

Le projet « Dossier Patient unique »

Nous remercions le Réseau Mère Enfant qui a financé cette mission, une mission qui a permis de définir concrètement un projet « Dossier Patient unique » indispensable pour l'amélioration de la prise en charge du patient de l'établissement CME/FCB.

Nous tenons à remercier en particulier Madame le Secrétaire Général de la Fondation Chantal Biya d'avoir facilité cette collaboration. Notre reconnaissance va également à M. le Directeur M. Koki Ndombo, ainsi qu'au Docteur Chelo qui nous a assistées quotidiennement pendant notre travail.

1. Les objectifs du projet

- Augmenter la qualité des soins : un dossier unique permet d'avoir une vision globale de l'histoire médicale du patient et donne aux soignants (médecins et paramédicaux) les éléments indispensables pour optimiser sa prise en charge.
- Créer le contexte qui permette d'exploiter les données médicales : le Centre Mère Enfant étant un Hôpital Universitaire qui assure la formation des médecins, il est nécessaire de faciliter les accès aux données médicales quelle qu'en soit la forme (papier et électronique). Le but du projet est de stocker ces données médicales d'une manière pérenne. Dans cette optique, il y a lieu de faire la différence entre le dossier actif et les archives.
- Répondre aux obligations médico-légales concernant les données du dossier patient.

2. Les observations

Dossier patient :

- Les dossiers d'hospitalisation, créés à chaque séjour du patient sont actuellement archivés à sa sortie, partiellement centralisés, partiellement décentralisés. Aucun système informatique ne détient l'inventaire des dossiers. Le classement est par ordre alphabétique et ne permet aucune recherche aisée. Nous pouvons constater à vue d'œil que ces dossiers papier sont actuellement difficilement exploitables.
- Pour le secteur ambulatoire, le dossier « externe » (cahier) est actuellement remis au patient. Le passage du patient est uniquement consigné dans le registre papier du centre de triage. Les notes du médecin se trouvent dans le cahier remis au patient.

Informatique :

- L'informatique de l'hôpital est opérationnelle pour l'accueil du patient, la gestion de caisse et la gestion de la pharmacie. Ces locaux sont en réseau et les données se trouvent sur un serveur dans une base de données ACCESS.
- Les protocoles de l'imagerie médicale sont tapés sur un pc et classés selon le nom du patient. Aucun backup n'est prévu et l'hôpital risque à tout moment de perdre ces données. Il en va de même pour les données du laboratoire.
- L'équipe informatique de l'hôpital compte 2 informaticiens qui dépendent de la Fondation. Nous sentons de leur part et de la part des utilisateurs une grande frustration du fait que des projets antérieurs n'ont pas pu aboutir pour diverses raisons (ex. dégradation du réseau lors de la reconstruction, la non implémentation de certains modules).
- Le réseau est implémenté d'une manière très partielle et devrait s'étendre en fonction du développement des applications et du projet DP « Dossier Patient ».
- Le matériel informatique est insuffisant et vétuste. Des investissements progressifs s'imposeront également.

Le corps médical et paramédical

Nous constatons une grande volonté du personnel de participer et d'avancer dans le projet qui vise à optimiser la prise en charge. Ci-dessous un résumé de leurs observations :

- Il y a de grands problèmes d'infrastructure : coupures d'électricité, pas de pc et absence de réseau. Nous citons ce qui est dit : « Les informaticiens sont trop souvent absents ».
- Dans le dossier actuel, un problème de taille de documents, les examens remis aux patients. Dans certaines salles, cahier trop vite rempli (oncologie, soins intensifs).
- Il faut organiser la sortie du patient et intégrer le dossier paramédical (infirmier).

Ils ont exprimé un certain nombre de souhaits :

- Nécessité de se concentrer sur soi-même et d'avancer à l'intérieur de l'hôpital ensemble.
- Demande de formations, d'une mise au courant et d'une adhésion à la stratégie de l'institution.
- Nécessité d'avoir des procédures claires à faire respecter par chacun et de désigner quelqu'un qui joue la police.
- Demande d'avancer étape par étape, d'avoir une approche progressive et une démarche participative.
- Il faut des responsables de ce dossier, médecin ET infirmier qui fassent avancer le projet ensemble.
- « Il faut un dossier qui nous arrange, il nous faut un plan concret »

3. Les phases du projet

Nous avons voulu éclater ce projet en phases pour que chaque étape puisse se stabiliser et se déployer d'une manière pérenne. La réussite d'un projet ambitieux n'est possible que lorsque l'avancement se fait d'une manière progressive, que chaque étape soit acceptée par les acteurs du terrain et que les procédures soient intégrées et respectées dans la vie quotidienne du soignant (médical et paramédical).

Phase 1 : avril 2013

- Création et gestion du dossier unique du patient
- Préparation et test du dossier paramédical (un canevas a été ébauché mais par manque de temps, le sujet n'a pas pu être davantage développé pendant notre séjour)

Phase 2 : juin 2013

- Mise à disposition du dossier pendant le séjour du patient (suivi informatisé des mouvements du dossier)
- Intégration du dossier paramédical dans le dossier patient

Phase 3 : septembre 2013

- Gestion des dossiers manquants (suite de la phase 2)
- Ajout de données médicales dans le dossier patient informatisé selon les besoins (amélioration des soins et/ou à but d'enseignement)

Phase 4 : janvier 2014

- Statistiques informatisées sur les données médicales

Phase 5 : 2015 (à déterminer en fonction de l'évolution du projet)

- Intégration du dossier externe (de consultation)

3.1. Création du dossier unique du patient

Cette phase est absolument déterminante pour la création du dossier patient du centre et pour projeter l'hôpital dans une organisation prometteuse. Dans cette phase, nous souhaitons développer une application qui enregistre dans une base de données centralisée l'ensemble des dossiers papier d'hospitalisation et qui contienne déjà quelques informations médicales. Nous excluons d'une manière volontaire la centralisation des dossiers des consultations (dossiers dits « externes ») puisqu'il est impossible matériellement d'organiser en parallèle les deux types de dossiers par manque de locaux, d'informatique et de personnes disponibles pour le projet.

Veuillez trouver ci-dessous le circuit du dossier unique :

Inscription du patient (début d'hospitalisation) : lors de son premier séjour à l'hôpital, le patient achète une chemise. Cette chemise sera utilisée pour contenir tous les documents rassemblés durant ses divers séjours au centre. Le patient achète également à chaque hospitalisation son dossier papier de séjour. Le personnel d'accueil indique dans l'application administrative que le patient a acheté une chemise. Le ticket de caisse en atteste et est agrafé au dossier d'hospitalisation.

Lorsque le patient arrive **en salle (pendant l'hospitalisation)**, l'infirmière insère le dossier d'hospitalisation dans le classeur attribué au lit du patient. Chaque salle possède autant de classeurs que de lits et ces classeurs ne quittent jamais l'unité de soins. Les notes médicales et paramédicales sont écrites dans le dossier patient et tous les résultats (internes et externes) y sont insérés. En cas de transfert, le dossier suit le patient dans la nouvelle salle, pas le classeur.

A la sortie du patient, le médecin insère le résumé du dossier. Les feuilles sont retirées du classeur et reliées ensemble par une corde. Une personne vient récolter tous les jours les dossiers des patients sortis et les transfère vers le local DP (dossier patient).

La gestion du dossier informatique et papier tombe sous la responsabilité du gestionnaire du DP qui crée la chemise du patient (si inexistante) et lui attribue le numéro du dossier (jjmmaaNNPPS). Il encode le résumé du dossier dans l'application DP, indique le lieu de rangement et classe le dossier sur l'étagère en ordre jj-mm-aa, nom, prénom).

Les données à encoder dans l'application sont les suivantes :

- données signalétiques du patient (nom, prénom, contact téléphonique, DN,...)
- date entrée - date sortie
- durée du séjour
- diagnostic entrée et diagnostic sortie
- type de sortie (domicile, décès, transfert, décharge...)

Il est à noter qu'il faudra prévoir des routines informatiques qui permettent de gérer correctement les dossiers patients (comment corriger les erreurs d'identification, comment gérer les doublons,...).

Il faut convenir d'une codification particulière pour des patients sans identité ainsi que pour les nouveau-nés.

Les dossiers des patients décédés devraient idéalement être conservés dans un autre local. Ces dossiers seront particulièrement utiles dans le cadre des études.

3.2. Mise à disposition du dossier papier pendant le séjour du patient

La phase 2 pourra débuter quand la première phase sera parfaitement sous contrôle. Il est impossible de démarrer la phase de mise à disposition des dossiers si on ne contrôle pas le circuit de la phase précédente.

L'objectif de cette phase est de mettre à disposition un maximum d'informations aux médecins et paramédicaux. Cette phase démarrera dès que logiciel du DP permettra le suivi des mouvements de chaque dossier. Les éléments suivants s'encoderont lorsque le dossier papier quitte le local DP : date de sortie dossier papier, service qui reçoit le dossier, la personne responsable du patient. Au retour, la date de retour du dossier sera encodée. Ces informations seront également reprises sur une feuille collée au dos de la couverture de la chemise.

3.3. Gestion des dossiers manquants et ajout des données médicales dans le dossier informatisé.

- **Suivi des dossiers manquants**
 - Il faut produire une liste informatisée des dossiers « prêts »
 - Le gestionnaire DP recherche, rapporte les dossiers papiers vers local DP et encode le retour de chaque dossier. Idéalement, cette tâche devrait être exécutée au moins une fois/semaine.

- **Ajout des données médicales selon besoin dans le logiciel**
 - Evolution du logiciel
 - Evolution du résumé patient à la sortie

Ce travail est un travail d'équipe pour faire progresser la collecte des données médicales au sein du Centre. Un consensus doit être obtenu avant demande de changement dans le logiciel. Il est impossible à ce jour de développer davantage ce point bien qu'il soit d'une importance cruciale pour l'avancement du projet.

4. Les conditions de réussite

- Il faut consacrer un local pour le classement des dossiers, qu'on nommera « local DP » (dossier patient) : nous proposons une conversion de la bibliothèque qui est l'unique espace répondant aux exigences du projet et recevant par ailleurs l'adhésion générale lors nos réunions de travail. Il faut pouvoir classer 3 à 4 années de dossiers (environ 60 m par an). Le local doit également être équipé d'un pc pour l'enregistrement des données et devient le bureau du gestionnaire DP. Equipement nécessaire :
 - Pc et ultérieurement une imprimante
 - Étagères + échelle
 - 1000 chemises « Dossier patient » en sachant qu'il en faudra 6000/an.
 - 300 classeurs « lit patient » et 12 perforatrices
- Il faut définir la structure du résumé dossier d'hospitalisation qui doit être rempli à la sortie du patient et dont le contenu sera entièrement encodé par le gestionnaire DP.
- Il faut la désignation du binôme médical et paramédical DP qui assistera le Directeur Médical dans ce projet qui demande une mise en place importante de procédures, et rencontrera assurément des problèmes pratiques à résoudre dans un délai minimum. Il est impossible que le Directeur Médical, le Docteur Chelo soit en permanence disponible.
- Validation officielle du circuit dossier par le corps médical et paramédical
- Désignation du gestionnaire des dossiers patients
- Désignation du personnel administratif pour la récolte des dossiers d'hospitalisation en salles.
- Formalisation des procédures et formation du personnel par le binôme
- Accès au dossier papier la nuit en cas d'urgence

Condition préalable de réussite

**Mise à disposition de l'application informatique
« dossier patient »**

5. Points à traiter ultérieurement

- Dossier externe (ambulatoire), en d'autres termes le cahier du patient
- Le circuit du dossier patient chronique (oncologie, hôpital de jour...)
- Le dossier gynécologie prénatale : ce dossier doit contenir les données utiles à l'accouchement (les patientes n'accouchent jamais au Centre)
- Backup des pc de l'imagerie médicale et laboratoire : ce point a déjà été mentionné, mais nous le répétons puisqu'il y a risque à chaque instant de perte des données encodées.
- Il y a un besoin de revoir le classement des anciens dossiers archivés qui sont pour la plupart empilés et ficelés par ordre alphabétique. Cette méthode rend très fastidieux l'accès à l'information médicale. Par conséquent, Il faudra développer un plan concret pour permettre un accès plus aisé. L'archiviste devra travailler sous l'autorité directe du binôme et du Médecin Directeur.
- Il faudra centraliser et organiser l'archivage des registres actuellement détenus dans les salles.
- Mise à niveau de l'infrastructure informatique (réseau - pc - backup,...) en fonction de l'avancement du projet. Elle devra répondre aux besoins concrets et réels des utilisateurs, en accord avec le médecin directeur.
- Echange de données avec les autres institutions de soins.
- Il faut trouver une solution pour les clichés d'imagerie médicale, idéalement par la digitalisation qui devrait à terme engendrer des économies étant donné le coût des clichés argentiques.

6. Conclusions

Nous avons travaillé pendant une semaine pour proposer une gestion du dossier patient unique qui permettra à l'Institution d'avancer dans son organisation et dans la qualité de prise en charge du patient. Dans cette approche, nous avons tenu compte des contraintes et des moyens de l'institution. Il nous semble que le projet, tel que défini est réaliste et peut s'implémenter dans un délai relativement court.

Nous tenons une fois de plus à souligner l'importance que représente l'implication d'informaticiens au sein du Centre.

Nous avons perçu la bonne-volonté de chacun, mais un schéma de travail validé par la hiérarchie permettra d'avancer en toute transparence.

Nous espérons que le travail réalisé pendant cette semaine de collaboration sera bénéfique pour le Centre Mère Enfant et nous remercions tout le monde d'avoir pu vivre cette expérience.

Monique Bailleux, responsable archives & secrétariats médicaux

Patrice Buyck, Directeur Général