

L'ACTUALITE DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

EDITORIAL

Printemps 2017

LES ÉCHÉANCES, LE BILAN

L'actualité syndicale est marquée par la fin et (donc) le bilan du quinquennat de F. Hollande.

Sur le plan législatif d'abord, quelques maigres avancées : en effet, après la loi HPST et l'exclusion des médecins de toutes les commandes et de toute responsabilité (en 2009), avec même l'impossibilité pour le corps médical de nommer ses pairs (dans l'hôpital, les pôles, les services...) et le démantèlement programmé des services et secteurs, nous avons beaucoup espéré dans une loi modificative promise par le parti socialiste et François Hollande en 2012.

La loi, après bien des péripéties est arrivée et a très, trop timidement amendée certaines mesures odieuses et discriminatoires contre les médecins (la procédure de nomination des chefs de pôle et du directoire notamment, et le rétablissement des services). Mais les directeurs ont malgré tout gardé l'essentiel de leurs prérogatives par tout un jeu de déséquilibre des pouvoirs à des moments clés de procédures (nominations, renouvellement, prorogation, arbitrages financiers).

Par ailleurs, les GHT que nous soutenions ont été

par voie législative et réglementaire, érigés avec des amendements, voir même des perversions qui en fait nous amènent directement à des fusions, et au démantèlement de la psychiatrie publique (le rôle extravagant donné à l'hôpital support, le refus – malgré de nombreuses promesses qu'en psychiatrie, un hôpital puisse faire partie de 2 GHT- le refus quasi obsessionnel dans la plupart des cas des GHT dédiés à la psychiatrie).

Tout ceci ne nous rend pas particulièrement optimistes, combien de désillusions !

Se surajoute une crise démographique gravissime, aussi bien pour le personnel médical que non médical, en l'absence quasi-totale de toute réelle mesure d'amélioration de l'attractivité et les blocages salariaux.

Enfin l'étranglement budgétaire s'aggrave, mettant en péril tout l'édifice intra hospitalier et nos secteurs.

Nous agirons, dans le cadre de l'IDEPP, en intersyndicale psychiatrique et au sein de la CMH pour dans le cadre le plus unitaire possible, agir sur les prochains gouvernements afin de restaurer un peu d'attractivité et d'éthique médicale dans notre profession et ses hôpitaux.

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

Pierre BARBIER
Nantes

Le dossier médical et le dossier de soins infirmiers ne sont plus depuis longtemps formellement à distinguer puisqu'ils constituent le **Dossier Patient**. Ces deux dossiers doivent maintenant être informatisés.



Le dossier médical est l'ensemble des pièces qui comprennent les observations du même nom, les résumés, compte-rendu et autres synthèses, les courriers au médecin traitant, aux différents autres spécialistes et, depuis peu, la lettre de sortie, le résultat des examens biologiques, les résultats des examens paracliniques.

Le dossier de soins infirmiers comprend lui, différents paramètres administratifs et des observations au jour le jour prises par l'équipe pluridisciplinaire qui s'occupe du patient. Il peut y avoir outre les observations infirmières des mises au point faites par les ergothérapeutes, les diététiciennes, les kinésithérapeutes. Dans le cadre des prises en charge pluri professionnelles en psychiatrie, une partie du dossier peut être dédiée aux professionnels socio-éducatifs : assistants sociaux, éducateurs.

Depuis déjà plus d'une décennie, des textes législatifs, la plupart du temps des décrets, ont détaillé à l'envie toutes les pièces devant figurer dans le dossier du patient. Si la tonalité générale n'a pas changé fondamentalement depuis des années, il y a eu tout de même l'introduction des **informations obtenues par un tiers** et le **droit des patients à obtenir leur dossier**. En effet la loi Kouchner a considéré que la lecture de son dossier par le patient est un droit. Il était donc nécessaire de séparer tout ce que la famille ou d'autres personnes ont révélé ou dit sur ce patient. En effet il n'a pas accès à ces informations.

Dans le contexte des soins sous contrainte, l'accès direct à son dossier peut être refusé au patient mais il est proposé l'intermédiaire du médecin traitant ou du psychiatre qui a effectué la prise en charge.

Le dossier est un élément fondamental pour les soins et le parcours des soins du patient. Chaque intervenant,

se doit de connaître, de savoir ce qui a été déjà fait, tant dans sa partie que dans la globalité et se doit de connaître tous les éléments utiles à son action. Depuis le début des processus d'accréditation, la bonne tenue du dossier est un des critères fondamentaux. Au départ il était observé la présence des pièces nécessaires avec dans le cas des courriers la signature des médecins mais maintenant il a été mis au point la procédure dite du parcours de soins. Tout cela peut se résumer en disant que le dossier est à la fois un outil fondamental pour les soins, pour la suite de la prise en charge et sa continuité et enfin comme une preuve médico-légale.

Il est donc plus que nécessaire qu'il soit informatisé.

L'informatisation des données médicales est d'ailleurs un critère très important de l'accréditation ! En effet cela permet de disposer d'un outil disponible en plusieurs points à la fois sans avoir besoin d'avoir recours à un dossier papier encombrant, fragile et peu facilement dédoublable. Mais à ce niveau il faut veiller soigneusement à des critères de fiabilité et de qualité. C'est ainsi d'ailleurs que l'ordre des médecins a fait un cahier des charges pour les logiciels de dossiers médicaux des médecins libéraux.

Ce dossier informatisé va donc comprendre ou plutôt totaliser tous les éléments nécessaires à la prise en charge d'un patient. Cela concerne donc tous les éléments qui vont de l'identité à l'ordonnance de sortie. Jusqu'à présent, étant donné la diversité des informations qui souvent étaient réparties dans des endroits différents, l'identité à l'administration, les radios dans le service du même nom ou dans un meuble dédié, peu se rendaient compte de l'unicité du dossier médical. En l'informatisant cela devient clair.

Ainsi, la communauté médicale dans un établissement de Santé doit accorder une place importante au processus d'informatisation du dossier. De là va découler la simplification de notre travail au quotidien ou au contraire sa complexification. Il est nécessaire que les médecins s'emparent du processus d'informatisation et ne le laissent ni à l'administration ni à une société de conseil en informatique. Tous les éléments de ce dossier doivent être discutés par la communauté médicale, un par un. Même un élément qui semble mineur à tous comme l'identité peut-être un facteur d'erreur en cas de doublons. En effet on s'aperçoit que dans bien des logiciels il y a des mêmes patients répertoriés sous deux noms différents.

La partie essentielle reste bien entendue l'observation médicale. Mais n'oublions pas que si la technique informatique est la meilleure pour enregistrer des données quelles

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

qu'elles soient, c'est la classification et surtout la classification dans le temps qui reste l'élément essentiel d'un dossier médical dans sa partie clinique. Tous ceux qui ont eu affaire à un dossier informatisé qui n'a pas du tout été organisé s'aperçoivent vite qu'il est impossible de se faire une idée clinique en quelques minutes à la lecture du dossier. Pour des patients dits chroniques par exemple en rhumatologie, diabétologie, cardiologie, etc. et qui plus est au niveau d'un grand centre hospitalier où les patients vont d'un service à l'autre en fonction de leurs différents épisodes des différentes maladies, on se retrouve en présence de courrier de sortie dont le nombre rend la lecture et surtout la synthèse très difficile. Il faut être franc cela devient une corvée et beaucoup ne le font pas. Il faut donc d'emblée penser l'archivage, la hiérarchisation, la synthèse et le résumé.

La plupart des dossiers informatisés ont à peu près bien assimilé la nécessité d'entrer

des données de façon relativement simple. La plupart des difficultés à ce stade est la standardisation de la présentation de la saisie d'un examen. En effet un cardiologue, un gynécologue et un psychiatre n'entrent pas du tout les mêmes données.

C'est là que se présente une première difficulté, à savoir la rigidité ou au contraire la possibilité de paramétrer l'entrée des données suivant les services. C'est notamment fondamental pour un hôpital général ou un CHU. En effet dans ce type d'hôpital, un dossier médical complet pourra servir à la recherche ainsi qu'à l'enseignement.

Il faut aussi absolument que l'on puisse savoir qui a entré les données c'est-à-dire que chaque examen soit authentifié par l'examineur est que l'on puisse savoir quelle est sa fonction (praticien hospitalier, assistant spécialiste, interne etc.). D'autre part il faut aussi surtout en psychiatrie, qu'il y ait des notes personnelles et des données qui ne puissent pas apparaître à tous. En effet en psychiatrie, il est nécessaire que les nombreuses consultations itératives soient gardées en mémoire sans qu'il y ait de formalisation. De plus il faut aussi que les notes personnelles du médecin qui suit régulièrement le patient et où il marque tout ce qui fait la singularité de la démarche psychiatrique n'apparaissent pas à tous les lecteurs. N'oublions pas que cette partie a été validée par un décret qui précise que les notes personnelles ne font pas parti du dossier médical au sens légal du terme. C'est cette partie qui doit être partiellement archivée

au sens où il ne doit pas être nécessaire de tout lire ni en capacité de lire les notes personnelles pour accéder à l'essentiel du dossier. C'est pourquoi il est absolument nécessaire de prévoir des procédures de hiérarchisation des données en lien avec une synthèse. Cette partie est strictement clinique et humaine car la machine ne peut absolument pas identifier les données à mettre en évidence en permanence. Il y a bien sûr des systèmes déjà prévus comme de ne garder que certaines parties d'un courrier préalablement sélectionné par son créateur pour rester dans la synthèse finale. L'idéal serait qu'en fonction du profil du médecin qui

ouvre le dossier, il ait une synthèse différente. En effet un cardiologue n'a pas le même regard et surtout n'a pas besoin des mêmes détails qu'un psychiatre. Il serait bon qu'il soit prévu de faire deux synthèses : l'une pour le spécialiste de la même discipline, l'autre pour un généraliste.

Il en est de même pour tous les examens paracliniques. Ils doivent pouvoir être ouverts sous les deux formes. Une radiographie

doit pouvoir être visualisée directement avec tous les paramétrages possibles mais ouverte simplement aussi sous la forme de compte rendu. Il en est de même pour la biologie ce qui est rarement fait car il n'est pas souvent dans les usages que la biologie soit interprétée. Il faudrait prévoir qu'elle le soit dans le contexte de l'examen ou de l'hospitalisation, interprétation faite par le clinicien à la lumière de la clinique.

Cela permettra d'avoir la possibilité de lire une synthèse voire un résumé qui permet de se faire une idée rapidement d'une situation clinique.

Reste un dernier élément du logiciel qui justifierait à lui-même l'informatisation du dossier à savoir le module de traitement. C'est un élément essentiel et là aussi la communauté médicale doit s'en emparer. Il faut un module qui soit lisible, facile d'accès et surtout intuitif sur le modèle des systèmes d'exploitation actuels. En effet il y a trop de logiciels où toutes les fonctions sont résumées par des icônes incompréhensibles et où tous les traitements ne sont pas prévus. Il ne faut pas oublier qu'en psychiatrie nous manions des traitements retardés. C'est quelque chose qui est très souvent oublié des logiciels de prescription classique. Il doit y avoir aussi une aide à la prescription sous

forme de médicaments facilement trouvables par exemple

Le dossier est un élément fondamental pour les soins et le parcours des soins du patient.



DOSSIER

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

▶▶ en tapant juste les trois premières lettres et surtout un paramétrage qui permette d'être alerté en cas d'incompatibilité médicamenteuse, la possibilité de prescrire via le Vidal sous forme de plusieurs entrées comme par exemple : traitement d'une affection urinaire etc. Il ne doit pas y avoir d'ambiguïté dans les commandes. Je citerai à cette occasion un logiciel où il y a une fonction « arrêt » et une fonction « stop »! Les modifications à partir d'une même molécule doit se faire simplement sans arrêter le traitement en cours et remettre la même molécule sous une autre forme. Enfin il faut que les informaticiens s'assurent de la résistance du logiciel car il a été décrit de nombreuses erreurs de traitement dues uniquement au logiciel qui bégaie !

Bien entendu il faut que l'on puisse prescrire tous les examens paracliniques en passant par le même logiciel. Il ne devrait plus y avoir de « bons » pour demander des examens aux services paracliniques.

Enfin il faut se pencher sérieusement sur les différents accès des différents personnels au dossier.

Beaucoup d'outils sont sur le marché mais il faut que la communauté médicale se méfie des cartes uniques qui font tout comme ouvrir les portes et même peut-être un jour faire la mayonnaise. C'est un gros risque de perte même si cela satisfait bien des administrateurs réseaux. Il faut une procédure simple, sécurisée et légère pour que tout le monde s'y retrouve.

IDEPP



PRÉSIDENT :

Stéphane BOURCET



VICE-PRÉSIDENT :

Norbert SKURNIK



SECRÉTAIRE GÉNÉRAL :

Alain MERCUEL



SECRÉTAIRE ADJOINT :

Catherine BOITEUX



TRÉSORIER :

Gilles VIDON

BULLETIN DE COTISATION 2017

NOM :

PRÉNOM :

Adresse Postale :

Téléphone :

Adresse Electronique :@.....

- 120 € pour PH temps plein 30 € pour médecins honoraires
 60 € pour PH temps partiel et assistants 200 € (ou plus) pour cotisation de soutien
 50 € pour vacataires et internes

Chèque à libeller à l'ordre de l'IDEPP et à retourner au trésorier

Docteur Gilles VIDON – Hôpitaux de Saint-Maurice – 12/14 rue du Val d'Osne - 94410 St Maurice