

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**

**Ecole Nationale Supérieure de Management**

**ENSM, pôle universitaire de Koléa**



**Mémoire de fin d'études**

Master en Management des Organisations :

**Digitalisation des processus de la  
communication en santé publique :  
Cas du Centre de Soins Spécialisé Pierre  
et Marie Curie d'Alger**

**Elaboré par :**

Arezki Meriem

**Encadré par :**

Dr. Amine Ferroukhi

Année 2019/2020

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>3</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>5</b>
<b>Introduction:.....</b>	<b>6</b>
<b>I. Cadre conceptuel .....</b>	<b>7</b>
<i>I-1-Définitions conceptuelles.....</i>	<i>8</i>
<i>I-2-L'approche systémique :.....</i>	<i>10</i>
<i>I.3. Décision : .....</i>	<i>14</i>
<i>I.4. Nouvelles technologies au service de la communication.....</i>	<i>17</i>
<b>II. Revue de littérature et problématique : .....</b>	<b>20</b>
<i>II.1.Importance de la recherché .....</i>	<i>21</i>
<i>II.2.Nouveau paradigme de la prise en charge :.....</i>	<i>22</i>
<i>II.3.problématique :.....</i>	<i>23</i>
<i>II.4. Présentation du terrain de recherche .....</i>	<i>24</i>
<b>III .Cadre méthodologique .....</b>	<b>32</b>
<i>III-1. La recherche qualitative : .....</i>	<i>33</i>
<i>III.2.Objectifs de la recherche.....</i>	<i>34</i>
<i>III.3. Analyse du processus de digitalisation du centre de soins spécialisé :.....</i>	<i>36</i>
<i>III.4.Communication et nouveau paradigme de la santé : .....</i>	<i>45</i>
<b>V. Etat de l'existant du système d'information du centre ... ..</b>	<b>56</b>
<i>V .1.Diagnostic de l'existant.....</i>	<i>57</i>
<i>V .2.Modèle d'application collaborative un projet de plateforme que je voudrai appeler patient propre à l'oncologie.....</i>	<i>61</i>
<i>V.3. Formation à la Communication santé publique et avec les patients .....</i>	<i>71</i>
<b>Conclusion.....</b>	<b>80</b>
<b>Liste des sigles.....</b>	<b>84</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>85</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>86</b>
<b>Référence bibliographiques:.....</b>	<b>87</b>

## **Annexes**

**Annexe 1 : guide d'entretien semi directif.....89**

**Annexe 2 : liste des personnes interviewées.....91**

## ملخص :

بيار وماري كوري مركز رعاية متخصص. الرئيسية في الجزائر لمحاربة السرطان. ويلاحظ المركز حضوراً يومياً استثنائياً ، لا سيما مع ازدياد عدد الحالات الجديدة كل عام.

من أكبر التحديات التي يواجهها الطاقم الطبي ؛ شبه الطبي والإداري هو التواصل مع المرضى من الولايات كل الولايات الوطن البلاد وعائلاتهم. هناك أيضاً مشكلة التواصل بين مختلف الجهات الفاعلة داخل المستشفى نفسه. لقد حاولنا معالجة قضايا الاتصال التي أثارها جميع من تمت مقابلتهم. لقد دافعنا أولاً عن رقمنة عملية الاتصال من خلال منصة عمل تعاونية مجهزة بمؤشر أداء رئيسي لتسهيل القرارات والإجراءات التي يتعين على الأطباء اتخاذها. ثانياً ، قدمنا تدريباً في اتصالات الصحة العامة لترسيخ ثقافة اتصال جديدة.

الكلمات المفتاحية: العملية ، الاتصال ، الرقمنة ، التدريب ، التطبيق.

## Résumé :

Le centre pierre et marie curie CPMC est un centre de soins spécialisés ; le principal centre en Algérie de lutte contre le cancer. Cet établissement observe une affluence quotidienne exceptionnelle notamment avec la hausse d nombre de nouveaux cas à 50 000 annuellement. L'un des défis majeurs auquel sont confrontés les personnels, médical ; paramédical et administratif est la communication avec les patients venus d'autres wilayas du pays et leurs familles. Se pose également le problème de communication entre les différents acteurs à l'intérieur même de l'hôpital. Nous avons tenté de constater les problèmes de communication soulevés par la quasi-totalité des personnes interviewées. Nous avons en premier lieu préconisé la digitalisation du processus de communication par une plateforme de travail collaborative dotée d'un indicateur clé de performance pour faciliter les décisions et actes à entreprendre par les médecins. Nous avons proposé en deuxième lieu une formation en communication de santé publique pour installer une nouvelle culture de communication.

Mots clés : processus, communication, digitalisation, formation, application.

**Abstract :**

The CPMC is a specialized care center; the main one in Algeria for the fight against cancer. The center observes an exceptional daily attendance, particularly with the increase in the number of new cases each year. One of the biggest challenges faced by staff, medical; paramedical and administrative is the communication with patients from other wilayas of the country and their families. There is also the problem of communication between the different actors within the hospital itself. We have attempted to address the communication issues that was raised by almost all of the interviewees. We first advocated the digitalization of the communication process through a collaborative work platform equipped with a key performance indicator to facilitate decisions and actions to be undertaken by physicians. Second, we offered training in public health communication to install a new culture of communication.

Keywords: process, communication, digitization, training, application.

**Remerciements :**

Je remercie Dieu le tout puissant pour avoir guidé mes pas et donné la force de reprendre mes études.

Je rends un grand hommage au personnel médical et aux martyrs de la pandémie du COVID 19 décédé dans l'exercice de leur métier.

Je tiens à remercier M. Amine Ferroukhi mon encadreur qui m'a donné d'importantes notions en management public qui ont éclairé ma recherche sur terrain. Ainsi que l'ensemble des enseignants de l'école qui n'ont pas lésiné leurs efforts pour transmettre leurs connaissances.

J'exprime toute ma reconnaissance au professeur Kamel Bouzid qui m'a aidée et appuyé durant toute ma période de recherche ; et qui donne un souffle au travail de recherche dans la modernisation de la gestion de la santé.

A mes très chers parents, ma famille, et mes enfants je dédie ce travail d de recherche qui apportera peut-être une petite éclaircie sur la gestion des établissements de santé.

## **Introduction:**

Dans une logique de continuité de mon expérience professionnelle en matière de communication et gestion, ainsi que mes études en post- graduation dans le domaine du management des organisations, notamment dans la gestion prévisionnelle des ressources humaines, et en consolidant mes acquis en matière du management du changement, innovation et mindfulness, je m'intéresse de plus près à une nouvelle approche de communication dans les organisations en tant que système composé de sous-systèmes, qui évoluent dans des contextes différents (Lussuto, nb.).

J'ai choisi de poursuivre et approfondir mes connaissances dans les domaines cités supra, par une recherche action dans un système de santé. Etudier l'apport des neurosciences et communication cognitives à un bon système de communication organisationnel et la transmission des informations, avec implication de tous les acteurs.

Grâce aux récentes découvertes et avancées dans le domaine des neurosciences, une compréhension plus fine du fonctionnement de notre cerveau va nous permettre selon Erwan Devez de revisiter nos modes de leadership et management avec deux ambitions intrinsèquement liées : Être individuellement plus épanoui(e) et accompli(e) et collectivement plus performant et compétitifs. Le neuromanagement explore toutes les notions fondamentales du travail : l'engagement, la motivation, la prise de décision, la créativité, l'autonomie, la coopération, la confiance, l'altruisme et l'empathie (Devez, 2019).

J'ai choisi de faire une étude de la communication interne éthique au sein du Centre Pierre et Marie Curie (CPMC), un établissement de santé publique situé à Alger, spécialisé en cancérologie. Cet établissement reçoit des patients des 48 wilayas de l'Algérie avec la complexité qui s'est multipliée dans la société algérienne avec 50.000 cas détectés chaque année vers 2020 selon le président de la société algérienne d'oncologie.

# **CADRE CONCEPTUEL**

## **I. Cadre conceptuel**

Pour mieux répondre aux questionnements de notre recherche nous avons puisé des ouvrages et de la littérature relevant des sciences sociales et de gestions.

### **I-1-Définitions conceptuelles**

#### **1.1. L'organisation**

A/ **dimension sociologique de l'organisation** : L'organisation est un ensemble organisé ou il y a dynamique de groupe. Cet ensemble est organisé dans une structure ou il y a plusieurs interactions entre plusieurs personnes (Larousse, 22).

B/ **définition psychologique de l'organisation** : c'est le produit d'une action /réaction. La présence de A influence sur la réaction de B. nous devons gérer les rapports entre individus avec vision sociologique, l'analyste ressources humaines va analyser le comportement réel pour améliorer l'efficacité.

D'autres spécialistes en gestion ont défini les organisations comme étant (Rojot, 3) :

- Un système de relations interpersonnelles structurelles
- Des systèmes ouverts consistant dans les activités entrelacées d'un certain nombre d'individus
- Des systèmes d'activités dirigées vers un but.

#### **1.2. Management :**

Technique de direction et gestion de l'entreprise, Larousse donne en économie d'entreprise l'appellation de « management information system », système intégré de gestion. Selon la même source l'un de ses autres noms est « integrated business system » : un système permettant une saisie rapide des indications concernant a marche d'une entreprise et leur conversion en données caractéristiques utiles à la gestion (Larousse, 22).

En outre, le management traditionnel centré sur le concept de production correspond à un contexte économique et social marqué par un état de concurrence faible sur le marché. L'idée qui dominait à

cette époque est que le potentiel de l'entreprise correspond à sa capacité de production (hommes et machines), l'accent était mis sur la fabrication.

Avec le management moderne centré sur le concept marketing, s'opère un renversement ou la rencontre produit /marché se fait suivant une filière qui part des besoins des consommateurs afin de définir les produits capables de trouver –ou de créer- un marché.

Dans le management traditionnel étaient associés des conduits de gestion et de direction des entreprises fondées sur l'expérience des bons sens, la rusticité des outils d'analyse, avec le management moderne, un recours systématique est fait aux méthodes scientifiques de préparation des décisions, de mise en œuvre des stratégies de contrôle des résultats faisant largement appel à la direction par les objectifs à la gestion prévisionnelle et budgétaire au contrôle de gestion.

Les MIS s'inspirent des classiques tableaux de bord mais ils permettent aussi de tester les conséquences de certaines décisions avant que celles-ci ne soient prises.

En effet les MIS sont avant tout des modèles de l'entreprise, ils reproduisent les rouages les livraisons et les flux. Toute modification de valeur des paramètres et des données entraîne la modification des résultats de l'entreprise et doit donc être saisie par pc et traitée.

### **1.3. Contingence**

A/ chez Hegel c'est la caractéristique de quelque chose qui est à la fois possible et effectivement réalisé. Unité de probabilité et de l'effectivité elle désigne donc une réalité quelque chose qui est bien effective, mais dont le fondement est seulement la probabilité non la nécessité mais elle est également le lien obligé de l'existence vraie. C'est là seulement qu'elle devient vraie en s'adaptant à de nouvelles conditions sociales et culturelles. C'est la science du savoir phénoménal (Larousse, 22).

B/ ensemble de circonstances fortuites qui échappent à la prévision et peuvent conditionner un facteur principal.

C/ se dit de ce qui peut arriver ou ne pas arriver, c'est la dépendance liaison entre deux caractères généralement qualitatifs coefficient de contingence : nombre qu'on peut calculer et qui mesure

l'importance de la contingence entre deux caractères. Portion contingente : part qui échoit chacun dans un partage entre deux caractères ;

#### **1.4. Tableau de bord**

Ensemble de statiques graphiques et renseignements de tous genres permettant à la direction de vérifier le fonctionnement. C'est un outil d'analyse financière donnant des informations sur le flux d'entrées et de sorties financières en entreprise et celles susceptibles, (22). Tableau indicateur : ensemble de voyants optiques lumineux permettant de distinguer l'origine des appels faits de plusieurs endroits différents. C'est en outre un outil décisionnel comprenant des indicateurs de mesure de la performance et des indicateurs d'alerte choisis de manière pertinente par rapport à l'objectif à mesurer.

#### **I-2-L'approche systémique**

L'approche stipule que les organisations sont des systèmes ouverts, complexes, c'est-à-dire contenant une multitude d'éléments variés, de niveaux différents avec des interactions elles aussi multiples et complexes. Par ailleurs, le temps est pris en compte sous deux aspects (Crozier, 2). D'une part sous celui de la durée et d'autre part sous celui de l'irréversibilité. C'est à dire d'une part les effets de délai sont à prendre en compte et d'autre part certains des phénomènes qui se produisent sont non réversibles, il n'y a pas de retour possible au point de départ par transformation renversée dans tous les cas. L'organisation présente toutes les caractéristiques d'un système : elle est plus que la somme des composantes ne se résume pas à leur agrégat et présente des propriétés nouvelles qui ne peuvent se découvrir par la seule analyse de ses éléments constitutifs de plus ces éléments sont en interaction et l'accent est mis sur ces interactions

La théorie des systèmes appliquée aux systèmes sociaux apporte incontestablement une avancée sérieuse pour l'analyse, l'étude et la compréhension des organisations car il est important de relever le caractère systémique de l'organisation.

Le concept de système défini comme des éléments en interaction correspond à une réalité perçue intuitivement mais cela permet de formaliser les contenus. Le concept de système permet avec équifinalité de prendre en compte la diversité des organisations cas par cas en maintenant l'unité de

leur catégorie (Crozier, 2). La notion de système permet de distinguer des niveaux, de découper un ensemble d'analyses pertinentes par exemple les parties mobiles d'une arme constituent un système. Le concept de système ouvert nous permet d'attirer l'attention sur le fait qu'une organisation n'existe pas dans le vide elle ne fonctionne que si elle est placée dans un environnement qui agit sur elle car elle en tire des entrées et lequel elle agit car elle y exporte des sorties. La notion de système ouvert attire aussi l'attention sur la notion de limites ou de frontières de l'organisation et nous permet de le rendre plus opérationnel d'abord la notions de découpage ou d'agrégation, en d'autres systèmes le relativise. La frontière peut passer à différents niveaux ou mode d'analyse. Ensuite consiste à attirer ce qui se passe à la frontière, la nature des échanges avec l'environnement enfin les frontières reproduisent ou marquent des discontinuités avec l'environnement de chaque système. Celles-ci peuvent être de différentes natures et non seulement à différents emplacements (Crozier, 2).

### **2.1. Les analyses de Lussato et ses apports à la théorie des systèmes**

Selon l'approche du théoricien italien Bruno Lussato, « la notion de système est fondamentale à notre époque, car elle met l'accent sur les structures et les relations plutôt que sur la nature des acteurs. Elle est plus galiléenne qu'aristotélicienne » (Lussato, 8).

Il explique que la TDS est holistique, c'est à dire qu'elle se refuse à réduire le comportement d'un système à la simple analyse des parties qui le composent. Il a défini la validité de la TDS par rapport à l'analyse des systèmes qui néglige les propriétés systémiques dues à la structure. Il a émis l'hypothèse que plus un système est complexe, plus sa structure est rigoureuse, plus les éléments sont homogénéisés et de faible importance par rapport au tout, plus les propriétés systémiques sont importantes. Dans son étude la TDS il a exploré des propriétés peu connues des systèmes qui influent sur le destin de notre planète : seuil de complexité au-delà duquel le comportement du système devient incontrôlable (catastrophe, selon Thom), degré d'intégration et de centralisation, phénomènes de cercles vicieux (rétroaction positive) conduisant à des révolutions, modularité (échange standard des parties du système sans compromettre sa viabilité). **Lussato** estime que son approche La théorie des systèmes est complémentaire de la théorie de l'information. La TDS explore les organes, la TDI, les flux qui animent l'organisation.

**Système** : l'activité d'une organisation relève d'un ensemble vaste. Cette activité ne constitue donc qu'une partie de cet ensemble d'où systèmes et sous-systèmes. L'analyse du système recourt à diverses méthodes comme la recherche opérationnelle, l'économétrie et la sociologie, grâce auxquelles on élabore des modèles mettant en évidence des objectifs pour suivi et la mesure des résultats.

## 2.2. Structure du système

La structure est d'ordre virtuel sans existence matérielle. Les systèmes sociaux (et non la structure) ont des propriétés structurelles et peuvent être étudiés comme systèmes d'interactions la structure y est récursivement impliquée. Un système est en ce sens structuré.

## 2.3. Système d'information

C'est une composante d'un système. Il assure le couplage organisationnel entre les modules opérationnels et les modules pilotes de l'organisation dans une vision systémique globale.

Ensemble organisé de principes coordonnés de façon à former un tout scientifique

Système d'information de gestion : Partie du système d'information qui offre des outils pour la gestion de l'organisation (Larousse, 22).

## 2.4. Architecture du système d'information

**2.4.1. Référentiel du système d'information** : c'est un ensemble cohérent et outillé de données, il occupe une position centrale au cœur du SI avec les cinq propriétés suivantes (Rivière,1):

- **Centralisé** : il est connu comme la référence sur le sujet qu'il traite, il implique une décision un support.
- **Stabilité** : ses données changent relativement peu dans le temps
- **Qualité** : lui sont associés des processus assurant une certaine maîtrise de la fiabilité des données (organisation rigoureuse)
- **Unité de sens** : ses données ont une homogénéité sur le plan sémantique
- **Interopérabilité** : il est techniquement coordonné avec le système d'information et lui fournit un certain nombre de services

Les référentiels font partie au même titre que les dispositifs d'échange de l'architecture d'intégration du SI ou autrement dit la « glu » du système d'information l'objectif d'une donnée de référence est de porter des valeurs, des données d'opération ou d'autres objets du SI ( Rivière,1).

Lorsqu'on mène une démarche d'architecture du SI on passe obligatoirement par une cartographie fonctionnelle qui permet de : recenser les fonctions que le SI doit supporter, organiser les fonctions pour une meilleure qualité du SI, le pilotage et l'évolution du SI et enfin illustrer l'articulation des fonctions entre elles et préfigurer les échanges.

L'intégration du référentiel dans le SI doit être respectée par les différentes applications du SI, et elles ont le devoir de respecter certaines règles liées aux référentiels lorsqu'elles publient des données: les règles métier qui portent essentiellement sur la façon d'utiliser les contenus des référentiels et des règles d'architecture qui expriment comment les référentiels doivent être utilisés et comment ils doivent être implémentés dans le SI.

#### ***2.4.2. Les référentiels dans la cartographie du SI***

L'architecture des SI peut avoir besoin de documenter de façon plus ou moins synthétique les principaux référentiels du SI

Ces informations sous forme de fiche sont parfois stockées et représentées dans des systèmes de cartographie du SI.

Les référentiels font partie des fondations des SI. Ils forment le ciment qui permet aux différentes applications de ne pas être vue isolées les unes des autres. Les composants clés de ce ciment sont l'identité des objets de référence et les contenus formés par l'ensemble des objets de référence.

La façon dont les applications du SI vont s'approprier ces contenus, faire circuler l'information sur la base des identifiants de référence sont les deux points clés pour un SI fluide et lisible pour ses utilisateurs.

L'effort porté par les référentiels et la mise en œuvre permet le syndrome d'un SI qui ne fonctionne que par l'énergie d'opérateurs humains qui mobilisent leurs cerveaux pour réinterpréter corriger les données qui doivent circuler dans le SI.

Le choix d'une solution logicielle arrive en dernier. Il est important avant cela de s'assurer de la capacité de faire respecter un ensemble de règles d'intégration au SI que les applications doivent respecter vis-à-vis des données de référence. Enfin seulement on peut s'intéresser à la meilleure solution logicielle pour implémenter un référentiel. Dans la meilleure perspective on choisira des solutions de type Framework et on poussera à ce que les données de référence soient distribuées par un système d'échange, l'autre composant clé de l'architecture d'intégration du SI (Rivière,1).

### **I.3. Décision**

La prise de décision pour un individu ou au sein d'une organisation correspond à faire le choix par rapport à la perception des conditions de l'environnement. Il existe différents niveaux de prise de décision.

La prise de décision s'appuie sur les données transmises par le système d'information véritables système nerveux de l'organisation (1).

La recherche en la matière s'est surtout intéressée à la rationalité du processus de décision.

L'explication du fonctionnement organisationnel en termes de décisions rationnelle occupe une place de choix et le modèle d'H A Simon qui considère d'ailleurs comme équivalent à problem solving soit correctement traduit en français par prise de décision ou même résolution de problème. Le processus comporte en effet tout ou partie des éléments suivants :

- Reconnaissance de l'existence d'un problème
- Recherche de solutions possibles existantes « toutes faites »
- Choix d'une solution
- Application et mise en place de cette solution

Une décision est donc une sélection d'une action ou comportements possibles que présente ce choix.

On considère donc qu'une décision est prise quand devant une occasion de choix ou quand plusieurs

branches d'alternatives sont ouvertes une d'entre elles est sélectionnée, qui entraîne une action ou comportements y compris bien sur celle qui consiste à ne rien faire.

Mintzberg avec d'autres conserve un processus similaire raffiné les étapes en observant les décisions stratégiques d'entreprises. Sans les appliquer spécifiquement aux entreprises et sans préciser plus avant qui est le décideur, nous allons en reprendre les principaux éléments.

Une première phase est celle de l'identification, elle comporte deux étapes : d'abord la reconnaissance du besoin de décision, le constat d'une occasion de choix est ouvert. Des stimuli divers, soit de faible amplitude et cumulés soit des situations de crises d'opportunité de problèmes évoquant une activité décisionnelle à froid ou à chaud. Une deuxième phase est dite de développement : clarifier et définir le problème elle comprend une étape de recherche de solutions passive d'abord puis plus ou moins activement dans l'environnement, le processus est itératif par essais et erreurs.

La dernière phase est celle de la sélection de la solution à appliquer, elle doit être conçue en termes d'éléments interactifs de tri des solutions à écarter, évaluation/choix avec jugement, négociation et analyse et enfin autorisation de mise en place.

Il convient de souligner que c'est un mouvement itératif avec rétroaction constante sur l'ensemble du processus (théorie des systèmes). Une fois le processus de décision caractérisé, il convient de distinguer entre catégories de décisions : les grandes décisions sont des occasions de choix reconnues et isolées, elles impliquent un caractère uni et discontinu et impliquent une attention soutenue. Les petites sont de routine répétitives et additives et marginales. Simon définit les premières comme non programmées et les secondes comme programmées.

### **3.1. Rationalité**

La rationalité implique que quand il est placé dans une position de choix en face de plusieurs branches d'alternatives l'acteur rationnel choisit celle qu'il croit aboutir mieux au résultat global. Elle est donc définie comme étant relative à la sélection d'un comportement préféré en face d'une alternative un choix étant ouvert en face d'un système de valeurs quelconques à travers lequel les conséquences de ce comportement peuvent être évaluées. Une décision est donc objectivement rationnelle lorsqu'elle correspond au comportement correct pour maximiser des valeurs données dans une situation donnée.

Le modèle de rationalité absolue

Le modèle de rationalité limitée

### **3.2. Rationalité des décisions**

Les décideurs sont limités par la nature et par les règles du système de décision dont ils font partie, d'autre part ils ont affaire à des problèmes qui ont leur propre structure c'est cette structure qui va conditionner leur choix de stratégie mais les problèmes ne correspondent jamais que de façon très confuse à la demande du système sur lequel va porter la décision (Crozier, 2). Là le décideur doit avoir la capacité de faire un bon diagnostic, chose qui s'acquière généralement avec l'expérience et un apprentissage fortement marqué culturellement. Elles expriment des rationalités d'action dont les propriétés particulières structurent le champ et que l'on peut identifier des micro-cultures d'où viennent et auxquelles appartiennent les décideurs et les membres du système sur lesquels porte la décision.

L'analyse des organisations et des systèmes peut là aussi nous semble-t-il apporter une première contribution importante. En effet, données culturelles et données systémiques sont en résonance et s'inter structurent. Ainsi, l'inventaire des rationalités conflictuelles concrétisés et intégrés dans les jeux organisationnels pourrait constituer un apport dans l'analyse des organisations pour la compréhension des problèmes pratiques de la décision.

### **3.3. Décision comme phénomène systémique**

En prenant l'exemple de la décision du comité de sécurité ayant lancé les missiles de CUBA qui pouvait être considéré comme un système (Crozier, 2). De ce fait un certain nombre de remarques de chefs mettaient en évidence les conséquences d'existence d'interrelations suffisamment stables entre ses membres pour constituer un jeu avec des règles contraignantes qui influent fortement sur les résultats. Il est évident que les résultats ne seraient pas les mêmes si le chef d'état-major avait dialogué séparément avec chacun des membres du groupe chacun en ce qui le concerne. Le phénomène comporte l'aspect de psychologie sociale de la dynamique de groupe et proprement un aspect sociologique indépendamment des relations interpersonnelles entre les décideurs qui sont en cause

mais également le phénomène systémique que constituent les interrelations. L'influence des personnes dépend de l'existence d'atouts qui sont les siens, étant donné sa relation au système que de l'utilisation qu'il en fait.

Le problème du groupe de décideurs comme système est naturellement très difficile à distinguer du problème du plus grand système à l'intérieur duquel ceux-ci opèrent. Ce groupe subit à la fois les contraintes du système qu'ils étudient et de celui dont ils font partie. Les études ont amené que la constitution du système de décision est un élément essentiel dans une stratégie, mais pour comprendre cette dernière il faut raisonner sur les structures, les régulations et les systèmes qu'on cherche à étudier.

En conséquent, nous ne devons pas seulement insister sur le choix d'une stratégie, et sur sa comptabilité avec le contexte dans lequel on l'emploie mais également sur l'importance du diagnostic porté sur une situation et sur sa possible évolution.

On doit enfin attirer l'attention sur les caractéristiques institutionnelles et systémiques qui rendent les stratégies de négociations ouvertes plus faciles, afin d'en inférer les réorientations

#### **I.4. Nouvelles technologies au service de la communication**

##### **4.1. E Learning**

C'est un ensemble de technologies qui permettent d'apprendre à l'aide des médias électroniques (CD Rom, internet, intranet, extranet, TV interactive). Via les réseaux, l'accès aux ressources est augmenté ainsi que les possibilités de collaboration et d'interactivité. Ainsi, chez France télécom, récompensé en 2000 par l'intranet d'or, un ensemble de modules de formation en ligne permet au salarié d'acquérir des connaissances actualisées sur les produits et services. Très souple il permet un parcours formatif individualisé. La promotion d'E Learning remet en cause l'ingénierie et la mise en œuvre de la formation traditionnelle. L'apprenant a un rôle nouveau et est davantage responsabilisé dans sa formation. la hiérarchie joue un rôle accru de prescripteur, avec une offre plus souple, plus riche et mieux adaptée de suivi d'évaluation. La création d'un DIF : droit individuel à la formation favorise le

développement d'E Learning. Alliant souplesse et individualisation l'E Learning apparait comme bien adapté aux initiatives individuelles de développement de compétences (Peretti, 4).

Le « blended-learning », qui combine E Learning et présentiel, permet de réduire les absences du temps de travail tout en conservant les avantages du travail en groupe et des échanges directs. E Learning permet d'acquérir des fondamentaux en amont, le M Learning, apprentissage sur tablettes, offre également de nouvelles perspectives.

#### **4.2. Le webinaire (webinar)**

Un webinaire est un séminaire de formation se déroulant en direct sur internet, développé dans les années 2010. Un des avantages est d'éviter les déplacements des participants ou de l'animateur. Il est particulièrement adapté aux sessions courtes de formation telles que des modules d'une heure. Il permet également l'utilisation en différé.

#### **4.3. Le web 2.0**

Les outils du web2.0 sont fortement développés et leur utilisation en formation présente de nombreux avantages. Parmi les outils largement utilisés : les plateformes, twitter YouTube, google research (Peretti, 4).

**Revue de littérature**

**&**

**Problématique**

## II. Revue de littérature et problématique

Le patient ne peut pas analyser son expérience comme nous le souhaiterions car toute personne portant un badge est responsable de l'expérience de ses patients. Lorsque les gens ont le sentiment d'appartenir, ils sont plus productifs, motivés et engagés. Ils sont 3,5 fois plus susceptibles de contribuer à leur plein potentiel d'innovation (O'Connell D, 16).

Ces gestes peuvent vraiment améliorer l'expérience globale d'une personne au travail, ce qui se répercute sur sa vie personnelle. Il est temps de cesser d'être tellement absorbé par des collations gratuites et des salles de sieste au travail et de commencer à mettre plus d'énergie pour aider nos collègues à se sentir en sécurité, inclus et engagés afin qu'ils puissent réaliser leur potentiel. Lorsque nous focalisons notre attention sur les besoins humains, nos cultures et organisations de travail s'améliorent. Mieux connaître vos collègues afin de comprendre ce qu'ils vivent, de comprendre votre situation et d'être là pour eux quand ils en ont besoin et pas seulement quand c'est pratique. Nous sommes tous humains, alors commençons à agir comme ça parce que nous sommes tous dans le même bateau et avons besoin les uns des autres pour survivre et prospérer sur le lieu de travail.

D'équipes multidisciplinaires physique ou virtuelles avec de la communication voix, de la messagerie instantanée, du partage d'écran de radios et de documents

Avec l'installation d'applications pour les smartphones qui permettent d'être intégrés au système de communication de l'hôpital.

Tout cela pour favoriser une bonne dynamique d'équipe et les processus qui sous-tendent le travail d'équipe, sont de plus en plus importants pour les organisations.

Prêter attention à l'évolution et à la maturation de la dynamique et du travail d'équipe et à juste titre notamment avec les différentes innovations ainsi que les nouvelles technologies modifient l'interaction des équipes l'interdépendance et l'appartenance les objectifs communs la dynamique devient un contexte organisationnel

## II.1. Importance de la recherche

En Algérie la digitalisation du secteur de la santé a commencé depuis quelques années ; mais cela s'avère insuffisant. L'initiative a commencé dans certains centres de soins de proximité au centre ville. Nous avons par exemple observé à l'hôpital de Kolea, l'informatisation concerne les clichés radiologiques, mais reste un pas important en avant et représente une certaine facilité si bien pour les médecins que les malades.

D'après une étude du spécialiste en systèmes d'information de la santé l'américain Joseph Snipp qu'il a effectué en 2011, environ 70% des événements sentinelles sont causés par une mauvaise communication, et selon une étude de la haute autorité de santé effectuée en 2015 en France événements porteurs de risque (EPR) déclarés par les médecins accrédités et validés par les organismes agréés pour l'accréditation, la HAS a analysé les causes profondes (facteurs ayant contribué à la survenue de l'évènement associé aux soins).

Trois principales causes ont pu être identifiées : 27 % surviennent à cause de dysfonctionnements liés à l'équipe, 23% liés aux tâches à accomplir et enfin 15% sont liés au patient lui-même (Snipp, 2011). Ce qui témoigne lorsque les membres de l'équipe ne débattent pas ouvertement et ne sont pas en désaccord sur des idées importantes, ils se tournent souvent vers des attaques personnelles en arrière-plan, qui sont beaucoup plus méchantes et plus nuisibles que tout argument passionné sur des questions

Ainsi, la théorie des systèmes appliquée aux systèmes sociaux apporte incontestablement une avancée sérieuse pour l'analyse, l'étude et la compréhension des organisations car il est important de relever le caractère systémique de l'organisation. Le concept de système défini comme des éléments en interaction correspond à une réalité perçue intuitivement mais cela permet de formaliser. Le concept de système permet avec équifinalité de prendre en compte la diversité des acteurs cas par cas en maintenant l'unité de leur catégorie

## II.2. Nouveau paradigme de la prise en charge

Dans le nouveau paradigme des équipes de soins de santé et des cadeaux de travail sarcelle. Il existe trois types de groupes interdisciplinaires (Bonvici K and O'Connell D, 2008, 16).

L'Approche consultative: un praticien conserve la responsabilité centrale et consulte les autres au besoin.

L'approche multidisciplinaire: qui implique différents professionnels de la santé travaillant de manière indépendante avec chacun responsable d'un besoin différent du patient

L'approche consultative: dans laquelle un praticien conserve la responsabilité centrale et consulte les autres au besoin.

Le leadership doit comprendre, croire, modéliser et influencer la performance des attitudes, des processus, des comportements et des incitations basées sur l'équipe

Les clés du travail en équipe sont le respect des informations et de la contribution de chaque membre, y compris le patient et sa famille, la prise de décision partagée est le mode préféré pour résoudre les problèmes. La communication dans les solutions de travail d'équipe dans les soins de santé est l'une des clés les plus importantes du succès.

Communiquez à tous les membres de l'équipe:

- organiser des séances d'information et des réunions d'équipe ad hoc
- Les membres de l'équipe demandent de l'aide en temps opportun
- Contrôles pour une compréhension précise
- un modèle élaboré qui serve d'exemple pour l'échange d'informations dans l'équipe
- Actions croisées des autres
- Compétences de communication affirmée
- une préoccupation, des informations cliniques ou une action corrective

- Membres de l'équipe responsables du comportement technique et interpersonnel (intelligence émotionnelle)
- Simuler / pratiquer les procédures d'urgence
- La conscience de la situation nécessite un partage plus large des informations et des processus et plans de réflexion
- Anticiper les ressources supplémentaires qui pourraient être nécessaires et les amorcer
- Valeur du briefing / de la séance préparatoire pour planifier, anticiper, coordonner et appliquer à la situation spécifique du moment
- Ex. Les mini réunions d'équipe pourraient être convoquées par n'importe quel membre tout au long du quart de travail
- Pas de communication:
  - Lettre de recommandation ou note de consultation insuffisante ou inadéquate, résumé de sortie, note de progrès, briefing
  - Monologue en série
  - Note de progression dans le tableau, lettre de recommandation, note de consultation ou briefing à sens unique
  - Dialogue en temps réel
  - Conversation en temps réel destinée à clarifier, reconnaître les anomalies, les préoccupations de surface et prendre des décisions partagées.

### **II.3. Problématique**

L'importance de comprendre les enjeux liés à la communication santé pourrait permettre de gagner du temps si bien aux malades qu'aux personnels de la santé. Cela pourrait également contribuer à plus d'efficacité dans la gestion des crises notamment en ce qui concerne le dépistage. D'après des

médecins interviewés durant cette situation pandémique l'utilisation d'une plateforme avait permis de gagner en temps et d'effectuer un nombre plus important de dépistages, « cela a permis de sauver des vies », nous a assuré un spécialiste en maladies infectieuses, exerçant dans un département de l'hôpital dédié à la lutte contre le COVID 19.

Depuis quelques années déjà, les avancées technologiques ont fortement contribué dans la digitalisation qui s'est traduite par l'installation de nouveaux équipements et quelques écrans ; mais cela ne semble pas suffisant.

### **Quel est l'apport de la digitalisation de la communication dans l'amélioration de la prise en charge de patients ?**

La neurodynamique peut-elle accélérer leur acquisition et retarder leur déclin ? Quelles sont les origines neurodynamique des états socio-affectifs-cognitifs particulièrement pertinents pour la dynamique d'équipe?

La communication au sein du service hospitalier est-elle un facteur déterminant dans le rétablissement des patients ?

Avec la digitalisation du secteur de la santé : la communication et donc le système d'information seraient t'ils plus efficace au sein des établissements hospitaliers ?

Quel est le rôle des médias, notamment pour les campagnes de sensibilisation et les épidémies?

### **II.4. Présentation du terrain de recherche**

Nous avons donc opté pour le CPMC inauguré le 16 novembre 1959, est un centre de soins spécialisés hospitalier et universitaire dans la lutte contre le cancer. Son statut officiel actuel est « Établissement Hospitalier Spécialisé en Cancérologie – Centre Pierre-et-Marie-Curie ».

Le CPMC est un établissement hospitalier spécialisé est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif sur proposition du ministre chargé de la santé après avis du wali et placé sous la tutelle du wali de la wilaya du siège de l'établissement. Le décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au

2 décembre 1997 fixe les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.

L'établissement hospitalier spécialisé est constitué d'une ou plusieurs structures destinées à la prise en charge : d'une maladie déterminée. L'établissement hospitalier spécialisé a notamment pour tâches : la mise en œuvre des activités de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ; l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ; de contribuer au recyclage et au perfectionnement des personnels des services de santé.

Le rôle essentiel de cet établissement est le diagnostic et le traitement des maladies cancéreuses. C'est donc l'aspect curateur qui domine ; les activités de dépistage et de prévention appartiennent à d'autres institutions.

#### **4. 1. Organigramme**

L'établissement hospitalier spécialisé est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur, nommé par arrêté ministériel. Il est doté d'un organe consultatif dénommé "conseil médical".

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

Ce dernier comprend :

Le représentant du wali, président ;

Un représentant de l'administration des finances ;

Un représentant des assurances économiques ;

Un représentant des organismes de sécurité sociale ;

Un représentant de l'assemblée populaire du commun siège de l'établissement ;

Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;

Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;

Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;

Un représentant des associations des usagers ;

Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;

Le président du conseil médical ;

Un représentant de l'institution de formation en sciences médicales territorialement compétente,

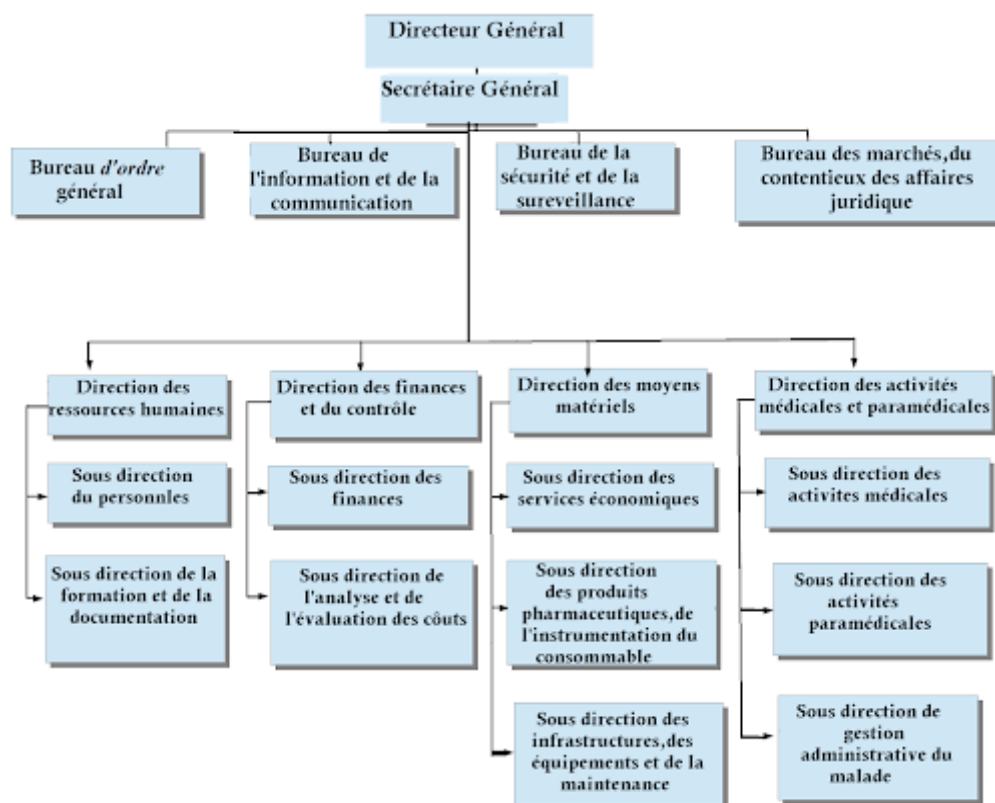
L'établissement hospitalier spécialisé assure des activités hospitalo-universitaires.

Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des 2/3 de ses membres.

Le directeur de l'établissement hospitalier spécialisé est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Figure 1: organigramme d'un centre des soins spécialisé**



Source : document du ministère de la santé

## 4. 2. Parties prenantes

Il est important de Sensibiliser les acteurs et parties prenantes, tous ceux qui seront affectés par le changement et dont le soutien actif l'engagement et le changement de comportement sont nécessaires pour une mise en œuvre réussie d'un changement, associé à une forte implication du responsable et enfin la formation du personnel.

Aussi, « la communication ne doit pas se résumer à un vernis recouvrant une situation organisationnelle peu flatteuse », (Libaert, 15). Si tel est le cas, la réception en sera forcément contrastée et l'organisation court le risque de se décrédibiliser, voire de susciter le ressentiment de ses parties prenantes. L'objectif doit donc être déterminé de manière à construire une communication cohérente avec la réalité.

### 4. 2.1. Analyse des Parties prenantes

Nous avons divisé les différents acteurs sur deux environnements : interne et externe

**Tableau 1 : différentes parties prenantes leur attribution et missions.**

Partie prenante	nom	Rôle et Missions	Contraintes
Environnement externe			
Praticiens et cliniques privés	Il existe plusieurs praticiens dont un centre privé de radiothérapie à SIDI ABDALLAH et un centre d'imagerie à TIZI OUZOU	Dépistage, imagerie, soins/	Il n'existe pas un partenariat public privé officiel
Société algérienne d'oncologie	SAOM	Guidelines protocoles thérapeutiques a échelle nationale	
Associations aide de patients collaborant avec CPMC	Association el Amal	Prise en charge malades hôtellerie transport RDV.	
Entreprises et opérateurs économiques	Pharmacie central des hôpitaux	Importation et dispensation médicaments	

	laboratoires pharma	hospitaliers à 436 hôpitaux t autres.  Promotion médicaments hospitaliers	
Syndicat de la santé	UGTA	Absent	
Environnement interne			
Personnel administratif et médical	un psychologue responsable activités pédagogiques cpmc		
Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.	Wizara siha	Assumer et assurer soins de la population conforme article 4 constitution soins gratuit	Entre les écrits et la réalité système de sante dépasse

**Source : élaboré par nous-mêmes**

#### **4. 2.2. Les patients**

Le CPMC enregistre un flux important de patients venus des quatre coins du pays. Les patients en dehors d'Alger représentant entre 40% à 50 % des patients. Bien que la norme internationale préconise un (01) accélérateur pour 500.000 habitants, ceux du CPMC sont destinés à une population de près de 10 millions, pour toute la région Centre du pays.

Pour 2019 environ 117.000 consultations spécialisées y ont été effectuées en 2019. Plus de 4000 interventions chirurgicales y ont été effectuées. Avec près de 44.000 analyses d'anapath y ont également été effectués.

Environ 116.799 personnes y ont été consultées tout au long de l'année écoulée, 11.669 sont passées par le service de chirurgie. 7389 autres patients ont été consultés en oncologie médicale (chimiothérapie), 21.220 autres en hématologie, en sus de 6372 consultations pour des greffes de la moelle osseuses (GMO) ainsi que 41.646 autres en endocrinologie

#### ***4. 2. 3. Fournisseurs***

Le ministère alloue annuellement une enveloppe aux différents hôpitaux. Pour ce qui est des achats et acquisitions de matériel ces derniers sont soumis au code des marchés publics. A cet effet les responsables avec lesquels nous avons eu des entretiens sont en faveur d'un partenariat public privé ; car selon eux la situation ne peut pas s'améliorer dans les conditions actuelles.

Nous distinguons trois types des fournisseurs :

##### ***Fournisseurs de consommable***

Pour ce qui est du parc informatique, du matériel consommable et d'autres produits destinés aux malade ; l'hôpital sous traite avec plusieurs fournisseurs nationaux.

##### ***Fournisseurs d'équipement médical***

Concernant le matériel médical, d'imagerie et de radiothérapie les deux principaux fournisseurs sont SIEMENS et GENERAL ELECTRIC

##### ***Fournisseurs de produits pharmaceutiques***

Les cures de médicament sont quant à elles du ressort de la pharmacie centrale des hôpitaux **PCH** qui est l'unique fournisseur de médicaments pour le CPMC.

#### ***4. 2. 4. Société algérienne d'oncologie***

Société Algérienne d'oncologie médicale est une association. Les membres fondateurs ou agissant au nom et pour le compte des associations regroupés, forment une association régie par la loi 12.06 du janvier 2012, relative aux associations ainsi que par les dispositions du présent statut. L'association est scientifique, les membres fondateurs et adhérents de l'association mettent en commun, bénévolement et dans un but non lucratif, leurs connaissances et leurs moyens pour promouvoir et encourager les activités dans ce domaine. Toutefois, l'objet et le but de ses activités doivent s'inscrire dans l'intérêt général et l'association a pour but essentiel :

- L'étude et le progrès de la chirurgie orthopédique et traumatologique et tout ce qui peut concourir à cet objet.
- Promouvoir les activités scientifiques au service de la société ou en collaboration avec d'autres sociétés scientifiques.
- Favoriser les échanges d'expériences professionnelles aussi bien nationales qu'internationales. Participer à la formation médicale continue par l'organisation de journées d'enseignement.
- Organiser annuellement un congrès national.

L'association dispose de la personnalité morale et la capacité civile et exerce ses activités sur l'ensemble du territoire national. L'association peut éditer et diffuser des bulletins, des revues, des brochures et des documents d'information en rapport avec son objet, dans le respect de la constitution, des valeurs et des constantes nationales ainsi qu'aux lois en vigueur, sous réserve que le bulletin principal soit rédigé en langue arabe. L'association comprend une assemblée générale et un organe de direction et d'administration dénommé « le bureau ».

L'association est dirigée par « un bureau », composé de sept (07) membres

- Le président
- Le premier vice-président,
- Le deuxième vice-président,
- Le secrétaire général,
- Le secrétaire général adjoint,
- Le trésorier,
- Le trésorier adjoint.

#### ***4. 2. 5. Mouvement associatif***

Il existe plusieurs associations de lutte contre le cancer ; nous citons les trois principales :

La première 1ère association de lutte contre le cancer a été créée en Janvier 1989, au Centre de Pierre et Marie Curie, une centaine de personnes se retrouvent en assemblée générale. Il s'agit de l'association

## **EL FEDJR.**

Elle a pour principales missions

- Accompagner dignement jusqu'à la mort.
- L'organisation de campagnes d'informations et de sensibilisations de l'opinion publique sur cette maladie afin de contribuer à développer une véritable politique de dépistage.
- L'aide aux malades pendant la durée du traitement médical, et après traitement.
- Défendre les droits des patients et soutenir leurs revendications.
- L'accès aux soins : faciliter l'accès aux différents organismes de santé.
- Organiser des caravanes médicales avec des consultations de médecine générale et spécialisée grâce à l'engagement d'une équipe médicale pluridisciplinaire et bénévole et distribution de médicaments.

Par ailleurs ; plusieurs initiatives citoyennes telles que le soutien aux associations d'aide aux patients comme «**El Badr**» qui accompagne sur les plans, social et psychologique, les personnes atteintes du cancer à Blida où se trouve un centre d'accueil dénommé «El Ihsane» ouvrira mardi au niveau de la commune de Belouizdad ;Alger un centre d'accueil des malades du cancer et de leurs proches qui les accompagnent dans leur voyage de soins, a fait savoir le président de l'association, Dr Mustapha Moussaoui.

Et la plus active actuellement : l'association EL – AMEL CPMC d'aide aux personnes atteintes de cancer a été créée en Mars 1994 par un groupe d'employés du Centre Pierre et Marie Curie, centre national anticancéreux en Algérie.

L'idée de créer une association d'aide aux patients atteints de cancer est née du constat fait du besoin d'un cadre organisé.

## **Cadre Méthodologique**

### **III. Cadre méthodologique**

Dans ce chapitre nous expliquons notre méthodologie de recherche que nous avons adoptée pour l'aboutissement de la recherche.

#### **III-1. La recherche qualitative**

Nous nous inscrivons dans une démarche constructiviste. Selon Piaget l'épistémologie est « l'étude de la constitution des connaissances valables ».

En premier une démarche compréhensive méthode enracinée (grounded theory) :

**Nous avons opté pour l'approche méthodologique proposée par la GT, une méthode qui permet favoriser l'innovation en recherche scientifique.**

Selon Glaser et Strauss (1967), la recherche qui consiste à classer des données empiriques dans les cadres théoriques déjà établis ne favorise pas l'avancement de la science. Leur proposition a comme objectif de favoriser l'innovation par la suspension du recours à ces cadres théoriques existants.

Entretien semi directif : adressé au personnel administratif

Entretien non directif adressé aux médecins, et personnel paramédical

Très intéressante l'approche de Lussato a défini la validité de la Théorie Des Systèmes par rapport à l'analyse des systèmes qui néglige les propriétés systémiques dues à la structure. Il a émis l'hypothèse que moins un système est complexe, plus sa structure est rigoureuse. Plus les éléments ne sont homogénéisés et de faible importance par rapport au tout, plus les propriétés systémiques sont importantes. Par exemple dans une bureaucratie, les règlements ont plus d'importance que le libre arbitre et le tempérament des agents. En revanche, un gouvernement est largement tributaire du caractère et des convictions des ministres et des partis auxquels ils adhèrent. Dans son étude la TDS il a exploré des propriétés peu connues des systèmes qui influent sur le destin de notre planète : seuil de complexité au-delà duquel le comportement du système devient incontrôlable (catastrophe, selon Thom), degré d'intégration et de centralisation, phénomènes de cercles vicieux (rétroaction positive) conduisant à des révolutions, modularité (échange standard des parties du système sans compromettre

sa viabilité). Lussato **estime** que son approche la théorie des systèmes est complémentaire de la théorie de l'information. La TDS explore les organes, la TDI, les flux qui animent l'organisation (Lussato, 8).

### **III.2. Objectifs de la recherche**

Notre recherche vise à optimiser le processus de communication en introduisant une technologie. La communication digitale a aidé au niveau de l'hôpital militaire d'Alger Ain Naaja, selon un résidant en maladies infectieuses à fluidifier la communication. Ceci dit bien que l'hôpital central de l'armée ne dispose que d'un réseau intranet.

Notre démarche de changement permettra à la fin de la recherche de mettre un système de communication qui permettra de modifier un tant soit peu les comportements néfastes en matière de santé publique.

Comme deuxième contribution, la formation à la communication dont nous proposons un syllabus en **annexe** permettra le transfert des connaissances et des pratiques en innovation sociale. Ce cadre sera un outil essentiel pour des chercheurs et des praticiens du domaine de la santé voulant adapter et transférer des connaissances et apporter soit des d'innovation ou bien leur contribution.

Pour ce qui est de l'implication théorique ; la Grounded Theory (GT) propose une approche qui favoriserait l'innovation par une méthode d'enracinement de l'analyse dans les données de terrain Cahiers de recherche sociologique, 23, 147-181. Paillé, P. (1996).

Le principe central dans l'analyse des données est le retour constant à la comparaison entre les produits de l'analyse et les données empiriques. Non seulement l'analyse prend comme point de départ les premiers épisodes de collecte des données, mais elle se poursuit dans un processus de validation qui consiste à revenir constamment, soit aux données déjà collectées, soit à de nouvelles données. Ainsi, au lieu de « forcer » des théories « sur » les données empiriques pour les interpréter, le chercheur s'ouvre à l'émergence d'éléments de théorisation ou de concepts qui sont suggérés par les données de terrain et ce, tout au long de la démarche analytique. Ce retour constant à l'enracinement et cette validation constante pour examiner si les produits de l'analyse sont bien ajustés aux données empiriques constituent les fondements de la prétention à l'innovation. En effet, l'attention portée à ce

qui émerge du terrain (ou des acteurs qui vivent les phénomènes) permet de « découvrir » des points de vue inédits (Guillaumette,24)

Dans les approches déductives, l'analyste commence par lire les écrits scientifiques du domaine de recherche en visant l'exhaustivité. À partir de cette recension des écrits, il déduit un cadre théorique qu'il applique ou vérifie tout au long de sa recherche. Dans l'approche GT, le chercheur commence par une collecte de données de terrain et analyse immédiatement de manière théorisante. Lorsque, après plusieurs épisodes d'alternance et d'interaction entre la collecte et l'analyse des données, la théorie semble suffisamment fondée et développée à partir des données empiriques, alors il se réfère aux écrits scientifiques pour y puiser des idées à confronter à la théorie émergente et à intégrer dans le

Au fur et à mesure de l'avancement de la recherche, ce sont les résultats progressifs de l'analyse qui dirigent les épisodes de collecte, que ce soit pour ajuster cette analyse à de nouvelles données ou pour l'enrichir en suivant le cours des développements théoriques qui émergent progressivement

Ce processus se poursuit jusqu'à la saturation de l'analyse théorisant. La saturation théorique est, en fait, un jugement par lequel l'analyste considère que la collecte de nouvelles données n'apporterait rien à la conceptualisation et à la théorisation du phénomène à l'étude.

En fait, la démarche proposée par la GT est plutôt une démarche de rencontre entre l'émergence et la sensibilité du chercheur.

De plus, le chercheur ne peut pas faire complètement abstraction de ses « préjugés » et de sa perspective théorique (ou de sa sensibilité théorique), c'est-à-dire de l'angle sous lequel il appréhende les phénomènes à l'étude. Il est illusoire de penser qu'on peut approcher un phénomène en étant totalement « vierge » de tout a priori. Les résultats de la recherche ne peuvent jamais être complètement construits a posteriori. D'ailleurs, les données elles-mêmes ne sont jamais exemptes d'interprétation par les acteurs eux-mêmes et le chercheur doit construire sa propre interprétation sur ces données déjà chargées conceptuellement d'un univers théorique qu'il doit prendre en compte. Comme pour toute démarche scientifique on entamera une période d'observation du personnel durant

leur travail ordinaire consultations et en cas de circonstances exceptionnelles : environ un mois d'observation.

En ce qui concerne l'implication pratique ; impliquer de tous les acteurs du système de santé : médecins, paramédicaux patients managers et administrateurs auxiliaires et assistantes. Les communications institutionnelles et systémiques rendant de telles stratégies plus souvent possibles.

### **III.3. Analyse du processus de digitalisation du centre de soins spécialisé**

Actuellement, les moyens de communication existant font que cette dernière se fasse très lentement en interne et e externe. Pour pouvoir planifier un RDV ou bien celle des examens demandés à chaque fois se fait manuellement. Par exemple le taux d'hémoglobine doit être supérieur à 9 avant de procéder à une séance de chimiothérapie, si les examens sont transférés à temps le médecin saura quoi décider : reporter le RDV ou traiter le patient.

#### **3.1. Changement**

Changer oui mais par quel process !

Décomposer le changement en éléments distincts nous aide à comprendre le processus de changement et la façon de le gérer. La théorie de trois phases distinctes du changement trouve ses racines dans les travaux de l'anthropologue Arnold Van Gennep en 1909 à Kurt Lewin en 1948 et de William Bridges en 1980

##### ***3.1.1. Diagnostic des aptitudes au changement***

L'analyse SWOT est un outil de planification stratégique permettant d'analyser l'environnement externe et interne d'un projet. Dans l'environnement externe, on distingue les opportunités et les menaces pour le projet. Dans l'environnement interne, on distingue les forces et les faiblesses que l'entreprise transmet au projet.

**Figure 2:** modèle de l'analyse stratégique



Source : Dr Abdelmalik Mezhouda, cours de management stratégique, école supérieure de management, 2019

### **3.1.2. Appliquer le modèle de Kurt Lewin**

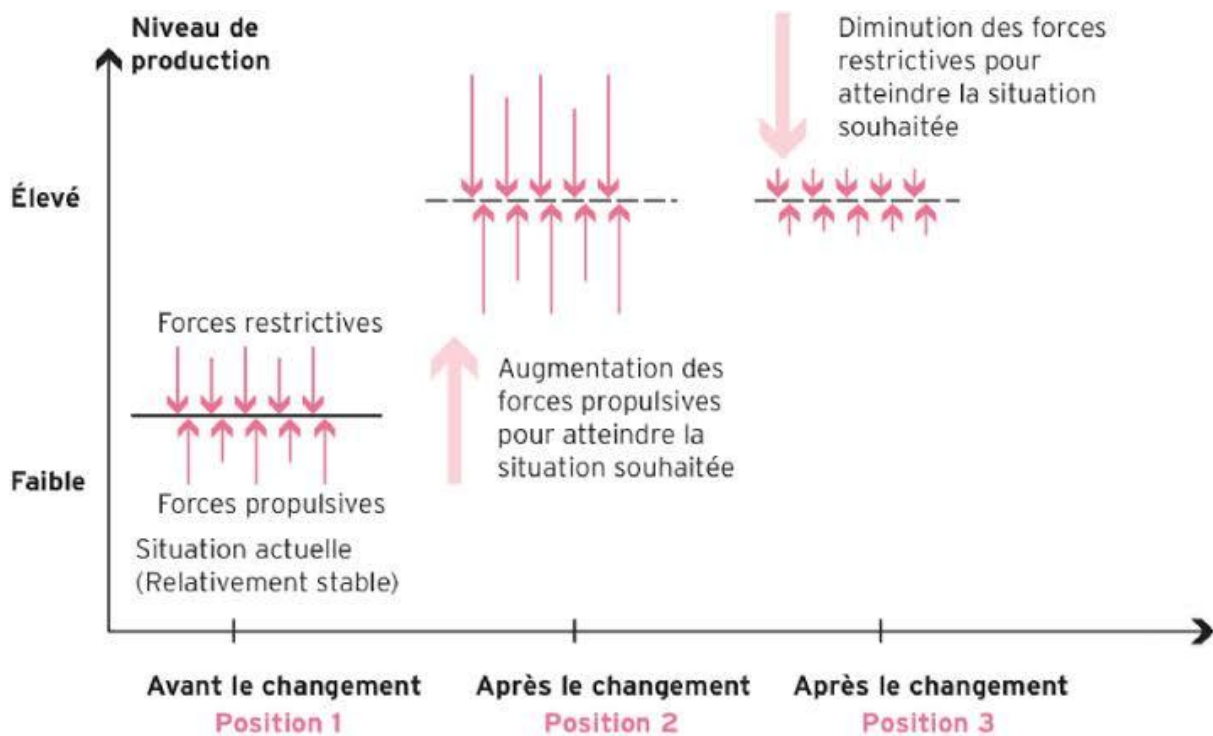
Dans la fin des années 1940, ce chercheur en psychologie sociale a défini un modèle simple reposant sur 3 étapes, symbolisées par la métaphore du bloc de glace : **Unfreeze, Change, Refreeze** (Autissier, 7).

**"Unfreeze"**, l'objectif est de faire prendre conscience aux collaborateurs qu'un changement urgent est inéluctable.

**"Change"**, les esprits étant prêts à la nouveauté grâce au sentiment d'urgence créé par l'étape précédente, des nouvelles pratiques sont définies.

"**Refreeze**". Une fois que les changements ont été adoptés, l'objectif est de stabiliser et consolider la nouvelle organisation, les nouvelles méthodes de travail. Etc. Si cette phase est ignorée, les vieilles routines reviennent rapidement.

**Figure 3:** Processus de changement selon le modèle de Kurt Lewin.



**Source :** David Autissier, Vandageon I., Vas A., Conduite du changement : concepts clés, Dunod, 2010.

Pour déterminer s'il faut réduire l'attachement des individus à la norme ou modifier la norme, Lewin a conduit aux États-Unis en 1943, une recherche reposant sur un dispositif expérimental (Lewin, 1943 a et 1947). Celle-ci visait à inciter les ménagères américaines à consommer des abats (dévalorisés à l'époque, car difficiles à conserver) afin d'éviter la pénurie des autres morceaux de viande. L'objectif

de cette recherche était de comprendre comment influencer le comportement d'un groupe, les ménagères américaines, pour les convaincre de modifier leurs habitudes de consommation. Deux méthodes furent mobilisées auprès de clubs et d'associations féminines de petites villes américaines : l'une consistait à donner des conférences qui mettaient en évidence les mérites nutritifs des abats (groupes 1),

Tandis que l'autre proposait aux femmes invitées, après une brève information, de discuter du problème en groupe sous la conduite d'un animateur (groupes 2). Dans les 2 cas, l'expérience dura 45 minutes. Une vérification réalisée au domicile des ménagères une semaine après l'expérience montra que la consommation d'abats fut dix fois plus importante dans le deuxième groupe que dans le premier. Cette consommation a progressé de 3 % dans le premier groupe d'expérimentation comparée à 30 % dans le second groupe.

En s'appuyant sur ces résultats Lewin confirme qu'il est plus efficace et plus facile de diminuer les résistances au changement en modifiant les normes sociales du groupe, qu'en réduisant l'attachement des individus à ces normes.

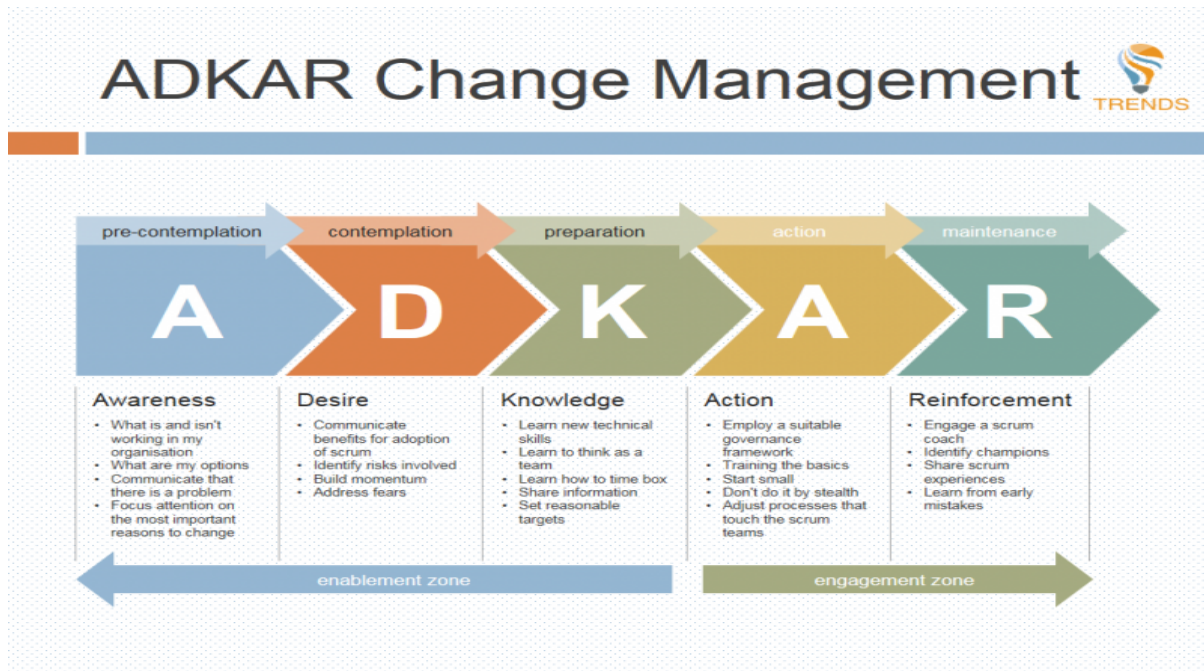
En effet, l'entretien individuel et la propagande de masse (groupes 1), laisse l'individu dans une situation solitaire et psychologiquement isolée face à lui-même, favorisant ainsi les phénomènes de résistance au changement. Or, pour Lewin, l'expérience montre que ces résistances tiennent plus à des facteurs collectifs et affectifs (crainte de s'écarter des normes communes de son groupe d'appartenance) qu'à des facteurs individuels et rationnels. À l'inverse, la discussion et la prise de décision en commun (groupes 2) améliorent le degré d'implication des individus et peuvent susciter un mouvement collectif de changement des comportements au sein d'un groupe.

### **3.1.3. Modèle ADKAR**

Le modèle **A.D.K.A.R** est un modèle de gestion du changement axé sur des objectifs qui guide le changement individuel et organisationnel. Créé par le fondateur de Prosci, Jeff Hiatt, ADKAR est un

acronyme qui représente les cinq résultats tangibles et concrets que les personnes doivent obtenir pour obtenir un changement durable (Autissier, 13).

**Figure 4:** Modèle de changement Prosci d'Adkar.

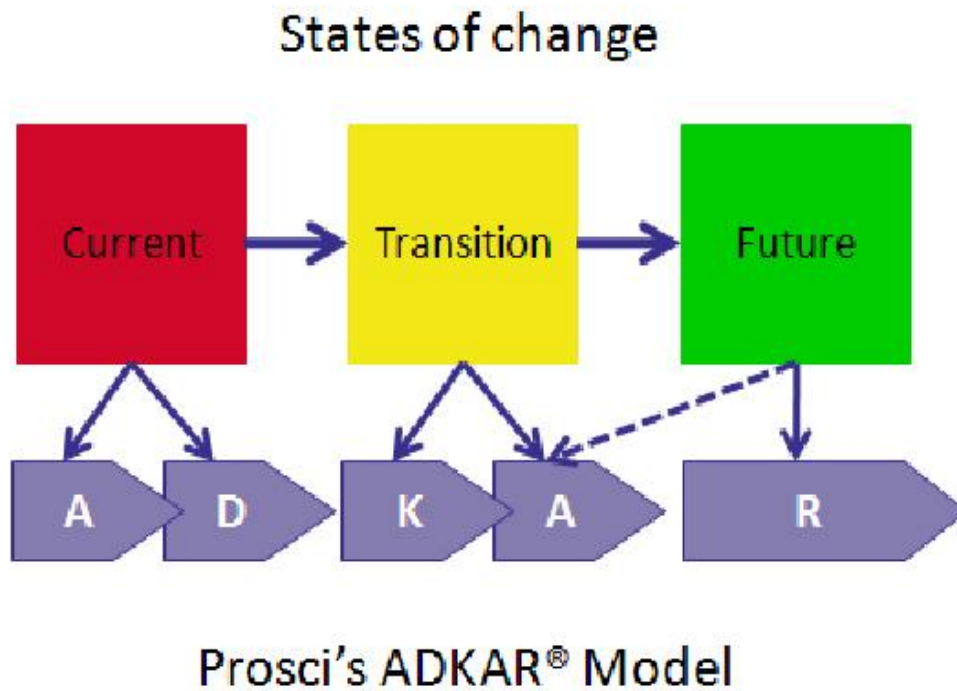


**Source :** Dr Ahmed Chirouf, cours management du changement, école supérieure de management, 2020

Le modèle ADKAR résume le processus de changement en éléments de base, mais critiques, le rendant facile à utiliser. C'est pourtant un outil polyvalent aux multiples facettes qui a le pouvoir d'influer sur la façon dont vous dirigez le changement et sur la façon dont les individus vivent le changement dans votre organisation.

Il est plus difficile de désapprendre que d'apprendre, le cerveau est l'ordinateur le plus puissant, programme un mode de penser, une méthode de travail ce qui fait qu'accepter le changement n'est jamais simple.

**Figure 5:** les états de changement selon le modèle Adkar.



**Source :** Dr Ahmed Chirouf, cours management du changement, école supérieure de management, 2020

### **3.2. Qualité et évaluation du risque et sécurisation**

La méthode PDCA, Inventée par le célèbre statisticien américain W.E Deming en 1950, fut une pionnière des théories de l'amélioration continue en matière de qualité. L'objectif est de répéter cette série d'actions lors de chaque cycle de production, ou à chaque étape d'un projet. La succession de ces 4 étapes permet d'atteindre vos objectifs et d'améliorer les performances de votre entreprise :

**Figure 6 : Roue de Deming**



**Source :** Cédric Carta, la sécurité des systèmes de l'information des établissements de santé, presse de l'EHESP 2012.

- Plan : Préparer, Planifier
- Do : Appliquer, mettre en œuvre
- Check : Contrôler, vérifier
- Act (ou Adjust) : Ajuster, corriger, réagir.

L'alchimie qui résulte de la rencontre de ces deux mondes est de « nature à améliorer fortement la sécurité du SI », (Carta, 5).

### **3.3. La culture**

La conception et la transformation organisationnelles doivent être réinventées pour s'adapter à la complexité du 21e siècle. La « culture organisationnelle » est l'un des éléments constitutifs les plus

importants d'une organisation très performante et d'un lieu de travail extraordinaire. La culture est un iceberg. La profondeur de la culture d'une organisation est bien plus que ce qui est révélé en surface. Le problème est plus profond que cela, tout comme la solution. Je cite à titre d'exemple le géant américain de l'intelligence artificielle : la culture de Microsoft était rigide par la hiérarchie et la hiérarchie avait pris le contrôle, et la spontanéité et la créativité avaient souffert (NADELLA, 18).

Si je viens d'apprendre le concept de diversité au cours de cette année, je suis consciente de l'importance de l'apprentissage en entreprise.

Je citerai l'exemple de Satya Nadella : « Nous devons prioriser l'innovation qui est centrée sur notre valeur fondamentale de donner aux utilisateurs et aux organisations les moyens de « faire plus ». Je veux utiliser le leadership inclusif de la diversité pour commencer par pratiquer la culture.

L'importance de la diversité c'est d'éviter la pensée de groupe: Janis (1972) a inventé ce nom pour ce qui se produit lorsqu'un groupe devient si soudé que les membres ne parviennent pas à analyser ou à évaluer leurs décisions de manière critique. L'innovation et la créativité sont étouffées lorsque les équipes se concentrent tellement sur elles-mêmes qu'elles ne cherchent pas d'alternatives raisonnables et ne sont pas disposées à exprimer leurs préoccupations concernant les opinions du groupe.

Si cela se produit:

- Sensibilisez votre équipe aux symptômes
- Donnez autorité aux opinions non conformes
- Envisagez d'intégrer de nouveaux membres pour de nouvelles perspectives

Il est plus difficile de désapprendre que d'apprendre, le cerveau est l'ordinateur le plus puissant, programme un mode de penser, une méthode de travail ce qui fait qu'accepter le changement n'est jamais simple. Prévaut une culture de poste indépendance très difficile à changer faire évoluer les mentalités, notamment avec l'existence des groupes informel qui sont puissants au niveau des organisations. Les manager sont conscients de l'importance de ce changement mais il est difficile de changer les mentalités.

### 3.4. Intelligence émotionnelle

En leadership, le style de coaching révèle la pleine conscience des managers en tant que coachs est le comportement personnel des managers et leurs impacts sur les affaires. En conséquence, les employés ne partent pas à cause des entreprises, mais plutôt à cause des managers.

**Figure 7:** l'intelligence émotionnelle selon un style coaching de leadership  
Mindset is good but it is not easy to shift in mindset



**Source :** Dr Ahmed Chirouf, cours management du changement, école supérieure de management, 2020

Je fais toujours référence à Nadella qui dit que « la démocratisation des opportunités éducatives rejoint directement notre mission et l'un des défis sociaux les plus pressants plus de détails pour changer les mentalités », il a inculqué la culture d'apprentissage à ses collaborateurs, durant ses deux premières années de prise de fonction. Il a visité les universités du monde en Inde en Egypte et en Amérique pour voir les étudiants utiliser les produits Microsoft, il a découvert la soif d'apprentissage et de diversité.

Le manager doit comprendre que le processus devait commencer avec lui, il faut donc commencer à modéliser un état d'esprit qu'on souhaite que les managers adoptent. « L'empathie est essentielle pour faire face aux problèmes partout, que ce soit chez Microsoft ou à domicile; ici aux États-Unis ou dans le monde. C'est aussi un état d'esprit, une culture » (Nadella, 18).

#### **III.4. Communication et nouveau paradigme de la santé**

Appliquer la communication engageante, qui a fait ses preuves sur le plan théorique et pratique en santé publique en déployant des technologies de communication en temps réel qui aident les médecins et les autres praticiens à collaborer tout en permettant de mieux gérer les interruptions liées des situations de crise. Il faut également installer des moyens de collaboration pour être informé en temps réel de manière à favoriser des réunions d'équipes multidisciplinaires physique ou virtuelles avec de la communication voix, de la messagerie instantanée, du partage d'écran de radios et de documents Avec l'installation d'applications pour les Smartphones qui permette d'être intégrés au système de communication de l'hôpital.

Tout cela pour favoriser une bonne dynamique d'équipe et les processus qui sous-tendent le travail d'équipe, sont de plus en plus importants pour les organisations.

Prêter attention à l'évolution et à la maturation de la dynamique et du travail d'équipe et à juste titre notamment avec les différentes innovations ainsi que les nouvelles technologies modifient l'interaction des équipes l'interdépendance et l'appartenance les objectifs communs la dynamique devient un contexte organisationnel.

Le manager doit mettre l'accent sur la communication et l'écoute, qu'il considérait comme les choses les plus importantes à accomplir chaque jour. De plus, l'empathie et la compétence sociale sont nécessaires à la capacité d'observer les individus et de construire des relations solides entre lui, les travailleurs et les parties prenantes. Je pense que nous devons être des apprenants actifs - lisez, éduquez-vous, essayez de comprendre les parcours des autres et lisez un peu plus. Et puis, mieux informés, je pense que nous nous engageons à diriger avec un objectif délibéré. » (Nadella, 18).

De son côté, Gleeson assure: « En travaillant avec de nombreux dirigeants au cours des dernières années dans mes propres entreprises et d'autres organisations, la croyance en un développement personnel et professionnel a toujours été impérative pour des améliorations positives - moi y compris » (21).

#### **4.1. Nouveau paradigme de la prise en charge**

Le patient ne peut pas analyser son expérience comme nous le souhaiterions car toute personne portant un badge est responsable de l'expérience de ses patients. Lorsque les gens ont le sentiment d'appartenir, ils sont plus productifs, motivés et engagés ils sont 3,5 fois plus susceptibles de contribuer à leur plein potentiel d'innovation. Ces gestes peuvent vraiment améliorer l'expérience globale d'une personne au travail, ce qui se répercute sur sa vie personnelle. Est temps de cesser d'être tellement absorbé par des collations gratuites et des salles de sieste au travail et de commencer à mettre plus d'énergie pour aider nos collègues à se sentir en sécurité, inclus et engagés afin qu'ils puissent réaliser leur potentiel. Lorsque nous résolvons pour les besoins humains, nos cultures et organisations de travail s'améliorent. Je vous exhorte à mieux connaître vos collègues afin de comprendre ce qu'ils vivent, de comprendre votre situation et d'être là pour eux quand ils en ont besoin et pas seulement quand c'est pratique. Nous sommes tous humains, alors commençons à agir comme ça parce que nous sommes tous dans le même bateau et avons besoin les uns des autres pour survivre et prospérer sur le lieu de travail.

#### **4.2. Importance du travail collaboratif**

*Individuellement, nous sommes une goutte d'eau. Ensemble, nous sommes un océan. »*

*Ryunosuke Satoro*

Les groupes peuvent prendre des décisions plus précises qu'un expert individuel même s'ils ne sont pas composés de personnes intelligentes

Le processus de prise de décision est plus important que la connaissance des membres individuels, c'est important parce que nous, en tant que société, préférons nous fier aux experts.

### 4.3. Analyse SWOT

Le plan de communication est défini comme « un outil opérationnel fournissant la programmation et le tableau de bord des actions à entreprendre », (Libaert, 15). L'organisation doit également analyser ses forces et faiblesses ainsi que les opportunités et contraintes de son environnement économique, politique, sociale et juridique. En ce qui concerne la collecte d'informations préalable à la constitution du plan stratégique, l'auteur recommande aux organisations de désinvestir la veille informative au profit de l'intelligence économique.

Les questions à se poser en amont du projet et fournit plusieurs éléments de réponse : le plan est-il vraiment nécessaire ? Qui est à l'origine de l'idée ? Comment diffuser le plan ? Doit-on choisir un plan figé ou glissant ? Doit-on élaborer le plan en interne ou solliciter un consultant ?

**Tableau 2 : analyse SWOT**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSE</b>
<p>Tous les acteurs dans le domaine de la santé semblent s'y intéresser (industrie, recherche publique, Gouvernement, autorités de santé, CNIL...)</p> <p>Tout le monde s'accorde sur le fait que ces nouvelles TIC ouvrent de nombreux champs de possibilité à exploiter, en particulier dans le domaine de la recherche</p>	<p>C'est un monde nouveau (« révolution numérique »), aussi effrayant qu'attirant</p> <p>Evolution rapide du secteur, pas encore arrivé à maturité</p> <p>A l'heure actuelle, ce secteur pose plus de questions qu'il n'apporte de solutions</p>
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
Facilité et rapidité	Comment stocker la masse de données

Collecte massive de données	Comment analyser la masse de données
Cout réduit par rapport aux méthodes classiques	Quelle qualité
Qualité de données	Où circulent les données
En grande quantité	Qui est responsable des données
Retour instantané à l'utilisateur	Quels sont les enjeux éthiques
Participant : propre acteur à la santé	Quel est le niveau de sécurité / piratage
Disponibilité instantanée des données recueillies	

**Source :** élaboré par nous même

#### **4.4. Démarche de changement**

##### **4.4.1. Appliquer le modèle de Kurt Lewin (Autissier, 7)**

**Dégeler :** arrêter le mode actuel de communication

Changer et optimiser la communication par les points suivants ceci permet d'optimiser le parcours de soins

- Améliorer l'accueil des patients, que ce soit au niveau central ou au sein des unités de soins
- Mettre en place une procédure qui réduit la charge de travail des équipes en automatisant les rappels de rendez-vous
- Améliorer l'expérience des patients en offrant des technologies leur permettant de se sentir chez eux
- Faciliter la vie des médecins avec des systèmes de collaboration et de communications en temps-réel
- Améliorer la réactivité du personnel soignant grâce à des notifications ciblées

- Doter son système de communication de capacités de redondance pour une durée d'interruption admissible très courte
- Concevoir un réseau capable de supporter nativement la Voix sur IP, les appareils connectés, les applications et systèmes hospitaliers
- S'engager dans une transformation numérique réussie en choisissant une technologie adaptée qui connecte les personnes et les machines

### **Regeler**

Former le personnel après installation du nouveau mode et garder un accompagnement de six mois

#### ***4.4.2. Appliquer le modèle ADKAR***

**AD** : Il s'agit de sensibiliser le personnel quant à l'importance de la communication en affichant les chiffres réels et ressortir les en jeux

**KA** : il s'agit de former le personnel et leur apprendre l'utilisation des nouvelles techniques

**R** : formation continue

#### ***4.4.3. Comment tirer le meilleur des groupes***

Au début nous avons procédé à la perception et les attitudes des patients et usagers des services de santé ainsi que celles des professionnels de la santé par rapport aux réalités du système Quel est leur degré de satisfaction et comment va-t-il évolué et pourquoi ? En quoi le système de santé répond-il ou pas aux besoins et aux attentes des usagers et des professionnels de la santé dans leur grande diversité ? Nous avons mené une période d'observation durant laquelle nous avons tenté de relever

La nature et la taille du groupe : nous avons trouvé que les groupes sont soit des médecins ou des personnels paramédicaux administratifs ou un mélange des trois

La diffusion des responsabilités se fait par un chef

Nous avons tenté de sensibiliser les parties prenantes te mettre le patient au centre d'intérêt

Recherche les centres d'intérêt de tous les membres

Stimuler la discussion sur les alternatives sans provoquer de menaces d'identité

Remue-ménages sur les dangers et les risques avant de parler des gains

N'associe pas un membre individuel à un poste donné

#### ***4.4.4. Mesures à entreprendre***

Nous proposons d'adopter un nouveau mode de travail avec l'introduction de mesures d'accompagnement à cette application

#### **Brainstorming**

Technique du groupe nominal

Brainstorming interactif et visuel

#### **WEBINAR**

Un webinaire est un séminaire de formation se déroulant en direct sur internet, développé dans les années 2010. Un des avantages est d'éviter les déplacements des participants ou de l'animateur. Il est particulièrement adapté aux sessions courtes de formation telles que des modules d'une heure. Il permet également l'utilisation en différé.

#### **Communication interne web 2.0**

Les outils du web2.0 sont fortement développés et leur utilisation en formation présente de nombreux avantages. Parmi les outils largement utilisés : les plateformes, twitter YouTube, google research.

Les recherche de Tabea Menez a fait ressortir cinq arguments pour son utilisation :

Le web 2.0 n'est pas cher, la plupart des outils sont disponibles gratuitement sur le net.

Le web 2.0 est facile à utiliser. Son utilisation est dite intuitive et l'appropriation des outils est facile.

Le web 2.0 incite les collaborateurs à adhérer aux valeurs et à la mission de l'entreprise.

Le web 2.0 est participatif il révolutionne le rapport : utilisateur/contenu et permet de se servir de l'intelligence collective

Le web 2.0 permet d'entrer en contact avec d'autres personnes. Cet aspect humain enrichit la formation.

Incontestablement les outils du Le web 2.0 augmentent l'efficacité et la rentabilité des projets de formation.

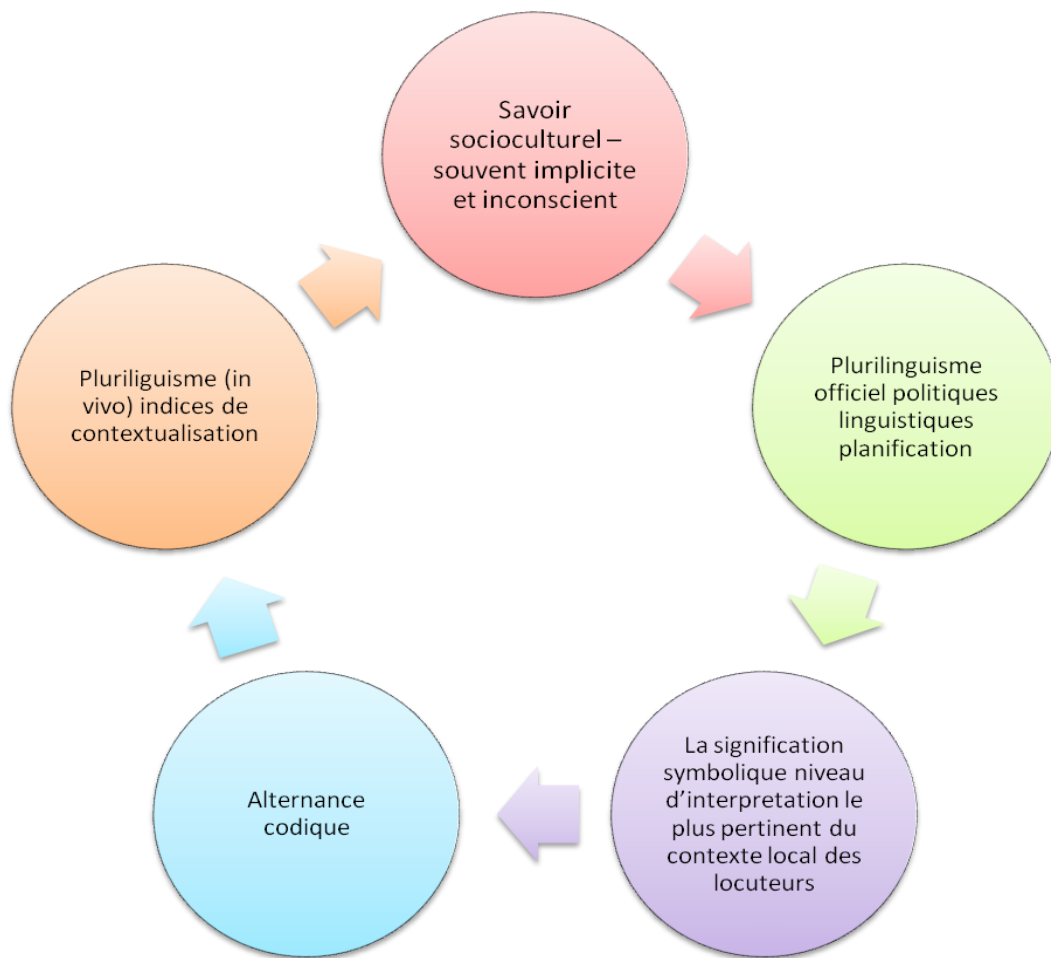
Avec le web 2.0 l'apprenant peut devenir acteur de sa formation. Il peut construire son parcours à partir de briques de contenu mises à sa disposition sur la plateforme sous forme de vidéo.

#### ***4.4.5. Communication interculturelle***

Dans un monde globalisé marqué par une société de l'information, le contact entre personnes de langues et cultures différentes s'est accru, ces dernières années. Notamment par les déplacements d'individus, la migration de populations et l'utilisation de nouvelles technologies. Sur le plan théorique, cela révèle, d'une part, divers types de plurilinguisme. D'autre part, cette dynamique linguistique nous renvoie à des spécificités politiques, culturelles, économiques et historiques de chaque espace géographique. En effet, dans la vie quotidienne, nous sommes de plus en plus amenés à communiquer avec des gens qui ne sont pas issus de notre propre culture et qui ne parlent pas la même langue que nous.

Par conséquent, nous assistons à de nouvelles pratiques de communication interculturelle, fort complexes et, néanmoins, riches et vivantes.

**Figure 8:** Description du schéma de circulation d'une culture dans une organisation.



**Source :** Dr Ahmed Chirouf, cours management du changement, école supérieure de management,

2020

#### Niveaux ou canaux de communication

- Les signaux non verbaux, tels que la sthénique ou la synchronisation du mouvement du corps et des gestes
- Les signaux paralinguistiques : la voix, la hauteur et le rythme
- Le contenu sémantique des messages : tabous, secrets, silences etc.

#### Savoir socioculturel

- L'arrière plan socioculturel
- Rapport au contexte (le code à « nous »).
- Valeur de la situation
- Valeurs, visions du monde, symboles
- Interprétation et attentes des autres
- Interprétation préliminaire (inconsciente et conventionnelle).
- Interprétation globale (inconsciente)

#### ***4.4.6. Communication et dynamique de groupe :***

La communication tient un rôle central dans un projet de changement. En effet, dès le démarrage du projet, elle doit permettre à l'utilisateur de se projeter dans le futur et d'imaginer le résultat du processus de changement. Pour être réussie, elle doit éveiller l'adhésion des utilisateurs en leur permettant de comprendre le sens du changement et l'intérêt qu'il revêt. La communication ne doit donc pas se limiter à une simple transmission d'information et, à l'inverse, veiller à ne pas tomber dans la propagande racoleuse. Pour réussir dans cette tâche, il est recommandé d'appliquer les techniques du marketing pour mettre sur pied un véritable plan de communication adapté au projet, aux acteurs concernés et aux besoins. Dans un processus de changement, il est également nécessaire d'échanger ses impressions afin que les individus puissent résoudre les problèmes qui se posent à eux et réaliser leurs tâches quotidiennes. Dans un projet de déploiement d'un système d'information, la

mise en réseau d'acteurs aux profils différents paraît indispensable afin que les techniciens et les utilisateurs comprennent leurs contraintes et exigences respectives. Les échanges dans des groupes multidisciplinaires permettent de partager, de modifier et d'adapter les contours du projet avant ou pendant la phase de déploiement. Le partage d'information est donc absolument indispensable au paramétrage de l'outil et, au final, à son utilisation optimale. De plus, toutes les organisations sont influencées par l'idée dominante.

#### ***4.4.7. Communication de crise***

Les phénomènes de crise semblent aujourd'hui s'accélérer et s'amplifier dans un contexte de pandémie. La crise représente aujourd'hui un réel danger et peut conduire à la disparition de l'organisation, c'est pourquoi la communication est un enjeu majeur (Libaert, 20).

Libaert distingue quatre temps de déroulement des crises: la phase préliminaire, celle où les premiers signaux d'alerte peuvent apparaître; la phase aiguë qui représente le moment où la crise éclate; la phase chronique où la crise atteint son apogée et progressivement sa représentation médiatique se réduit; et la phase de cicatrisation où la crise a disparu et les médias n'en font plus écho. Il place la communication au centre de la perspective pour observer et gérer les crises. Comme il favorise une approche institutionnelle de la crise, il s'intéresse particulièrement aux concepts de réputation et d'image.

Libaert observe cinq caractéristiques principales de la crise : l'intrusion de nouveaux acteurs, la saturation des capacités de communication, l'importance des enjeux, l'accélération du temps et la montée des incertitudes. Il propose également différentes typologies de classement des crises mais s'arrête sur la suivante : sphères économique, technique, politique et corporate. Il avance qu'Internet et la généralisation des médias sociaux exercent trois types d'impacts sur les crises : ils peuvent engendrer, amplifier mais aussi réduire les crises.

Il identifie également deux fonctions de communication dans les organisations en contexte de crise : la communication ascendante qui consiste à prendre des décisions par l'intégration des attentes externes et la communication descendante qui a pour objectif la diffusion des décisions de l'entreprise.

**L'état de l'existant, système d'information de  
l'hôpital**

## **IV. Diagnostic et mise en œuvre du projet du nouveau système d'information**

### **IV .1. Diagnostic de l'existant**

#### **1.1. Evolution des architectures**

Globalement dans tous les pays, la conception du SIH a beaucoup évolué ces 20 dernières années, passant d'une vision verticale dédiée, où les systèmes répondaient à un service de soins spécifique (par ex. : urgences, radiologie, laboratoires), à une conception plus transversale avec des fonctionnalités centralisées (dont une gestion centralisée du dossier patient). Du temps des mainframes, les éditeurs français étaient peu présents au sein des premiers grands systèmes d'information hospitaliers, puis l'offre s'est progressivement étoffée dans le milieu hospitalier sous la forme d'applications client-serveur verticales sectorielles, c'est-à-dire spécifiques à un service ou une unité de soins. Mais les progrès de la technologie informatique et l'émergence de standards internationaux remettent en cause cette architecture verticale des systèmes d'information et favorisent la mise en place d'une architecture à base de composants. S'inspirant de l'exemple industriel, les éditeurs du secteur santé se mettent à développer des composants applicatifs spécifiques fédérés par des composants d'intégration génériques. Dès le milieu des années 90, des projets européens ont soutenu la notion de couche middleware applicative pour faciliter l'intégration des SIH.

#### **1.2. La communication au sein du service**

Par ailleurs Libaert insiste sur le fait que le numérique ne constitue pas la panacée. S'appuyer sur des relais de communication présents sur les réseaux sociaux ou sur les sites de partage peut mener à une perte de crédibilité si le plan d'action manque de solidité et que les points de vigilance n'ont pas été anticipés. Les apports de l'économie de l'attention sont également convoqués : eu égard à la quantité d'informations à laquelle les individus sont confrontés quotidiennement, leurs capacités cognitives tendent à être saturées. Être présent sur la toile n'est donc pas suffisant, l'organisation doit trouver des moyens pour capter l'attention de ses publics ciblés.

La communication se fait par les moyens traditionnels tout comme la réalisation du dossier patient qui se fait lentement la transmission pour avis se fait manuellement, les principaux canaux sont les suivants :

- La communication se fait par des protocoles
- PV de réunion
- Compte rendu note de service tableau d'affichage supports papier
- La tenue hebdomadaire d'un colloque
- L'utilisation de l'informatique concerne l'échange de mails
- Plan de communication
- La communication est sans réactivité et d'outils de travail collaboratifs
- Site web

Quant à la formation en communication, cette dernière se fait durant les séminaires

En revanche webinaires sont lancés par quelques médecins durant la période de pandémie. Certains se portent volontaires pour effectuer des formations par ce moyen via l'application ZOOM.

L'événementiel n'est pas en reste puisque les séminaires et des actions organisés si bien au niveau du CPMC par la direction des activités pédagogiques et auxquelles contribuent les laboratoires pharmaceutiques, mais aussi le mouvement associatif.

Le plan de communication est arrêté par le responsable des activités de santé et pédagogiques sur un ensemble d'événement.

### **1.3. Analyse de la communication au service**

En observant de plus près le mode de communication qui passe par le colloque hebdomadaire entre les différents médecins. Nous avons pu remarquer à maintes fois que les médecins de la même spécialité s'entendent bien, mais nous constatons des difficultés de communications avec d'autres spécialités. Nous observons que les médecins qui appliquent la règle d'éthique procèdent par l'envoi du patient personnellement vers un confrère avec lequel ils entretiennent de bonnes relations. De ce fait le groupe

informel qui est formé sur la base de relations personnelles semble être efficace par rapport aux groupes structurés dans différents services.

En outre, le système d'information de l'hôpital rencontre des réalités multiples auxquelles participent de nombreux acteurs évoluant dans des contextes professionnels délicats.

La pandémie du COVID semble avoir orienté les praticiens de la santé vers une digitalisation anticipée. En effet nous avons observé une multiplication des communications par courrier électronique et une utilisation plus importante des Smartphones contre des salles d'attentes vides. Ce phénomène nous l'avons observé dans les différents services de l'hôpital.

De leur côté les médecins ont tous insisté sur l'importance de l'informatisation du dossier patient qu'ils classent comme première nécessité. Vient ensuite l'utilisation d'une plateforme pour les échanges entre différents praticiens de différentes spécialités à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital, ainsi que les centres d'imagerie et les laboratoires d'analyse.

Près de la totalité des médecins interrogés, environ 90 % témoignent que la communication passe par les moyens traditionnels et éprouvent des difficultés à communiquer notamment avec les familles des patients qui violentent les employés de l'hôpital à chaque événement sentine. Le personnel paramédical et administratif témoigne également de la violence des familles des patients et de la difficulté de communiquer avec ces derniers.

Concernant le système d'information actuel, 80% du personnel médical et paramédical interrogé estime qu'il ne répond pas aux exigences. Les 20% restants expliquent qu'il est du ressort de l'administration ou de l'autorité compétente de prendre des mesures.

Actuellement et vu la situation pandémique l'écrasante majorité du public concerné par la recherche ont opté pour la formation par webinaire et aux rencontres par vision conférence.

Pour ce qui est de la relation entre incidents et une bonne communication et des incidents, les médecins estiment que la relation existe, selon l'importance des cas. Durant la période de pandémie une application a été placée pour les opérations de dépistage du covid. Les médecins l'ayant utilisé ont

assuré que cette dernière avait permis de sauver des vies avant d'être à nouveau arrêtée. Certains praticiens assurent qu'une bonne communication les aiderait à annoncer des événements à

Le schéma directeur du système d'information hospitalier devra servir de fil conducteur pour une mise en œuvre progressive et cohérente des différents sous-systèmes, ayant pour objectifs de : développer les systèmes de partage et d'échanges centrés sur la prise en charge du patient, faciliter la diffusion des technologies de l'information de la communication (TIC) auprès des professionnels de santé pour faciliter leur pratique, - assurer la cohérence des systèmes d'information.

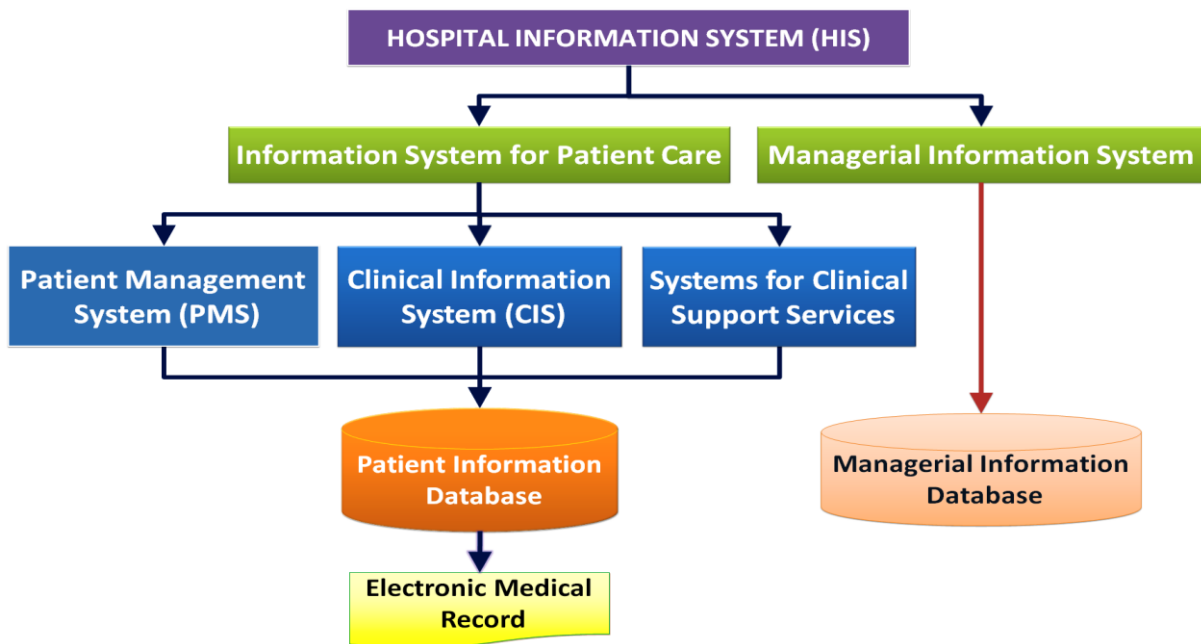
La manière de communiquer actuellement ne semble pas répondre aux nouvelles exigences, pour pallier ce problème et pour que les responsables puissent établir un plan de communication efficace nous proposons la mise en place d'un outil de travail collaboratif. Ce même outil sera également un moyen de formation dont les contenus seront annexés. Réduire le fossé en matière de communication en utilisant une plateforme collaborative

Nous proposons également contractualiser les relations entre les différents acteurs du système de soins et procéder continuellement à l'évaluation de toutes les composantes du système de santé, y compris la formation et la recherche.

#### **IV.2. Modèle d'application collaborative : mon projet de plateforme que je voudrai appeler patient propre à l'oncologie**

L'architecture de référence Health Information System Architecture (HISA) proposée en 1997 comme norme européenne est organisée en trois couches : la couche applicative, le middleware d'intégration et la couche de stockage. Ainsi tout système d'information clinique est constitué de quatre couches logicielles.

**Figure 9:** L'architecture de référence d'un SIH.



Source : site web

Les composants *de soins* nécessaires pour l'informatisation de la production de

Soins d'un hôpital sont au minimum :

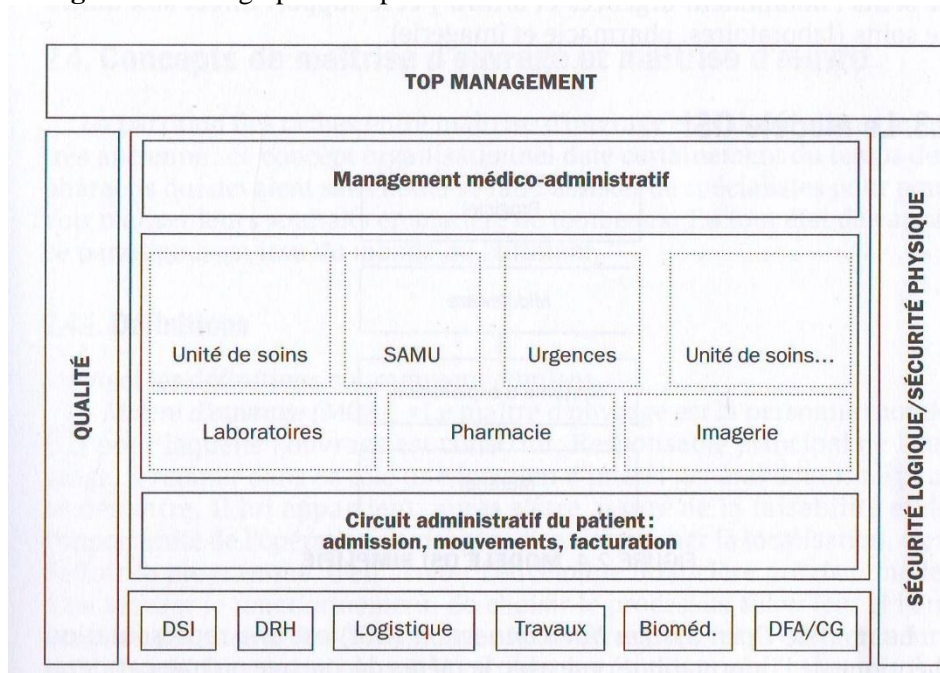
- Un composant de gestion des identités et des mouvements (*Patient Component*) : Ce composant trace l'activité mise en œuvre par l'équipe pour répondre au problème du malade
- Un composant de gestion du dossier patient commun: le dossier patient commun centralise les flux résultant des actions médicales, il permet d'effectuer a posteriori des études sur l'ensemble des dossiers, à des fins épidémiologiques ou d'évaluation de la qualité des soins, alimentant en retour la connaissance médicale ou l'administration.
- Un composant de gestion des prescriptions et de suivi du workflow associé (*Activity Component*). Ce composant assure la gestion des actes médicaux et Chirurgicaux, ainsi que la prescription médicamenteuse.
- Un composant de gestion des ressources et des rendez-vous pour l'administration quotidienne de l'hôpital : facturation, gestion du personnel, gestion des stocks et comptabilité.

L'analyse d'activité effectuée a posteriori fournit la vision stratégique nécessaire à une meilleure planification hospitalière, et permet d'engager des décisions d'investissement structurel, matériel et humain.

Ces quatre composants « de soins » ne sont pas indépendants et forment un progiciel de gestion S'ajoutent qui rendent possible le partage des informations et permettent l'intégration des composants dédiés aux soins. Ce sont notamment :

- Le composant sécurité pour la gestion des utilisateurs et des droits d'accès (*Autorisation Component* du modèle HISA). Les informations médicales et administratives des patients sont des données sensibles, et doivent faire objet de contrôle.
- Le composant Référentiels (*Knowledge Component* du modèle HISA) : un outil de workflow pour gérer l'enchaînement des fonctionnalités et les échanges de données.

**Figure 10:** cartographie des processus métiers dans un établissement de santé.



**Source :** Cédric Cartau, stratégies du système d'information : vers l'hôpital numérique, presse de l'EHESP 2014.

Ces composants génériques constituent un environnement d'intégration

D'applications (EAI), cela signifie qu'ils peuvent être réutilisés pour l'organisation

Et le pilotage de tout système applicatif, en intégrant les composants spécifiques

Dans une architecture globale.

## **2.1. Démarche de conception et élaboration du référentiel**

Le modèle d'approche centré sur le patient fait en sorte que chaque étape utilise des fonctionnalités pour renseigner de façon graduelle et continue le dossier administratif et médical du patient.

Le parcours du patient est organisé dès la première consultation chez un praticien, l'outil de gestion du workflow permettant de planifier un rendez-vous pour une consultation spécialisée après une recherche de l'identité du patient et sa création au cas où il n'existe pas. A la fin de la consultation, le praticien peut ainsi produire de façon automatique à partir d'un modèle prédéfini ou non les documents relatifs à la consultation, comme une ordonnance, une demande d'examen, une lettre d'information, un consentement éclairé etc. Ces données sont intégrées directement dans le dossier. La feuille de soin électronique peut ensuite être produite par le praticien ou le secrétariat à l'aide d'un module intégré de télétransmission.

Une demande d'hospitalisation électronique (DHE) peut aussi être délivrée.

Ce scénario classique de la consultation se fait de la même manière pour tout le parcours du patient, à savoir la consultation pré-anesthésique, la planification de l'hospitalisation, la gestion du bloc opératoire, l'admission du patient, la mise en place du plan de soins, la production des comptes rendus.

Le module dossier administratif du patient doit comporter certains champs d'information comme des informations sur la sécurité sociale le numéro de téléphone

Les autres modules, tels que la gestion des séjours hospitaliers et la gestion du bloc opératoire, devraient naturellement suivre.

### **2.1.1. Design**

Ecran log in

Accueil

Menu latéral profil avec le nombre de métiers

Un tableau pour formations

Indicateurs sur l'état des patients

Notifications

Application mobile hybride

Conception de l'application

## **2.2. Mise en place de l'application P@tient**

Les deux premières priorités sont : l'informatisation du dossier patient administratif avec la gestion des rendez-vous au niveau du bureau des entrées, - l'information du dossier de consultation médicale au niveau du cabinet des médecins.

Nous tendons à mettre en œuvre, un système d'information hospitalier basé sur l'Open Source. Nous avons mené une petite étude systématique sur les logiciels libres dans le domaine de la santé en général et dans le domaine des Systèmes d'Information Hospitaliers en particulier.

Ce travail nous a permis de proposer une solution libre que nous appellerons P@tient. Un autre argument non négligeable a été la disponibilité de l'outil en sur le marché algérien il s'agit d'une application qui s'utilise à travers un simple navigateur web.

Toutes les données et la production de l'interface graphique sont exécutées sur un serveur web sur lequel est installée l'application. Les avantages de cette technologie web sont : simplicité du déploiement et de la mise à l'échelle, simplicité d'utilisation, maturité des technologies.

Par ailleurs c'est un système d'information hospitalier assez complet, avec des fonctionnalités suivantes :

- Dossier patient administratif et médical
- Gestion des identités du patient : collaborer avec la caisse des assurances sociales pour établir un moteur de recherche avancé incluant toutes les données.
- La gestion des rendez-vous médicaux et des séjours se fait de la même manière (les admissions et les sorties des patients au niveau de l'accueil clinique).
- Etablissement d'une carte magnétique de soins pour les patients.

Le système permet une fusion sélective des dossiers ou des séjours lorsqu'il s'agit du même patient. Il gère également la réattribution des séjours soit d'un service à l'autre, soit d'une classe d'hospitalisation à une autre.

Le système offre également la possibilité d'éditer des modèles de références de divers documents comme les feuilles d'admission, les consentements, les fiches d'informations, les ordonnances, les protocoles de prise en charge. Le praticien peut ainsi avoir à sa disposition un modèle prêt pour son usage quotidien. Les praticiens peuvent également échanger des documents de façon électronique à travers un système de mail intégré et un système d'information s'affichant chez tous les utilisateurs.

Les réunions de services peuvent être, par exemple, éditées par la secrétaire et diffusées sur l'écran de chaque utilisateur.

Le suivi en temps réel de l'avancée des programmes depuis le bloc et les services d'hospitalisation

Le codage des actes et diagnostics directement en salle par les praticiens, la planification de l'hospitalisation avec la possibilité de l'affecter à des lits faire des mouvements entre les services et de déclencher un système d'alerte ce système permet la gestion du dossier de soins et le circuit du médicament Prescription informatisée (médicaments, consultation spécialisées, dispositifs médicaux, dispositifs médicaux implantables)

Plan des soins chimiothérapie et suivi des transmissions ciblées suivi des observations médicales et suivi des constantes au chevet du patient.

Gestion complète de la pharmacie, des stocks, des commandes et du livret thérapeutique.

Ainsi une très large partie de la gestion des informations médicales que produisent les professionnels de santé dans les processus de prise en charge des patients est assurée.

### ***2.2.1. L'interopérabilité***

Par définition, l'interopérabilité d'un « service » (programme, application, fonction) est la caractéristique qui lui permet d'être accédé depuis des environnements différents de celui qui l'héberge. L'interopérabilité concerne trois champs d'investigation :

- l'échange de données entre différents équipements et systèmes d'information ;
- l'intégration de données hétérogènes pour des représentations multimédia ;

– la communication de telles données entre des services ou utilisateurs externes du secteur de la santé, de façon à faciliter la mise à disposition d'enregistrements électronique de santé.

L'interopérabilité est d'abord rendue possible par le dossier médical informatisé (DMI) du patient qui est le cœur du SIH. Chaque patient ayant un dossier unique, le DMI permet la gestion des patients hospitalisés comme des patients d'ambulatoire ou d'urgence. Il regroupe les données administratives, les informations cliniques (histoire du patient, allergies et intolérances médicamenteuses, examen physique, notes de suivi), les résultats biologiques, des images, des notes de transmission Infirmières, des constantes vitales, des prescriptions -avec leur statut et les rendez-vous associés- ainsi que les résultats des examens. Ces informations sont stockées d'avec l'heure et l'identifiant de celui qui saisit l'information, et rien ne peut être effacé.

### **2.2.2. La technologie web**

La technologie web est un excellent support pour l'informatisation d'un centre hospitalier et de son réseau d'utilisateurs (postes nomades, consultations où actions à distance, etc.). L'architecture web a été choisie pour le SIH d'un centre hospitalier La technologie choisie répond notamment aux besoins Suivants, qui sont partagés par de nombreux établissements :

- les postes utilisateurs et les serveurs sont connectés à Internet ;
- les serveurs restent en interne, ils ne sont pas externalisés ;
- les postes utilisateurs sont des clients légers : dans un schéma d'architecture

Informatique de type clients-serveurs, Windows demeure incontournable comme système d'exploitation sur les serveurs pour héberger les applications telles que la facturation ou la comptabilité. La communication clients-serveurs se fait principalement avec un des deux protocoles suivants : Windows Terminal Services (TSE) ou Citrix, la deuxième solution étant très nettement plus onéreuse que la première.

- mise en place de serveurs web et d'un serveur de messagerie, ouverts sur l'extérieur ;
- logiciels (comptabilité, facturation, gestion de production) mis à jour à distance par les prestataires informatiques ;
- connexion d'ordinateurs non administrés par le service informatique sur le réseau informatique de l'établissement (postes des médecins notamment).

## 2.3. Déploiement et conduite du changement

Le déploiement consiste à généraliser le nouveau système auprès de l'ensemble des utilisateurs finaux. Même s'il a été testé sur des sites pilotes avec succès, le déploiement généralisé peut échouer. En effet, lors de l'expérimentation, les utilisateurs ont une motivation que les utilisateurs finaux n'ont pas.

### 2.3.1. *Changement*

La généralisation implique généralement des changements dans la façon de travailler des utilisateurs, ce qui freine l'adoption du produit par les utilisateurs. La conduite du changement permet de faire en sorte que les utilisateurs finaux acceptent et utilisent réellement le produit. Ce terme englobe notamment la formation des utilisateurs à l'utilisation du produit ainsi que l'accompagnement des utilisateurs (*hot line*).

Associée à l'implémentation du nouveau SI, une nouvelle organisation des services va être mise en place et doit donc être préparée pour faciliter son acceptation par le personnel qui va utiliser la technologie. Différents scénarios de mise en œuvre existent, et il s'agit d'arbitrer entre les risques pour choisir le scénario le plus approprié à son projet :

- changer l'organisation avant la mise en place du nouveau système ;
- introduire le nouveau système et changer l'organisation en même temps ;
- introduire le nouveau système puis changer l'organisation.

Le GMSIH observe que dans la fonction publique hospitalière, la tendance majoritaire est le scénario 3. Si cela semble demander moins de charge de travail, cela peut engendrer une multiplication des dysfonctionnements qui démotivent les utilisateurs. Notre propre expérience d'accompagnement d'organisations industrielles dans l'introduction d'outils informatiques centralisés (de type ERP) confirme l'idée que c'est un mauvais scénario qui conduit généralement à une mauvaise perception de l'outil, voire à son rejet. Avec les CH, nous avons observé les scénarios 1 et 3, le scénario 1 étant souvent associé à une démarche de projet globale à laquelle la Direction de l'établissement a fortement participé. Comme souligné précédemment, la démarche de conduite du changement doit Toutefois être instaurée bien avant la phase de déploiement, dès la définition des besoins en matière de SI. En outre, c'est aussi un effort continu car il y a un fort taux de rotation dans les hôpitaux : nouveaux internes, personnel intérimaire ; ce qui peut amener à prévoir d'organiser des séminaires.

### ***2.3.2. Création du comité de projet***

La cohésion existante entre tous les acteurs au niveau du service oncologie est facteurs déterminants, avec à sa tête le professeur mais je ne sais toujours pas fixer su cette équipe. Je dois encore voir au ministère de la santé et celui des TIC.

Cependant, la priorité doit rester la sensibilisation des décideurs hospitaliers de façon plus directe en vue d'une prise de conscience par rapport au rôle que joue l'informatique dans les systèmes de santé  
zéro papier zéro film

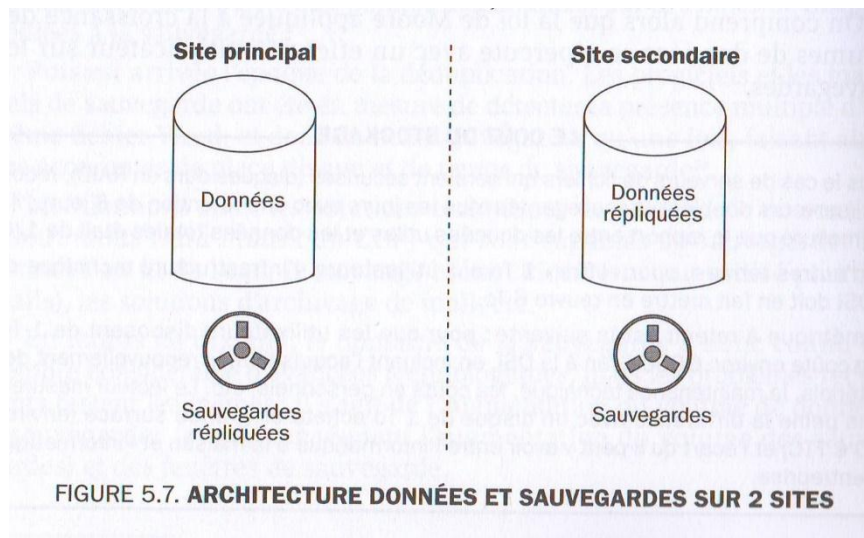
### ***2.3.3. Formation du personnel qui sera dédié au projet***

La formation d'une équipe de projet est une condition indispensable au déploiement du système d'information. L'équipe projet sera chargée de la formation des utilisateurs. Elle sert en même temps de support technique des utilisateurs. Il faut noter qu'une première étape d'initiation à l'informatique, c'est-à-dire à l'utilisation de l'outil informatique, sera nécessaire bien avant la formation à l'utilisation du système d'information hospitalier.

## **2.4. La gestion des risques et sécurisation**

Cette question est cruciale dans la mise en place d'un système d'information. Toute la subtilité du chef de projet s'exprime dans sa capacité à minimiser et à maîtriser le risque d'échec par son analyse. Elle permet des actions préventives pour suivre les risques identifiés et les éliminer avec un suivi intégré dans le planning et par la mise en application immédiate dans le cas d'un risque qui serait confirmé.

**Figure 10:** schéma décrivant la sécurisation et la sauvegarde de données

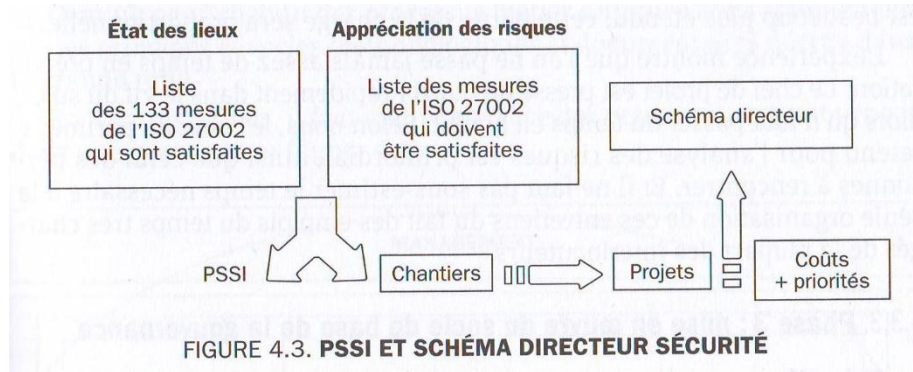


**Source :** Cédric Cartau, stratégies du système d'information : vers l'hôpital numérique, presse de l'EHESP 2014.

La sauvegarde est comme une assurance incendie, accidents et risque : cela ne sert à rien et coûte cher jusqu'au sinistre. C'est un des éléments qui doit figurer dans le diagramme du projet SI ou production d'une application.

La démarche qualité ou SMSI est un projet à part entière il induit une charge de temps s'assurer des mises à jour et des formations en suivant les quatre étapes de la roue de Deming et des informations du personnel et des patients PDCA. Mener une démarche ISO 27 000 rendra facile le respect des critères HAS.

**Figure 11:** Schéma de sécurité dans un établissement de santé.



**Source :** Cédric Cartau, stratégies du système d'information : vers l'hôpital numérique, presse de l'EHESP 2014.

### IV.3. Formation à la Communication santé publique et avec les patients

Depuis quelques années déjà, les avancées technologiques ont fortement contribué dans la digitalisation qui s'est traduite par l'installation de nouveaux équipements et quelques écrans ; mais cela ne semble pas suffisant.

« Mieux comprendre comment la communication de santé publique est reçue et influence contribue à améliorer le rétablissement des patients »

La communication au sein du service hospitalier est un facteur déterminant dans le rétablissement des patients. Les actions d'enseignement et de coaching s'avèrent indispensables au bon fonctionnement de la communication au sein des établissements hospitaliers.

Un module que nous voulons enseigner aux praticiens personnels médical paramédical et administratif.

**Tableau 3** : contenu du module à enseigner.

<b>Objectif</b>	Ce cours vise l'acquisition et le développement de compétences en communication qui servent autant sur le plan des techniques personnelles de travail que pour les relations du praticien avec sa clientèle, avec ses collaborateurs et les autres acteurs de santé. L'enseignement est directement appliqué, afin d'accompagner les patients dans la prise de décisions éclairées face à leur traitement.
<b>Contenu</b>	<p>Le cours cherche, à assurer en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• l'exercice, en situation de pratique médicale, de divers modèles théoriques d'informations, d'entretiens et d'accompagnement au changement (notamment entretiens motivationnels, « patient empowerment », analyse transactionnelle)</li><li>• la capacité de structurer l'entretien et d'adapter son style de communication aux besoins et perspectives du patient (p.ex. en situation d'urgence, d'angoisse, de déni ou d'insatisfaction, etc.)</li><li>• la capacité de transmettre aux patients de façon adaptée les informations prioritaires en matière de bon usage des médicaments, de prévention et de promotion de la santé</li></ul> <p>Gérer les émotions</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la capacité de trouver un équilibre entre les exigences de la santé publique et celles de la gestion financière d'une entreprise (satisfaction de la clientèle, techniques de vente)</li></ul>

<b>Public concerné</b>	<p>Nous observons une démultiplication d'acteurs investissant dans la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organismes publics, Etat, laboratoires chercheurs</li> <li>- Médias (ex. : Journalistes scientifiques)</li> <li>- Publics (associations de malades ou de victimes)</li> <li>- Entreprises, parfois soumis à la critique publique</li> </ul>
<b>Mots-clé</b>	<p>Communication en santé ; éthique ; entretiens motivationnels ; éducation thérapeutique ; soins centrés sur le patient ; responsabilisation du patient</p> <p>Santé publique, problèmes publics, santé et médias, risques,</p> <p>Campagne d'information et de prévention, message persuasif et</p> <p>Changements d'attitudes</p>

**Source :** élaboré par nous-mêmes

### 3. 1. Enseigner les bonnes techniques de communication

La communication en milieu hospitalier

Les différents types de personnalité

A chaque visite à l'hôpital, il se crée entre vous et le patient une relation humaine qui implique une communication.

**But:** identifier les besoins du patient et mieux répondre à ses attentes.

Pour découvrir précisément les besoins de notre interlocuteur, il faut déjà l'écouter activement, lui poser les bonnes questions et s'adapter à son type de communication.

Types de Personnalité

Nous avons des caractéristiques de tous les types de personnalités comme un immeuble à 6 étages.

Aucun n'est plus ou moins OK, intelligent, sain ou meilleur que les autres.

Nous distinguons six types de personnalité

**Empathique**, traits de caractères dominants: compatissant, sensible chaleureux

**Travailomane**, traits de caractères dominants: logique, responsable, organisé

**Persévérant** traits de caractères dominants: Dévoué, observateur et consciencieux

**Promoteur**, traits de caractères dominants: adaptable, plein de ressources et charmeur.

**Rêveur**, traits de caractères dominants: imaginatif, réfléchi et calme

**Rebelle**, traits de caractères dominants: spontané, créatif, ludique. **Perception:** Réagit aux personnes et aux choses en les adorant ou en les détestant.

### **Le canal de communication**

Le canal de communication est la manière (ton, mots et expressions utilisés pour adresser un message à son interlocuteur). Le canal, c'est à la fois la longueur de l'onde et la forme de l'onde lors de l'émission d'un message et de sa réponse.

Il y a 5 canaux de communication:

1. Canal directif
2. Canal interrogatif
3. Canal nourricier
4. Canal émotteur ou ludique
5. Canal interruptif (cas d'urgence, situation de crise)

### **3. 2. Entretien motivationnel**

Ecouter ...

« Parler est un besoin, écouter est un art »

Structurer l'entretien

L'esprit de l'entretien motivationnel

1. Empathie
2. Atmosphère sécuritaire et soutenante
3. Approche centrée sur **le patient** et non sur le médicament

Définition de l'entretien motivationnel

Une méthode de communication, guidante, directionnelle, et centrée sur le client, utilisée pour augmenter la motivation au changement de comportement

**« L'entretien motivationnel est une façon d'être avec les patients ».**

L'entretien à l'hôpital avec le patient n'est pas une discussion à bâtons rompus, ni une discussion entre deux amis, ni une rencontre fortuite.

Approche traditionnelle: la structure passe par une série de questions fermées posées à un patient qui est réduit à un rôle passif.

Approche centrée sur le patient, sur la relation et sur les compétences en communication préconise une collaboration plus partenariale entre le patient et le praticien. Il appartient

Donc au praticien de structurer l'entretien ce qui permettra au patient de s'investir davantage.

Objectifs de structurer l'entretien

Réaliser un entretien professionnel flexible mais ordonné

Encourager le patient à participer à l'élaboration de la structure

Encourager la participation et la collaboration du patient

Recueillir et donner des informations précises

Utiliser efficacement le temps imparti

### **3. Intelligence émotionnelle**

Gestion des situations conflictuelles et émotionnelles à l'hôpital

Gestion des situations difficiles

Pourquoi nos clients objectent-ils?

Comment réagir aux objections de nos clients?

Comment puis-je améliorer ma capacité à gérer une personne avec un comportement difficile?

Comment réagir face à l'annonce d'une maladie grave, décès d'un proche ou d'un patient?

Comment faire face aux émotions générées par les clients?

Les raisons de l'objection:

La peur

L'ignorance

L'intérêt

La réserve

La manière de nous tester, de nous provoquer...

L'existence, leur présence dans la négociation

Les types d'objection

Sincères et fondées :

La proposition ne répond pas au besoin du client.

Sincères et non fondées :

Le client pense que la proposition ne répond pas à son besoin.

Non sincères et non fondées :

Le client est de mauvaise foi et sait pertinemment que son objection n'est pas fondée.

L'objection

L'objection fait partie intégrante de notre métier de contact avec le public. Il ne faut pas la craindre, au contraire, elle nous apportera de précieuses informations complémentaires sur

Notre interlocuteur.

Méthodes de réponses aux objections

#### **A. Comportement devant une objection:**

- Ecouter activement; ne pas interrompre l'interlocuteur; ne pas montrer de l'impatience; le laisser vider son sac (empathie).

#### **B. Acquitter l'objection:**

- Utiliser une formulation de quittance neutre pour lui montrer qu'il a été compris et que son opinion a été prise au sérieux (accuser la réception: merci de la réclamation).

#### **C. Etablir le consensus:**

- Chercher à recevoir l'accord du client et viser un accord gagnant-gagnant.

#### **Le processus Ecoute de l'objection**

Accueil et valorisation de l'objection:

Il est normal que vous pensiez cela

Compréhension de l'objection: Dites-m'en plus

Traitement de l'objection

Acquitter l'objection:

D.E.S.C. méthode pour la résolution de conflit

**D Décrire les faits**

**E Exprimer ses Emotions**

**S Spécifier des Solutions**

**C Conséquences et**

Accueil des émotions

1. Observation Je vois que cela n'a pas l'air d'aller (ou je sens, j'entends, ....
2. Silence Laisser s'exprimer le patient.
3. Compréhension Questionnement du client
4. Synthèse Résumé de ce qui a été dit

Processus de deuil

(Par E. Kübler Roos)

1. Dénier
2. Protestation
3. Tristesse
4. Peur
5. Rationalisation
6. Acceptation
7. Créer un nouvel attachement
8. Pardon laissé aller
9. Cadeau sentiment de gratitude

### **3. 4. L'empowerment : la promotion de la santé**

La *promotion de la santé* permet de toucher un grand nombre d'individus et de les sensibiliser à une problématique de santé

L'empowerment est « la capacité des gens de mieux comprendre et de mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci. » Israël B. et al, (1994)

Empowerment individuel ou psychologique

Empowerment communautaire ou organisationnel

L'empowerment dans la gestion de la maladie

La gestion de la maladie est un système coordonné d'interventions et de communications (informations) des services de santé à la population qui favorise le développement de la prise en charge personnelle du patient.

L'empowerment permet de gérer la maladie notamment par l'adhésion au traitement.

**L'adhésion** recouvre toute une série de comportements :

- Le fait d'entrer dans un processus de traitement et d'y rester
- D'aller régulièrement aux rendez-vous de suivi
- De prendre régulièrement les médicaments prescrits
- D'accepter de changer certains aspects ou comportements dans son style de vie (régime, exercice physique, management du stress)
- De suivre le traitement de manière régulière à la maison (changements d'habitudes alimentaires)
- Éviter certains comportements à risque (fumer, boire de l'alcool, Consommation de drogue)

Une problématique centrale pour le développement de **l'autonomie** du patient.

**Enjeux individuels:** traitements d'une maladie aiguë ou chronique

**Enjeux collectifs:** éviter le développement de résistances

(Environ 50% des patients ne prennent pas ou pas correctement leur médicament)

L'adhésion au traitement n'est pas seulement la responsabilité du patient & Améliorer l'adhésion au traitement permet d'agir positivement sur la santé, parfois plus que les progrès réalisés dans l'amélioration de certains traitements

La prise de médicaments/traitements est une problématique complexe qui implique:

- Le patient
- Le médecin
- Des composantes liées au processus de traitement et à la maladie

Ainsi, le patient et le soignant prennent des décisions conjointes /le patient d'aujourd'hui attend des soignants de l'accompagner et de lui apporter un support clinique.

Identifier la non-adhésion nécessite des compétences d'entretien et relationnelles spécifiques

Au niveau relationnel il faut:

- Développer un accompagnement attentif mais pas trop fréquent
- Améliorer l'information et l'éducation du patient
- Utiliser internet (sites d'information fiables) ou d'autres ressources

Pour favoriser l'empowerment, il faut :

Être prêt à essayer des approches innovantes

Ecouter les patients, les faire décrire leur vécu

Respecter le patient et individualiser les prises de décisions

Donner au patient et à sa famille des informations, une éducation et un soutien dans la maladie et son traitement.

Préparer le patient et sa famille à accepter le fait que les professionnels ne peuvent pas

Guérir une maladie chronique et éviter tous les événements qui en découlent

Aider les individus et leur proche de se concentrer sur les aides et les ressources existantes plutôt que sur les déficits et les manques

Simplifier les objectifs et les tâches, pour qu'elles deviennent accessibles et réalisables; se centrer sur toutes les petites victoires

Maintenir une collaboration entre les différents services de santé et des soins

Initier et maintenir les partenariats/relais communautaires pour assurer un suivi optimal et pour les problèmes soient résolu

## CONCLUSION

Gérer les enjeux liés à la communication s'avère d'une importance capitale si bien pour le bon fonctionnement de l'hôpital que dans le rétablissement des patients.

L'hôpital hyper connecté n'est plus un choix : tous les hôpitaux devront y passer. Seulement la mutation vers le numérique aurait dû anticipée avant d'être subi.

L'importance du management de la communication en matière de santé s'est faite davantage importante notamment avec l'apparition du corona virus qui a démontré la fragilité de plusieurs systèmes de santé même celui des pays les plus développés. Etats unis ont révélé l'absence d'un système de santé efficace. Une initiative vient d'arriver avec la création d'une agence de santé (la première en Algérie mais qui ont un rôle important dans le healthcare dans les pays plus développés

Nous avons tenté de présenter un projet d'application qui serait une alternative à la gestion de la communication notamment la crise sanitaire que traverse le monde. Nous avons au cours de notre travail interviewé des médecins d'autres hôpitaux qui ont été très favorables pour un tel projet. Ils étaient unanimes quant à l'utilité d'une plateforme car durant leur gestion de la crise du COVID 19 une plateforme a été mise en place mais a ensuite été suspendue même pas un mois après.

Avec un système d'information efficace, et l'informatisation du dossier patient la prise en charge des cancéreux pourra être plus efficace. Notamment avec l'implication qui joue un rôle indéniable si bien dans le dépistage que la prise en charge poste opératoire. Les informations pourront ainsi circuler de manière plus fluide entre les différents acteur et soulagera les malades, leurs familles et le personnel soignant.

Même si les entreprises aujourd'hui sont orientées vers les progiciels, rare sont celles qui développent leur propre logiciel.

L'absence de règles pour le cœur du métier encore plus complexe dans le monde hétérogène de la santé. Dans les hôpitaux la standardisation des processus métiers pour mettre un référentiel s'est avéré d'une grande complexité. Les particularités de chaque métier font que la modélisation et de ce fait la

standardisation des processus rend l'informatisation difficile. Le problème principal de la DSI réside aujourd'hui dans la déperdition des moyens notamment avec l'interruption du numérique. A la lumière de l'approche systémique nous avons constaté qu'il est possible d'externaliser ce qui est vu comme risque du projet peut concerner ce qui n'a pas de valeur ajoutée pour le cœur métier ce qui permet une baisse de cout ou bien tout simplement ce qui peut permettre plus de souplesse. En revanche la DSI est difficile à externaliser en totalité car elle assure le lien entre les acteurs internes et externe.

Nous ne pouvons parler des projets SI sans parler des PPP Compromis entre une privatisation totale et le monopole d'État (12)

Pour Brinkerhoff un PPP: « Partnership is a dynamic relationship among diverse actors, based on mutually agreed objectives, pursued through a shared understanding of the most rational division of labour based on the respective comparative advantages of each partner. Partnership encompasses mutual influence, with a careful balance between synergy and respective autonomy, which incorporates mutual respect, equal participation in decision-making, mutual accountability and transparency. »

Certains auteurs préféreront pour leur part insister sur l'importance des *obligations mutuelles* et de la *confiance* qui doivent prévaloir entre les partenaires (Muetzelfeldt, 2001). D'autres mettront plutôt l'emphase sur la dimension proprement *commerciale* du partenariat (Chalmers et Davis, 2001). Il faut dire que l'exercice de clarification de la notion de PPP est singulièrement compliqué par le fait que les gouvernements eux-mêmes qualifient de PPP des arrangements institutionnels de natures très différentes (Mazouz et Belhocine, 2002).

Quatre principaux phénomènes expliquent cette émergence de nouvelles formes d'association entre les secteurs public et privé : la persistance de la fragilité des finances publiques, la frustration grandissante de l'opinion publique à l'endroit de la qualité des services publics, le retour en force évident ces dernières années d'une rhétorique d'inspiration libérale qui fait belle part au recours à des mécanismes de marché pour la fourniture de services et la propension des gouvernements à imiter en les adaptant des expériences étrangères jugées positives (Pongsiri, 2002 ; Savas, 2000 ; Tang, 1997 ; Nioche, 1991). La plus ancienne forme de partenariat public-privé est l'*impartition* par les autorités

publiques à l'entreprise privée de certaines fonctions techniques de soutien généralement assez simples.

Il s'agirait dans le cas de notre étude d'un Le PPP élémentaire : Dans ce cas de figure, le partenaire public recherche une forme d'organisation plus flexible et une gestion rigoureuse des coûts lui permettant de garantir un service public - d'intérêt général ou de cohésion sociale - de qualité et de moindre coût (Lewandowsky, 2004).

Investissements, des risques et des bénéfices de manière à procurer des avantages mutuels qui favorisent l'atteinte des résultats.

L'utilisation des normes dans le monde hospitalier a un mérite indéniable (HAS, ISO 15189) mais il n'existe aucune norme pour la numérisation de l'hôpital. Ainsi, faire appel aux services des consultants pour des analyses basées sur les normes s'avère utile. Tout est connaissance et acceptation du risque.

Avec de fortes mutations du monde numérique la DSI devient une « direction générale de l'interconnexion dans les domaines des services numériques », faisant le liant entre tous techniques qu'ils soient traités en interne ou sous traités .la DSI interconnecte des systèmes hétérogènes. La mutation du SIH pose la question suivante : jusqu'où informatiser et dans quel ordre ?

Dans les pays les plus développés les moyens mis dans les systèmes informatiques concernent les maladies rares.

Par ailleurs, dans un environnement en forte mutation numérique, la migration de données et leur enregistrement prend beaucoup de temps. La saisie manuelle implique les changements dans beaucoup de métiers : médecins, personnels soignants. Les bouleversements organisationnels sont assez importants d'où une gestion d'un changement rigoureuse s'impose.

Bien que les bénéfices de la numérisation ne soient visibles qu'à long terme, une démarche de numérisation exige un investissement important en temps et argent.

Une bonne partie de la DSI devra mettre ses moyens humains ou mènera à la création d'une direction de services numériques.

En revanche, dans un hôpital hyper connecté il sera assez facile de mesurer l'efficacité d'une équipe transversale mais aussi du gain de temps dans la consultation des images du patient et éviter la perte d'examens et de clichés à ces derniers. Seulement, ces images doivent être interprétées en temps réel. S'ajoute à cela la refonte de prise de rendez-vous.

L'impulsion doit venir de la direction du ministère puisqu'il s'agit d'une orientation stratégique forte dans les prochaines années.

Il est à noter qu'un certain nombre d'incertitudes technologiques pèse sur le SI notamment l'impact des réseaux sociaux, web2.0, la virtualisation, le déploiement massif des réseaux sans fil. L'apparition de tablettes et smartphones prennent la place du parc pc.

Enfin, la valeur ajoutée réelle d'une numérisation est de procurer de l'énergie à travers une culture de services et de projets et de ce fait faire un lien étroit entre la technologie et la connaissance métier de l'établissement. Un certain nombre de processus devra être mis en place. Notamment l'intégration de la sécurité en amont du projet et des processus métier. C'est en outre la formation par laquelle il faut démarrer l'informatisation. L'impératif aujourd'hui est d'anticiper le déferlement numérique et de l'informatisation dans toutes les couches de l'organisation.

## Liste des sigles

**SIH** : système information hospitalier

**DSI** : direction des systèmes d'information

**TDS** : théorie des systèmes

**TDI** : théorie de l'information

**CPMC** : centre pierre et marie curie

**GT** : grounded theory)

**SI** : système d'information

**TIC** : technologies de l'information et de la communication.

**PDCA** : composé des initiales des mots anglais : Plan; Do; Check; Act. En français, cela donne :  
Planifier ; Réaliser ; Vérifier ; Agir.

**ISO** : l'Organisation internationale de normalisation

**HAS** : Haute Autorité de santé

**KPI** : key performance Indicator (indicateur clé de succès)

**SWOT** : outil Anglo saxon qui veut dire : Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats. C'est à dire : Forces Faiblesses Opportunités Menaces

**PPP** : partenariat public privé.

**SMSI** : sécurité management des systèmes d'information.

**HISA**: Health Information System Architecture

## Liste des figures

**Figure 1: Organigramme 37**

**Figure 2: modèle de l'analyse stratégique.**

**Figure 3: Processus de changement selon le modèle de Kurt Lewin.**

**Figure 4: Modèle de changement Prosci d'Adkar.**

**Figure 5: les états de changement selon le modèle Adkar.**

**Figure 6: l'intelligence émotionnelle selon un style coaching de leadership.**

**Figure 7: Description du schéma de circulation d'une culture dans une organisation.**

**Figure 8: L'architecture de référence d'un SIH.**

**Figure 9: cartographie des processus métiers dans un établissement de santé.**

**Figure 10: schéma décrivant la sécurisation et la sauvegarde de données.**

**Figure 11: Schéma de sécurité dans un établissement de santé.**

**Liste des tableaux:**

**Tableau 1 :** analyse des parties prenantes.

**Tableau 2 :** analyse SWOT.

**Tableau 3 :** contenu du module à enseigner.

## Références

1. Pascal Rivière, Joël Bizingre, Joseph Paumier, référentiel du système d'information ,Dunod, 2013.
2. Michel Crozier et Erhard Friedberg: l'acteur et le système, éditions du seuil, 1977.
3. Jacques Rojot, Théorie des organisations, MA éditions ESKA, 2016.
4. Jean Marie Peretti, Ressources humaines, Vuibert, 2013.
5. Cédric Carta, la sécurité des systèmes de l'information des établissements de santé, presse de l'EHESP 2012.
6. Cédric Cartau, stratégies du système d'information : vers l'hôpital numérique, presse de l'EHESP 2014.
7. Autissier David, Jean-Michel Moutot, La boîte à outils de la Conduite du changement, Dunod, 2010.
8. Bruno lussato, Théories des systèmes, <https://www.brunolussato.com/categories/7-Theories-des-systemes>
9. Hervé Dumez, Méthodologie de la recherche qualitative, éditions Vuibert, 2016.
10. Armand Colin. Ray, M.A, the Richness of Phenomenology: Philosophic, Theoretic, and Methodologic Concerns, 1994.
11. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, 23, 147-181. Paillé, P. (1996).
12. Dr, Amine Ferroukhi, Cours management Public, école nationale supérieure de management, janvier 2020.
13. David Autissier, Vandageon I., Vas A., Conduite du changement : concepts clés, Dunod, 2010.
14. Saada Chougrani, Miloud Kaddar Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie. Journal d'Économie médicale 2010, Vol. 28, n° 5, 179-193.

15. Thierry Libaert, *Le plan de Communication*, Dunod 2017.
16. Bonvici K and O'Connell D (2008) *Disclosing medical errors: restoring client trust*. *Compendium Equine*. Jan-Feb 2008.
17. Joseph Snipp,
18. Herminia Ibarra, Aneeta Rattan & Anna Johnston. June 2018. *Satya Nadella at Microsoft: Instilling a growth mindset*. London Business School
19. Patrick Lencioni. 2002. *The Five Dysfunctions of a Team: A Leadership Fable*
20. Thierry Libaert, *La Communication De Crise*, Dunod 2015.
21. Brent Gleeson. May 31, 2018. *Seven Mindsets Necessary for Successful Leadership Development*. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/brentgleeson/2018/05/31/7-mindsets-necessary-for-successful-leadership-development/#683c852650d3>
22. *Grand dictionnaire encyclopédique Larousse*.
23. In K. Glanz, F. Marcus Lewis, B.K. Rimer (1997). *Health Behavior and Health Education*. San, *Francisco: Jossey-Bass a Wiley Company, ch 12-16*.
24. Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (soumis). *La méthodologie qualitative et inductive au service de l'évaluation de programme*. Dans *Cahiers de l'action*.
25. *Dr Ahmed Chirouf, Cours management de changement, école nationale supérieure de management, janvier 2020*.
26. *Dr Abdelmalik Mezhouda, cours de management stratégique, école supérieure de management, 2019*

## **Annexe1 : Guide d'entretien semi directif**

### **PROJET : CONCEPTION D'UN SYSTEME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION**

Nom et prénom :

Profession :

Lieu de travail :

Courriel :

#### **Objectif de l'entretien**

Dans notre recherche nous tendons à mettre en place un système d'information et un plan de communication efficace qui pourront pallier à certains problèmes et incidents rencontrés par les patients et l'ensemble du personnel de l'hôpital. Je vous tiendrai informé des résultats de la recherche à sa fin et je mettrai à votre disposition un guide qui pourrait vous servir dans votre quotidien.

Prière d'envoyer vos réponses au courriel suivant : [meriemarezki79@gmail.com](mailto:meriemarezki79@gmail.com)

#### **DRESSER ETAT DES LIEUX**

- Comment se passe actuellement la communication
- Le système d'information existant répond-il aux exigences nouvelles est -il suffisant
- Quels sont les acteurs avec lesquels vous interagissez
- Le patient est-il impliqué

#### **SOURCES DE DONNES**

- Comment récupérer vos les informations sont-elles exploitables
- Fiabilité des données

#### QUALITE DU SI

- le système est-il facile à utiliser, les données sont-elles à jour
- Comment est-ce que cela fonctionne

#### DEFINITIONS DES BESOINS

- Quels sont les spécificités selon vous d'un si propre à votre fonction
- Que rajouterez-vous au système existant
- Quel type d'indicateurs vous intéresse
- Aimerez-vous générer des décisions systématiquement

#### LA COMMUNICATION

Un manque de communication serait l'origine d'évènements dramatiques, êtes vous

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Pas tout à fait d'accord
- En désaccord

Classer les types de communication suivants selon leur importance

- Communication institutionnelle et personnelle
- Communication de crise ou de risque
- Communication interculturelle
- Communication santé publique : avec les patients
- Communication digitale
- Communication et réseaux sociaux

Quel est le meilleur moyen de formation

- Séminaire
- Webinaire
- Brainstorming
- Des ateliers de formation au niveau de l'hôpital.
- Décrivez d'autres moyens.....

## Annexe2 : Liste des personnes interviewées

Nous avons choisi d'interviewer différents acteurs dans le domaine de la santé, et comme l'épidémie du COVID 19 est apparue en milieu de recherche nous avons opté pour interroger des personnes du personnel médical de l'hôpital de BOUFARIK.

Personnes interviewées	Nom prénom /service
Professeur chef de service oncologie	Pr Kamel Bouzid
Assistant en maladies infectieuses	Service chargé du COVID 19
Assistant en épidémiologie	médecin résidente
Administrateur	Secrétaire médicale
Assistante en gynécologie	Clinique privée
Médecin généraliste	Laboratoire privé
Infirmier	Service chargé du COVID 19
Spécialiste en SIH	Ministère de la santé
Secrétaire médicale	Service chargé du COVID 19
Administrateur CPMC	Responsable des activités de la santé
Médecin généraliste	Service chargé du COVID 19

Assistante en oncologie	Service oncologie CPMC
Infirmier principal	Service oncologie CPMC
Quelques patients	Dans tous les structures de l'hôpital