

Faculté de santé publique

Les effets du Dossier Médical Informatisé sur la santé mentale des infirmiers

Mémoire réalisé par
Fleiti Petra

Promoteur
Olivier Jégou

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Remerciement

Je tiens à remercier tout d'abord mon promoteur, **Olivier Jégou**, pour son accompagnement attentif, sa disponibilité et ses conseils précieux tout au long de ce travail. Sa bienveillance et sa rigueur ont été déterminantes dans la réalisation de ce mémoire.

Ma gratitude va également aux infirmiers et infirmières des Cliniques universitaires Saint-Luc qui ont accepté de partager leur vécu avec moi. Leurs témoignages ont constitué la matière vivante et essentielle de cette recherche.

Un merci tout particulier à **ma sœur, à ma famille et à mes amis**, pour leur soutien, leur patience et leurs encouragements, qui m'ont portée jusqu'au bout de ce projet.

Je tiens aussi à mentionner **Fluffy**, dont la présence à mes côtés au tout début de cette aventure d'écriture a été un véritable soutien.

Enfin, j'adresse une pensée profonde à **une personne** dont le départ soudain a été une épreuve difficile pour mon entourage et moi.

Ce mémoire a été réalisé au cours d'une année particulièrement éprouvante sur le plan personnel. Il a été écrit dans un contexte de deuil et de bouleversements personnels importants, ce qui en renforce, à mes yeux, la valeur et la portée.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des abréviations

- **IA** : Intelligence artificielle
- **CNI** : Chief nursing informaticist
- **DMI** : Dossier médical informatisé
- **OCDE** : l'Organisation de coopération et de développement économiques
- **RHM** : Résumé Hospitalier Minimum
- **TIC** : Technologies de l'information et de la communication
- **TPI²** : Trajet patient intégré et informatisé

Note terminologique :

Dans un souci de lisibilité et d'allègement du texte, le terme *infirmier* est utilisé de manière générique tout au long de ce mémoire pour désigner l'ensemble des soignants exerçant les soins infirmier, indépendamment de leur genre. Ce choix rédactionnel ne reflète aucun parti pris et vise uniquement à faciliter la lecture.

Table des matières

I. Introduction	7
II. Cadre théorique	9
A. Technologies numériques en santé : impacts sur les soins et la profession infirmière	9
1. Technologies numériques et transformation des soins	9
2. Technologies et redéfinition du rôle infirmier	11
B. Le DMI : outil numérique, pratiques professionnelles et mutation organisationnelle	12
1. Définition et finalités du DMI	12
2. Le rôle des infirmiers dans l'utilisation du DMI	14
3. Le DMI, une innovation managériale et organisationnelle	16
a) Le trajet patient intégré et informatisé (TPI ²)	18
C. Le bien-être et l'impact du DMI sur les infirmières	20
1. Le bien-être, le bien-être psychologique	20
2. Impact potentiel du DMI sur les infirmières	22
D. Problématique	23
1. Objectif	24
2. Question de recherche	24
3. Cadre d'analyse	24
III. Méthodologie	26
A. Méthode de collecte des données	27
1. Critères d'inclusion et d'exclusions	27
2. Processus de recrutement	28
B. Analyse des données	29
C. Limites	30
IV. Résultats	32
A. Axe cognitif	33
1. Structuration de l'information	33
a) Accès centralisé et efficacité perçue	33
b) Traçabilité et continuité des soins	33
c) Perception de la sécurité	34
2. Organisation du travail	34
a) Temps consacré à l'encodage	34
b) Charge cognitive au travail	35
c) Automatisation et perte de réflexivité	36
d) Charge administrative	37
e) Problèmes techniques	37
3. Processus d'apprentissage et adaptation au DMI	38
a) Apprentissage sur le terrain	38
b) Formation reçue	38
c) Formation continue	39
d) Adaptation à l'outil	39
B. Axe existentiel/relationnel	41

1.	Rapport au métier	41
a)	Perte de sens	41
b)	Sentiment d'utilité professionnelle	41
c)	Redéfinition du rôle infirmier	42
d)	Autonomie professionnelle renforcée	42
2.	Relation soignant-soigné	42
a)	Réduction du temps au chevet du patient	43
b)	Qualité de la relation soignant-soigné	43
C.	Axe émotionnel	44
1.	Surcharge émotionnelle	44
a)	Fatigue liée au DMI	44
b)	Stress lié à l'encodage	45
2.	Expériences émotionnelles	46
a)	Sentiment de frustration	46
b)	Ambivalence émotionnelle	46
D.	Implémentation perçue comme contraignante	47
1.	Mise en œuvre en pleine crise sanitaire	47
2.	Perception de surveillance	48
E.	Résumé des résultats	48
V.	Discussions	50
A.	Un outil de centralisation perçu comme utile au raisonnement clinique	50
B.	Une automatisation progressive du raisonnement infirmier	51
C.	La surcharge cognitive, une conséquence majeure de l'encodage	52
D.	Des apprentissages informels et l'importance d'une formation continue	54
E.	Lé vécu du travail infirmier face au DMI	56
F.	La relation soignant-soigné face aux outils numériques	57
G.	La charge émotionnelle liée à la surcharge cognitive	58
H.	Une ambivalence émotionnelle face au DMI	60
I.	Une implémentation perçue comme contraignante : contraintes structurelles et ressentis institutionnels	61
VI.	Limites	63
VII.	Conclusion	64
VIII.	Bibliographie	62
IX.	Annexes	69

I. Introduction

Dans un contexte de transformation numérique accélérée du système de santé, les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) occupent une place centrale dans les pratiques professionnelles hospitalières. En Belgique, cette dynamique s'est concrétisée notamment par l'obligation, depuis 2018, pour tous les hôpitaux de se doter d'un Dossier Médical Informatisé (DMI), visant à digitaliser le système de santé (SPF Santé publique, 2017). Présenté comme un levier d'efficacité, de traçabilité et de sécurité des soins, le DMI s'impose aujourd'hui comme un outil incontournable dans l'activité quotidienne des soignants. Mais au-delà de ses avantages techniques, cette évolution soulève de nombreuses questions sur les effets réels de cette technologie sur le vécu professionnel, en particulier celui des infirmiers.

Le bien-être psychologique au travail constitue un enjeu de santé publique en Belgique. Selon une enquête récente menée par Sciensano, « 23 % des travailleurs belges sont exposés à un risque d'épuisement professionnel » (2023, p. 13). Ce constat souligne la nécessité d'examiner plus finement les facteurs de mal-être dans certains secteurs particulièrement exposés, comme les soins infirmiers en milieu hospitalier.

À ce jour, peu d'études scientifiques semblent avoir été publiées en Belgique sur l'impact du DMI sur le bien-être des professionnels infirmiers. Si certaines recherches s'intéressent à son usage en médecine générale (KCE, 2021) ou à ses implications organisationnelles, aucune ne traite spécifiquement de ses effets psychologiques ou expérientiels sur les infirmiers en milieu hospitalier. Cette absence relative dans la littérature confère à cette étude un intérêt particulier. En venant combler ce vide empirique, elle vise à éclairer, de manière qualitative, un vécu professionnel encore peu documenté, malgré les profondes transformations induites par l'introduction du DMI dans les soins.

Ce mémoire s'appuie sur une recherche menée auprès de douze infirmiers et infirmières des Cliniques universitaires Saint-Luc, qui ont accepté de partager leur expérience du système Trajet Patient Intégré Informatisé (TPI²), le DMI de l'institution. À travers une méthodologie qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs, cette étude vise à explorer la manière dont l'implémentation du DMI influence leur bien-être psychologique. Plus précisément, il s'agit de comprendre comment cet outil affecte leur charge mentale, leurs émotions au travail, mais aussi leur rapport au sens du soin et à la relation soignant-soigné.

Les résultats de cette recherche mettent en évidence une pluralité d'effets, parfois contradictoires. Si certains professionnels y perçoivent un gain de lisibilité, de sécurité ou d'efficacité dans la coordination des soins, d'autres dénoncent une surcharge cognitive, un sentiment de perte de sens ou encore une intensification de la pression documentaire. Ces expériences, parfois ambivalentes, traduisent une réalité complexe, où les enjeux techniques se mêlent à des dynamiques organisationnelles et subjectives profondes.

L'analyse de ces résultats s'appuie sur trois axes définis à partir du cadre théorique : un axe cognitif (liée à la charge mentale et à la structuration du travail), un axe existentiel et relationnel (centré sur le sens du travail et la relation au patient), et un axe émotionnel (focalisé sur l'épuisement, le stress ou la frustration ressentis). Ce découpage analytique permet de rendre compte de la diversité des vécus infirmiers, tout en identifiant des points de tension ou de régulation propres à l'usage du DMI dans le quotidien soignant.

La question de recherche qui guide ce mémoire est la suivante : « Comment l'implémentation du dossier médical informatisé influence-t-elle le bien-être psychologique des infirmiers hospitaliers ? »

La démarche de recherche s'organise en plusieurs temps. Après une revue de la littérature et un cadre conceptuel croisant santé publique, sociologie et psychologie du travail et sciences infirmières, une partie est consacrée à la formulation de la problématique. Cette étape permet de préciser la question de recherche et les objectifs poursuivis. Vient ensuite une méthodologie qualitative rigoureuse, fondée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de soignants. Les résultats sont présentés selon les trois axes définis (cognitif, relationnel-existentiel et émotionnel), puis discutés à la lumière des apports théoriques et de pistes de réflexion critiques. Enfin, une conclusion synthétise les principaux enseignements de l'étude, ses limites et les perspectives qu'elle ouvre.

Dans un contexte où les établissements de soins sont confrontés à des enjeux croissants de performance, de qualité et de rétention du personnel, le bien-être psychologique des infirmiers s'impose comme un enjeu de santé publique à part entière. Cette étude vise à appuyer ce constat en explorant les effets concrets de l'usage du DMI sur le vécu professionnel des soignants. Mieux comprendre ce qui fragilise ou soutient ce bien-être, à travers l'expérience numérique, c'est contribuer à repenser les conditions d'un soin plus humain, plus durable et mieux adapté aux réalités du terrain.

II. Cadre théorique

Pour inscrire cette recherche dans les champs théoriques et scientifiques existants, il est nécessaire de s'appuyer sur un cadre conceptuel permettant de mieux comprendre les enjeux liés à l'implémentation du DMI dans la pratique infirmière. Celui-ci permet non seulement de clarifier des notions clés telles que la transformation numérique du travail, le bien-être psychologique ou encore le rôle infirmier dans le DMI, mais aussi d'analyser comment ces dimensions interagissent dans le contexte des établissements de santé. Ce cadre conceptuel s'appuie sur des apports issus de la santé publique, des sciences infirmières, de la psychologie et sociologie du travail. Il vise à mieux comprendre l'articulation entre les outils numériques, les conditions d'exercice infirmier et le vécu subjectif des soignants. Il constitue une base pour construire la problématique et structurer l'analyse à partir de repères théoriques reconnus.

A. Technologies numériques en santé : impacts sur les soins et la profession infirmière

1. Technologies numériques et transformation des soins

Cette partie explore l'impact des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) sur le système de santé. Elle examine d'abord leur rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins, en mettant en avant les solutions qu'elles offrent pour réduire les inégalités géographiques et faciliter la prise en charge des patients. Ensuite, elle analyse comment les TIC participent à l'autonomisation des patients en leur permettant de mieux gérer leur santé grâce à divers outils numériques. Enfin, elle met en évidence leur contribution à l'optimisation de la qualité des soins, notamment à travers une meilleure coordination entre les professionnels de santé.

Les TIC sont « capables de produire, traiter, stocker ou transmettre une information à des fins médicales ou médico-sociales » (Fernandez et al., 2015, p.11). Les TIC en santé comprennent des outils comme le Dossier Médical Informatisé (DMI), la télémédecine, les applications mobiles de santé, les objets connectés tels que les montres, l'intelligence artificielle (IA), etc.

De nombreuses études montrent que les TIC contribuent à améliorer l'accès aux soins de santé. Par exemple, un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] (2010), souligne l'apport de la télémédecine dans l'amélioration des soins pour les populations vivant en milieu rural ou dans des zones éloignées. De son côté, l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (2019) met en avant les opportunités qu'offrent ces technologies,

notamment dans les régions où les ressources médicales sont limitées. En plus de faciliter l'accès aux soins, elles jouent un rôle essentiel dans l'éducation en santé publique et la diffusion rapide d'informations médicales en cas d'urgence.

Enfin, selon Karsenti et Charlin (2010), la télémédecine facilite la communication entre patients et professionnels de santé, permettant d'obtenir des consultations et des avis médicaux à distance, sans nécessiter de déplacement, ce qui améliore l'accessibilité aux soins.

Selon Anne-Sophie Cases (2017), les technologies numériques de santé contribuent à l'autonomisation des patients en leur facilitant l'accès aux informations médicales, aux outils de suivi et aux ressources d'accompagnement. À travers l'usage des sites web, des objets connectés ou encore des réseaux sociaux, le patient devient progressivement un « patient connecté », tant par ses pratiques personnelles que par l'intégration de ces outils par les professionnels de santé. Elle illustre cette dynamique avec l'application *Aviitam*, une plateforme qui permet au patient de centraliser ses données médicales, d'accéder à des contenus éducatifs personnalisés et de partager ses informations avec les professionnels de santé. Anne-Sophie Cases (2017) souligne que cet outil « place le patient au cœur du dispositif », en l'impliquant activement dans son parcours de soins. Selon elle, *Aviitam* joue un rôle de miroir et de coach numérique : « le patient informé / éduqué devient un patient engagé, et l'outil lui sert de miroir, de coach, et ainsi peut l'aider à modifier ses habitudes et ses comportements » (Cases, 2017, p. 149).

Les TIC jouent un rôle majeur dans l'optimisation de la qualité des soins de santé. Selon un rapport de l'OCDE (2010), elles permettent aux professionnels de santé de collecter et de partager, avec précision et au bon moment, les données médicales essentielles. Elles contribuent ainsi à une meilleure coordination des soins et à une gestion plus efficace des ressources. De plus, elles s'avèrent précieuses pour renforcer des aspects essentiels de la sécurité des soins prodigués aux patients. Plusieurs articles donnent l'exemple du DMI pour démontrer l'optimisation de la qualité des soins. Une étude publiée dans le *Canadian Family Physician* souligne que les DMI ont eu « des effets favorables sur les soins aux patients et sur la vie professionnelle des médecins de famille » (Manca, 2015, p. 846)

notamment en facilitant l'accès rapide aux antécédents médicaux et en réduisant les duplications inutiles d'examens. De plus, une recherche dans la *Revue Médicale Suisse* en 2021 met en évidence que l'exploitation des données issues des DMI permet non seulement

d'améliorer les soins aux patients, mais aussi d'évaluer la qualité des pratiques médicales et de soutenir la recherche clinique.

Ces résultats soulignent que l'impact des TIC sur la qualité des soins ne relève pas uniquement d'un progrès technique, mais bien d'une transformation des pratiques professionnelles. En facilitant l'accès à l'information clinique et en réduisant les redondances, le DMI apparaît comme un outil structurant du travail médical et infirmier.

Ce qu'il faut retenir

La littérature met en évidence les apports des TIC dans les systèmes de santé, notamment en matière d'accessibilité, d'autonomisation des patients et d'optimisation de la qualité des soins. Plusieurs études soulignent leur rôle facilitateur dans la coordination entre professionnels et dans la sécurisation des parcours de soins. Ces éléments suggèrent que l'intégration des TIC constitue un levier potentiel d'amélioration, tout en appelant à une analyse de leurs effets concrets sur les pratiques de terrain

2. Technologies et redéfinition du rôle infirmier

Cette partie explore les transformations potentielles du rôle infirmier à travers l'introduction des TIC dans les pratiques cliniques. Elle examine les opportunités identifiées dans la littérature en matière d'amélioration de la gestion des données, de coordination des soins et de communication interprofessionnelle. Elle met également en lumière les défis soulevés par plusieurs auteurs, tels que la surcharge de travail, la fragmentation des soins et les limites en matière de relation soignant-patient.

Plusieurs travaux suggèrent que les TIC peuvent contribuer à renforcer la prise en charge des patients, notamment en améliorant l'accès aux informations cliniques et en facilitant la coordination des interventions. D'après Picard et Kleib (2020), l'intégration de systèmes d'information clinique permettrait aux infirmiers de gérer et de synthétiser plus efficacement les données des patients, favorisant une prise de décision éclairée.

Cependant, malgré les bénéfices associés aux TIC, leur intégration dans les pratiques. Toutefois, plusieurs études mettent en garde contre les effets potentiellement négatifs liés à l'usage des TIC dans le travail infirmier. Selon l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [OIIQ] (2024), certaines conceptions inadaptées des outils numériques pourraient générer des

difficultés dans le quotidien professionnel, l'allongement du temps de documentation ou un sentiment de surcharge administrative. Ces éléments sont identifiés comme des enjeux susceptibles d'altérer la qualité du travail et le temps dédié aux soins directs.

D'autres auteurs pointent les interruptions fréquentes induites par les alertes et notifications numériques, susceptibles de perturber la concentration des soignants et de fragmenter leur raisonnement clinique (Ronquillo et al., 2017). (Ratwani et al.) (2018) soulignent que le manque de formation ou de soutien lors de l'implémentation de systèmes complexes pourrait accroître le risque d'erreurs, notamment en documentation, en interprétation des données ou en attention portée au patient.

Enfin, certaines publications questionnent les effets des TIC sur la qualité des relations humaines dans les soins. Une étude de la faculté de médecine de l'Université Laval (2018) souligne que si la communication électronique facilite la transmission d'informations, elle ne remplace pas les échanges en face-à-face jugés essentiels à la relation thérapeutique. Des éléments comme l'observation globale du patient, l'expression des non-dits ou l'établissement d'une relation de confiance pourraient être moins bien pris en compte dans des dispositifs numériques.

Ce qu'il faut retenir

La littérature consultée met en évidence à la fois des leviers potentiels et des enjeux critiques associés à l'intégration des TIC dans les pratiques infirmières. Si ces outils semblent favoriser la coordination et la traçabilité des soins, plusieurs auteurs identifient aussi des risques, tels qu'une charge de travail accrue ou une altération des interactions humaines. Ces éléments permettent de poser un cadre conceptuel utile pour analyser les effets concrets de ces technologies sur le travail infirmier.

B. Le DMI : outil numérique, pratiques professionnelles et mutation organisationnelle

1. Définition et finalités du DMI

Selon l'INAMI, l'« eSanté » désigne « l'utilisation des technologies de l'information et de la communication » (eSanté, s.d., paragr. 1) . Selon une circulaire du SPF Santé publique, intitulée « Programme accélérateur 2018 », depuis le 1er janvier 2018, la législation belge impose à tous

les hôpitaux de disposer d'un DMI. Cette obligation s'inscrit dans une volonté fédérale de modernisation des systèmes de santé, dans le cadre du plan eSanté, afin de renforcer la qualité des soins, la continuité de la prise en charge et la sécurité des données de santé. (Plan d'action interfédéral eSanté 2025-2027, s.d.).

Selon le portail Belgium.be, le DMI est « un dossier longitudinal regroupant des informations sur l'état de santé d'un patient, complété après un contact avec des acteurs du secteur de la santé. » (2024, paragr. 1). Dans le contexte hospitalier, le DMI contient généralement des informations telles que les antécédents médicaux, les résultats d'examens, les prescriptions, les plans de soins, ainsi que les observations cliniques consignées par les professionnels de santé, notamment les infirmiers (Belgium.be, 2024). Comme démontré précédemment, la numérisation des dossiers vise à améliorer la qualité des soins, renforcer la sécurité des patients et faciliter la coordination entre professionnels de santé.

Parmi les principaux avantages du DMI figure la réduction des erreurs médicales. En centralisant les informations médicales et en les rendant accessibles en temps réel, le DMI limite les risques d'erreurs de prescription ou de duplication d'examens (World Health Organization [WHO], 2021). L'OMS insiste sur le fait que l'accès rapide à l'historique médical d'un patient permet une prise de décision plus éclairée, notamment en situation d'urgence.

Un autre avantage notable est l'amélioration de la coordination interdisciplinaire. Selon Darbyshire et al. (2021) dans un environnement hospitalier où plusieurs professionnels interviennent autour d'un même patient, la possibilité de partager instantanément des informations précises et actualisées favorise la cohérence des décisions thérapeutiques. Une étude publiée dans le European Journal of Public Health souligne que les DMI améliorent la communication entre médecins, infirmiers et autres professionnels, réduisant ainsi les délais de réponse et les incompréhensions (Campanella et al., 2016).

Le DMI aurait également un impact positif sur l'efficacité administrative. Selon Poissant et al. (2005), les infirmiers sont plus susceptibles de gagner en efficacité temporelle grâce à l'utilisation d'un DMI, en particulier lorsqu'ils utilisent des formulaires standardisés au point de soins. Cette amélioration permettrait de libérer du temps pour les soins directs. Ces bénéfices organisationnels sont régulièrement mis en avant pour justifier l'adoption généralisée du DMI dans les établissements de santé.

Cependant, l'introduction du DMI n'est pas sans limites. Parmi les inconvénients, plusieurs études pointent une charge cognitive accrue pour les soignants. Selon McBride et al. (2018), l'apprentissage du système, sa complexité ou encore les problèmes techniques peuvent générer du stress, surtout lorsque le système n'est pas intuitif ou mal adapté aux réalités cliniques.

En Belgique, bien que des standards nationaux existent, la diversité des systèmes informatiques employés par les établissements de santé entrave parfois la fluidité du partage de données entre hôpitaux et avec les soins primaires (eHealth, 2023). Cela compromet l'un des objectifs principaux du DMI, à savoir assurer la continuité des soins.

Enfin, selon l'OCDE (2019), l'utilisation intensive des DMI soulève des questions éthiques et juridiques liées à la protection des données de santé. Bien que des mesures de cybersécurité soient mises en place, les risques de violation de la vie privée ou de piratage ne peuvent être totalement écartés. On observe une tension entre le potentiel d'efficacité porté par le DMI et les obstacles rencontrés dans son usage.

Ce qu'il faut retenir

Le DMI apparaît dans la littérature comme un outil structurant des politiques de modernisation des soins, associant des objectifs de qualité, de sécurité et de coordination. Toutefois, son usage concret semble générer des enjeux organisationnels et humains, parfois en décalage avec ses finalités initiales. Cette tension, largement relevée dans les études, appelle une exploration plus fine de ses effets sur les pratiques professionnelles.

2. Le rôle des infirmiers dans l'utilisation du DMI

Les infirmiers, en tant qu'acteurs de première ligne dans les établissements hospitaliers, jouent un rôle fondamental dans la gestion quotidienne des données de santé. Leur implication va bien au-delà de la simple saisie d'informations, puisqu'ils assurent la continuité, la qualité et la sécurité des soins via une utilisation rigoureuse du DMI.

D'après Ronquillo et al. (2017), les infirmiers sont responsables de la documentation des soins en temps réel, incluant les paramètres vitaux, les observations cliniques, les interventions réalisées, ainsi que les réponses des patients aux traitements. Ces informations, consignées dans le DMI, sont essentielles pour la coordination des soins entre professionnels, permettant une prise en charge cohérente et sécurisée. De même, Darvish et al. (2014) soulignent que cette

documentation contribue directement à la qualité globale des soins, en facilitant l'évaluation continue de l'état du patient.

Selon Carayon et al. (2015), le DMI permet également aux infirmiers de planifier les soins de manière structurée et personnalisée. Grâce aux fonctionnalités intégrées de certains logiciels, les professionnels peuvent adapter les plans de soins en fonction de l'évolution clinique du patient. Ce processus favorise l'application de standards de qualité tout en renforçant la sécurité grâce à des alertes automatisées, notamment sur les allergies ou les interactions médicamenteuses.

Lavin et al. (2015) rappellent que les infirmiers jouent également un rôle central dans la continuité des soins, particulièrement lors des transmissions entre équipes. Le DMI permet d'assurer une traçabilité complète des interventions et facilite les passages de relais, réduisant ainsi les pertes d'information. Cela est particulièrement crucial dans les services à forte intensité, comme les soins intensifs ou les urgences, où les changements de personnel sont fréquents.

Selon Koivunen et al. (2010), les infirmières exercent une fonction pédagogique importante, en accompagnant les nouveaux collègues ou les étudiants dans l'apprentissage de l'outil numérique. Leur expérience clinique en fait des référents sur le terrain, promouvant les bonnes pratiques en matière de documentation informatisée.

Cette littérature met en évidence le rôle stratégique des infirmiers dans l'appropriation et l'intégration des outils numériques en milieu hospitalier. En les positionnant comme garants de la continuité des soins, mais aussi comme médiateurs entre les exigences technologiques et les réalités cliniques, ces travaux soulignent l'importance de leur expertise et de leur capacité d'adaptation. Le DMI apparaît ici non seulement comme un outil technique, mais aussi comme un support de professionnalisation, renforçant certaines dimensions du rôle infirmier.

Ce qu'il faut retenir

Selon la littérature, les infirmiers occupent une place stratégique dans la gestion quotidienne du DMI, notamment en assurant la continuité et la traçabilité des soins. Leur implication va au-delà de l'encodage, intégrant des dimensions de coordination, de planification et de transmission. Ces responsabilités multiples mettent en lumière leur rôle clé dans l'appropriation de l'outil et la mise en œuvre des transformations numériques au sein des établissements.

3. Le DMI, une innovation managériale et organisationnelle

Selon Baujard (2009), l'implémentation de technologies organisationnelles telles que le DMI nécessite une adaptation des compétences, mais aussi une transformation des pratiques professionnelles. Il souligne l'importance d'anticiper les réorganisations pédagogiques et structurelles induites par ces outils. Dans le même esprit, Barbaroux et Godé (2010) insistent sur la nécessité d'un accompagnement structuré du changement, en mettant en place un transfert de compétences au sein des équipes, condition essentielle à l'appropriation des innovations numériques.

Le DMI ne se limite pas à la numérisation des données médicales, il s'inscrit dans une dynamique d'innovation managériale, en modifiant les processus de travail, les flux de communication interprofessionnels et la gestion des informations des patients. Comme le rappelle un article de la Revue Française de Gestion (2013), l'innovation en milieu hospitalier ne se résume pas à ses aspects techniques, mais entraîne des transformations organisationnelles profondes.

Autissier et al. (2023) définissent l'innovation managériale comme l'introduction de « nouvelles pratiques, structures ou processus de gestion visant à améliorer la performance et l'efficacité organisationnelle » (p. 14). Selon Thierry (2013), toute innovation de ce type nécessite une réorganisation des tâches, une redéfinition des rôles et une adaptation des structures de gouvernance.

Cependant, ces logiques managériales peuvent également générer des conséquences négatives. Dans *Les illusions du management*, Le Goff (1995) critique la généralisation des discours de rationalisation et d'optimisation qui, selon lui, « instaurent une gestion sans visage, désincarnée, éloignée du vécu quotidien des professionnels » (p. 102). Cette analyse met en lumière les risques d'un pilotage organisationnel déconnecté des réalités de terrain, qui peut fragiliser les repères professionnels dans les métiers du soin.

Ce type de management peut conduire à une perte de repères et à un affaiblissement du sens du travail, notamment dans des métiers fortement identitaires comme celui des infirmiers. Cette critique est reprise par Aubert et de Gaulejac (2007) dans *Le coût de l'excellence*, où les auteurs

dénoncent les effets destructeurs d'un idéal de performance permanent. Selon eux, ce modèle impose aux individus une pression psychologique et une exigence de conformité qui peuvent mener à l'épuisement. Ils alertent : « L'excellence est devenue une norme tyrannique qui s'attaque à l'estime de soi » (p. 56), soulignant le coût subjectif de certaines innovations managériales.

Enfin, Bernoux (2010), dans *Sociologie du changement*, rappelle que toute transformation organisationnelle doit être pensée comme un processus social. Le changement ne se résume pas à l'introduction d'un outil ou d'une procédure : il implique des réajustements dans les rapports de pouvoir, les normes professionnelles et les routines collectives. En ce sens, une innovation technologique telle que le DMI ne peut être pensée indépendamment des dynamiques humaines et institutionnelles dans lesquelles elle s'inscrit.

Cependant, certains travaux invitent à adopter une lecture plus nuancée de ces transformations. Si les innovations managériales peuvent effectivement générer des tensions et des formes de mal-être, elles sont aussi considérées, dans certains contextes, comme des leviers de professionnalisation et d'autonomisation. Selon Pomey et al. (2015), l'implication active des professionnels de santé dans la co-construction des outils numériques peut favoriser un sentiment d'appropriation, renforcer leur rôle dans la gestion des parcours de soins, et contribuer à une meilleure reconnaissance institutionnelle.

Ce qu'il faut retenir

Les approches managériales du DMI soulignent son rôle dans la restructuration des processus organisationnels et l'amélioration de la performance institutionnelle. La littérature met toutefois en évidence des tensions entre ces logiques d'optimisation et les réalités vécues des professionnels de santé. Certains auteurs alertent sur les risques de perte de sens, de surcharge ou de standardisation du travail infirmier, tandis que d'autres reconnaissent que ces transformations peuvent aussi constituer des leviers de professionnalisation ou d'autonomisation, lorsqu'elles intègrent activement les acteurs de terrain. Ces différentes lectures invitent à interroger finement les répercussions subjectives du DMI, en tenant compte des conditions concrètes de son implémentation dans les métiers du soin.

a) Le trajet patient intégré et informatisé (TPI²)

Selon les Cliniques universitaires Saint-Luc (2020), le TPI² est un système de dossier médical informatisé développé et implanté dans l'hôpital afin de centraliser, structurer et sécuriser l'ensemble des informations relatives au parcours de soins du patient. Il a été mis en service dans la nuit du samedi 28 au dimanche 29 novembre 2020, selon les données disponibles sur leur site institutionnel.

Comme l'expliquent les Cliniques universitaires Saint-Luc (2020), l'objectif du TPI² est de garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins en renforçant la coordination entre les professionnels. Selon Renaud Mazy (s.d.), administrateur délégué des Cliniques universitaires Saint-Luc, qui s'exprimait à ce sujet lors d'une interview, le TPI² permet à l'ensemble des professionnels de santé, d'accéder directement à toutes les informations nécessaires pour assurer une prise en charge optimale des patients. D'après lui, cet accès facilité à l'information favoriserait la qualité, la proximité et la sécurité des soins.

Dans le cadre de cette recherche, un entretien a été mené avec le Chief Nursing Informaticist (CNI) des Cliniques universitaires Saint-Luc, acteur clé du développement et de l'implémentation du DMI, le TPI² au sein de l'institution.

Son point de vue, permet de mieux comprendre les enjeux structurels, organisationnels et professionnels liés au DMI, ainsi que ses répercussions concrètes sur le travail infirmier. Son engagement dans le développement du DMI repose sur une volonté explicite de préserver une approche soignante dans la construction de l'outil : « *Je n'avais pas envie de laisser paramétrer un truc pour les infirmiers et par des non-infirmiers.* »

L'entretien met en évidence l'implication active des infirmières dans la conception et l'appropriation du TPI², notamment à travers une démarche de co-construction ascendante. Les informations cliniques sont d'abord recueillies sur le terrain par les gestionnaires de projet infirmiers dossiers, puis transmises aux analystes en charge du paramétrage. Cette organisation repose également sur un réseau de « Clinical Builders » et de référents infirmiers dossiers, présents dans chaque unité, afin d'assurer une adaptation continue de l'outil aux réalités de terrain, tout en respectant les normes imposées par le modèle qualité, la législation, les

impératifs éthiques ou encore les contraintes de financement. Le DMI est donc à la fois un outil clinique et un instrument de régulation institutionnelle.

Sur le plan organisationnel, le TPI² a permis de regrouper plusieurs sources d'information en une interface centralisée, favorisant la continuité et la sécurité des soins. Cette unification renforce toutefois l'interdépendance entre professionnels : « C'est un peu comme un domino : si l'un ne fait pas le job, ça ne marche pas. » Le scannage des médicaments en est un exemple : selon le CNI, cette pratique, soutenue par les recommandations de l'OMS, permettrait de réduire jusqu'à 40 % les erreurs d'administration.

L'encodage est perçu comme une tâche lourde, mais des outils ont été déployés pour en faciliter l'usage : macros, téléphones mobiles (rovers), et ordinateurs sur roulettes permettant de documenter au chevet du patient. Les données extraites du DMI jouent aussi un rôle central dans le pilotage managérial : elles permettent de suivre la charge de travail et de répondre à diverses exigences institutionnelles (INAMI, accréditations).

Pour le CNI, le DMI ne constitue pas une surcharge en soi, mais reflète des contraintes structurelles déjà présentes : *« Le dossier informatisé est arrivé comme une traduction de ces exigences-là [...] Pour moi, ça doit être une charge équivalente. Pour moi, c'est l'objectif. Gagner en sécurité patient, gagner en amélioration de la tenue du dossier et le volet financement sans prendre de temps nécessairement en plus sur le temps au chevet du patient. Ça, moi, c'est l'objectif. Si j'arrive à atteindre cet objectif, si en plus j'arrive à faire gagner du temps, ça, c'est le bonus ».*

Ce qu'il faut retenir

Le TPI² est le DMI des Cliniques universitaires Saint-Luc. Il s'inscrit dans une logique de centralisation des données et d'amélioration de la qualité des soins. Les éléments recueillis montrent une volonté d'impliquer les professionnels infirmiers dans son développement, tout en révélant certaines tensions autour de la charge de travail et de la conformité aux normes institutionnelles. Ces éléments offrent un éclairage utile pour analyser les conditions d'appropriation du DMI sur le terrain.

C. Le bien-être et l'impact du DMI sur les infirmières

Comprendre le bien-être psychologique des infirmiers nécessite d'abord de clarifier les notions qui le sous-tendent. Cette partie propose donc une revue des définitions et dimensions du bien-être au travail, en s'appuyant sur des apports issus de la psychologie, de la santé publique et des sciences sociales. Ces repères conceptuels permettront ensuite d'analyser plus finement comment l'usage du DMI peut venir influencer, positivement ou négativement, l'expérience subjective des soignants.

1. Le bien-être, le bien-être psychologique

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le bien-être est « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946, paragr. 1). Cette définition met en évidence l'importance d'une approche globale de la santé, qui dépasse la simple absence de pathologie.

La psychologue Carol Ryff (1989) définit le bien-être psychologique comme la perception qu'un individu a de sa vie, sa capacité à gérer le stress, à développer des relations positives, et à éprouver un sentiment d'accomplissement personnel. Elle a proposé un modèle de référence composé de six dimensions du bien-être psychologique : l'acceptation de soi, les relations positives, l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, le but dans la vie et le développement personnel. Ce modèle est largement utilisé dans la recherche en psychologie de la santé, offre une vision dynamique du bien-être en tant que processus d'adaptation et de croissance.

Ce cadre a été enrichi et validé dans plusieurs contextes professionnels, notamment par Van Dierendonck (2004), qui montre son utilité pour évaluer le bien-être au travail.

Dans son ouvrage *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Yves Clot (2010) explore la relation entre le bien-être au travail et la qualité du travail accompli. Il souligne que le bien-être ne peut être dissocié du « bien faire » son travail. Pour Clot, le bien-être naît avant tout de la possibilité d'exercer un travail que l'on juge de qualité, c'est-à-dire un travail qui a du sens, qui permet l'expression d'un savoir-faire, et dans lequel le professionnel peut se reconnaître. La santé psychique au travail est ainsi liée à l'utilité perçue, à la reconnaissance et à la valeur accordée à l'activité réelle. L'auteur met en avant l'importance de plusieurs facteurs essentiels au bien-être professionnel, tels que la reconnaissance, l'autonomie,

le sens du travail, la qualité des relations interpersonnelles et l'environnement physique. Ces éléments sont particulièrement pertinents dans le contexte hospitalier, où les exigences professionnelles sont élevées et les conditions d'exercice souvent contraignantes.

Dans cette même perspective critique, le sociologue Vincent de Gaulejac (2011), dans *Travail, les raisons de la colère*, analyse la souffrance au travail comme un symptôme des transformations managériales contemporaines. Il met en évidence les tensions croissantes entre les logiques de gestion et les valeurs professionnelles, notamment dans les métiers du soin.

L'introduction de normes de performance, d'indicateurs d'efficacité et d'outils numériques comme le DMI peut induire un sentiment de perte de sens et de déshumanisation. Ce décalage entre les exigences du métier et les possibilités réelles d'action est source de ce que de Gaulejac appelle une « perte de pouvoir d'agir », favorisant un mal-être profond. Il parle d'une « perte de pouvoir d'agir » pour désigner ce décalage entre les valeurs du métier et les conditions concrètes d'exercice.

Dans *Manifeste pour sortir du mal-être au travail* (2012), de Gaulejac et Mercier appellent à remettre l'humain au centre des organisations et à revaloriser le « travail vivant », c'est-à-dire celui qui engage la subjectivité, la créativité et l'intelligence des professionnels. Cette approche rejoint les constats du Ministère français des Solidarités et de la Santé (2022), qui souligne que « un professionnel de santé qui va bien, c'est un professionnel de santé qui soigne bien » (p. 3). La littérature insiste sur l'importance du bien-être professionnel comme levier de santé mentale.

Dans une perspective similaire, Humanoo (2023) rappelle que la protection de la santé mentale des soignants est essentielle pour prévenir l'épuisement professionnel, maintenir un haut niveau de qualité des soins et favoriser un engagement durable du personnel.

Enfin, plusieurs recherches de terrain soulignent la spécificité des facteurs de stress en milieu hospitalier. Truchot (2004) et Estryn-Béhar (2008) identifient notamment la surcharge émotionnelle, le rythme soutenu, le manque de personnel et la confrontation régulière à la souffrance comme éléments centraux du mal-être professionnel des infirmières. Ces conditions, combinées à la pression technico-administrative liée aux outils numériques tels que le DMI, renforcent les risques psychosociaux et fragilisent le bien-être psychologique.

Ce qu'il faut retenir

Les approches théoriques du bien-être psychologique au travail insistent sur sa nature multidimensionnelle, croisant des facteurs individuels et organisationnels. Plusieurs auteurs soulignent le rôle du sens, de la reconnaissance et de l'autonomie dans le maintien de la santé mentale au travail. Dans le contexte des métiers du soin, ces éléments apparaissent particulièrement sensibles aux transformations managériales et technologiques, telles que l'introduction du DMI.

2. Impact potentiel du DMI sur les infirmières

Plusieurs études suggèrent que l'introduction de technologies numériques comme le DMI peut avoir des effets complexes sur le travail infirmier. Selon l'OCDE (2010), lorsqu'elles ne sont pas suffisamment intégrées aux processus existants, ces technologies risquent de perturber les routines cliniques et d'alourdir les tâches, exposant les soignants à une surcharge.

Des travaux tels que ceux de McBride et Tietze (2018) ou Harmo et al, (2020) mettent en évidence des risques de surcharge cognitive, associés à l'intensification de la documentation numérique. Selon la première étude, les auteurs estiment que les infirmiers peuvent consacrer jusqu'à 50 % de leur temps de travail à la saisie des données, ce qui pourrait modifier l'équilibre entre soins directs et tâches administratives. Ces difficultés seraient accentuées par un manque d'ergonomie des interfaces, des systèmes non interopérables et des saisies redondantes, sources de frustration ou de désorganisation.

Gagnon et al. (2014) soulignent que l'appropriation du DMI dépend fortement du niveau de compétence numérique des professionnels. Un manque de formation ou de familiarité technique pourrait accroître le stress, engendrer des déséquilibres dans les équipes et renforcer les inégalités d'adaptation. Ces écarts sont également susceptibles de créer une forme de dépendance organisationnelle, où les infirmiers les plus à l'aise avec le numérique sont régulièrement sollicités pour accompagner leurs collègues, ce qui alourdit leur propre charge de travail.

Enfin, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE, 2023) attire l'attention sur les enjeux éthiques et juridiques associés à la traçabilité et à la confidentialité des données de santé dans les dispositifs numériques. Il souligne que ces contraintes, si elles ne sont pas accompagnées

d'un soutien institutionnel suffisant, peuvent accroître la pression ressentie par les professionnels de santé.

Ainsi, la littérature appelle à une vigilance particulière face aux effets potentiels du DMI sur le bien-être infirmier, en soulignant l'importance du soutien organisationnel et de la reconnaissance des contraintes humaines induites par ces outils

Ce qu'il faut retenir

La littérature identifie plusieurs effets potentiels de l'usage du DMI sur le travail infirmier. Elle met en évidence des risques de surcharge cognitive, de déséquilibre entre tâches cliniques et administratives, d'inégalités liées aux compétences numériques, ainsi que des tensions éthiques autour de la traçabilité des données. Ces éléments soulignent l'importance de prendre en compte les conditions concrètes d'implémentation du DMI et appellent à une attention particulière aux besoins de soutien, de formation et de reconnaissance des contraintes humaines pour préserver le bien-être des soignants.

D. Problématique

Après avoir exposé les fondements théoriques de cette recherche, il convient de rappeler que le bien-être au travail constitue une notion vaste, englobant des dimensions à la fois physiques, organisationnelles, relationnelles et psychologiques. Dans le contexte hospitalier, et plus particulièrement dans le champ infirmier, ces dimensions sont fortement mobilisées en raison de la complexité des soins, des rythmes soutenus et de l'exposition constante à la souffrance humaine.

Ce mémoire se concentre plus spécifiquement sur le bien-être psychologique, envisagé dans sa relation avec les transformations contemporaines du travail infirmier, notamment celles liées à l'implémentation du DMI. Il s'agira d'examiner comment certaines conditions d'exercices comme par exemple la charge cognitive liée à l'usage intensif du DMI, peut influencer l'état mental et émotionnel des soignants.

Ce choix s'inscrit également dans une dynamique de recherche actuelle. Lu, Zhao et While (2021), dans leur revue de la littérature, identifient un lien étroit entre la satisfaction psychologique des infirmiers et leur maintien dans la profession. Le manque de bien-être est

associé à une intention accrue de quitter le poste ou la profession, tandis qu'un environnement favorable contribue à renforcer la fidélisation du personnel. Les auteurs insistent sur le fait que « improving psychological well-being and job satisfaction can significantly reduce turnover among hospital nurses » (Lu et al., 2021, p. 2).

Dans cette perspective et dans un contexte où les établissements de santé cherchent à concilier qualité des soins, performance organisationnelle et durabilité des équipes, il apparaît essentiel de mieux comprendre les déterminants du bien-être psychologique des infirmiers. Parmi ces facteurs, l'introduction du DMI constitue une transformation majeure des pratiques de soins. Bien que présenté comme un outil d'amélioration des pratiques, le DMI soulève des questions concernant la charge cognitive qu'il induit, la relation soignant-soigné et le sens du travail infirmier.

1. Objectif

L'objectif principal de ce mémoire est d'explorer la manière dont l'implémentation du DMI influence le bien-être psychologique des infirmiers. Plus précisément, il s'agit de comprendre comment cet outil, désormais central dans la pratique quotidienne, affecte leur vécu émotionnel, leur charge mentale et leur rapport au travail. Ce travail entend ainsi contribuer à une meilleure compréhension des effets perçus du DMI sur l'équilibre psychologique des soignants, dans une perspective de prévention des risques psychosociaux.

2. Question de recherche

Ma question de recherche est : « *Comment l'implémentation du DMI influence-t-elle le bien-être psychologique des infirmiers ?* »

3. Cadre d'analyse

Bien que le modèle de Ryff (1989) permet de saisir les composantes fondamentales du bien-être psychologique individuel telles que l'autonomie, la maîtrise de l'environnement ou encore le sens de la vie, il reste centré sur des dimensions personnelles et relativement stables dans le temps. Or, dans le cadre de cette recherche, l'objectif est d'interroger le bien-être des infirmiers dans une situation de travail spécifique avec l'usage du DMI. Ce contexte implique de prendre

en compte les facteurs organisationnels et relationnels qui influencent directement la santé mentale des soignants dans leur pratique quotidienne. C'est pourquoi il paraît plus pertinent de mobiliser des modèles centrés sur les déterminants du bien-être psychologique au travail, tels que ceux proposés par Karasek (1979), Maslach & Leiter (2016) et Clot (2010).

Le modèle de Karasek (1979), met en lumière les effets conjoints de la charge de travail, de la latitude décisionnelle et du soutien social sur le stress professionnel.

De leur côté, Maslach et Leiter (2016), identifient six domaines clés (la charge de travail, le contrôle, la récompense, les relations sociales, l'équité et les valeurs) dont le déséquilibre peut conduire au burnout.

Enfin, Yves Clot (2010), insiste sur l'importance du travail réel et de la possibilité de débattre du métier, comme leviers de santé psychique et d'engagement. Ces approches ont en commun de considérer le bien-être non pas comme un état individuel isolé, mais comme le résultat dynamique d'interactions entre le professionnel et son environnement de travail.

Afin de répondre à la question de recherche « *En quoi l'implémentation du dossier médical informatisé influence-t-elle le bien-être psychologique des infirmiers ?* » il est nécessaire de cibler les composantes du bien-être les plus directement susceptibles d'être affectées par l'usage du DMI dans le contexte infirmier.

Sur base de cette revue de la littérature et de constats issus du terrain, j'ai structuré l'analyse du bien-être psychologique infirmier autour de trois axes, chacun composé de dimensions ciblées et d'hypothèses exploratoires.

Axe	Composantes	Hypothèses possibles
Cognitif	- Charge mentale - Efficacité	Le caractère structuré et centralisé du DMI pourrait être perçu comme facilitant le travail infirmier au quotidien.
Existentiel et relationnel	Sens du travail	L'usage du DMI pourrait être perçu comme ayant un impact sur la

	• Relation soignant-soigné	perception du sens du travail et sur la qualité de la relation soignant-soigné.
Émotionnel	• Épuisement • Frustration	L'introduction du DMI pourrait être vécue comme génératrice d'émotions négatives, telles que la frustration ou un sentiment d'épuisement.

Ce qu'il faut retenir

Cette problématique met en lumière les enjeux psychologiques auxquels sont confrontés les infirmiers dans un contexte de transformation numérique du système de soins. En partant à la fois de constats issus du terrain et d'une revue rigoureuse de la littérature, ce mémoire propose d'explorer les effets de l'implémentation du DMI sur le bien-être psychologique infirmier. Trois axes d'analyse ont été définis afin de structurer l'investigation et de cerner au plus près les dimensions du vécu professionnel potentiellement affectées par cette innovation technologique (cognitif, existentiel-relationnel, et émotionnel). Cette approche vise à mieux comprendre les liens entre outils numériques, conditions de travail et santé mentale des soignants.

III. Méthodologie

À l'issue de cette revue de la littérature, il apparaît que l'introduction du DMI constitue une transformation organisationnelle majeure, dont les effets sur le bien-être infirmier doivent être analysés.

Pour répondre à la question de recherche « *Comment l'implémentation du DMI influence-t-elle le bien-être psychologique des infirmiers ?* », une démarche qualitative s'impose. Elle permet d'explorer en profondeur les perceptions, les ressentis et les expériences vécues par les infirmiers dans leur usage du DMI. La section suivante décrit la méthode retenue pour cette recherche, ainsi que les modalités concrètes de recueil et d'analyse des données.

A. Méthode de collecte des données

Cette étude adopte une approche qualitative exploratoire, centrée sur l'expérience vécue et le sens que les infirmiers attribuent à leur pratique dans un contexte numérisé. Elle s'inscrit dans une posture compréhensive, telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2021), selon laquelle la recherche vise à comprendre le point de vue subjectif des acteurs à partir de leurs discours, en tenant compte du contexte dans lequel ils évoluent.

Le recueil des données repose sur la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels, méthode décrite par Kaufmann (2011) comme particulièrement adaptée à l'exploration des vécus professionnels. Elle permet aux participants de développer librement leurs réponses et de verbaliser des tensions parfois latentes.

Ce choix méthodologique est également soutenu par les travaux de Clot (2010), qui souligne l'importance de donner voix aux professionnels pour accéder aux dimensions subjectives du mal-être, notamment à travers le concept de "travail empêché".

Les entretiens ont été menés en face à face, selon les disponibilités des participants, dans un environnement calme et propice à l'échange. Chaque entretien durera a duré entre 30 te 45 minutes, afin de permettre aux participants d'approfondir leur expérience sans contrainte excessive. Ils ont été enregistrés avec l'accord éclairé des participants, puis transcrits intégralement pour l'analyse.

Le guide d'entretien (annexe 2), élaboré à partir de la littérature scientifique, est structuré autour de plusieurs thématiques clés : la charge mentale et émotionnelle liée au DMI, le sens du travail, la relation soignant-soigné, le sentiment d'efficacité professionnelle, et les stratégies d'adaptation face aux contraintes numériques.

1. Critères d'inclusion et d'exclusions

Les participants à cette recherche seront sélectionnés selon un échantillonnage raisonné, en fonction de critères précis, afin de garantir la pertinence des données recueillies par rapport à la question de recherche.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

Ce mémoire a bénéficié de l'assistance d'une intelligence artificielle (ChatGPT, OpenAI) pour la correction grammaticale,27 orthographique et syntaxique, ainsi que pour l'amélioration du style académique.

- › Être infirmier diplômée exerçant actuellement au sein de l'hôpital universitaire Saint-Luc (Bruxelles)
- › Avoir une expérience professionnelle suffisante pour avoir connu les deux modes de documentation : la documentation papier et le dossier médical informatisé (DMI) ;
- › Avoir au moins un an d'ancienneté à l'hôpital Saint-Luc au moment de l'entretien, afin d'avoir un recul suffisant sur les effets du DMI ;
- › Travailler dans une unité de soins avec prise en charge complète des patients
- › Donner son consentement libre, éclairé et volontaire à participer à l'étude.

Les critères d'exclusion incluent :

- › Les infirmiers récemment engagés qui n'ont pas connu la période antérieure au DMI
- › Les membres du personnel exerçant des fonctions exclusivement administratives ou hiérarchiques (cadres, coordinateurs),
- › Les infirmiers travaillant dans des services où l'usage du DMI est limité ou spécifique, comme les consultations, les plateaux techniques ou les unités ambulatoires
- › Toute personne refusant l'enregistrement audio de l'entretien ou ne souhaitant pas participer volontairement.

Conformément aux principes de recherche qualitative, le nombre d'entretiens n'est pas fixé à l'avance. Il est ajusté en fonction de la saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportent plus de nouvelles informations significatives (Paillé & Mucchielli, 2021). Mon objectif initial était de réaliser au moins huit entretiens, l'enquête s'est finalement appuyée sur douze entretiens

2. Processus de recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé sur le terrain, au sein de l'hôpital universitaire Saint-Luc, dans plusieurs unités de soins hospitalières. Afin d'informer les infirmiers de manière claire et structurée, j'ai élaboré une fiche administrative d'information (annexe 1) comprenant une présentation du cadre de mon mémoire, la question de recherche, ainsi que quelques données sociodémographiques (ancienneté, type d'unité, expérience du DMI, etc.).

Ce mémoire a bénéficié de l'assistance d'une intelligence artificielle (ChatGPT, OpenAI) pour la correction grammaticale, 28 orthographique et syntaxique, ainsi que pour l'amélioration du style académique.

Cette fiche comprenait également une case à cocher permettant aux professionnels d'indiquer s'ils acceptaient ou non d'être recontactés pour un entretien.

Ces fiches ont été distribuées dans plusieurs unités de soins, principalement via les infirmières-chefes, qui ont accepté de les relayer auprès de leurs équipes. Les personnes intéressées pouvaient me les retourner par e-mail, ou je les récupérais en main propre lors de mes passages dans les services.

Une fois les fiches collectées, j'ai procédé à une vérification des critères d'inclusion et d'exclusion, afin de m'assurer que les infirmiers ayant exprimé leur accord correspondaient bien au profil recherché pour cette étude (notamment l'expérience des deux modes de documentation). Seules les personnes remplissant les critères ont été recontactées individuellement afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien, en fonction de leurs disponibilités.

Les entretiens ont été conduits dans un cadre confidentiel, et l'ensemble des données collectées a été anonymes, puis conservé de manière sécurisée. Ces données sont utilisées uniquement à des fins académiques, dans le cadre de ce mémoire de master en santé publique.

B. Analyse des données

L'analyse des données s'est appuyée sur une approche thématique inductive, en référence à la méthode proposée par Braun et Clarke (2006). Cette méthode permet d'identifier des régularités et des thèmes à partir des discours des participants. Concrètement, chaque entretien a d'abord été retranscrit de manière anonyme. Ensuite, j'ai procédé à un premier codage exploratoire en utilisant un code couleur correspondant aux trois axes définis dans mon cadre conceptuel :

- Bleu pour les éléments liés à l'axe cognitif
- Orange pour l'axe existentiel et relationnel
- Vert pour l'axe émotionnel

Ce codage visuel m'a permis de repérer rapidement les extraits de discours significatifs et de distinguer les différents registres d'expérience exprimés par les participants. L'analyse

thématique a été synthétisée dans une grille thématique disponible en annexe (annexe 3). L'analyse thématique détaillée est présentée dans un document Excel distinct, fourni en annexe du présent mémoire sous forme de fichier séparé. Cette grille regroupe l'ensemble des extraits sélectionnés, organisés par axe d'analyse (cognitif, existentiel et relationnel, émotionnel), répartis sur trois feuilles distinctes. Chaque feuille présente une arborescence structurée en thèmes et sous-thèmes, avec, pour chaque entretien, les extraits textuels exacts recueillis, sans reformulation.

Cette analyse vise à faire émerger des tendances significatives dans l'expérience infirmière du DMI, tout en restant fidèle à la subjectivité des discours.

Cette méthode s'inscrit également dans la perspective proposée par Paillé et Mucchielli (2021), qui recommandent une lecture successive du matériau, un codage progressif, et une construction progressive de catégories de sens à partir des données empiriques

C. Limites

Dans cette recherche, ma double position d'infirmière et de chercheuse constitue à la fois une richesse et un point de vigilance. Ma connaissance du terrain et des réalités soignantes m'a permis d'instaurer un climat de confiance avec les participants et de comprendre les enjeux évoqués. Toutefois, j'ai été attentive à ne pas projeter mes propres représentations sur leurs discours. Pour cela, j'ai veillé à maintenir une posture d'écoute active, à utiliser mon guide d'entretien, et à centrer l'analyse sur les éléments exprimés par les participants. Aborder la question du bien-être psychologique n'est pas neutre : certains échanges ont été chargés émotionnellement, tant pour les soignants que pour moi.

Par ailleurs, bien que l'échantillonnage raisonné ait permis de sélectionner des profils pertinents, il ne permet pas de représenter l'ensemble des vécus infirmiers.

De même, selon Blanchet & Gotman, (2010) les entretiens semi-directifs, bien qu'enrichissants, comportent certaines limites, notamment liées au biais de désirabilité sociale ou à la relation enquêteur-enquêté. Ces éléments ont été pris en compte dans l'interprétation des résultats, dans une démarche réflexive constante.

Ce qu'il faut retenir

Cette méthodologie s'inscrit dans une démarche qualitative cohérente avec l'objectif exploratoire de ce mémoire. Le recours aux entretiens semi-directifs permet de recueillir des données riches sur l'expérience vécue des infirmiers face à l'usage du DMI. Le processus d'échantillonnage raisonné, le respect des critères d'inclusion et l'analyse thématique inductive assurent à la fois la rigueur et la pertinence de l'étude. Ce cadre méthodologique vise ainsi à éclairer, à travers la parole des professionnels, les effets perçus du DMI sur leur bien-être psychologique au travail.

IV. Résultats

Cette partie présente les résultats issus de l'analyse thématique des douze entretiens menés auprès d'infirmiers et d'infirmières travaillant dans différents services aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Ces entretiens avaient pour objectif d'explorer l'impact du DMI (TPI²) sur le bien-être infirmier. L'analyse qualitative a été structurée à partir de trois grands axes : cognitif, existentiel-relationnel et émotionnel. Ces axes, définis préalablement dans le cadre conceptuel, ont servi de grille de lecture pour organiser les résultats.

Chacun de ces axes regroupe plusieurs thématiques récurrentes dans les discours recueillis, traduisant des dimensions complémentaires du vécu infirmier face à l'usage du DMI. Si l'axe cognitif met en évidence les effets du TPI² sur la charge mentale, les pratiques d'encodage et l'organisation des tâches, l'axe existentiel et relationnel interroge plus largement le sens du travail, l'évolution du rôle infirmier et la qualité du lien soignant-soigné. Enfin, l'axe émotionnel traverse ces deux dimensions et donne à voir l'intensité des ressentis suscités par l'outil, allant du stress à la frustration, en passant par des formes complexes d'affects.

Ces trois axes ne doivent pas être compris comme indépendants : la surcharge cognitive décrite par certains peut alimenter une fatigue émotionnelle, tandis que la perception d'une perte de sens peut accentuer des affects négatifs liés à l'encodage ou aux contraintes techniques. Le choix d'une présentation par axes vise toutefois à structurer les résultats de façon claire tout en reflétant la diversité et la complexité des expériences partagées par les participants.

En complément de cette structuration principale, une dernière section présente des éléments de discours qui ne figurent pas dans le tableau comparatif, car ils n'étaient pas suffisamment récurrents pour constituer des sous-thèmes transversaux. Ces éléments, bien que ponctuels, apportent un éclairage important sur certaines perceptions exprimées par les participants. Ils sont regroupés dans une quatrième partie intitulée « Implémentation perçue comme contraignante », qui comprend deux aspects : la mise en œuvre du TPI² en pleine crise sanitaire, et la perception d'un usage pouvant s'apparenter à une forme de surveillance.

A. Axe cognitif

1. Structuration de l'information

a) Accès centralisé et efficacité perçue

Plusieurs infirmiers rapportent que le TPI² facilite l'accès aux informations utiles à la prise en charge. Un infirmier explique : « *On a tout sous les yeux, c'est plus clair* » (E3), une infirmière souligne : « *C'est bien, tout est regroupé* » (E4), et une autre précise : « *Je dois dire que c'est plus facile pour retrouver une info spécifique, avant on devait feuilleter partout* » (E6). Le fait d'avoir accès à toutes les données dans un seul outil est souvent mis en avant. Un infirmier déclare : « *Le TPI² a permis de regrouper l'information* » (E8), tandis qu'une autre affirme : « *Le TPI², il regroupe beaucoup d'informations et d'éléments concernant le patient* » (E1).

Dans d'autres entretiens (E2, E5, E7, E9, E10, E11, E12), les professionnels décrivent la possibilité de retrouver rapidement l'historique du patient, les antécédents, les résultats ou les examens planifiés. Certains mentionnent que cela permet de ne plus dépendre autant des transmissions orales ou de devoir chercher l'information auprès des collègues. Le système est perçu comme plus structuré, plus complet et plus lisible que les outils précédents.

b) Traçabilité et continuité des soins

Dans plusieurs entretiens, les participants soulignent que le DMI, ici le TPI² permet de suivre les soins effectués et de savoir précisément ce qui a été fait, par qui et à quel moment. Une infirmière déclare : « *La validation des médicaments ou des soins, tout ce qu'on fait ou qu'on ne fait pas doit passer par TPI² pour assurer la continuité des soins* » (E2). Un autre indique : « *Il y a une traçabilité qu'on n'avait pas avant* » (E8). Certains infirmiers insistent sur l'importance des notes encodées, qu'ils considèrent comme un outil de transmission entre collègues : « *Moi je fais toujours une note, c'est mieux pour voir les soins* » (E4), « *Je laisse des notes dans le dossier, ça permet de voir s'il y a du nouveau par rapport au patient* » (E5), « *Ah oui, les notes, c'est important, c'est des preuves* » (E10). Ces notes sont également perçues comme un appui pour assurer la continuité en cas de changement d'équipe.

D'autres soignants évoquent la possibilité de reprendre un patient qu'ils n'ont pas vu depuis un moment, en consultant directement le dossier : « *Je peux reprendre un patient que j'ai pas vu*

depuis un moment, et avec le dossier, je peux voir son évolution » (E11). Un propos similaire apparaît aussi dans l'entretien 7 : « Si l'équipe d'avant a bien tout encodé, tu peux continuer les soins sans devoir tout redemander ».

Des éléments comparables sont mentionnés dans les entretiens (E1, E3, E6, E9 et E12), où les soignants indiquent que le dossier permet de garder une trace des actes et d'assurer une meilleure transmission entre professionnels.

c) Perception de la sécurité

Plusieurs soignants évoquent le rôle du TPI² dans la prévention des erreurs et l'amélioration de la sécurité des soins. Le système est perçu comme un soutien dans les moments de surcharge ou de fatigue, notamment grâce aux alertes intégrées. Une infirmière affirme : « *On évite les oublis grâce aux alertes* » (E1). Une autre explique : « *Ce qui est efficace aussi, c'est le fait que le TPI² nous donne des alertes, par exemple si un patient a reçu un Dafalgan [...] la machine va mettre une alerte en disant "attention, ce patient a déjà reçu un comprimé à telle heure"* » (E2). Une infirmière ajoute : « *Je me rends compte qu'au niveau risque d'erreur [...] avec le scannage [...] ça limite vraiment le risque d'erreur* » (E12). Le scannage des médicaments est également mentionné comme un élément sécurisant dans plusieurs discours. Une infirmière déclare : « *On peut scanner, donc on est plus sûrs* » (E4). Une autre dit : « *C'est vraiment top pour éviter les erreurs* » (E5). Un infirmier ajoute : « *T'as ton truc qui te dit y a pas ce médicament* » (E7). *Le système est parfois qualifié de « gain en termes de sécurité » (E8).*

Des propos similaires apparaissent dans les entretiens (E3, E6, E9, E10 et E12), où les soignants indiquent que les fonctions de rappel et d'alerte permettent de réduire les oublis ou les gestes inappropriés.

2. Organisation du travail

a) Temps consacré à l'encodage

Une grande majorité des professionnels interrogés décrivent le temps consacré à l'encodage comme conséquent. Certains expriment une impression de déséquilibre entre le temps passé à soigner et celui nécessaire à la documentation. Une infirmière affirme : « *Je mets parfois plus*

de temps à encoder qu'à soigner » (E1, E9). Une participante précise : « [...] souvent je dois me rajouter une heure en plus pour pouvoir remplir les dossiers » (E4).

Pour faire face à cette charge, plusieurs soignants ont mis en place des stratégies personnelles d'organisation. Certains ont pris l'habitude d'encoder au fur et à mesure de leur tournée : *« Je commence à encoder pendant mon tour. C'est des précieuses minutes que j'ai pas à faire après » (E7),(E10).* D'autres préfèrent terminer d'abord les soins avant de se consacrer à la documentation : *« Ça me ralentit dans mes soins, je fais les dossiers à la fin » (E5),(E4, E8).* Une infirmière adapte quant à elle sa stratégie en fonction de la charge du jour : *« Ça dépend de la charge de travail qu'il y a [...] si j'ai pas beaucoup de patients en charge, j'encode directement, sinon à la fin » (E12).*

Enfin, plusieurs infirmiers et infirmières expriment un sentiment de saturation face au temps consacré à cette tâche. Une participante déclare : *« On passe un temps fou à remplir » (E3, E6, E11).*

b) Charge cognitive au travail

Plusieurs infirmiers racontent que l'utilisation du DMI leur demande de rester en permanence mobilisés mentalement, parfois même en dehors de leurs heures de travail.

Une infirmière raconte : *« Je me retrouve souvent à repasser toute ma journée dans ma tête le soir, pour être sûre de ne rien avoir oublié dans le dossier, c'est épuisant. » (E8).* D'autres disent avoir *« l'impression que leur cerveau ne s'arrête jamais, entre les soins, et ce qu'il faut encoder » (E10),* ou encore devoir *« constamment réfléchir à ce qu'on a fait, à ce qu'on doit encore faire, et en plus à ce qu'on a noté ou oublié de noter » (E11).*

Ce travail cognitif intense s'observe aussi pendant les soins. Une participante confie : *« Des fois, quand je suis dans la chambre avec le patient, j'ai déjà une partie de la tête qui pense à ce que je vais devoir encoder. C'est déroutant. » (E6).* Une autre souligne la difficulté à maintenir sa concentration tout au long de la journée : *« Il faut rester concentré tout le temps. » (E3).* L'attention peut être perturbée par certaines étapes techniques du DMI, comme le montre ce témoignage : *« Franchement, c'est lourd parce que t'as à peine scanné le patient, tu passes aux médocs, et comme t'en as plusieurs à scanner, d'un coup la machine te dit 'non,*

faut re-scanner le patient alors que tu viens juste de le faire [...] et ça te coupe dans ton élan, c'est super chiant. » (E4).

Certaines infirmières pointent la complexité du système et le nombre important d'informations à gérer. L'une d'elles déclare : « *TPI² c'est pas qu'une page, il y a beaucoup d'onglets, beaucoup de catégories, et quand on fait nos tours infirmiers, il y a beaucoup de critères à remplir. » (E1).*

La surcharge devient encore plus visible lorsqu'on multiplie les patients : « *Donc, si j'ai par exemple 9 patients à prendre en charge, [...] ça veut dire remplir 9 dossiers. Là, la charge de travail devient encore plus élevée. » (E2).* L'accumulation des tâches cliniques et numériques rend alors la gestion globale difficile : « *C'est plus après, quand on combine vraiment toute la charge sur le terrain et en plus la charge du dossier, c'est là qu'on comprend que ce n'est pas facile à gérer. » (E1).*

Une infirmière nuance toutefois ce ressenti général en expliquant : « *Quand t'es fatiguée, le système t'aide à remplir. » (E7).*

c) Automatisation et perte de réflexivité

L'utilisation répétée du DMI semble entraîner, chez plusieurs infirmiers, une forme d'automatisme dans l'encodage des données, qui réduit leur capacité à prendre du recul.

L'une d'elles confie : « *C'est devenu un réflexe, pour certaines cases je ne réfléchis même plus à ce que j'encode. » (E1).* D'autres expriment la même idée, en évoquant le fait de cliquer sans réfléchir ou d'agir machinalement, sans se poser de questions (E3, E5, E10).

Cette perte de réflexivité est aussi associée à la manière dont le logiciel structure la démarche. Une infirmière explique : « *On suit le schéma du logiciel, et parfois on oublie de réfléchir en même temps. » (E6).* D'autres vont dans le même sens, en soulignant qu'ils ne cherchent pas forcément au-delà de ce qui est proposé par le système (E8, E12).

Certains infirmiers indiquent également qu'à force d'utiliser le logiciel, ils comptent sur lui pour réfléchir à leur place. L'une d'elles affirme : « *À force d'utiliser le TPI², je trouve qu'on réfléchit beaucoup moins [...] parce qu'on sait que le programme va nous alerter [...]. Il fait*

une bonne partie de la réflexion qui devrait être un automatisme pour nous. » (E2). Une autre partage cette idée que le système les pousse à ne plus se poser certaines questions (E11).

d) Charge administrative

Plusieurs infirmiers dénoncent le poids des tâches administratives imposées par le DMI, qu'ils vivent comme une contrainte supplémentaire au quotidien. Une participante confie : *« Moi je le vis comme une surcharge, l'encodage prend énormément de place. »* (E6). D'autres partagent ce même ressenti, évoquant la quantité excessive d'éléments à renseigner, le nombre d'onglets, la perte de temps et la lourdeur générale du processus (E1, E3, E5, E10, E11).

La semaine du RHM apparaît comme un moment particulièrement pesant, accentuant cette surcharge. Un infirmier décrit : *« Pendant la semaine du RHM, c'est encore pire, tout doit être nickel, on passe nos pauses à encoder. »* (E8). D'autres racontent des situations similaires, marquées par une pression accrue, des vérifications systématiques et un encodage qui déborde sur d'autres journées de travail (E2, E12).

Une infirmière souligne que la manipulation répétée de plusieurs dispositifs (ordinateur, rover, scanner) alourdit encore le travail : *« Entre le PC, le rover et devoir tout scanner, c'est beaucoup »* (E9).

Deux infirmières apportent toutefois une nuance, en reconnaissant certains apports positifs du système. L'une d'elles explique que *« ça te rappelle des choses, quand j'ai beaucoup à faire que j'ai tendance un peu à oublier »* (E7), tandis qu'une autre souligne : *« C'est vrai qu'on encode plus, mais au moins on sait ce qui a été fait. »* (E4).

e) Problèmes techniques

Les infirmiers soulignent que des problèmes techniques viennent régulièrement perturber l'usage du DMI. Une participante décrit : *« Les ordinateurs mettent une plombe à s'allumer. »* (E1). Plusieurs autres évoquent aussi des lenteurs, des pannes ou des blocages du système, comme le fait que le logiciel *« Parfois ça rame et je perds patience »* (E4), ou que *« c'est lent »* (E4, E9), ou encore que *« quand il y a un bug, on perd un temps fou »* (E10).

Certains infirmiers rapportent des dysfonctionnements plus sérieux, notamment des coupures ou des interruptions de service. L'une d'elles explique : « *Par exemple, j'arrive au matin, j'essaie de me connecter, l'ordinateur me dit qu'il y a un problème [...]. On a aussi eu des bugs techniques où le TPI ne voulait plus ouvrir [...]. On a eu des pannes électriques où on n'avait plus accès aux ordinateurs [...].* » (E2). Ce type de situation est également mentionné par d'autres : « *On a déjà eu deux coupures d'électricité, c'était n'importe quoi.* » (E6).

Enfin, la nécessité de devoir se reconnecter plusieurs fois est vécue comme une contrainte en soi. Une infirmière résume : « *Tu dois te reconnecter entre chaque patient, c'est insupportable.* » (E5).

3. Processus d'apprentissage et adaptation au DMI

a) Apprentissage sur le terrain

Toutes les personnes interrogées indiquent avoir appris à utiliser le DMI essentiellement par la pratique quotidienne et l'entraide entre collègues, plus que par le biais d'une formation initiale structurée. Une participante résume cette expérience en disant : « *J'ai appris en pratiquant, pas pendant la formation.* » (E1). Les autres témoignages vont tous dans le même sens : ils mentionnent l'appui des collègues, l'apprentissage progressif sur le terrain ou encore une adaptation personnelle face à l'outil (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12).

b) Formation reçue

Les infirmiers décrivent des modalités de formation très variables, allant de sessions structurées à des dispositifs jugés trop rapides ou incomplets. Une participante explique : « *Moi j'avais une formation en amont pour me familiariser avec ce système [...] la formation était trop théorique.* » (E1). Plusieurs infirmiers critiquent la brièveté des formations reçues, qu'ils estiment insuffisantes pour bien maîtriser l'outil. L'une d'elles déclare : « *C'est court, pas suffisant.* » (E3), un avis partagé dans d'autres entretiens (E4, E12). Certains mentionnent des contenus transmis à distance, peu interactifs, comme cette infirmière : « *Ils m'ont envoyé un fichier pdf à lire et puis un test à passer en ligne.* » (E5). Une autre personne fait référence à un format d'évaluation similaire (E7).

Quelques infirmiers rapportent néanmoins avoir suivi une formation plus complète ou structurée, même si celle-ci ne répondait pas toujours à tous les besoins (E6, E8, E9, E10, E11).

c) Formation continue

Plusieurs infirmiers indiquent que le suivi des évolutions du DMI repose souvent sur des relais internes plutôt que sur une formation institutionnelle formelle. Une participante explique : « *Il y a une infirmière référente TPI² dans le service, c'est elle qui m'a montré certaines choses quand je ne comprenais pas.* » (E1). D'autres évoquent le rôle de collègues ou de chefs pour comprendre les nouveautés, en dehors de tout cadre officiel (E10, E11, E12).

Certains infirmiers regrettent l'absence d'un accompagnement systématique ou structuré. L'un d'eux déclare : « *La formation continue, c'est plus entre nous que via l'institution.* » (E6). Deux confirment qu'ils doivent s'adapter seuls aux mises à jour, sans être systématiquement informés (E5, E8). Une infirmière, en tant que référente, explique qu'elle reçoit des modules de formation spécifiques : « *J'ai dû suivre plusieurs modules en ligne en tant que référente dossier, donc je suis tenue au courant des évolutions, et j'aide à partager les nouveautés* » (E9).

d) Adaptation à l'outil

Plusieurs infirmiers décrivent une adaptation progressive à l'usage du DMI : « *Je m'y suis habituée* » (E7, E3). Cette adaptation est parfois présentée comme une contrainte imposée par les conditions de travail : « *Avec le temps, on s'adapte, y'a pas le choix* » (E1), « *Je me suis habitué maintenant, de toute façon on n'a pas le choix* » (E8).

D'autres expliquent qu'ils ont pris leurs marques et se sentent désormais plus à l'aise : « *Maintenant je gère mieux* » (E2), « *Je trouve que je maîtrise bien l'encodage* » (E4). D'autres, en revanche, évoquent encore des difficultés persistantes : « *J'ai encore du mal pour encoder certains trucs* » (E10), « *Pour l'instant, on apprend encore à se connaître* » (E5).

Ce qu'il faut retenir

L'analyse des entretiens montre que le DMI TPI² transforme en profondeur l'activité cognitive des infirmiers. Dans l'ensemble, les participants reconnaissent que le système centralise

efficacement l'information, en facilitant son accès, sa traçabilité et son partage. Cela contribue à une meilleure continuité des soins et renforce la sécurité des pratiques grâce aux fonctions d'alerte et de validation.

Cependant, cette structuration s'accompagne de réponses mitigées sur la charge cognitive. D'une part, le système permet de limiter les oublis et d'aider à la mémorisation ; d'autre part, il mobilise fortement l'attention, la mémoire de travail et la concentration, y compris en dehors de l'hôpital. Le temps consacré à l'encodage, jugé excessif par plusieurs infirmiers, alourdit la charge globale de travail, au point d'entraîner une forme d'automatisme ou de perte de réflexivité. Le risque est alors de ne plus questionner les gestes, en se reposant sur la logique du logiciel.

À ces éléments s'ajoutent des contraintes techniques et organisationnelles : lenteurs, bugs, reconnections répétées, surcharge administrative, en particulier lors des semaines dédiées à l'évaluation des dossiers, comme la semaine du RHM.

Enfin, les modalités d'apprentissage et de formation sont très hétérogènes : la plupart des infirmiers rapportent avoir appris sur le terrain, avec l'aide de collègues, et signalent le manque de suivi institutionnel. La formation continue repose souvent sur des relais informels.

Le DMI apparaît à la fois comme un outil de structuration des soins et comme une source de surcharge cognitive du travail infirmier. Malgré des débuts parfois contraints, de nombreux infirmiers finissent par s'approprier le DMI, avec des niveaux d'aisance variables selon les individus et les situations.

A travers ses transformations cognitives observées, on peut déjà relever une charge mentale. Elle semble s'alimenter à la fois des exigences techniques du système et des contraintes du quotidien infirmier. Cela amène plusieurs participants à s'interroger sur la manière dont ils exercent leur métier et sur le sens qu'ils y trouvent. Ces questionnements ouvrent vers une dimension plus existentielle et relationnelle, qui sera explorée dans l'axe suivant.

B. Axe existentiel/relationnel

1. Rapport au métier

a) Perte de sens

Plusieurs infirmiers expriment une impression de s'éloigner de leurs activités cliniques fondamentales en raison du poids croissant de l'encodage. Une participante déclare : « *J'ai parfois l'impression qu'on passe plus de temps à cocher qu'à soigner. On est en train de perdre un peu l'essence de notre métier.* » (E3). Ce ressenti est partagé dans d'autres entretiens, où les professionnels évoquent le fait d'être devenus « *des robots* » (E5), de se sentir « *plus secrétaires que soignants* » (E6), ou encore de passer à côté de leur mission soignante (E10, E12)

Certains infirmiers parlent d'un décalage entre leurs valeurs professionnelles et la logique imposée par le DMI. L'une d'elles confie : « *Donc dans un sens, on peut se sentir utile comme pas utile : utile parce qu'on a rempli les conditions et tout ce que propose TPI² [...], mais non utile dans le sens où [...] on est plus concentré sur l'informatique que le patient [...]. Donc en gros, je fais ce que j'ai à faire, mais je me sens pas forcément, en tant qu'infirmière, satisfaite de ma journée.* » (E1). Ce sentiment est aussi exprimé à travers des remarques sur la perte de lien avec le patient, ou la difficulté à préserver l'aspect humain du métier (E1, E11).

Pour d'autres, cette perte de sens s'accompagne d'une baisse de motivation. Une infirmière affirme : « *On ne fait que corriger des trucs qu'on n'a même pas soignés. On n'a aucune motivation. C'est abusé.* » (E9). Ce manque d'enthousiasme est aussi visible chez une autre infirmière qui déclare que « *l'encodage ce n'est pas quelque chose qui me motive dans ma profession d'infirmière* » (E1).

b) Sentiment d'utilité professionnelle

Une infirmière souligne que l'utilisation du DMI ne remet pas en question son rôle professionnel : « *Il ne fait pas mon travail à ma place.* » (E4). Une autre exprime une idée similaire, en précisant que le TPI² reste un outil de soutien, sans remplacer la pratique infirmière : « *TPI² est un outil. Il ne fait pas mon travail, ce n'est pas mon associé. [...] Il m'aide à des fois me rappeler des choses que je peux oublier.* » (E7).

c) Redéfinition du rôle infirmier

Une infirmière décrit un changement dans sa manière de penser l'organisation de sa journée avec le DMI : « *Le DMI t'oblige à penser différemment. Tu dois anticiper, encoder, valider. Ça change notre manière de réfléchir à notre journée* » (E4).

Certains infirmiers évoquent un élargissement de leurs responsabilités vers des tâches perçues comme administratives ou logistiques. Une infirmière indique : « *Je me demande si on n'est pas devenus plus secrétaires que soignants* » (E6) (E5, E9, E11).

Une infirmière décrit une évolution vers une forme d'encodage plus encadré : « *Le dossier informatisé a changé notre manière de faire les soins. Avant on écrivait juste ce qu'on voulait, maintenant tout doit être structuré* » (E8).

d) Autonomie professionnelle renforcée

Certains soulignent que le DMI permet d'accéder directement aux résultats médicaux, ce qui facilite la prise d'initiative sans dépendre d'un tiers. « *J'aime bien le fait que je peux aller voir par moi-même les résultats, les antécédents. Je ne dois plus attendre qu'on me le dise.* » (E5) (E1, E2, E4, E7).

D'autres mettent en avant une plus grande capacité à organiser leur travail sans attendre d'instructions orales. « *On peut mieux organiser notre travail. Avant, on dépendait trop des transmissions orales.* » (E3)

Certaines infirmières associent cette autonomie à un élargissement de leur champ d'action, en particulier concernant les prescriptions « *Moi je prescris les antidouleurs et les prises de sang, on a le droit de le faire [...] j'attends plus les assistants.* » (E9) (E10, E12).

2. Relation soignant-soigné

a) Réduction du temps au chevet du patient

Plusieurs infirmiers décrivent une réduction du temps passé auprès des patients en raison des exigences liées à l'encodage. « [...] moi je passe beaucoup plus de temps devant l'ordinateur qu'avec mon patient, le temps de regarder les dossiers, remplir les dossiers ; régler les problèmes d'accès, tout ça enlève en fait un certain temps que je pense que le patient mérite d'avoir » (E1) (E2, E3, E5, E6).

D'autres témoignent d'un effacement progressif des moments de proximité. « Avant, on pouvait s'asseoir quelques minutes avec un patient, discuter un peu. Maintenant, ce temps-là, il n'existe plus » (E11) (E10, E12).

Enfin, certaines journées se déroulent sans véritable contact avec certains patients. «Honnêtement, il y a des journées où je me rends compte que j'ai à peine parlé à certains patients parce que j'étais bloquée sur l'écran » (E8).

b) Qualité de la relation soignant-soigné

Certains infirmiers expriment une perte de profondeur dans les échanges avec les patients. « La relation existe encore, mais elle est plus superficielle. On va à l'essentiel, on n'a plus le temps de creuser » (E5), « Ce n'est plus un vrai échange comme avant, on est plus rapide, on prend plus le temps » (E6), « On a perdu quelque chose dans la manière de communiquer avec les patients. C'est devenu plus automatique » (E10). Cette impression d'une interaction plus mécanique ou contrainte se retrouve également dans plusieurs autres témoignages (E1, E2, E4, E8, E11, E12).

Une infirmière souligne toutefois qu'elle tente de préserver cet espace de dialogue : « Moi, je prends toujours un moment pour discuter » (E7).

Ce qu'il faut retenir

Les résultats de cet axe mettent en lumière un certain décalage ressenti par de nombreux infirmiers entre ce qu'ils attendent de leur métier et ce que le DMI leur impose au quotidien.

Une partie du personnel soignant décrit une perte de sens, liée à l'impression de s'éloigner de leur mission première. L'augmentation des tâches d'encodage, la formalisation des soins et la diminution du temps de contact direct avec les patients renforcent ce sentiment.

Cependant, d'autres infirmiers insistent sur le fait que le DMI ne remplace pas leur rôle, ils perçoivent au contraire un soutien technique favorisant l'organisation du travail et le rappel des priorités cliniques. Ce contraste se retrouve aussi dans les perceptions du rôle infirmier, qui semble à la fois s'élargir avec des nouvelles responsabilités parfois vécues comme loin du soin et l'autonomisation avec l'accès direct à l'information, l'anticipation et la prescriptions dans certaines limites.

Enfin, la relation soignant-soigné apparaît comme fragilisée par la présence des outils numériques. Les soignants décrivent des échanges plus brefs, parfois plus formels, qui laissent moins de place à la spontanéité. Malgré ces contraintes, certains continuent de préserver des moments de relation, avec une volonté de maintenir une dimension humaine dans la pratique quotidienne.

Ces tensions existentielles et relationnelles ne sont pas sans effet sur l'état émotionnel des soignants. Elles viennent alimenter des sentiments de surcharge, de frustration ou d'ambivalence, qui seront approfondis dans l'axe émotionnel suivant.

C. Axe émotionnel

1. Surcharge émotionnelle

a) Fatigue liée au DMI

Plusieurs infirmiers décrivent une fatigue mentale marquée, liée à l'effort constant d'encodage, à la concentration soutenue et à la gestion simultanée de l'outil et des soins. Elle est ressentie aussi pendant et après les shifts. Une participante explique : « *Je me sens plus fatiguée, c'est une fatigue mentale, pas physique* » (E10) (E6, E8, E11). Chez l'une d'elles, cette surcharge se manifeste dès la fin de journée : « *J'ai souvent mal à la tête en fin de journée* » (E6), ou même jusque dans son sommeil : « *J'en ai fait des cauchemars, j'avais l'impression que je dormais avec mon rover* » (E9).

La surcharge mentale revient dans plusieurs discours : « *C'est fatigant parce que tu restes statique pendant un temps* » (E5), « *À chaque shift, je suis sûre que j'ai plus d'une heure à faire du remplissage* » (E3), « *Il m'arrive de finir mes journées épuisé, surtout mentalement* » (E8). Une infirmière résume ce ressenti de manière plus globale : « *Après bien sûr que TPI² ça a bien évolué, mais c'est vrai que ça peut être fatigant, et stressant* » (E1).

Une infirmière ressent un décalage entre les objectifs du DMI et la réalité du terrain : « *Je sens comme si on essayait de tout informatiser et qu'en fait, il faut essayer de gagner du temps au maximum, alors que pour moi, le TPI², ça me fait perdre* » (E12). Une autre décrit la une période particulièrement intense : « *la semaine du RHM, c'est Bagdad* » (E7).

b) Stress lié à l'encodage

L'encodage quotidien des données dans le DMI est une source de stress pour de nombreux infirmiers. L'un d'eux confie : « *C'est un stress permanent de devoir penser à tout encoder* » (E6) (E4, E9, E10). D'autres expriment la peur constante d'oublier une information, comme « *Je suis toujours stressée d'oublier quelque chose* » (E4), ou encore « *J'ai souvent peur d'oublier une donnée* » (E9). Ce stress peut aussi se prolonger en dehors du travail, comme le raconte une participante : « *Moi aussi j'ai ce sentiment de stress de savoir si à la fin de la journée on va avoir le temps de remplir tout ce qu'il faut [...]. Ça m'est déjà arrivé de rentrer chez moi [...] et me dire "punaise j'ai oublié de remplir le 'in-out'". [...] Il peut y avoir ce sentiment de stress, de culpabilité, parce qu'on pense à plein de choses* » (E1).

Deux se souviennent d'une période d'apprentissage marquée par une forte anxiété : « *Au début, j'étais hyper stressée à l'idée de devoir remplir les dossiers* » (E2), « *C'était très stressant au début* » (E8).

Enfin, une participante évoque un stress lié à l'encodage d'informations perçues comme inutiles : « *Ça m'apporte un stress et oui, il faut encore remplir, alors que vraiment, je trouve qu'il y a un tas d'informations où ça ne va rien apporter aux prises en charge* » (E12).

2. Expériences émotionnelles

a) Sentiment de frustration

Plusieurs infirmiers expriment un sentiment de frustration face aux limites techniques du DMI. Ce ressenti est souvent lié aux lenteurs ou aux bugs rencontrés : « Quand ça bug, t'as envie de crier sur le PC » (E7), « Les écrans se bloquent parfois, et au final tu perds un temps fou juste pour encoder des trucs de base, c'est une vraie galère » (E9). D'autres expriment un sentiment d'agacement, surtout lorsqu'ils ralentissent l'organisation du travail : « *Tu veux avancer et finir ton tour, et au lieu de ça, tu perds du temps à devoir te reconnecter toutes les deux minutes parce que le système se déconnecte automatiquement. À force, ça devient vraiment pénible, surtout quand t'es déjà à la bourre* » (E11) Ce ressenti est partagé par d'autres, notamment face à des manipulations répétitives jugées inutiles (E8).

Une autre infirmière résume ce décalage entre l'outil et la réalité du travail infirmier :
"Parfois, je sens que le système n'est pas adapté à la réalité du terrain"

Au-delà des aspects techniques, certains évoquent une charge supplémentaire qui s'ajoute à un quotidien déjà dense : « *Franchement, c'est lourd à gérer au quotidien, parce qu'on a déjà énormément de choses en tête, et le TPI rajoute encore des trucs à faire* » (E3). Cette accumulation pèse sur le moral de certains, comme cette infirmière qui exprime un épuisement émotionnel : « *Je me sens frustrée devant cet ordinateur ou devant ma journée de travail. Ce n'est pas quelque chose que j'aimerais que ça dure dans le temps* » (E2).

b) Ambivalence émotionnelle

Plusieurs infirmiers témoignent d'un ressenti ambivalent vis-à-vis du DMI, perçu à la fois comme un outil utile et une source de fatigue. Une participante dit : « C'est à la fois rassurant et contraignant » (E2) (E5, E8).

Certains reconnaissent les bénéfices du système tout en soulignant son impact émotionnel négatif : « Il sécurise [...] c'est épuisant » (E10) (E12).

Enfin, un infirmier exprime un ressenti partagé entre l'efficacité perçue et perte de temps : « C'est bien de pouvoir tout encoder, mais en même temps j'ai l'impression de passer ma journée à ça » (E3).

Ce qu'il faut retenir

Les résultats mettent en évidence une charge émotionnelle importante associée à l'usage du DMI. Cette charge se manifeste d'abord par une fatigue mentale marquée, souvent décrite comme persistante au-delà du temps de travail, et par un stress constant lié à l'encodage des données, à la peur de l'oubli et à la pression documentaire.

Par ailleurs, plusieurs infirmiers partagent un sentiment de frustration face aux limites concrètes du système : lenteurs, bugs, complexité d'utilisation, ou encore décalage entre ce qui est attendu et la réalité du terrain. Enfin, certains infirmiers expriment des émotions partagées face au DMI. Il est parfois perçu comme un outil utile et rassurant, mais il est aussi vécu comme fatigant et émotionnellement pesant au quotidien.

Ces éléments émotionnels viennent s'ajouter aux transformations cognitives, organisationnelles et relationnelles déjà évoquées, mettant en lumière les multiples façons dont le DMI impacte l'expérience professionnelle des infirmiers.

D. Implémentation perçue comme contraignante

Cette section regroupe des éléments qui ne figurent pas dans le tableau comparatif. Toutefois, ils ont été exprimés de manière significative par certains participants et permettent d'éclairer des dimensions importantes du vécu infirmier face à l'implémentation du TPI². Leur intégration dans la partie des résultats vise à refléter la richesse et la complexité des discours recueillis.

1. Mise en œuvre en pleine crise sanitaire

Une infirmière indique que l'implémentation du TPI² a eu lieu pendant la crise du Covid-19. Il souligne que les deux événements se sont superposés dans le temps, rendant cette période particulièrement difficile à gérer :

Ce mémoire a bénéficié de l'assistance d'une intelligence artificielle (ChatGPT, OpenAI) pour la correction grammaticale.⁴⁷ orthographique et syntaxique, ainsi que pour l'amélioration du style académique.

« En fait, le TPI², ça a été mis en place chez nous en 2020, donc en pleine période Covid [...] on a eu le Covid à gérer, et en plus le TPI² à apprendre en même temps. C'était vraiment pas évident, tout est tombé en même temps. » (E9)

Cet extrait fait apparaître une simultanéité entre le déploiement du DMI et un contexte sanitaire tendu.

2. Perception de surveillance

Deux infirmières évoquent une impression de contrôle associée à l'utilisation du TPI². Elles mentionnent la possibilité pour l'institution de suivre en détail leurs actions via le système, ce qui les amène à formuler une perception de surveillance.

« Franchement, parfois j'ai l'impression que c'est plus pour nous surveiller que pour aider. Genre, si t'as pas tout rempli comme il faut, ça se voit direct. » (E6)

« On sent que tout est tracé, chaque clic, chaque heure... Ça donne un peu l'impression qu'on est constamment sous contrôle. » (E12)

Ce qu'il faut retenir

Cette partie des résultats met en lumière deux facteurs contextuels spécifiques : la mise en place du TPI² en pleine crise sanitaire et une perception de surveillance. Ils ont été évoqués ponctuellement, mais révèlent des effets notables du DMI sur le vécu de certains professionnels.

E. Résumé des résultats

L'analyse des douze entretiens met en évidence la diversité et la complexité des effets du DMI sur le bien-être des infirmiers. À travers les trois axes cognitif, existentiel et relationnel, et émotionnel, les résultats montrent que Les résultats révèlent que le DMI redéfinit les pratiques infirmières, tant sur le plan organisationnel que relationnel.

Les discours recueillis révèlent des effets ambivalents : d'un côté, une meilleure structuration de l'information, un renforcement de la traçabilité et un soutien potentiel à la sécurité des soins ; de l'autre, une charge cognitive accrue, une surcharge administrative, une perte de réflexivité, et une altération du lien soignant-soigné. Ces tensions génèrent des vécus émotionnels

contrastés, marqués par la fatigue, le stress et parfois la frustration, tout en laissant place à des formes d'adaptation et d'appropriation progressive.

Enfin, certains témoignages ponctuels apportent un éclairage contextuel significatif, en particulier sur les conditions d'implémentation du TPI² en période de crise sanitaire et sur la perception d'un usage associé à une forme de surveillance.

Ces différents éléments posent les bases de la discussion, qui visera à articuler les résultats aux concepts développés dans le cadre théorique, ainsi qu'à des apports issus de nouvelles lectures, afin d'en approfondir l'analyse, d'en explorer les implications, d'en interroger les limites et de dégager des pistes pour de futures recherches ou évolutions des pratiques professionnelles.

V. Discussions

A. Un outil de centralisation perçu comme utile au raisonnement clinique

L'analyse des entretiens montre que le DMI (TPI²) transforme en profondeur l'activité cognitive des infirmiers, notamment en centralisant efficacement l'information, en facilitant son accès, sa traçabilité et son partage. Cette centralisation est perçue par les participants comme un atout majeur dans leur pratique quotidienne, contribuant à une meilleure continuité des soins et renforçant la sécurité grâce aux fonctions d'alerte et de validation intégrées au système.

Cette perception rejoint les objectifs institutionnels du système TPI², qui d'après le CNI des Cliniques universitaires Saint-Luc, permet de centraliser les données, favorisant la continuité, la traçabilité et la sécurité des soins. De plus, selon, Lapointe et Rivard (2005), la performance perçue d'un système de DMI repose en grande partie sur son utilité pour l'organisation et la coordination des soins. Les auteurs expliquent que lorsque les données cliniques sont intégrées et accessibles en temps réel, ils soutiennent à la fois la prise de décision et la coordination interprofessionnelle. Cette logique est bien visible dans les discours recueillis, où les infirmiers décrivent un accès plus rapide et plus fiable aux informations des patient, limitant les oublis ou les erreurs d'encodage.

Des données issues de la littérature scientifique confirment également ce type d'effet. Par exemple, une revue systématique menée par Albagmi (2021), montre qu'après implémentation d'un DMI, on observe une réduction des erreurs de documentation, notamment celles liées au dosage ou de prescription, précisément grâce à une meilleure centralisation et organisation des données cliniques

Cette corrélation est également soutenue par la littérature récente. Selon Naamneh et Bodas (2024), l'implémentation d'un DMI a permis une réduction significative des erreurs de médication perçues par les infirmiers, en grande partie grâce à une meilleure structuration, centralisation et clarté des données cliniques. Les auteurs soulignent que cette accessibilité accrue facilite la prise de décision au quotidien et contribue à renforcer la sécurité des soins. Cette observation rejoint les propos des participants, qui saluent largement les fonctions de traçabilité et d'alerte intégrées dans TPI².

Bien que ces effets soient vécus comme positifs, ils amènent à se demander si le système ne prend pas progressivement le pas sur le raisonnement clinique infirmier. Les témoignages recueillis suggèrent en effet une forme d'automatisation des gestes documentaires, où la logique du DMI guide les pratiques, parfois au détriment de la réflexivité professionnelle. Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large, où l'organisation du soin tend à valoriser la traçabilité, la sécurité, et la conformité documentaire comme critères de qualité. Selon Guillaume et Bert (2024), la montée en puissance des logiques gestionnaires et technologiques dans les organisations de soins tend à restreindre l'espace de la réflexivité clinique, en réduisant les professionnels à des exécutants de procédures normées, au détriment de leur capacité à penser et ajuster leur action dans la relation de soin. Autrement dit, la centralisation et la standardisation des données, bien qu'efficaces sur le plan logistique, peuvent produire un effet de cadrage sur les pratiques infirmières, réduisant l'espace laissé à l'intuition clinique, à l'ajustement singulier et au jugement professionnel.

Cette tension interroge les effets invisibles de l'informatisation sur l'autonomie clinique, notamment lorsque le raisonnement est progressivement enfermé dans des cases prédéfinies. C'est précisément cette évolution que les témoignages viennent illustrer, en décrivant un raisonnement de plus en plus aligné sur les logiques du DMI.

B. Une automatisation progressive du raisonnement infirmier

Au-delà de la sécurité des soins, les effets du DMI s'étendent également à la manière dont les infirmiers structurent leur raisonnement clinique. Plusieurs infirmiers témoignent d'un raisonnement clinique de plus en plus aligné sur l'architecture du DMI, avec des pratiques d'encodage fortement influencées par les champs obligatoires, les alertes intégrées ou les chemins cliniques proposés. Certains infirmiers décrivent une documentation guidée davantage par les contraintes du système que par leur raisonnement clinique propre. La documentation tend alors vers un enchaînement de gestes techniques guidés par la logique du système, au détriment d'une analyse clinique approfondie. Comme l'exprime une infirmière : « *Parfois je me rends compte que j'ai encodé tout un soin sans y penser, parce que c'était dans la suite logique de l'encodage* » (E12). Ce phénomène rejoint ce que Goddard, Roudsari et Wyatt (2011) décrivent comme un « biais d'automatisation », c'est-à-dire la tendance à suivre passivement les suggestions d'un système informatisé, sans mobilisation critique, même

lorsque celles-ci pourraient être inexactes ou incomplètes. Dans les entretiens, cette dynamique apparaît clairement lorsque des soignants affirment ne plus chercher certaines informations par eux-mêmes : « Comme toutes les surveillances sont affichées dans le brain, on ne va pas forcément chercher plus loin » (E8).

Ainsi, le DMI, en structurant fortement le parcours d'encodage, peut dans certains cas restreindre la réflexivité infirmière, en favorisant une conformité au système plutôt qu'une analyse clinique approfondie.

Ces éléments poussent aussi à se demander comment les infirmiers pourraient être mieux accompagnés pour préserver une véritable part de réflexion clinique, même dans un environnement de plus en plus guidé par les outils numériques.

C. La surcharge cognitive, une conséquence majeure de l'encodage

L'analyse des résultats met en lumière les tensions générées par l'intégration du DMI dans les pratiques infirmières, notamment en termes de charge cognitive et administrative. Les participants dénoncent le temps important consacré à l'encodage, perçu comme une activité mentalement exigeante.

La surcharge cognitive ressentie par les professionnels infirmiers, souvent décrite en termes de fatigue, de dispersion de l'attention ou de ruminations mentales après le travail, est soutenue par plusieurs travaux.

Cela contraste avec ce qui a été développé dans le cadre théorique, où Poissant et al. (2005) indiquent que les infirmiers sont plus susceptibles de gagner en efficacité temporelle grâce à la documentation électronique, notamment en raison de l'utilisation de formulaires standardisés, ce qui pourrait libérer davantage de temps pour les soins directs

Les propos recueillis dans les entretiens montrent que ces bénéfices attendus ne sont pas toujours perçus sur le terrain, ou qu'ils restent conditionnés par la qualité de l'implémentation, l'ergonomie du système et les ressources disponibles.

De leur côté, Wisner, Lyndon et Chesla (2019), soulignent que l'usage des DMI sollicite fortement la mémoire de travail, fragmente l'attention et nécessite une adaptation constante à

Ce mémoire a bénéficié de l'assistance d'une intelligence artificielle (ChatGPT, OpenAI) pour la correction grammaticale, 52 orthographique et syntaxique, ainsi que pour l'amélioration du style académique.

des interfaces complexes. Leur revue intégrative souligne que cette configuration peut nuire à la qualité du raisonnement clinique, en particulier dans des contextes de soins multiples et simultanés. Ces constats sont en cohérence avec les conclusions d'Asgari et al. (2024), qui mettent en évidence le rôle des DMI dans l'augmentation de la charge mentale des professionnels de santé. Selon ces auteurs, des interfaces peu intuitives, une documentation trop volumineuse, des champs obligatoires mal hiérarchisés et une multiplication des alertes peuvent excéder les capacités de la mémoire de travail, réduisant la disponibilité cognitive nécessaire à l'analyse clinique. Ils ajoutent que ce déséquilibre, lorsqu'il devient chronique, constitue un facteur de risque d'épuisement professionnel.

Dans le contexte de cette recherche, ces résultats invitent à considérer la surcharge cognitive non pas comme un simple effet secondaire du DMI, mais comme une composante centrale de l'expérience infirmière, susceptible d'affecter durablement la qualité du travail et la santé mentale des soignants. Alors que le DMI vise à améliorer l'efficacité, il semble parfois produire l'effet inverse en surchargeant les professionnels d'exigences documentaires, au risque d'épuiser leur capacité d'attention. Ces contraintes cognitives s'articulent directement avec la tendance à l'automatisation décrite précédemment.

Tous les professionnels ne perçoivent cependant pas l'encodage comme un fardeau exclusivement négatif. Une infirmière affirme : « *C'est vrai qu'on encode plus, mais au moins on sait ce qui a été fait* » (E4). Ce témoignage met en lumière une fonction structurante du DMI, qui permet une traçabilité claire et une meilleure visibilité des soins effectués. Dans ce cas, l'encodage apparaît comme un levier de sécurisation et de continuité, facilitant le suivi interprofessionnel. Cette perception rejoint les conclusions de Menachemi et Collum (2011), selon lesquels les DMI bien implémentés peuvent améliorer la qualité des soins en assurant une meilleure coordination et en réduisant les pertes d'information entre professionnels. Cette perspective rappelle que l'impact cognitif du DMI peut aussi être perçu comme positif lorsqu'il contribue à structurer l'action et renforcer la continuité des soins.

Ces éléments soulignent que l'effet du DMI sur la charge mentale ne dépend pas uniquement de l'outil lui-même, mais aussi de la manière dont il est pensé, mis en place et accompagné sur le terrain. Ils invitent à interroger les conditions d'appropriation du DMI par les professionnels, et en particulier les dispositifs de formation et de soutien mis en place pour accompagner son usage au quotidien.

D. Des apprentissages informels et l'importance d'une formation continue

L'appropriation du DMI s'est principalement faite par la pratique quotidienne et l'entraide. Tous les participants soulignent avoir acquis leurs compétences directement sur le terrain, par l'usage répété de l'outil et le soutien des collègues, bien plus que par le biais d'une formation initiale structurée. Comme le résume une infirmière : « *J'ai appris en pratiquant, pas pendant la formation* » (E1). Les résultats confirment que l'appropriation du DMI s'est largement faite par la pratique quotidienne et l'entraide entre collègues, en dehors de toute formation initiale structurée. Selon Kyndt, Vermeire et Cabus (2016), ce type d'apprentissage sur le terrain, favorisé par des échanges entre pairs et un environnement coopératif, constitue une modalité efficace pour le développement de compétences professionnelles, en particulier lorsque les formations formelles sont limitées. Ce constat est renforcé par l'étude de Toien et al. (2013), qui souligne que l'acquisition de savoirs numériques par les infirmiers hospitaliers se déroule fréquemment de manière informelle, dans le cadre des pratiques de soins quotidiennes, au contact direct de collègues plus expérimentés.

Ces apprentissages empiriques mettent en lumière un paradoxe. Pendant que le DMI complexifie les tâches et accroît la charge mentale, les professionnels manquent souvent des formations adéquates pour s'y adapter, ce qui renforce leur vulnérabilité.

Bien que l'apprentissage informel sur le terrain joue un rôle important dans l'appropriation des outils numériques, plusieurs études mettent en lumière ses limites. D'après Hammarén et al. (2023), le transfert des compétences numériques s'effectue encore souvent via l'entraide ou l'initiative individuelle, plutôt qu'au travers de dispositifs institutionnels structurés. Ce mode d'apprentissage informel, s'il peut être efficace dans certains services, reste très dépendant du contexte local et peut créer des écarts importants dans le niveau de maîtrise selon les équipes. Les auteurs insistent sur l'importance de mobiliser des ressources, une culture éducative continue et un engagement clair des managers pour garantir une appropriation numérique durable et équitable.

De leur côté, Eriksen et al. (2023), montrent qu'un apprentissage efficace passe par une combinaison équilibrée entre formation formelle et apprentissage informel au quotidien. Leur étude souligne que lorsque l'un de ces deux volets manque, par exemple en cas de formation

trop brève ou d'accompagnement insuffisant sur le terrain, les professionnels peuvent rencontrer des difficultés persistantes à intégrer les nouveaux outils

Dans cette continuité, plusieurs participants soulignent l'absence ou l'insuffisance de formations continues, évoquant un manque de suivi après la formation initiale et une difficulté à se tenir à jour face aux évolutions du système. Les récits mettent en lumière un déficit de dispositifs d'accompagnement dans la durée, laissant les professionnels souvent livrés à eux-mêmes ou dépendants de l'entraide entre collègues pour combler leurs lacunes ou s'adapter aux mises à jour du DMI. Une récente étude menée par Musa et al. (2023), dans un centre de soins primaires a montré qu'une formation ciblée et bien conçue sur le DMI permet d'améliorer significativement les connaissances et les compétences pratiques à court terme. Toutefois, les auteurs soulignent que ces effets peuvent s'atténuer en l'absence de stratégies de renforcement régulier, comme des sessions complémentaires, des rappels pratiques ou un accompagnement dans la durée. Ils insistent sur le fait que la formation initiale, à elle seule, ne suffit pas à garantir une appropriation durable des outils numériques.

Une analyse systématique récente d'Alotaibi et al., 2025 souligne que pour améliorer durablement l'appropriation des outils numériques en santé, les programmes de formation doivent intégrer des modalités flexibles. Les auteurs distinguent plusieurs formats complémentaires : les modalités « asynchrones », qui permettent aux professionnels de suivre des contenus (vidéos, modules, quiz) à leur propre rythme, sans contrainte horaire ; les modalités « hybrides », qui combinent des séances synchrones (présentielles ou à distance) avec des ressources accessibles de manière autonome ; et les modalités « auto-dirigée », où l'apprenant construit son propre parcours selon ses besoins, en choisissant les contenus et le rythme qui lui conviennent. Ces approches, lorsqu'elles sont bien intégrées, favorisent une appropriation plus durable des outils numériques. Les auteurs insistent aussi sur la nécessité de proposer un design intuitif des interfaces, des contenus cliniquement pertinents, et un soutien institutionnel actif, autant de leviers pour améliorer l'expérience utilisateur et renforcer l'engagement des soignants dans l'usage du DMI.

E. Lé vécu du travail infirmier face au DMI

L'un des apports majeurs de cette analyse est la mise en évidence d'un décalage entre le travail prescrit par l'outil numérique et le travail réel tel qu'il est vécu sur le terrain. Plusieurs professionnels expriment une perte de sens dans leur quotidien, liée à l'impression de ne plus exercer leur métier selon leurs valeurs ou standards personnels. *Ces propos, comme « On est devenus des robots » (E5) ou « On passe plus de temps à cocher qu'à soigner » (E3), traduisent une souffrance qui dépasse la charge de travail et touche à l'identité professionnelle.*

Ce phénomène rejoint ce que Yves Clot (2010) désigne sous le terme de « qualité empêchée », à savoir l'impossibilité pour les travailleurs de faire un travail dont ils peuvent se reconnaître comme les auteurs, et qu'ils jugent eux-mêmes de qualité. Selon Clot, « *faire bien quelque chose est une source de joie* » (p.40) et c'est précisément cette possibilité qui est menacée lorsque l'organisation du travail empêche l'expression des savoir-faire ou l'engagement dans l'activité. L'auteur montre que la santé au travail ne peut être dissociée de cette capacité à agir sur son environnement, à peser sur ce que l'on fait, et à définir collectivement les critères du « travail bien fait ». Dans les témoignages recueillis, cette dimension est fragilisée par un système informatique qui tend à standardiser les pratiques, à multiplier les tâches d'encodage, et à rendre invisible la part relationnelle et humaine du soin. On observe ainsi une articulation nette entre la difficulté à maintenir la qualité professionnelle et le sentiment d'un travail appauvri, ce qui affecte directement le vécu subjectif des soignants

Les résultats mettent en lumière une forme de décalage entre ce qui est attendu par le système (remplir les onglets, valider les données, ect) et ce que les soignants considèrent comme le cœur de leur métier (la présence au chevet du patient). Selon Salehian et al. (2023), ce type de décalage correspond à ce que l'on appelle une « aliénation professionnelle », désigné comme la manière dont les professionnels réagissent face à leur environnement de travail lorsque celui-ci limite leur autonomie, leur engagement ou le sens de leur activité. Les auteurs expliquent que cette aliénation affaiblit les professionnels, diminue la qualité des soins et compromet leur capacité à prendre des décisions cliniques actives. Lorsque les tâches techniques et administratives deviennent prédominantes, elles affaiblissent progressivement le sentiment d'accomplissement et la reconnaissance du rôle infirmier, des éléments essentiels au bien-être au travail.

Ces concepts de « qualité empêché » et « aliénation » permettent de nommer une souffrance exprimée de manière récurrente dans les entretiens, bien que souvent de façon implicite.

Ces éléments viennent enrichir les résultats proposés dans l'axe cognitif. En effet, la surcharge mentale, les interruptions constantes ou encore l'automatisation des gestes ne se limitent pas à des contraintes d'ordre technique ou organisationnel. Ils ont également un impact sur la manière dont les infirmiers vivent leur métier au quotidien. En perturbant leur capacité de concentration, en fragmentant leur attention ou en rendant certains gestes quasi mécaniques, ces facteurs altèrent la perception du travail accompli et fragilisent le sentiment d'accomplissement professionnel. Autrement dit, ils ne nuisent pas seulement à l'efficacité ou à la qualité du raisonnement clinique, mais touchent aussi à des dimensions plus profondes du bien-être psychologique, telles que le sentiment d'utilité, ou de satisfaction personnelle.

Pour autant, tous les soignants ne vivent pas le DMI comme une perte. Deux infirmières affirment que l'outil reste un soutien, et non une menace pour leur identité professionnelle : « *Il ne fait pas mon travail à ma place* » (E4), « *TPI² est un outil. Il ne fait pas mon travail, ce n'est pas mon associé. [...] Il m'aide à des fois me rappeler des choses que je peux oublier* » (E7). Cette distinction claire entre outil et pratique montre que l'appropriation du DMI peut aussi renforcer un sentiment de maîtrise, voire d'autonomie, notamment quand il permet d'accéder rapidement aux informations médicales sans dépendre d'un tiers (E1, E2, E5, E7).

Lorsqu'on met en regard les résultats des axes existentiel/relationnel et cognitif on voit une tension entre charge mentale et reconnaissance du rôle infirmier. Lorsque le DMI est vécu comme une surcharge ou une série d'obligations rigides, il peut fragiliser le sens du métier. Mais lorsqu'il est intégré comme un outil au service du raisonnement clinique et de l'organisation autonome du travail, il peut au contraire soutenir l'identité professionnelle. Ces résultats soulignent à quel point la manière dont le DMI est pensé, introduit et accompagné joue un rôle crucial dans ses effets sur le vécu infirmier.

F. La relation soignant-soigné face aux outils numériques

La relation entre soignants et patients apparaît comme l'un des aspects les plus fragilisés par l'usage du DMI. Plusieurs infirmiers évoquent une diminution nette du temps passé au chevet

du patient, au profit d'un temps important passé. Ce déplacement temporel affecte à la fois la durée et la qualité de la relation soignant-soigné.

Certains décrivent des échanges qui se font rares ou superficiels, faute de disponibilité. Ces constats rejoignent ceux décrits dans la littérature. Selon Forde-Johnston et al. (2023), l'usage des DMI peut altérer la qualité de la relation soignant-soigné, en détournant l'attention des infirmiers vers l'écran et en perturbant la communication non verbale, notamment le regard et la posture.

Cependant, Cette évolution ne signifie pas pour autant la disparition du lien relationnel.

Selon Aubry et Rusche (2023), l'introduction des TIC dans les pratiques de soin, comme dans le cadre de l'éducation thérapeutique, appelle à une redéfinition des postures professionnelles. Les auteurs décrivent l'apparition d'un « *e-soignant* », dont la posture devient plus collaborative et pédagogique articulant les savoirs cliniques, numériques et relationnels. Cette perspective invite à penser que les outils numériques, s'ils sont bien intégrés, peuvent aussi ouvrir de nouvelles modalités d'accompagnement, plutôt que d'affaiblir la relation.

Appliquée au contexte du DMI, cette réflexion interroge la manière dont les infirmiers peuvent maintenir une relation de qualité malgré les contraintes techniques. Un témoignage illustre une tentative de réappropriation, une infirmière affirme qu'elle prend toujours le temps d'échanger avec ses patients (E7). Ce type de stratégie individuelle témoigne d'une volonté de réappropriation, dans un contexte où la technologie peut être perçue comme un frein à la relation.

Cela montre que la relation soignant-soigné, bien que fragilisée par les outils numériques, peut être préservée, voire réinventée, à condition que les professionnels disposent du temps, du soutien et de la liberté nécessaires pour ajuster leur posture relationnelle.

G. La charge émotionnelle liée à la surcharge cognitive

Les effets du DMI sur le bien-être infirmier dépassent largement les seules contraintes techniques ou organisationnelles. Les témoignages recueillis révèlent une charge émotionnelle importante, omniprésente dans l'expérience vécue par les soignants face à cet outil. Cette charge ne se résume pas à une surcharge cognitive ou à des difficultés pratiques ; elle touche des aspects plus intimes du rapport au travail, en générant une fatigue psychique profonde, un

stress durable et un sentiment de frustration récurrent. Ces ressentis traduisent une atteinte au vécu subjectif du soin, qui affecte l'engagement et la motivation.

Ce vécu émotionnel est étroitement lié à la surcharge cognitive : plus le temps d'écran augmente, plus les interruptions se multiplient, plus le travail infirmier devient mentalement épuisant. Autrement dit, la surcharge initialement cognitive peut se transformer en un ressenti émotionnel, sous forme de stress, de fatigue ou de frustration durable. L'encodage répétitif, les alertes constantes et les champs obligatoires mal hiérarchisés décrits dans l'axe cognitif réapparaissent ici comme sources de stress émotionnel, notamment dans la crainte d'oublier une donnée ou dans la pression ressentie en fin de journée. Ce stress dépasse le cadre strict du poste de travail et s'infiltré dans la vie personnelle, comme en témoignent certains professionnels qui continuent à penser au DMI une fois rentrés chez eux. L'une d'entre elle témoigne : « *J'en ai fait des cauchemars, j'avais l'impression que je dormais avec mon rover* » (E9) ».

Selon Shan et al. (2023), les interruptions fréquentes liées au DMI augmentent significativement la charge mentale des infirmiers, allongeant la durée des tâches et favorisant un stress cumulatif. Cette surcharge est d'autant plus marquée lorsque les interfaces présentent une faible ergonomie.

D'après Kaihlanen et al. (2020), une mauvaise utilisabilité du DMI est fortement corrélée à un stress informationnel et à une augmentation des défaillances cognitives.

Ces ressentis individuels s'inscrivent dans un phénomène plus large documenté par la littérature sur le burnout émotionnel technologique. Selon Wu et al. (2024), l'usage intensif des DMI constitue un facteur de risque reconnu de burnout émotionnel chez les professionnels de santé. La technologie, censée faciliter le travail, est parfois perçue comme une charge supplémentaire, intrusive et peu adaptée aux logiques soignantes. Selon Peccoraro et al. (2019) et Kroth et al. (2019), cette pression technologique limite la disponibilité émotionnelle des soignants, réduit leur capacité à entrer en relation avec les patients et génère un sentiment de distance ou de déshumanisation du soin. Coleman et al. (2018) décrivent ainsi des états de frustration, de détachement et de perte de sens, caractéristiques du burnout émotionnel, lorsque les outils numériques interfèrent avec les valeurs professionnelles.

Enfin, selon Wilkie et al. (2021), les conséquences de ces tensions ne se limitent pas à la sphère individuelle : elles impactent la motivation, la qualité de la relation soignant-soigné, et la sécurité des soins. Le DMI ne doit donc pas être vu comme un simple outil technique. Il agit comme un facteur structurel, qui façonne en profondeur l'expérience cognitive et émotionnelle du travail infirmier.

Ces constats invitent à s'interroger sur les critères à privilégier dans la conception et l'implémentation des systèmes numériques, afin qu'ils intègrent davantage les dimensions humaines du travail infirmier et contribuent à préserver le bien-être des professionnels.

H. Une ambivalence émotionnelle face au DMI

Tous les infirmiers ne vivent pas le DMI de la même manière. Si certains témoignages reflètent une fatigue marquée et un stress quotidien, d'autres laissent apparaître une forme de recul, parfois même une certaine acceptation. Une participante dit : « *C'est un outil utile, mais exigeant* » (E5), illustrant une posture à la fois critique et mesurée.

Dans *Les émotions au travail*, Jeantet (2018) élargit la notion de travail émotionnel en soulignant qu'il ne se limite pas aux seuls métiers de service. Elle montre qu'il traverse l'ensemble des contextes professionnels, dès lors que les émotions sont mobilisées, exprimées ou transformées dans l'exercice du métier. Ce travail émotionnel, loin d'être toujours maîtrisé ou conscient, se révèle souvent ambivalent et imprévisible. Il s'inscrit dans un cadre social structuré par des normes affectives implicites, qui peuvent s'avérer contraignantes. Ces éléments font écho aux témoignages recueillis dans les entretiens, où plusieurs infirmiers relatent des expériences émotionnelles mêlées, parfois contradictoires.

Une participante dit : « Avec le temps, on s'adapte, y'a pas le choix » (E1). Derrière ces mots, on perçoit une tentative de tenir bon, de garder un équilibre malgré les contraintes du numérique.

Selon Clot (2010), la souffrance au travail naît avant tout de l'empêchement d'agir, de l'impossibilité de faire ce que l'on juge bon ou juste professionnellement. L'ambivalence émotionnelle décrite dans les entretiens n'est peut-être pas seulement le signe d'un malaise, mais aussi une tentative d'adapter son métier sans y renoncer.

Derrière la fatigue et la frustration, il y a parfois une volonté de rester acteur, de continuer à faire du soin un espace où l'on peut encore se reconnaître.

Cette ambivalence, en tant que mécanisme possible d'adaptation, mériterait d'être approfondie dans de futures recherches, afin d'identifier ce qui permet à certains soignants de transformer la contrainte technologique en ressource professionnelle.

I. Une implémentation perçue comme contraignante : contraintes structurelles et ressentis institutionnels

Les éléments évoqués dans cette section, bien que moins récurrents, soulignent deux types de contraintes institutionnelles significatives qui ont pesé sur l'expérience infirmière : le contexte de mise en œuvre du DMI et une perception de surveillance.

L'implantation du TPI² en pleine crise sanitaire a été vécue par une infirmière comme un facteur aggravant de sa charge de travail : « *En fait, le TPI², ça a été mis en place chez nous en 2020, donc en pleine période Covid [...] on a eu le Covid à gérer, et en plus le TPI² à apprendre en même temps. C'était vraiment pas évident, tout est tombé en même temps* » (E9). Ce ressenti met en lumière la surcharge que peut représenter une superposition de contraintes organisationnelles dans un contexte de crise. Selon Cresswell et Sheikh (2013), l'introduction d'un système d'information en santé dépend étroitement du contexte organisationnel dans lequel elle s'inscrit. Lorsqu'elle survient dans un moment de forte tension comme la crise sanitaire ici, elle risque de générer une résistance accrue, un rejet partiel du dispositif ou une surcharge émotionnelle.

D'après Chambers et al. (2021), les implémentations numériques réalisées de manière rapide, c'est-à-dire sans véritable phase de préparation ou d'accompagnement, tendent à amplifier le sentiment d'imposition et à limiter l'appropriation. Les formations sont souvent écourtées, les retours d'expérience négligés, et les espaces de discussion inexistant.

Ainsi, le témoignage de l'E9 illustre un cas typique d'implantation technologique perçue comme brutale, survenant dans un moment où les ressources émotionnelles et cognitives des soignants étaient déjà fortement mobilisées.

D'un autre côté, la perception d'une surveillance accrue par le biais du DMI apparaît dans deux discours (E6, E12). Cette impression ne concerne pas directement la fonction soignante du dispositif, mais renvoie à un ressenti de contrôle managérial.

Selon Vitak et Zimmer (2023), les technologies numériques peuvent induire un climat de surveillance perçu, où les professionnels ont l'impression d'être continuellement observés, ce qui génère une forme de pression psychologique, même en l'absence de contrôle explicite.

De manière convergente, une méta-analyse récente a montré que la surveillance électronique est associée à une augmentation significative du stress et à une baisse de la satisfaction au travail, particulièrement lorsque les outils sont utilisés pour évaluer la performance plutôt que pour soutenir les pratiques cliniques (Siegel et al. 2022). Cette réflexion rejoint les échanges ayant eu lieu lors de la semaine du RHM, où l'on a pu s'interroger sur le fait que l'encodage tende à devenir un critère de performance en soi, parfois au détriment du jugement clinique qu'il est censé servir. Une telle évolution pourrait accroître le sentiment de pression, en déplaçant les attentes institutionnelles vers la conformité documentaire, au risque d'occulter le sens du soin.

Ces ressentis révèlent une tension professionnelle majeure entre les exigences de traçabilité et les conditions réelles de soin, où le temps, la présence et l'attention ne sont pas toujours convertibles en données numériques.

Ce qu'il faut retenir

En somme, l'analyse montre que l'impact du DMI sur le bien-être infirmier est complexe et multiple. Il peut renforcer certains aspects du travail, comme la structuration du raisonnement clinique ou l'accès rapide aux données, tout en fragilisant d'autres, comme la qualité de la relation soignant-soigné ou le sentiment d'utilité.

Ces effets concernent les trois dimensions du bien-être infirmier (cognitive, existentielle/relationnelle et émotionnelle) et montrent que les contraintes techniques, les réalités du terrain et le vécu subjectif des soignants sont étroitement liés. Par exemple, la surcharge mentale peut entraîner une fatigue émotionnelle, qui fragilise à son tour le sens du métier. À l'inverse, quand le DMI est bien intégré, qu'il est soutenu et compris par les équipes, il peut sécuriser les soins, valoriser les compétences infirmières et améliorer l'organisation.

Les témoignages montrent clairement que les effets du DMI ne dépendent pas seulement de l'outil lui-même, mais aussi du contexte dans lequel il est mis en place : la charge de travail, l'ambiance d'équipe, la qualité des formations, ou encore le soutien des institutions. Autrement dit, ce qui compte, ce n'est pas juste la technologie, mais la manière dont elle est pensée, introduite, accompagnée et vécue au quotidien.

Cela invite à sortir d'une vision purement technique du DMI, pour le replacer dans une réflexion plus large sur les conditions de travail, les valeurs du soin, et la place laissée aux soignants pour exercer leur métier avec sens et autonomie.

VI. Limites

Cette recherche présente plusieurs limites qu'il est important de reconnaître. Tout d'abord, l'étude repose sur un échantillon restreint, issu d'un seul établissement hospitalier. Ce choix, lié à des contraintes d'accès au terrain, limite la diversité des contextes explorés et réduit la portée transférable des résultats.

Par ailleurs, même si le DMI a été introduit en 2020, il reste une innovation relativement récente dans les pratiques infirmières. Les participants sont encore en phase d'adaptation, dans un contexte où l'outil évolue constamment à travers des mises à jour, des ajustements organisationnels ou de nouvelles consignes. Leur expérience reflète donc un vécu encore en transformation, avec des effets parfois différés, qui ne sont pas encore stabilisés dans le temps.

En outre, la majorité des entretiens ont été menés sur le lieu de travail, dans un environnement où la confidentialité perçue pouvait être restreinte, ce qui a peut-être freiné certaines prises de parole critiques ou sensibles.

Enfin, le temps limité pour la réalisation de ce mémoire, combiné à la double posture de soignante et de chercheuse, a pu limiter les possibilités d'approfondir certains aspects du terrain, d'élargir l'échantillon ou de multiplier les regards croisés. Ces éléments n'invalident pas les résultats obtenus, mais appellent à les considérer comme une représentation partielle et contextuelle, susceptible d'être enrichie par de futures recherches.

VII. Conclusion

Ce mémoire s'est intéressé à la manière dont l'implémentation du DMI à travers le système TPI², influence le bien-être psychologique des infirmiers en milieu hospitalier. En mobilisant une approche qualitative fondée sur douze entretiens réalisés aux Cliniques universitaires Saint-Luc, cette recherche a permis d'explorer les effets perçus de cette transformation numérique sur le vécu professionnel des soignants.

Les résultats révèlent des effets multiples, qui reconfigurent profondément l'expérience des soignants. L'analyse a été structurée autour de trois dimensions : une dimension cognitive, marquée à la fois par une surcharge liée à l'encodage et, pour certains, par une meilleure organisation du travail ; une dimension existentielle et relationnelle, dans laquelle l'outil redéfinit le sens du soin, pouvant à la fois encadrer ou appauvrir la relation soignant-soigné ; et une dimension émotionnelle, traversée par la fatigue, le stress, mais aussi par des sentiments d'efficacité ou de soulagement lorsque l'outil facilite certaines tâches. Loin d'être sans enjeux, le DMI transforme en profondeur le rapport au soin et au métier, en fonction du contexte d'implémentation, du soutien institutionnel et du niveau d'appropriation par les équipes.

Ces transformations numériques donnent lieu à des vécus contrastés. Plusieurs infirmiers reconnaissent que le DMI peut structurer les soins, offrir des repères clairs et renforcer leur autonomie. Mais ces effets positifs coexistent avec des ressentis plus lourds : surcharge mentale, pression émotionnelle, ou distanciation dans la relation au patient. L'outil est perçu à la fois comme un appui et comme une contrainte, selon les situations rencontrées et les contextes d'usage.

Ces résultats appellent à repenser l'implémentation des outils numériques dans une perspective plus humaine et participative. La formation continue, la reconnaissance du travail réel et la prise en compte des tensions subjectives sont des leviers essentiels pour favoriser une appropriation durable du DMI, respectueuse de l'engagement soignant. En centrant l'analyse sur le vécu infirmier, cette recherche contribue à combler un manque dans la littérature belge sur les effets subjectifs du DMI.

En ce sens, cette étude confirme que le bien-être psychologique des infirmiers, loin d'être un enjeu secondaire, constitue un véritable indicateur de santé publique. Les effets du DMI sur le

vécu professionnel, s'ils ne sont pas suffisamment pris en compte, peuvent compromettre l'engagement soignant et fragiliser la soutenabilité des organisations hospitalières.

Cette recherche, bien que circonscrite à un établissement et un échantillon limité, ouvre plusieurs pistes pour des travaux futurs : explorer l'évolution du vécu infirmier à plus long terme, analyser les formes de régulation collective mises en place face aux exigences numériques, ou encore comparer différents contextes d'implémentation du DMI en Belgique. Elle invite plus largement à articuler les transformations technologiques aux enjeux de santé au travail, en considérant le bien-être psychologique comme un levier de la durabilité des organisations hospitalière

VIII. Bibliographie

- Albagmi, S. (2021). The effectiveness of EMR implementation regarding reducing documentation errors and waiting time for patients in outpatient clinics : A systematic review. *F1000Research*, 10, 514. <https://doi.org/10.12688/f1000research.45039.2>
- Alotaibi, N., Wilson, C. B., & Traynor, M. (2025). Enhancing digital readiness and capability in healthcare : A systematic review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC Health Services Research*, 25(1), 500. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12663-3>
- Analysis of nursing staff job satisfaction and its influencing factors : A cross-sectional study of 38 hospitals/nursing homes in China.* (s. d.). ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/389582703_Analysis_of_nursing_staff_job_satisfaction_and_its_influencing_factors_a_cross-sectional_study_of_38_hospitalsnursing_homes_in_China
- Aubert, N., & de Gaulejac, V. (2007). *Le coût de l'excellence*. Éditions du Seuil.
- Aubry, J.-D., & Rusch, E. (2023). Émergence du « e-patient » et du « e-soignant » autour d'un serious game en ETP. *Santé Publique*, 35(6), 27-37. <https://doi.org/10.3917/spub.236.0027>
- Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2023). Change management in hospitals: A way to learn from climate change. *E3S Web of Conferences*, 412, 01058. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202341201058>
- Avis n°143 du CCNE et n°5 du CNPEN : Plateformes de données de santé : Enjeux d'éthique | Comité Consultatif National d'Éthique.* (s. d.).
- Barbaroux, P., & Godé, C. (2012). Changement technologique et transfert de compétences : Une réflexion à partir du cas des équipages de transport de l'armée de l'air. *Management international / International Management / Gestión Internacional*, 16, 57-73. <https://doi.org/10.7202/1012393ar>
- Bataille-Hembert, A. (s. d.). *RAPPORT SUR LA SANTÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ*.
- Baujard, C. (2016). Gestion de projet à l'hôpital : Dossier patient informatisé et qualité de soins. *Recherches En Sciences de Gestion*, 109, 147. <https://doi.org/10.3917/resg.109.0147>
- Bernoux, P. (2010). *La sociologie du changement*. Seuil.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Nathan
- Campanella, P., Lovato, E., Marone, C., Fallacara, L., Mancuso, A., Ricciardi, W., & Specchia, M. L. (2016). The impact of electronic health records on healthcare quality : A systematic review

and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26(1), 60-64. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>

Carayon, P., Hundt, A. S., Karsh, B., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety : The SEIPS model. *Quality & Safety in Health Care*, 15(Suppl 1), i50-i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>

Cases, A.-S. (2017). L'e-santé : L'empowerment du patient connecté. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(4), 137-158. <https://doi.org/10.3917/jgem.174.0137>

Chambers, D., Cantrell, A., & Booth, A. (s. d.). *Rapid evidence review : Challenges to implementing digital and data-driven technologies in health and social care*.

Charron, M. (2011). DE GAULEJAC, Vincent (2011). Le travail, les raisons de la colère, Paris, Seuil, coll. Économie humaine, 334 p. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(2), 218. <https://doi.org/10.7202/1012138ar>

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux* (édition poche). Paris : La Découverte.

Coleman, D. M., Money, S. R., Meltzer, A. J., Wohlaer, M., Drudi, L. M., Freischlag, J. A., Hallbeck, S., Halloran, B., Huber, T. S., Shanafelt, T., Sheahan, M. G., Coleman, D., Sheahan, M., Money, S., Bismuth, J., Brown, K., Cassada, D., Chandra, V., Chawla, A., ... Wohlaer, M. (2021). Vascular surgeon wellness and burnout : A report from the Society for Vascular Surgery Wellness Task Force. *Journal of Vascular Surgery*, 73(6), 1841-1850.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2020.10.065>

Constitution. (s. d.). <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Cresswell, K., & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations : An interpretative review. *International Journal of Medical Informatics*, 82(5), e73-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.10.007>

Darvish, A., Bahramnezhad, F., Keyhanian, S., & Navidhamidi, M. (2014). The Role of Nursing Informatics on Promoting Quality of Health Care and the Need for Appropriate Education. *Global Journal of Health Science*, 6(6), Article 6. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n6p11>

de Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris, France : Seuil

de Gaulejac, V., & Mercier, A. (2012). *Manifeste pour sortir du mal-être au travail*. Desclée de Brouwer.

Dejours, C. (2009). *Travail vivant. Tome 2 : Travail et émancipation*. Payot.

Detollenaere, J., Christiaens, W., Dossche, D., Camberlin, C., Lefevre, M., & Devriese, S. (2020). *Barriers and facilitators for eHealth adoption by general practitioners in Belgium : Analysis based on the integrated allowance for GP practices* (1^{re} éd.). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). <https://doi.org/10.57598/R337C>

- Eriksen, S., Dahler, A. M., & Øye, C. (2023). The informal way to success or failure? Findings from a comparative case study on video consultation training and implementation in two Danish hospitals. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1135. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10163-w>
- eSanté | INAMI. (s. d.). <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/esante>
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.stry.2008.01>
- Exploring Informal Learning Among Hospital Nurses. (2020, juin 30). *Nursing Education Network*. <https://nursingeducationnetwork.net/2020/06/30/exploring-informal-learning-among-hospital-nurses/>
- Fernandez, V., Gille, L., & Houy, T. (2015). Introduction. In *Les technologies numériques de santé : Examen prospectif et critique* (p. 11-17). Presses des Mines. <https://doi.org/10.4000/books.pressesmines.2394>
- Forde-Johnston, C., Butcher, D., & Aveyard, H. (2023). An integrative review exploring the impact of Electronic Health Records (EHR) on the quality of nurse-patient interactions and communication. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 48-67. <https://doi.org/10.1111/jan.15484>
- Jeantet, A. (2018). *Les émotions au travail*. CNRS Éditions. <https://www.cnrseditions.fr/catalogue/sciences-politiques-et-sociologie/les-emotions-au-travail/>
- Gagnon, M.-P., Desmartis, M., Labrecque, M., Car, J., Pagliari, C., Pluye, P., Frémont, P., Gagnon, J., Tremblay, N., & Légaré, F. (2012). Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals. *Journal of Medical Systems*, 36(1), 241-277. <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9473-4>
- Guillaume, G., & Bert, C. (2024). Prendre soin en temps de crise : Une opportunité pour refonder les liens. Réflexion à deux voix. *Canadian Journal of Bioethics*, 7(2-3), 100-106. <https://doi.org/10.7202/1112282ar>
- Health in the 21st Century*. (2019, novembre 20). OECD. https://www.oecd.org/en/publications/health-in-the-21st-century_e3b23f8e-en.html
- Interview de Renaud Mazy. (2018, juillet 4). Arrêt sur images. <http://www.rapport-saintluc.be/interview-de-renaud-mazy-0>
- Kaihlanen, A.-M., Gluschkoff, K., Hyppönen, H., Kaipio, J., Puttonen, S., Vehko, T., Saranto, K., Karhe, L., & Heponiemi, T. (2020). The Associations of Electronic Health Record Usability and User Age With Stress and Cognitive Failures Among Finnish Registered Nurses : Cross-Sectional Study. *JMIR Medical Informatics*, 8(11), e23623. <https://doi.org/10.2196/23623>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.

- Karsenti, T., & Charlin, B. (2010). Analyse des impacts des technologies de l'information et de la communication sur l'enseignement et la pratique de la médecine. *Pédagogie Médicale*, 11(2), 127-141. <https://doi.org/10.1051/pmed/2010012>
- Koivunen, M., & Saranto, K. (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications : A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 24-44. <https://doi.org/10.1111/scs.12445>
- Kroth, P. J., Morioka-Douglas, N., Veres, S., Babbott, S., Poplau, S., Qeadan, F., Parshall, C., Corrigan, K., & Linzer, M. (2019). Association of Electronic Health Record Design and Use Factors With Clinician Stress and Burnout. *JAMA Network Open*, 2(8), e199609. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9609>
- Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif* (4e éd.). Armand Colin.
- Lavin, M. A., Harper, E., & Barr, N. (2015). Health Information Technology, Patient Safety, and Professional Nursing Care Documentation in Acute Care Settings. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2), 6.
- Le Goff, J.-P. (1995). *Le mythe de l'entreprise*. La Découverte.
- Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé* | Cairn.info. (s. d.). Consulté 31 juillet 2025, à l'adresse <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41?lang=fr>
- L'informatique pour améliorer les soins infirmiers : Le pouvoir inexploité des données collectées par le personnel infirmier*. (s. d.). ResearchGate. Consulté 31 juillet 2025, à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/348611311_L'informatique_pour_ameliorer_les_soins_infirmiers_le_pouvoir_inexploite_des_donnees_collectees_par_le_personnel_infirmier
- L'innovation managériale comme accélérateur de transformation* | Éditions Eyrolles. (s. d.). Consulté 31 juillet 2025, à l'adresse <https://www.editions-eyrolles.com/livre/l-innovation-managériale-comme-accelérateur-de-transformation>
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2021). Job satisfaction and its associated factors among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104009.
- Manca, D. P. (2015). Do electronic medical records improve quality of care? *Canadian Family Physician*, 61(10), 846-847.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: A multidimensional perspective*. Oxford University Press.

- McBride, S., Tietze, M., Hanley, M. A., & Thomas, L. (2017). Statewide Study to Assess Nurses' Experiences With Meaningful Use-Based Electronic Health Records. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 35(1), 18-28. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000290>
- Menachemi, N., & Collum, T. H. (2011). Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk Management and Healthcare Policy*, 4, 47-55. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S12985>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Plan d'action en santé numérique*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- Musa, S., Dergaa, I., Al Shekh Yasin, R., & Singh, R. (2023). The Impact of Training on Electronic Health Records Related Knowledge, Practical Competencies, and Staff Satisfaction : A Pre-Post Intervention Study Among Wellness Center Providers in a Primary Health-Care Facility. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 1551-1563. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S414200>
- Naamneh, R., & Bodas, M. (2024b). The effect of electronic medical records on medication errors, workload, and medical information availability among qualified nurses in Israel– a cross sectional study. *BMC Nursing*, 23, 270. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01936-7>
- Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? *Revue Française de Gestion*, N° 235(6), 113-127.
- Nurse Informaticians Report Low Satisfaction and Multi-level Concerns with Electronic Health Records : Results from an International Survey*. (s. d) https://www.researchgate.net/publication/317036451_Nurse_Informaticians_Report_Low_Satisfaction_and_Multi-level_Concerns_with_Electronic_Health_Records_Results_from_an_International_Survey
- Nursing cognitive-overload and electronic documentation burden : A literature review*. (s. d.).
- OECD. (2010). *Improving Health Sector Efficiency : The Role of Information and Communication Technologies*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264084612-en>
- OMS. (2019). *Digital health: Framework for action*. Organisation mondiale de la santé
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. *Collection U*, 5, 269-357.
- Peccoralo, L. A., Kaplan, C. A., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., & Ripp, J. A. (2021). The impact of time spent on the electronic health record after work and of clerical work on burnout among clinical faculty. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(5), 938-947. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa349>
- Plan d'action interfédéral eSanté 2025-2027 | INAMI*. (s. d.). à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/esante/plan-d-action-interfederal-esante-2025-2027>
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre

patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 1(HS), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>

Première Belge : Mise en place d'un dossier patient informatisé révolutionnaire | Cliniques universitaires Saint-Luc. (s. d.). Consulté 31 juillet 2025, à l'adresse <https://saintluc.be/fr/communiqu%C3%A9-de-presse/premiere-belge-mise-en-place-dun-dossier-patient-informatise-revolutionnaire>

Protéger la santé mentale et physique des soignants. (2024, mai 13). <https://humanoo.com/fr/magazine/prot%C3%A9ger-sant%C3%A9-mentale-et-physique-soignants/>

Ratwani, R. M., Savage, E., Will, A., Arnold, R., Khairat, S., Miller, K., Fairbanks, R. J., Hodgkins, M., & Hettinger, A. Z. (2018). A usability and safety analysis of electronic health records : A multi-center study. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 25(9), 1197-1201. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy088>

Ronquillo, C., Topaz, M., Pruinelli, L., Peltonen, L.-M., & Nibber, R. (2017). Competency Recommendations for Advancing Nursing Informatics in the Next Decade : International Survey Results. *Studies in Health Technology and Informatics*, 232, 119-129.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Salehian, M., Smith, J., & Lee, R. (2023). Professional alienation in healthcare: The impact of administrative burden on nursing autonomy and patient care quality. *Journal of Nursing Management*, 31(4), 567–579. <https://doi.org/10.1111/jonm.13579>

Shan, Y., Shang, J., Yan, Y., & Ye, X. (2023). Workflow interruption and nurses' mental workload in electronic health record tasks : An observational study. *BMC Nursing*, 22(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01209-9>

Siegel, R., König, C. J., & Lazar, V. (2022). The impact of electronic monitoring on employees' job satisfaction, stress, performance, and counterproductive work behavior : A meta-analysis. *Computers in Human Behavior Reports*, 8, 100227. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100227>

The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses : A Systematic Review—PMC. (s. d.). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1205599/>

The management of digital competence sharing in health care : A qualitative study of managers' and professionals' views. (s. d.)

TPI² : Un fournisseur EPIC. (2018, juillet 4). Arrêt sur images. <http://www.rapport-saintluc.be/tpi%C2%B2-un-fournisseur-epic>

Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout*. Dunod.

Université Laval. (2018). *Technologie et relation soignant-soigné : enjeux contemporains*. Faculté de médecine.

Using thematic analysis in psychology. (s. d.). ResearchGate. à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology

van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)

Vers une Belgique en bonne santé. (s. d.). Vers une Belgique en bonne santé. Consulté 31 juillet 2025, à l'adresse <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/>

Vitak, J., & Zimmer, M. (2023b). Power, Stress, and Uncertainty : Experiences with and Attitudes toward Workplace Surveillance During a Pandemic. *Surveillance & Society*, 21(1), 29-44. <https://doi.org/10.24908/ss.v21i1.15571>

Wilkie, T., Tajirian, T., Thakur, A., Mistry, S., Islam, F., & Stergiopoulos, V. (2023). Evolution of a physician wellness, engagement and excellence strategy : Lessons learnt in a mental health setting. *BMJ Leader*, 7(3). <https://doi.org/10.1136/leader-2022-000595>

Wisner, K., Chesla, C. A., Spetz, J., & Lyndon, A. (2021). Managing the tension between caring and charting : Labor and delivery nurses' experiences of the electronic health record. *Research in Nursing & Health*, 44(5),

World Health Organization. (2019). *WHO guideline : Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/311941>

Wu, Y., Wu, M., Wang, C., Lin, J., Liu, J., & Liu, S. (2024). Evaluating the Prevalence of Burnout Among Health Care Professionals Related to Electronic Health Record Use : Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Medical Informatics*, 12, e54811. <https://doi.org/10.2196/54811>

IX. Annexes

Fiche administrative de participation à la recherche

Dans le cadre de mon mémoire de master en santé publique à l'UCLouvain, je réalise une recherche qualitative sur la problématique suivante : « Comment l'implémentation du dossier médical informatisé (TPI²) influence-t-elle le bien-être psychologique des infirmiers ? ».

Cette étude se base sur des entretiens individuels semi-directifs avec des infirmiers/infirmières exerçant dans des unités de soins à l'hôpital Saint-Luc.

Les entretiens dureront entre 45 minutes et 1 heure, et seront entièrement anonymes et confidentiels. Votre participation est volontaire, et vous pouvez vous retirer à tout moment sans justification.

Informations générales

Merci de compléter les informations ci-dessous :

Nom et prénom :	
Unité de soins :	
Ancienneté à Saint-Luc :	
Avez-vous connu la documentation papier ? (Oui / Non) :	
Téléphone ou e-mail :	

Consentement à être recontacté·e

Souhaitez-vous être recontacté·e pour participer à un entretien dans le cadre de cette recherche ? Merci de cocher la case correspondante.

- ☐ Oui, j'accepte d'être recontacté·e pour un entretien
- ☐ Non, je ne souhaite pas participer

Remise de la fiche

Vous pouvez me remettre cette fiche :

- Soit en main propre lors de mon passage dans votre service
- Soit par e-mail à l'adresse suivante : petra.fleiti@student.uclouvain.be

Je vous remercie sincèrement pour votre intérêt et votre collaboration.

Guide d'entretien

1. **Pouvez-vous vous présenter brièvement et me parler de votre parcours en tant qu'infirmier(ère) ?**
2. **Puisque vous connaissez la documentation papier, qu'est-ce que c'est de concrètement travailler avec le TPI² pour vous ?**
3. **Quelles ont été vos premières impressions lorsque vous avez commencé à utiliser le TPI²?**

Degré de familiarité ou d'aisance actuelle avec l'outil
Contexte d'introduction du DMI dans le parcours professionnel (ancienneté, type de service.)
Expérience personnelle de l'intégration du DMI dans la pratique quotidienne
Premières impressions : réactions émotionnelles et cognitives (appréhension, enthousiasme, confusion...)
Qualité de la formation reçue (clarté, durée, utilité)
Type d'accompagnement proposé (entre pairs, par la hiérarchie, par l'éditeur du logiciel, etc.)

4. **Quels effets le TPI² a-t-il eu, selon vous, sur votre manière de travailler ?**

Aspects positifs du DMI dans la pratique clinique (gain de temps, traçabilité, sécurité, etc.)
Difficultés rencontrées (techniques, organisationnelles, relationnelles)
Changements concrets dans la manière de travailler, Changement dans le rythme ou la charge de travail (ex. : priorisation des tâches, organisation des soins)
Ressenti en termes d'efficacité ou d'autonomie
Influence du DMI sur la qualité de la relation avec les patients (communication, présence, humanité des soins).
Équilibre entre soins techniques, relationnels et tâches informatisées
Sentiment d'être soutenu ou contraint par l'outil dans la pratique quotidienne

5. **Comment vivez-vous votre rôle d'infirmier(ère) aujourd'hui dans votre pratique quotidienne suite à l'implémentation du TPI² ?**

Éléments qui donnent du sens à son travail (Valeurs professionnelles mobilisées ou mises à mal)
Sentiment d'utilité ou de fierté dans le travail (ce qui motive ou dé motive au quotidien)
Place de la relation avec le patient