



# Nos ordinateurs sont bien soignés...

Editorial  
G. Waeber

**E**n juillet 2011, le service américain responsable de l'accréditation de la formation médicale a imposé des nouvelles directives visant à réduire la durée de travail des assistants en formation. Des quelque 80 heures hebdomadaires, il fut notamment imposé le respect d'un horaire maximal de 16 heures de travail continu en milieu hospitalier, temps qui doit obligatoirement être suivi par du repos. Le défi fut donc d'assurer une continuité des soins tout en permettant une réduction de l'activité hebdomadaire de 80 à environ une soixantaine d'heures. L'impact de ces

## «... Par contre, des impacts inattendus furent observés ...»

changements a été étudié.<sup>1-3</sup> En comparaison des règlements plus anciens, les nouvelles règles ont permis de réduire de 4% les heures de présence en milieu hospitalier des assistants, d'augmenter par voie de conséquence de 3% leurs heures de sommeil et de diminuer de 2% les symptômes dépressifs perçus par ces médecins en formation. Par contre, des impacts inattendus furent observés, tels qu'une réduction des disponibilités pour participer aux colloques de formation et surtout une augmentation de 17% des erreurs médicales. Celles-ci ont été en partie attribuées à la recrudescence des transmissions d'informations concernant les patients hospitalisés.

Ce bilan a conduit à d'autres études, dont l'observation rigoureuse de l'activité des assistants dans deux hôpitaux universitaires américains prestigieux.<sup>3</sup> En résumé, les assistants consacrent 12% de leur activité professionnelle directement aux soins des malades. Ce taux correspond à une prise de contact avec le patient d'une quinzaine de minutes à son entrée, puis à 7 à 9 minutes quotidiennement par patient présent dans le service. De plus, 64% des activités de ces assistants sont dévolues à des occupations indirectes aux soins du malade, dont 40% se déroulent devant un ordinateur.

Il est incontestable qu'une réduction du temps de travail est indispensable pour garantir une sécurité des patients et tout simplement une qualité de vie optimale pour tous nos médecins en formation. Toutefois, la réduction du temps de travail n'a pas été associée à une diminution de la charge du travail. Ce point est critique dans la mesure où la continuité des soins est réduite en proportion du nombre croissant d'intervenants et des changements d'assistants. Cette observation a conduit à des tentatives d'optimisation de l'activité professionnelle en particulier en visant une réduction des charges administratives. Or, force est de constater que c'est exactement l'inverse qui s'est produit. Nos assistants consacrent actuellement près de la moitié de leur activité à des tâches administratives de documentation ou d'étude de dossiers devant l'écran. Cette proportion peut paraître énorme, mais il convient de rappeler que le dossier patient informatisé permet de réduire le temps passé à chercher des clichés radiologiques, des électrocardiogrammes et des résultats de laboratoire égarés lors de transmissions ou à téléphoner à des consultants. Toutefois, passer la moitié de son temps derrière un ordinateur est excessif. Dans le système américain, le temps consacré directement au contact du patient est très

Articles publiés  
sous la direction du professeur



**Gérard Waeber**

Médecin-chef  
Service de médecine interne  
CHUV, Lausanne



faible et probablement que nos assistants suisses vivent le même problème. Etant donné que la relation médecin malade, la prise d'une bonne anamnèse suivie d'un examen clinique attentif sont l'essence même d'une prise en charge médicale optimale, il est probable que la performance clinique de nos médecins va se réduire, faute d'exposition suffisante au patient.

Ce constat fut d'ailleurs objectivé par Brendann Reilly au Royaume-Uni.<sup>4</sup> Cet auteur est un cadre médical d'un hôpital qui a décidé d'évaluer cent patients admis dans l'unité où il exerçait. Un examen clinique personnel de ces patients a permis de trouver dans 26% des cas un signe clinique non relevé à l'entrée dans l'établissement, dont plusieurs ont eu des impacts majeurs dans la continuité de la prise en charge du patient. La démonstration consistait simplement à valider l'importance d'un examen clinique attentif et à montrer que l'expertise du médecin permettait de modifier le diagnostic initial simplement en examinant soigneusement le patient.

■  
■  
■  
■  
■  
■  
■  
■  
■

### «... il est probable que la performance clinique de nos médecins va se réduire ...»

L'impression que nous soignons bien nos ordinateurs n'est pas le privilège de tout hôpital universitaire. Nombreux sont mes amis médecins chefs d'hôpitaux qui me confirment la même impression: les médecins passent trop de temps derrière les ordinateurs... Dans un élégant éditorial,<sup>5</sup> Abraham Verghese écrit «*Patients are handily discussed in the bunker, while the real patients keep the beds warm and ensure that the folder bearing their names stay alive in the computer*».

Si un certain nombre de problèmes sont soulevés, les solutions ne sont pas aisées à trouver. Ainsi, comment concilier tant de paramètres pour améliorer l'activité médicale dans son ensemble? Comment réduire le temps de présence d'un assistant à l'hôpital tout en assurant une traçabilité optimale de l'activité par dossier informatique et en permettant des transmissions d'informations plus fréquentes à même de garantir la sécurité de nos patients? Dans un contexte où la médecine se complexifie, où les patients polymorbides et âgés sont plus nombreux, comment préserver du temps pour la formation et pour la relation avec le patient? Une étude récente<sup>6</sup> démontrait que dans les transmissions matinales des prises en charge de nuit, 40% des informations considérées comme décisives ont été manquées. Comment améliorer chacun de ces points en respectant les fameuses 50 heures hebdomadaires réglementaires en Suisse?

Une réponse partielle à ce défi consiste à déléguer au maximum les tâches administratives et les interfaces avec l'ordinateur auprès de personnel administratif ou de gestionnaire et à utiliser des logiciels simples, rapides et conviviaux. L'optimisation du temps dévolu à la formation, qui se doit d'être brève et incisive, doit être préservée et nous devons être le plus créatif possible pour assurer une délégation de compétences au personnel soignant et administratif. En tout cas, aujourd'hui, nos ordinateurs sont très bien soignés... ■

#### Bibliographie

- 1 Sen S, Kranzler HR, Didwania AK, et al. Effects of the 2011 duty hour reforms on interns and their patients: A prospective longitudinal cohort study. *JAMA Intern Med* 2013;173:657-62.
- 2 Desai SV, Feldman L, Brown L, et al. Effect of the 2011 vs 2003 duty hour regulation-compliant models on sleep duration, trainee education, and continuity of patient care among internal medicine house staff: A randomized trial. *JAMA Intern Med* 2013;173:649-55.
- 3 Block L, Habicht R, Wu AW, et al. In the wake of the 2003 and 2011 duty hours regulations, how do internal medicine interns spend their time? *J Gen Intern Med* 2013;28:1042-7.
- 4 Reilly BM. Physical examination in the care of medical inpatients: An observational study. *Lancet* 2003;362:1100-5.
- 5 Verghese A. Culture shock--patient as icon, icon as patient. *N Engl J Med* 2008;359:2748-51.
- 6 Devlin MK, Kozij NK, Kiss A, Richardson L, Wong BM. Morning handover of on-call issues: Opportunities for improvement. *JAMA Intern Med* 2014;174:1479-85.