâches futures à réaliser et de les organiser dans un planning, afin d'en dessiner le chemin critique. Même si ce dernier est amené à évoluer dans le temps, en fonction des aléas, et des contraintes du projet, il est essentiel d'avoir déterminé en amont, les principales actions qui devront être menées durant le projet afin de visualiser clairement les avancées. Par la suite, ces actions doivent être déclinées finement en tâches à effectuer afin de s'assurer qu'aucun point n'a été omis. Ce moment peut prendre la forme d'un brainstorming où toute l'équipe projet se place autour d'une table et identifie les tâches qui devront être effectuées et le temps nécessaire pour chacune d'entre elles. La présence de l'ensemble des membres de l'équipe est d'autant plus importante que dans un projet SI se côtoie une partie métier et une partie SI. Par conséquent, l'équipe projet métier doit tenir compte des actions liées à l'interopérabilité, à l'infrastructure, la reprise des données, etc. Aussi, les actions réalisées par la DSI doivent se coordonner avec l'avancée de la conception des *core model* entre autres. Il est nécessaire que chaque acteur collabore et avance ensemble. Cela passe par la mise en place d'un planning commun entre ces deux directions que sont la DSI (pour la partie SI) et la direction des opérations (pour la partie métier). Le planning doit être réaliste et équilibré. En effet, si les acteurs sont surchargés, ils risquent de s'essouffler et de se démotiver. Piloter uniquement par les coûts et les délais peut s'avérer contreproductif, cela entraînant une augmentation de la pression et la charge mentale sur les membres de l'équipe projet. Une fois de plus, il est essentiel de se mettre d'accord sur les objectifs poursuivis par le projet afin d'en adapter une des trois composantes (coût, périmètre, délais) si l'ensemble des tâches n'entre pas dans le temps imparti par le planning.

La formulation d'un calendrier en début de projet ne signifie pas que ce dernier doit être fixe et immobile dans le temps, bien au contraire. En effet, même si en construisant un calendrier de ce type, l'objectif est qu'il soit suivi afin de s'assurer du respect des délais prévus initialement, il doit aussi permettre à l'équipe projet, de visualiser les possibles conséquences engendrées à la suite d'un retard sur une tâche donnée. Ainsi, un planning est utile pour estimer la durée d'un projet mais aussi pour évaluer la conséquence des aléas et des contraintes identifiées au cours du projet.

Ce planning n'est que la traduction d'un tableau de suivi des actions où chaque action répertoriée est associée à un responsable, une échéance et un statut (à réaliser, en cours, terminée, abandonnée). Chacune d'entre elles s'accompagne d'une alerte signifiant le niveau de maîtrise de la tâche (risque fort, moyen, sous-contrôle) avec les risques à remonter. Cet outil permet de piloter les avancées des actions sur le projet et cela de manière coordonnée entre les différents membres de l'équipe.

Aussi, disposer de lettres de mission claires et précises est nécessaire afin que chacun soit conscient du périmètre de l'étendue de ses compétences et les tâches qu'il a à mener. Formaliser les missions de chaque membre de l'équipe projet permet d'être au clair sur les productions attendues. Cela permet de délimiter les responsabilités détenues par chaque personne et de définir qui est en mesure de prendre telles ou telles décisions. Cette étape est très importante et permet de se situer au sein de l'équipe projet. De façon concrète, elle permet de déterminer la contribution attendue de chaque personne sur les différents chantiers et s'il est nécessaire ou non qu'elle assiste à tel groupe de travail ou à telle réunion.

2. Créer un esprit d'équipe et une dynamique propice à la créativité

a) L'importance de la collaboration et des relations de confiance au sein l'équipe projet

Les temps d'échange au sein de l'équipe projet sont importants et permettent à chacun de ses membres de s'exprimer sur la réalisation des actions qu'il a à effectuer, celles en cours et celles à venir. Aussi, c'est le moment pour lui, de faire remonter ses points d'alerte et de blocage, le cas échéant. Or, cela nécessite une certaine transparence et une honnêteté envers les autres membres de l'équipe. Cela est envisageable, si et seulement si, la confiance et la bienveillance entre les personnes présentes sont les maîtres mots. En effet, chacun doit se sentir libre de s'exprimer et de partager, d'une part ses idées afin de faire avancer le projet et d'autre part, les difficultés auxquelles il est confronté et cela sans jugement. Cette notion de transparence est d'autant plus importante envers le COPIL. Il est essentiel d'être réaliste et ne pas minimiser les risques et les points d'alerte auxquels l'équipe projet est confrontée. Néanmoins, être réaliste c'est aussi faire preuve de modération et ne pas sur-exagérer une situation ou une alerte sans que celle-ci soit entièrement fondée. En effet, cela pourrait avoir comme conséquence brutale que les membres du COPIL décident d'arrêter le projet. L'implication et le soutien des membres du COPIL sont des points

Manon VEUILLET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2021

essentiels à la réussite du projet. En effet, si l'équipe projet ne se sent pas soutenue et comprise dans ses actions, la motivation de ses membres n'en sera qu'affaiblie. L'équipe doit entretenir une relation de confiance avec son COPIL afin d'avancer dans une direction commune.

Il est important d'entretenir une dynamique de créativité et une émulation d'idées. Pour cela, la collaboration et l'écoute doivent être au cœur de l'équipe projet. C'est d'ailleurs un des principes forts de l'approche Agile. Cette collaboration s'envisage alors d'égale à égale. Toutes les personnes sont au même pied d'égalité : ce n'est pas la personne la mieux payée dans la pièce ou celle détenant la fonction la plus élevée, qui proposera forcément de meilleures idées ou qui aura raison. Cela implique un changement de culture organisationnelle où les barrières hiérarchiques s'estompent peu à peu, laissant place à un management transversal.

b) Savoir motiver son équipe

L'un des rôles principaux du chef de projet est de fédérer et d'encourager l'équipe qu'il porte. Pour cela, savoir souligner les réussites, ainsi que les accomplissements qui ont été réalisés est nécessaire. En effet, un tel projet complexe demande une quantité de travail importante sur une longue période. Par conséquent, afin d'éviter que l'équipe ne s'essouffle, le chef de projet se doit de rappeler et de mettre en avant les réussites et les avancées du projet. En effet, bien souvent, nous avons tendance à percevoir seulement les tâches restantes. De plus, si la quantité de travail semble importante, la motivation de l'équipe peut s'éteindre peu à peu. Ainsi, afin de garder l'ensemble des membres mobilisés, il est nécessaire de partager des perspectives et les jalons à court terme mais surtout de rappeler toutes les réussites et le travail effectué jusqu'à présent. Organiser de très courtes réunions quotidiennes, telles que les mêlées mise en place avec l'approche Agile, permettent aux acteurs de faire le point sur les actions qu'ils ont réalisées et celles sur lesquelles ils vont travailler durant la journée. Cette organisation apparaît comme un bon moyen d'assurer un échange quotidien avec les membres de l'équipe projet et d'entretenir la motivation de ces derniers. Aussi, il ne faut pas hésiter à rappeler les objectifs et les raisons d'être du projet. Cela permet de rassembler les acteurs autour d'une vision partagée et de donner du sens à leurs actions.

Cette dernière année à cause de la crise sanitaire, de nombreuses réunions ont dû se tenir à distance par écrans interposés. Nous pouvons imaginer que certaines de ces nouvelles habitudes de travail perdureront. Par conséquent, il est essentiel de créer « des temps forts » durant le déroulé du projet, tels que des déjeuners ou divers événements permettant à l'équipe de se réunir et de renforcer sa cohésion. Durant ces moments, il peut être intéressant de dédier un point d'échange sur l'organisation du projet, sur ce qui fonctionne ou non et réfléchir aux facteurs qui pourraient améliorer la coordination et la collaboration entre ses membres.

De plus, réunir la GAP, le PMSI et le DPI au sein d'un unique SI et de le déployer à l'ensemble des établissements du Groupe est un projet complexe mais dont l'ambition motive et réunie ses acteurs. Bruno Latour analyse l'échec d'un projet dont pourtant l'innovation technologique était supérieure à celle de ses concurrents. Il explique cet échec par « *l'absence « d'amour » ayant entouré le projet* » (Collin et al., 2016, §39). Par conséquent, l'un des facteurs clés principaux de la réussite d'un projet est la motivation et le soutien qui en dégage. En effet, si l'équipe n'est pas mobilisée et animée par le projet elle ne sera pas en mesure de le traduire de manière positive auprès de ses porte-paroles, cela entraînant une démobilisation de ses derniers et un abandon progressif du projet.

3. Impliquer les utilisateurs et les préparer au changement d'outil

a) Bien connaître ses utilisateurs et individualiser l'accompagnement au changement

Nous avons pu le constater, bien connaître ses utilisateurs et leurs besoins est la pierre angulaire de la conception d'un nouveau SI. En effet, c'est en allant à leur rencontre, en leur posant des questions, en observant leurs pratiques que le développeur sera en mesure de concevoir un SI capable de répondre à leurs attentes. Aussi, au-delà des utilisateurs, notons qu'il est nécessaire d'intégrer la direction du projet afin de cerner les enjeux stratégiques associés au nouveau SI et de prendre en compte les contraintes techniques pouvant limiter la conception des fonctionnalités souhaitées. C'est bel et bien ce triptyque d'acteurs qui rythme la mise en œuvre du projet.

Les utilisateurs finaux apportent leur expertise terrain et soulèvent des problématiques ou des points d'attention qui n'auraient pu être identifiés par la direction de projet à elle seule. Par conséquent, la co-construction du nouveau SI avec les utilisateurs finaux est un élément essentiel à la réussite du projet. Les experts métiers présents au sein des groupes de travail dédiés à l'élaboration du *core model* adoptent une position de codécideurs, puisque leurs avis participent aux arbitrages effectués. L'objectif central est de concevoir un SI, se rapprochant au plus près de la réalité du terrain et des besoins des utilisateurs finaux afin de simplifier leurs pratiques et d'en améliorer leur performance. Ainsi, un outil pensé avec les utilisateurs finaux impliquera un temps d'appropriation de l'outil plus rapide. Néanmoins, une stratégie de conduite du changement est essentielle afin d'accompagner au mieux les utilisateurs finaux dans la prise en main de ce nouvel outil.

La mise en place des référents GAP au sein des établissements, eux-mêmes en lien avec l'équipe centrale au niveau du siège, devrait permettre de suivre et d'accompagner le changement de pratiques au plus près des utilisateurs. Comme le souligne les enquêtés, il est important de bien connaître ses équipes, ses collaborateurs sur le terrain afin d'adapter son type de management. Les référents GAP présents en établissement, mettent l'accent sur un management privilégiant une approche pédagogique centrée sur les explications, tel que le management persuasif. Aussi, ils

soulignent l'importance d'individualiser l'accompagnement des utilisateurs en allant les voir de manière individuelle. Cela permet notamment « *d'avoir des questions qui n'étaient pas forcément sorties en réunion de service parce qu'il y a toujours la crainte « ah mais oui, si je demande ça, je vais passer pour quelqu'un qui n'a rien compris », donc des questions qui permettent d'étayer des explications* » (enquête n°3). En effet, ces référents seront au plus près des utilisateurs et pourront répondre à leurs questions et ainsi accompagner ce changement de manière effective. Si les référents ne sont pas en capacité de satisfaire leurs interrogations, ils pourront s'adresser directement à l'équipe centrale qui les orientera et les aidera dans leurs problématiques. L'essentiel, ici, est que l'utilisateur ait le sentiment d'être réellement soutenu dans ce changement d'outil et de pratiques.

b) Anticiper le plus tôt la conduite du changement et former les utilisateurs

Pour que ce changement soit d'autant plus accepté et remporte l'adhésion auprès des utilisateurs, ces derniers doivent être préparés au changement le plus en amont possible du déploiement de l'outil. Cela passe par la diffusion des bonnes pratiques avant le changement de SI et une présentation visuelle de l'outil. L'objectif est de les rassurer et de désacraliser ce changement. L'équipe projet se doit de faire la « *traduction* » du projet aux référents GAP de manière positive en présentant les points forts et les améliorations impulsées grâce à l'outil, afin de les encourager à s'impliquer et à se mobiliser autour du projet. Ces référents GAP endossent alors le rôle de porte-paroles auprès des utilisateurs finaux. Ces managers de proximité participent grandement au succès d'un tel projet.

La mise en place de formations devrait aussi permettre l'acquisition de compétences nécessaires à l'utilisation de l'outil. Pour cela, l'équipe centrale doit procéder à l'élaboration d'un plan de formation, généralement lors de la phase de cadrage, afin d'identifier le nombre d'heures à prévoir, pour garantir une formation complète et de qualité. Ce plan de formation doit aussi comprendre les sujets plus pratiques, tels que le matériel à prévoir ainsi que le lieu et les dates des formations. Un projet de formation à distance, en e-learning, pourrait faciliter ces aspects organisationnels et permettre à un grand nombre de personnes d'avoir accès à cette formation.

c) Préparer un réel plan de communication auprès des utilisateurs finaux

Maintenir les établissements informés de l'avancée du projet est un élément participant à la réussite du projet. En effet, tous les utilisateurs finaux ne peuvent participer activement à l'élaboration de l'outil. Néanmoins, communiquer auprès des établissements à chaque étape du projet est une première manière de les faire participer et de les impliquer au changement. Pour cela, un plan de communication doit être élaboré afin d'anticiper les actions de communication à prévoir. La communication participe au processus de traduction du projet de l'équipe centrale vers

les établissements. Il est important de soigner cette étape pour que les référents GAP d'une part, puis les utilisateurs finaux par la suite, adhèrent au changement.

Conclusion

Le projet *Parcours* a été impulsé par Ramsay Santé en vue d'un futur arrêt de maintenance du SI GAP actuellement présent au sein de 63 établissements. Ce projet a été l'opportunité de repenser un SI regroupant la GAP, le PMSI et le DPI dans une perspective d'améliorer la transmission des informations entre les personnels soignants et administratifs pour ainsi simplifier et fluidifier leurs échanges. Ce projet s'inscrit plus largement au sein d'une politique nationale visant à favoriser la prise en charge des patients, suivant une échelle de parcours de santé. Cela implique alors d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé internes et externes à l'établissement et plus largement entre les différents acteurs intervenant dans le parcours du patient. Les SI représentent des outils puissants permettant de favoriser et de sécuriser les échanges entre ces professionnels.

La mise en place de ce nouveau SI a aussi représenté l'opportunité pour le Groupe d'homogénéiser les SI actuellement présents en déployant ce nouvel outil à l'ensemble des établissements. La convergence des SI suppose un mode fonctionnement et des pratiques organisationnelles identiques entre les établissements. Ainsi, la conception de ce nouvel outil a révélé l'opportunité de repenser les processus métiers et les bonnes pratiques structurant la prise en charge du patient. Pour cela, l'équipe projet a initié la création d'un *core model* dont l'objectif est de définir les processus et les bonnes pratiques que devront suivre les établissements. Ces processus trouvent leur traduction au sein même du SI dont la conception a été pensée en miroir des pratiques définies en amont. Aussi, ce *core model* a pour objectif de définir les paramètres qui seront identiques à l'ensemble des établissements.

Afin de former ce *core model*, des groupes de travail ont été composés en intégrant des experts métiers dont l'œil avisé du terrain permet de tenir compte des réalités quotidiennes vécues par les utilisateurs finaux. Aussi, dans le but de développer les fonctionnalités du nouveau SI GAP, l'éditeur du logiciel s'appuie sur des méthodologies de travail basées sur l'approche Agile, permettant de concevoir un SI qui se rapproche au plus près des attentes des utilisateurs finaux. Les entretiens semi-directifs et les phases d'observations permettent aux développeurs de connaître les utilisateurs et de comprendre quels sont les problématiques que ce nouveau SI doit résoudre. L'approche Agile permet de sortir de l'effet tunnel imposé par l'approche traditionnelle et de s'orienter vers des approches itératives où l'outil est conçu petit à petit afin de correspondre aux réels besoins des utilisateurs.

Afin de mener à bien ce projet de conception et d'implantation d'un nouveau SI au sein des cliniques du Groupe, les acteurs se sont organisés en équipe projet. Cette équipe regroupe différents profils avec des expertises et compétences diverses (expertise terrain, projet ou SI). Ce projet se caractérise par sa complexité et son nombre important d'acteurs. Ainsi, nous pouvons

remarquer le rôle primordial du chef de projet dans la coordination des différents acteurs en présence, afin de maintenir une dynamique de collaboration et de motivation entre les membres de l'équipe. Mobiliser l'équipe autour d'objectifs communs est essentiel pour la poursuite du projet. En outre de mobiliser un nombre important d'acteurs, ces derniers sont répartis sur différents niveaux : 1) au siège Ramsay Santé au sein des services de la direction des opérations et de la DSI, constituant l'équipe projet centrale du projet ; 2) chez l'éditeur du logiciel ; 3) dans les établissements. La manière dont va s'organiser l'équipe centrale va produire des effets sur les deux autres niveaux et par conséquent sur la dynamique du projet.

Par exemple, la difficulté principale rencontrée dans la gestion du projet a été le manque de temps pour réaliser le cadrage. Par conséquent, aujourd'hui certains éléments tel que le plan de formation ou la stratégie de démarrage sont traités en parallèle de la conception du *core model* et des autres chantiers. Les tâches s'accumulent sur les épaules de l'équipe projet, dont la majorité doivent être traitées urgemment. Par conséquent, les membres du COPIL ont accordé à l'équipe projet un report de déploiement du nouveau SI au sein des cliniques pilotes de quelques semaines afin de permettre à l'équipe projet de traiter toutes les actions avant la date clé de l'implantation du nouveau SI. Nous pouvons le constater, si l'on reprend notre triptyque coût, délais, périmètre, le COPIL a choisi ici d'agir sur les délais afin de permettre au projet de se poursuivre de manière plus sereine. Néanmoins, pour en revenir à l'importance du cadrage, le manque de visibilité de certains éléments non cadrés au départ du projet, peuvent entraîner des questionnements au sein des établissements qui attendent davantage de précisions afin de s'organiser à leur niveau.

Comme nous avons pu le constater, un changement de SI entraîne forcément un changement d'organisation surtout quand ce nouveau SI cherche à améliorer la performance de la structure dans laquelle il s'inscrit. Afin qu'un changement d'outil soit bénéfique à l'organisation, il est nécessaire d'analyser et de repenser les pratiques en amont, pour que le nouveau SI s'accorde à l'organisation souhaitée. Cela passe par la formalisation par écrit de processus et des bonnes pratiques, telle est l'ambition du *core model* organisationnel. Ainsi, la mise en place d'un nouveau SI offre l'opportunité de repenser et de retravailler les processus organisationnels en place qui seront appuyés et accompagnés par les nouvelles fonctionnalités intégrés au SI. Comme énoncé dans théorie du *Technochange* de Lynne Markus : « *certaines changements organisationnels ne peuvent avoir lieu sans les TIC et d'autre part, [les] projets d'implémentation de TIC ne peuvent réussir sans la mise en place de changements organisationnels* » (Dominguez-Péry & Ologeanu-Taddei, 2018).

Afin de permettre aux utilisateurs finaux de s'approprier ces nouvelles pratiques, une stratégie relative à la conduite du changement est formulée par l'équipe projet. Pour la partie GAP,

celle-ci passe tout d'abord, par la diffusion des bonnes pratiques et des processus organisationnels à adopter, en amont du déploiement de l'outil. En effet, plus le changement est ressenti tôt, plus les utilisateurs auront eu le temps d'intérioriser l'idée qu'un changement va s'opérer. Aussi, la participation des utilisateurs finaux à la conception de l'outil permet à ces derniers, premièrement, de voir le nouveau SI et donc d'être rassurés quant à son changement et secondement, en faisant remonter leurs avis et leurs points d'alerte. De ce fait, ils ont le réel sentiment d'être considérés par le Groupe : l'outil est fait pour eux, avec eux, et non contre eux. Pour les utilisateurs n'ayant pas participé à la conception de l'outil, nous pouvons imaginer l'envoi d'un lien vidéo durant laquelle l'outil leur serait présenté. Comme les enquêtés nous l'ont partagé, le fait de voir l'outil est rassurant et réduit les inquiétudes des utilisateurs ce qui permet *in fine* d'augmenter leur adhésion, surtout chez les personnes plus âgées qui ont toujours connues le même outil et pour lesquelles le changement peut prendre plus de temps à être accepté. Aussi, la mise en place d'un réseau de référents GAP est une réelle opportunité pour l'équipe centrale d'assurer un lien entre le siège et les établissements. Ces référents sont de véritables porte-paroles du projet auprès desquels il est nécessaire d'entretenir une communication rapprochée.

Enfin, pour le personnel administratif GAP, l'outil devrait permettre d'intégrer une dématérialisation progressive du dossier administratif patient, une simplification du travail avec une diminution du nombre d'outils utilisés, et la centralisation des informations entraînant ainsi une réduction de la charge mentale pesant sur les utilisateurs. En effet, tous les enquêtés sont unanimes, même si le changement peut paraître déconcertant dans un premier temps, ce nouvel outil devrait améliorer, à terme, les conditions de travail des utilisateurs finaux.

Néanmoins, la question de l'impact écologique et l'énergie mobilisée pour concevoir et entretenir un tel SI, notamment en termes d'infrastructure et d'hébergement, est occultée dans ce projet. Or, à l'heure où le réchauffement climatique devient une réalité de plus en plus présente, il est nécessaire, dans un projet comme celui-ci, de tenir compte de cet enjeu.

Ce stage m'a permis d'enrichir mes connaissances et mes compétences en matière de gestion de projet et plus particulièrement en gestion de projet SI. Ces cinq mois passés au sein du siège Ramsay Santé m'ont permis de comprendre plus en détail comment était pensé et conçu un SI à une échelle d'un Groupe comme celui-ci. Aussi, à travers cette étude, j'ai pu comprendre comment et pourquoi l'implantation d'un nouvel outil informatique amenait à changer les pratiques des utilisateurs et leurs habitudes de travail. J'ai aussi remarqué l'importance de l'accompagnement au changement qui en découlait et la nécessité d'impliquer les utilisateurs dans la conception d'un nouveau SI. Cela a orienté mes motivations vers le fait d'exercer au sein même des établissements afin d'être au plus proche du terrain et de ses réalités.

Bibliographie

Agence du numérique en santé. (2020). *Le Ségur de la santé affiche le numérique comme un enjeu majeur pour la santé en France*. <https://esante.gouv.fr/node/3641>

Agence du numérique en santé. (2021). *Doctrine technique du numérique en santé*.

Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2016). *Méthode de conduite du changement*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2016.01>

Bansler, J. P., & Havn, E. (2010). Pilot implementation of health information systems : Issues and challenges. *International Journal of Medical Informatics*, 79(9), 637-648. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.05.004>

Bloch, M.-A., Bataillon, R., Fery-Lemonnier, E., & Girault, A. (2018). Le management au service du parcours des usagers. In *Le management en santé—Gestion et conduite des organisations de santé* (Presse de l'EHESP, p. 267-285).

Bonnet, X., & Ponchon, F. (2018). Fiche 42. L'hôpital et les nouvelles technologies de l'information et de la communication. In *L'utilisateur et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier: Vol. 7e éd.* (Presse de l'EHESP, p. 229-234). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/l-usager-et-le-monde-hospitalier--9782810906536-page-229.htm>

Collin, P. M., Livian, Y.-F., & Thivant, E. (2016). VIII. Michel Callon et Bruno Latour. La théorie de l'Acteur-Réseau. In *Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité* (p. 157-178). EMS Editions. <https://www.cairn.info/les-grands-auteurs-en-management-de-l-innovation--9782847698121-page-157.htm>

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Edition du Seuil.

Dervaux, A., Pichault, F., & Renier, N. (2011). L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la GRH en milieu hospitalier. *Journal d'économie médicale, Volume 29(1)*, 62-73.

Dominguez-Péry, C., & Ologeanu-Taddei, R. (2018). III. M. Lynne Markus – Une visionnaire du rôle des systèmes d'information pour changer les organisations et le monde. In *Les Grands Auteurs en Systèmes d'information* (p. 58-83). EMS Editions. <https://www.cairn.info/les-grands-auteurs-en-systemes-d-information--9782376871309-page-58.htm>

Dumez, H., Minvielle, E., & Marraud, L. (2015). *États des lieux de l'innovation en santé numérique* (i3 Working Papers Series N° 15-CRG-01). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01483000>

Gothelf, J., & Seiden, J. (2019). *Lean UX : concevoir de meilleurs produits avec des équipes agiles*. Dunod.

HAS. (2012). *Parcours de soins*.

Hirtzlin, I. (2017). Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité : Impasses et pistes de solutions. *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 35(2), 81-92.

Jancourt, D., & Simart, M. (2015). Le management par projets. Un défi pour les établissements de santé. In *Performance et innovation dans les établissements de santé* (p. 167-184). Dunod. <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements--9782100710973-page-167.htm>

Lacour, L. (2018). La communication. In *Le management en santé—Gestion et conduite des organisations de santé* (Presse de l'EHESP, p. 471-491).

Lampel, J., & Mintzberg, H. (1996). Customizing Customization. *Sloan Management Review*.

Markus, M. L. (2004). Technochange Management : Using IT to Drive Organizational Change. *Journal of Information Technology*, 19(1), 4-20. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jit.2000002>

Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Ma santé 2022 : Un engagement collectif—Dossier de presse*.

Ministère des solidarités et de la santé. (2019a). *Feuille de route : « accélérer le virage numérique »*.

Ministère des solidarités et de la santé. (2019b). *Programme Hop'en—La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers*.

Ministère des solidarités et de la santé. (2021). *Simphonie*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/simphonie/simphonie>

Minvielle, É., & Sicotte, C. (2018). La quête de rationalité : Le cas de la standardisation de la prise en charge des malades. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, Vol. XXIV(58), 69-90.

Raimondeau, J. (2018). Chapitre 8. La santé des Français. *L'épreuve de santé publique, 3e éd.*, 183-200.

Ramsay Santé. (2021a). *Fiche structuration des équipes administratives de la Gestion Administrative Patient dans un établissement de santé privé*.

Ramsay Santé. (2021b). *Qui sommes-nous ? | Ramsay Santé*. <https://ramsaysante.fr/le-groupe/qui-sommes-nous>

Ramsay Santé. (2021c). *Stratégie Rasamy Santé : Yes We Care 2025*.
<https://ramsaysante.fr/sites/all/fullpage/yeswecare-458942523/index.html#la-strategie->

Renard, L. (2018). Le financement des établissements de santé. In *Le management en santé— Gestion et conduite des organisations de santé* (Presses de l'EHESP).

Rochette, C., Cherif, E., & Martin-Verdier, E. (2020). La gestion des parcours patients en Oncosénologie : Une approche exploratoire à partir de l'expérience partagée de la maladie sur les médias sociaux. *Gestion et management public, Volume 8 / n° 2(2)*, 21-37.

Sahota, M. (2013). Un guide de survie à l'adoption ou transformation agile : Travailler avec une culture de l'organisation. *Agilitrix*.

Vigneron, B. (2018). Le management opérationnel des systèmes d'information. In *Le management en santé—Gestion et conduite des organisations de santé* (Pression de l'EHESP, p. 243-265).

Liste des annexes

Annexe I : tableau récapitulatif présentant les enquêtés

Numéro de l'enquêté	Sexe	Profession	Fonction au sein du projet
Enquêtée 1	Femme	Scrum Master Responsable de l'expérience utilisateur pour la création des nouveaux portails à destination des admissionnistes, préadmissionnistes et des facturiers	Scrum Master Responsable de l'expérience utilisateur pour la création des nouveaux portails à destination des admissionnistes, préadmissionnistes et des facturiers
Enquêté 2	Homme	« Head UX » : responsable du <i>Design Experience</i>	« Head UX » : responsable du <i>Design Experience</i>
Enquêté 3	Homme	Responsable qualité chargé de missions de direction (management équipe d'accueil, admission, standard et veilleurs)	Référent GAP au sein d'un des établissements pilotes
Enquêtée 4	Femme	Coordinatrice du service administratif (de la préadmission jusqu'à la facturation) sur un pôle	Référente GAP au sein d'un des établissements pilotes
Enquêtée 5	Femme	Directrice des projets et supports de la gestion administrative du Groupe Ramsay Santé	Directrice projet GAP-PMSI
Enquêtée 6	Femme	Responsable administrative et facturation	Experte métier au sein des groupes de travail
Enquêtée 7	Femme	Responsable administrative et membre du comité de direction	Experte métier au sein des groupes de travail
Enquêtée 8	Femme	Cheffe de projet AMOA	Cheffe de projet AMOA

Annexe II : Grille d'entretien, enquête n°1

Remerciement : Tout d'abord, merci d'avoir accepté ma demande d'entretien.

Présentation du sujet : étudiante en M2 Analyse et management des organisations à l'École des Hautes en Santé Publique, dans le cadre de mon stage et cette année d'étude, je dois réaliser un mémoire. J'ai choisi de travailler sur le lien entre la mise en place d'un nouveau SI et son impact sur les pratiques des utilisateurs finaux. Je cherche à comprendre comment est conçu un SI et comment sa conception essaie de se rapprocher des besoins des utilisateurs.

Demande d'enregistrement : Avant de commencer, je voulais vous demander, accepteriez-vous que j'enregistre notre échange pour que cela soit plus facile pour moi de l'analyser sachant que ce dernier sera anonymisé et servira uniquement à l'écriture de mon mémoire ?

Présentation de l'entretien : Entretien porte sur 5 parties et durera 1h environ.

I. Présentation de l'enquête

→ Quelles sont tes missions au sein de SWM ?

- Peux-tu me décrire une journée type ?

II. La méthodologie de travail : l'approche UX Design

J'ai cru comprendre que la méthodologie utilisée par SWM pour concevoir un nouveau SI est l'approche UX.

→ Peux-tu définir ce qu'est l'UX Design selon toi ?

- Qu'est-ce qui la différencie de l'approche dite traditionnelle ?
 - Quelle est sa valeur ajoutée par rapport à l'approche traditionnelle, s'il y en a une ?
 - Combien de réunions d'équipe avez-vous dans la semaine ?
- Est-ce que, selon toi, l'utilisation de cette méthode dans la conception d'un SI apporte une réelle valeur ajoutée ?

→ Quelles sont les étapes de la réflexion autour du SI ?

- Quelle est la méthodologie adoptée pour cerner les besoins ?
 - Par exemple, mènes-tu des entretiens auprès des utilisateurs, les observations ou utilises-tu des méthodes d'analyse quantitative ?
 - Quelle est la valeur ajoutée de la méthodologie déployée ?
- Combien de temps cela prend-il ?

→ Une fois que vous avez cerné les besoins, peux-tu m'expliquer les étapes de la conception du SI ?

- Quelle méthodologie est utilisée ?
 - Peux-tu me décrire la méthodologie : sprint, itérations, mêlées...
- Combien de temps cela prend-il te développer les nouveaux écrans ou applications ?
- Comment testez-vous ces nouvelles applications chez les utilisateurs finaux ?
- Procédez-vous à beaucoup de changement si les développements réalisés ne conviennent pas ?

→ Selon toi est-ce que le SI doit s'adapter aux pratiques ou les pratiques des utilisateurs doivent s'adapter au SI ?

III. L'implication des utilisateurs

→ L'implication des utilisateurs finaux est-elle nécessaire pour toi ?

- As-tu déjà rencontré des situations où les utilisateurs ne souhaitaient pas s'impliquer dans la conception du SI ?

- Si oui, pourquoi ?
 - Comment faire pour les motiver ?
- Si non, pourquoi à ton avis, les utilisateurs s'impliquent-ils dans la conception du SI ?

→Selon toi, pourquoi un utilisateur va plus ou moins vite s'approprier le nouveau SI ?

IV. Accompagnement au changement

→Comment est organisé l'accompagnement au changement ?

- Comment les formations sont-elles organisées ?
 - Des consultants sur site sont-ils présents pour former les utilisateurs ?

V. Enjeux de l'entreprise VS pratiques métiers VS aspect technique

→Que se passe-t-il quand les enjeux de l'entreprise ne sont pas en total accord avec les pratiques et la vision des utilisateurs ?

- Comment vous positionnez-vous à ce moment-là ?

→Peut-on adapter la méthode UX à tous types d'entreprises ?

- Lorsque les processus sont très formalisés et que l'entreprise a une vision très précise du logiciel qu'elle souhaiterait, est-il possible d'appliquer la méthode UX design ?

→Est-ce que selon toi, changer de SI est-il une opportunité pour changer de pratiques ?

- Modifier fortement les pratiques est-ce possible sans changer de SI ?

Annexe III : Grille d'entretien, enquête n°2

Remerciement : Tout d'abord, merci d'avoir accepté ma demande d'entretien.

Présentation du sujet : étudiante en M2 Analyse et management des organisations à l'Ecole des Hautes en Santé Publique, dans le cadre de mon stage et cette année d'étude, je dois réaliser un mémoire. J'ai choisi de travailler sur le lien entre la mise en place d'un nouveau SI et son impact sur les pratiques des utilisateurs finaux. Je cherche à comprendre comment est conçu un SI et comment sa conception essaie de se rapprocher des besoins des utilisateurs.

Demande d'enregistrement : Avant de commencer, je voulais vous demander, accepteriez-vous que j'enregistre notre échange pour que cela soit plus facile pour moi de l'analyser sachant que ce dernier sera anonymisé et servira uniquement à l'écriture de mon mémoire ?

Présentation de l'entretien : Entretien porte sur 5 parties et durera 1h environ

I. Présentation de l'enquête

- Quelles sont tes missions au sein de SWM ?
- Pourquoi t'es-tu spécialisé dans l'approche UX ?
- Quel a été ton parcours avant d'arriver chez SWM ?

II. L'approche Agile et l'UX Design

- Peux-tu me définir la méthode de l'UX Design ?
 - Qu'est-ce qui la différencie des autres méthodes ?
 - Qu'est-ce qui la différencie de l'approche traditionnelle ?
- Peux-tu me définir ce qu'est l'approche Agile ?
 - Peux-tu me décrire la méthodologie : sprint, itérations, mêlées...
- Quels sont les objectifs d'un SI ?
 - Qu'est-ce qu'un SI va-t-il apporter aux utilisateurs dans leur quotidien ?
- Quelles sont les étapes de la réflexion autour de la création du SI ?
 - Quelle est la méthodologie adoptée pour cerner les besoins ?
 - Par exemple, mènes-tu des entretiens auprès des utilisateurs ?
 - Quelle est la valeur ajoutée de la méthodologie déployée ? (faire des entretiens par exemple)
 - Combien de temps cela prend-il ?
- Une fois que vous avez cerné les besoins, peux-tu m'expliquer les étapes de la conception du SI ?
 - Quelle méthodologie est utilisée ? (ex : brainstorming)
 - Combien de temps cela prend-il de développer les nouveaux écrans ou application ?
 - Comment testez-vous ces nouvelles applications chez les utilisateurs finaux ?
 - Procédez-vous à des changements si les développements réalisés ne conviennent pas ?
- Selon toi est-ce que le SI doit s'adapter aux pratiques ou les pratiques des utilisateurs doivent s'adapter au SI ?

III. L'implication des utilisateurs

- L'implication des utilisateurs finaux est-elle nécessaire pour toi ?
 - As-tu déjà rencontré des situations où les utilisateurs ne souhaitaient pas s'impliquer dans la conception du SI ?
 - Si oui, pourquoi ?

- Comment cela se formalise ?
 - Comment faire pour les motiver ?
- Si non, pourquoi à ton avis, les utilisateurs s'impliquent dans la conception du SI ?

→ Selon toi, pourquoi un utilisateur va plus ou moins s'impliquer dans la conception d'un nouveau SI ?

IV. Accompagnement au changement

→ Comment est organisé l'accompagnement au changement ?

- Des formations sont-elles organisées ?
 - Des consultants sur site sont-ils présents pour former les utilisateurs ?

→ Des personnes sont-elles dédiées à répondre aux besoins des utilisateurs ?

→ Selon toi, pourquoi un utilisateur va plus ou moins vite s'approprier le nouveau SI ?

V. Enjeux de l'entreprise VS pratiques métiers VS aspect technique

→ Que se passe-t-il quand les enjeux de l'entreprise ne sont pas en total accord avec les pratiques et la vision des utilisateurs ?

- Comment vous positionnez-vous à ce moment-là ?

→ Peut-on adapter la méthode UX à tous types d'entreprises ?

- Lorsque les processus sont très formalisés et que l'entreprise a une vision très précise du logiciel qu'elle souhaiterait, est-il possible d'appliquer la méthode UX design ?

→ Est-ce que selon toi, changer de SI est une opportunité pour changer de pratiques ?

- Modifier fortement les pratiques est-ce possible sans changer de SI ?

Annexe III : Grille d'entretien, enquêtes n°3 et 4

Remerciement : Tout d'abord, merci d'avoir accepté ma demande d'entretien.

Présentation du sujet : étudiante en M2 Analyse et management des organisations à l'Ecole des Hautes en Santé Publique, dans le cadre de mon stage et cette année d'étude, je dois réaliser un mémoire. J'ai choisi de travailler sur le lien entre la mise en place d'un nouveau SI et son impact sur les pratiques des utilisateurs finaux.

Demande d'enregistrement : Avant de commencer, je voulais vous demander, accepteriez-vous que j'enregistre notre échange pour que cela soit plus facile pour moi de l'analyser sachant que ce dernier sera anonymisé et servira uniquement à l'écriture de mon mémoire ?

Présentation de l'entretien : Entretien porte sur 3 parties et durera 1h environ

I. Présentation de la fonction

→Peux-tu me présenter ta fonction au sein de ton établissement ?

- Quelles sont tes missions ?
- Depuis combien de temps travailles-tu au sein de l'établissement ?
- Depuis quand es-tu à ce poste ?
- Comment es-tu devenue référent GAP ?
 - Etais-tu volontaire ?

II. Présentation du projet aux équipes GAP + premier ressenti face au projet: *focus sur la communication du projet du siège vers l'établissement puis de l'établissement vers les utilisateurs*

→Comment le projet t'a-t-il été présenté ?

- Qui te l'a présenté ? (Siège ou DE)
- Une réunion dédiée a-t-elle été organisée ?

→Que penses-tu de la mise en place de ce nouveau SI ?

- Quelles ont été tes premières impressions par rapport à ce projet ?
- Quelles opportunités perçois-tu avec ce nouveau projet ?
- Quelles menaces/craintes perçois-tu avec ce nouveau projet ?

→Comment le projet a-t-il été présenté aux utilisateurs finaux (du côté GAP) ?

- Une réunion dédiée a été organisée ou as-tu informé les utilisateurs un par un ?
- As-tu parlé des nouvelles pratiques qui allaient être mise en place, ce que ça allait changer pour eux dans leur quotidien ou as-tu simplement informé les utilisateurs de l'implantation d'un nouveau SI ?

→Comment ont réagi les utilisateurs à la mise en place de ce nouveau SI ?

- Avaient-ils des questions ?
 - Si oui, lesquelles revenaient le plus ?
- Des utilisateurs sont-ils réfractaires à la mise en place de ce nouveau SI ?
 - Pourquoi ?
 - Comment cela se manifeste ? (Paroles, gestes...)
 - Quel poste occupe ces personnes ?
- Au contraire, des utilisateurs sont-ils enjoués à l'idée de la mise en place de ce nouveau SI ?
 - Pourquoi ?
 - Comment cela se manifeste ? (paroles, gestes...)
 - Quel poste occupe ces personnes ?

III. Le changement de SI et son impact sur les pratiques métiers

→Selon toi qu'elles sont les plus grosses modifications induites par ce changement de SI ?

- Quel(s) poste(s) sont/est le plus touché(s) par le changement de ce SI ?
- Quelle est la principale valeur ajoutée selon toi à ce changement de SI ?
- Quelles sont les attentes des utilisateurs de ce nouveau SI ?
- Selon toi est-ce que le SI doit s'adapter aux pratiques ou les pratiques doivent s'adapter au SI ?

→Comment perçois-tu la mise en place des bonnes pratiques en amont du basculement ?

- Penses-tu que cela sera une aide pour les utilisateurs finaux ?
- Comment les utilisateurs reçoivent la mise en place de ces nouvelles pratiques ?

→Comment est diffusé le plan d'action des bonnes pratiques ?

- Comment est effectuée la communication à ce sujet ?
 - Est-ce que tu t'appuies sur la mise en place du nouveau SI pour justifier la mise en place des nouvelles pratiques ?
 - Les bonnes pratiques GAP sont-elles présentées aux utilisateurs dans le cadre du changement de SI ?
 - Est-ce que tu t'appuies sur une personne en particulier pour diffuser les bonnes pratiques ?
- Les utilisateurs reçoivent-ils une formation particulière à la mise en place des bonnes pratiques ?

→Penses-tu que le nouveau SI est une opportunité à la mise en place de ces nouvelles pratiques ?

- S'il n'y avait pas eu de nouveau SI, penses-tu que tu aurais mis en place les bonnes pratiques comme tu le fais actuellement ?

→Selon toi, ces bonnes pratiques et ce nouveau SI vont-ils améliorer le fonctionnement de l'organisation ?

- Selon toi, ces bonnes pratiques et ce nouveau SI vont-ils avoir un impact sur la prise en charge du patient ?

→Selon toi, est-ce que le changement de SI et de pratiques va avoir un impact sur les conditions de travail des utilisateurs ?

- Penses-tu que leur travail va être simplifié ?
- Penses-tu qu'ils auront des difficultés à s'approprier le SI, notamment au début ? Si oui, lesquelles ?

→Comment appréhendes-tu le basculement et le démarrage du nouveau SI ?

- As-tu des craintes particulières ?

Annexe IV : Grille d'entretien, enquêtée n°5

Remerciement : Tout d'abord, merci d'avoir accepté ma demande d'entretien.

Présentation du sujet : étudiante en M2 Analyse et management des organisations à l'Ecole des Hautes en Santé Publique, dans le cadre de mon stage et cette année d'étude, je dois réaliser un mémoire. J'ai choisi de travailler sur le lien entre la mise en place d'un nouveau SI et son impact sur les pratiques des utilisateurs finaux.

Demande d'enregistrement : Avant de commencer, je voulais vous demander, accepteriez-vous que j'enregistre notre échange pour que cela soit plus facile pour moi de l'analyser sachant que ce dernier sera anonymisé et servira uniquement à l'écriture de mon mémoire ?

Présentation de l'entretien : Entretien porte sur 4 parties et durera 1h environ

I. Présentation de l'enquêté

→Peux-tu me décrire tes missions en tant que directrice des projets GAP-PMSI ?

- Depuis quand es-tu à ce poste ?
- Quel a été ton parcours professionnel pour arriver à ce poste ?

II. La genèse du projet

→Comment le projet a-t-il été initié ?

- Pourquoi cette décision de changer de système d'information ?
- Penses-tu que si loghos 3 n'était pas arrivé en fin de maintenance, le projet aurait été initié ?

→Quelles ont été tes premières impressions par rapport à ce projet ?

- Quelles opportunités as-tu perçues de ce projet ?
- Et au contraire, quelles ont été les menaces que tu as pu immédiatement distinguer ?

→Quels sont, selon toi, les principaux objectifs d'un SI ?

III. Du changement de SI au changement de pratiques métiers

→Selon toi, un changement de SI implique-t-il inévitablement un changement de pratiques ?

- Est-ce que ce changement de SI est-il une opportunité pour modifier et véhiculer les bonnes pratiques ?
 - Est-ce nécessaire de changer de SI pour modifier les pratiques ?
- Si ce projet de changement de SI n'avait pas été initié, les bonnes pratiques auraient-elles été diffusées de la même manière ?
- Selon toi est-ce que le SI doit s'adapter aux pratiques ou les pratiques doivent s'adapter au SI ?

→Comment as-tu pensé le core modèle organisationnel ?

- A-t-il été pensé en complémentarité du core modèle SI ?
- Pourquoi est-ce un désir pour le Groupe que les pratiques soient identiques entre les cliniques ?
- Comment définirais-tu le terme « bonnes pratiques » ?
 - Est-ce synonyme d'une meilleure prise en charge du patient ? Une augmentation de la performance ? ...
- Pourquoi diffuser les bonnes pratiques en amont du changement de SI ?

→Selon toi qu'elles sont les plus grosses modifications induites par ce changement de SI ?

- Quel(s) poste(s) sont ou est le plus touché(s) par le changement de ce SI ?
- Combien d'applications existe-t-il sur la partie GAP ?

- Quelle est la principale valeur ajoutée selon toi à ce changement de SI ?

IV. La conduite du changement

→ Selon toi, qu'est-ce qui explique que les utilisateurs vont plus ou moins facilement s'appropriier le SI ?

- Est-ce qu'impliquer les utilisateurs dans la conception du SI participe à l'appropriation du SI ?
- L'implication des utilisateurs dans la conception du SI fait-elle partie de la conduite du changement ?

→ Quels sont les principaux impacts selon toi qui vont être provoqués par ce changement de SI, s'il y en a ?

- Par exemple, identifies-tu des impacts sur le bien-être au travail des utilisateurs ? (augmentation du stress, notamment pendant la bascule, le temps d'appropriation du SI, changement dans les pratiques...)
- Comment prévenir les impacts négatifs qui peuvent être liés à ce changement ?

→ Comment conçois-tu l'accompagnement au changement dans les pratiques et dans l'appropriation de ce nouveau logiciel ?

- Quelles stratégies as-tu pensé pour accompagner les utilisateurs dans la transition de ce nouveau SI ?
 - Quelle communication as-tu mis en place ? (Réunion de lancement, mail, ateliers participatifs...) et pourquoi ?
 - Les ateliers participatifs bonnes pratiques seront-ils généralisés aux autres cliniques ?
 - Penses-tu que la formation est-elle nécessaire lors de la mise en place d'un nouveau SI ?

→ Comment selon toi peut-on accompagner les personnes réticentes à un projet comme celui-ci ?

- Comment faire en sorte que ces personnes-là s'approprient le projet ?

Annexe V : Grille d'entretien, enquêtes n°6 et 7

Remerciement : Tout d'abord, merci d'avoir accepté ma demande d'entretien.

Présentation du sujet : étudiante en M2 Analyse et management des organisations à l'Ecole des Hautes en Santé Publique, dans le cadre de mon stage et cette année d'étude, je dois réaliser un mémoire. J'ai choisi de travailler sur le lien entre la mise en place d'un nouveau SI et son impact sur les pratiques des utilisateurs finaux.

Demande d'enregistrement : Avant de commencer, je voulais vous demander, accepteriez-vous que j'enregistre notre échange pour que cela soit plus facile pour moi de l'analyser sachant que ce dernier sera anonymisé et servira uniquement à l'écriture de mon mémoire ?

Présentation de l'entretien : Entretien porte sur 4 parties et durera 1h environ

I. Présentation de la fonction

→ Pouvez-vous me présenter votre fonction au sein de votre établissement ?

- Quelles sont vos missions ?

→ Comment êtes-vous devenue experte métier pour le projet Parcours ?

- Etiez-vous volontaire ?
- Quel est votre rôle au sein des groupes de travail ?

II. Présentation du projet + premier ressenti face au projet

→ Comment vous a été présenté le projet parcours ?

- Quelle personne vous l'a présenté ?

→ Que pensez-vous de la mise en place de ce nouveau SI ?

- Quelles ont été vos premières impressions par rapport à ce projet ?
- Quelles opportunités percevez-vous avec ce nouveau projet ?
- Quelles menaces/craintes percevez-vous avec ce nouveau projet ?

Je sais que le nouveau logiciel est testé par les utilisateurs finaux :

→ Comment le projet a été présenté aux utilisateurs finaux (du côté GAP) ?

- Une réunion dédiée a été organisée ou vous avez informé les utilisateurs un par un ?
- Avez-vous parlé des nouvelles pratiques qui allaient être mise en place, ce que cela allait changer pour eux dans leur quotidien ou avez-vous simplement informé les utilisateurs de l'implantation d'un nouveau SI ?

→ Comment ont réagi les utilisateurs à la mise en place de ce nouveau SI ?

- Avaient-ils des questions ?
 - Si oui, lesquelles revenaient le plus ?
- Des utilisateurs sont-ils réfractaires à la mise en place de ce nouveau SI ?
 - Pourquoi ?
 - Comment cela se manifeste ? (Paroles, gestes...)
 - Quel poste occupent ces personnes ?
- Au contraire, des utilisateurs sont-ils enjoués à l'idée de la mise en place de ce nouveau SI ?
 - Pourquoi ?
 - Comment cela se manifeste ? (paroles, gestes...)
 - Quel poste occupent ces personnes ?

III. Le changement de SI et son impact sur les pratiques métiers

→Selon vous qu'elles sont les plus grosses modifications induites par ce changement de SI ?

- Quel(s) poste(s) sont/est le plus touché(s) par le changement de ce SI ?
- Quelle est la principale valeur ajoutée selon vous à ce changement de SI ?
- Quelles sont les attentes des utilisateurs de ce nouveau SI ?
- Selon vous est-ce que le SI doit s'adapter aux pratiques ou les pratiques doivent s'adapter

→Pensez-vous que ce nouveau SI va modifier les pratiques quotidiennes des utilisateurs finaux ?

- Pensez-vous que le nouveau SI est une opportunité à la mise en place de nouvelles pratiques ?

→En tant qu'experte métier, vous arrive-t-il d'être en désaccord avec les recommandations de la directrice projet GAP-PMSI?

- Si désaccord, comment cela se formalise ? Pourquoi ?
- Si accord, pourquoi ?

→Que pensez-vous de votre implication en tant d'experte dans le groupe de travail ?

- Comment êtes-vous impliquée dans la conception du SI ?
 - SWM ont-ils mené des entretiens avec vous ?
 - Si oui : qu'en pensez-vous ?
 - Si non : aurez-vous aimé que cela ait lieu ?
- Que pensez-vous de faire tester ce nouveau SI aux utilisateurs finaux ?
 - Comment réagissent les utilisateurs à leur implication dans les tests du nouveaux SI ?

→Selon vous, ces bonnes pratiques et ce nouveau SI vont-ils améliorer le fonctionnement de l'organisation ?

- Selon vous, ces bonnes pratiques et ce nouveau SI vont-ils avoir un impact sur la prise en charge du patient ?

→Selon vous, est-ce que le changement de SI et de pratiques va avoir un impact sur les conditions de travail des utilisateurs ?

- Pensez-vous que leur travail va être simplifié ?
- Pensez-vous qu'ils rencontreront des difficultés à s'approprier le SI, notamment au début ? Si oui, lesquelles ?

→Comment appréhendez-vous le basculement et le démarrage du nouveau SI ?

- Avez-vous des craintes particulières ?

Annexe VI : Grille d'entretien, enquêtée n°8

Remerciement : Tout d'abord, merci d'avoir accepté ma demande d'entretien.

Présentation du sujet : étudiante en M2 Analyse et management des organisations à l'Ecole des Hautes en Santé Publique, dans le cadre de mon stage et cette année d'étude, je dois réaliser un mémoire. J'ai choisi de travailler sur le lien entre la mise en place d'un nouveau SI et son impact sur les pratiques des utilisateurs finaux.

Demande d'enregistrement : Avant de commencer, je voulais vous demander, accepteriez-vous que j'enregistre notre échange pour que cela soit plus facile pour moi de l'analyser sachant que ce dernier sera anonymisé et servira uniquement à l'écriture de mon mémoire ?

Présentation de l'entretien : Entretien porte sur 6 parties et durera 1h environ

I. Présentation de l'enquêté

→Quel est ton rôle en tant qu'AMOA ?

- Quelles sont tes missions ?
- Depuis quand occupes-tu ce poste ?

II. Historique du projet

→Quand le projet t'a-t-il été présenté ?

- Depuis quand le projet est-il en pour parler ?

→Comment le projet t'as-t-il été présenté ?

- Une présentation « officielle » t'as-t-elle été proposée ?

→Quelles ont été tes premières impressions par rapport au projet ?

- As-tu perçu des opportunités à ce projet ? Si oui, lesquelles ? (Quels sont les principaux points forts du projet ?)
- As-tu perçu des menaces à ce projet ? Si oui, lesquelles ?

III. Réalisation du cadrage

→Comment s'est passé le cadrage du projet (notamment l'estimation des charges) ?

- Quelles ont été les étapes de réflexion ?
- Combien de temps as-tu consacré à cette étape ?

→Selon toi, aujourd'hui avec du recul, il y a-t-il des éléments du cadrage qui auraient mérités plus de précisions ?

- Si oui, quelles conséquences cela a-t-il sur le projet ?

→Actuellement, nous sommes toujours dans une phase de cadrage du SI, peux-tu m'expliquer, pour toi, quels sont les objectifs de cette étape ou les livrables associés ?

IV. Conception du SI et élaboration du core model

→Selon toi, quel est l'objectif premier d'un SI ?

→Peux-tu m'expliquer l'organisation que tu as choisi de suivre pour la conception du nouveau SI et du core model ?

- Quel est le rôle des ateliers/itérations que tu as mis en place ?

→Comment définirais-tu un core modèle SI et organisationnel ?

- Pourquoi mettre en place un core modèle ? (Quel est l'objectif ?)

→L'implication des utilisateurs finaux est-elle nécessaire ou non pour toi ?

- Si oui, pourquoi ?
- Quel est le rôle des utilisateurs qui participent aux ateliers ?
- L'implication des utilisateurs est-elle nécessaire pour qu'ils s'approprient le SI ?

→Selon toi, le SI doit-il s'adapter aux pratiques ou les pratiques doivent-elles s'adapter au SI, ou bien les deux ?

- Pourquoi ?

V. Le SI et les processus métiers

→Si le changement de SI n'avait pas eu lieu, penses-tu que les bonnes pratiques auraient été diffusées comme elles le sont actuellement ?

- Selon toi, est-ce qu'il est nécessaire de changer les pratiques pour garantir une bonne utilisation du SI ?
- Selon toi, le changement de SI induit automatiquement un changement de pratiques ?
- Ce nouveau SI obligera-t-il les utilisateurs à s'approprier et à respecter les bonnes pratiques ?

→Que penses-tu de l'homogénéisation des pratiques et de la convergence de SI à l'échelle du Groupe ?

- Selon toi quels sont les objectifs ?

→Penses-tu que ce nouveau SI et les pratiques auront un impact sur les conditions de travail des utilisateurs ? Si oui, lesquelles ?

→Est-ce que ce nouveau SI et la diffusion de ces bonnes pratiques vont améliorer la prise en charge du patient ?

- Pourquoi ?

VI. Gouvernance du projet

→Que penses-tu de la gouvernance du projet ?

- Quels sont les points forts de l'organisation du projet ?
- Quels sont les points faibles de l'organisation du projet ?
 - Quel changement faudrait-il apporter pour les corriger ?

Annexe VII : Cartographie des briques composantes le SI

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	

Figure 1. Schéma issu : Bertrand Vigneron, « Chapitre 6 : Le management opérationnel des systèmes d'information », dans Le management en santé, 2018, p243-266. Sources : travaux menés par l'ASIP Santé et l'ANAP sur les SI de santé, ANAP.

Annexe VIII : Exemple des diagrammes de GANTT et de PERT

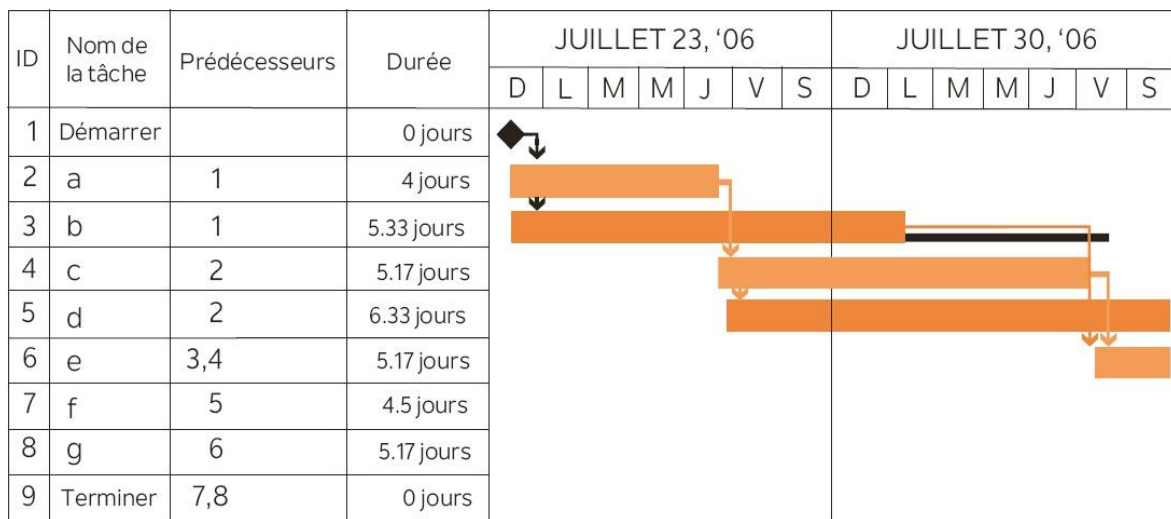


Figure 2. Exemple d'un diagramme de GANTT. Source : X. Delengaigne et M.R. Delengaigne "Outil 48. Le diagramme de GANTT" dans La boîte à outils du Mind Mapping, 2019, p120-121.

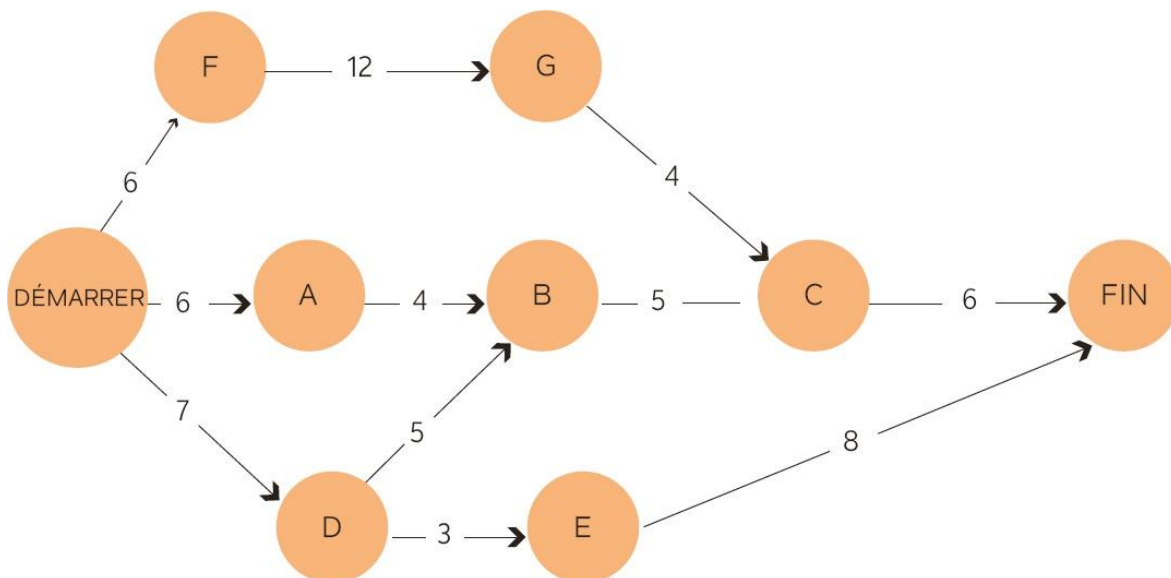


Figure 3. Exemple d'un diagramme de PERT. Source : X. Delengaigne et M.R. Delengaigne "Outil 49. Le diagramme de PERT" dans La boîte à outils du Mind Mapping, 2019, p122-123.

VEUILLET

Manon

Septembre 2021

Master 2 Analyse et Management des Organisations de Santé

Promotion 2021

Changement d'un système d'information hospitalier et réorganisation des pratiques

L'exemple d'un projet de conception et d'implantation d'un nouveau SI à l'échelle du Groupe Ramsay Santé

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /

Résumé :

Concevoir et implanter un nouveau système d'information (SI) au sein d'un établissement de santé implique une modification des pratiques organisationnelles pour ses utilisateurs. Le projet *Parcours*, initié par le Groupe Ramsay Santé en 2019, nous en offre une parfaite illustration. Ce projet ambitieux consistant en la réunion de la gestion administrative du patient (GAP), du dossier patient informatisé (DPI) et du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) au sein d'un SI unique, a pour vocation d'être implanté dans l'ensemble des cliniques du Groupe. Cette convergence des SI implique une homogénéisation des pratiques en place dans les différents établissements, à travers la conception d'un *core model* formalisant les processus organisationnels à suivre. Cet objectif suppose d'identifier une stratégie en termes de conduite du changement afin d'accompagner les utilisateurs finaux dans l'appropriation de ce nouvel outil et ces nouvelles pratiques. Pour mener à bien cet objectif, la formation d'une équipe projet en centrale, au sein du siège Ramsay Santé, vise à coordonner les divers acteurs en présence (utilisateurs, développeurs et décideurs) afin d'atteindre les ambitions fixées.

Ce mémoire se concentre plus particulièrement sur le changement de SI qui impactera la partie GAP. Ainsi, il vise à répondre à la question suivante : dans quelles mesures le changement d'un système d'information dédié à la gestion administrative du patient (GAP) implique-t-il une réorganisation des pratiques et des processus métier pour le personnel administratif hospitalier ?

Pour répondre à ce questionnement, une première partie sera dédiée à la présentation du contexte relatif à ce changement de SI. Une seconde partie visera à présenter les différentes démarches projet mobilisées dans ce projet. Une troisième partie consistera en l'analyse des outils déployés pour atteindre la convergence de la GAP à l'échelle d'un Groupe comme Ramsay Santé et enfin une quatrième partie exposera quelques recommandations permettant d'augmenter le taux de succès de projets complexes similaires.

Mots clés :

Système d'information - Gestion de projet SI – Conduite du changement – Core model

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.