

Système de veille: suivi des ressentis de la journée de travail à partir d'un nombre réduit de données. Le cas des unités de soins hospitaliers (logiciel PENDISC@N®)

Jean-Pierre Escaffre
IFSIC- Campus des Sciences
Université de Rennes 1
jescaffr@irisa.fr

Frédérique Quidu
Département SHS-CS
EHESP – Rennes
frederique.quidu@ehesp.fr

1 – Du danger de la multiplication de collectes de données dans un univers complexe

Dans la conduite des organisations, c'est-à-dire l'élaboration de stratégies et de tactiques en fonction d'objectifs plus ou moins bien définis, la complexité provient, pour l'essentiel, de la multiplication des rapports humains¹. Fréquemment, la tendance est alors de multiplier la collecte de données, de compliquer les techniques qui permettent des traitements se voulant engendrer des informations aptes à comprendre la complexité.

C'est le cas des activités de soins où les agents passent un temps considérable à recueillir des données auprès de chaque malade et ce tout au long de leur séjour.

Cette tendance est-elle inévitable ?

Selon nous, deux voies sont possibles pour réduire considérablement la collecte des données tout en maintenant la richesse des informations obtenues. La première, la plus efficace, est de s'appuyer sur la ou les théories existantes qui décrivent et expliquent les activités. La seconde, quand celle(s)-ci est ou sont inconnues ou incomplètes, peut s'appuyer sur des stabilités statistiques constatées après de nombreuses expérimentations. Dans ce cas, cette stabilité obtenue par un très grand nombre de données, peut se traduire par un nombre limité de modalités avec une sémantique simple et compréhensible par tous. L'inconvénient de cette approche est que les constatations empiriques n'expliquent pas les raisons d'un tel constat faute de théories.

2 – Le cas de la relation soigné-soignant(s) (le logiciel PENDISC@N®)

L'objectif du soin est d'accroître l'autonomie du patient, entamée par la maladie, par une dépendance momentanée au(x) soignant(s). Il en découle que l'analyse de l'activité des unités de soins repose fondamentalement sur la compréhension des rapports complexes entre les soignés et les soignants : ce rapport est exprimé par la dépendance réciproque entre soignés et soignants, c'est-à-dire le rapport entre l'autonomie limitée des premiers et l'autonomie d'action tout aussi limitée des seconds (limitation légale, hiérarchique, technique, organisationnelle, etc.).

Le PENDISC@N® est centré sur la dépendance et non pas sur l'autonomie. La raison est que la théorisation « autonomie-dépendance-stratégie » est insuffisamment développée à ce jour. Il s'appuie donc sur des constats stables quelque soit l'unité de temps, les lieux (établissements français), les spécialités médicales (médecine, chirurgie, psychiatrie, moyen et long séjour, etc.).

¹ Dans cette situation, les techniques d'optimisation sont peu opérantes.

Nous avons recensé trois types de stabilités dans l'activité des unités de soins intra hospitaliers.

Le premier concerne la dépendance soigné-soignant(s). On constate en effet partout qu'il existe trois types de dépendance non corrélées : dépendance vis-à-vis des actes techniques de la vie courante, vis-à-vis des actes techniques somatiques et enfin vis-à-vis des aides techniques relationnelles. Il en découle qu'il n'est pas possible de définir une dépendance globale et que l'on est obligé de collecter trois séries de données. Mais, nous avons constaté aussi une très forte stabilité statistique du spectre de chacune des trois dépendances à partir de multiples enquêtes composées de plus de cinquante variables de description : par exemple, en très forte probabilité, un patient moyennement dépendant vis-à-vis de l'alimentation est aussi moyennement dépendant vis-à-vis de l'habillement, de l'élimination, etc.. En conséquence, il suffit de découper le spectre selon les niveaux de dépendance et de les décrire selon une sémantique apte à être comprise par l'ensemble des acteurs. On réduit donc la collecte des données de cinquante variables (demandant 25 minutes de collecte en moyenne) à trois variables (demandant moins d'une minute de collecte par patient). Il en découle la possibilité d'un traitement simple et immédiat par n'importe quel tableur.

Le deuxième constat concerne la relation entre les états des patients et les charges de travail en soins directs. En effet, contrairement à ce qu'il est souvent prétendu, celles-ci ne sont pas totalement fonction du niveau de lourdeur des patients : il existe une corrélation positive entre les niveaux faibles et moyens de dépendance et cette charge de travail, mais cette relation disparaît pour les niveaux de dépendance lourds et très lourds et ce quelque soit le type de dépendance. Cependant, la détermination du volume de la charge de travail est-elle déterminante de la conduite quotidienne des unités de soins ? La réponse est non : ce qui est important, c'est de mesurer les variations quotidiennes des charges en soins directs par rapport à un niveau de charges jugé normal explicite ou implicite. Donc, ce que le cadre gère, ce sont les ressentis de la journée de travail dus à ses variations.

Le troisième constat nous a semblé extraordinaire: c'est la stabilité dans le temps des ressentis (lourds, normaux, allégés) en fonction des variations des charges en soins directs quelque soit le lieu, et le type de spécialités. On peut donc en tirer une cartographie universelle de ces ressentis en fonction de la variation du nombre de patients par niveau de dépendance et de celle du nombre de soignants. On peut alors y placer par constat ou par simulation les ressentis fortement probables de la journée de travail. Le traitement des trois types de dépendance est afférent à des qualifications de personnels différentes. En conséquence, les simulations permettent aussi de répartir le personnel par unité de soins.

Cet outil, outre la gestion quotidienne, peut être utilisé pour repérer un début de passage du ressenti de l'équipe à une charge mentale anxiogène. C'est le cas par exemple lorsque, sur plusieurs jours consécutifs, l'outil constate ou prévoit des journées « normales » alors que l'équipe témoigne de ressentis alourdis. Cela représente un signe avant-coureur d'équipe en état d'anxiété collective. On sait que cet état est dû inconsciemment à un début de désorganisation de l'unité de soins. On sait aussi que cette situation engendre à court terme soit des réactions collectives soudaines (grève spontanée...) soit des réactions individuelles de fuite (repli professionnel, absentéisme de courte durée, demande de mutation, etc..) engendrant une spirale encore plus anxiogène et délétère.

Nous montrerons les éléments essentiels de l'outil PENDISC@N®².

² Adresse du site : <http://pendiscan.ifsic.univ-rennes1.fr/pendiscan/index.htm>