

DE LA REVOLUTION INFORMATIQUE A LA REVOLUTION SOIGNANTE

Josette HART, ex cadre de santé, Docteur en sciences de l'information et de la communication, Formatrice Consultante. 06 07 87 55 68 josette.hart@wanadoo.fr

Est-il déjà trop tard pour que la DHOS, les Directions générales et les Directions de soins se saisissent de l'ultime opportunité que constitue l'informatisation du Dossier de soins pour rendre compte de la qualité des soins « produits » par les soignants? Selon l'enquête du GMSIH (Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier), au second trimestre 2006, moins de 20% des établissements disposaient d'un dossier patient informatisé. En ce début 2007, dans la plupart des CHU, l'informatisation du dossier de soins est en cours ou en projet alors que nombre de petits établissements sont encore dans l'expectative ou bien ont stoppé leur projet jugé trop risqué. Une enquête téléphonique conduite auprès d'une douzaine de CHU et hôpitaux autorise à tirer la sonnette d'alarme. La frilosité des établissements à pratiquer le benchmarking laisse augurer de piètres résultats face aux dépenses engagées par chaque établissement pour l'informatisation du dossier patient. Concernant le dossier de soins infirmiers, le manque de concertation inter hôpitaux et le caractère inédit de ce vaste chantier conduit à un labourage intempestif du champ de la connaissance soignante. Les responsables soignants interviewés déplorent des gaspillages de temps soignant inconsidérés ainsi qu'une démotivation des personnels soignants face à la prépondérance de la logique informatique sur la logique soignante. L'intention de ce « coup de gueule » n'est absolument pas de dissuader les soignants de se passer de l'informatique mais bien de faire en sorte que l'informatisation constitue plus un gain qu'une perte dans la façon d'exploiter les informations soignantes.

Des dispositifs participatifs au service de la logique informatique

Dans la plupart des CHU enquêtés, un cahier des charges a été élaboré en concertation avec les utilisateurs qui ont également participé au choix des logiciels. Ceci semblerait idéal si les enjeux de pouvoir ne conduisaient les soignants à devenir leurs propres bourreaux. « Nous en devenons les complices pour ne pas en devenir les victimes » confiait un cadre supérieur de santé représentant les soignants au sein du groupe projet Informatisation dossier patient. La constitution de groupes d'utilisateurs comporte le risque d'aboutir à une insatisfaction d'autant plus inavouable par les soignants qu'ils sont co – responsables du résultat de la consultation. En quoi seraient-ils en droit de se plaindre du logiciel puisqu'ils ont été consultés pour le choisir? Les représentants des soignants avouent volontiers qu'« aucun logiciel ne répond à nos besoins... la logique soignante est trop complexe pour les informaticiens ». En effet, exploiter des données selon la logique professionnelle soignante implique des paramétrages très complexes et très coûteux que peu de sociétés informatiques acceptent de faire, « les informaticiens n'ont pas intérêt à faire évoluer leur logiciel car ça leur coûte cher ». Mais dans la mesure où ces soignants ont été associés aux paramétrages, ils préfèrent s'accommoder du résultat obtenu plutôt que de tenter de l'améliorer « il n'y a pas de temps, pas d'argent, on nous dit que si on ne veut pas le faire ça se fera sans nous, alors plutôt que de tout perdre on est prêt à tout ». D'autres ont adopté une stratégie de combat qu'ils décrivent dans un langage guerrier vis-à-vis de leur Direction et des sociétés informatiques « il faut se bagarrer pour les faire évoluer... c'est du corps à corps... six mois de lutte et un rapport à la Direction générale pour qu'aucun item ne soit rentré sans mon accord... j'ai dit au Directeur : vous ne le ferez pas sans nous ! ».

Des mensualités soignantes pour soigner les systèmes informatiques.

Dans certains établissements, au sein des groupes d'utilisateurs, le temps infirmier consacré à recenser leurs besoins, à participer aux appels d'offres, à paramétrer des logiciels apparemment inadaptés puis à former leurs collègues à l'informatique est disproportionné compte tenu des piètres résultats obtenus. « on passe plus de temps et d'argent à soigner le système informatique qu'à soigner les patients »

constate un cadre supérieur détaché à temps plein avec six autres cadres sur le projet informatisation du dossier de soins. Si le management participatif n'est pas à blâmer, le gaspillage des compétences doit être dénoncé. D'autant que certains soignants s'inscrivent dans les groupes de « référents informatique » au seul motif de fuir la pratique soignante quotidienne, considérant le temps informatique comme un moment de respiration. Les sociétés informatiques tirent habilement profit de ce besoin de respiration et de reconnaissance des soignants et emploient toute leur force de séduction à inciter les soignants à participer. Il est à craindre que certains « référents informatique » ne puissent expliquer la complexité du raisonnement clinique aux informaticiens, qu'ils ne leur suggèrent pas de réduire le temps consacré à la traçabilité des prescriptions et qu'ils ne leur proposent pas de rendre le dossier informatisé plus efficient que ne pouvait l'être le dossier papier. Alors que l'informatisation devrait offrir aux Directions hospitalières une excellente lisibilité quant à l'exploitation des données soignantes, un gain de temps pour les transmissions soignantes et une source inestimable de données économiques et épidémiologiques, ce chantier déterminant pour l'avenir est traité dans l'urgence et en l'absence de toute réflexion professionnelle?

De l'opportunité d'une valorisation de la T2A ?

Tous les responsables soignants craignent une dissolution de l'essence même du soin et un délitement des connaissances para médicales au moment du passage à l'informatique. De nombreux médecins nourrissent les mêmes craintes à l'égard de leur propre activité. Mais les soignants le déplorent d'autant plus qu'ils assistent impuissants depuis des décennies, à l'effondrement progressif mais constant de la pensée professionnelle des soignants au profit de l'activité professionnelle. Le « faire des soins » au détriment du « prendre soin », plainte récurrente des soignants! Paradoxalement, peu envisagent une visualisation de la charge en soins globale en vue d'une valorisation économique. « Il y a une impérieuse nécessité à donner de la valeur ajoutée à l'informatisation du séjour patient par ce que recouvre l'activité soignante » reconnaissait un Directeur de soins. Mais seuls deux des hôpitaux enquêtés ont prévu l'intégration de la mesure de la charge en soins dans le logiciel Dossier de soins. En 1994, dans le N°25 de la revue Objectif soins, je publiais un article dont le titre était prophétique « Ne pas brader le service infirmier ! ». Il y était question de la mesure de la charge en soins et ma conclusion interpellait déjà : « Les cadres du service infirmier ne peuvent rester absents de cette révolution dans la gestion de la santé, car elle sera déterminante pour l'organisation hospitalière des décennies à venir ». Treize années ont passé, nous y sommes. Seule la part technique de l'activité soignante liée au PMSI est prise en compte dans la T2A. Or, si les responsables de l'informatisation ne saisissent pas cette opportunité pour rectifier le tir, l'inadéquation entre le coût réel du séjour patient et l'activité facturée aboutira à des réductions de moyens drastiques en personnel soignant et en conséquence à l'impossibilité pour certains pôles, d'honorer leur contrat d'objectifs et de moyens.

Informatisation : une belle pagaille économique et épidémiologique en perspective

Exploiter toutes les informations concernant les patients par l'informatique relève d'une très lourde responsabilité tant économique qu'épidémiologique. Actuellement, tant dans le secteur psychiatrie désorienté par le RIM PSY pour mesurer la VAP, que dans le secteur MCO très perturbé par la T2A, on assiste à des perversions incontournables du système informatique. « On bidouille, on bidouille... c'est comme avec les 35H, chacun se débrouille... chez nous, on ne peut rentrer une prescription médicale que si le patient est rentré... alors pour les entrées programmées, on prescrit sous d'autres patients les examens et médicaments nécessaires dès l'entrée ». D'autres s'arrangent avec la T2A « pour faire rentrer de l'activité payante dans des pathologies non payantes ». Lorsque d'autres logiciels tireront des certitudes statistiques à partir des fausses pathologies entrées pour « gonfler l'enveloppe » ou à partir des fausses prescriptions, qu'en sera-t-il de l'exactitude des données épidémiologiques destinées à prévoir les politiques de santé et leur budget ? Un cadre supérieur d'imagerie médicale membre du groupe informatisation dossier patient ajoutait : « l'éthique actuellement ? comptable, uniquement

comptable cautionnant les tricheries pour facturer ce qui n'est pas prévu dans la classification... on se prépare une belle pagaille ! ».

Cohérence entre les textes législatifs et les pratiques professionnelles

Le décret N° 2004-802 du 29 juillet 2004 définissant les responsabilités des Infirmières stipule dans l'article R4311-3 « Il (l'infirmier) est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ». Quel est actuellement le poids des Coordonnateurs de soins et des Commissions de soins face aux décisions des Directions générales lorsqu'il s'agit de concevoir le Dossier de soins infirmiers informatisé? « Nos Directions de soins malmenées par la nouvelle gouvernance devraient pourtant se recentrer sur le projet de soins, concepts et outils soignants » préconisait un cadre supérieur de santé en lutte 60 heures par semaine pour sauver le dossier de soins. Un autre affirmait « ma Direction de soins ne cède pas sur le rôle propre, nous en sommes à la troisième évaluation du dossier informatisé à partir du référentiel ANAES et des indicateurs Compaq qui montrent un taux de satisfaction à 80% ». Face à la norme qui garantit aux infirmiers la liberté de concevoir et gérer leur dossier de soins, leur marge de manœuvre est éminemment stratégique à l'heure du remaniement des pouvoirs de leur Direction.

L'ANAES, par le référentiel du service Evaluation des pratiques publié en juin 2003 ainsi que par son manuel d'accréditation publié en novembre 2003 présente de manière détaillée ce que recouvre le contenu d'un dossier de soins, seul témoin de la qualité de prise en charge du patient. Or, il n'existe aucune politique de soins nationale corroborant ces textes et à partir de laquelle un cahier des charges aurait pu être élaboré par la DHOS afin que les sociétés informatiques soient contraintes de proposer aux hôpitaux des logiciels respectueux des textes.

Economies d'échelle : un cahier des charges commun à l'ensemble des Etablissements ?

Tous les responsables interrogés auraient souhaité pouvoir se référer à une directive nationale venant légitimer leurs exigences. Un cahier des charges imposant une base commune de dossier de soins informatisé aurait évité ces dépenses pharaoniques en temps soignant, consacré par chaque hôpital, à l'élaboration de son cahier des charges et au reparamétrage des logiciels inadaptés (actuellement chacun réinvente l'eau chaude à sa porte). Au motif de leur incontournable mise en concurrence, les sociétés informatiques ont toute liberté pour proposer leurs logiciels lors des appels d'offres. Malgré les batteries de critères élaborées par les groupes d'utilisateurs, le choix des Directions hospitalières repose trop souvent uniquement sur les interfaces avec les logiciels déjà en place. On sacrifie ainsi les informations significatives du suivi du patient aux exigences de la technologie informatique, « l'informatique ne peut pas tout, chez nous, les doublons papier ressurgissent » confiait un responsable après trois années d'informatisation et en phase d'expérimentation de la énième version du logiciel en question. Si l'argument de vente d'une société informatique face aux soignants dubitatifs est « ne vous inquiétez pas, vous pourrez le paramétrer selon vos besoins », au final les besoins exprimés ne peuvent être satisfaits pour des raisons de coûts ! Certains établissements, en prévision de l'informatisation, ont entrepris d'harmoniser leur dossier de soins sur l'ensemble des services. Ils ont eu la faiblesse de croire que l'informatique en tiendrait compte. Ainsi, mille à quatre mille professionnels, selon les établissements, ont actuellement le sentiment d'avoir été dupés et voient l'harmonisation de leur dossier papier se déliter en s'informatisant.

Malgré le tableau négatif présenté ci-dessus sans forcer le trait, il est peut-être encore temps d'éviter le pire. Le plan Hôpital 2012 prévoit de doubler la part des budgets hospitaliers réservée à l'informatique et de la porter à 3%. Une stratégie anti gaspillage devient impérative pour ce chantier. Aussi, il importe en premier lieu qu'au niveau national, un positionnement affirmé indique de quelle manière les informations soignantes (paramédicales) doivent être traitées dans le contexte informatique et économique actuel. Si tous les établissements sont d'accord sur la nécessité de préparer

l'informatisation en harmonisant le dossier papier et les organisations de soins, cela ne doit en aucun cas constituer un leurre vis-à-vis des soignants. L'harmonisation du dossier papier doit être conduite concomitamment avec l'élaboration du cahier des charges, « avec un cahier des charges béton, on a plus de poids ». D'où la nécessité de pouvoir s'appuyer sur un cahier des charges standard de la DHOS qui permettrait la prise en compte de 80% des besoins constituant les exigences communes pour les éditeurs de logiciels (les 20% restant feraient partie des ajustements spécifiques).

Sous l'égide de la DGAFP (Direction générale de l'administration et de la fonction publique) l'ensemble des ministères a réussi à concevoir un cahier des charges standard « noyau » pour passer leur GRH sur informatique. Chaque ministère a ensuite eu le choix de la société informatique avec laquelle il a traité à condition que le fournisseur respecte le « noyau ». Interviewée dans la revue *Entreprise et Carrières de Mars* 2007, Nicole Hernandez, Directrice du projet interministériel, considère que ce progiciel commun permet une économie de 30% sur la conception. La maintenance permettra également des économies d'échelle. Le projet intégrera d'ici 2011 le progiciel de paie qui concernera trois millions de personnes.

Les hôpitaux ne peuvent-ils s'inspirer de cette expérience pour concevoir un cahier des charges commun ? Tous les hôpitaux ont un dossier de soins soumis aux mêmes textes législatifs concernant sa tenue et son contenu. Ce cahier des charges ne ferait que communiquer aux éditeurs la façon la plus optimale d'exploiter les informations du dossier de soins. Car informatiser le dossier de soins ne consiste pas en un simple transfert des outils papier sur écran. Il s'agit de repenser totalement les outils afin d'en tirer des éléments de recherche clinique, juridique et économique au bénéfice du patient et de l'institution.

Conclusion

Joël de Rosnay nous invite à reconsidérer le progrès technologique afin qu'il ne déshumanise pas nos vies professionnelles. Parce que l'approche soignante est plurielle, collective, complexe et holistique, l'informatique constitue une chance de mieux en rendre compte à condition que l'informatique respecte l'approche systémique. L'auteur de « *L'homme symbiotique* » démontre que la démarche analytique est réductrice et ne suffit plus pour expliquer les systèmes complexes « car elle conduit à une logique d'exclusion »¹. Il nous faut veiller à ce que l'informatisation du dossier de soins n'exclue pas l'intelligence collective des soignants dans leur démarche de prise en charge des patients.

Enfin, il ne s'agit pas de céder à l'effet quantitatif du management participatif pour considérer que la concertation permet de construire un produit de qualité. Ce n'est pas le nombre d'utilisateurs dans les groupes projet qui garantit le bon choix d'un logiciel mais bien la qualité de ces représentants tant en compétences professionnelles qu'en capacité à être représentatifs non seulement de leurs pairs mais aussi des normes professionnelles énoncées dans les textes. La fonction de « référents informatique » ne devrait pas être une sinécure mais bien un levier pour les Directions de soins visant à interpeller les politiques de soins, les pratiques professionnelles, les organisations de soins. Enfin, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, la Commission des soins Infirmiers doit se montrer vigilante quant au ratio entre moyens alloués à l'informatisation du dossier de soins et moyens alloués aux soins des patients et quant au sens donné à l'exploitation des informations soignantes par l'informatique. L'extraordinaire outil que constitue l'informatique pourrait être une formidable chance à saisir pour la compréhension de la prise en charge globale des patients grâce à l'intelligence collective des soignants. C'est parce que le dossier de soins contient une mine d'informations nécessaires aux nouvelles finalités des hôpitaux qu'il mérite bien plus de considération de la part des décideurs. Avant le plan hôpital 2012, souhaitons, avec Joël de Rosnay, que « peu à peu l'ordinateur apprenne l'homme »².

¹ *L'Homme symbiotique*, Joël De Rosnay, Le Seuil, 2005 Page 39

² Op.Cit. page 116

RESUME

« De la révolution informatique à la révolution soignante »

L'informatisation du dossier de soins est en cours dans tous les établissements de soins. Cette révolution technologique se fait trop souvent dans l'urgence et avec pour principaux enjeux l'interface technique entre les différents logiciels de l'établissement. Les infirmières dont le dernier décret professionnel a confirmé qu'elles restaient responsables de l'élaboration et de la gestion du dossier de soins, en sont néanmoins dépossédées et, faute d'un cahier des charges type, chaque établissement consacre des budgets et du temps soignant excessifs à « bricoler » des logiciels proposés par des sociétés informatiques essentiellement centrées sur la productivité des soins. Une enquête conduite auprès d'une douzaine de CHU et hôpitaux a permis de faire le point sur ce gâchis qui conduit à des erreurs d'évaluation épidémiologique, économique voire, à terme, à une déliquescence du professionnalisme soignant et de la qualité des soins. Il est peut-être encore temps que les Directions d'établissements, la DHOS et les soignants interviennent afin que l'informatisation de l'information soignante puisse constituer pour les établissements, une opportunité d'optimiser l'exploitation de ces informations tant sur le plan économique que médical.