

CALASS 2015
XXVI Congresso dell'ALASS
Ancona, 3-4-5 settembre 2015

Facoltà di Economia dell'Università Politecnica delle Marche

***Le triage et le dossier médical électronique:
quand la technologie n'est pas neutral***

Annabella Corcione

IRPPS/CNR Roma/Salerno
Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali
- Consiglio Nazionale delle Ricerche -

a.corcione@irpps.cnr.it

Project initial de recherche

Hypothèse:

L'utilisation inappropriée de la salle d'urgence génère le phénomène du surpeuplement (crowding) avec l'allongement conséquente des temps d'attente dans la salle d'urgence, ce qui peut mettre en danger la santé des patients qui ont un besoin urgent de soins

Objectifs

- Etudier les facteurs et les motivations qui conduisent les patients, classés comme “codes blancs” (absence de conditions d'urgence) ou “codes verts” (faible urgence, à l'exception des cas pédiatriques et diagnostiqués comme traumatisme) à choisir de recourir à la salle d'urgence au lieu de recourir au système de santé primaire ou dispensaires spécialisés.
- Identifier les interventions et les nouvelles stratégies d'organisation ayants pour but de libérer le service d'une partie importante des accès qui ne résultent pas appropriés.

Théories, méthodes et techniques

- Perspective théorique des études organisationnelles fondées sur la pratique, qui considèrent l'organisation comme "un artefact sociale, une invention maintenue en vie grâce à l'action collective, la langue, les symboles, les rituels, les méthodes de contrôle, les technologies et les objets matériels » (Bruni, Gherardi 2007)
- Méthode ethnographique: observation participante, *shadowing* (suivre comme une ombre), entretiens semi-structurés avec des patients, entrevues en profondeur avec des infirmières, rédaction de notes.

Caractéristiques du service d'urgence

- Organisé selon le modèle départementale dans un grand hôpital (900 lits) de la région de Campanie
- Partiellement rénové récemment, avec des chemins dédiés aux codes de moins d'urgence
- Doté des technologies-diagnostic clinique de pointe
- 150 professionnels (médecins, infirmières, personnel administratif ...)

Des innovations récentes dans la salle d'urgence...

... destiné à:

- Réduction des temps d'attente et le temps total passé dans la salle d'urgence
- Normalisation du processus de triage,
- La sécurité des patients,
- Collecte et stockage des données administratives, qui se répandent alors dans le flux de l'information requise
- Améliorer les relations entre les utilisateurs et les opérateurs,
- Une plus grande satisfaction de l'utilisateur

... représenté par:

- Réorganisation des services infirmiers de triage sur le modèle de "Triage Global "
- Adoption du dossier médical électronique pour une utilisation à la fois par le Service de triage que les domaines de diagnostic et de traitement
- Ecran (monitor) dans la salle d'attente, informant les utilisateurs et leurs soignants de la congestion des salles d'urgence

Le Triage et le dossier médical électronique

Le terme “triage” dans les soins de santé signifie:

- Service / processus / méthode d'évaluation et de sélection utilisé dans la salle d'urgence pour différencier immédiatement les patients en fonction de l'urgence et de la gravité , avec l'attribution d'un code spécifique pour le traitement de priorité:
- ✓ CODE ROUGE: Très critique, priorité - Accès immédiat au traitement
- ✓ CODE JAUNE: Assez critique, accès rapide (dans les 15 minutes)
- ✓ CODE VERT: critique, urgence déferrable (accès dans les 30-60 minutes)
- ✓ CODE BLANC: pas critique, patient non urgents (accès dans les 60-120 minutes) - services payants (€ 50,00)

Le *processus de triage* est effectué par des infirmières spécialement formés pour:

- évaluer les signes et symptômes du patient;
- identifier des conditions potentiellement dangereuses pour la vie;
- donner à chaque cas un code de gravité afin de fixer des priorités pour l'accès à l'examen médical (le diagnostic sera effectué par les médecins).

L'infirmière de triage selon des règles et protocoles prédéfinis. Il est responsable de la bonne application des mêmes protocoles (l'attribution des codes, la détection et l'enregistrement des données du patient...).

Le Triage est actuellement soutenu par la technologie informatique: le *dossier médical électronique*

Le Triage et le dossier médical électronique - 2

Le *dossier médical électronique* du patient:

- est conçu pour guider l'infirmière dans sa prise de décision.
- est utilisé par les différents opérateurs du service d'urgence.
- est un document de certification juridique (traitements effectués par le patient, temps)

Les données enregistrées par le dossier médical électronique sont la base d'informations de flux des activités (cas traités, les services fournis, le temps de prise en charge, etc.) nécessaires

- à la gestion de l'activité économique et financière, mais aussi
- pour l'analyse de criticité du service d'urgence et
- pour la construction d'indicateurs d'évaluation par la région et le gouvernement central.

La recherche ethnographique

Phase propédeutique: analyse des données administratives:

N. 80.000 visites aux salles d'urgence par an, répartis comme suit selon le code d'urgence:

- Code Rouge: 0,5%
- Code Jaune: 7,9%
- Code Vert: 86,5%
- Code Blanc: 5,1%

Autres données sur: les temps d'attente avant de commencer le traitement; les diagnostics des différents

codes d'urgence; les patients qui quittent avant ou pendant le traitement ...

La phase initiale de la recherche: première semaine

- Réalisation de 10 entretiens semi-structurés avec les patients moins urgents;
- 20 heures d'observation du processus de triage

Après la première semaine, le chercheur a jugé nécessaire réviser l'hypothèse initiale sur la base de certaines "pris pour acquis" liée à:

- *la qualité et la validité / fiabilité des données administratives recueillies régulièrement,*
- *l'objectivité du processus d'attribution du code d'urgence au triage*
- *l'homogénéité des pratiques d'utilisation de la technologie par les différents opérateurs*

Redessin de la recherche

Le données ci-dessus indiqués ont convaincu le chercheur à élargir sa perspective, tenant compte aussi, dans son parcours d'analyse, des éléments suivantes:

- a) l'observation systématique du processus d'attribution des codes d'urgence,
- b) les pratiques d'utilisation de la technologie à l'appui de triage (le dossier médical électronique et les protocoles cliniques pour l'attribution du code d'urgence)

(Dans cette communication, nous rendons compte seulement de ces deux aspects)

Exemples de cas observés

- 1) attribution des codes d'urgence différents face à la même situation clinique (sense-making et procès décisionnels decision-making; , la négociation entre patients et opérateurs)
- 2) le rôle de la "réévaluation du patient " dans la gestion des temps de début des traitements en cas de grande affluence
- 3) la contribution de la technologie de l'information sur l'efficacité /l'inefficacité des services (ecran avec l'indication de l'affluence au service; gestion des dossiers électroniques,; ralentissement / panne du système informatique)

CONCLUSIONS 1)

L'observation des pratiques de gestion des trajectoires des patients moins urgent nous permet de tirer les conclusions suivantes.

- 1) L'attribution du code de l'urgence de la part des infirmières est caractérisée par une certaine variabilité, en partie à cause du degré d'incertitude qui caractérise (en générale) les décisions cliniques, mais aussi en raison des facteurs non cliniques telles que:
 - les éléments impliqués dans le processus de prise de décision: le sense-making fondée sur l'application des protocoles rigides ou fondée sur l'expérience (heuristique); les négociations menées par le patient (pour éviter le billet); degré d'occupation dans la salle d'urgence.
 - la responsabilité professionnelle de l'infirmière dans les cas de surestimation (over-triaging) et de sous-estimation (under-triaging) de l'urgence, ce qui peut entraîner des risques pour la santé des patients;
 - la responsabilité professionnelle du médecin en cas de retard dans le traitement;
 - l'abus du rôle du médecin contre l'infirmière de triage
 - les fonctions de l'organisation envers les patients et les organismes de contrôle (accountability)

CONCLUSIONS 2)

2) La technologie “en usage”, adoptée pour supporter, harmoniser et améliorer les procédés du travail quotidien, est parfois utilisée d'une manière qu'on pourrait définir “créative” et “subjective” de la part des différents utilisateurs, en fonction des différentes responsabilités, objectifs et croyances.

Elle favorise et adonne de manière flexible le travail de l'organisation et des différents opérateurs, plus que standardiser et rendre objectives les pratiques, comme vous pouvez attendre d'un concept de "technologie-elle-même" objectif et neutre.

Dans certains cas extrêmes, la technologie peut même devenir facteur d'inefficacité.