

# Les défis de la documentation médicale en France

Une enquête menée dans les établissements  
hospitaliers

## Contenu de l'étude

### **1. Pourquoi s'intéresser à l'information médicale en France ?**

- Documenter les dossiers patients est un défi quotidien
- L'objectif de l'étude

### **2. Documenter les dossiers patients : un impératif chronophage**

- Le temps passé sur la documentation médicale
- Plus de temps passé derrière un écran qu'avec le patient ?
- Un impact financier

### **3. Des outils informatiques peu ergonomiques et mal adaptés**

- L'utilisation du DPI
- L'avis des DSI
- Pour les médecins, 1h à 2h perdues chaque jour avec les DPI

### **4. Les établissements de santé sont très loin du zéro papier**

- Le zéro papier n'existe pas
- A l'heure du numérique, le papier fait de la résistance
- La gestion papier de l'information médicale et ses conséquences pour les établissements

### **5. Les impacts sur la complétude des dossiers patients et les délais d'envoi des comptes rendus**

- Le processus de production des comptes rendus est complexe
- 40mn minimum pour produire un compte rendu de consultation
- Des délais d'envoi allant jusqu'à plusieurs semaines
- Les nouvelles exigences impactant les délais de production des comptes rendus

### **6. Ce qu'il faut retenir de l'étude**

### **7. L'enjeu commun aux professionnels de santé hospitaliers : regagner du temps 'médical'**

### **8. Couverture et méthodologie de l'enquête**

## 1. Pourquoi s'intéresser à l'information médicale en France ?

### **Documenter les dossiers patients est un défi quotidien pour les professionnels de santé**

L'information médicale collectée tout au long du suivi du patient conditionne la qualité, la sécurité et la continuité du parcours de soins. Bien qu'il s'agisse d'un impératif majeur pour les établissements et leurs autorités de tutelle, il n'existe pas actuellement d'étude permettant de faire le lien entre les modalités de documentation des dossiers patients, le coût et la qualité de cette documentation, ainsi que la performance des établissements dans ce domaine.

Depuis 25 ans, l'informatisation des processus au sein des établissements de soins s'est inscrite dans une logique d'amélioration de la qualité et une recherche continue d'efficience.

Habités aux injonctions contradictoires, les établissements et leurs dirigeants s'attèlent, dans un contexte budgétaire contraint, à garantir le plus haut niveau de qualité pour leur patient 24h/24, 365 jours par an, tout en maintenant des conditions de travail acceptables pour le corps médical.

Personne ne contestera que la pertinence et la complétude de l'information médicale, ainsi que son partage entre les équipes de soins à l'hôpital et en médecine de ville, constituent l'un des piliers de la sécurité et de la qualité de la prise en charge, de la satisfaction patient, et de la santé financière des établissements. Ceci impactant au bout du compte l'efficience du système de santé français. La récente organisation du système de soins en Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), rend plus critiques encore le partage des informations médicales, la coordination des équipes de soins et la traçabilité des données patients.

### **L'objectif de l'étude, réalisée par Les Echos Etudes pour le compte de Nuance, est de :**

- Décrire et d'analyser comment est gérée l'information médicale à l'ère du numérique,
- Evaluer le poids des processus qu'elle induit sur le quotidien des professionnels de santé,
- Ainsi que l'impact budgétaire pour les établissements de santé.

## 2. Documenter le dossier patient : un impératif chronophage

Documenter le dossier patient est un impératif chronophage qui pèse sur les ressources et le budget des établissements. L'information médicale en milieu hospitalier s'inscrit dans un cadre complexe du fait de la diversité des producteurs et des utilisateurs des documents créés, ainsi que de la multiplicité des flux d'information produits dans le cadre du parcours du patient.

Si la Haute Autorité de Santé (HAS) considère la bonne tenue du dossier patient comme l'un des critères importants de la certification des établissements hospitaliers, c'est parce qu'elle constitue le fondement de la coordination, de la qualité et de la sécurité des soins.

Création et gestion de l'information médicale selon 3 critères : exhaustivité, fiabilité et partage sécurisé

### Producteurs, utilisateurs et informations médicales produites au long du parcours patient

**Utilisateurs secondaires**  
(administration et facturation)



**DIM**

Codification, reporting et facturation



**Direction générale**

Pilotage activité, certification établissement  
Compliance / cadre juridique du DP



**Data scientists**

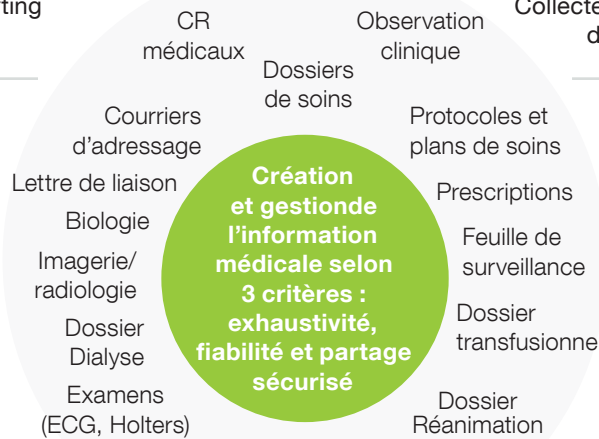
Collecte et analyse Constitution de BDD open data

**Utilisateurs primaires**  
(professionnels de santé)



**Rédaction/production  
Utilisation  
et partage**

Développement de modes de travail collaboratifs



**Documents multiples rédigés et archivés sur des supports papier et informatique**

**Partage avec les équipes de soins ambulatoires**



Développement de modes de travail collaboratifs

**Patient**



**Accès personnel au dossier patient**

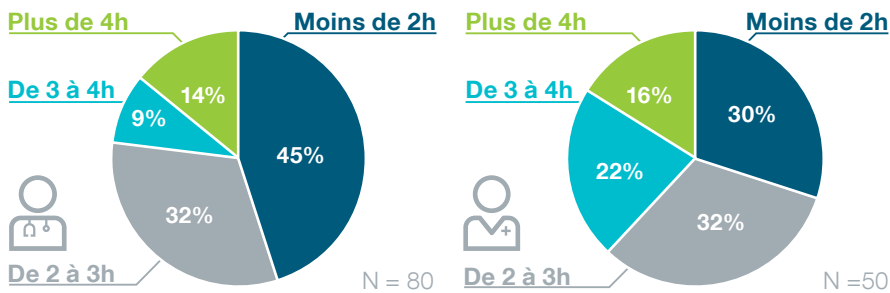
### Temps passé sur la documentation médicale

Produire, saisir, traiter et gérer les informations médicales nécessaires à la bonne tenue du dossier patient représente 40% du temps des professionnels de santé. Si les professionnels de santé s'accordent sur le fait que renseigner le dossier d'un patient est une tâche essentielle à la qualité de sa prise en charge, le temps qu'ils y consacrent est jugé trop important pour 56% des médecins et 54% des infirmières.

55% des médecins et 70% des infirmières estiment à plus de 3h par jour le temps consacré à documenter les dossiers patients :

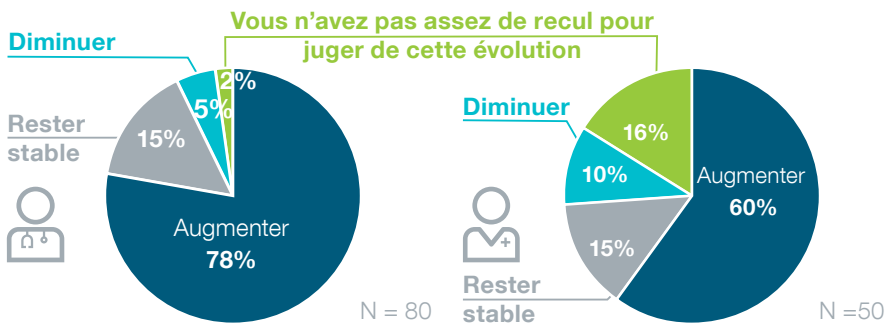
# 3h30

Entre les médecins et les infirmières, en moyenne 3H30 sont dédiées à la documentation des dossiers patients. Soit, environ 40% du temps des professionnels de santé qui n'est pas directement consacré au soin.



### Ce temps est en constante augmentation

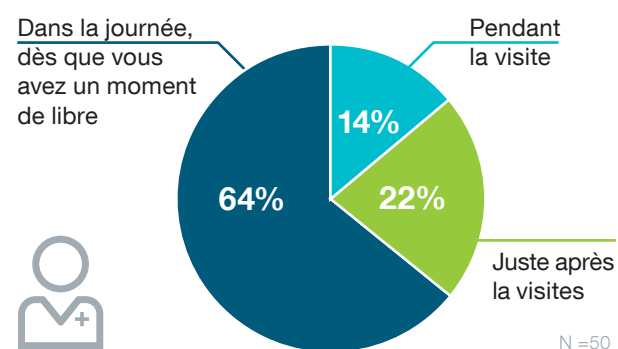
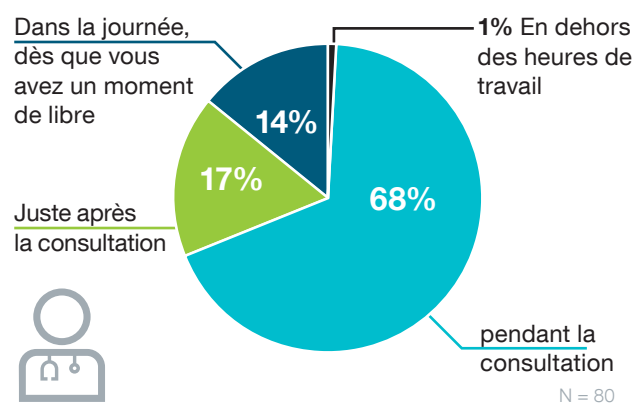
Depuis les 5 dernières années, 78% des médecins et 60% des infirmières, constatent que le temps consacré à la documentation des dossiers patients, est en augmentation constante.



**Plus de temps passé derrière un écran qu'avec le patient ?**

68% des médecins renseignent le dossier patient pendant la consultation, bataillant à coup de clics et de menus déroulants dans leurs applications de gestion des dossiers patients. Leur attention est alors portée sur l'informatique et non plus sur le patient. 32% des médecins trouvent donc du temps dans la journée pour compléter leurs dossiers.

Quant aux infirmières, elles sont obligées de décaler dans le temps la saisie des informations. Disposant encore peu de supports mobiles pour gérer leur dossier, 64% des infirmières remplissent les dossiers de soins dès qu'elles ont un moment durant la journée de travail.



« Le temps passé à la gestion des dossiers patient est au détriment du temps passé avec les patients, donc au détriment de la relation avec eux. »

Infirmière CLCC

**Un impact financier**

Si la documentation des dossiers patients est un impératif indissociable du temps médical, elle ne représente pas moins un coût pour l'établissement. Le temps consacré par les professionnels de santé (40% de leur journée) à la documentation des dossiers patients, ainsi que le temps des secrétaires (30% de leur journée), pèse économiquement sur l'établissement.

Afin d'estimer la valeur financière du poids lié aux processus de documentation sur un établissement type, le temps minimum moyen quotidien a été retenu ainsi que la moyenne des salaires publics chargé hors prime. Cela a permis d'établir une estimation de la charge pour l'établissement pour un médecin, une infirmière et une secrétaire. Ne serait-ce que pour les médecins, le temps passé à gérer les dossiers patients représente en moyenne 25% de leur coût chargé.

A titre informatif, ci-dessous, une estimation du coût minimum de la documentation médicale pour un établissement public sur la base des salaires moyens publics chargés hors primes pour une journée de 7h et 220 jours ouvrés par an.

**35 000 €**  
/ médecin

**16 000 €**  
/ IDE

**10 000 €**  
/ secrétaire  
Coût chargé par an

	<b>Temps passé sur la documentation clinique / Personne / Jour</b> (en heures)	<b>Coût par Personne / Jour</b> (en €, sur la base d'un salaire moyen chargé selon le type de personnel et d'établissement)	<b>Coût Personne / An</b>	<b>Staff</b>	<b>Coût de l'information médicale pour un établissement public</b> (350 médecins, 900 infirmières, 150 secrétaires) / An
<b>Médecin</b>	02:00	162 €	35 619 €	350	12 466 667 €
<b>Infirmière</b>	03:00	76 €	16 792 €	900	15 112 653 €
<b>Secrétaire</b>	02:30	49 €	10 813 €	150	1 621 939 €
					<b>29 201 259 €</b>

Ce calcul ne prend pas en compte le temps passé par le personnel spécifiquement dédié à la recherche des dossiers patients papier (archivistes), qui sont conservés ou archivés par l'établissement, en interne ou en externe. Il ne prend pas non plus les coûts d'archivage externalisé des dossiers patients en format papier.

S'il était possible de retrouver ne serait-ce que 30mn de « **temps médical** », au travers d'une organisation plus efficiente ou grâce à des outils informatiques mieux adaptés aux pratiques quotidiennes des professionnels de santé, **l'économie potentielle pour un établissement serait de près de 6 millions d'euros** (en prenant comme exemple le profil d'établissement ci-dessus).

**30M €/an**  
de dépenses de salaires associées à la documentation médicale.



### 3. Des outils informatiques peu ergonomiques et mal adaptés

L'informatisation des dossiers patients, soutenue par les plans Hôpital 2012 puis Hôpital Numérique, a contribué à fiabiliser les processus de documentation. Cependant, les professionnels de santé et leurs secrétaires médicaux ne s'y retrouvent pas toujours, même si l'informatisation a d'ores et déjà permis d'accélérer certaines tâches et facilité la majorité des processus de documentation et de mise à jour des dossiers patients.

#### L'utilisation du Dossier Patient Informatisé (DPI)

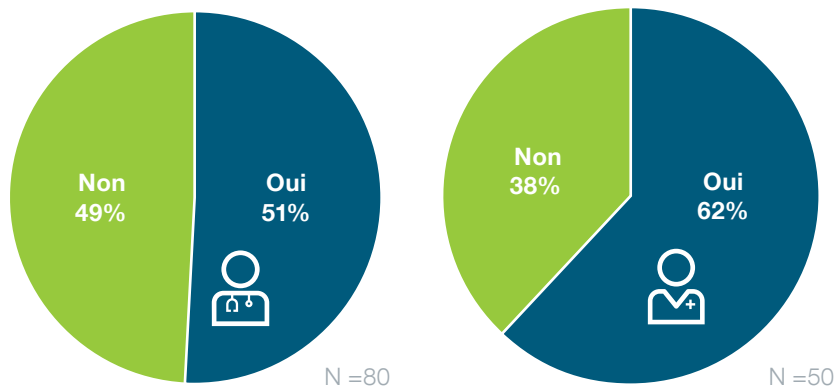
La majorité des médecins comme les infirmières exprime des difficultés dans l'utilisation des systèmes informatiques, devenus obligatoires pour documenter les dossiers patients. La mauvaise ergonomie des solutions logicielles et l'indisponibilité des outils sont les freins majeurs au quotidien. Les Directeurs des Systèmes d'Information (DSI) bataillent pour trouver du temps de formation que l'établissement ne peut pas toujours allouer et prendre sur le temps « médical ».

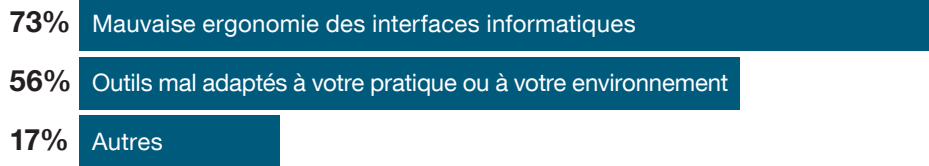
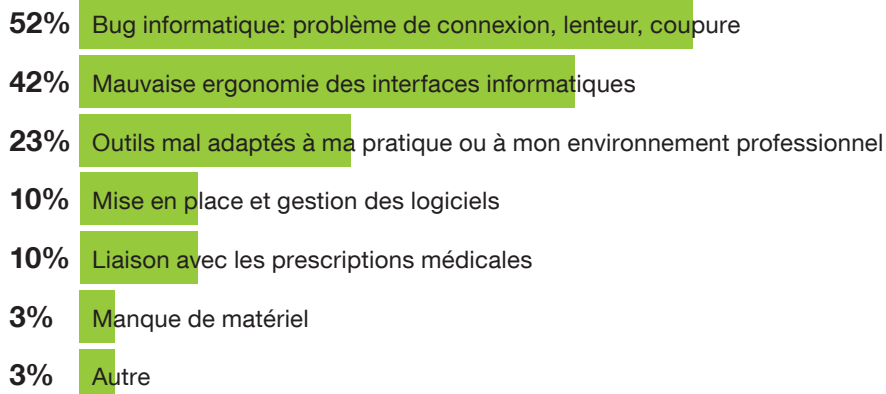
Les DPI ont été largement déployés au cours de ces cinq dernières années, mais dans certains établissements, leur utilisation n'est effective que depuis deux ou trois ans seulement. En outre, la faible mobilisation des médecins en faveur des nouvelles technologies qu'ils utilisent à l'hôpital s'explique aussi par le paradoxe suivant : leurs outils privés (smartphones, tablettes, portables) sont beaucoup plus performants que leurs outils professionnels. Les premiers sont mobiles, conviviaux, agréables à utiliser, en interconnexion, etc. Il n'en est pas de même pour leurs outils professionnels.



Sur le terrain, peu de médecins ont vraiment le temps de se former à ces nouveaux outils informatiques.

#### Rencontrez-vous des difficultés dans l'utilisation des DPI ?



**Si oui, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?**Plusieurs réponses possibles  
n = 41**Si oui quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?**Plusieurs réponses possibles  
n = 31**L'avis des DSI**

S'ils savent estimer le taux d'usage des outils qu'ils ont mis en place, les DSI ont en revanche beaucoup de mal à évaluer précisément le gain ou la perte de temps que l'informatisation des processus de documentation médicale permettrait d'apporter aux médecins et aux infirmières.

66% des DSI et des DIM sont ainsi incapables de mesurer l'impact de l'informatisation des processus sur le temps de travail des professionnels de santé alors que plus de la moitié d'entre eux rencontre des difficultés dans l'utilisation des DPI et estiment perdre du temps.

**Pour les médecins, 1h à 2h perdue chaque jour avec les DPI**

Selon 55% des médecins, l'utilisation des DPI pour documenter les dossiers des patients leur fait perdre 1h à 2h par jour.



« Je n'ai pas l'impression que l'informatisation permet de faire gagner du temps. Elle permet avant tout une traçabilité maximale. Est-ce un gain de temps ? Non, mais je crois qu'on travaille différemment »

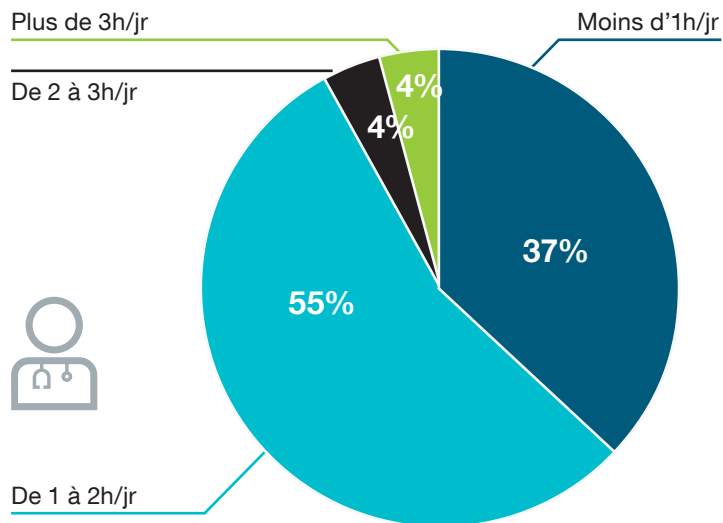
- Médecin DIM d'un Centre Hospitalier

« Dans certains services, il y a encore des médecins qui écrivent leurs observations cliniques sur papier, puis dictent un compte rendu synthétique qui est ensuite tapé dans le DPI par la secrétaire.

Les observations cliniques ne sont pas scannées, seulement archivées dans le dossier patient papier qui peut évidemment se perdre ou rester sur des bureaux de médecins sans que l'on sache où il est... »

- Cadre de santé d'un CHU

**A combien estimez-vous en moyenne la perte de temps** (pour l'ensemble du temps alloué à la gestion des dossiers patients) ?



#### 4. Les établissements de santé sont très loin du zéro papier

Selon l'Osis (Observatoire des Systèmes d'Information de Santé), en 2016 l'informatisation du dossier médical est achevée dans près de deux établissements hospitaliers sur trois (63 %), soit une progression de 8 points par rapport à 2015. Elle est engagée dans un peu moins d'un tiers d'entre eux (31 %). 6 % des établissements couverts par l'Observatoire ne déclarent aucun projet (achevé ou en cours). Cette proportion de 63 % cache toutefois d'importantes disparités selon les documents constitutifs du dossier patient et les processus de soins (voir ci-dessous). L'informatisation est la plus avancée pour la prescription des médicaments dans le DP et l'intégration des examens de biologie. Elle n'est en revanche que de 30 % pour les dossiers de soins.

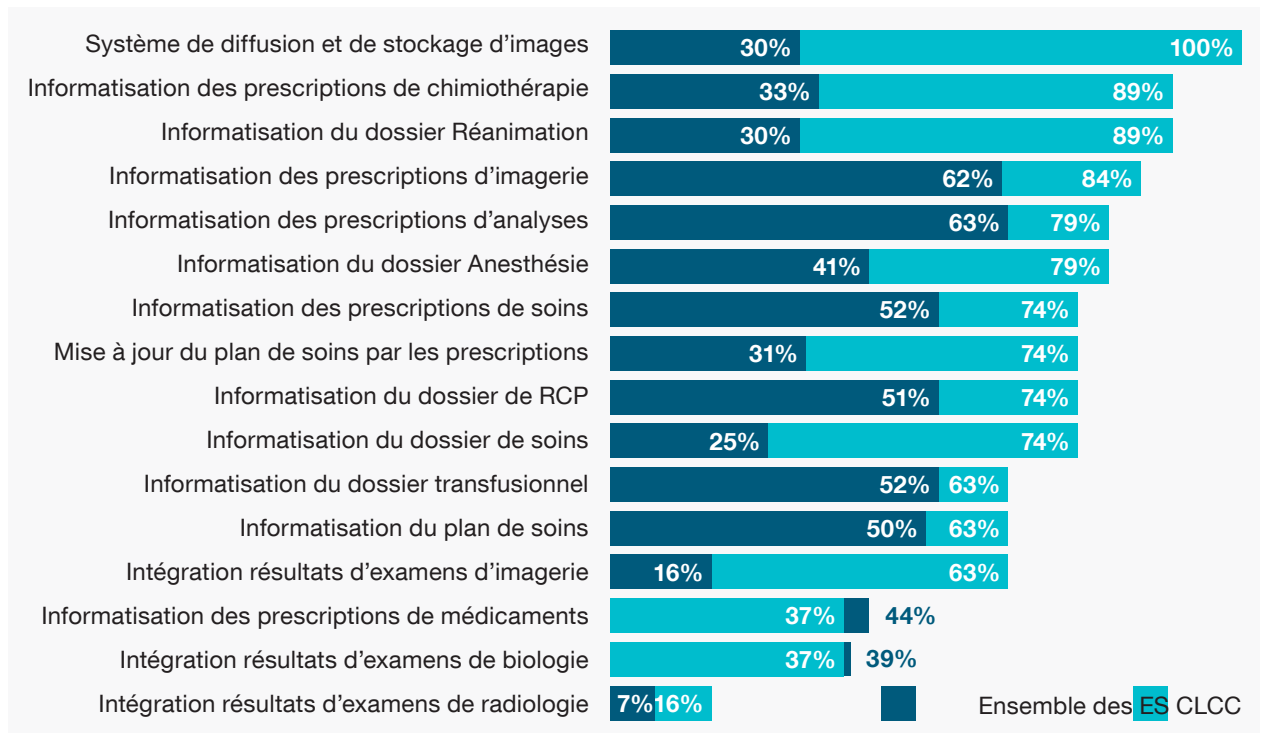
Si 100 % des dossiers patients sont dits « informatisés » par les professionnels interrogés, il ressort qu'un nombre encore important de documents constitutifs de ces dossiers reste en format papier et que la proportion des documents informatiques versus papier est extrêmement variable d'un établissement à l'autre.

##### Le zéro papier n'existe pas

Le degré d'informatisation du dossier patient est variable selon les établissements, leur statut et leur localisation géographique. Si l'informatisation de l'information médicale constitue un levier important de l'informatisation des établissements de santé, elle reste toutefois très variable selon les documents constitutifs du dossier patient et les processus de soins (examens, dossiers de soins infirmiers, prescriptions, comptes rendus médicaux...). L'informatisation du dossier patient est par exemple achevée dans 84 % des CLCC mais dans seulement 52 % dans les cliniques privées MCO.



« L'objectif zéro-papier est simplement inéluctable »  
DIM d'un Centre Hospitalier



**Les DSI et les DIM estiment le taux moyen d'informatisation de leur établissement** selon les documents constitutifs du dossier patient : Si selon eux l'informatisation est plutôt avancée, elle reste disparate selon les éléments du dossier patient. Et dans certains domaines, on peut constater que la marge de progression reste grande.

	< 25 %	De 25	De 50 à 75 %	De 75 à moins de 100%	100%	Total > 75 %
Rédaction des comptes rendus de consultation/intervention/exploration/hospitalisation par les médecins	0%	0%	21%	43%	36%	<b>79%</b>
Correspondances destinées aux autres professionnels de santé	14%	0%	21%	36%	29%	<b>69%</b>
Dossier d'admission ou de pré-admission	23%	15%	0%	15%	46%	<b>61%</b>
Rédaction des protocoles et des prescriptions thérapeutiques	7%	21%	21%	21%	29%	<b>50%</b>
Rédaction des dossiers de soins infirmiers, yc fiches de synthèse	14%	14%	21%	21%	29%	<b>50%</b>
Prescriptions établies à la sortie ou au transfert	7%	14%	50%	21%	7%	<b>28%</b>

Nombre de DSI et DIM interrogés : 70  
Source : Les Echos Etudes pour Nuance Communications, Juin 2016

### A l'heure du numérique, le papier fait de la résistance

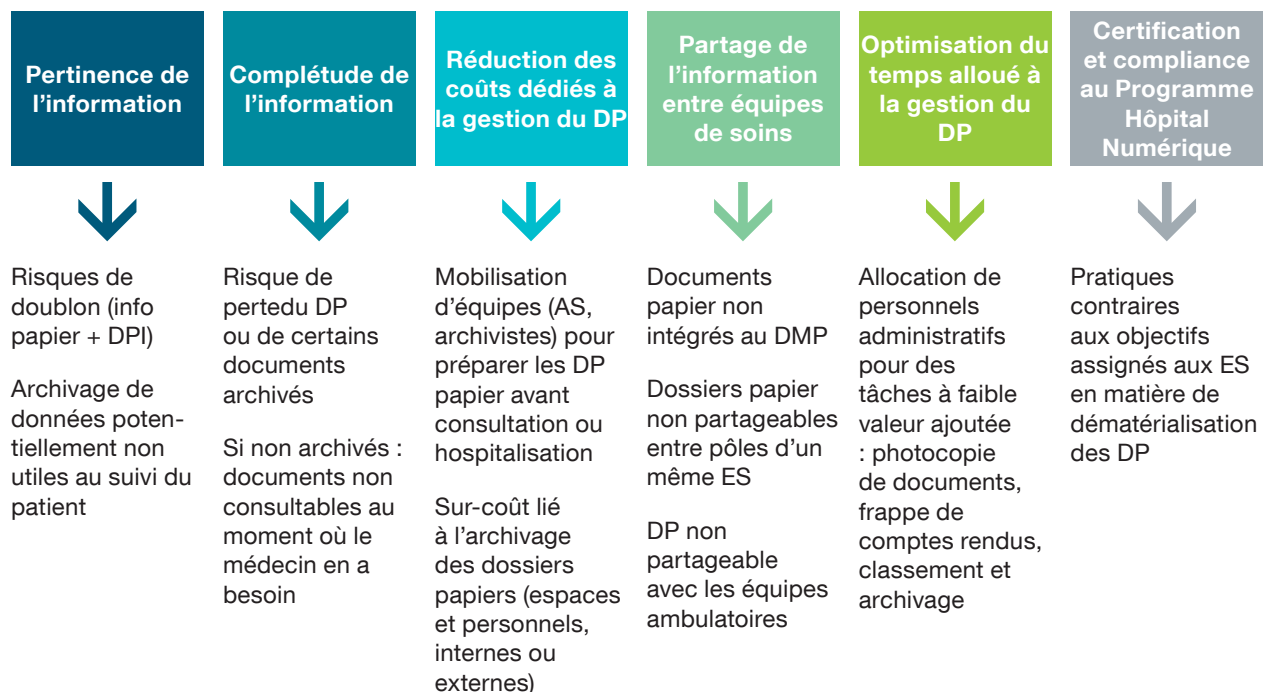
La dématérialisation de l'information médicale est finalement assez récente et tous les dossiers patients en format papier n'ont pas été numérisés pour être intégrés dans le DPI, faute de temps et de moyens humains et budgétaires. La persistance du papier s'explique aussi paradoxalement par une plus grande confiance dans la traçabilité des documents papier... Nombre de répondants expriment en effet une peur des bugs informatiques et/ou s'interrogent sur les « durées de vie » des serveurs ou la pérennité des logiciels.

Autre raison pouvant expliquer la résistance du papier face au numérique, ce sont les difficultés rencontrées dans le déploiement de nouveaux logiciels. En effet, ces outils parfois complexes ne sont pas facilement adoptés par les professionnels de santé, qui « s'accrochent » au papier par besoin de sécurité (imprimer rassure). Les DSI interrogés témoignent que paradoxalement, les phases de déploiement de nouvelles solutions logicielles sont souvent celles où l'utilisation du papier explose !

### La gestion papier de l'information médicale et ses conséquences pour les établissements

La cohabitation du papier et de l'informatique est assurément une source de risque pour les professionnels de santé et leurs patients. Les conséquences sur la bonne tenue du dossier patient sont évidentes. Une information médicale non pertinente ou incomplète mobilise des ressources (rechercher, compléter) et nuit au partage des données médicales entre les équipes de soins impactant ainsi la qualité de la prise en charge.

#### Impacts de la gestion papier sur les 6 dimensions de la bonne tenue des dossiers patients



## 5. Les impacts sur la complétude des dossiers patients et les délais d'envoi des comptes rendus médicaux

### Des dossiers patients incomplets dans la majorité des cas

Seuls 16% des dossiers patients sont complets. Lorsque les informations médicales manquent, certains médecins se passent des informations manquantes, les jugeant non essentielles à la consultation, d'autres refont faire les examens (quand ce sont leurs résultats qui manquent), d'autres enfin recherchent ou font rechercher les documents manquants, en amont de la consultation. Les cas varient selon le médecin et le cas patient concerné. Et lorsque le dossier est incomplet, un peu plus de la moitié des médecins passent 10mn en moyenne par patient à rechercher l'information manquante.

# 16%

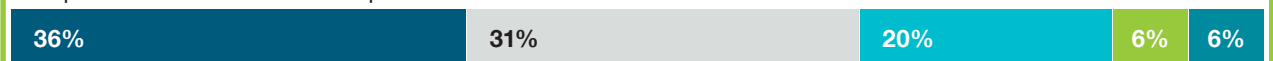
seulement des dossiers patients  
sont complets.

### Quand vous prenez un dossier patient en main, qu'est ce qui vous prend le plus de temps ?

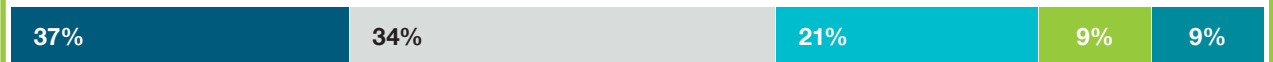
Vérifier / corriger les saisies faites par les secrétaires



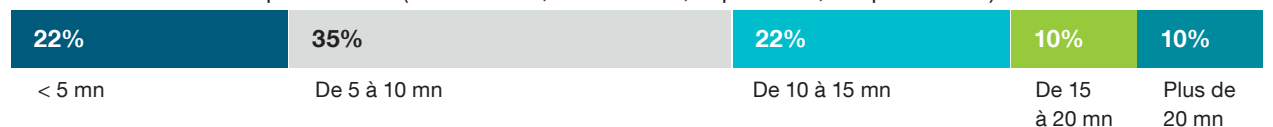
Compléter les informations manquantes dans les dossiers



Récupérer les résultats d'examens ou d'analyses quand ils sont absents des dossiers



Dicter ou saisir les comptes rendus (consultation, intervention, exploration, hospitalisation)

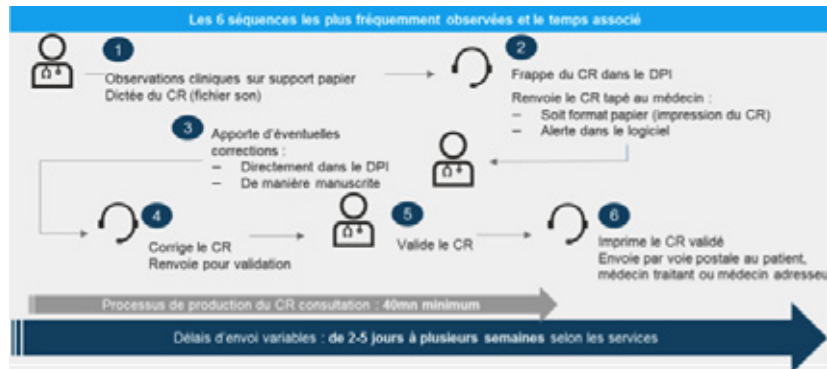
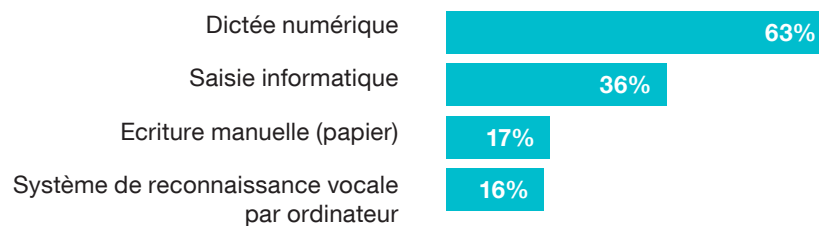


**Le processus de production des comptes rendus est complexe**

Quelles que soient les organisations mises en place au sein des services, on observe globalement les mêmes séquences dans la création des comptes rendus. 63% des médecins rédigent leurs comptes rendus avec la dictée numérique, créant des fichiers son, ensuite transcrits par les secrétaires.

17%

seulement des comptes rendus d'hospitalisation remis/envoyés à la sortie du patient.

**Mode de rédaction des comptes rendus médicaux**

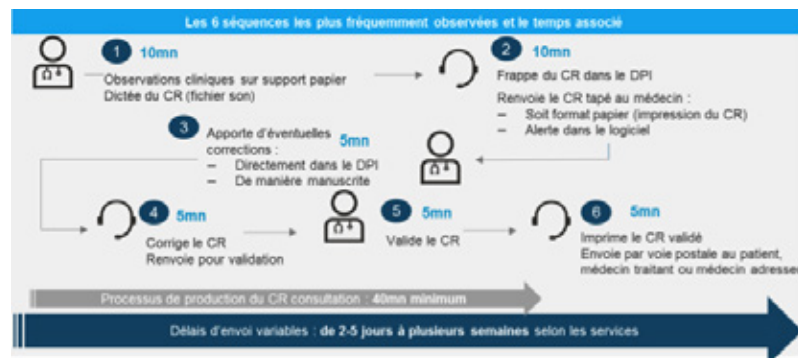


**40mn minimum pour produire un compte rendu de consultation**

Ce temps ne tient pas compte des possibles allers-retours supplémentaires entre le médecin et son secrétariat. Avec les comptes rendus d'hospitalisation, plus long à réaliser car comprenant plus de données, il faut ajouter 30mn au temps de production. Selon les exigences de la HAS, le délai d'envoi ne doit pas dépasser 8 jours. Le respect de ce délai constitue l'un des critères d'évaluation et de certification des établissements. Selon 67% des DSI interrogés, l'informatisation des dossiers patients a déjà permis d'accélérer le processus d'environ 1 à 2 jours, mais la marge de progrès reste grande. L'enquête montre que 44% des comptes rendus d'hospitalisation sont encore envoyés à plus de 8 jours, contre seulement 17% le jour même de la sortie.

# 40mn

sont nécessaires au duo médecin / secrétaire pour produire 1 compte rendu de consultation.

**Des délais d'envoi allant jusqu'à plusieurs semaines**

Les processus longs et complexes de création et de validation des comptes rendus, les difficultés rencontrées par les professionnels avec les logiciels de DPI, ainsi que la coexistence du papier et du numérique ne permettent pas aux établissements de respecter les exigences de la HAS en matière de délai d'envoi des comptes rendus. Dans la majorité des cas, les délais entre la consultation et l'envoi du compte rendu varient de 2-5 jours à plusieurs semaines, en fonction des disponibilités et des effectifs des secrétaires médicales. Les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation, plus longs à rédiger, car nécessitant souvent l'attente de résultats d'examens, sont importants, selon l'estimation de 45 % des DSI et DIM interrogés. Ils varient alors de 5 jours à plusieurs semaines. Les délais sont fonction du processus interne de rédaction et de validation des comptes rendus, mais aussi du nombre de praticiens intervenants (médecins seniors, internes). Le degré de standardisation du compte rendu d'hospitalisation joue aussi un rôle clé dans le respect des délais.

**Délai moyen de production des comptes rendus d'hospitalisation  
et de consultation**

Nbre de jours	Comptes rendus d'hospitalisation	Comptes rendus de consultation
1 jour	17%	35%
2 jours	0%	0%
3 jours	6%	6%
4 jours	0%	12%
5 jours	6%	6%
6 jours	6%	0%
7 jours	17%	0%
8 jours	6%	6%
Plus de 8 jours	44%	35%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Nombre de DSI et DIM interrogés : 70

**Les nouvelles exigences impactant les délais de production des  
comptes rendus**

Avec le décret du 20 juillet 2016 portant sur la lettre de liaison, les établissements vont devoir faire évoluer rapidement leur pratique. En effet, ce document vient se substituer au compte rendu d'hospitalisation et à la lettre rédigée à la sortie du patient. Et si un dossier médical partagé (DMP) a été créé, la lettre de liaison devra y être versée.

Du point de vue des organisations des services et des pôles, les établissements ont quelques mois pour se mettre en conformité avec le décret. La tenue du dossier patient en temps et en heure par les professionnels, afin que cette lettre de liaison soit prête le jour de la sortie, s'avère donc indispensable. A compter de janvier 2017, cette lettre devra être remise le jour de la sortie d'hospitalisation. Il s'agit donc pour les établissements d'anticiper la sortie du patient dès son admission.

# 2017

A compter du 1er janvier, les établissements devront être en conformité avec le décret relatif à la lettre de liaison.

## 6. Ce qu'il faut retenir de l'étude

Médecin	Patient	Etablissement
<p><b>Productivité des équipes de soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40% du temps des professionnels de santé consacré à la documentation médicale</li> <li>- Ce temps est en augmentation ces 5 dernières années pour 78% des équipes médicales</li> <li>- Seuls 16% des dossiers patients sont complets</li> <li>- La moitié des médecins passent en moyenne 10mn par patient à rechercher / compléter les informations manquantes dans les dossiers</li> </ul> <p><b>Satisfaction des médecins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 51% des médecins, 62% des infirmières considèrent que les outils à leur disposition ne répondent pas entièrement aux exigences de leur pratique</li> </ul>	<p><b>Expérience et sécurité patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Délai d'envoi des CR varie de 2-5 jours à plusieurs semaines</li> <li>- Seulement 17% des patients reçoivent leur compte rendu le jour de leur sortie de l'hôpital</li> <li>- 84% des dossiers patients sont incomplets. Les médecins sont régulièrement amenés à prescrire pour leurs besoins un examen déjà réalisé, avec de fait un retard dans le traitement curatif du patient.</li> <li>- Pour 72% des infirmières, l'informatisation a permis d'améliorer la fiabilité des dossiers patients, en réduisant le nombre d'erreurs de saisie</li> </ul>	<p><b>Coût de la documentation médicale, conformité et nouvelles exigences</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equivalent au temps passé par an à documenter les dossiers patients : soit 25% du coût chargé d'un médecin</li> <li>- 44% des comptes rendus d'hospitalisation envoyés à plus de 8 jours, bien au-delà des exigences HAS (la loi exige désormais J-0)</li> <li>- La lettre de liaison introduite par décret de loi en juillet 2016 doit être remise au patient le jour de sa sortie</li> </ul>

## 7. L'enjeu commun aux professionnels de santé hospitaliers : regagner du temps 'médical'

L'enquête confirme que l'ensemble des processus liés à la gestion de l'information médicale au sein des établissements hospitaliers impacte les structures de santé, tant dans leurs dimensions organisationnelles qu'économiques. Le temps consacré par les médecins à la documentation médicale pèse sur leur journée de travail. Si documenter un dossier patient fait partie de la mission du médecin, en revanche le temps qui y est consacré est jugé trop élevé pour la majorité d'entre eux. Les impacts sont évidemment multiples. Sur le confort des professionnels de santé en premier lieu, dont les journées ne sont pas extensibles et dont la vocation reste de soigner. Sur la qualité du parcours de soins, dont les ruptures, telles que les délais dans les envois des comptes rendus, présentent des risques pour le patient. Enfin, sur l'équilibre financier des établissements, alors que la pression budgétaire est constante.

Quelles que soient les organisations au sein desquelles les médecins et professionnels de santé exercent, leur motivation première est de soigner leurs patients. Il n'a pas été surprenant d'apprendre au cours de cette enquête que s'il était possible récupérer du temps « médical » sur du temps « administratif », ce temps serait alloué à la consultation ou à la visite des patients pour 60% des médecins et 100% des infirmières. L'enjeu du temps médical est partagé par tous les médecins, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital. Dans son rapport « Pour l'avenir de la Santé » publié en 2015, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui a consulté 35 000 praticiens français, souligne que 98% des médecins souhaitent retrouver du temps de soin !

Mais n'est-ce pas normal qu'un médecin de 2017 passe 50% de son temps avec des hommes (patients et collègues) et 50% avec des machines ? Pour autant, la technologie doit être au service des professionnels de santé et non l'inverse afin que des leviers d'efficacité soient possibles.

L'organisation en GHT et le remaniement des schémas directeurs des systèmes d'information, devraient ouvrir de nouvelles opportunités, notamment en :

- Poursuivant l'effort d'informatisation des établissements
- Favorisant l'usage des DPI et en formant les utilisateurs à sa maîtrise
- Optimisant le temps passé sur la documentation médicale grâce à des organisations et des outils informatiques apportant de l'efficacité aux processus.



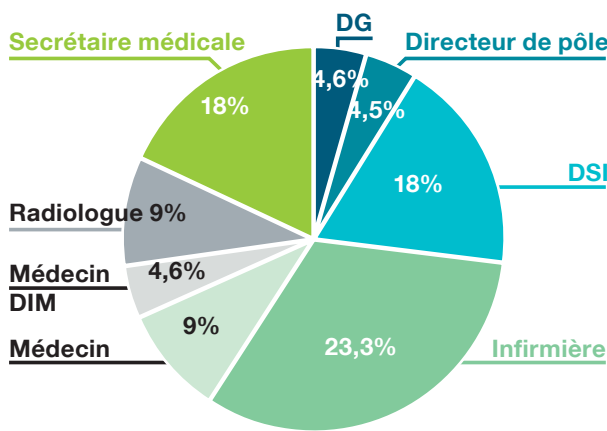
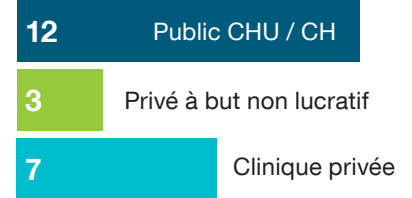
La technologie doit être au service des professionnels de santé et non l'inverse.

# Pour retrouver du temps 'médical' !

## 8. Couverture et méthodologie de l'enquête

Cette étude menée entre les mois d'avril et de juillet 2016 s'articule en deux phases : une première phase qualitative exploratoire, accompagnée d'une observation in situ, puis une seconde phase quantitative permettant de valider les hypothèses posées lors de la première phase.

**Phase qualitative exploratoire** Basée sur des entretiens semi-directifs et des observations in situ. Au total, 22 entretiens ont été menés en face-à-face auprès d'un panel de médecins, infirmières, DSI, DIM, directions générales et secrétaires médicales, exerçant au sein d'établissements hospitaliers publics et privés. Les observations in situ ont été réalisées au sein d'un CHU parisien et d'un cabinet de médecins gynécologues ayant une activité mixte ville-hôpital, situé dans la région de Lyon.

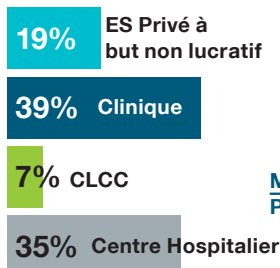


**Enquête quantitative en ligne menée auprès de 200 responsables hospitaliers** (80 médecins, 50 infirmières et 70 DSI et DIM). Les tris à plat et les tris croisés ont été réalisés en fonction du statut de l'établissement (Centre Hospitalier public, clinique privée, établissement à but non lucratif et Centre de Lutte contre le Cancer) et de l'ancienneté du professionnel hospitalier interrogé.

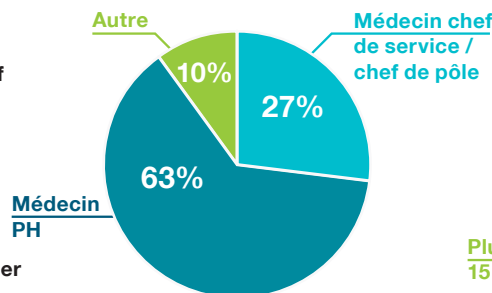
Profils des 200 responsables interrogés lors de la phase quantitative :

### médecins

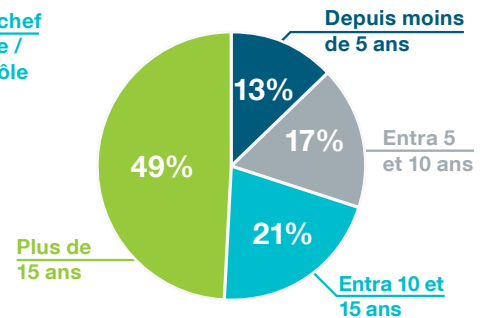
#### Type d'établissement



#### Fonction

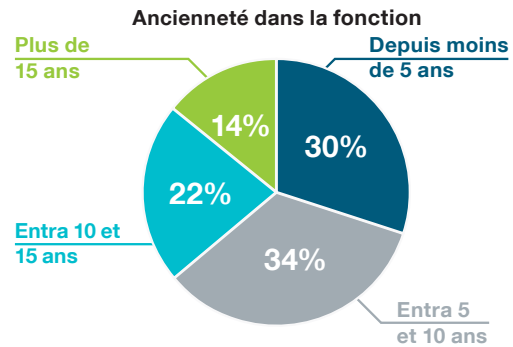
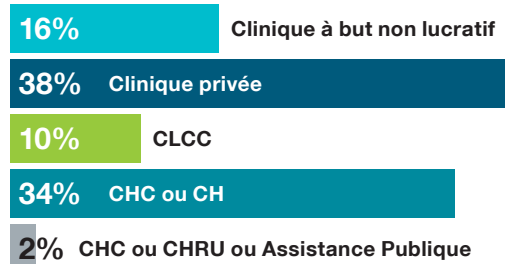


#### Ancienneté dans la fonction



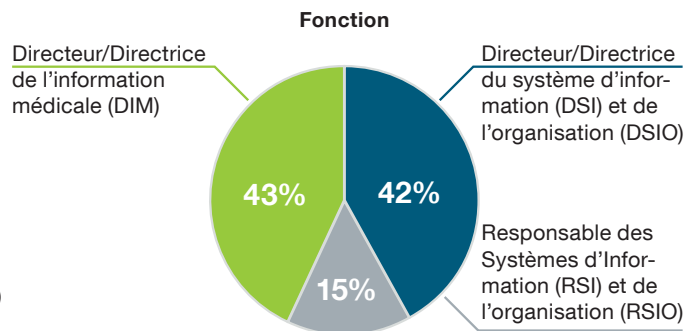
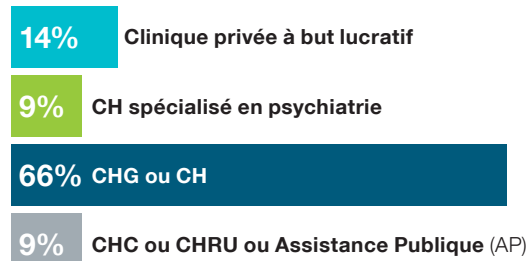
## infirmières

### Type d'établissement



## DSI et DIM

### Type d'établissement



 [www.nuance.fr/sante](http://www.nuance.fr/sante)

 [www.twitter.com/voice4health](https://www.twitter.com/voice4health)

### A propos de Nuance Healthcare

Nuance Healthcare aide les établissements de santé et les médecins à capturer avec exactitude l'histoire du patient et à la convertir en informations médicales exploitables, en 22 langues. Aujourd'hui, plus de 10 000 établissements de santé et plus de 500 000 médecins dans le monde utilisent la technologie de reconnaissance vocale de Nuance pour offrir des soins de meilleure qualité, améliorer leur performance financière et répondre aux exigences du secteur médical.