



Gérer le dossier du patient dans l'unité de soins oculaires



Ingrid Mason
Conseillère médicale, PO Box 58004,
00200 City Square, Ring Road
Parklands, Nairobi, Kenya.



Jonathan Pons
Ophtalmologiste et directeur de programme,
Good Shepherd Hospital Eye Care
Project, PO Box 218, Siteki, Swaziland.
Courriel : jono@goodshepherdhosp.org

Pour prodiguer des soins oculaires de qualité, il faut recueillir des données précises et tenir des dossiers impeccables. Une bonne tenue des dossiers est essentielle à la continuité des soins ; elle vous permet également de respecter vos obligations médico-légales et est bien évidemment un signe de professionnalisme.

Types de dossiers

Le **format papier** est le format le plus courant dans les pays à faibles et moyens revenus. Le dossier du patient peut être conservé par l'établissement de santé ou être confié au patient lui-même. Cette deuxième solution s'avère pratique lorsque le centre de santé est dans l'impossibilité de conserver des dossiers ou lorsque les patients sont très mobiles et ont le choix entre plusieurs centres de soins. Certains hôpitaux combinent les deux solutions (voir par exemple l'encadré à la page suivante sur le Good Shepherd Hospital).

Le **format électronique** présente plusieurs avantages parce qu'il facilite la manipulation et l'analyse des données. Dans certains services, l'équipe de soins oculaires n'écrit rien sur papier et saisit à l'ordinateur toutes les données et observations. C'est là toutefois une solution coûteuse : il faut financer l'équipement informatique, les logiciels, la formation du personnel, sans parler des réparations et de la maintenance informatique en cas de problème.

Organisation et sécurité

Les renseignements relatifs au patient sont confidentiels. Vous devez respecter les obligations légales en matière de protection de la vie privée et de confidentialité des données de santé.

Vous devez également réfléchir à la façon dont vous allez préserver ou détruire les dossiers en votre possession ; par exemple, dans votre pays, vous pourriez être dans l'obligation légale de conserver les dossiers de patient pendant une durée déterminée.

Les dossiers de patients peuvent être classés de différentes

manières : par numéro (on attribue généralement à chaque patient un numéro d'identification unique), par nom, par date de création du dossier ou par lieu de résidence du patient. Lorsque vous utilisez un format papier, vous ne pouvez utiliser qu'un type de classement à la fois ; lorsque les dossiers sont sous format électronique, vous pouvez les classer de plusieurs façons.

Les dossiers de patients doivent être entreposés dans un lieu sûr à l'abri de tout risque d'incendie. Le lieu d'entreposage doit être suffisamment spacieux et flexible pour s'accommoder de l'augmentation progressive du nombre de patients (et donc de dossiers à archiver) qui ne manquera pas de se produire.

Du moment que vous avez pris les précautions nécessaires en matière de sécurité, vous pouvez archiver les dossiers de patients de la manière qui convient le mieux à votre unité de soins oculaires. Le plus important est d'avoir un système qui marche et permet de retrouver efficacement le dossier d'un patient lorsque vous en avez besoin. Il est également très important que le personnel comprenne le système de classement en place et sache comment archiver et retrouver les dossiers de manière systématique.

Si un membre du personnel emprunte le dossier d'un patient, il doit alors placer un feuillet dans le classeur de rangement, à l'endroit où était placé le dossier, indiquant

par qui le dossier a été emprunté et à quelle date. Ceci permettra de tenir ses collègues au courant.

Résultats de tests ou d'analyses de laboratoire

Les résultats des tests ou analyses subis par le patient doivent être placés dans son dossier, avec tous les autres renseignements relatifs à son séjour dans l'unité de soins.

Le numéro d'identification du patient doit figurer sur tous les feuillets des résultats d'analyse.

Pour être sûr que les résultats d'analyse et autres documents relatifs au patient ne se dispersent pas, vous pouvez agraffer les feuillets ou les poinçonner et les attacher.

Certains hôpitaux placent des autocollants comportant le numéro d'identification du patient sur tous les feuillets des résultats d'analyse ; ceci permet de minimiser les pertes de documents ou les risques d'erreur.

Dans certains hôpitaux, le personnel doit copier les résultats d'analyse dans la fiche de soins du patient ; dans ce cas, l'exactitude est particulièrement importante !

Autres types de documents

Les fiches de soins médicaux, détaillant les gestes et observations effectués par le médecin en salle de soins ou au bloc opératoire,

ainsi que les fiches de soins infirmiers, doivent également être placées dans le dossier du patient. Les formulaires de consentement, les dossiers d'anesthésie, les courbes de traitement, etc. doivent tous indiquer de façon claire et lisible le nom et prénoms du patient, ainsi que son numéro d'identification.

En raison de leur grande taille, les radiographies ne peuvent pas être placées dans le dossier du patient. Vous pouvez par exemple placer un autocollant de couleur pour indiquer au personnel que le patient a subi une radiographie. Vous pourrez alors entreposer les radiographies à un autre endroit.

Service des dossiers

Dans certains hôpitaux, il existe un service des dossiers avec du personnel spécialisé, qui a pour fonction de recueillir et d'archiver le dossier d'un patient lorsque celui-ci quitte l'hôpital.

Certains ministères de la santé proposent des formations de gestion et d'archivage des dossiers médicaux. S'il fonctionne bien, un service des dossiers peut permettre de gagner un temps précieux et d'améliorer le séjour du patient.

Paddy Ricard



Secrétariat d'un service d'ophtalmologie à Libreville. GABON

Étude de cas : le programme de soins oculaires du Good Shepherd Hospital

Nous avons hérité d'un système comprenant à la fois une fiche remise au patient (que nous appellerons « fiche du patient ») et un dossier qui reste à l'hôpital (le « dossier médical »), le tout sous format papier. Ce système pouvait être frustrant à utiliser. En effet, cela prenait du temps de recopier à la main sur la fiche du patient les informations contenues dans le dossier médical. De plus, nous nous sommes rendus compte que, dans plus de 25 % des cas, nous n'arrivions pas à retrouver ces deux documents à la fois ! Les patients perdaient leur fiche pour plusieurs raisons, généralement liées au fait que le papier de la fiche était trop fin et fragile. La perte des dossiers médicaux s'expliquait quant à elle par des confusions entre noms de famille ou par un archivage incorrect. Cette situation était aggravée par un système de rangement fantaisiste et l'utilisation de papier épais et encombrant pour les dossiers médicaux.

La recherche des dossiers médicaux ou des fiches de patients représentait une perte de temps pour le patient comme pour l'hôpital et rendait pratiquement impossible la prise en charge d'affections oculaires complexes.

À la recherche d'une solution

Nous avons demandé à un spécialiste de la gestion d'entreprise de venir à l'hôpital pour observer notre système de dossiers. Les observations faites par cette personne extérieure nous ont aidés à réfléchir à notre fonctionnement. Nous avons finalement révisé notre système de recueil et d'archivage des données après avoir identifié trois principes importants pour nous :

- 1 Utiliser principalement des dossiers et fiches sous format papier et informatiser seulement certaines données.** Les dossiers sous format papier sont bien compris par le personnel et sont pratiques à utiliser. Nous avons estimé qu'informatiser complètement nos dossiers coûterait trop cher et serait trop risqué.
- 2 Donner au patient une fiche qu'il pourra emporter avec lui.** Ceci permet au patient de se faire soigner dans le service de soins oculaires de son choix. Lorsqu'il a en sa possession une fiche contenant toutes les informations pertinentes, le patient peut être responsable de sa santé oculaire.
- 3 Limiter les coûts.** En cas de ressources limitées, il vaut mieux que le système de dossiers soit économique et facile à utiliser, qu'il réponde aux besoins de l'équipe de soins et qu'il ne nécessite pas d'employer du personnel supplémentaire.

Fonctionnement du nouveau système

Nous utilisons du papier de format A4 pour le dossier médical et la fiche du patient. Les deux documents sont presque identiques et sont parfaitement superposables, de façon à ce que le personnel puisse écrire sur les deux à la fois en utilisant du papier carbone. Ceci permet de gagner du temps.



Saisie informatique des renseignements contenus dans le dossier médical. SWAZILAND

Pour la fiche du patient, nous utilisons du papier épais (160 g/m²) : le patient risque donc moins de l'abîmer ou de la perdre. Pour le dossier médical, nous utilisons du papier plus fin (80 g/m²) qui facilite l'archivage des dossiers dans un classeur.

Nous avons éliminé toute confusion en attribuant à chaque patient un numéro d'identification unique dès qu'il se présente à l'hôpital. Ce numéro est inscrit sur la fiche du patient, sur son dossier médical et dans la base de données électronique.

La première page du dossier médical (celui qui est archivé à l'hôpital) comporte les données signalétiques du patient, suffisamment de place pour enregistrer cinq consultations (avec une colonne pour le diagnostic), ainsi qu'un encadré dans lequel on peut noter le résultat des interventions chirurgicales. Le recto de la fiche du patient est absolument identique à la première page du dossier médical, mis à part que les logos des donateurs de l'hôpital sont imprimés dans l'encadré (au lieu des résultats des interventions).

Le verso du dossier médical comporte un diagramme permettant de noter les résultats de l'examen oculaire et la liste des actes médicaux effectués. Le verso de la fiche du patient comporte des informations sur la santé oculaire ainsi que des optotypes de Snellen.

Au cours de la consultation, l'infirmier place du papier carbone entre la fiche du patient et le dossier médical, puis note l'acuité visuelle, la pression artérielle et la glycémie (si nécessaire) du patient sur les deux documents en même temps. Le médecin note ensuite ses observations au dos du dossier médical, puis utilise du papier carbone pour inscrire le diagnostic, la prise en charge et le traitement sur le dossier médical en même temps que sur la fiche du patient.

La fiche du patient est pliée en deux, puis placée dans une pochette en plastique avant d'être remise au patient. Celui-ci s'en sert ensuite pour payer les frais de consultation et pour obtenir ses médicaments.

À la fin de la journée, ou un peu plus tard dans la semaine, l'infirmier saisit à l'ordinateur certaines données contenues dans le dossier médical, notamment les renseignements signalétiques (si ceux-ci ont changé

ou s'il s'agit d'un nouveau patient) et les données relatives à la consultation (diagnostic et traitement, en particulier). Les observations cliniques supplémentaires notées par le personnel médical ne sont pas recopiées à l'ordinateur. Au total, cette saisie informatique prend deux minutes pour un nouveau dossier et moins de temps pour une consultation de suivi.

Le dossier médical est ensuite archivé par ordre de numéro d'identification dans un classeur ordinaire de format A4.

Lors d'une consultation de suivi, les patients se présentent avec leur fiche de patient. Le numéro d'identification inscrit sur cette fiche permet de retrouver immédiatement leur dossier médical. Lorsque le patient a perdu sa fiche, nous effectuons une recherche à l'ordinateur pour retrouver le numéro d'identification du patient. Ce numéro permet de retrouver le dossier médical dans le classeur et le personnel peut alors rédiger un double de la fiche perdue par le patient.

La base de données électronique

Nous utilisons un logiciel très répandu pour saisir les données à l'ordinateur. Les champs du formulaire, tels qu'ils apparaissent à l'écran, correspondent exactement à ce qui est imprimé sur le dossier médical. Le logiciel est facile à utiliser et ne nécessite pas de connaissances préalables en informatique. On pourrait parfaitement utiliser un simple tableur de type Excel pour saisir ces données.

Jusqu'à présent, nous n'avons pas eu besoin d'employer une personne supplémentaire pour recopier les données dans la base de données électronique.

Efficacité du nouveau système

Nous arrivons maintenant à réunir dans plus de 95 % des cas la fiche du patient et le dossier médical correspondant. Le système est facile à comprendre par le personnel non spécialisé en ophtalmologie et facile à utiliser. Il nous permet de générer à moindre coût des données très précises.

Le logiciel nous permet d'extraire des données utiles pour la gestion et la comptabilité de notre service, comme les statistiques de la journée, de la semaine ou du mois, ou encore des informations relatives au paiement des soins.

Nous utilisons certaines des données recueillies à des fins d'audit clinique ; il peut s'agir du résultat visuel après une intervention chirurgicale ou du diagnostic posé pendant la consultation, par exemple. Le système nous permet également de répondre à certaines questions scientifiques, comme par exemple : « Dans notre hôpital, quels sont en moyenne l'âge et la glycémie des patients présentant une rétinopathie diabétique proliférante ? ». Ces informations présentent un intérêt pour la communauté médicale internationale, mais elles servent également à définir une stratégie d'intervention en santé publique.