

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

Institut National d'Administration Sanitaire

Centre Collaborateur de l'O.M.S

**Huitième Cours de Maîtrise en Administration
Sanitaire et Santé Publique
(2004-2006)**

**Elaboration d'un cahier des charges
du dossier patient minimal commun**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en
Administration Sanitaire et Santé Publique**

Option : Santé publique

Elaboré par : Mme Ababou Sanaa

Juillet 2006

RESUME

Le dossier du patient dans les établissements hospitaliers, longtemps outil informel tenu « en forme libre » par les médecins hospitaliers, est une obligation déontologique devenue légale avec la promulgation de la loi 65 00

L'obligation de tenue et de contenu du dossier du patient n'a de réel intérêt que si ce dossier garantit :

- une information circulante entre les différents acteurs de l'organisation hospitalière,
- tenue par des acteurs responsables, clairement identifiés ;
- et recueillie sur des supports en bon état ;

L'élaboration d'un cahier des charges d'un tel dossier impose toutefois une réflexion préalable sur la pertinence des informations qui doivent le constituer, leur structuration et organisation, facilitant secondairement son informatisation.

Pour réaliser ce travail, il a fallu procéder d'abord au diagnostic de la situation actuelle à travers **une évaluation** des dossiers des patients en circulation sur la base d'une grille d'évaluation préétablie. Le recueil des opinions et des recommandations des professionnels a nécessité le recours à l'analyse du contenu des **entretiens** menés auprès d'eux. L'analyse des données de l'audit des dossiers des patients et les entretiens avec les professionnels a démontré que dans la plupart des cas, hormis les spécificités des services, le dossier du patient est constitué de documents différents, mais remplissant la même fonction d'où l'intérêt de normaliser le contenu de cette pile de documents en vue de faciliter l'accès aux informations importantes grâce à un dossier structuré qui constitue un préalable quant à la fiabilité des résultats. Ce projet vise donc l'homogénéisation et la structuration des recueils tout en restant sensible sur la qualité et la confidentialité du contenu, et les possibilités d'informatisation.

Mots clés: Dossier du patient, audit, entretiens, dossier administratif, dossier médical, dossier de soins, implantation, Tableaux de bord

TABLE DE MATIERES

INTRODUCTION.....	9
MÉTHODOLOGIE.....	12

PREMIERE PARTIE

1. CADRE DU PROJET : L'HÔPITAL CHEIKH ZAID.....	13
1.1 Présentation de l'hôpital.....	13
1.2 Quelques indicateurs.....	14
2. DEFINITIONS ET RAPPELS.....	15
2.1. Définition du dossier du patient.....	15
2.2. Historique du dossier du patient.....	15
2.3 Expérience marocaine.....	16
2.4 Fonctions du dossier du patient.....	16
2.5 Définitions des concepts.....	20
2.5.1 L'identité professionnelle.....	20
2.5.2 L'information.....	20
2.5.3 La communication	21
2.5.4 Le changement.....	21
2.5.5 Bureaucratie professionnelle.....	22
2.5.6 L'implantation.....	22

DEUXIEME PARTIE

3. EVALUATION DES DOSSIERS DES PATIENTS.....	24
3.1 Présentation de l'étude.....	24
3.2 Résultats.....	25
3.3. Limites de l'étude.....	29
3.4. Discussion.....	29

4. ANALYSE DES BESOINS:LES ENTRETIENS.....	32
4.1. Forme de l'entretien.....	32
4.2. Grille d'entretien.....	32
4.3. Personnes interrogées.....	33
4.4. Analyse de contenu.....	33
4.5. Difficultés et Limites.....	36
4.6. Discussion.....	37
5. LE CAHIER DE CHARGE DU DPMC.....	38
5.1. Le contenant du dossier du patient.....	38
5.2. Le contenu du dossier du patient.....	38

TROISIEME PARTIE

6. LES PROCEDURES GENERALES DE GESTION DU DOSSIER DU PATIENT..	47
7. PROPOSITION DE LA DÉMARCHE D'IMPLANTATION.	49
7.1. Le partage des enjeux de projet.....	49
7.2. Le aspirations personnelles.....	49
7.3. Le contrat de confiance.....	50
7.4.. La communication.....	50
7.5. La gestion du projet	50
8. APPLICATION DU DPMC : Les tableaux de bord	54
8.1. Rappels et définitions.....	54
9.2. Construction des tableaux de bord	55
9.3. Unité de réa- néo natale.....	57
9.4. Unité des explorations digestives.....	59
9.5. Unité de polysomnographie.....	60
9.6. Tableau de bord de cancérologie.....	61
CONCLUSION.....	62
ANNEXES.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	82

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Grille d'évaluation du dossier du patient

Annexe 3 : Contribution de chaque groupe de spécialités au chiffre d'affaires

Annexe 4 : Les formulaires

4.1. LE DOSSIER ADMINISTRATIF

4.1.1 Billet d'hospitalisation

4.1.2 Demande D'hospitalisation

4.1.3 Autorisation des soins

4.2. LE DOSSIER MÉDICAL

4.2.1 L'observation médicale

4.2.2 Fiche de suivi médical ou compte rendu de consultation

4.2.3. Fiche de prescriptions médicales

4.2.4. Demandes d'examens complémentaires

4.2.5. Compte rendu opératoire

4.2.6. Le résumé clinique standardisé

4.2.7. Compte rendu d'accouchement

4.2.8. Compte rendu d'hospitalisation

4.3. LE DOSSIER INFIRMIER :

4.3.1. Fiche d'observation infirmière

4.3.2. Fiche de prescriptions des bilans

4.3.3. Fiche de prescriptions thérapeutiques

Annexe 5 :L'organigramme de l'hôpital Cheikh Zaid

Annexe 6 : les fonctions du tableau de bord.

Annexe 7 : Out put du dossier patient

INTRODUCTION

Afin de suivre les demandes d'évolution de la société, d'encadrer les réformes engagées, de répondre aux nouveaux droits des patients, et d'encourager l'émergence de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels au sein d'un hôpital, il est nécessaire de mettre en place des systèmes d'information de santé qui puissent s'adapter à ces nouvelles exigences.

Partant de ces principes, la direction de l'hôpital Cheikh Zaid s'est rendue compte que le dossier mis en circulation, est devenu incapable à répondre aux exigences de la conjoncture actuelle. Ceci a rendu nécessaire son remplacement par un autre outil plus global, réunissant à la fois l'activité médicale, paramédicale et administrative intéressant l'état du patient.

De ce constat et étant convaincus de l'intérêt de cette intervention et de l'importance de son impact sur l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital, nous nous sommes engagés sous l'encadrement du directeur de l'hôpital Cheikh Zaid à élaborer un cahier des charges du dossier patient minimal commun et à formuler des propositions concrètes simples et acceptables par les professionnels, sur la base des ressources disponibles.

Pièce maîtresse du système d'information hospitalier, le dossier du patient est un outil indispensable à la maîtrise du fonctionnement de l'hôpital : utilisé individuellement, il participe directement à la prise de décision. Utilisé collectivement, il représente l'expérience des équipes de soins et peut servir comme outil d'évaluation, de recherche ou de planification.

Plus que le mythique stéthoscope ou le marteau à réflexe, qui rassurent tant les malades, le dossier du patient est une obligation (1) devenue légale (2). C'est aussi :

- Un aide mémoire pour les professionnels qui assure la traçabilité des actes et des décisions prises,
- Un outil de partage de l'information, de coordination entre les différents intervenants dans le processus de prise en charge du patient.
- Un support de l'évaluation de la performance hospitalière et de la pratique des soins tant sur le plan quantitatif (description de l'activité des soins en

recouvrant toute l'information utile au reporting de l'activité hospitalière organisée en tableaux de bord) que qualitatif (continuité, sécurité, efficacité.)

- Une base d'analyse médico économique et de facturation des actes.
- Un pilier de recherche aussi bien clinique, historique qu'épidémiologique (identification de la structure de morbidité et de mortalité,....)

D'autant plus que :

- Le contenu du dossier, sa communication, son archivage et les impératifs contradictoires de partage des informations médicales et de leur confidentialité soulèvent toujours des questions délicates notamment au regard du secret médical.

En outre, le code pénal (3) dispose que

« Les médecins, chirurgiens ou officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages femmes ou toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonction permanentes ou temporaires, des secrets qu'on leur confie, qui hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, ont révélé ces secrets, sont punis de l'emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 200 à 1000 dirhams».

- La mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire implique :

- La mise à la disposition du contrôleur de tous les documents nécessaires au contrôle médical et principalement le dossier du patient. (2)
- La nécessité de justifier les demandes de remboursement et de prise en charge aux organismes de l'assurance malade Permettant à l'hôpital de récupérer ses frais de prestations et au patient de justifier les dépenses des soins reçus.

- Les exigences de la conjoncture actuelle: l'environnement juridique, la reddition des comptes, les droits de l'homme, la défense du consommateur, l'évolution du rôle du patient qui devient mieux informé, plus exigeant,....rendent nécessaire la transparence et la mise en commun des informations qui doivent être fiables et à jour.

- L'émergence des nouvelles technologies d'information et de communication dans le domaine de la santé ouvrant grandes les portes à l'informatisation des systèmes d'information hospitaliers.

- A noter aussi qu'au sein de l'hôpital un bref passage au service des archives a permis à travers l'exploitation de certains dossiers de soulever :
 - Une grande demande de consultation des dossiers fermés aussi bien par les services administratifs qu'hospitaliers concernant des malades sortants ou réhospitalisés dans la même ou une autre unité de soins
 - Un contenu des dossiers très diversifié de qualité inégale et parfois même sans valeur, les informations qu'il contient sont dilués dans une masse de documents non structurés rendant impossible de retracer le séjour du patient.

Ces éléments sont de nature à nous faire réfléchir sur la nécessité de concevoir un dossier de patient qui puisse jouer le rôle de médiateur entre les différents intervenants (clinicien, administrateur, chercheur) à travers une information fiable, recueillie sur des supports en bon état, et produite par des acteurs clairement identifiés et couvrant trois types d'informations (administratives, médicales et paramédicales).

L'objectif de ce travail est de mettre à la disposition de l'hôpital Universitaire International Cheikh Zaid un document qui puisse servir pour la modélisation d'un dossier de patient minimal commun visant d'abord à faciliter l'évolution de l'hôpital vers le concept d'HÔPITAL INTEGRE (4) et en tenant compte des possibilités d'informatisation dictées par l'évolution accrue en matière d'information et de communication et la nécessité de l'ouverture de l'hôpital sur son environnement.

Au delà de cet objectif de base, l'instauration du dossier patient minimal commun doit aussi se répercuter sur plusieurs aspects concrets du fonctionnement de l'hôpital.

Le dossier unifié impose toutefois une réflexion préalable sur la pertinence des informations qui doivent le constituer, leur structuration et organisation, facilitant secondairement son informatisation. Une méthodologie rigoureuse doit donc être adoptée.

MÉTHODOLOGIE

La littérature scientifique basée sur l'Evidence Based Medecine et concernant le dossier médical est pour ainsi dire inexistante. La recherche documentaire n'a pas permis non plus d'identifier des études fiables permettant d'affirmer la supériorité globale d'un modèle de dossier (5). C'est pourquoi le présent travail se base essentiellement sur les recommandations des différents professionnels au sein de l'hôpital en tenant compte des expériences d'autre pays dans le domaine.

Les étapes fondamentales reconnues par les chercheurs pour l'implantation du système d'information (le dossier du patient faisant partie de ce système) sont (6) :

- L'analyse de l'existant, d'abord la compréhension du mode de fonctionnement de l'organisation, ensuite la définition des objectifs du futur projet.
- L'identification du besoin en information.
- Enfin la réalisation et la production des supports

Donc, pour mener à terme ce travail, il a fallu procéder d'abord au diagnostic de la situation actuelle à travers une **évaluation** des dossiers de patient sur la base d'une grille d'évaluation préétablie. L'identification du besoin en information, le recueil des opinions et des recommandations des professionnels a nécessité le recours à l'analyse du contenu des **entretiens** menés auprès d'eux ; pour aboutir à la description du contenant et du contenu du dossier du patient minimal commun (en terme des formulaires et des données qui doivent y figurer). Ceci fait le thème de la deuxième partie du rapport.

Mais avant d'étaler les différentes phases du projet, nous avons jugé utile , dans un premier temps de présenter un petit aperçu sur l'hôpital Cheikh Zaid lieu du projet, de donner quelques définitions et de clarifier certains concepts qui ont été pris en considération lors de l'élaboration de ce travail.

Enfin, la troisième partie concerne la démarche que nous proposons pour implanter ce projet, les procédures générales de sa gestion et son application à travers la construction de tableaux de bord de suivi des activités de certaines unités de soins. La recherche bibliographique menée tout au long de l'avancement du projet a permis de cadrer les différentes rubriques du projet et de s'enrichir des expériences d'ailleurs.

PREMIERE PARTIE

1. CADRE DE PROJET : L'HÔPITAL CHEIKH ZAID

Fondation Seikh Zaid ibn Soultan est une institution à but non lucratif dotée de la personnalité morale et l'autonomie financière (dahir portant loi 1-93-228). Cette fondation a pour mission principale d'offrir des prestations médicales et de créer et gérer des établissements de soins. Elle est dirigée par un directeur qui détient tout les pouvoirs nécessaires à la gestion de la fondation. Le conseil d'administration est composé de 10 à 15 membres nommés par le roi en qualité de président de la fondation. Les ressources financières de la fondation se composent des revenus des biens habous constitués à son effet, des revenus des biens meubles et immeubles qui forment son patrimoine, des produits de ses prestations, des subventions de tout organisme national ou international, des dons et legs et de revenus divers.

L'hôpital Cheikh Zaid, service hospitalier de la fondation à Rabat est une institution privée à but non Lucratif, d'utilité publique ayant un statut universitaire (décret 2.04.776 du 27 décembre 2004). L'hôpital est dirigé par une personnalité désignée par le Roi, chargée de la gestion administrative, technique et médicale de l'hôpital. Il est assisté par un directeur adjoint qui chapeaute toutes les directions. (Annexe 5). De par son statut et ses missions particuliers, l'hôpital peut bénéficier de l'aide de l'état, que ce soit sous forme de subvention ou de mise à disposition de personnel.

1.1 Présentation de l'hôpital

- Capacité litière totale : 210 lits, capacité litière fonctionnelle : 180 lits
 - 148 lits pour les longs séjours recouvrant toutes les spécialités
 - 15 lits pour l'hôpital de jour
 - 17 pour les soins intensifs
- Outre ses lits d'hospitalisation, l'hôpital Cheikh Zaid offre un plateau technique très avancé avec un bloc de 8 salles opératoires spécialisées, une autre salle au service des urgences qui comporte 4 postes de déchoquage, 7 services couvrant toutes les spécialités médocirurgicales, une unité de

chimiothérapie et une autre d'hémodialyse, un laboratoire et un service d'imagerie,...

- 709 Employés y sont en fonction :
 - 272 Paramédicaux
 - 145 Administratifs
 - 107 Agents de soutien
 - 24 Techniciens
 - 161 Médecins : 27 permanents
 - 115 à temps partiel
 - 19 vacataires

1.2 Quelques indicateurs (rapport d'activité 2005)

- Admissions : 5737 pour hospitalisation, 72705 pour consultation externe. L'analyse de l'évolution des admissions par rapport à l'année précédente (3584) montre clairement l'augmentation du nombre de patients admis en raison d'un retour de la confiance envers l'établissement, la mise en place d'une tarification attractive et de la conclusion d'un nombre croissant de conventions avec des organismes mutualistes.
- Journées d'hospitalisation : 39420 contre 27973 en 2004.
- TOM : 60% (81% accompagnants) Ce chiffre ne reflète pas l'évolution remarquable du taux d'occupation qui est passé de 15% en début 2004 à 73.85% vers la fin de l'année.
- La durée moyenne de séjour est de 5.2 jours. Elle est relativement élevée, mais cela est à rapporter au séjour particulièrement long des patients étrangers qui ne quittent l'hôpital qu'une fois complètement rétablis et selon la disponibilité de places sur les vols retour vers leurs pays.

En l'état actuel du système d'information, il est illusoire de prétendre à une évaluation précise de la productivité et par conséquent du rendement de chacune des spécialités représentées à l'hôpital. Nous avons donc effectué la comparaison sur la base du chiffre d'affaire dégagé et de la contribution au chiffre d'affaire global. Les spécialités médicales représentent la moitié de l'activité de l'hôpital alors même que le plateau technique en fait un hôpital à vocation chirurgicale (20%). (Annexe 3)

2. DEFINITIONS ET RAPPELS

2.1. Définition du dossier du patient

Le dossier du patient peut être défini comme le support intégrant l'ensemble des informations utiles à la prise en charge de la santé du patient, quel que soit le mode. Par convention, nous utilisons dans ce document le terme de dossier du patient, en lieu et place du terme de dossier médical qui risque d'évoquer son appartenance exclusive aux médecins et créer ainsi une confusion.

2.2. Historique du dossier du patient

Sur le plan historique, les premiers dossiers des patients ont été écrits sur les colonnes de temples dans l'Egypte, la Grèce et la Rome antiques (7). Ainsi le papyrus découvert par SMITH près de THEBES daté de 1700 avant Jésus Christ contenait la description structurée de 48 cas cliniques dont la qualité de description était à l'origine de la célébrité d' HIPPOCRATE (7). D'autres traces de documents contenant des informations relatives aux personnes dispensés de soins ont été retrouvés dans les hôpitaux de Bagdad dès le IX^e siècle à l'époque d' ERRAZI qui rédigeait l'historique des cas intéressants dans les registres .Le dossier du patient est utilisé dès le X^e siècle par AVICENNES pour suivre l'évolution de l'état de santé des malades. Toutefois il s'agissait de pratiques isolées, la mémoire du médecin suffisait généralement pour l'observation médicale compte tenu des moyens thérapeutiques forts limités (8). La notion du dossier de patient rattaché à chaque patient n'est apparue qu'à la fin du 18^{ème} siècle comme registre des patients dont le contenu était succinct. Et c'est au 19^{ème} siècle avec la création de hôpitaux modernes et l'apparition des premiers examens biologiques et radiologiques qu'il apparaît incluant des données médicales administratives et sociales.

A travers l'histoire de la médecine, le dossier de patient a connu donc une grande évolution dans la mesure où il est passé d'une simple fiche cartonnée à un volumineux dossier.

2.3 Expérience marocaine

Au Maroc, Le ministère de santé dans une perspective d'amélioration des soins, et en collaboration avec l'assistance publique des hôpitaux à Paris a introduit en 1995, un dossier d'hospitalisation organisé en un seul support pour les informations médicales, infirmières et administratives. Cette intervention, envisagée comme projet pilote n'a pas été concrétisée comme le voulait les initiateurs du projet. Avec l'engagement du MS dans la réforme hospitalière, une démarche s'est initialisés visant à réviser le système d'information hospitalier SIH afin de doter l'hôpital public de structures et de méthodes modernes de gestion. Le produit de cette révision est le cadre normatif du Système d'information et de gestion hospitalier SIGHo en général et du dossier de patient en particulier en tant que plaque tournante de tout système d'information hospitalier. En effet cette démarche a essayé de standardiser le contenu du dossier du patient, cependant l'évaluation faite par la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires une année après l'implantation a révélé que seulement 50% des hôpitaux avaient implantés le dossier ; 95% des dossiers n'étaient pas du tout remplis : les 5% restants l'étaient sommairement.

Au niveau du hôpitaux relevant des centres hospitaliers universitaires, la situation qui prévaut actuellement est caractérisée par (9) :

- La multitude des supports informationnels
- La non standardisation des documents hospitaliers
- La non adaptation des documents et de leur contenu aux exigences de suivi et d'évaluation.

De par le monde, nombreux sont les pays qui ont réglementé le dossier de patient, ont normalisé l'information qu'il véhicule et ont crée les départements d'information médicale dont le dossier du patient est la plaque tournante. Tout ceci témoigne de l'intérêt porté à ce document comme outil à plusieurs fonctions.

2.4 Fonctions du dossier du patient

Compte tenue de la qualité et la diversité de la 'information qu'il véhicule, Le dossier de patient est et restera longtemps l'instrument principal de centralisation et de coordination des activités au sein d'un établissement de soins (7). Ceci fait de cette mémoire collective un outil appelé à remplir plusieurs fonctions:

2.4.1. Fonction symbolique.

Le dossier du patient représente le signe de la présence, de la prise en charge et de la permanence du lien qui existe entre le médecin et le patient. Il est intégrant au contrat de confiance entre les parties. Il doit rester avant tout un élément de la relation médecin malade et, à ce titre, garantir la confidentialité et le secret professionnel.

2.4.2. Facilitation du travail du médecin.

Le dossier du patient a pour objectif d'être un aide mémoire, un garant de la démarche médicale et un outil de communication :

- Un aide mémoire : Le nombre d'informations recueillies lors de la prise en charge d'un patient est tel qu'il est impossible de tout mémoriser. Le rôle du dossier est de pallier à ces défaillances de mémoire. Un des premiers théoriciens du dossier, Laurence Weed, a dit que « la plupart des médecins peuvent retenir trois problèmes d'un patient ; les très bons médecins en retiennent cinq ; mais le patient moyen en a onze ». (5) La fonction de mémoire est essentielle puisqu'une étude (10) montrait que sur 1106 autopsies réalisées , 64 cas pour lesquels le diagnostic était incorrect, les erreurs étaient dues à une insuffisance de prise de connaissance de données anormales ou à un manque de proposition de plans et de suivi des résultats. Les auteurs concluaient en affirmant que les erreurs cliniques sont rarement dues à une insuffisance de connaissances médicales.
- Un garant de fluidité la démarche médicale : Le dossier médical contient l'ensemble des décisions passées et présentes pour un patient. Il est le garant de la démarche médicale en facilitant la programmation du suivi des soins. Il permet une synthèse qui ne repose pas uniquement sur la mémoire du médecin
- Un outil de partage de l'information, de coordination entre les différents intervenants dans le processus de prise en charge.

2.4.3. Fonction de soins.

Les fonctions de dispense des soins au patient peuvent être optimisées par une bonne gestion du dossier médical à travers l'assurance de :

- **La continuité des soins**

Les plaintes et les maladies évoluent généralement d'une manière périodique qui impose un suivi longitudinal. Un enregistrement des épisodes successifs et dont la structure est adaptée, associé de plus à la restitution des données personnelles antérieures relatives aux problèmes de santé du moment, permet de garantir au maximum la continuité des soins

- **L'intégration des soins**

Les aspects curatif et préventif sont généralement associés dans la rencontre clinique. Le curatif permet d'identifier les groupes à risque nécessitant une approche spécifique prévisionnelle permettant de prendre au moment adéquat les mesures nécessaires ou souhaitables

- **La coordination des soins**

Le dossier du patient constitue un excellent instrument pour communiquer aux personnes adéquates des données personnelles pertinentes en relation avec la santé du patient, afin d'améliorer la dispense des soins. Ces éléments (continuité, intégration, et coordination) sont fondamentaux pour une meilleure qualité des soins.

2.4.4. Fonction de gestion d'activité.

La tenue de dossiers des patients bien structurés, bien adaptés et performants doit permettre d'améliorer la gestion de l'établissement. Il va sans dire que le dossier médical informatisé facilite grandement cette fonction de gestion d'activité par rapport au dossier médical papier.

2.4.5. Fonction médico-légale.

La tenue d'un dossier du patient permet d'établir le droit tant pour le patient que pour le médecin : Les données personnelles relatives à la santé peuvent servir de preuve légale dans les affaires juridiques où la responsabilité du médecin et ou de l'hôpital est engagée. Les droits des patients sont également mieux assurés sur de telles bases par l'enregistrement adéquat des données en cas d'accident.

2.4.6. Fonctions analytiques.

Du fait des données qu'il contient, le dossier du patient peut être utilisé comme outil d'évaluation des pratiques et même comme outil de recherche.

- Pilier de recherche : La mise à disposition, via les dossiers des patients, d'un grand nombre de données relatives à la santé, doit permettre de contribuer à l'orientation de la politique de santé en permettant l'établissement d'un profil épidémiologique servant de base pour la planification, et mettant de nombreuses données à la disposition de la recherche scientifique. Les résultats obtenus et les données seront également utilisables pour l'enseignement et la formation continue.
- Un support de l'évaluation de la performance hospitalière et de la pratique des soins tant sur le plan quantitatif (description de l'activité des soins en recouvrant toute l'information utile au reporting de l'activité hospitalière organisée en tableaux de bord) que qualitatif (continuité, sécurité, efficacité.)
- Une base d'analyse médico économique et de facturation des actes.

Le dossier du patient assure donc la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est de ce fait, un outil de communication, entre les acteurs de soins et les patients, il favorise donc la coordination des soins qu'impose l'évolution de l'organisation des soins du fait du raccourcissement des durées de séjour, de la multiplicité des intervenants dans le processus de prise en charge, de la complexification des soins, de l'accroissement du risque iatrogène, et de la plus grande technicité des actes.

Outil de partage des informations, il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité, sécurité et efficacité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. C'est également un support de l'évaluation de la performance hospitalière et de la pratique des soins, une base d'analyse médico économique et de facturation des actes, c'est enfin un pilier de recherche aussi bien clinique, historique qu'épidémiologique .

Pour remplir toutes ces fonctions, un tel document doit permettre une information circulante produite par des acteurs responsables clairement identifiés ou identifiables, recueillie sur des supports en bon état, et répondre à des règles précises d'organisation.

2.5. Définitions des concepts

2.5.1 L'identité professionnelle

Le mot identité, qui vient de latin (*idem*) désigne à travers une approche sociologique ce dans quoi je me reconnais et dans quoi les autres me reconnaissent. Deux approches distinctes et complémentaires meublent cette notion : celle de l'identité individuelle, et celle collective. Cette dernière développe deux logiques, l'une de rapprochement des individus au sein du groupe et l'autre de l'exclusion des individus que l'on ne reconnaît pas au sein de ce groupe. L'identité professionnelle se développe ainsi autour des caractéristiques constitutives des professions. Dans son ouvrage « L'hôpital en question » Françoise Gomet (11) souligne la part importante qu'occupent les identités professionnelles dans le fonctionnement de l'organisation hospitalière et les jeux des acteurs dans ces structures. Cette notion ne va pas sans poser certains problèmes au sein des organisations, pouvant même constituer un frein à l'adaptation et l'évolution. (11, 12, 13, 14, 15,16)

Le concept d'un dossier patient minimal commun est de réunir une information clinique utile et de pouvoir communiquer aux personnes intéressées. Un DPMC conjugue donc deux capacités fondamentales : l'information et la communication.

2.5.2 L'information

L'hôpital est une organisation complexe caractérisée par la diversité de ses activités, dont la mission principale est de prodiguer les soins. A cet effet, il exploite un flot d'informations émanant de sources multiples et variées. Parmi ce flot d'informations, l'information essentielle est avant tout médicale et doit être utilisable par l'équipe soignante. Elle est ensuite agrégée de manière plus ou moins fine pour être utilisée par les gestionnaires de l'établissement hospitalier. De ce fait, la gestion médico administrative de l'hôpital implique la mise en place d'une stratégie d'information ayant pour objectifs la recherche d'informations pertinentes pour chacun des professionnels qui ont des préoccupations et des rôles différents.

Au centre de toute décision se trouve l'information, élément moteur de toute décision objective. Pour Simon (17) « *La décision n'existe pas en soi, elle est un processus*

organisationnel auto organisateur, organisant l'espace et le temps de l'organisation. Chaque fois qu'on bloque l'information sur la décision, on rigidifie l'organisation, on interdit ses adaptations, on l'accule à une bureaucratisation sclérosante ou à l'explosion »

Par ailleurs, l'information est toujours rassemblée pour justifier une décision prise, et/ou contrôler une action menée. En d'autres termes, l'information assure la confiance dans le bien fondé des décisions.

2.5.3 La communication :

Phillipe Bernoux (18) cite la communication dans les quatre sources du pouvoir. Erhard Freidberg (19) qualifie ce pouvoir qui naît de la maîtrise de l'information de « pouvoir de l'aiguilleur ». Cependant, le partage de l'information peut être perçu comme perte de pouvoir et être potentiellement un facteur de résistance au changement. La multiciplité croissante des acteurs au sein de l'hôpital, et la complémentarité de leurs interventions conduisent à l'augmentation et diversification de l'information, et donc à un nécessaire partage et regroupement des données concernant le patient. Le concept de prise en charge global du patient, largement développé au sein de la culture professionnelle conduit inéluctablement à ce partage.

2.5.4 Le changement

Les organisations appelées à s'engager dans un processus de changement sont nécessairement exposées à des bouleversements au niveau organisationnel. A ce titre elles doivent s'adapter en s'appropriant de nouvelles méthodes pour mieux réussir le changement. Philippe Bernoux (20) dans son ouvrage « la sociologie des organisations » rappelle le principe essentiel de la conduite du changement qui ne peut être imposé sans préparation ni accompagnement, et insiste sur la nécessité de la prise en compte des acteurs dans la conduite du changement. Dans le même esprit cette idée est complétée par Erhard Freidberg (19) qui compare la conduite du changement à un processus de négociation constante sur les décisions, les modalités et les effets de ce changement. Ainsi dans une démarche de changement, la reconnaissance des richesses et des valeurs des autres est la base sur laquelle se construit l'évolution.

Selon la théorie de champ de force de KURT LEWIN (1951) citée par Colletette et Deliste, (21) le changement s'opère en trois phases :

- Phase de décristallisation dont l'objectif est de préparer les acteurs au changement, en identifiant l'alternative, en démontrant ses avantages et en prévoyant d'éventuelles résistances.
- Phase de déplacement qui correspond à la mise en œuvre du changement selon une stratégie normative rééducative, c'est-à-dire convaincre les acteurs du bien fondé du changement.
- Phase de recristallisation qui consiste à consolider l'état modifié selon une stratégie rétroactive contingente, c'est-à-dire évaluer et transmettre aux acteurs les résultats obtenus.

2.5.5 Bureaucratie professionnelle :

En tant qu'organisation, l'hôpital met en scène un ensemble d'acteurs qui coordonnent leurs actions pour résoudre un certain nombre de problèmes et prendre des décisions. Cette organisation présente la particularité de voir une catégorie de professionnels se prévaloir d'une autonomie importante construite autour d'un savoir faire qui confère à l'établissement sa raison d'être : Le pouvoir est ainsi transféré de l'élite administrative vers la base opérationnelle. L'hôpital identifié comme bureaucratie professionnelle s'éloigne largement de l'idéal type bureaucratique : Le travail y est pour une part importante peu standardisé. L'exercice du contrôle hiérarchique, basé sur l'autorité administrative est jugé problématique auprès des professionnels. (22, 23)

2.5.6 L'implantation

Par implantation, J.L Denis ET F. Champagne (24) entendent le transfert au niveau opérationnel d'une intervention. Les théoriciens de l'organisation proposent cinq grands modèles quand à l'implantation du changement :

- **Le modèle rationnel ou hiérarchique** : « Le modèle de la planification et de contrôle » représente la conception traditionnelle de l'implantation du changement. Ce modèle s'appuie sur la vision mécaniste de l'organisation où le sommet

stratégique pense et planifie alors que la base opérationnelle ne fait qu'exécuter sous contrôle de la hiérarchie organisationnelle.

➤ **Le modèle de développement organisationnel** : Inspiré largement de l'école des relations humaines, la perspective du développement organisationnel met l'emphase sur les différents aspects du comportement des acteurs en situation de travail, et donc l'implantation de changement ne peut être garantie que par l'adoption d'un style participatif de gestion, d'une décentralisation des processus de gestion et des mécanismes favorisant la communication dans l'organisation (24).

➤ **Le modèle psychologique** : Ce modèle admet une relation séquentielle entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements (25). Le processus d'implantation de changement dans une organisation est analogue à un processus d'apprentissage et dépend de la capacité à instaurer un contexte favorisant les apprentissages.

➤ **Le modèle structurel** : L'approche structurelle, situe le succès de l'implantation du changement dans le « design » de l'organisation c'est à dire une multitude de caractéristiques se référant à l'organisation, et aux gestionnaires ; Les études inscrites sous ce modèle sont essentiellement analytiques. Toutefois les résultats de ces études sont plutôt instables. (24)

➤ **Le modèle politique** : Selon ce modèle l'adoption et l'implantation du changement sont marqués par une négociation continue entre les intérêts des différents acteurs en question. Le gestionnaire, dans ce processus, assume le rôle de mobilisateur et de négociateur, il doit chercher à rallier de son côté les acteurs de l'organisation qui marqueront le plus le processus de changement.

La première phase du projet est celle de l'analyse de situation à travers l'audit clinique des dossiers des patients en circulation actuellement.

DEUXIEME PARTIE

3. EVALUATION DES DOSSIERS DES PATIENTS

3.1 Présentation de l'étude

Le but de notre étude a été de dresser un état des lieux du dossier du patient au niveau de l'hôpital Cheikh Zaid. Pour réaliser cette évaluation, la méthode retenue est celle de l'audit proposée par la Haute autorité de santé (HAS) ancienne (ANAES). Cette méthode définie comme une méthode d'évaluation permettant, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises d'identifier et analyser les écarts entre l'existant et les exigences du référentiel choisi, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques avec l'objectif de les améliorer.

La présente étude s'est limitée aux deux premières phases d'un audit « adaptation du référentiel » et « mesure de la pratique réelle des hôpitaux ».(26) Le référentiel utilisé est celui du manuel d'accréditation des établissements de santé de l'Agence nationale de l'évaluation en santé ANAES (27) concernant le patient et sa prise en charge, plus précisément sur le chapitre dossier du patient ; dans ce chapitre, seule la référence traitant du contenu du dossier du patient a été appliquée à travers les critères suivants:

- 1) Le dossier du patient comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification.
- 2) Le dossier est organisé et classé.
- 3) Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, et comportent le nom et la signature du praticien.
- 4) Le dossier du patient comporte, sous l'autorité du praticien responsable, dans les meilleurs délais après son admission, les motifs d'hospitalisation et les conclusions de l'évaluation initiale de la situation du patient.
- 5) Le dossier du patient comporte des informations actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge.

- 6) Le dossier du patient permet à tout moment de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient.
- 7) Le dossier du patient comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi.

Sur la base de 4000 hospitalisations par an, un échantillon statistiquement valable supposerait le retour sur une centaine de dossiers ce qui est techniquement impossible dans les délais impartis à la présente étude. On a choisi donc de limiter l'échantillon aux dossiers de patients sortis de l'hôpital la semaine précédant l'étude. Le choix des dates s'est basé sur le souci de retrouver des dossiers récents de malades venant juste de quitter l'hôpital. Ce qui nous a permis d'obtenir 46 dossiers ; 30 étant l'effectif minimum conseillé par L'ANAES dans la méthode d'audit clinique : Il s'agit donc d'une enquête rétrospective.

A partir de cet échantillon, on a utilisé la grille d'évaluation du dossier médical et celui des soins infirmiers adaptée selon les critères de l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) actuelle HAS (27). L'adaptation a consisté en une grille simplifiée ne retenant que les critères objectifs (indépendant de la pensée) ou objectifs majeurs (les plus importants) qui nous ont semblé les plus adaptés à notre situation. (Annexe 2)

3.2 Résultats

3.2.1 La présentation du dossier

Le dossier du patient se présente sous forme d'une chemise cartonnée de format 24 x 32.5cm, de couleur blanche. La première page du support est pré imprimée et comporte différents éléments médico administratifs :

- Le bulletin d'admission
- Fiche concernant la personne à prévenir ou accompagnant (cette dernière est la même que la fiche administrative !)
- Fiche administrative
- Le verso de la première page comprend des informations concernant les examens biologiques sous forme d'un tableau avec plusieurs colonnes à

cocher. Au verso de la 4ème page, sont inscrits les examens radiologiques sous la même forme.

- La fiche de suivi des consultations
- Notes des honoraires
- Récapitulatif des séances de kinésithérapie
- Notes infirmières et fiche de transmission infirmière
- Bon et compte rendu d'examen anatomopathologie
- Demande et compte rendu des analyses médicales
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu d'imagerie médicale
- Observations médicales
- Questionnaire médical adressé aux patients
- Dossier d'anesthésie et fiche d'anesthésie
- Récapitulatif des actes d'anesthésie
- Autorisation de pratiques des actes médicaux
- Notes de sortie
- Fiches de surveillance
- Examen clinique
- Résumé de l'observation

3.2.2. Tableau général des résultats

▪ Présentation du dossier

	OUI	NON	commentaires
supports matériels sont en bon état	41(89%)	5(11%)	Dossiers nouvellement clôturés
Le dossier est organisé et classé	18 (39%)	28 (61%)	
éléments du dossier sont identifiés (patient)	46 (100%)		
les écrits sont tous lisibles,	32 (70%)	14 (30%)	
les écrits sont tous datés et signés	33 (72%)	12 (28%)	

▪ **Donnes administratives**

	OUI	NON	commentaires
Identité du malade complète	46 (100%)		
Numéro unité	46 (100%)		
Date d'entrée	46 (100%)		
Modes d'entrée	22 (48%)	24 (52%)	
Mode de paiement	45(98%)	1 (2%)	
Identité(s) médecin(s) referant	2(4%)	44(96%)	
Identité de la personne à prévenir	1(2%)	45(98%)	

▪ **Données d'hospitalisation : données médicales**

	OUI	NON	commentaires
Lettre d'admission notée	36 (78%)	10 (22%)	90% ordo
Motif d'hospitalisation	33 (72%)	16	
Médecin hospitalier responsable	46 (100%)		
l'observation médicale d'entrée	14 (26%)	34 (74%)	80% sommaire
les conclusions de l'examen médical d'entrée notées	7 (15%)	39 (85%)	
Informations actualisées relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation notées	10 (22%)	36 (78%)	
Selon le cas :			
le compte rendu opératoire,	9 (43%)	12 (57%)	25 (54%) na
le compte rendu d'accouchement	2 (4%)		44 (96%) na
le dossier et la fiche anesthésique	19 (83%)	4 (17%)	23 (50%) na
la fiche transfusionnelle			
les comptes rendus des examens complément	28 (70%)	12 (30%)	6 (13%) na
les éléments de surveillance notés	36 (78%)	10 (22%)	F surveillance
Compte-rendu(s) des consultations notés	36 (95%)	2 (5%)	8 (17%) non applicable (na)
Récapitulatif des prescriptions établies et soins dispensés	35 (76%)	11 (24%)	
Autorisation de soins signée par le malade		46 (100%)	

▪ **Données d'hospitalisation : données infirmières**

	OUI	NON	commentaires
Observation clinique notée identifiée et datée	1 (2%)	45 (98%)	
Soins et actes réalisés identifiés notés et datés	46 (100%)	0	f surveillance
Paramètres de surveillance notés (TA Température, autres)	46 (100%)	0	Identifiable
Résumé des soins infirmiers noté,		46 (100%)	
Fiche de transmission notée	2 (4%)	44 (96%)	

▪ **Données de sortie**

	OUI	NON	commentaires
Billet de sortie	8 (17%)	38 (83%)	
diagnostic de sortie	8 (17%)	38 (83%)	
l'ordonnance de sortie (double)	2 (4%)	44 (96%)	
le compte rendu d'hospitalisation	11 (24%)	35 (76%)	Observation clinique
Mode et modalité de sortie	2 (4%)	44 (96%)	
Date de sortie	10 (24%)	36 (76%)	

3.2.3. Tableaux par type de critères

3..2.3.1 .Tableau de représentation des critères objectifs majeurs (COM)

CRITERES		POURCENTAGE
	Eléments de l'état civil et social	100%
	Documents admission présents	78%
	Nom et fonction auteur des écrits notés	72%
	Compte rendu opératoire	43%
	Compte rendu d'hospitalisation	24%

4. 2.3.2. Tableau de représentation critères objectifs (CO)

CRITERES		POURCENTAGE
	Eléments identifiés au nom du patient	100%
	Identité de la personne à prévenir	2%
	Médecin référent noté	4%
	Date d'entrée notée	100%
	Date de sortie notée	24%
	Modalités et modes d'entrée	48%
	Modalités de sortie	4%
	Date des recueils d'information	72%
	Motif d'hospitalisation	72%
	Compte rendu des examens complémentaires	70%
	Examens pratiqué par d'autres médecins	95%
	Ordonnance de sortie	4%

3.3. Limites de l'étude

- Imperfections de la grille : Les dossiers audités proviennent des différentes unités de soins : Cela entraîne des réponses négatives à certains items de la grille certaines informations apparaissent sur le dossier mais pas au bon endroit. Cela a pu également engendrer une variabilité des appréciations.
- Taille et nature de l'échantillon.

3.4. Discussion

Cette étude nous a permis de relever certains écarts entre les critères fixés et ceux observés, tout d'abord en ce qui concerne la présentation générale des dossiers :

- La page de couverture du dossier médical où se trouvent les éléments pré imprimés renferme une erreur concernant les donnée relative à la personne à prévenir dont les informations sont confondues avec les données de la fiche administrative du patient.
- La manipulation très fréquente des dossiers peut être rendue difficile : avec le temps le support aura tendance à se déchirer en raison de son épaisseur, d'un matériel (le contenant) peu solide et de documents parfois débordant

L'étude détaillée du contenu des dossiers échantillonnés nous a permis par ailleurs de mettre en évidence :

- **DONNEES ADMINISTRATIVES**

La aussi la plupart des critères ont été satisfaits, seuls les données relatives à l'identité de la personne à prévenir et ceux de l'admission notamment le mode, d'hospitalisation posent problème.

- **DONNEES MEDICALES**

La conformité aux différents critères atteignait des taux très moyens voire même insatisfaisant surtout pour ceux qui se rapportaient à la rédaction d'une observation médicale initiale et en cours d'évolution.

- **DONNEES INFIRMIERES**

Le dossier infirmier se limite à la fiche de surveillance qui est établie dans 100% des cas et renfermant aussi bien les données de surveillance, les bilans faits que les soins prodigués sans pour autant être signée. La structure de ces fiches différaient selon les services et parfois même selon le praticiens.

- **LES DONNEES DE SORTIE**

Font dans la majorité des cas défaut, et il serait difficile de se prononcer sur le devenir de la plupart des malades.

➤ A noter aussi que :

- Quoique le dossier du patient renferme des supports uniformisés de recueil d'informations, les praticiens utilisent d'autres supports parfois inadaptés.
- Le diagnostic de sortie quant il est mentionné est confondu avec les actes médicaux réalisés.
- Les fiches de surveillance servent de fiche de transmission entre médecins et infirmiers on peut également y trouver des résultats d'analyse biologiques.
- Le compte rendu d'hospitalisation confondu avec l'observation clinique.
- Certains dossiers sont très développés mais résultent d'initiatives individuelles.
- Multitude des supports voire même diversité pour la même finalité
- Les demandes de consultation du dossier par les professionnels de santé en cas d'éventuelle réhospitalisation se fait généralement par téléphone auprès du service

des archives et tout le document est transmis au service moyennant la signature de l'aide soignante chargée de récupérer le dossier de archives.

➤ Certaines failles soulevées et après discussion avec le maître de stage nous ont poussé à analyser quelques dossiers venant juste d'être clôturés avant passage au service de facturation. Cette étude s'est effectuée sur les malades sortant la matinée d'un jour de fin de semaine de travail, et a permis de mettre en évidence :

- Tous les éléments du dossier sont bien classés et organisés.
- Les billets de sortie figurent dans tous les dossiers, ils sont cependant délivrés au malade sortant sans garder de copie.
- Les comptes rendus opératoires CRO ne sont présents que sur 40% des cas. Les deux copies éditées au service sont, l'une remise au patient et l'autre souvent classée par le chirurgien dans ses archives personnelles ou conservée par le service de facturation pour le recouvrement auprès des organismes assureurs.
- Les comptes rendus d'hospitalisation ne sont présents dans les dossiers des patients sortants que dans 25% des cas et leur structure est variable en fonction de l'auteur.

Ces résultats et ces commentaires soulignent la nécessité de concevoir un dossier unique standardisé et renfermant le minimum de données nécessaires aussi bien pour le professionnel de santé que pour le gestionnaire. L'opinion et les recommandations de ces derniers seraient d'une grande importance vu que la reconnaissance des richesses et l'exploitation des connaissances et des expériences des hommes du terrain est la base sur laquelle se construit et se maintient tout changement.

4. ANALYSE DES BESOINS:LES ENTRETIENS

L'entretien, qui peut prendre des formes différentes, est une méthode fréquemment utilisée pour la récolte de données. A l'encontre du questionnaire, cette méthode convient pour des questions qui nécessitent des explications supplémentaires. Le problème d'un faible nombre de retours ne se pose pas dans le cas des entretiens. Ils demandent par contre beaucoup de temps et requièrent des personnes qualifiées pour les conduire, afin d'obtenir des réponses aussi complètes et fiables que possible dans le temps imparti.

4.1. Forme de l'entretien

Afin de déterminer le champ d'information des personnes interrogées sur le dossier de patient, ainsi que leurs opinions et leurs attitudes, nous avons opté pour la méthode de l'entretien individuel, semi-directif par contact direct. Ce type d'interview invite la personne interrogée à s'exprimer spontanément à l'intérieur d'un cadre déterminé par l'interviewer. Le choix d'une seule méthode est lié également à un critère de faisabilité. D'une part, nous nous entretenons avec les membres d'une équipe de soins, dont le rôle principal est être au chevet du patient, d'autre part, cette étude se situe dans le cadre d'une maîtrise universitaire avec les contraintes de temps et les moyens limités que cela suppose.

4.2. Grille d'entretien

L'élaboration de la grille de l'entretien a fait l'objet de beaucoup de soins : elle comprend 16 questions qui mettent le point sur l'intérêt du dossier du patient, retraçant son parcours dès l'admission du patient jusqu'à sa sortie, en insistant sur les pratiques actuelles de chaque catégorie et en recueillant les suggestions et recommandations émises par les personnes interrogées concernant notre projet.
(Annexe 1)

5.3. Personnes interrogées

En concertation avec le maître de stage, un échantillon de 20 personnes a été identifié parmi la population des médecins et infirmiers et administrateurs, représentant l'ensemble des catégories professionnelles ayant l'usage du dossier patient et en fonction de la disponibilité de chacun.

Ainsi, la population étudiée est formée de trois groupes distincts qui se présentent comme suit :

- 45% sont des médecins couvrant la plupart des spécialités existantes, et dont le profil varie entre ceux permanents et ceux qui exercent à temps partiel.
- 35% sont des infirmiers exerçant dans les différents services.
- 20% sont représentés par le personnel administratif au niveau des bureaux des admissions et de facturation et des services hospitaliers.

Ces personnes ont été par la suite informées sur l'objectif de l'entretien et les modalités du déroulement.

5.4. Analyse de contenu

La place de l'analyse de contenu est de plus en plus grande dans les études qualitatives, notamment parce qu'elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme par exemple les entretiens semi-directifs.

La compréhension et l'interprétation des discours nécessitent une analyse rigoureuse, menée avec minutie. Nous avons commencé par repérer les différents thèmes abordés par les personnes et par effectuer une classification en catégories d'analyse. (28, 29)

La difficulté principale a été la construction des catégories qui doivent être exhaustives, exclusives, objectives et pertinentes. Nous avons ainsi repéré les différents registres des discours : celui de l'information, celui des attitudes et des comportements et enfin celui de l'opinion se rapportant au thème de notre projet : le dossier du patient.

Nous nous sommes reportés aux définitions du Petit Robert qui précise qu'une attitude est " une disposition, un état d'esprit (à l'égard de quelque chose ou de quelqu'un) ; un ensemble de jugements et de tendances qui pousse à un

comportement ". Le mot comportement renvoie à se comporter, c'est-à-dire se conduire, agir d'une certaine manière. Quand à l'opinion, c'est une façon de penser, de juger, une " attitude de l'esprit qui tient pour vraie une assertion ". Dans le mot attitude, on perçoit donc une intention de se conduire.

Ainsi toutes les personnes interviewées, toute catégorie confondue, s'accordaient sur la place qu'occupe le dossier du patient en tant que pilier de recherche, élément central de la coordination, d'évaluation, d'analyse médico-économique et de facturation des actes. Tous les avis se rejoignent sur le fait que les exigences de la conjoncture actuelle (environnement juridique, reddition des comptes, droits de l'homme, la mise en place de l'assurance maladie obligatoire AMO rendent nécessaire la transparence et la mise en commun des informations qui doivent être fiables et à jour.

Les comportements, opinions et les attitudes diffèrent en fonction de la catégorie :

- Pour le personnel administratif du service des admissions, le recueil de données administratives se fait avant l'admission du malade sur la présentation d'une pièce d'identité et d'une demande d'hospitalisation émanant du médecin référant. Tous les éléments du dossier de patient sont transmis au service de la facturation à l'occasion de la sortie du patient pour l'établissement de la facture. Etant informatisée ; la saisie et le rappel des informations se fait sur une base de données sans aucune difficulté ; les éléments qui y figurent sont satisfaisants et répondrait parfaitement aux besoins de cette catégorie. Se poserait cependant le problème de la lourdeur, de la quantité de données à saisir dans un laps de temps très court et parfois du blocage du système informatique actuellement utilisé.
- Le personnel infirmier, dans tous les services, intervient dès l'admission du patient, par la préparation d'une fiche de surveillance où seront consignés les constantes, les bilans à faire et les traitements et soins prescrits par le médecin. Leur rôle se limiterait à l'exécution des directives du médecin responsable, la communication est donc surtout descendante sous forme d'instructions et de directives émanant du médecin en vue d'exécution de prescription, de transfert, de sortie...La communication ascendante est peu développée, quand est elle instaurée, elle est superficielle, et ne permet pas

de développer de l'initiative et de la créativité. La transmission des consignes (communication transversale) se fait sur un registre fait à la main qui referme toutes les informations relatives à l'exécution des actes prescrits. Le recours aux dossiers archivés se fait en cas de ré hospitalisation du malade en préparant le dossier pour le médecin sans l'exploiter. Les demandes relatives à la consultation du dossier par les patients sont transférées au médecin qui s'en occupe. Toutes les personnes interviewées se rejoignant sur le fait que la variété des supports à entretenir empiéterait sur le temps qui normalement doit être consacré au patient. Le contenu et le contenant des dossiers rendraient difficile la pratique des missions confiées. Enfin tous sont favorable à l'établissement d'un dossier infirmier où seront consignés certains éléments d'observation ; de surveillance et de soins. Le support de cette initiative se construit autour de la recherche d'une reconnaissance et d'une valorisation de la pratique infirmière. L'intérêt porté par cette catégorie, pour la formation et la recherche dans les domaines associés à l'implantation du projet témoigne d'une volonté de vouloir s'affirmer en une entité autonome et s'investir pour garantir le succès du projet.

- Pour le personnel médical : Toutes les personnes interrogées quelque soit leur profil, s'accordaient sur le fait que le format du dossier du patient actuel n'est pas du tout pratique. Le contenu posait aussi problème puisque qu'on trouvait dans tous les dossiers des services les mêmes documents, certains seraient inutiles, d'autres en double, et les nécessaires manqueraient parfois ; obligeant à utiliser des feuilles de papier volantes ou à mettre en place des documents établis par des initiatives personnelles en copiant des modèles étrangers. Quant à la tenue des dossiers, tous les médecins rédigeaient leur observation au fur et à mesure de l'évolution du patient dans le service, les comptes rendu de sortie sont établis à la sortie du patient et une copie lui est délivrée. Se poserait par contre pour certains, le problème d'importation des données des observations pour les malades vus en consultation avant d'être hospitalisés. La révision de ce dossier tant sur la forme et le fond s'avère être une nécessité et la mise en place d'un dossier patient minimal commun pourrait être une solution adéquate. Sa présentation et les éléments qui

doivent y figurer doivent être prédéfinis et standardisés pour assurer une meilleure coordination. Par rapport au codage des actes et des diagnostics, tous étaient favorables, mais méfiants quant à la coopération des autres professionnels de santé et l'adaptabilité de la nouvelle nomenclature marocaine des actes: très nombreux actes chirurgicaux de pointe n'y figurent pas, d'autres actes manquent de précision. En réponse aux questionnements relatifs à la consultation des dossiers par les patients, les avis se partageaient entre le droit d'information des patients et l'obligation de la confidentialité par rapport au raisonnement médical.

4.5. Difficultés et Limites

- la situation d'entretien suppose une relation interactive, et il n'est pas exclu que ce contexte particulier influence quelque peu le discours de l'interviewé.
- Le contexte de l'entretien et son enjeu : Il s'agit d'un entretien de recherche et l'objectif poursuivi n'est pas le même pour l'interviewer et l'interviewé. Nous souhaitons recueillir du matériel permettant de mettre à jour notre projet. En ce qui concerne les personnes rencontrées, nous ignorons pourquoi elles ont accepté ces entretiens, mais nous pensons que leurs motivations ont pu agir sur leur discours, notamment pour les personnes que nous avons rencontrées par l'intermédiaire de leur responsable.
- public peu disponible dont les emplois du temps personnels et professionnels sont très serrés.
- Représentativité de l'échantillon.
- Enfin l'analyse du contenu de l'entretien n'est pas exempte d'interprétation subjective de la part du chercheur
- la situation d'interaction : L'attitude non-directive et la neutralité bienveillante doivent amener la personne à parler librement devant un interviewer qui se manifeste cependant par des relances, des encouragements et des reformulations, afin de circonscrire les propos à la grille d'entretien qu'il a toujours en tête. Nous avons dû parfois rester vigilante pour ne pas entrer dans un débat d'idées avec nos interlocuteurs.
- Enfin, clore un entretien n'est pas toujours aisé.

4.6. Discussion

Il ressort de ces entretiens avec les professionnels de santé que le dossier de patient occupe une place centrale dans le processus de prise en charge du patient et celui de la gestion hospitalière. Cependant sa formule actuelle est inappropriée et sa tenue laisse à désirer du fait de son inadaptation aux besoins. Par conséquent les implications de cet outil restent très limitées car il ne permet pas souvent ni le suivi du patient, ni la communication entre les différents intervenants dans sa prise en charge, ni l'évaluation de la qualité des soins prodigués, et donc ne peut être pris comme instrument de recherche. Quand à sa valeur médico-légale, elle est médiocre et ne renseigne pas sur le degré de responsabilité des professionnels et le consentement du patient.

L'analyse des données de l'audit des dossiers des patients et les entretiens avec les professionnels a démontré que dans la plupart des cas, hormis les spécificités des services, le dossier du patient est constitué de documents différents, mais remplissant la même fonction d'où l'intérêt de normaliser le contenu de cette pile de documents en vue de faciliter l'accès aux informations importantes grâce à un dossier structuré qui constitue un préalable quant à la fiabilité des résultats. Ce projet vise donc l'homogénéisation et la structuration des recueils tout en restant sensible sur la qualité et la confidentialité du contenu, et les possibilités d'informatisation, et en insistant sur l'utilité d'établir et de systématiser des procédures uniques de gestion (dans le sens large du terme) du dossier du patient qui permettent à chaque moment d'identifier les responsabilités.

Il ressort de éléments précédents la nécessité de définir un cahier des charges du dossier patient renfermant toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient dans un cadre défini de partage d'information.

5. LE CAHIER DE CHARGE DU DPMC

Le dossier du patient est créé à l'occasion de l'hospitalisation du patient dans l'établissement de soins. Il s'enrichit ensuite de la trace des interventions des différents professionnels rencontrés par le patient au cours de son parcours dans l'établissement de santé. À l'issue de chaque séjour, le dossier est classé puis archivé.

Il est possible de disposer d'un dossier médical unique par séjour, sous réserve qu'une procédure permette, lors de l'admission pour une réhospitalisation, le regroupement de l'ensemble des comptes rendu d'hospitalisation concernant les hospitalisations antérieures sans risque de confusion dans les identités patients.

6.1. Le contenant du dossier du patient

Le dossier du patient hospitalisé doit être efficace dans sa présentation, c'est à dire facile à manipuler et permettant un repérage rapide des rubriques. Les acteurs sont en faveur d'un format assez rigide pour éviter tout délabrement. Les formulaires, de préférence d'un format standard, devraient être structurés selon les acteurs (médecins, infirmiers administrateurs) avec des intercalaires séparant chacune des rubriques facilitant ainsi leur manipulation et leur rangement, A l'intérieur du dossier du patient, le dossier médical devrait contenir des pochettes permettant de classer les formulaires en fonction de leur nature.

6.2. Le contenu du dossier du patient

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient admis dans l'établissement de santé.

Le dossier est un élément dynamique constitué pour être le support de l'ensemble des informations recueillies à l'occasion de la prise en charge du patient. Ses composantes administratives et soignantes intègrent des éléments communs et partagés. Le dossier du patient comprend :

6.2.1. Les informations administratives

Pour tout patient pris en charge dans un établissement de soins, l'administration hospitalière doit constituer un dossier administratif distinct du dossier des professionnels de santé. L'authenticité et la fiabilité des informations administratives recueillies doit être garantie, et doivent être régulièrement tenues à jour. Le dossier étant organisé autour du patient, un des rôles du dossier administratif est de fournir l'identification du patient à l'ensemble des professionnels de santé qui le prennent en charge et toutes les informations documentaires susceptibles de contribuer à cette prise en charge. Cette identification requiert d'être recueillie avec la plus grande précision possible à partir de documents administratifs officiels présentés par le patient. Une identification administrative standardisée et de qualité évite les doublons susceptibles de générer des erreurs dans les services de soins ou médico-techniques. Elle permet la production d'étiquettes utilisables pour les demandes d'exams complémentaires, l'identification du dossier du patient et des résumés standard de sortie. Ces étiquettes combineront les éléments essentiels de l'identification : (Nom et prénom, date d'admission, service d'hospitalisation, identifiant du patient), ou seront anonymisées ne contenant que l'identifiant du patient.

Ces informations devront être recueillies au niveau du bureau d'admission après présentation du malade d'une demande d'hospitalisation qui doit être datée et signée par le médecin, et comporter les informations suivantes (Annexe 4.1.2)

- a) Nom et prénom du patient
- b) Date prévue d'hospitalisation
- c) motif d'hospitalisation
- d) Mode d'hospitalisation (urgent / sur rendez vous)
- e) Coordonnées du médecin traitant et référant (nom, téléphone et éventuellement adresse ou mail)
- f) Non du médecin hospitalier responsable.

Le billet d'hospitalisation produit à cet effet devra comporter les éléments suivants :

1. Identification du patient :

- **Nom et prénom :**

- **Sexe** : information indispensable est justifiée avant tout en raison des prénoms mixtes et étrangers dont il est difficile de distinguer le genre.
- **Date de naissance** : Egalement indispensable, elle est préférable à l'âge, puisque celui-ci doit le plus souvent servir durant de nombreuses années.
- **Adresse** : L'adresse doit être précise et actualisée
- **Téléphone** : L'information doit parfois être négociée (numéro privé). Il faut expliquer au patient l'intérêt de cette information pour le suivi, ainsi que son caractère aussi confidentiel que celui des données médicales.

3. Date d'admission

4. Numéro d'admission : séquentiel changeant à chaque admission

5. Mode d'admission (H pour hospitalisation normale, J pour hôpital de jour, U pour urgence, C pour check-up, E pour externe)

6. Identifiant du patient unique : dans un premier temps, nous recommandons l'utilisation d'un numéro alpha-numérique composé du sexe (M ou F) année de naissance et cinq autres chiffres séquentiels (Annexe 4.1.1)

7. Personne à prévenir (nom, qualité et téléphone)

8. Service d'hospitalisation

9. Mode de paiement

10. Non du médecin hospitalier responsable

11. Autres médecins à charge

12. Médecin référant

Le dossier administratif comporte aussi une autorisation de soins que le malade devra signer avant tout acte. (Annexe 4.1.3)

6.2.2. Les informations des professionnels de santé

Le dossier du patient contient l'ensemble des informations produites par les professionnels de santé qu'il s'agisse des médecins, des paramédicaux et d'autres professionnels. Il rassemble des informations de natures diverses :

- des informations médicales antérieures à l'hospitalisation
- des informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie ;
- des informations médicales produites au cours du séjour en établissement
- des informations formalisées à la fin de séjour.

6.2.2.1. Les informations médicales (30, 31, 32, 33, 34, 35, 363, 37, 38, 41,42, 43)

Tout médecin hospitalier est concerné par la tenue d'un dossier, appelé **dossier médical**, quelle que soit sa pratique et son statut. Il doit y consigner toutes ses observations, ses interventions et les hypothèses qu'il formule en conclusion.

Ce dossier contient au moins les éléments suivants:

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes ou lors de l'accueil au service des urgences et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences dans l'établissement,
- Les observations médicales d'entrée qui méritent d'être structurées et de préférence pré imprimées pour retrouver notamment les informations suivantes (Annexe 4.2.1)
 - a) la date d'admission dans l'établissement ;
 - b) le mode d'entrée et le motif d'hospitalisation du patient ;
 - c) le nom de l'observateur, sa fonction, sa signature ;
 - d) la date de l'observation ;
 - e) les antécédents du patient (Antécédents personnels familiaux, allergies et allergies et intolérances médicamenteuses, facteurs de risque), les facteurs de risques et la thérapeutique en cours
 - f) Données de l'anamnèse ;
 - g) Le compte rendu de l'examen des différents organes ;
 - h) La conclusion posant le problème médical, les hypothèses diagnostiques et thérapeutiques soulevées, la stratégie de prise en charge et les examens complémentaires envisagés.
 - i) Les informations relatives à l'évolution en cours d'hospitalisation (Annexe 4.2.2)

L'observation médicale d'entrée prise par un étudiant doit être validée, après avoir été corrigée si nécessaire (vu que conformément au décret 2.04.776 du 27 décembre 2004 l'hôpital est universitaire, et commencera bientôt de recevoir les étudiants et des résidents en médecine).

- Les éléments relatifs à la prescription médicale, et à son exécution. La prescription téléphonique doit être exceptionnelle ; celle-ci sera notée et horodatée

avec le nom du prescripteur; elle sera confirmée par la signature du prescripteur dans les plus brefs délais. (Annexe 4.2.3, Annexe 4.2.4)

- Les comptes rendus des examens complémentaires (biologique et radio)
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres médecins
- Le dossier d'anesthésie comportant les données des consultations pré anesthésique, surveillance per-opératoire et post-interventionnelle et consignes destinées au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation Le compte rendu opératoire ou d'accouchement quand la situation l'exige.

- Compte rendu opératoire ou d'accouchement (Annexe 4.2.5, Annexe 4.2.7)

- Les informations formalisées établies à la fin du séjour :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation. (Annexe 4.2.8) et

- b) la lettre rédigée à l'occasion de la sortie pour le médecin traitant

- c) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie et des certificats délivrés

- d) le billet de sortie comportant les éléments suivants :

- Les dates d'entrée et de sortie

- L'identification du patient

- Le numéro de dossier

- Le service d'hospitalisation

- Les diagnostics d'entrée et de sortie

- Les modalités de sortie (, transfert, décès, domicile)

- Suites à donner

- e) Le résumé clinique standardisé **RCS**: ressenti par nombre de médecins comme tâche administrative supplémentaire contraignante (codage), qui s'ajoute aux obligations quotidiennes au dépend de l'activité clinique. Ces craintes seront vite effacées devant les avantages que présente un tel document en tant qu'une synthèse explicite du dossier du patient à orientation statistique (scientifique et gestionnaire). De préférence ce résumé doit être rédigé en même temps que le compte rendu d'hospitalisation pour éviter le cumul du travail. Tout séjour hospitalier, doit ainsi faire l'objet d'un Résumé de Sortie Standardisé dont les informations sont codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées (39, 40) (Annexe 4.2.6)

Les diagnostics contenus dans le RCS sont codés à l'aide de la Classification Internationale des Maladies CIM. Sa 10ème révision (**CIM-10**) a été publiée par l'Organisation Mondiale de la santé -OMS- en 1993. La CIM-10 est organisée en 21 chapitres couvrant l'éventail complet des états morbides classés par organe ou appareil fonctionnel. **Les actes** contenus dans le RCS seront codés à l'aide du **Catalogue des Actes Médicaux** combinant la CNAM française et assimilation CNAM marocaine) et ceci pour répondre aux soucis des professionnels quant aux insuffisances accusés dans la nouvelle nomenclature marocaine.

- Seules les rubriques pertinentes au regard de la nature d'hospitalisation et de la prise en charge seront remplies.
- En cas d'hospitalisations itératives, pour une pathologie chronique nécessitant un traitement répétitif, il est compréhensible que le compte rendu ne reprenne pas à l'issue de chaque nouveau contact l'ensemble des éléments inchangés ; en revanche, il est souhaitable qu'une synthèse périodique complète, semestrielle par exemple, soit réalisée à un rythme adapté à celui de la prise en charge, de l'évolution de la pathologie et aux conséquences potentielles.
- Ces comptes rendus sont produits par les médecins et tapés par les secrétaires.
- Afin d'assurer la bonne coordination des soins et leur sécurité, les écrits doivent être lisibles et ne prêter à aucune interprétation.
- Afin de permettre le suivi de la chronologie des actions, il est recommandé que les écrits soient datés comme c'est la règle pour les prescriptions médicales.
- Chaque feuille constituant le dossier doit être identifiée au nom du patient.
- Le dossier pouvant servir dans la mise en jeu de la responsabilité, les écrits doivent être indélébiles.
- Chaque praticien appelé à prodiguer des soins ou consultations(s) à un patient hospitalisé est responsable de la tenue du dossier médical du patient hospitalisé.

5.2.2.2. Le dossier de soins paramédical (43, 44, 45, 46,47)

De façon complémentaire au dossier médical, les professionnels paramédicaux constituent un dossier, appelé **dossier de soins paramédical**, contenant la trace de leurs observations et actions de soins, assurant la continuité des soins et permettant l'évaluation de leur qualité. Les divers éléments du dossier de soins paramédical font partie du dossier du patient et sont archivés avec celui-ci. Composante essentielle du dossier du patient dont il fait partie intégrante, Il comporte les informations relatives aux soins infirmiers

La responsabilité de réaliser un dossier de soins paramédical relève du rôle propre de l'infirmier. Aucun patient, aucun médecin ne peut s'opposer à la constitution du dit dossier. Ainsi, dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier recueille des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et apprécie les principaux paramètres servant à sa surveillance. L'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin.

Le dossier de soins paramédical doit contenir toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé, les observations pendant le séjour, les interventions de soins Toutes les informations du dossier de soins paramédical doivent être authentifiées (signées, datées), le responsable des écrits et des actes devant être clairement identifié (nom, fonction).

Le guide du service de soins infirmiers de septembre 2001 réalisé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins française (43) DHOS rapporte les normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. La norme 1-3 concerne le dossier de soins infirmiers :

"Dès l'arrivée de la personne soignée, l'infirmière ouvre un dossier de soins infirmiers qu'elle renseignera tout au long du séjour."

À ce titre, "dès son arrivée et tout au long du séjour de la personne soignée, l'infirmière transcrit dans le dossier de soins, toute information utile pour la continuité de cette prise en charge".

Cette norme précise aussi que :

- L'infirmière, après chaque intervention :
 - Note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée;
 - Note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soigné et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale
- L'infirmière, tout au long du séjour de la personne soignée :
 - Renseigne le dossier de soins infirmiers,
 - Veille à l'exactitude et au respect de la confidentialité des informations notées.

Exige que toutes les prescriptions médicales soient notées, datées et signées par les médecins prescripteurs dans le dossier de soins infirmiers. Elle s'assure également que toutes les informations et observations écrites soient datées et signées.

Ce dossier de soins infirmier devra contenir au minimum :

- **La fiche administrative et d'identification du patient.**
 - a) Nom, prénom, date de naissance, identifiant et adresse.
 - b) Date d'entrée.
 - c) service, Numéro de chambre et lit
 - d) Nom du médecin responsable
 - e) Personne à prévenir (nom et tel).
- **La fiche d'observation** où seront notés
 - a) Motif d'hospitalisation
 - b) Antécédents personnels (diabète, HTA, ulcère, interventions. autres)
 - c) Allergies à préciser
 - d) Traitement personnel
 - e) Eventuels accidents
 - f) L'observation de l'état du patient et de son évolution (Annexe 4. 3 .2)
- **La fiche de transmissions, comportant des informations sur :**
 - a) Le changement de l'état clinique
 - b) le changement de soins
 - c) les bilans à faire ou à récupérer
 - d) soins et activités à faire ou à terminer

- **La fiche de prescriptions** : sur le verso de laquelle sera retranscrit les examens biologiques demandés par le médecin. Les dates des prélèvements et résultats seront notés en temps opportun. Sur le recto seront notifiés les traitements et les soins prescrits par le médecin ainsi que l'heure de prise (Annexe 4.3.2. et 4.3.3)

Toutes ces documents doivent être identifiés au nom du patient, datés et signés par leurs producteurs.

TROISIEME PARTIE

6. LES PROCEDURES GENERALES DE GESTION DU DPMC

L'objet de cette partie est de décrire la cinématique des principaux événements du dossier du patient (48)

1. Création du dossier : la procédure d'ouverture du dossier du patient est absolument confondue avec le recueil des données administratives et l'identification du patient au niveau du bureau des admissions. La partie médicale du dossier ainsi remise au service accueillant ne devrait comprendre que les éléments nécessaires au début de chaque hospitalisation à savoir :

- La fiche d'observation médicale,
- La fiche de suivi et compte rendu de consultation,
- Les fiches de prescriptions.

Les autres formulaires seront greffés en fonction des cas et des circonstances, et de ce fait doivent être disponibles au niveau du service sous la responsabilité de l'infirmier chef.

2. Alimentation du dossier par les professionnels : chaque document versé au dossier du patient provient d'une activité en amont. Ces documents doivent être datés et comporter l'identification du patient et de leur auteur et seront classés avec les documents de même nature au fur et à mesure dans l'ordre chronologique.

3. Fermeture du dossier du patient : pour chaque patient sortant, les documents relatifs à la sortie sont établis : Les copies des comptes rendus et bilans sont délivrées au patient et le résumé clinique standardisé est envoyé aux services administratifs pour la facturation. Le dossier est ensuite archivé après la sortie du malade.

4. Communication du dossier du patient: Le dossier du patient constitué d'éléments relatifs au patient est un document qui relève à la fois des règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations qu'il contient. Ainsi, certaines règles doivent être respectés pour la communication des dossiers du patient aussi bien pour les professionnels que pour le patient et ses ayants droit.

- **Pour les professionnels de santé**

Les informations médicales peuvent être partagées entre les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. L'article 34 du décret 2-05-733 : stipule que « Le praticien a libre accès au dossier médical et à tout renseignement ou document administratif d'ordre individuel ou général nécessaire à sa mission ». En dehors de ceux là, d'autres professionnels peuvent accéder au dossier du patient, il s'agit de :

- Ceux qui sont habilités par la loi (médecins contrôleurs de l'assurance maladie et le médecin expert auprès des tribunaux)
- Ceux désignés par le patient: Dans ce cas, c'est le médecin responsable du patient qui détermine les pièces essentielles du dossier qui doivent être communiquées au médecin référant pour assurer la continuité des soins.
- Ceux qui participent à la prise en charge du patient : seules les informations jugées pertinentes pour l'avis demandé ou les besoins de l'acte devront être transmises.

Partant du fait que l'usage du dossier du patient ne se concrétise toujours pas par quelque chose qui laisse des traces, nous proposons la mise en place un fichier de prêt et de consultation du dossier du patient, qui peut être aussi bien manuel qu'informatisé et qui permettra de contrôler les sorties du dossier des patients et de valoriser bien entendu la fonction des archives. Dans ce cadre, une initiative a été instaurée par le directeur de l'hôpital sans pouvoir l'évaluer pour juger de sa qualité.

- **Pour le patient et à ses ayants droit :**

Le dossier d'hospitalisation n'appartient pas au malade mais à l'établissement de santé qui l'a constitué comme le stipule le règlement interne des hôpitaux RIH. Les copies des comptes rendus et bilans réalisés peuvent être communiqués pendant ou après l'hospitalisation, à la demande du malade lui-même, de son représentant légal (mineur ou incapable) ou de ses ayants droit en cas de décès. Une fois le patient sorti, La demande devra être adressée par malade lui-même, de son représentant légal au responsable du service des affaires sociales de l'hôpital qui dispose d'un délai d'un mois pour donner sa réponse. En pratique, à l'hôpital Universitaire International Cheikh Zaid, une copie du compte rendu d'hospitalisation, du compte rendu opératoire et le cas échéant du compte rendu anatomopathologique sont

systématiquement remis au patient à sa sortie. Les duplicata ne sont délivrés qu'au patient ou à une personne dûment mandatée par lui sur demande écrite et remis dans un délai de sept jours

7. PROPOSITION DE LA DÉMARCHE D'IMPLANTATION

L'implantation du fruit du projet est l'aboutissement logique des efforts fournis tout au long de la réalisation de ce travail. Elle doit donc être pensée et planifiée pour assurer la réussite du projet. (49, 50)

Appliquer une méthode efficace et reconnue, choisir les meilleurs intervenants et les meilleurs outils ne suffisent pas pour réussir pleinement l'implantation d'un projet. Il faut aussi préparer et conduire le changement auprès des acteurs et au sein de l'organisation.

Ainsi lors de la mise en œuvre du projet, il serait utopique de supposer que toutes les personnes concernées ont les mêmes aspirations de réussite : l'organisation est composé d'hommes et de personnalités différentes dont les réactions seront différentes selon certains paramètres :

7.1. Le partage des enjeux de projet

Informé toutes les personnes concernées de la finalité semble être une obligation, car il est évident que les hommes ne seront pas tentés de développer des efforts pour contribuer à un projet dont ils ne connaissent ni la finalité ni les conséquences. Communiquer sur les enjeux du projet n'est pas seulement exposer la finalité, il faut aussi expliquer quelle sera la méthode utilisée et donner à chacun l'opportunité de s'exprimer et de contribuer à l'élaboration du projet. C'est dans cet esprit que nous avons essayé à travers les entretiens menés auprès des professionnels

7.2. Les aspirations personnelles

Mais ce n'est parce que les hommes sont parfaitement informés sur les enjeux qu'ils vont s'engager pour autant. Le stade d'adhésion est atteint lorsque chaque acteur trouve une confluence entre les enjeux exprimés et ses aspirations personnelles.

C'est ainsi que dans notre méthodologie de travail nous avons mis le point sur la l'affirmation de identité professionnelle des acteurs et essayé de satisfaire leurs suggestions en tenant compte de leurs recommandations pour l'élaboration du cahier des charges du dossier patient minimal commun.

7.3. Le contrat de confiance

Ensuite c'est un contrat tacite de réussite qu'il faut passer à tous les niveaux, entre la direction, les responsables de projet et tous les acteurs concernés. Selon ce contrat chacun tiendra ses engagements tout au long du projet. Seul un véritable climat confiance garantira le respect de ce contrat informel.

7.4. La communication

Le partage de l'information est une des clés de la réussite du tout projet. Il doit s'exercer aussi bien sur le plan vertical hiérarchique que sur le plan horizontal de pairs en pairs; Il doit aussi être étendu à l'ensemble du personnel : ceux concernés au premier plan (utilisateurs du site pilote), ceux concernés au plus longue échéance, et ceux qui ne sont pas concernés par le projet ou à un échéance très lointaine. La communication devra être active pendant toute la vie du projet :

- Avant : elle sera le support d'une coopération étendu pour un réel partage des enjeux.
- Pendant : Il faut prendre soin de communiquer l'état d'avancement, de publier les résultats intermédiaires, d'expliquer les raisons des retards et réorientations.
- Après : La communication ne s'arrête pas avec la recette du projet. Il faudra continuer à communiquer et notamment fournir les résultats, expliquer les échecs et les réussites.

7.5. La gestion du projet

Il s'agit dans un premier temps de faire porter le projet par des hommes dont la mission et d'accompagner les acteurs concernés.

D'abord le leader en tant que meneur d'homme, dont l'efficacité ne tient pas de son titre de responsable mais de sa capacité de visionner, de coordonner les

compétences et les forces en présences, de faciliter les contacts à travers un certain charisme et rigueur. Ensuite le groupe de travail formé de personnes enthousiastes, compétentes, convaincantes.

Puis il s'agit par la suite d'organiser des séances de formation, qui au delà du gain du temps présentent l'avantage d'éclairer les concepts et de soulager les utilisateurs d'une partie de la nouveauté.

L'implantation proprement dite doit être faite de manière progressive ponctuée d'évaluations périodiques de façon à pouvoir neutraliser tout obstacle et corriger toute erreur. Les premiers résultats doivent être rapidement affichés car chaque résultat motive d'autant plus pour l'étape suivante.

C'est ainsi que nous proposons pour l'implantation du dossier patient minimal commun au début de créer une commission du dossier patient, sous l'autorité de la direction dans laquelle siègera :

- Les deux directeurs médicaux
- Le directeur des soins, de la communication et de la qualité.
- Le responsable des admissions au bureau des entrées.
- Le responsable des archives.
- Le chef du service informatique
- Un groupe de médecins représentatifs des différents modes d'exercice.
- Une représentante des secrétaires médicales

Cette commission, devant laquelle les résultats du travail devront être présentés, aura pour mission dans un premier temps de faire des propositions concrètes et raisonnables d'amélioration du projet.

Une fois le projet validé la sensibilisation des professionnels sur les enjeux du projet, les évolutions nécessaires à la mise en place et à l'utilisation du dossier du patient s'avère impérative. L'organisation de séances de formation du personnel sur la CIM10 et sa diffusion est nécessaire. Ces activités devront toucher tout le personnel impliqué et seront confiées à la direction des soins. Le dossier sera ensuite implanté pour tout admis au niveau des services administratifs. Le personnel du bureau des admissions se chargera du recueil des données sur l'outil informatique déjà en place à ce niveau.

L'étape suivante concernera l'utilisation du dossier médical et paramédical. En premier lieu en test dans un service ou unité pilote choisie par la commission préétablie. Nous proposons, à cet effet le service de Médecine A comme unité pilote du fait des remarques que nous avons pu soulever lors des phases de l'analyse de la situation et l'identification des besoins concernant la qualité et le contenu des dossiers émanant de ces services et aussi la forte implication de certains acteurs qui y sont en fonction.

Une évaluation intermédiaire devra être programmée mensuellement au cours de trois premiers mois sur la base de la même grille d'évaluation utilisée au cours de ce travail, le service de l'audit se chargera de cette activité et présentera les résultats à la commission pour analyse et éventuels modifications et réajustements.

La dernière étape -une fois les trois premiers mois achevés- sera l'extension du dossier du patient à l'ensemble des services de l'hôpital avec un plan d'évaluation mensuel durant les trois premiers mois et trimestriel par la suite sur la base de la même grille d'évaluation. Evaluation qui permettra selon un processus itératif d'apporter les réajustements nécessaires au dossier du patient et aux procédures qui lui sont associées.

Le déploiement d'un DPMC dans les services hospitaliers implique :

- l'instauration au préalable de procédures de gestion individuelles des actes techniques,
- La redynamisation du service de l'audit et de contrôle en tant que structure de suivi et d'évaluation.
- L'instauration d'une politique de communication entre les différents professionnels de santé et gestionnaires.

Le DPMC et le RCS en particulier ainsi implantés devront permettre aux gestionnaires de constituer un système de pilotage et de produire des outils nécessaires à la prise de décision.

- Pour ce faire, le DPMC devra offrir la possibilité d'extractions et de requêtes, pourront notamment porter sur :
- Le profil épidémiologique de l'établissement (pathologies les plus fréquentes, description de la population hospitalière..) et les relevés de morbidité et mortalité

- L'évaluation collective des pratiques et de la qualité des soins
- Le niveau d'activité de l'établissement et/ou des services sous forme de tableaux de bord opérationnels ou de reportings mensuels reprenant des indicateurs construits à partir des données relevées.

Dans le chapitre suivant nous allons essayer à partir des données relevées dans le DPMC de construire un tableau de bord de direction qui offrira à l'équipe de direction une « photo » de la situation pour orienter la prise de décision.

8. APPLICATION DU DPMC : Le tableau de bord

8.1. Rappels et définitions

Les hôpitaux sont aujourd'hui soumis aux mêmes contraintes économiques et managériales que les entreprises. La pression concurrentielle actuelle, tout comme l'incertitude ambiante, met à mal les classiques principes stratégiques fondés essentiellement sur la planification à long terme. Aujourd'hui même s'il est important de définir un but, il faudra malgré tout apprendre à naviguer à vue et se tenir prêt à effectuer les bons choix lorsqu'ils se présenteront.

Cette évolution génère une obligation d'évolution pour la logique et le fonctionnement du contrôle de gestion à travers :

- Le suivi de l'activité,
- Le suivi budgétaire,
- La mesure de la performance.

Cette nécessité de pilotage ne concerne pas uniquement la direction de l'organisation. En fait tout responsable quel que soit son domaine d'activité et quel que soit son rôle peut à tout moment se retrouver en situation de décision.

Le tableau de bord n'est pas un simple panneau d'affichage présentant les derniers résultats. Pour cela, un rapport est bien suffisant. Un tableau de bord est un outil bien complexe et subtil à la fois. Il réduit l'incertitude de la décision en stabilisant l'information et contribue ainsi à une meilleure maîtrise de risque. C'est aussi un outil facilitant la communication et dynamisant la réflexion. (51)

Pour assurer efficacement son rôle d'assistant au décideur le tableau de bord prend en charge de multiples fonction : Orienté dès sa conception selon un objectif précis, le tableau de bord mesure la performance et signale les dysfonctionnement susceptibles de gêner le parcours. Lorsqu'il est bien conçu, il contribue à développer une capacité d'anticipation, voir plus loin que les faits présents. Dans tout les cas, le tableau du bord est un instrument personnel ; l'utilisateur doit être en mesure de l'adapter à ses besoins précis. Véritable référentiel de la performance, le tableau de bord est aussi un outil de communication. (52) (annexe 6)

Le tableau de bord est un concept ancien. Cependant dans ces acceptations récentes, il reste sans limite officielle et peut recouvrir plusieurs notions.

D'emblée nous choisissons ici de le rapporter à un outil plutôt visuel qui permet de représenter simultanément plusieurs éléments significatifs du déroulement d'un événement ou d'un ensemble d'événements. Il est donc construit à partir d'un choix arbitraire d'indicateurs lié à des enjeux différents selon les objectifs poursuivis. (53)

C'est un outil de synthèse et de visualisation des situations constatées par des indicateurs : C'est un ensemble permanent d'indicateurs cohérents permettant à un observateur identifié d'appréhender rapidement la situation globale d'une entité ou de l'un des sous ensembles qui la composent. (54)

Pour construire un tableau de bord de pilotage, il est tentant de se contenter d'assembler tous les indicateurs sur une même page en supposant que la prolifération des données contribue à faciliter la prise de décision. Mais ce serait confondre quantité et qualité, abondance et pertinence. Ainsi un tableau de bord n'est efficace que lorsqu'il ne comporte que les informations pertinentes pour l'utilisateur selon ses propres objectifs.

Pour ce faire on propose une démarche de construction de tableau de bord adaptée de la méthode proposée par Fernandez dans son ouvrage l'essentiel du tableau de bord (51). Il s'agit d'abord de Choisir les objectifs puis de sélectionner les indicateurs, enfin de bâtir et maintenir le tableau de bord

Le tableau de bord ainsi construit est conforme au principe « d'un seul coup d'œil » : avec un tableau de bord bien conçu un simple coup d'œil est suffisant pour disposer d'une vision globale et synthétique de la performance en fonction des objectifs fixés.

8.2. Construction du tableau de bord

8.2.1. Sélectionner les objectifs

C'est un tableau de bord, justifié par la nécessité de disposer d'une vision globale de la situation de l'établissement en terme de suivi des activités, de certains projets mis en oeuvre et l'opportunité d'implanter d'autres.

En fait, la direction de l'hôpital Universitaire International Cheikh Zaid s'est engagée dans certains projets et envisage l'implantation d'autres ; dont le suivi et la justification d'opportunité nécessitent la construction d'un tableau de bord regroupant des indicateurs permettant d'asseoir les décisions prises ou à prendre sur des bases solides.

Il s'agit des projet déjà implanté relatifs à :

- Création d'un service de réanimation pédiatrique
- Création d'unité d'explorations digestives
- Création d'une d'unité de polysomnographie (exploration des troubles du sommeil)

Ou d'autre en phase d'étude d'opportunité :

- Création d'un service de radiothérapie
- Extension du service de chimiothérapie

8.2.2. Choisir les indicateurs

8.2.2.1. Nature des indicateurs à suivre : il s'agit d'indicateurs pouvant être extraits du dossier du patient regroupés sous quatre thèmes :

1. Production
2. Recettes
3. Qualité
4. Consommation de moyens

9.2.2.2. Tableau de sélection (51)

	Objectif	Fiable	Action	constructible	coût
Indicateur 1					
Indicateur 2					

9.2.3. Bâtir et maintenir le tableau de bord

Périodicité : Un tableau de bord trimestriel fournit certes des informations plus élaborées, mais il est taxé d'une lenteur dans la réaction, et on lui préfère donc un tableau de bord mensuel permettant une réaction plus rapide. Les indicateurs suivis seront comparés aux objectifs fixés, à ceux du mois d'avant, et à ceux du m[^]me mois de l'années précédente si l'information est disponible.

Forme : La présentation des données brutes en tableaux n'est pas très adaptée. En effet les tableaux sont rébarbatifs et les informations décisionnelles n'apparaissent pas clairement. Un graphique est toujours préférable à condition de choisir le bon graphique en fonction du type des données et selon le message que l'on souhaite faire passer.

Maintien : au fil du temps, les besoins évoluent, le contexte change et les hommes affûtent leurs pratiques. Pour rester toujours efficace, le tableau de bord devra être périodiquement révisé.

8.3 Tableau de bord de l'unité de réanimation néo natale

La création de cette unité en Avril 2006 avait pour objectif de sécuriser le service de pédiatrie et l'activité obstétricale et améliorer ainsi leur niveau d'activité et leur rendement. Cette unité a également permis d'élargir le panier de soins offert et de positionner l'hôpital comme un nouveau centre de référence en matière de réanimation néonatale du fait des compétences humaines et des équipements de haute technologie qui ont été mis à disposition.

Le service dispose d'un plateau technique développé avec notamment un système de ventilation haute fréquence unique au Maroc. Vingt professionnels y sont en service dont deux réanimateurs permanent et quatre vacataires, 12 Infirmiers et deux aides soignantes.

Notre objectif est d'élaborer pour la direction de l'hôpital, un tableau de bord de suivi de l'activité du service de réanimation néonatale afin d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs escomptés lors de sa création.

En adoptant la grille de sélection d'indicateurs précitée, nous avons pu retenir les indicateurs suivants :

Les indicateurs de production :		
1. Admissions au service :		
2. Provenance : Interne (Obstétrique Pédiatrie) , Externe		
3. Journées d'hospitalisation		
4. Cas transférés (références)	Néonatalogie	Pédiatrie
5. Cas par catégories des pathologies traitées		
Prématurité	Grand Prémat.	Petit Prémat.
Infections néonatales		
Réanimation pédiatrique		
Les indicateurs de consommation		
1. Nombre des actes de biologie consommés		
2. Nombre des actes de radiologie consommés		
3. Nombre des actes techniques consommés		
(Prévoir une liste des actes)		

Les indicateurs de recettes
1. % du chiffre d'affaires du service de réa néonatale / total
2. % du chiffre d'affaires du service d'obstétrique / total
3. % du chiffre d'affaires du service de pédiatrie / total

Les indicateurs de qualité
Taux de mortalité néo natale (propre / références)
Taux de mortalité infantile (propre/ références)
Taux d'infection
Taux d'incidents de la voie veineuse

8.4. Tableau de bord de l'unité des explorations digestives

Crée en février 2006, cette unité avait pour objectif de mettre à la disposition des 10 médecins gastroentérologues en activité à l'hôpital, d'un matériel de pointe nécessaire pour établir les diagnostics et pratiquer certains actes thérapeutiques interventionnels digestifs. Quatre infirmiers y sont en fonction dont 1 anesthésiste. Pour suivre l'activité de cette unité on a retenu les indicateurs suivants :

Les indicateurs de production :			
Actes réalisés			
Endoscopie diagnostique	Haute	Basse	
Endoscopie thérapeutique	Haute	Basse	Hépatobiliaire
Manométrie			
Phmètrie			
Types des patients			
	Hospitalisés	Externes	
Statut des médecins demandeurs	Généraliste	Spécialiste int	spécialiste ext
Listes des pathologies prises en charge			

Les indicateurs de qualité :
Délai de rendez vous
Délai d'attente de l'examen
Délai de remise des comptes rendus

Les indicateurs de recettes
% du chiffre d'affaires de l'unité / total

8.5. Tableau de bord de l'unité de polysomnographie

Dans le but de diversifier le panier de soins offerts et de promouvoir une nouvelle technique diagnostique, cette unité a été ouverte en Janvier 2005. De nombreuses séances d'information ont été et sont toujours régulièrement organisées au profit des médecins aussi bien au sein de l'hôpital que de différentes régions du royaume pour assurer le décollage de cette activité. La construction d'un tableau de bord serait donc nécessaire pour suivre l'activité de cette unité :

Indicateurs de production
Nombre d'aces réalisés
Diurnes
Nocturnes
Types des patients
Hospitalisés
Externes
Statut des médecins demandeurs
Spécialités de médecins prescripteurs
Listes des pathologies prises en charge
Apnée de sommeil
Syndromes des jambes sans repos
Epilepsie
Troubles du rythme cardiaque
Autres
Les indicateurs de qualité :
Délai de rendez vous
Délai de remise des comptes rendus
Nombre d'examens pathologiques/examens normaux
Les indicateurs de recettes
% du chiffre d'affaires de l'unité / total

8.6. Tableau de bord de cancérologie

La construction de ce tableau de bord a pour objectif de recueillir les informations nécessaires à la prise de décision par rapport au projet relatif à l'extension de l'unité de chimiothérapie et la création d'une autre de radiothérapie dans lequel la direction de l'hôpital compte s'engager. Le service de chimiothérapie actuel compte 6 lits en hôpital de jour. Les chimiothérapies de longue durée (> 10 heures) sont réalisées en hospitalisation classique.

Les indicateurs de production :
Admissions pour chimiothérapie
Hospitalisés
Hôpital de jour
Durée de la séance de chimiothérapie
Cas de cancer au niveau de l'établissement
Nombre de cas nécessitant une radiothérapie
Nombre de cas nécessitant une radiothérapie référés ailleurs

Les indicateurs de recettes
% du chiffre d'affaires de l'unité / total

Les indicateurs de consommation
1. valeur des médicaments consommés (Dh)

Les indicateurs de qualité :
Nombre de complications des voies veineuses
Nombre de portes à cath utilisés/ total des cas traités
Autres incidents

CONCLUSION

Il n'est plus à démontrer que la mise en œuvre de soins globaux et personnalisés est devenue un gage de cohérence et d'humanisation. En effet les acteurs impliqués dans la dispensation et la gestion des soins sont multiples et leurs actions deviennent de plus en plus difficiles à coordonner. L'état du patient évolue chaque jour, voire d'un instant à l'autre d'où la nécessité de disposer d'un outil d'information et de communication qui puisse jouer le rôle médiateur entre les différents intervenants : C'est le dossier du patient minimal commun que la mission d'élaboration d'un cahier de charge nous a été confiée comme projet de fin d'étude. La conduite de ce projet nous a permis de mettre en œuvre certains enseignements reçus au cours de la formation à L'INAS, pour aboutir enfin à la conception d'un modèle de dossier de patient et la proposition d'une démarche pour son implantation.

Carrefour d'informations soignantes, techniques, sociales et administratives recueillies sur un patient lors de chaque consultation ou hospitalisation Le dossier du patient a évolué dans le temps : D'aide mémoire destiné à un médecin particulier pour soigner ses malades, il est devenu l'outil permettant aux différents professionnels d'assurer la continuité des soins.

L'évolution des concepts autour du dossier n'a cependant pas amené le développement d'une réglementation adaptée rendant sa tenue et son exploitation une obligation, engageant la responsabilité de l'établissement et prévoyant des sanctions disciplinaires en cas de manquement comme c'est préconisé dans d'autres pays.

Dans son rapport d'activité 1999, le Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé (55) indique que le dossier du patient se place au cœur du système de santé dans le sens où il se situe au carrefour de quatre grandes évolutions

- La recherche d'une efficacité sanitaire nouvelle
- Le besoin de transparence et d'information
- Le besoin de sécurité sanitaire
- Le développement de la "Médecine assistée par ordinateur"

Compte tenu de l'évolution rapide de la technologie, l'informatisation du dossier du malade reste une entreprise prometteuse qui permet de rationaliser les différentes

fonctions du dossier du patient en facilitant, le partage d'information et l'accessibilité au dossier entre les différents intervenants, en assurant l'intégralité et l'intégrité des données qui y sont versées, et en résolvant la problématique concernant la conservation des dossiers, etc. Cependant pour y arriver et éviter toute possibilité d'échec, il y a nécessité de standardiser et normaliser des systèmes d'information, modéliser et organiser les données et le langage médical, il faudra également mettre en place des mécanismes sécuritaires pour assurer la confidentialité, la validité et la traçabilité des informations. Les problèmes humains souvent sous estimés, doivent également être pris en considération en particulier les problèmes d'interface homme machine, et le changement possible de la relation médecin/patient induit par une saisie directe, en présence du malade, du dossier médical. Enfin Les coûts élevés des matériels, des logiciels et des accès aux réseaux de communication constituent autant de freins à la généralisation des dossiers informatisés. (56,57,58,59). Le recours aux solutions informatiques libres de droit (open source) devrait cependant permettre de réduire ces coûts de développer le partage des expériences et la collaboration inter hospitalière pour mettre au point un SIH adapté aux besoins de nos hôpitaux et au moindre coût. Ce projet de DPMC devrait servir de base à la rédaction d'un cahier de charge pour le développement d'une solution « Open Source » par l'hôpital Universitaire International Cheikh Zaid.

*A*NNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

1. On commencera par tracer le parcours du dossier patient depuis son ouverture à l'admission du patient jusqu'à son archivage après sa sortie
2. A quelle étape intervenez vous?
3. Qu'est-ce que vous faites ?
4. Est-ce que vous avez des difficultés à le faire ?
5. Quel intérêt représente le dossier patient pour vous ?
 - Juridique . Qualité des soins
 - Evaluation . Autres
6. L'avènement de l'AMO est il important dans cette perspective
7. Pour quelles fins avez vous recours au dossier ?
 - Gestion
 - Evaluation
 - Recherche
 - Formation
 - Pratique médicale
 - Autres
8. Quels types d'informations utilisez vous ?
9. A quelle fréquence vous consultez des dossiers
10. Quel document utilisez vous ? (dossier complet ou résumé)
11. Est-ce que vous avez des difficultés d'exploiter le dossier ? Si oui pourquoi ?
 - Contenant
 - Contenu
 - Réglementation
 - Autres
12. Comment gérer vous les demandes des patients relatives a leur dossier ?
13. L'état actuel du dossier répond –t- il a vos besoins ?
14. Si non que proposez vous ?
15. Comment voyez vous un nouveau dossier de patient ?
16. Comment pourriez vous collaborer pour la mise en œuvre du projet du dossier patient minimum commun ? (suivi, évaluation.....

Annexe 2 : Grille d'évaluation du dossier du patient

QUESTIONS D'ORDRE GENERAL

	OUI	NON	Commentaires
le classement des différents éléments du dossier médical est sous la responsabilité d'une personne clairement désignée			
les dossiers sont soumis à une procédure de vérification de l'ensemble de leurs pièces avant archivage			
Il existe un protocole d'accès au dossier du patient			

QUESTIONS POUR CHAQUE DOSSIER

➤ PRÉSENTATION DU DOSSIER

	OUI	NON	Commentaires
supports matériels sont en bon état			
Le dossier est organisé et classé			
éléments du dossier sont identifiés (patient)			
les écrits sont tous lisibles,			
les écrits sont tous datés et signés			

➤ DONNEES ADMINISTRATIVES

	OUI	NON	commentaires
Identité du malade complète			
Numéro unité			
Date d'entrée			
Modes d'entrée			
Mode de paiement			
Identité(s) médecin(s) referant			
Identité de la personne à prévenir			

➤ DONNEES HOSPITALISATION : données médicales

	OUI	NON	commentaires
Lettre d'admission notée			
Motif d'hospitalisation			
Médecin hospitalier responsable noté			
l'observation médicale d'entrée notée			

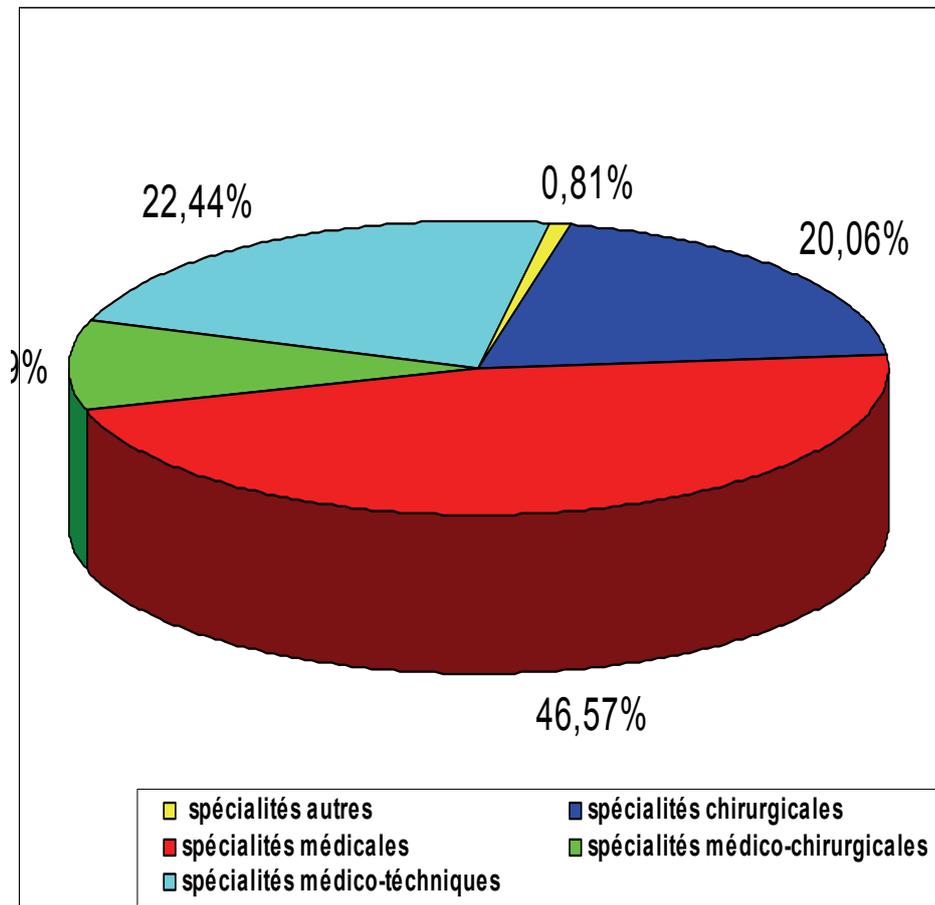
les conclusions de l'examen médical d'entrée notées			
Informations actualisées relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation notées			
Selon le cas le dossier médical comporte : le compte rendu opératoire, le compte rendu d'accouchement le dossier et la fiche anesthésique la fiche transfusionnelle les comptes rendus des examens complément			
les éléments de surveillance liés à la pathologie du patient, aux explorations et au traitement sont notés			
Compte-rendu(s) des consultations notés			
Recap des prescriptions établies et soins dispensés			
Autorisation de soins signée par le malade			

➤ **DONNEES HOSPITALISATION** : données infirmières

	OUI	NON	commentaires
Observation clinique notée identifiée et datée			
Soins et actes réalisés identifiés notés et datés			
Paramètres de surveillance notés (TA Température, autres)			
Résumé des soins infirmiers noté,			
Fiche de transmission notée			

➤ **DONNEES DE SORTIE**

	OUI	NON	commentaires
Billet de sortie			
diagnostic de sortie			
l'ordonnance de sortie (double)			
le compte rendu d'hospitalisation			
Mode et modalité de sortie			
Date de sortie			



Annexe 3: Contribution de chaque groupe de spécialités au chiffre d'affaires

Annexe 4 : Les formulaires

4.1. LE DOSSIER ADMINISTRATIF

4.1.1 Billet d'hospitalisation
Identifiant du patient : (type d'admission* + numéro séquentiel Alpha numérique)
Numéro d'admission :
Nom du patient :
Prénom :
Date de naissance :
Téléphone :
Mode de paiement :
Chambre : numéro :
type : Individuel
Double
luxe
Numéro de téléphone :
Personne à prévenir (nom et tel).
Médecin hospitalier responsable
Autres médecins à charge
Médecin référant
Signature du patient
* Type admission : Hospitalisation H
Externe E
Urgence U
Check up C
Chimiothérapie CH
Hôpital de jour J

4.2. LE DOSSIER MÉDICAL

4.2.1 l'observation médicale	
Etiquette identification (identifiant+ Numéro d'admission)	
Date	Non du médecin
non du patient	Age
mode d'hospitalisation	Motif d'hospitalisation
Antécédents Personnels Médicaux	
Chirurgicaux	
Antécédents Familiaux	
Allergies	
Facteurs de risque	
Compte rendu des examens des différents organes	
Hypothèse diagnostics	
Stratégie de prise en charge	
Signature du médecin	

4.2.2 Fiche de suivi médical ou compte rendu de consultation*	
Etiquette identification (identifiant+ Numéro d'admission)	
Date	Non du médecin
*Les points d'observation successifs si le séjour se prolonge	
*Les évènements marquants du séjour	
*Le compte rendu des consultations suggérées d'autres spécialités	
Signature du médecin	

4.2.3. Fiche de prescriptions médicales	
Etiquette identification (identifiant+ Numéro d'admission)	
Date	Non du médecin
médicaments	Posologie
Signature du médecin	

4.2.4. Demandes d'examens complémentaires	
Etiquette identification (identifiant+ Numéro d'admission)	
Date	Non du médecin
examen demandé	
Renseignement clinique	
Signature du médecin	

4.2.5. Compte rendu opératoire

Date	Non du médecin
Identification du patient (nom + identifiant + numéro d'admission)	
Date de l'acte	
Nom de l'opérateur	
Nom de l'anesthésiste.	
Mode d'anesthésie	
Descriptif de l'état pathologique et des lésions rencontrées	
Techniques réalisées	
Complications ou difficultés opératoires ou préopératoires	
Description du matériel utilisé	
Drainage	
Type de fermeture et nature des ligatures	
Prélèvements anatomopathologiques ou bactériologiques ;	
Eventuelles transfusions effectuées (nombre de flacons, numéro du lot..)	
K opératoire	
K anesthésique	
Heures de début et de fin d'intervention ou durée de l'intervention	
Nom de l'aide opératoire et/ou de l'instrumentiste	
Signature du médecin	

4.2.6. Le résumé clinique standardisé

Date
Numéro du RCS
Identifiant du patient
Age et Sexe
Provenance
Modalité de paiement
Unité Médicale*
Médecin responsable
Mode d'entrée mutation** transfert*** domicile
Urgent sur rendez vous
Diagnostic principal****
Diagnostics associés ***** *
Actes Chirurgicaux K,
Biologiques B
Radiologiques Z
Consultations C,
Montant des médicaments consommés
Mode de sortie mutation**
transfert***
Domicile
Décès
Duré de séjour
Signature du médecin
*Dernier lit avant sortie
**Au sein de l'hôpital
*** D'une autre formation
****Diagnostic de sortie codé par la CIM 10
*****Etats coexistants avec la pathologie principale codé par la CIM 10

4.2.7. Compte rendu d'accouchement

Identification de la patiente (nom + identifiant + numéro d'admission)			
Date de l'accouchement			
Nom du praticien et/ou de la sage femme			
Nom du praticien ayant suivi la grossesse			
Mode d'accouchement			
Manœuvres associées			
Heure(s) de l'expulsion			
K des actes complémentaires à l'accouchement			
Analgésie obstétricale			
Nom de l'anesthésiste			
Complications			
Nouveau Né	Sexe	Taille	Poids
Apgar		Manœuvres de réanimation	

4.2.8. Compte rendu d'hospitalisation

Date	Non du médecin
Identification du patient (nom + identifiant + numéro d'admission)	
Dates d'entrée et sortie	
lieu d'hospitalisation	
Motif d'hospitalisation	
Antécédents du patient	
Histoire de la maladie	
Conclusion de l'examen clinique	
Résultats des examens complémentaires significatifs	
Traitements réalisés, y compris les transfusions	
Evolution dans le service	
Modalité de sortie	
Traitement de sortie ;	
Suite à donner	
Informations en cas de décès (Date et Heure , Cause présumée)	
Signature du médecin	

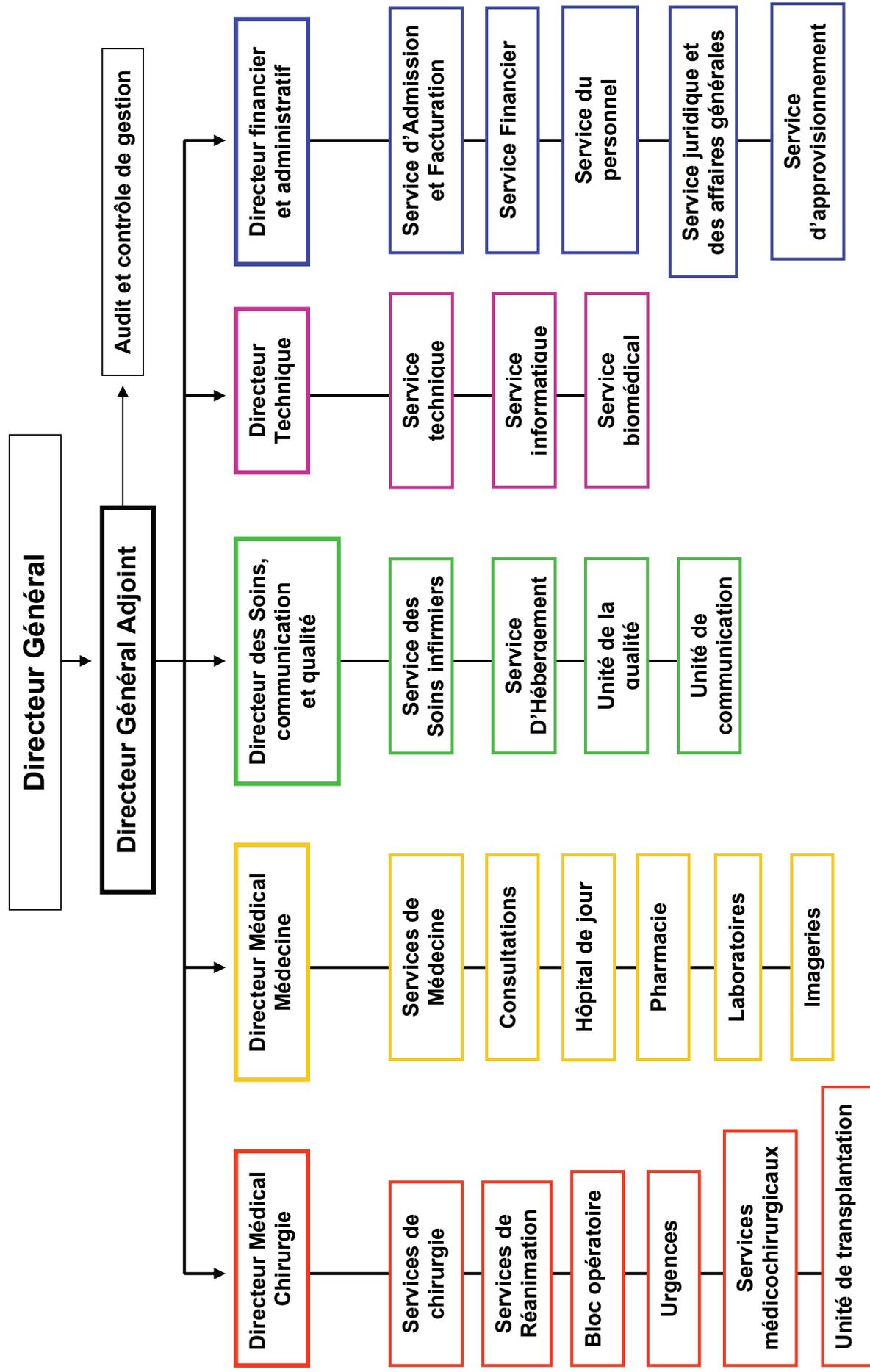
3. LE DOSSIER INFIRMIER :

3.1. Fiche d'observation infirmière

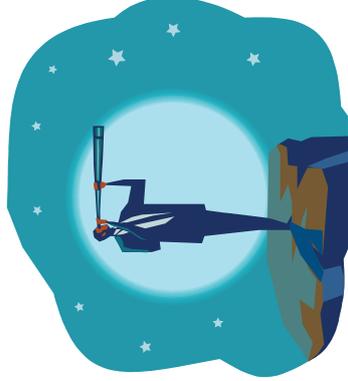
Date et identification du patient		Heure	Heure	Heure
Le SNC	Orientation			
Système cardio-circulatoire	TA			
	Pouls			
Appareil respiratoire	toux			
	expectoration			
Appareil gastro-intestinal	Nausées Vomissement			
	Bruits intestinaux			
La peau	Couleur			
	température			
	œdème			
	escarres			
Evaluation de la douleur	Siège			
	Signes accompagnateurs			
	soulagement			
Evaluation de la plaie	Apparence			
	Ecoulement			
 Tubes et drains	Naso-gastrique			
	thoracique			
	urinaire			
	autres			
	Couleur et consistance de l'écoulement			
Appareil génito- urinaire	Diurèse			
	Fréquence des mictions			
	grossesse			
Activité				
Hygiène				
Equipement	Pompe intraveineuse			
	autres			
NON ET SIGNATURE				

3.2. Fiche de prescriptions des bilans

identification du patient		Date		Date		
		prlv	Résultats	prlv	Résultats	
Ionogramme	Na+					
	K+					
	Urée					
	Creat					
Coagulation	TP					
	TCA					
Bilan hépatique	ASAT					
	ALAT					
	Bilirubine					
NFS	GR					
	HB					
	VGM					
	CCMH					
	GB					
	Plq					
gazometrie	PH					
	Po2					
	SaO2					
	Bicar					
cholestérol						
VS						
ECBU						
Autres						



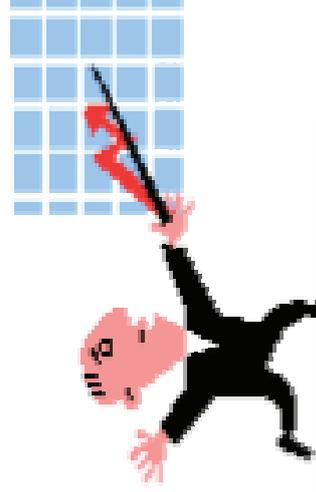
Annexe 5 : L'organigramme de l'hôpital Cheikh Zaid



Anticipation



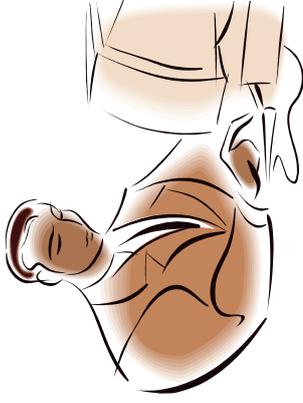
Obiectif



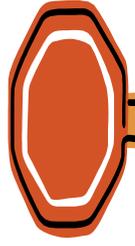
Mesure de la performance



Dialogue et échanges



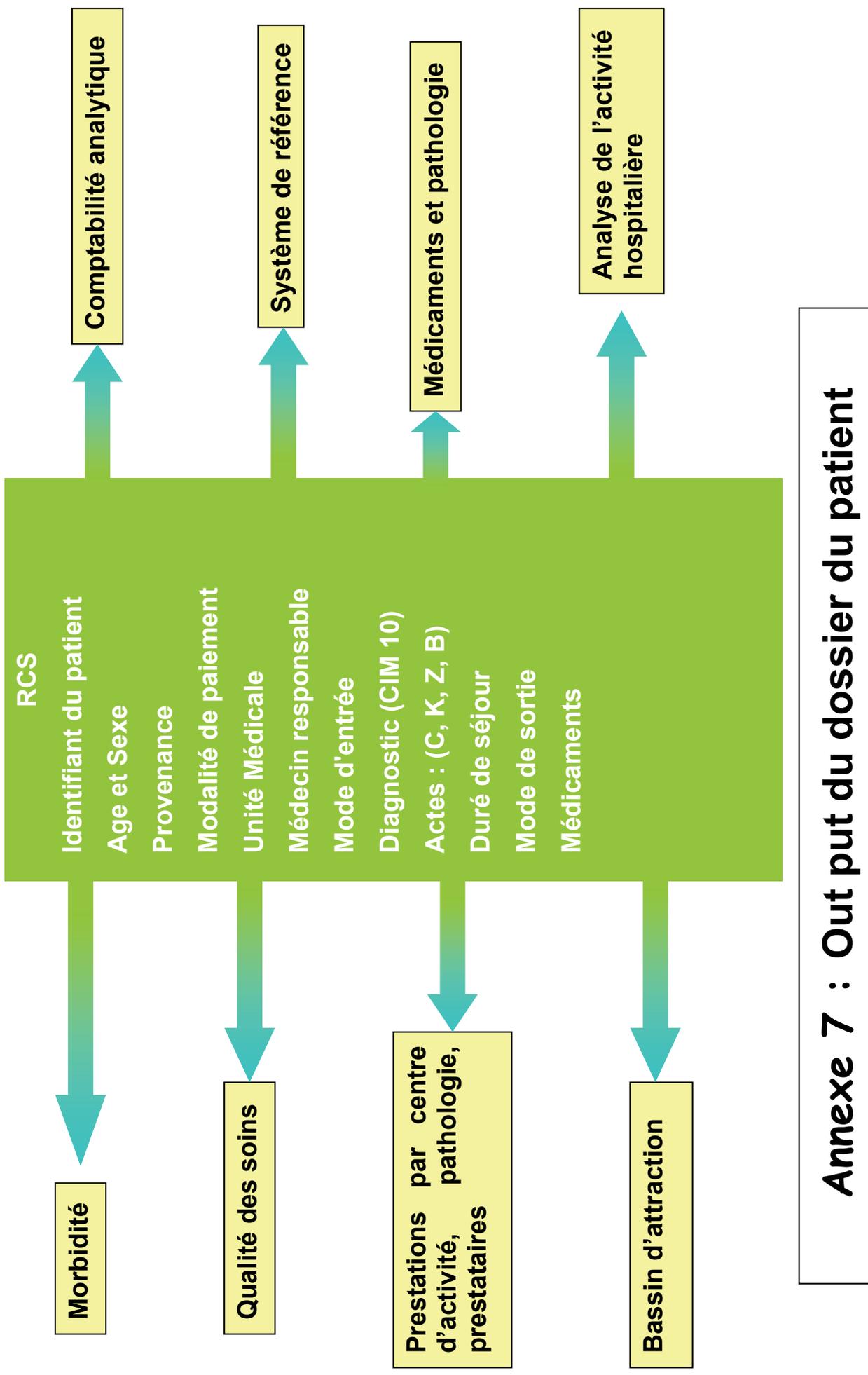
Dysfonctionnement



Outil personnel



Annexe 6 : les fonctions du tableau de bord. (53)



BIBLIOGRAPHIE

1. Code déontologique des médecins .art 22, 24,60. Bulletin officiel du 19 juin 1953 BO 2121.
2. Code de la couverture médicale de base .Loi 65 00, Chapitre III .Article 28. B O N° 5058 -16 Ramadan 1423 (21-11-2002),
3. Code pénal. article 446 .1962
4. SEMA METRA Maroc. Etude de la gestion des hôpitaux publics au Maroc, Rapport 14 : Introduction du dossier médical avec réalisme. MSP, Rabat ,1990
5. Degoulet, P et All. Traitement de l'information médicale : Méthodes et applications hospitalière. éditions Masson, Paris 1991
6. Julien, P et P, Marchesnay. La petite entreprise. éditions Vuibert, Paris 1987
7. Falcoff, H. Dossier médical en médecine générale. La revue du praticien médecine générale, n° 404,1997, p 71-8
8. Dupuy, O. L a gestion des informations relatives aux patients. Editions études hospitalières, Paris 2005
9. ORSIA Groupe conseil force. Audit de l'organisation générale du CH Ibn Sina et Ibn Rochd, Rapport MSP, Rabat 1996
10. WALKER, H.K.The problem-oriented medical system. JAMA n° 236,1976, p: 2397-2398
11. Gonnet. , F. L'hôpital en question : Un diagnostic pour améliorer les relations de travail. Editions L amarre, 1992 p 350
12. Menji, D. Vanoni, D. Dubar, C. les enjeux de l'identité. Recherche sociale, n° 147 1998 p 8
13. Sainsaulieu, R. La construction des identités au travail. Sciences humaines Hors série n 20, Mars Avril 1989, p 40
14. Sainsaulieu, R. L'identité au travail. FNSP, Paris, 1977
15. Sainsaulieu, R. Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement,. Presse de la fondation nationale des sciences politiques, Dalloz 1997 2ème éditions p 202
16. Dubar, C et Trippier, P.Sociologie des professions. Armand collin 1998 p 13

17. Mayer, Anne. Sciences de gestion et sciences de l'information : Fragment d'un discours inachevé. Revue Française de gestion N° Spécial 96 Novembre – Décembre 1993, PP. 102- 115
18. Bernoux, P. « Sociologie des organisations :Les nouvelles approches ». Sciences humaines, n°64, août - sept. 1996.
19. FREIDBERG, Erhard. Le pouvoir et la règle,. Paris, Le Seuil, 1993
20. Bernoux, P. La sociologie des organisations. Paris, Le Seuil 1985 p 186
21. Clorrette, P, Deliste, G. Le changement planifié. Les éditions agence d'arc, Montréal, 1993
22. Mintzberg, Henri. L'organisation professionnelle, Le management « voyage au centre des organisations. Les éditions l'organisation, Toronto, 1990
23. Crozier, Michel. Le Phénomène bureaucratique. Paris, Points Seuil, 1964
24. Denis, J.L et Champagne, F. Pour comprendre le changement. Gestion, Février 1990
25. Argyris, c. Strategy, change and defensive routines. Boston, Pintman, 1985
26. Boulay, F. Chevallier, Y. Gendreike, V. Mailland, Y. Joliot, R. méthode d'audit de la qualité du dossier médical :audit de 467 dossiers médicaux dans le cadre du contrôle de qualité PMSI. *santé publique*, 1998, volume 10, no 1, p. 5-15
27. ANAES. Dossier du patient : réalisation pratique de l'audit clinique. juin 2003
28. Robert., M et Oellet, F. l'entrevue IN méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux .Goeten Morin éditions, Québec, 1991
29. Quiny, Raymond et Campenhoudt, Luc Van,. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris, Dunod, 1995, p. 230.
30. ANAES. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations. Juin 2003.
31. ANAES. Dossier du patient : méthodes d'amélioration de la qualité. juin 2003
32. ANAES. la tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. septembre 1996
33. ANDEM. Recommandations pour la tenue du dossier patient en médecine générale. La revue du praticien - médecine générale, 1996 ; n°10 (361) p:41-9
34. DHOS. Soins infirmiers : normes de qualité guide du service de soins infirmiers. 2ème édition .septembre 2001.

35. Pestiaux, D et Vanderbeck, I. Le dossier médical en médecine générale. Louvain, Université catholique. 1999.
36. Société scientifique de médecine générale. Recommandations de bonne pratique le dossier médical. 2001
37. Minot, AF, Contenu et tenue du dossier médical, In Gestion hospitalière D2cembre 2003 p 846-847
38. Dürr, HF. Dusehu, E. Le dossier du patient hospitalisé, une nécessité complexe. Gestions hospitalières. février 2004, p 110-113
39. Wargner, G. Utilisation des résumés de séjour à l'hôpital dans la région européenne : Résultats d'enquêtes. OMS, Copenhague 1977
40. Roger, Fh. Le résumé du dossier médical : indicateur de performance et qualité des soins. Louvain, Université catholique, 1982 pp 6- 11
41. Organisation mondiale de la santé. Pratique des dossiers médicaux. Rapport 1980
42. Mejjouji, A. Gestion et exploitation du dossier médical Rabat ESI, 1996
43. Noury, JF. La gestion médicalisée des établissements de la santé : Le PMSI et l'information médicale. Paris, Masson, 2000
44. Beaughon, M. « le dossier de soins infirmiers : outil d'information, d'organisation et de planification. info santé. volume 1. 2000
45. Courcoux, riquelme. « les dessous du dossier de soins » - recherche en soins infirmiers n°13 – juin 1988
46. Doenges, ME. Moorhouse, MF. Burley, JT. Applications de la démarche des soins infirmiers, Maloine 1995
47. Dupuy, O. Le dossier des soins infirmier. Editions études hospitalières. Paris, 2005
48. Fieschi, M. les données du patient partagées. rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées, janvier 2003
49. Beaudoin, P. La gestion du changement. Collection stratégies d'entreprises, Louisville, Canada, 1990
50. Ouimet, G. Dufour, Y. Le changement en entreprise, se qu'il faut faire pour le réussir. Revue organisations, n° 5, Montréal 1995, p 59-73

51. Feisthmmel, D. Massot, P. Fondamentaux du pilotage de la performance : Le tableau de bord adapté à la réalité des activités. AFNOR 2005
52. Fernandez, A. L'essentiel du tableau de bord, Editions d'organisation, Paris, 2005
53. Fernandez, A. Les nouveaux tableaux de bord des managers. 3ème édition, Editions d'organisation, Paris 2005
54. Leteurtre, H. Vaysse, M. Les tableaux de bord de gestion hospitalière, Berger-Levrault, 1994
55. Nowak, J.P. Fonctions du dossier médical informatisé du médecin généraliste. Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement. Art de guérir. 1997
56. Jamouille, M. Roland, M. Humbert, J. Brûlet, J.F. Traitement de l'information médicale. 2e édition, care éditions. Belgique, 2000
57. Dubois, Olivier. Le dossier de santé et son informatisation. Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé. Rapport d'activité, 1999
58. Organisation Professionnelle d'Harmonisation en Informatique de Santé – OPHIS <http://www.ophis.asso.fr/>
59. Degoulet, Patrice et Fieschi, Marius. Abrégé d'Informatique Médicale. Paris, Masson, 3ème édition, 1998, p : 123-137.

CURRICULUM VITAE

*A*babou Sanaa, Mariée, mère de deux enfants

*N*ée à Rabat le 6 /09/1974

*B*accalauréat : Sciences expérimentations Juin 1991 Mention très bien

*D*octorat en médecine Avril 1999.

*L*e premier contact avec le système de santé marocain à s'est effectué au cours du stage interné réalisé à la délégation du ministère de la santé à Temara, d'une durée d'un an durant lequel le passage à travers les ESSB et l'hôpital à été très bénéfique comme première prise de contact avec les différents éléments du système de santé marocain.

*I*ntégrée en 2000 à la fonction publique, j'ai été affectée à la délégation de Sidi Kacem dans un centre de santé rural où le contact avec une population démunie avec des besoins grandissant et des moyens très rudimentaires a été le pain quotidien qui m'a appris à rationaliser sans m'en rendre compte.

*M*utée en 2002 j'ai intégré la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, Division des Hôpitaux, Service de Suivi et Evaluation, expérience qui m'a permis de toucher à l'esprit du travail aux directions centrales. Les lacunes accusées au cours de l'exercice m'ont poussées en 2004 à intégrer l'INAS où je suis actuellement la 2^{ème} année de formation option santé publique filière gestion hospitalière.