

Évaluation des usages du Dossier Patient Partagé au sein d'un réseau d'addictions.

Analyse sociologique versus analyse des « logs files ». Application au réseau ADDICA, Champagne-Ardennes.

RÉSUMÉ.

Cet article propose une méthode d'évaluation des usages du Dossier Patient Partagé par les professionnels de santé au sein d'un réseau de santé. Nous avons privilégié une méthodologie mixte qui conjugue deux axes : une analyse sociologique basée sur des entretiens qualitatifs et une analyse statistique centrée sur l'observation des données de suivi de tracés informatiques. 19 entretiens ont été réalisés auprès des professionnels du réseau et 16417 « logs files » ont été extraites, concernant la consultation par 111 médecins des dossiers de 823 patients pendant 43 mois. Il en ressort que le degré d'utilisation du Dossier Patient Partagé est très hétérogène, et comporte un petit groupe de soignants très impliqué dans son utilisation. Cependant, il semble que le partage des dossiers soit une réalité. De plus, le nombre d'utilisation du Dossier Patient Partagé est en constante augmentation depuis le lancement, tant au niveau du nombre de soignants à le consulter, qu'au nombre de patients soignés. Ainsi, on note que le partage des données se fait dans un objectif précis : la prise en charge d'une conduite addictive, et c'est ce cadre qui détermine la nature des informations à partager. Il ne s'agit pas de partager toutes les données mais uniquement celles qui peuvent aider d'autres professionnels à intervenir auprès du patient dans sa situation d'addiction.

MOTS CLEFS : DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ, RÉSEAUX DE SANTÉ, TRACÉS INFORMATIQUES, SOCIOLOGIE DES USAGES DE LA TECHNOLOGIE.

ABSTRACT.

This article proposes a method to evaluate the uses of medical records by healthcare professionals within a health assistance network. We have used a mixed methodology with two main axes: a qualitative sociological analysis, based on face-to-face interviews, and a statistical study of computer log files. 19 interviews of healthcare professionals and 16,417 logs files, concerning 111 doctors and 823 patients, over a period of 43 months have been analyzed. The main results are that there is a real use of Shared Patient Records, even if the intensity of use is very heterogeneous, with a small group deeply involved in use of the system. Moreover, the use of Shared Patient Records has increased steadily since the system was launched, both in the number of healthcare professionals consulting them and the number of patients treated. The sharing of data is motivated by a specific goal: to coordinate the care of addictive behaviors and the kind of data shared is determined by this goal. Not all information is shared, but only data that can help other professionals treat addicted patients.

KEYWORDS: SHARED PATIENT RECORD, HEALTHCARE NETWORKS, LOG FILES, SOCIOLOGY OF TECHNOLOGY.

Françoise LE BORGNE-UGUEN²,

Myriam LE GOFF-PRONOST¹,

Hélène TRELLU²,

François BRUCKER¹,

François LEGRAS¹,

Dominique DEPINOY³,

Marielle DELAPLANQUE³

Avec la collaboration de la société
Uni-médecine

1 : LUSSI, Get-ENST Br-M@rsouin.

2 : ARS, UBO M@rsouin

3 : Réseau ADDICA

Myriam.LeGoff@enst-bretagne.fr

Francoise.Leborgne@univ-brest.fr

<http://www.marsouin.org>

1. INTRODUCTION.

Les ordonnances du 24 avril 1996, dites « Ordonnances Juppé » ont inscrit les réseaux de santé dans le code de la Sécurité Sociale, les objectifs étant de favoriser la coopération entre les acteurs des systèmes de santé et d'améliorer l'accès aux soins de la population concernée. Jusqu'alors expérimentaux, les réseaux mis en place doivent évoluer afin de passer à l'étape de développement durable. Il est alors utile de comprendre aujourd'hui l'appropriation du réseau par les acteurs et de mettre en avant des indicateurs d'usages qui justifieraient le déploiement et l'organisation de nouveaux réseaux.

Les systèmes d'information trouvent leur place dans la logique de coopération d'un réseau de santé. Leur développement répond à la nécessité de communiquer, coordonner les soins, partager l'information de manière totalement sécurisée et d'améliorer la qualité des soins. Les textes récents (loi du 4 mars 2002, loi du 13 août 2005 relative à l'Assurance Maladie) témoignent de l'adéquation d'un système d'information face à cette problématique de coordination des soins et formalisent l'obligation de mettre en place un système d'information pour assurer le développement de soins autour des réseaux de santé.

Les systèmes d'informations informatisés permettent de transmettre des informations médicales, voire de soigner à distance, et se développent de façon conséquente au sein de ces réseaux de santé formalisés autour d'une pathologie, d'un territoire, d'un groupe de professionnels. Les organisations en réseaux témoignent de l'émergence récente d'un processus qualité dans la démarche médicale et dans les systèmes d'information de santé, par le partage de l'information médicale entre tous les acteurs concernés. Apporter des indicateurs qui permettent de comprendre le fonctionnement socio-technique des réseaux existant peut permettre d'optimiser ce fonctionnement et mettre en lumière les conditions d'appropriation du réseau par ses utilisateurs. Au cS ur des sys-

tèmes d'information, le Dossier Patient Partagé est un vecteur informationnel important pour la continuité des soins. Cette nouvelle pratique de partage de l'information est-elle susceptible d'induire de nouveaux rôles pour les professionnels de santé ? Il est nécessaire d'identifier les modifications relationnelles possibles, et notamment la place des différents professionnels du secteur de la santé et du secteur social dans cette nouvelle organisation.

À ce jour, l'évaluation des réseaux de santé s'est limitée à leur évaluation sommative de la pertinence du réseau au processus de soins. Elle ne prenait pas en compte l'évaluation du système d'information en tant que moteur de changements organisationnels, d'évolution des pratiques professionnelles, de coordination et de prise en charge des patients. Or, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 a pérennisé le financement des réseaux de santé dans le cadre d'une enveloppe nationale de développement des réseaux avec une allocation régionale. Et, selon la Cour des comptes (Rapport sur la Sécurité Sociale 2003), aucun cadre d'évaluation nationale n'a été établi, ni même d'ailleurs aucun logiciel de remontées d'informations vers la CNAMTS ou d'échanges avec les autres régions. C'est pourquoi, la mise en place d'indicateurs relatifs aux usages basés sur les dires des professionnels impliqués et sur les données des plate-formes informatisées de services permettrait, au-delà des simples aspects de performance, une meilleure compréhension de l'appropriation des systèmes d'informations par les utilisateurs au sein des réseaux.

L'objectif de cet article est de proposer (et mener) une méthode d'évaluation originale des usages du Dossier Patient Partagé au sein d'un réseau de santé, le réseau ADDICA, ADDIctions, précarité, Champagne-Ardenne². L'originalité de la méthode provient de la confrontation de l'observation des fréquences d'usages du

¹ Dans le cadre de cette étude, le terme de Dossier Patient Partagé a été préféré à la notion de dossier médical partagé car usité au sein du réseau.

² Pour une analyse historique et du réseau ADDICA, voir Depinoy, 2005.

dossier (déterminés par le suivi informatique) aux logiques d usages énoncées par les acteurs (entretiens et observations sur les pratiques).

Le réseau ADDICA a été créé en 1994 au sein de l'association GT-5F. Les situations cliniques addictives impliquent une coopération et une coordination entre les professionnels de santé et les acteurs sociaux. Après une année de fonctionnement où le partage des données se faisait de façon traditionnelle, c'est-à-dire par téléphone ou par la manipulation de dossiers « papier », il est apparu nécessaire, en termes organisationnels de soumettre l'usage d'un outil informatique commun. Ce projet a été lancé en janvier 2001. Sous condition de formation à ce nouvel outil collaboratif, les médecins ont pu émettre les premiers dossiers patients partagés en 2002. Le choix s'est tourné vers une plateforme développée par la société Uni-médecine. Elle fonctionne comme un ensemble d'applications et logiciels accessibles sur des serveurs via Internet. Elle permet aux professionnels du secteur de la santé et du secteur social de communiquer et d'échanger en toute sécurité. Les services proposés sont l'accès à un dossier médical partagé, la télé-expertise, la formation médicale continue.

Après une phase d'expérimentation de 5 ans, le réseau rentre aujourd'hui dans une phase de consolidation avec le développement pérenne de trois outils nécessaires au bon développement du travail collaboratif : des séances de formation régulières et pluriprofessionnelles, une équipe de coordination professionnelle et un système d'information avec un dossier partagé sur un extranet sécurisé.

Financé par décision conjointe entre l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et l'ARH dans le cadre de la Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux de santé (DRDR), le réseau « doit faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation ». Le projet de recherche AUTOMATE, Analyse des Usages en Télésanté : Organisation d'un Réseau, Mesure de son Appropriation, Techniques d'Evaluation,

³ Association de médecins généralistes rassemblant ceux confrontés aux problèmes des conduites addictives sous toutes leurs formes de la Marne.

du Ministère de la Recherche et des nouvelles technologies, participe à cette évaluation externe⁴ en proposant une analyse des usages du Dossier Patient Partagé au sein de ce réseau.

Dans une première section sera présentée la méthodologie d'évaluation des usages que nous proposons. Cette méthodologie comprend une analyse sociologique décrite en deuxième partie et une analyse statistique dont les résultats seront exposés en troisième partie. Dans une dernière section, nous présenterons les résultats globaux.

2. MÉTHODE D'ÉVALUATION : « DE LA FRÉQUENCE DU RECOURS AU DPP AUX REPRÉSENTATIONS DE SES USAGES ».

L'originalité de la méthode réside dans la confrontation des représentations des différents praticiens de leurs usages du Dossier Patient Partagé (analysées lors des entretiens sociologiques) avec la mesure des fréquences des interfaces mis en œuvre entre ces praticiens (comptabilisés par l'analyse statistique des tracés informatiques). Dans un souci d'anonymat, l'objectif n'est pas de comparer les profils au sein d'une catégorie particulière de professionnels du soin mais de repérer les tendances communes exprimées selon les catégories des membres du réseau (généralistes, spécialistes, travailleur social, personnel de la coordination &) ou encore certaines spécificités éventuelles propres à l'une ou l'autre de ces différentes professions.

Aujourd'hui, la description des usages des nouvelles technologies s'est essentiellement arrêtée à faire une approche qualitative basée sur la déclaration des usagers sur leurs pratiques. Pour compléter cette approche nous avons fait le choix de confronter ces dires aux pratiques du

⁴ La procédure d'évaluation externe a été confiée à l'ORS Champagne-Ardenne (Observatoire Régional de la Santé) avec le soutien de travaux effectués par la Société ENDEL et de l'équipe du projet AUTOMATE.

système d'information lui-même en faisant un archivage des « logs files ».

La figure 1 décrit la démarche méthodologique adoptée dans le projet AUTOMATE et met en

avant l'originalité de la méthode, à savoir l'interaction entre le traitement statistique et l'analyse sociologique.

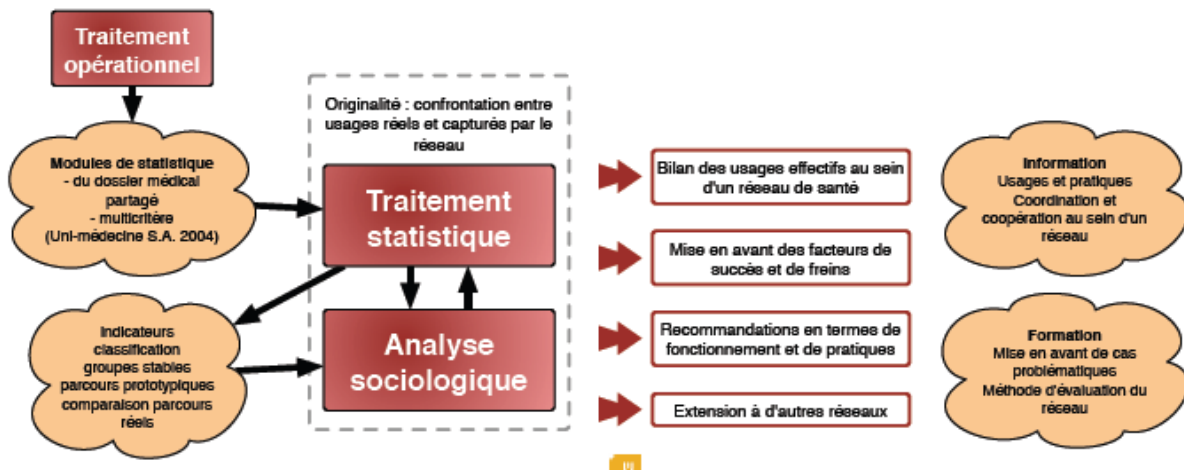


figure 1. Méthodologie de recherche.

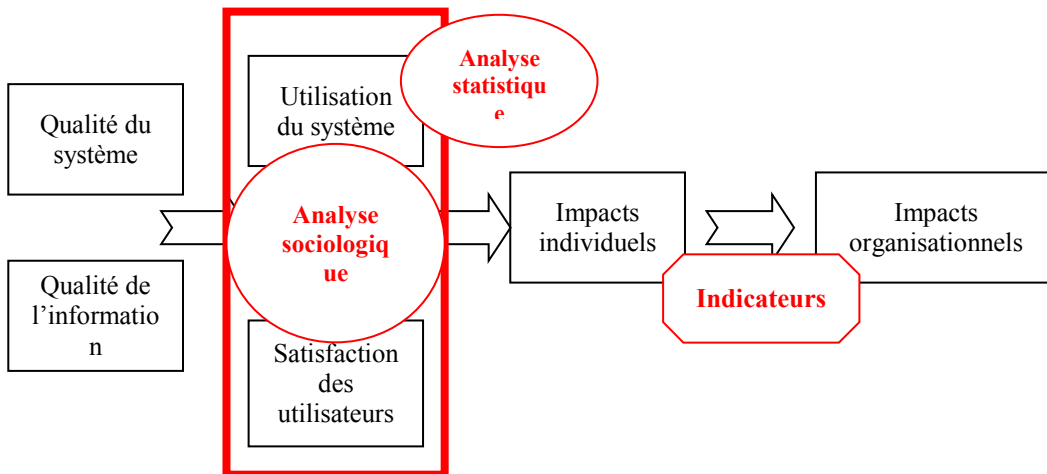


figure 2. Positionnement de nos apports méthodologiques au sein du modèle de Delone et McLean.

Le modèle d'évaluation que nous proposons s'inspire des travaux d'évaluation des systèmes d'information. Nous justifions notre démarche par le modèle pionnier de Delone et McLean⁶. Ce modèle a pour objectif de mesurer la variable « réussite des Systèmes d'Information ». Ils déterminent six dimensions d'évaluation des systèmes d'information: qualité du système, qualité de l'information, utilisation du système, satisfaction des utilisateurs, l'impact individuel sur chacun de ces utilisateurs et l'impact organisationnel. On constate que la majorité des travaux

portant sur l'évaluation des systèmes d'information se focalisent sur une ou deux catégories seulement (généralement la qualité ou la satisfaction des utilisateurs). Le cœur de notre démarche se veut multidisciplinaire (sociologique et statistique) et se tourne vers les utilisateurs (figure 2) avec pour objectif la mise en avant d'indicateurs d'effets individuels et organisationnels, le système étudié étant le Dossier Patient Partagé.

On se situe dans une approche à la fois globale des systèmes d'information et suffisamment détaillée sur les usages afin de donner une valeur

⁵ Kefi H., Kalika M., 2004.

⁶ Delone W.H., Mc Lean E.R., 1992.

explicative du fonctionnement du système. L'évaluation des usages du dossier médical partagé est à destination des instances régulatrices des réseaux de santé.

3. ANALYSE SOCIOLOGIQUE : LES LOGIQUES D'USAGES.

Nous faisons l'hypothèse de l'existence d'incidences d'un outil technologique sur les pratiques professionnelles dans le cadre d'un travail en réseau, en l'occurrence un système d'information du type Dossier Patient Partagé. Ces effets révèlent les logiques professionnelles existantes et rendent visibles les lignes de changements professionnels à suivre et les éventuelles tensions. Les caractéristiques de l'enquête réalisée permettent de repérer différentes dimensions : l'organisation du dispositif sur un temps long, les conditions d'appropriation et d'usages du DPP par les professionnels, les logiques professionnelles différenciées face au partage des données, les avantages et inconvénients associés par les praticiens au DPP.

3.1. Questionnement et enquête de terrain.

Réseaux et innovations.

Il s'agit d'analyser les usages réels du réseau par les différents professionnels selon leur appartenance institutionnelle, leurs méthodologies professionnelles, le type de relation de soins aux patients. En sociologie de l'innovation, la notion de réseau est « un outil incontournable pour comprendre et analyser le mécanisme complexe [des] interactions, pour décrire la mise en place des formes de coordination appropriées, et pour rendre compte de la dynamique des relations⁷ ». Ensuite, il convient de mettre à jour le réseau social mis en place par l'utilisation de différents médiums de communication, parmi lesquels le Dossier Patient Partagé.

Cette notion de réseau renvoie à deux significations principales. La première décrit les relations entre les institutions, les professionnels et les

patients et pose le cadre minimal de tout un ensemble de phénomènes (actions professionnelles, suivi d'une patientèle). La seconde, plus complexe, envisage « un mode de coordination particulière d'agents qui n'est ni celui du marché, ni celui de la hiérarchie, mais où la variété et l'hétérogénéité s'accompagnent d'un accroissement des interactions et entraînent la multiplication des négociations de tous ordres et la nécessité de compromis⁸ ». Sur cette base, l'analyse considère un certain nombre de phénomènes : la distance et la proximité entre deux entités. Par exemple, la chaîne d'intermédiaires et d'actions en jeu entre un patient et un médecin ou entre deux professionnels, l'un se définissant comme un professionnel de santé et l'autre se référant à l'accompagnement social. Elle prend en compte l'importance de la connexité et de la convexité, c'est-à-dire la multiplicité des choix dans les collaborations et les coordinations mises en place. Enfin, cette démarche met en lumière l'évolution morphologique des différents acteurs du réseau : les effets d'attraction, de renforcement des liens entre partenaires, comme l'évolution des modes d'échange entre différents organismes et aussi les interactions du patient et de ses proches avec différents professionnels.

Le contexte d'un réseau de santé est propice à l'identification des règles minimales qui permettent son fonctionnement et à l'exploration des relations qui lient les différents membres d'un même réseau entre eux. « L'innovation est par définition un phénomène émergent au cours duquel se mettent progressivement en place des interactions liant des agents, des savoirs et des biens, qui étaient auparavant non connectés et qui sont pris peu à peu dans un faisceau d'interdépendances [&] elle traverse les institutions tissant des relations compliquées et inattendues entre des sphères d'activité différentes, jouant à la fois sur les relations personnelles, sur le marché, sur le droit, sur la science et la technologie⁹ ».

Le Dossier Patient Partagé (DPP) semble, a priori, répondre à cette définition de l'innovation

⁷ Callon et alii, 1999, p.1.

⁸ Op.cit p. 7.

⁹ Callon M., 1999.

tion, à la fois par son mode de fonctionnement et par l'impact qu'il est supposé avoir dans les relations entre les différents acteurs qui interagissent dans le traitement des pathologies et en premier lieu dans les relations entre patients et médecins. C'est pourquoi, l'innovation du DPP offre une occasion pertinente pour mieux comprendre le fonctionnement (ou le non-fonctionnement) d'un réseau. Au-delà de la description, nous rendons compte des systèmes de relations qui se développent entre les acteurs individuels, entre les institutions ou entre des sphères d'activités hétérogènes qui interviennent de manière cloisonnée. Le DPP constitue alors un intermédiaire dans lequel se matérialisent des modes de coopération, de communication et de mise en relation entre ces différents acteurs au bénéfice des patients. Cet objet intermédiaire peut alors participer à l'explicitation des rôles, des intérêts et en quelque sorte de l'identité du réseau¹⁰.

Hypothèse de travail.

Notre hypothèse principale est la suivante : nous présumons que selon le réseau relationnel et les liens sociaux établis entre les professionnels, l'usage du système d'informations sera plus ou moins important. De précédentes études¹¹ nous laissent penser qu'il y aurait une corrélation entre un réseau relationnel et les usages d'outils techniques. Ces usages entraîneraient par la suite des modifications de pratiques, voire une réorganisation des professions médicales et sociales.

Les indicateurs utilisés font référence à certaines notions privilégiées : la confiance, le secret médical, le secret professionnel, le secret partagé, le parcours de soin du patient, le parcours du professionnel, la coopération, l'interdépendance, l'indépendance.

Plusieurs sous-hypothèses concernant l'outil technique nous semblent intéressantes à explorer :

- l'outil technique modifierait les pratiques professionnelles en termes de prise en charge des malades et d'organisation du travail ;
- les usages de l'outil technique au sein d'un réseau dépendraient des relations établies avec les autres professionnels ;
- l'outil technique serait un facteur d'inclusion ou d'exclusion du réseau selon l'équipement à disposition des professionnels ;
- l'outil technique serait un enjeu pour le réseau en terme de partage des connaissances et des compétences ;
- à travers l'outil technique, une redéfinition des frontières et des articulations entre professionnels pourrait s'établir.

L'étude du réseau ADDICA.

Une méthodologie par entretiens est privilégiée. Les entretiens conduits auprès de plusieurs membres du réseau ADDICA ont un double objectif :

1. retracer la genèse et les fondements qui ont été au principe de sa création, en interrogeant plus particulièrement les professionnels de la coordination du réseau. Des entretiens ont été réalisés auprès du médecin coordonnateur à l'initiative du réseau, la chef de projet et les secrétaires ;
2. étudier les pratiques des professionnels de la santé et du social au sein du réseau. Le questionnement porte sur leur entrée dans le réseau, leurs motivations, les formes de participation en termes de réunions, d'usages du système d'informations, d'échanges & Dix-neuf entretiens semi-directifs auprès des pro-

¹⁰ Callon et alii, 1999 p. 5. Voir également : Vinck D., 1999.

¹¹ Projet T@PA, Projet Psaume. <http://www.psaume.infini.fr>, voir Cardon, Trelu, 2004.

professionnels¹² permettent de répondre à cet objectif.

3.2. Une organisation construite sur le long terme.

La création des réseaux fait suite à la nécessité d'une intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses pour plusieurs situations de santé. Ces interventions coordonnées ne vont pas forcément de soi et elles sont un des enjeux forts du réseau. Avant d'utiliser un système d'information, les professionnels doivent déjà franchir une première étape : celle de participer à un réseau.

Des logiques différenciées de participation au réseau.

L'intérêt de la prise en charge globale du patient par une équipe pluridisciplinaire est mis en avant. En écoutant les professionnels du réseau ADDICA, nous constatons que les enjeux de leur participation se situent à plusieurs niveaux. Ils ne souhaitent plus travailler de manière isolée et recherchent une ouverture vers d'autres professionnels. Pour certains, les professionnels salariés d'un organisme, il s'agit de sortir de leur institution ; pour d'autres, les libéraux, le réseau répond à un manque de relations professionnelles avec leurs confrères. A. Grenier¹³ précise que l'isolement des libéraux se manifeste encore plus dans le cadre du soin auprès de certains patients ou de certaines pathologies et plus particulièrement quand cette prise en charge nécessite l'intervention d'autres acteurs sanitaires et sociaux. Devant l'impuissance exprimée face à certains patients et à certaines pathologies, le travail en réseau devient une opportunité pour partager ses difficultés avec d'autres professionnels et pour se former plus spécifiquement vis-à-vis des attentes d'une patientèle et des spécificités d'une pathologie.

¹² Trois médecins généralistes libéraux (dont le fondateur du réseau Addica), deux médecins généralistes hospitaliers, un hépatologue, un tabacologue, un infirmier hospitalier, une éducatrice spécialisée, deux assistantes sociales, un travailleur social, deux psychologues, une secrétaire médicale.

¹³ Grenier A., 2004.

Apprendre à travailler collectivement autour et avec un patient se révèle être une remise en question culturelle des cloisonnements antérieurs entre différents professionnels et entre différents secteurs (domicile, hôpital, médecine de ville, travailleurs sociaux &...). Pour une prise en charge pluridisciplinaire du patient, des frontières et des hiérarchies entre professionnels sont à remanier. Cette nouvelle conception du travail fait appel à des modalités d'interactions et de régulations entre des mondes très différents.

Des démarches préalables à l'usage du DPP.

Si les professionnels appartiennent à plusieurs réseaux informels où se développent des formes de relations de confiance et un fonctionnement routinier, l'enjeu des réseaux (au sens plus formel) semble être aujourd'hui d'aboutir à une nouvelle configuration des liens entre les différents professionnels, à une réorganisation des rôles, des positions et des identités des uns et des autres débouchant sur de nouvelles modalités de collaboration et d'organisation¹⁴. Les pratiques d'interdépendance qui se mettent en place entre les professionnels exigent des processus de traduction dans le sens où chacun d'entre eux doit rendre visible et expliquer une part de ses pratiques à d'autres professionnels du champ de la santé et du champ social. Pouvoir délimiter et comprendre le travail de chacun est nécessaire à la coopération. Les réunions internes aux réseaux donnent à chacun l'occasion de traduire ses pratiques et ses manières de travailler comme d'identifier celles des autres. C'est particulièrement l'enjeu des réunions de formation de coordination thématiques qui ont lieu en moyenne 4 à 5 fois dans l'année. Le déroulement nous est expliqué par la chef de projet :

« C'est-à-dire que les gens arrivent, il y a 10 minutes un quart d'heure d'introduction en plénière. Il y a des études de cas qui sont distribuées, on fait trois ou quatre sous groupes, forcément on divise, il faut que ce soit représentatif, un institutionnel, un hospitalier, un associatif, un libéral, une infirmière, un psychologue, il faut que ce soit mélangé. Ils se réunissent, ils

¹⁴ Levasseur G., 2001.

vont en sous-comité, ils discutent, ils échangent sur la réalité, leur réalité à eux dans la prise en charge de ce type de professionnel là. Donc, ça fait apparaître le type d'organisation, les compétences des services, qui fait quoi, qui fait quoi, quelles sont les limites, les problèmes qu'ils ont eus dans la réalité. C'est leur vraie vie, ce n'est pas en théorie & »

Par ces différentes réunions, le réseau a non seulement une fonction de transmission des savoirs et des informations, mais permet également, par les expériences partagées, la diffusion et la création de compétences et de connaissances nouvelles¹⁵. Un apprentissage individuel et une compétence collective peuvent se mettre en place, une relation de confiance est susceptible de s'installer. Cette dernière s'établit en fonction des contraintes des uns et des autres et des différentes déontologies professionnelles (par exemple celle du secret professionnel). En cela, les contacts interpersonnels favorisent l'accès à l'information et/ou à des compétences et la démarche de coopération bouscule les repères antérieurs en transformant les interfaces entre les différents professionnels.

L'usage du Dossier Patient Partagé n'intervient que dans une seconde phase de l'histoire des réseaux. C'est aussi un deuxième temps qui succède au parcours d'intégration et de socialisation de chaque professionnel une fois qu'il a intégré un réseau. L'installation de différentes formes de relation de confiance est un préalable à tout travail collectif et tout usage du DPP. Ce dernier est un outil au service d'une coordination entre les uns et les autres, il n'est pas, pour autant, à l'origine de cette interface. Le DPP peut faciliter des échanges d'informations, structurer certaines pratiques professionnelles, offrir un moyen de travail collectif et une mutualisation de certaines connaissances. Si la participation à un réseau est déjà une première étape de remise en question culturelle pour les professionnels, l'utilisation d'un outil informatique, qui plus est un outil de partage des données, représente une autre étape de ce processus de recomposition des formes d'activités professionnelles.

¹⁵ Domin J.-P., 2004.

3.3. Appropriation et usages du DPP par les professionnels.

Se former.

L'appropriation de l'outil a pu se faire pour certains lors d'une demi-journée de formation proposée par Uni-Médecine, temps jugé souvent trop court par les personnes l'ayant suivie. Plus particulièrement pour celles qui n'ont pas immédiatement utilisé le DPP, soit par manque de temps, soit par manque d'équipement disponible sur leur lieu d'exercice professionnel. La chef de projet du réseau a également formé quelques membres, ce moyen semble avoir remporté davantage de succès car ces membres osaient plus facilement que les autres la recontacter ensuite au moindre problème, ce qui a évité certains découragements lors de difficultés techniques rencontrées.

D'autres se sont approprié l'outil en essayant de remplir tout seul un premier dossier, ces personnes mettent en avant la relative simplicité de la trame à compléter, «*Voilà, c'est logique, c'est simple et effectivement, si j'ai un souhait, c'est que ça reste simple* » (médecin généraliste). Il s'agit de questions avec des items à cocher, ils n'ont donc pas à taper de longs textes ou à remplir une page blanche. Pour beaucoup, cela leur a permis de franchir le pas car il suffit de répondre à quelques rubriques. Il y a également une possibilité d'écrire des commentaires et cette fonctionnalité est davantage utilisée par les médecins que par les professions para-médicales ou du social.

Certains ont eu l'occasion d'être présents au moment des discussions relatives à la création de l'outil, ils ont travaillé sur les fiches constituant le DPP autant sur le fond que sur la forme, ce qui leur a permis d'intégrer l'architecture du DPP et d'avoir un outil correspondant plus ou moins à leurs attentes. Le DPP du réseau est constitué de plusieurs fiches relatives à des domaines particuliers : tabac, alcool, psychosocial. D'une manière générale, l'appropriation va de pair avec l'intérêt porté à l'outil.

Les usages du Dossier Patient Partagé.

Plusieurs résultats se dégagent des entretiens effectués auprès des professionnels au sujet des usages du DPP. Le premier fait le constat que certains professionnels vont créer des DPP, et d'autres non. Certains peuvent avoir uniquement une pratique de consultation du DPP, alors que d'autres vont également avoir une pratique d'alimentation des données disponibles dans ce dossier.

Le deuxième résultat souligne qu'une pratique de consultation peut être une première démarche vers l'outil. Il peut s'agir d'une manière de se familiariser sans s'engager personnellement. En ayant une telle pratique, la personne n'est pas confrontée aux questions de saisie : qu'est-ce que j'accepte de partager avec les autres ? À quel moment vais-je saisir mes données ? Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les pratiques de consultation. La personne peut :

- ne pas être entièrement convaincue par l'outil,
- avoir une maîtrise insuffisante de l'informatique et du DPP, ce qui limite son usage,
- ressentir une crainte vis-à-vis du partage des données,
- ou encore avoir des difficultés à s'insérer dans une pratique professionnelle collective.

Le troisième résultat donne à voir des usages différenciés à relier avec différents indicateurs. En effet, utiliser l'outil c'est aussi changer ses pratiques professionnelles, cette remise en question de la culture professionnelle n'est pas automatique. Quand l'usage du DPP inclut la saisie de données, il peut être plus ou moins important et systématique. Cela dépend de plusieurs facteurs :

- des facteurs organisationnels : équipement à disposition, maîtrise de l'outil technique, « protocolisation » ou non de cet usage dans sa pratique et/ou dans la

pratique de la structure, optimisation du temps de saisie et maintien d'une double saisie ;

- des facteurs liés à la profession : métier, public rencontré (public hétérogène avec une part de patients ayant des conduites additives ou public composé de personnes souffrant en majorité de conduites addictives), nature de la prise en charge (santé, social), déontologie professionnelle, utilisation du DPP par ses collègues ;
- des facteurs liés à l'outil et au réseau : intérêt porté, participation à la création des fiches du DPP, moyens mis en œuvre pour l'apprentissage, temps de présence dans le réseau.

3.4. Le partage des données : des logiques professionnelles différenciées.

La référence à une démarche collective du soin.

On note que le partage des données se fait dans un objectif précis : la prise en charge d'une conduite addictive, et c'est ce cadre qui détermine la nature des informations à partager. Il ne s'agit pas de partager toutes les données mais uniquement celles qui peuvent aider les autres professionnels à prendre en charge le patient dans sa situation d'addiction. En restant dans ce périmètre, le secret professionnel et médical est préservé selon les professionnels rencontrés. Par ailleurs, les fiches du DPP servent de fil conducteur et délimitent ce qui peut être partagé. Pour autant, selon les métiers, la question du partage ne se pose pas dans les mêmes termes. Les usages du DPP laissent apparaître des manières différenciées d'appréhender les informations échangées à l'oral et à l'écrit selon les différentes professions. En effet, la déontologie des différents professionnels peut interférer avec les pratiques de partage des données potentiellement disponibles par l'outil informatique. En confrontant les points de vue des différents professionnels (médecins généralistes, spécialistes,

psychologues, travailleurs sociaux &), des logiques des métiers sont mises en avant, tout comme les relations de confiance entre soignants et patients.

Sélectionner ce qui peut être visible et ce qui reste dans le colloque singulier.

S'ajoutent également les habitudes professionnelles propres à chacun, des réticences fortes au partage sont perceptibles, y compris chez des professionnels ayant décidé de travailler en réseau. Les psychologues et psychiatres, par exemple, restent pour certains opposés à ce dossier, ils s'expliquent en mettant en avant le registre de l'intime, des émotions et des affects sur lequel ils travaillent. D'autre part, ne pas partager c'est aussi préserver une certaine autonomie de pratique pour un professionnel, en évitant le contrôle par ses pairs¹⁶. Une autre dissonance autour du partage des données a pu être constatée : le partage des données est perçu, par certains, comme favorable à une meilleure prise en charge du patient mais par d'autres, comme trop intrusif puisque, de leur point de vue, chaque professionnel n'a pas besoin de tout connaître sur le parcours de soin de son patient. Pour ces derniers, l'intérêt du DPP est remis en cause.

D'une manière générale, le partage d'informations se fait plus facilement quand on connaît les autres professionnels agréés sur le DPP. Chacun connaît la manière de travailler de l'autre et la relation de confiance qui a pu s'établir lève les dernières craintes relatives au partage.

3.5. Avantages et inconvénients du DPP.

Si les professionnels mettent en avant plusieurs avantages au DPP, ils relèvent également quelques limites. Ces avantages et limites peuvent être classés selon deux niveaux qui concernent l'un le rapport au patient, et, le second, le rapport à l'organisation du travail et à la communication entre les professionnels.

Des intérêts du DPP

L'intérêt premier pour le patient est l'adaptation du traitement proposé par le praticien en fonction des soins mis en œuvre par d'autres professionnels. Le parcours du patient peut être retracé par le DPP : « *Bon, c'est intéressant parce que ça permet une évaluation de l'évolution, parce qu'en fait au point de vue évolution dans le temps, toute l'histoire de nos patients est là dedans, c'est une histoire de temporalité, nous, on a notre vision d'évolution des choses et puis peut-être, ce que l'on souhaiterait nous, voir évoluer, et puis le patient, lui, il a aussi son propre fonctionnement là dedans et sa propre temporalité et lui, ce qu'il veut, n'est pas forcément ce que nous voulons nous ou ce que je veux moi pour répondre à votre question sur un dossier* » (médecin généraliste).

Le DPP permet d'introduire facilement les temporalités et les événements dans le suivi du patient. L'intérêt est double : pour le professionnel qui suit le patient sur un temps long, le DPP constitue une mémoire et permet l'observation des évolutions ; pour le nouveau professionnel, le DPP permet l'accès au parcours du patient et à l'information de ce qui déjà pu être fait, sous réserve qu'il en soit fait mention. La pluridisciplinarité du travail de santé, qui offre le suivi par un DPP, permet d'être au plus près du parcours du patient avec sa pathologie, de repérer son activité dans le soin et de prendre en compte différentes logiques du patient. Ainsi, une double lecture du parcours du patient devient possible pour chaque professionnel : une reconstruction de ce qui a fait événement au cours du temps mais également une représentation globale des interventions, décloisonnant ce qui relève des interventions médicale et sociale.

En second point, le DPP facilite l'organisation du travail en permettant de partager plus rapidement des informations, en donnant l'accès à une information actualisée disponible de manière asynchrone, selon les disponibilités de chaque professionnel :

« *Alors, ça a modifié mes pratiques dans le sens où c'est plus simple parce que vu que je tra*

¹⁶ Ferrand A., 2003.

vallais... vu que moi, j'ai toujours beaucoup partagé en fait, ça me prenait du temps, c'est à dire qu'il fallait que j'aille voir les gens, il fallait que je téléphone. Et là, avec le dossier, même si je n'ai pas le temps d'aller voir les gens, je sais qu'ils ont l'info» (Psychologue).

Les difficultés de communication entre les professionnels du soin et de la santé viennent d'un cloisonnement des disciplines mais également des disponibilités des uns et des autres. Ils ne parviennent pas toujours à se joindre par téléphone et les courriers ne sont pas toujours faits. Le DPP met à la portée de chacun l'accès à l'information, les agendas des uns et des autres ne sont alors pas obligés d'être toujours concordants. À l'instar des travaux de Florence Bailly¹⁷, l'outil technique devient un instrument de régulation entre les professionnels permettant de jongler avec l'absence et la présence de chacun, la disponibilité et l'indisponibilité de soi et d'autrui. Le DPP fait également fonction d'outil pédagogique pour certains. Les fiches spécifiques au tabac, à l'alcool proposent une manière de questionner le patient sur sa pratique en listant des items à remplir. La fiche n'est pas tant intéressante pour le spécialiste de l'addiction en question mais davantage pour les autres professionnels. Les fiches guident les professionnels quand ils sont confrontés à une addiction et organisent le déroulement de leurs consultations. Toujours dans une approche pédagogique, le DPP, de par sa présentation à l'écran, ordonne et structure les données. L'outil informatique oblige à une certaine rigueur en termes d'informations saisies. Par ailleurs, les fiches, les alarmes sous forme de réveil disponibles sur l'écran & sont des éléments visuels pour le professionnel ; la lisibilité du DPP est parfois supérieure à celle des dossiers papiers.

Le troisième élément d'intérêt est la qualité et la systématisme de la communication que le DPP peut amener entre les professionnels. Les informations échangées répondent à un objectif précis, les éléments à remplir sont pré-définis. Le DPP délimite ainsi des échanges interprofessionnels cadrés dans un périmètre de l'information (fiches, items, cases à cocher &) Ce cadre

rassure les professionnels sur ce qu'ils échangent, plus particulièrement pour certaines professions comme les infirmiers, qui ne redoutent pas le jugement d'autres professionnels, médecins en particulier. Il leur est demandé uniquement ce qu'ils ont pu observer lors des consultations. Ils peuvent ajouter quelques phrases dans la partie texte libre mais ce n'est pas obligatoire. En se limitant aux items, ils ne craignent donc pas de porter un jugement subjectif sur une situation. Ainsi, le DPP lève certaines craintes vis-à-vis de la hiérarchisation des métiers et des savoirs car chacun remplit ce qui ressort de son propre champ de compétences. Au-delà de cet avantage, la structure offerte par le DPP garantit une certaine qualité des informations échangées au niveau de leur pertinence pour une prise en charge commune.

& Aux limites soulevées par les professionnels.

Une première limite concerne l'implication restreinte du patient. La question de l'accès au DPP par le patient reste encore en suspens. Certains professionnels y voient une condition essentielle pour qu'ils se donnent la peine de remplir ce dossier. D'un point de vue technique, le patient a la possibilité de gérer les habilitations professionnelles sur son dossier (mais pas le contenu). Le réseau n'a pas encore intégré cette fonctionnalité. En effet, certains professionnels ne sont pas prêts à partager leurs données avec le patient. Cette possibilité fait débat au sein du réseau. Par ailleurs, quelques-uns ont fait part de leur doute quant à l'accord donné par le patient pour créer un DPP. S'ils ne remettent pas en question le fait que chaque professionnel prenne le soin d'expliquer le fonctionnement du DPP à chaque patient, ils se demandent dans quelle mesure le patient ne se sent pas obligé d'y participer car il est lui-même en demande vis-à-vis de ce professionnel. Le réseau a prévu que l'accès du patient à son dossier se ferait dans le cadre du futur dossier médical personnel.

Autre limite, les professionnels mentionnent la maîtrise et l'appropriation parfois difficiles de l'outil. Il est en effet nécessaire de maîtriser l'informatique pour utiliser le DPP et de prévoir

¹⁷ Bailly F. 2001.

le temps que cela leur demande. Le DPP conduit à une double saisie, dans la mesure où le professionnel conserve son propre dossier (papier ou informatisé). Si quelques-uns, ils sont rares, ont supprimé leur propre dossier au profit du dossier ADDICA, cela ne semble pas concevable pour les autres,

« Si je note dans le dossier Addica, je n'ai pas de traces, moi, dans le dossier du malade, on en reste quand même au dossier du malade quand même comme priorité. On a ça, on a les lettres dedans et pour nous, ça reste l'outil essentiel » (spécialiste).

La troisième limite concerne les réticences de certains professionnels au partage des données. S'ils se sentent capables d'échanger par oral, ce n'est pas toujours évident de transmettre des écrits quand cela ne fait pas partie des habitudes, par exemple des courriers échangés entre confrères médecins ou entre médecins et paramédicaux. La question du secret professionnel réapparaît ici également,

« Moi, à chaque fin de consultation, il faut que j'écrive des notes, un minima. Et moi, en tant que psychologue, comme je vais déjà creuser beaucoup parfois les questions, j'ai un dossier après perso, enfin ce que j'appelle, moi, mes notes personnelles. Parce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas mettre dans un dossier. Et puis après, il y a des choses qui sont un peu de l'interprétation, c'est un peu subjectif, ça pourrait paraître comme un jugement de valeur. Donc, comme sur un dossier médical, on ne peut pas mettre ce genre de choses parce que c'est normalement consultable aujourd'hui et que sur un Dossier Patient Partagé, ce n'est pas non plus évident parce que c'est... enfin je pense que ça ne serait pas la place » (psychologue).

De fait, si le DPP n'est pas partagé avec les autres, ou si les autres professionnels agréés se contentent d'une pratique de consultation du dossier, les professionnels réellement engagés dans ces dossiers vont avoir tendance à réduire, voire à renoncer à cet usage systématique d'introduction de données partagées.

Ces résultats vont être confrontés au suivi des tracés informatiques (« logs ») récupérés sur la plate-forme hébergeant le DPP.

4. ANALYSE STATISTIQUE DES TRACES INFORMATIQUES : FRÉQUENCE DES USAGES.

Les données analysées concernent la consultation par 111 médecins, personnels hospitaliers ou travailleurs sociaux du réseau ADDICA des dossiers de 823 patients du 2 janvier 2002 au 31 octobre 2005. Les données sont constituées de la succession chronologique des pages visitées, des messages transmis ou toute autre action possible au sein du réseau. Ceci est possible car le réseau est sécurisé, toutes les actions des utilisateurs étant stockées et nominatives. Ces données étant confidentielles, leur utilisation a été rendue anonyme par l'utilisation d'un identifiant à la place du nom réel de la personne navigant sur le réseau.

L'usage du Dossier Patient Partagé par les acteurs implique un parcours au sein de la plate-forme informatique. Il existe une logique dans l'accès aux données. Celle-ci est décrite dans la figure 3. Les « logs files » nous permettent d'identifier, de façon chronologique, les actions menées au sein de la plate-forme.

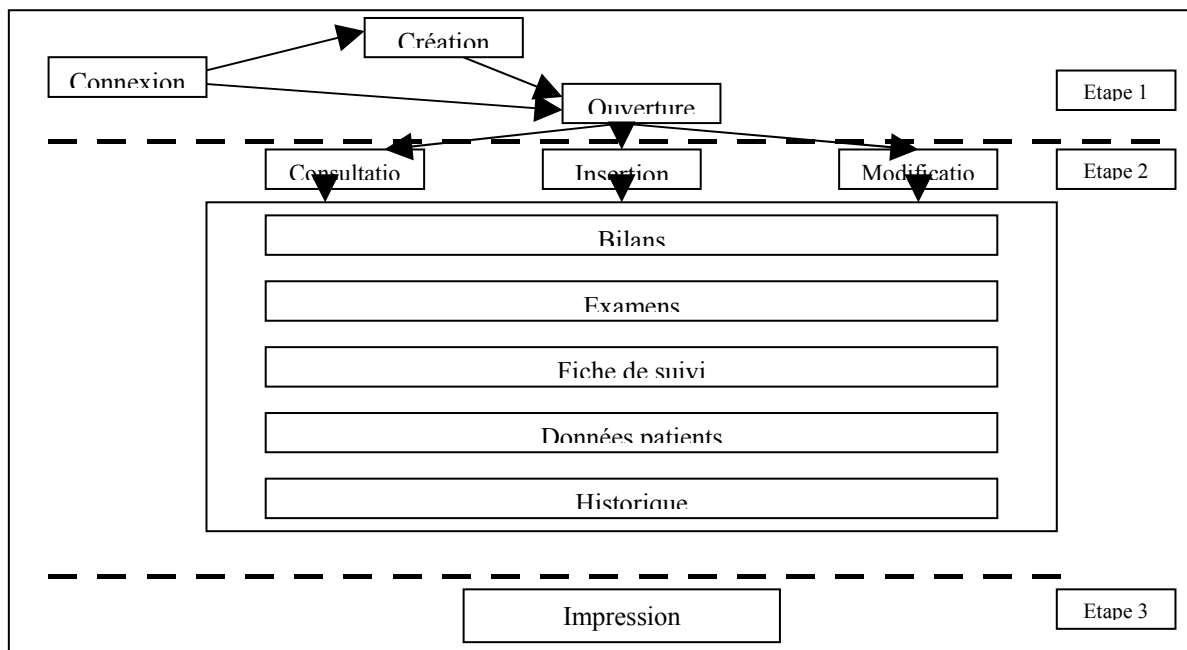


figure 3. Démarche d usage du Dossier Patient Partagé.

Le suivi de ces étapes sur la base de données informatisée est une première mesure de l usage du DPP par les professionnels.

L étude descriptive montre que la spécialité médicale la plus représentée au sein du réseau est le médecin généraliste qui constitue 80 % de l échantillon, suivent ensuite les infirmiers et les psychologues.

La création des dossiers dans la base a été effectuée par 62 personnels soignants (sur 111, c est à dire 56 %). Plus d un tiers des dossiers (291 sur les 823) ont été créés par une seule personne, la majorité des personnels soignants en ayant créés aucun ou un seul (44 % des per-

sonnes n en ont créés aucun et 22% un seul, soit près de 60 % de la population).

Les soignants d ADDICA bénéficient d un large panel d actions possibles sur le Dossier Patient Partagé. Il en existe cinq différentes, le tableau 1 les énumère et indique entre autre, pour chacune d entre elle le nombre moyen que chaque soignant en a effectué. S agissant de l action « ouverture du dossier », on peut observer que cette action est comptabilisée à chaque fois que le soignant consulte le Dossier Patient Partagé. Elle est ainsi l action la plus réalisée que cela soit à l échelle d un soignant, puisque l un d entre eux en a réalisé 1691, ou encore au niveau de la totalité de notre échantillon.

Tableau 1. Statistiques descriptives de chaque action possible sur le Dossier Patient Partagé.

Type d'action réalisée	Moyenne par soignant	Nombre de soignant ayant réalisé l action concernée	Minimum	Maximum réalisé par soignant	Nombre de patients concernés	Nombre moyen par patient
Bilan	77,4	80	1	1494	801	7,5
Création du dossier	13,7	60	1	238	823	1
Fiche initiale	17,5	31	1	276	541	0,7
Modification du patient	3,5	22	1	25	71	0,1
Ouverture du dossier	81,2	107	1	1691	815	10,6

Ce tableau confirme l'importance des types Bilan et Ouverture du dossier qui concernent la majorité des soignants et des patients, les autres modalités n'étant utilisées que par un faible nombre de soignants. Un cas particulier intéressant est le type Fiche initiale, utilisé par peu de soignants (31 sur 111) mais concernant un grand nombre de patients. En moyenne, outre la création du dossier qui est unique par patient, tous les accès sont constitués de bilans (7,5 accès par patient en moyenne) et d'ouvertures de dossiers (10,6 accès en moyenne). Les autres modalités apparaissent moins d'une fois par patient.

Au sein des bilans, plusieurs actions sont possibles : remplissage de fiches thématiques selon l'addiction, fiche d'évaluation de l'addiction et quelques examens cliniques. On constate que 760 patients ont fait l'objet d'un bilan type « évaluation de l'addiction » et que les fiches « suivi tabac » et « suivi drogues illicites » sont les plus remplies. 532 patients ont une fiche relative à la tabacologie.

Plus de 25 % des patients n'ont qu'un seul médecin, celui-ci ayant également créé leur dossier. Une première constatation est que le soignant ayant créé le dossier d'un patient a toujours consulté plus d'une fois le dossier (c'est-à-dire au moins une fois de plus que la création). Le nombre moyen d'acte augmente logiquement lorsque le nombre de personnel soignant augmente. La répartition des actes de façon temporelle entre les soignants d'un même patient semble indiquer qu'il existe un soignant principal (regroupant la majorité des consultations). Cette répartition se fait essentiellement de deux façons, on a soit le passage du patient d'un soignant à un autre (dans ce cas les consultations peuvent être temporellement scindées par soignant), soit les consultations d'un même soignant se répartissent dans le temps. Le premier cas se retrouve fréquemment (près de 40 % des cas) lorsque deux soignants seulement se partagent le dossier médical d'un patient, mais arrive nettement moins souvent lorsque le nombre de soignant par patient est supérieur à deux (15 % des cas pour 3 soignants, 6 % pour 4 soignants et 10 % pour 5 soignants).

4.1. L usage par les soignants.

On constate sur la période étudiée une utilisation croissante du système d'information, tant par le nombre de consultations (de 0 à 1000 actes), le nombre de soignants différents l'utilisant (de 4 à 45 par mois) que par le nombre de patients consultés (de 1 à 327 par mois).

Une façon d'obtenir une vision synthétique des soignants ayant des patients en commun est de produire un graphe dont les sommets sont les soignants et de relier deux soignants ensemble si et seulement si ils ont accédé au moins une fois à un même patient.

Ce graphe comporte 5 composantes connexes, c'est-à-dire qu'il existe 5 groupes distincts entre les divers soignants. Quatre de ces composantes connexes sont petites (figure 4) et une est grande et regroupe la presque totalité des soignants (figure 6). La faible connectivité de la figure 4 s'explique par le faible nombre de patients suivis par les soignants présents dans ce graphe.

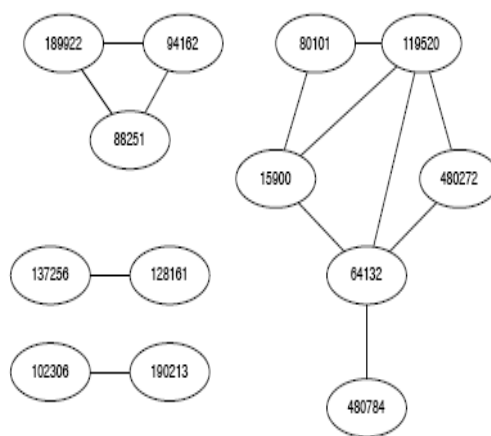


figure 4. Graphe de connexion des soignants (première partie) : les 4 petites composantes.

Remarque : les numéros présentés sont les numéros d'identification des personnels soignants.

Si on fait le parallèle avec les spécialités concernées, la figure 4 se traduit par les réseaux professionnels suivants (figure 5) :

figure 5. Réseaux professionnels existants pour les petites composantes connexes.

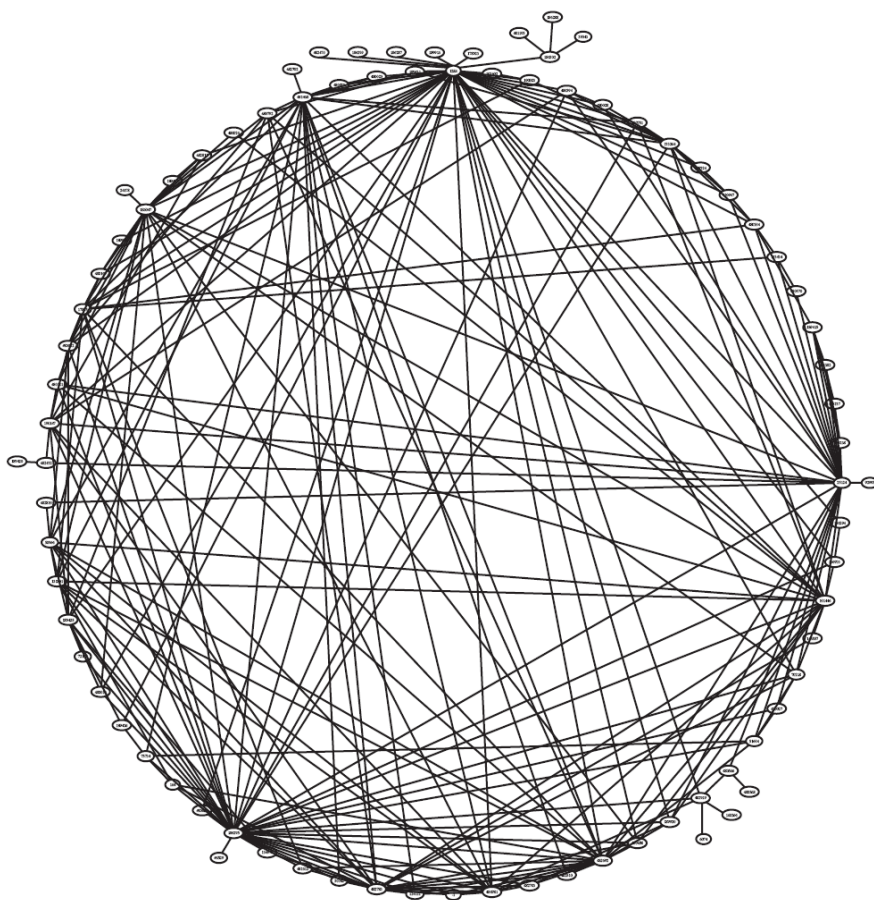
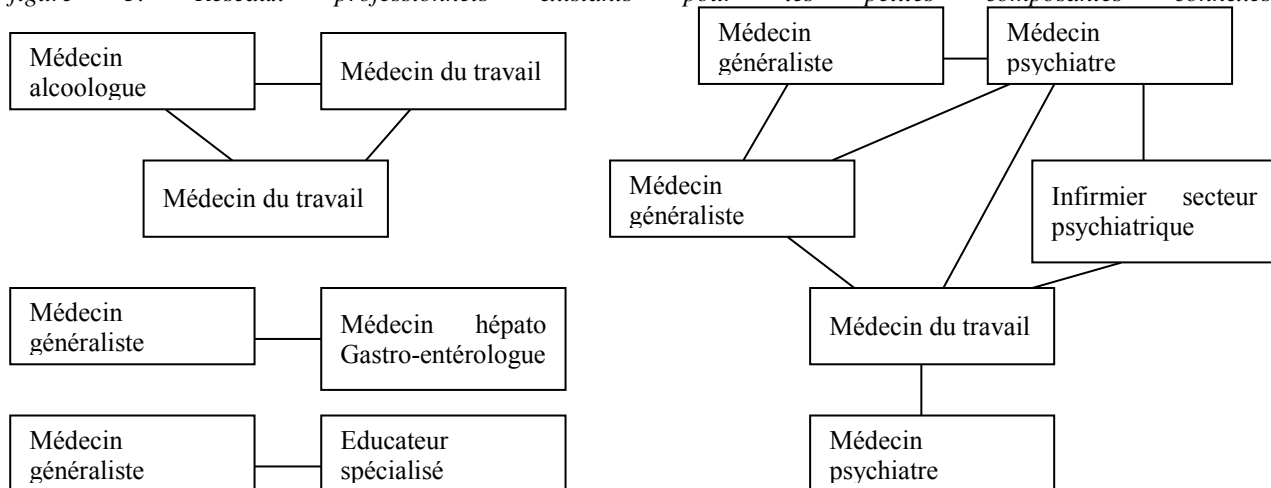


figure 6. Graphe de connexion des soignants (deuxième partie).

Remarque : les numéros présentés sont les numéros d'identifiant des personnels soignants.

La figure 6 montre que certains soignants ne partagent leurs patients qu'avec un seul autre soignant (les feuilles¹⁸ du graphe), alors que

d'autres partagent des patients avec beaucoup d'autres soignants. Ce type de graphe permet de donner de façon visuelle le degré de connexion entre soignants durant les 43 mois d'étude.

¹⁸ Extrémités d'une arête.

La grande connectivité apparente du graphe de la figure 6 n'a cependant rien de surprenant, les patients étant essentiellement issus du même réseau, et donc susceptibles d'avoir la même équipe soignante.

En terme de réseaux professionnels, on constate la présence de quelques professionnels de santé au cS sur des échanges. La figure 7 met en avant les spécialités concernées.

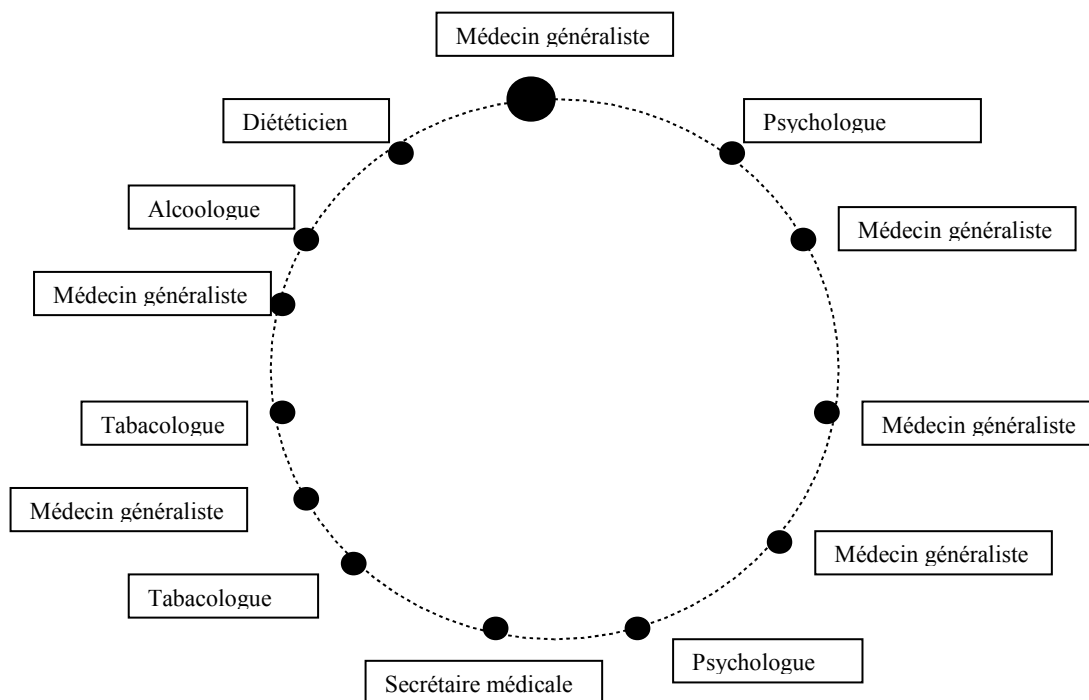


figure 7. Réseaux professionnels existants pour la composante principale (représentation des professionnels à la base de liens forts).

Les figures 6 et 7 montrent donc un comportement d'échanges en nombre entre les différentes spécialités médicales. On constate une prédominance de la présence des généralistes. Ils peuvent représenter la porte d'entrée au réseau. De même, on constate la recherche de liens entre médecins généralistes, tabacologues, psychologues, alcoolologues et diététiciens. La secrétaire médicale est également au cS sur des échanges.

Il ressort de cette étude que le degré d'utilisation du Dossier Patient Partagé est très hétérogène, et comporte un petit groupe de soignants (les 5 ayant plus de 1000 consultations) très impliqué dans son utilisation.

De plus, nombre de variables présentes sont peu utilisables de façon statistique car possédant soit une modalité prépondérante, soit beaucoup de modalités ne reflétant que le soignant l'ayant utilisée. Ainsi, d'un point de vue méthodologique, les méthodes factorielles et les méthodes

de classification n'ont pu être utilisées car les données sont trop hétérogènes pour pouvoir établir et classer les corrélations existantes entre les professionnels et identifier des groupes homogènes de pratique.

Cependant, même si le système d'information est utilisé de façon non homogène par le personnel soignant, il semble que le partage des dossiers est une réalité (même lorsqu'il n'y a que deux soignants à suivre un patient, il y a un nombre important de changements de soignants dans la consultation des dossiers).

Enfin, le nombre d'utilisation du Dossier Patient Partagé est en constante augmentation depuis le lancement, tant au niveau du nombre de soignants à le consulter, qu'au nombre de patients soignés. Ceci tant à faire penser que l'utilité de celui-ci est avérée pour le personnel soignant, et que son utilisation va devenir de plus en plus homogène pour les soignants impliqués.

5. LES CONTINUITÉS ENTRE MESURE DE LA FRÉQUENCE D'USAGE ET LOGIQUES DE RECOURS.

Le premier résultat est la démonstration qu'entre les représentations des professionnels sur leurs pratiques et les types d'actions mises en œuvre dans le DPP, la distance est nulle. En effet, les professionnels rencontrés n'ont ni sur-estimés ni sous-estimés leurs usages du Dossier Patient Partagé. Cela signifie que les professionnels ont adopté l'outil en toute connaissance de cause et sont capables d'identifier le rôle de cet outil dans leur pratique. L'analyse statistique devient alors un soutien essentiellement de mesure et ne révèle pas de distorsions avec le discours. Cet instrument de mesure reste cependant nécessaire car il permet de fixer une échelle de valeur aux usages. Ces derniers sont souvent évalués en terme de progression et non en valeurs réelles.

L'hypothèse principale était celle de l'incidence du système d'information sur la pratique inter-professionnelle. Sept résultats sont énoncés et sont issus des conclusions des deux approches méthodologiques.

Résultat 1 : les usages du DPP ont augmenté depuis la création du réseau : de nouveaux soignants l'ont adopté, un nombre plus grand de patient est intégré, les actions se diversifient (plus de créateurs de dossiers, plus de consultations des fiches de suivi &)

Résultat 2 : la médecine générale est la plus représentée au sein du réseau et demeure la porte d'entrée du réseau pour les patients. Ce sont les médecins généralistes qui créent le plus de dossiers.

Résultat 3 : l'usage dépend des relations avec les autres. Plus le professionnel partage avec d'autres, plus l'utilisation des différents items du dossier est importante, essentiellement en terme de consultations. On constate, cependant, des liens privilégiés entre professionnels, exogènes au réseau.

Résultat 4 : les frontières entre professionnels s'estompent au sein du réseau. Chaque professionnel profite des informations renseignées par l'ensemble des professions sans jugement de valeur dans la mesure où les indications restent généralement succinctes. Il y a moins ce sentiment de hiérarchie entre la médecine et le secteur social, chaque professionnel, de part sa connaissance, améliore la prise en charge du patient.

Résultat 5 : le Dossier Patient Partagé est un vecteur de partage d'informations important. Par exemple, la fiche tabac est consultée par 26 médecins pour 532 patients.

Résultat 6 : il existe un acteur plus populaire à la base des liens et qui fait le lien avec les autres. En effet, un médecin généraliste a réalisé plus de 1000 opérations au sein de la plateforme.

Résultat 7 : autour de cette personne leader, gravite un groupe restreint constitué de 4 personnes. On constate des liens privilégiés entre ces personnes et la circulation des patients de l'un à l'autre.

Ensuite, nous formulons quatre hypothèses. Ce sont des propositions qui n'ont pu être validées car émergent des résultats précédents ou ont été observées par une des approches méthodologiques mais pas par l'autre.

Hypothèse 1 : il existe des règles de fonctionnement. On peut supposer que les médecins lisent l'ensemble des informations rentrées par leurs collègues avant chaque consultation, il peut exister des délais entre deux rendez-vous.

Hypothèse 2 : de nouveaux liens se manifestent de façon endogène à l'intérieur du réseau. Deux professionnels vont commencer à se partager des informations alors qu'ils ne se connaissaient pas auparavant.

Hypothèse 3 : il existe des profils d'utilisateurs selon leur ancienneté, leur spécialité, leur implication dans le réseau.

Hypothèse 4 : il existe des trajectoires types pour les patients.

Nous avons constaté que la durée de présence dans le réseau et la relation de confiance établie avec les autres membres structurent des usages différenciés du DPP. En effet, avoir un équipement informatique ne conduit pas forcément à l'usage des outils proposés par le réseau, l'utilisation d'un outil de partage de données représente une étape du processus de recombinaison des formes d'activités professionnelles.

Lever les craintes relatives au DPP demande une mise en place de discussions et une remise en question de cet outil. Cette réflexion doit être posée en permanence, même après plusieurs années d'usage du DPP, au sein du réseau pour pouvoir d'une part intégrer les nouveaux membres, et d'autre part maintenir l'intérêt des autres. Ces derniers sont en demande d'une évolution du DPP : modifications en fonction des usages des uns et des autres et de la nouvelle organisation du travail qui se dessine dans le temps, adaptation des fiches en fonction des professionnels membres. Par ailleurs, rendre le DPP compatible avec les outils propres à chaque professionnel semble être une condition de sa pérennité.

6. CONCLUSION.

L'évaluation des usages des systèmes d'information ne dispose pas, actuellement, de cadre prédéfini. Nous proposons ici une évaluation mixte combinant l'analyse sociologique et l'analyse statistique des actions repérées sur un outil informatique, cette dernière permettant essentiellement une mesure de la valeur des usages.

Pour conclure, la méthode a permis de révéler un certain nombre d'avantages liés à l'usage du Dossier Patient Partagé. Il permet :

- une mise à disposition de l'information de façon instantanée ;
- une plus grande rapidité d'appropriation des connaissances autour du patient ;
- une ambiance de partage ;

- un effort de synthèse, une simplicité des items ;
- une actualisation permanente des dossiers patients ;
- une connaissance de l'implication du patient vis à vis de sa maladie par la fréquence de consultation au sein du réseau ;
- une interface lisible pour le suivi du patient qui peut lui être présentée ;
- une information sécurisée ;
- une ouverture à des structures différentes et des spécialités différentes ;
- l'usage d'un outil pédagogique.

Les inconvénients de son usage résident dans :

- la nécessité d'être informatisé et d'avoir une connexion haut débit ;
- la non interopérabilité avec les systèmes d'informations des structures professionnelles des membres ;
- la réduction de l'information en items ;
- l'apprentissage de l'outil qui peut être long ;
- le remplissage non systématique après chaque visite de patients ;
- la technique comme élément perturbateur dans la relation médecin-patient ;
- la culture du partage encore naissante ;
- l'interprétation des informations des autres professionnels en lien ;
- l'existence de traces par rapport à l'oral ;
- la double saisie : entre le dossier papier et le DPP et entre le dossier personnel et le dossier partagé.

Ce réseau doit son succès à la motivation de quelques membres, à son fonctionnement clair et opérationnel avec un soutien de la coordina-

tion, à la culture de groupe qui s'est dégagée de l'utilisation d'un outil commun.

Il ne s'agit pas seulement d'un réseau informatique, sinon l'analyse statistique des logs files aurait suffi pour émettre les résultats obtenus. Or, nous constatons que les liens inter-professionnels existants et la volonté de partage d'information autour des patients résulte d'une communauté de professionnels autour d'un objectif commun : une meilleure prise en charge du patient. Ce sont les entretiens qui ont mis en avant ces éléments.

En note finale, rappelons que le Dossier Patient Partagé reste encore pour la plupart des professionnels de santé et para-médicaux et pour la majeure partie du secteur social un complément au dossier papier. La substitution totale n'est pas encore réalisée. L'archivage papier reste encore de mise, auquel nous rajoutons aujourd'hui l'archivage informatique.

BIBLIOGRAPHIE.

- Bailly F. (2001), « Les usages des technologies de l'information et de la communication dans les milieux tertiaires, approche sociologique », <http://www.uri-shn.asso.fr/bailly.com>
- Callon M. (1986), « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles St Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de St Brieuc », L'année sociologique, n° 36.
- Callon M. et alii (1999), Réseaux et coordination, Paris, Economica.
- Callon M. (1999), « Le réseau comme forme émergente et comme modalité de coordination : le cas des interactions stratégiques entre firmes industrielles et laboratoires académiques », in Callon et alii, (1999), Réseaux et coordination, Paris, Economica, p. 13.
- Cardon P., Trellu H., (2004). « Les personnes vieillissantes et la télé-assistance : privilégier la dimension relationnelle », Les nouvelles technologies dans la cité, Rennes, décembre. Cahier de recherche de M@rsouin n°1-2004. http://www.marsouin.org/article.php3?id_article=44
- Delone W.H., Mc Leane E.R. (1992). « Information Systems Success : the Quest for the Dependent variable », Information Systems Research, 3(1), p.60-95.
- Depinoy D. (2005), « ADDICA, un réseau au cS sur de la complexité de la prise en charge des conduites addictives », in Technologie et Santé, 55/56, Septembre/octobre, 121-128.
- Domin J.-P. (2004), Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté, Communication aux 4e journées de la proximité, GREQAM, Université de Marseille
- Dubar C., Tripier P. (1998), Sociologie des professions, Armand Colin, Paris.
- Ferrand A., (2003) « Visions profanes des réseaux de soins : comment les patients perçoivent les relations entre leurs soignants », in Cresson Geneviève, Drulhe Marcel, Xavier-Schweyer François, Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, Editions ENSP.
- Grenier A., 2004, « Exercice groupé et réseaux de santé. La pratique de la médecine libérale sort de l'isolement », Actualité et Dossier en Santé Publique, n°49, décembre.
- Kefi H., Kalika M. (2004). Évaluation des systèmes d'information : une perspective organisationnelle, Economica, Paris.
- Levasseur G., 2004. Les réseaux : changements de pratiques ou pratiques de changement, <http://homepages.ulb.ac.be/~bdujardi/psd/foresa/reseaux.pdf>
- Strauss A., (1992). La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionniste, Paris, L Harmattan.
- Trellu H., Le Borgne-Uguen F. (coll.), 2007, Création des réseaux de santé et usages du dossier médical partagé, in Penne S. (coord.), Productions de santé, Cahiers de l'ARS, sous presse.
- Vinck D. (1999). « Les objets intermédiaires dans les réseaux de coopération scientifique. Contribution à la prise en compte des objets dans les dynamiques sociales », Revue française de sociologie, XL(2), 385-414.

LES BULLETINS RÉCENTS.

Année 2007.

1-2007. Trellu H. Création des réseaux de santé et usages du dossier médical partagé.

Année 2006.

13-2006. Jullien N., Trémenbert J. Les PME Bretonnes : leur équipement en technologies numériques, leurs usages et leurs attentes.

12-2006. Thierry D. Modalités de circulation de l'information sur un territoire régional.

11-2006. Pénard T., Suire R. Le rôle des Interactions Sociales dans les modèles économiques de l'Internet.

- 10-2006. Petr C., Guéguen N. Beginner Research on Tourism and the Tourist: Beware of Words and Caricatures!
- 9-2006. Dang Nguyen G., Mével O. Nouvelle et ancienne économie : vers une intégration réussie ?
- 8-2006. Jullien N., Zimmermann J.-B. Free/Libre/Open Source Software (FLOSS) : lessons for intellectual property rights management in a knowledge-based economy.
- 7-2006. Demazière D., Horn F., Jullien N. How free software developers work. The mobilization of distant communities .
- 6-2006. Pénard T., Poussing N. Usage d'Internet et capital social.
- 5-2006. Masclet D., Pénard T. Pourquoi évaluer son partenaire lors d'une transaction à la eBay ? une approche expérimentale
- 4-2006. Dang Nguyen G., Genthon C. Les perspectives du secteur TIC en Europe.
- 3-2006. Boutet A., Tréllu H. Appréhender les territoires de la réalité et de la virtualité à travers la création d'un site de « quartier » : l'exemple de « Couleur quartier » à Kérourien (Brest).
- 2-2006. Martin L., Pénard T., Pourquoi les entreprises bretonnes veulent-elles disposer d'un site Web ?

Responsables de l'édition: Godefroy Dang Nguyen, Nicolas Jullien.

Contact : Nicolas Jullien

M@rsouin
GET - ENST Bretagne
CS 83818, 29238 Brest CEDEX 3

Marsouin@infini.fr
(0)229 001 245