

Les freins au partage des connaissances du dossier médical: cas des établissements de santé en France

Iman Ben Hamouda, Olfa Chourabi, Imed Boughzala, Nabyla Daidj*

* Département Système d'Information, Télécom Ecole de Management

Résumé:

Les nouvelles générations de technologies de l'information pour la santé (TIS) sont en train de transformer en profondeur les liens entre les patients et les structures de santé. Bien qu'il y ait de nombreuses réussites, nous constatons qu'il y a certaines difficultés dans la mise en place de ces technologies comme le cas du dossier médical partagé (DMP) en France. Cependant, peu de travaux de recherche ont abordé ce sujet dans la littérature.

Ainsi, le but de notre recherche est d'analyser les problèmes liés à l'usage du DMP dans les établissements de santé en France. Notre question de recherche est : Quels sont les freins liés au partage de connaissances sous-jacentes au DMP ?

Pour répondre à cette question, nous avons mené une recherche exploratoire basée sur une méthode d'analyse qualitative. Cette recherche a permis d'identifier les principaux facteurs qui expliquent le comportement ainsi que le processus du partage de connaissances dans le domaine médical. Il est ressorti que la confiance en soi, la propriété intellectuelle et la classification des informations médicales jouent un rôle important et affectent sensiblement le partage de connaissances.

Mots clés : partage de connaissances, dossier médical partagé, santé, confiance en soi, propriété intellectuelle

1. Introduction

Plusieurs travaux ont montré l'impact du partage de connaissances inter et intra-organisationnel. En ce sens, l'influence du partage de connaissances est significative, notamment sur la productivité de l'organisation ainsi que sur son efficacité et sa performance. Par ailleurs, notons que le partage de connaissances engendre une réduction des coûts de production, une augmentation de l'efficacité des projets, notamment dans le développement de nouveaux produits. De plus, le partage peut également améliorer la croissance des ventes ainsi que l'aptitude d'une organisation à innover, etc. (Collins et Smith, 2006 ; Cummings, 2004 ; Lin, 2007 ; Mesmer-Magnus et DeChurch, 2009).

Les différentes technologies de l'informations et de la communication sont partie prenante de la qualité des soins. En effet, ces technologies permettent d'accroître la tenue des dossiers médicaux. De plus, elles permettent de faciliter un partage des informations nécessaires à la décision et à la traçabilité des soins. En France, les différentes lois en vigueur visent à marquer du sceau de la confidentialité des informations médicales. C'est pourquoi, la conservation des informations médicales sur support dématérialisé, ainsi que le partage de ces informations, sont régies par des règles définies par le législateur. Aujourd'hui, au sein d'une organisation de santé, le secret médical peine bien souvent à être maintenu. C'est ainsi que certaines informations, a priori confidentielles, pourront être partagées en dépit des règles légales existantes. En ce sens, l'association secret/partage peut apparaître comme inappropriée.

Aujourd'hui, l'utilisation du dossier médical partagé conduit les praticiens à partager de nombreuses informations concernant la vie privée et la santé de leurs patients. Plusieurs spécialistes sont d'accord pour dire qu'aucun procédé d'anonymisation n'est fiable. Ross

Anderson¹, professeur à Cambridge et spécialiste connu et reconnu de la sécurité informatique, alertait l'opinion sur l'impossibilité de protéger les informations des dossiers médicaux par des méthodes d'anonymisation. Dans un autre registre, les médecins ne comprennent pas véritablement quelles informations sont susceptibles d'être partagées et comment elles doivent l'être. Certains professionnels de santé s'interrogent sur la nature des informations à partager et sur la façon dont il était possible pour eux de les partager. Si ces interrogations – qu'est-ce qu'on partage et de quelle manière ?

L'objectif de notre recherche est d'explorer le partage de connaissances dans le domaine médical. Les caractéristiques particulières de ce domaine en France peuvent offrir l'occasion d'explorer certains aspects encore inconnus dans la littérature. En conséquence, la problématique retenue pour cette recherche peut être formulée de la manière suivante : Quels sont les Freins liés au partage de connaissances sous-jacentes au DMP ?

Le papier est organisé comme suit. Nous commençons par la présentation d'une revue de la littérature sur le partage des connaissances dans le secteur de la santé. Ensuite, nous décrivons la méthodologie de la recherche utilisée pour répondre à notre question de recherche puis nous présentons nos résultats. Ensuite, nous discutons les principaux résultats, nous concluons en soulignant les limites de notre recherche et présentons de futures orientations pour la recherche dans ce domaine.

2. Revue de la littérature

2.1. Le partage de connaissances : définition

Ermine et al. (2012) définissent la connaissance comme « de l'information (un ensemble de messages produits par un système), prenant un sens spécifique dans un contexte spécifique ». Les connaissances que l'on retrouve dans les documents sont des connaissances explicites qui pourront ainsi être interprétées par les lecteurs selon Brohm (1999). Dans le cadre des données médicales, certains auteurs qualifient les données d'« énactives », c'est-à-dire produites dans l'action (Varela, 1989 ; Pédaque, 2006).

Le partage des connaissances est défini comme « l'acte consistant à rendre la connaissance disponible à d'autres acteurs de l'organisation. Il est le processus par lequel la connaissance détenue par un acteur est transformée sous une forme qui peut être comprise, absorbée et utilisée par d'autres acteurs» (Ipe, 2003). Le partage de connaissances peut être examiné au niveau individuel comme le comportement de transfert ou d'échange de connaissances (Bartol et Strivastava, 2002 ; Ford et Chan, 2003 ; Ryu et al., 2003) ou au niveau organisationnel comme un processus par lequel la connaissance détenue par un acteur est transformée sous une forme qui peut être comprise, absorbée et utilisée par d'autres acteurs sociaux de l'organisation (Ipe, 2003 ; Connelly et Kelloway, 2003).

En littérature, le phénomène de partage de connaissances est étudié à deux niveaux. Au niveau stratégique, les chercheurs se concentrent sur les caractéristiques organisationnelles telles que la taille de l'organisation, sa structure, sa culture et sa stratégie globale qui favorisent le flux de partage de connaissances. Au niveau individuel, le comportement du partage est expliqué à travers les facteurs qui freinent et/ou encouragent ce comportement.

¹ Article: The privacy of our medical records is being sold. www.theguardian.com

Dans la littérature du partage de connaissances, la connaissance est souvent « présumée comme utile et nécessaire pour les acteurs de l'organisation et pour améliorer leurs activités » (Wang et Noe, 2010). Les recherches dans ce domaine n'examinent pas beaucoup le lien « objet partagé-émetteur », mais les relations « émetteur-récepteur » et « émetteur-environnement » comme facteurs explicatifs du comportement du partage (Vo, 2013). Les caractéristiques de l'objet partagé et le processus du partage sont rarement abordés dans ces recherches. Après une analyse de la littérature liée au partage de connaissances, les recherches existantes ne permettent pas de couvrir tous les facteurs capables d'expliquer le comportement et le processus du partage des connaissances dans des contextes parfois très particuliers comme par exemple le secteur médical. Les caractéristiques particulières de ce domaine peuvent offrir l'occasion d'explorer certains aspects encore inconnus dans la littérature.

2.2. Le partage de connaissances dans le secteur médical

Le rôle du partage de connaissances dans le secteur de la santé a été souligné par plusieurs spécialistes comme moyen d'amélioration des services de soin (Ivanov et al., 2015). Ce partage est de plus en plus facilité par l'usage des technologies d'information pour la santé (TIS).

Glass et al. (2011) ont analysé les facteurs permettant d'encourager le partage de connaissances. Ce partage conduit à une meilleure prise de décision dans les organisations de santé pour améliorer ensuite les services destinés aux patients.

Perera et al. (2011) ont étudié les points de vues des patients et ont constaté qu'une majorité était intéressée par l'usage des TIS. Néanmoins, la problématique de confidentialité des informations personnelles est considérée comme question fondamentale à prendre en considération dans cet usage.

Davis et al. (2014) ont illustré les avantages du partage de dossiers électroniques portant sur l'état psychologique des patients atteints de cancer. Dans ce contexte, les préoccupations relatives à la vie privée doivent être prises en considération et sont catégorisées selon le type des informations stockées (par exemple : médicales, biométriques, financières, comportementales et biographiques) et selon le secteur utilisant ces informations partagées (Smith et al. 2011).

Borgman (2015) a étudié les modalités d'assurer la confidentialité des données en analysant les types de données à partager et avec qui. En règle générale, différentes TIS ont été mobilisées pour servir le partage de connaissances au sein des établissements de santé. En particulier, le dossier médical partagé (DMP) est parmi les technologies offrant de grands avantages pour les patients et les prestataires de santé.

2.3. Dossier médical

Il existe divers types de données administratives, comme le nom ou l'état civil. Il existe également des données médicales, comme le poids. Ces données reposent toutes sur une sémantique identique. Chaque professionnel de santé associe la même signification à ces données, quelque soit le contexte dans lequel elles ont pu être employées. En revanche, certaines données ne renvoient pas à une même signification selon les différentes spécialités des personnels soignants. IVG ne signifiera pas la même chose dans un service gynécologique ou dans un service de cardiologie. Aussi, pour certaines informations médicales il n'est pas envisageable d'établir un code sémantique commun permettant un partage plus simple.

Pourtant, depuis une vingtaine d'années, diverses tentatives visant à créer un dossier commun minimum ont été entreprises. Elles restèrent toutes lettres mortes faute de pouvoir trouver une sémantique commune à toutes les spécialités et compréhensibles par tout professionnel de

santé. Devant ces tentatives avortées, le corps médical a opté pour le terme de « dossier partagé ». Ce dossier peut être défini comme un vivier de données communes qui « vise à recueillir toutes les données médicales d'un patient » (Fieschi, 2003). Au sein d'un tel dossier il n'est plus nécessaire de fournir des données conformément à une sémantique commune ; seules sont versées au dossier les informations que le professionnel de santé considère comme étant utiles à partager.

Le dossier médical partagé peut être défini comme un dossier médical comportant des informations médicales et/ou personnelles relatives à un patient que les professionnels de santé ont souhaité partager.

3. Méthodologie

Après une analyse de la littérature liée au partage de connaissances, les recherches existantes ne permettent pas de couvrir tous les facteurs capables d'expliquer le comportement du partage des connaissances dans le secteur médical.

Dans ce contexte, une recherche exploratoire qualitative s'avère utile pour explorer le comportement de partage de connaissances et pour présenter les freins liés au partage dans les établissements de santé en France.

Nous avons mené des entretiens non-directifs, en face à face avec des médecins travaillant dans des hôpitaux différents. Le guide d'entretien est composé de 3 thématiques : Utilisation du dossier médical partagé (DMP), partage d'information et partage de connaissances. Ces médecins ont participé à plusieurs projets de mise en place de DMP. L'analyse des données a été effectuée en utilisant la méthode d'analyse de contenu supporté par le logiciel NVivo 10.

Notre échantillon est composé de 17 médecins qui ont été sollicités à participer à notre étude en utilisant nos réseaux personnels. Ces médecins exercent dans cinq établissements de santé publics et de quatre établissements de santé privés en France. Leur expérience varie entre 20 et 30 ans. Leurs profils varient de généraliste, anesthésiste – réanimateur, spécialiste en médecine vasculaire, chirurgien – cardiaque, oncologue et spécialité en médecine interne.

Après la retranscription mot par mot, nous avons effectué une analyse de contenu supporté par Nvivo qui a donné lieu à 372 passages de texte. Ces passages ont été répertoriés selon nos trois thématiques. Le codage a été effectué séparément par trois auteurs en utilisant le logiciel Nvivo. Le but est de comparer et discuter les résultats obtenus par chacun jusqu'à l'obtention d'un consensus. Les résultats ont été ensuite validés par le chercheur senior. Dans ce qui suit, nous présentons l'analyse des résultats.

4. Analyse des résultats et discussion

Certains médecins s'interrogent sur les informations à partager. En effet, dans leurs pratiques professionnelles, ils ont été confrontés à des informations sensibles. Ils ont mis en avant la difficulté d'obtenir précisément des informations sensibles pourtant nécessaires. Ils ont évoqué aussi la nature des informations partagées. Ils estiment que certaines informations n'ont pas à être partagées avec tout le monde, des choses confidentielles (des éléments de vie ou des éléments psychiques). Par ailleurs, pour certains, le nombre croissant d'information que les médecins doivent collecter compliquent parfois la lisibilité des informations transmises, notamment eu égard aux obligations médico-légales.

« ... Des gens touchés par le VIH eh bien effectivement, pour avoir leur dossier c'était impossible... » (M1)

« ... les autres médecins ont à un moment gueulé en disant : « Je veux bien que ça soit impossible pour le patient, mais si on le prend en charge, on est quand même très embêté parce qu'on n'a pas les informations. » Dans ce cas là, on ne les prend pas en charge. Ce sont des sujets très compliqués... » (M2)

« Alors, il y a des choses confidentielles qui ne peuvent pas être partagées par tout le monde lors de la relation. C'est l'ordre de la relation de la personne sur des éléments de vie, par exemple, peut-être sur des éléments psychiques. » (M3)

« C'est plus parce qu'il y a peut-être des choses dont on se méfie et qu'on ne veut pas que tout le monde tombe dessus, peut être à la demande du patient aussi, il y a plein de choses, il y a plein d'éléments. » (M4)

« On nous demande tellement d'être exhaustifs de tous les côtés que des fois, on est un peu noyés par la somme d'information que l'on doit donner, avec toujours peut-être en arrière-pensée, toujours un aspect médico-légal. Il y a des choses qu'on doit dire et des choses qu'on ne doit pas dire. Je ne sais pas, ce n'est pas toujours simple. » (M7)

Autres interviewés se sont interrogés sur la notion même de partage, qu'est-ce qu'ils vont partager et comment ils vont le faire ? Ils ont mis l'accent sur une autre définition de la « connaissance ». Si elle n'est pas appréhendée comme un savoir universel, elle serait plutôt, selon eux, une somme d'expériences que chacun porte en lui (du ressenti, de l'intuition, de l'émotion). Elle est très subjective, ce n'est pas un savoir universel, d'où l'intérêt de la partager.

« Les professionnels partagent leurs connaissances. Alors après, c'est la manière dont ils partagent, c'est la nature même du partage, enfin c'est tout ça qui est en cause. » (M10)

« Je partage. Je ne sais pas si c'est la connaissance, ça m'embête un peu qu'on n'y mette pas aussi du ressenti, de l'intuition, de l'émotion. La connaissance, c'est comme si on se préservait pour une espèce de savoir universel. » (M13)

« La connaissance, c'est déjà ce que chacun porte en lui et qu'il peut appeler connaissance, c'est déjà soumis à un élément de subjectivité. Moi je sais, je sais quoi ? Ce que je suis, ce que j'ai appris de ma vie, de mon ressenti. La connaissance, ce n'est pas un savoir universel, d'où l'intérêt de le partager. » (M14)

Certains interviewés estiment qu'il est nécessaire de faire figurer au dossier médical partagé uniquement une synthèse aboutie des diagnostics, craignant le rôle médico-légal d'une ébauche de réflexion non aboutie. Ils estiment aussi que le dossier médical ne doit pas receler certaines connaissances car elles peuvent évoluer. Aussi, seuls des éléments factuels doivent être mis en exergue au sein d'un dossier médical. Le partage de certaines connaissances se passe en dehors du dossier, avec le patient ou les autres médecins.

« Je dirais qu'il y a deux choses à distinguer. Il y a le brouillon, on va dire. Quand on prend en charge quelqu'un, il y a des idées qui vous viennent en tête, on n'est pas forcément certain du diagnostic, et les choses évoluent dans le temps. Et c'est après quelques observations que l'on se fait une vraie idée. » (M5)

« Alors tout Le brouillon, je dirais initial, parfois on n'a pas envie de le partager parce que ce ne sont que des idées notées sur un bout de papier, et ça ne reste pas forcément, il ne faut pas que ça ait un rôle médico-légal. » (M8)

« Il faut faire très attention à ce que l'on écrit, et je dirais que c'est la synthèse finale qui est importante. Donc, il y a peut-être des éléments qui doivent rester du domaine connu et d'autres du domaine plutôt du domaine du brouillon, encore des choses qui appartiennent au médecin qui prend la personne en charge. Ce sont des supputations, des idées. » (M11)

« Mettre certaines connaissances dans un dossier médical pour moi c'est une hérésie, car les connaissances elles changent tous les jours, donc tout ce qu'on aura écrit hier n'est potentiellement plus valable aujourd'hui, alors que ça va pas évoluer dans le dossier. » (M12)

« Pour moi, un dossier, ça doit être assez factuel. Après les connaissances doivent être en dehors du dossier. Le dossier c'est ce qui est réellement arrivé. On peut l'interpréter si on veut. La comparaison est tout à fait inadéquate, mais c'est des choses factuelles alors que les connaissances, elles, ne sont pas forcément factuelles. Elles changent beaucoup. » (M15)

« Si on écrit dans un dossier : "vous devez faire dormir votre enfant sur le ventre" alors que deux ans plus tard il doit dormir sur le dos. Là, c'est pareil, les choses évoluent... En fait, il faut des choses qui ne soient pas susceptibles d'être sujettes à caution un an plus tard. Si, dans un dossier, on a écrit juste ce qu'il s'est passé, c'est simple ou un diagnostic. C'est vrai que le diagnostic, il peut changer. » (M17)

Pour certains interviewés, l'outil informatique améliore le partage d'information, mais uniquement lorsque les informations sont enregistrées de manière efficace dans le système. Pour d'autres interviewés, l'absence de partage résulte parfois d'une absence de création de l'information à partager. Partager le résultat d'une consultation ou d'une hospitalisation, signifie qu'il faut rédiger un compte-rendu spécifique. Dès lors, c'est du travail supplémentaire qui représente un frein au partage. Le problème est alors la création de l'information. Personne ne veut être celui qui remplit la machine d'information pour le bénéfice des autres.

« Donc oui ça a quand même un avantage, on peut retrouver plus facilement les informations. C'est peut-être plus simple. Mais quand les informations sont rentrées correctement sur l'informatique. » (M3)

« Il y a plusieurs raisons. La première raison, c'est qu'il faut déjà, je vous dis, souvent créer cette information. » (M5)

« Partager une image radiologique ou une analyse, c'est facile, il vous suffit d'appuyer sur un bouton. Maintenant, partager le résultat d'une consultation, ça veut dire qu'il faut rédiger un compte-rendu de consultation. » (M8)

« Partager des informations sur l'hospitalisation, ça veut dire qu'il faut rédiger un compte-rendu d'hospitalisation. Donc c'est du travail et les premiers principaux freins au partage, c'est déjà la création de l'information. » (M9)

« L'impression de non-partage n'est pas due au fait que l'émetteur ne veut pas partager. C'est que l'émetteur n'a pas créé l'information pour partager, ce qui est quand même important à savoir... » (M13)

« Il y a une accessibilité plus rapide à des informations parce qu'on va plus vite que le courrier, mais là c'est des données dans lesquelles il n'y a pas d'activités humaines, c'est-à-dire que personne ne va rentrer ces données manuellement dans un système, elles sont extraites directement d'une machine. » (M15)

« C'est sûr que, par rapport aux comptes-rendus que je reçois de mes collègues, on voit antécédents, histoire de la maladie, etc. Moi je suis un peu moins bon et ça m'emmerde. Je donne des éléments médicaux là pour le coup comme patient VIH, antécédents, etc. Je te l'envoie pour un bilan cardio parce qu'il fait de l'hypercholestérolémie, il a un essoufflement à l'effort. Bon, je fais les choses, mais c'est quand même beaucoup moins détaillé... » (M17)

Certains interviewés ont expliqué que les problèmes de partage sont liés à l'attitude et au comportement. En effet, ils ont indiqué que de nombreux médecins refusent de partager, en raison de leur isolement et de leur absence d'envie de participer à une mise en commun des connaissances. Cette attitude est notamment due selon eux au côté très compétitif des études de médecine. Le côté très compétitif des études de médecine participe également de ce comportement. Ils ont ajouté que l'absence de partage peut également être liée à un problème relationnel et un problème de personnalité. En effet, il arrive qu'il n'y ait pas un bon relationnel entre plusieurs intervenants. L'absence de partage de connaissances peut être lié à un certain égoïsme, mais aussi au caractère mégalomane et égocentrique de certains

personnels soignants qui, pensant détenir les clefs de la science universelle, se refusent à partager les informations détenues.

« Après, les médecins qui n'écrivent rien dans les dossiers, comme par exemple assez souvent des chirurgiens qui n'écrivaient rien dans les dossiers papiers, n'écrivent toujours rien dans les dossiers informatiques. » (M1)

« Alors après, soit on est dans des guéguerres, ça peut arriver. Des guerres de pouvoir, de territoire... » (M2)

« Un professionnel qui ne partagerait pas la connaissance, d'abord les professionnels ont toujours un petit esprit surtout dans la santé, ils sont tous mégalomanes, donc leur petit côté mégalomaniaque, ou un petit peu égocentrique. » (M4)

« Le problème pour certains médecins, c'est quand ils jugent que leur niveau de connaissances est un petit peu le niveau de la science universelle. » (M6)

« Beaucoup de médecins restent un peu isolés, réfractaires à l'échange pluridisciplinaire en général. Je pense que ce sont des comportements. On n'est pas éduqués pour ce type de partage. » (M8)

« On nous rabâche souvent le secret médical, mais je veux dire, ça va au-delà. C'est parfois une attitude qui nous est un peu inculquée. Peut-être même dès l'enfance, il y a un côté compétitif en médecine. Vous voyez, notre première année d'études c'est une compétition, du coup on est un peu dans l'absence d'échanges d'emblée... » (M10)

« Nous, à l'hôpital, on a un peu plus d'échanges, mais c'est très personnel, personnes dépendantes. » (M11)

« Ce sont des questions de personnalité des gens. Si vous avez en face de vous un médecin avec qui vous n'arrivez pas à dialoguer, vous n'échangez rien. » (M12)

« Il y a un manque de culture et puis il y a aussi ce côté de la personne en face de vous qui ne vous intéresse pas et avec qui, du coup, vous n'allez pas échanger avec lui, au détriment du patient parfois. On le sait tous, mais ceci dit vous ne pouvez pas empêcher l'être humain d'avoir des rapports complètement négatifs avec quelqu'un d'autre... » (M13)

« Cependant, je peux très bien imaginer d'avoir des difficultés avec un collègue. C'est difficile de passer, c'est-à-dire que je suis amenée à collaborer avec cette personne pour l'intérêt du patient... » (M14)

« Quand vous avez en face de vous, quelqu'un qui est impoli, pas du tout dans l'écoute, c'est sûr, c'est complexe. Enfin, vous voyez bien, dans blocs opératoires, quand l'anesthésiste et le chirurgien ne s'entendent pas, ça se passe très mal... C'est humain dépendant. » (M15)

« Par égoïsme. Bah non, mais c'est important de partager ses connaissances. C'est bien de faire partager ses expériences. C'est par égoïsme. Ceux que j'ai rencontrés c'était par égoïsme ou alors juste pour te dire : "t'apprendra tout seul, tu te démerdes". Voilà. Après je ne sais pas ce qui les pousse à être comme ça... » (M16)

« C'est un problème de personnalité, à ce moment-là. Vous avez des gens qui, quand ils sont avec d'autres n'alignent pas trois mots. D'ailleurs, les patients s'en plaignent en général. Ils disent : "Je vais voir mon médecin, il me parle pas, il ne répond pas à mes questions". Les gens s'en plaignent. Les patients s'en rendent très bien compte. » (M17)

Les raisons à l'absence de partage peuvent alors être de différents ordres, dont notamment la technicité trop importante de certaines informations et le caractère compétitif de la profession, que ce soit dans le domaine public ou le domaine privé. Certaines techniques médicales sont entourées d'un certain secret. Par ailleurs, il arrive également, selon les interviewés, que des connaissances issues de la recherche ne soient pas partagées en raison de brevets ou d'une certaine notoriété des intervenants.

« Il y en a qui ne veulent pas partager certaines choses très techniques et très spécialisées et parce qu'après c'est le positionnement. » (M1)

« Il y a toujours un peu de compétition malgré tout dans le privé ou même dans les hôpitaux publics. » (M3)

« Peut-être, parfois, il y a des secrets, des techniques, notamment des techniques chirurgicales de haute volée pour des gens qui sont à la pointe de je ne sais pas quoi, qui ne vont pas le partager de manière facile... » (M4)

« Maintenant pour les chercheurs, si vous avez des connaissances qui pour des raisons de brevet, pour des raisons de notoriété cachent. » (M5)

« ... Après il y a l'expertise, il y a un petit peu ce côté. » (M8)

D'autres interviewés ont analysé les facteurs qui entraînent l'absence de partage des connaissances entre professionnels de santé. Ils en ont identifié plusieurs, dont la volonté de garder le pouvoir, mais également le partage d'information peut être empêché par un praticien qui ne souhaite pas partager le fruit de son travail, estimant que sa réflexion et son diagnostic n'appartiennent qu'à lui.

« L'information c'est le pouvoir en général... Si vous voulez, plus vous partagez vos données moins vous avez de pouvoir... » (M9)

« Et puis, aussi bizarre que ça puisse paraître, pour les médecins parfois si je donne toutes mes données alors je ne sers plus à rien. Mais quand même c'est à moi, c'est moi qui ai fait ceci, qui ai fait ces conclusions, qui ai étayé mon diagnostic de telle ou telle façon. Je garde ça pour moi. » (M12)

Les dix-sept médecins interviewés ont exposé les problèmes liés au dossier médical partagé. Cet outil, sur le plan théorique, est considéré comme un moyen qui favorise le partage au sein des organisations hospitalières. Mais selon les interviewés, au contraire, cette technologie bloque et freine le partage, ainsi que toutes les initiatives tendant à intégrer le travail collaboratif.

Les interviewés notent la complexité dans le partage des informations avec des intervenants extérieurs. Cette occurrence est de nature à complexifier l'accès de chacun aux données médicales. Ils soulignent également l'importance d'avoir un outil interne susceptible d'entrer en contact avec l'extérieur. Des médecins reviennent également sur le partage des informations entre structure hospitalière et médecins libéraux. Ils ont émis également une critique de l'outil informatique, indiquant qu'il est en permanence en chantier pour intégrer de nouvelles fonctionnalités qui n'arrivent pas toujours assez vite compte tenu des besoins. Ils ont mis en avant également l'absence de communication entre les logiciels au niveau interne.

« Mais après, la difficulté c'est de la personnaliser en fonction des services et de la rendre aussi facile à avoir des liens éventuellement avec l'extérieur : avec d'autres hôpitaux, avec les médecins traitants, les médecins généralistes traitants. C'est tout ça qu'il faut mettre en place, ce qui n'est pas pour l'instant forcément réalisé ou réaliste avec les moyens informatiques actuels. » (M2)

« On a un petit hôpital et un centre de santé. Les deux travaillent avec des logiciels différents et du coup on n'a pas accès, on ne peut pas avoir accès à leurs dossiers et ils ne peuvent pas avoir accès aux nôtres. » (M5)

« C'est dommage de ne pas pouvoir partager l'information et c'est un problème informatique pur. Ce sont des problèmes informatiques qui sont importants parce que ça a des conséquences sur le travail au quotidien. » (M6)

« Il y a tous ces problèmes de sécurité qui ne sont pas uniformisés, c'est-à-dire qu'on n'a pas d'unité dans les systèmes d'information. Donc, les radiologues n'ont pas tous le même système, les laboratoires d'analyses ne sont pas regroupés. » (M8)

« Disons que là, dans la structure où je suis actuellement, il y a un dossier médical partagé au sein de l'établissement mais qui n'est pas partagé avec le reste du réseau. » (M10)

« La vraie difficulté pour nous ; c'est le partage entre les différents libéraux et les hospitaliers. » (M11)

« Par contre, les dossiers médicaux partagés, ça n'existe pas... Donc, forcément ça ne répond jamais aux attentes. » (M12)

« L'interface avec l'extérieur est très difficile...C'est un dossier qui est incompatible avec euh... C'est un dossier unfriendly. En informatique, c'est ça l'idée, c'est tout éternellement en cours. Dès qu'on dit un truc, c'est en cours. Ça met longtemps à arriver. » (M13)

« La majorité aujourd'hui, je pense, des hôpitaux français n'ont pas de dossier informatisé des patients. » (M16)

6. Conclusion

Ce papier, a analysé les problématiques liées à l'usage du DMP pour le partage de connaissances médicales dans les établissements de soins en France.

Suite à notre analyse, nous avons constaté que certaines caractéristiques individuelles liées à la personnalité et l'attitude des praticiens peuvent influencer le comportement du partage. Nous citerons les principaux facteurs qui peuvent expliquer les réticences envers le partage : (1) l'isolement et l'absence d'envie de participer à une mise en commun des connaissances, (2) le côté très compétitif des études de médecine, (3) un problème relationnel, (4) un problème de personnalité, (5) l'égoïsme, (6) un caractère mégalomane et égocentrique, (7) la technicité trop importante de certaines informations, (8) le caractère compétitif de la profession, (8) le pouvoir et (9) le fait que la connaissance est parfois considérée comme un savoir universel.

Dans un autre registre, certaines techniques médicales sont entourées d'une forme de secret. Par ailleurs, il arrive également que des connaissances issues de la recherche ne soient pas partagées en raison de brevets ou d'une certaine notoriété des intervenants. Contrairement aux médicaments, le traitement thérapeutique et le diagnostic ne peuvent pas faire jouir son créateur des droits de propriété intellectuelle (IPR) et des avantages qu'accorde l'instrument du brevet. De fait, cette situation est très contestée par les professionnels de santé qui argumentent principalement en disant que cela représente un handicap à l'avancée de la recherche. Suite à notre analyse, il s'avère que le brevet peut donc constituer le meilleur outil d'encouragement du partage.

La confiance en soi est définie comme un ensemble de croyances qu'a un individu en ses propres compétences. Elle lui permet d'agir dans des environnements incertains et semble se développer en fonction de l'environnement managérial et intentionnel. Au cours de notre recherche, nous avons constaté que les personnels soignants ne mettent dans le dossier médical partagé qu'une synthèse aboutie des diagnostics, craignant le rôle médico-légal d'une ébauche de réflexion inaboutie. Ainsi, dans le dossier médical, nous trouvons uniquement la synthèse finale.

Nous avons constaté aussi que les problèmes de partage de connaissances sont liés au dossier médical partagé. Cet outil, sur le plan théorique, est considéré comme un moyen qui favorise le partage au sein des établissements de santé. Mais, au contraire, cette technologie s'avère bloquer et freiner le partage, ainsi que toutes les initiatives tendant à intégrer le travail collaboratif. Dans ce qui suit, nous présentons les principaux problèmes liés à la technologie : (1) l'absence de communication entre les logiciels au niveau interne (2) et avec des intervenants extérieurs, (3) des modifications continues de l'outil après la mise en place, (4) un contenu pauvre et peu détaillé, (5) le fait que l'outil ne soit pas prévu pour intégrer certains actes médicaux, (6) ni pour recueillir une vraie réflexion, (7) et enfin que les personnels soignants ne sont pas formés à son utilisation.

Légalement, il n'existe aucune typologie permettant d'opérer une classification des informations médicales. Aujourd'hui, suite au partage massive de ce type d'information inter et intra organisationnelle, il faudrait donc un texte susceptible de définir clairement les contours entre chaque type d'information. De cette manière, il serait plus aisé pour chacun des

acteurs de connaître la nature et l'importance des informations dont il dispose et comment il peut les partager. Il pourrait notamment être envisagé de créer une dissociation des différentes informations au niveau médical. Chacune d'entre elles permettrait ainsi d'appliquer un régime différent. Certaines informations, jugées plus sensibles que d'autres, ne seraient pas communiquées automatiquement à certains membres de l'équipe médicale, comme c'est le cas dans le cadre du « secret partagé » actuel. Cette typologie serait pérenne et permettrait ainsi de faire une balance équilibrée des intérêts en présence

Nos futurs travaux viseront à explorer davantage le processus du partage et d'expliquer les facteurs explicatifs du comportement du partage de connaissances au niveau inter organisationnel et à poursuivre cette recherche par une approche quantitative confirmatoire. Les notions de confiance en soi, de propriété intellectuelle et de classification, ainsi que leurs interactions avec le comportement du partage nous paraissent une piste intéressante, nécessitant une conceptualisation plus approfondie et une validation empirique poussée. En ce qui concerne la classification des données médicales, il nous semble intéressant d'étudier le rôle de cette dernière dans d'autres contextes, à savoir : la gouvernance des données, la transformation digitale de la santé, la santé connectée, le Big Data santé... Aujourd'hui, le traitement massif des données soulève de nombreuses inquiétudes en matière de sécurité et le respect de la vie privée.

Références

- Bartol K., et Srivastava A. (2002). Encouraging knowledge sharing: The role of organisational rewards, *Journal of Leadership and Organisation Studies*, 9(1), p. 64-76.
- Borgman, C. 2015. "Why are data sharing and reuse so difficult to do?," Stanford Data Day, Los Angeles.
- Brohm R. (1999). Bringing Polanyi onto the theatre stage: a study on Polanyi applied to Knowledge Management. Conférence ISMICK International Symposium on Management of Industrial and Corporate Knowledge, Erasmus University, Rotterdam (The Netherlands), p.57-69.
- Collins C.J., et Smith K.G. (2006). Knowledge exchange and combination: The role of human resource practices in the performance of high-technology firms. *Academy of management journal*, 49(3), p. 544-560.
- Connelly C.E., et Kelloway E.K. (2003). Predictors of employees' perceptions of knowledge sharing cultures. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(5/6), p. 294-301.
- Cummings J.N. (2004). Work Groups, Structural Diversity, and Knowledge Sharing in a Global Organization. *Management science*. 50(3), p. 352–364.
- Davis, E., Thewes, B., Butow, P., and Mason, C. 2014. "A qualitative study of consumer attitudes to sharing psychosocial information within the multidisciplinary cancer care team," *Support Care Cancer* (22:4), pp. 869–70.
- Ermine J.L., Mouradi M., et Brunel S. (2012). Une chaîne de valeur de la connaissance. *Management International*, 16, p.29-40.
- Fieschi M. (2003). Les données du patient partagées: la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins, Note d'orientation remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées: Les données du patient partagées: propositions pour l'expérimentation.
- Ford D. P., et Chan Y. E. (2003). Knowledge sharing in a multi-cultural setting: A case study. *Knowledge Management Research & Practice*, 1(1), p. 11–27.
- Glass, B. D., Maddox, W. T., Bowen, C., Savarie, Z. R., Matthews, M. D., Markman, A. B., and Schnyer, D. M. 2011. "The effects of 24-hour sleep deprivation on the exploration exploitation trade-off," *Biological Rhythm Research* (42:2), pp. 99-110.
- Ipe M. (2003). Knowledge sharing on organizations: A Conceptual framework, *Human Resource Development Review*, 2(4), pp. 337-359.
- Ivanov, A., Sharman, R.H., and Raghav, R. 2015. "Exploring factors impacting sharing health-tracking records," *Health Policy and Technology* (4:3), pp. 263-276.
- Lin, H. (2007). Knowledge sharing and firm innovation capability: an empirical study. *Int. J. Manpow.* 28, p. 315–332.
- Mesmer-Magnus J.R. et DeChurch L.A. (2009). Information sharing and team performance: A meta-analysis. *J. Appl. Psychol.* 94 (2), p. 535–546.
- Pédauque R.T. (2003). Form, Sign and Medium, As Reformulated for Electronic Documents. http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00000594
- Perera, G., Holbrook, A., Thabane, L., Foster, G., and Willison, D.J. 2011. "Views on health information sharing and privacy from primary care practices using electronic medical records," *International Journal of Medical Information* (80: 2), pp. 94-101.
- Ryu S., Ho S.H., et Han I. (2003), Knowledge sharing behavior of physicians in hospitals. *Expert Systems With Applications*, 25, p. 113-122.
- Smith, H.J., Dine, T., and Xu, H. (2011). "Information privacy research: an interdisciplinary review," *MIS Quarterly* (35:4), pp. 989–1016.
- Varela F.J. (1989). *Connaître les sciences cognitives: tendances et perspectives*. Paris, Seuil.
- Vo K-T. (2013). Déterminant du comportement de recommandation d'un site web, thèse soutenue le 19 décembre 2013 à l'Université Paris-Dauphine.
- Wang S., et Noe R. (2010). Knowledge sharing: A review and directions for future research. *Human Resource Management Review*, 20(2), p. 115–131.