



LE DOSSIER PATIENT DANS LES HOPITAUX ET LES CLINIQUES

RAPPORT FINAL
Mars 2009

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

Nombre de pages / Page count	32 pages
Contacts	<p>D^r Ayden TAJAHMADY D^r D^r Maxime CAUTERMAN</p> <p>ayden.tajahmady@fr.oleane.com maxime.cauterman@fr.oleane.com</p>
Résumé	<p>La tenue d'un dossier patient est une obligation réglementaire pour les établissements de santé français. Gérer le dossier patient et en faire un outil efficace au service des professionnels de santé nécessite de connaître et maîtriser les nombreuses contraintes qui pèsent sur lui (réglementation, recommandations de bonnes pratiques, perspective de l'informatisation...).</p> <p>La MeaH a mené une mission d'accompagnement de 8 établissements de santé français durant 18 mois sur le thème du dossier patient. La méthodologie employée comprenait 4 phases : diagnostic, plans d'actions, mise en œuvre, évaluation capitalisation. Cinq axes de travail ont été retenus : politique, circuit (archivage), contenant, contenu et usages (comptes-rendus d'hospitalisation, loi du 4 mars 2002). Un appui sur site était fourni par deux cabinets de conseil financés et pilotés par la MeaH.</p> <p>Le rapport final présente les principales réalisations et enseignements du chantier.</p> <p>A travers des actions organisationnelles et managériales simples, et l'utilisation d'outils classiques de gestion de projet, les établissements du groupe de travail ont réussi à améliorer la conformité du contenu de leur dossier patient, et les délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation. D'autres réalisations, sur la réduction du volume des archives, la mise en place d'un dossier patient papier unique ou l'informatisation du dossier patient ont été atteintes.</p> <p>Les résultats obtenus montrent tout l'intérêt qu'une démarche projet centrée sur les aspects organisationnels du dossier patient peut avoir. Ils soulignent aussi les dangers que l'absence d'une telle réflexion peut présenter lorsqu'un établissement s'engage dans une démarche d'informatisation ou de numérisation de son dossier patient.</p>
Summary	<p>It is mandatory for French hospitals to keep a record for each of their patients. Hospitals must identify and deal with the many constraints that the patient record is subject to (regulations, good practice recommendations, electronic patient record...) in order to make it an efficient and manageable tool.</p> <p>The MeaH (French public National Mission for Hospital Audit and Expertise) led an 18 month campaign on patient record and accompanied 8 hospitals. A 4-stages methodology was implemented: (1) diagnosis, (2) action plans design, (3) action plans implementation and (4) assessment capitalisation. Five main topics were explored: patient record policy, patient record circuit (filing), information medium (paper, digital...), conformity of content to recommendations and Patient record use (discharge letter, 4march 2002 bill). Filed support was provided by to private consultancy firms, fully financed and steered by the MeaH.</p> <p>The present document presents the main achievements and lessons of this campaign.</p> <p>The workgroup's hospitals implemented simple organisational and managerial changes and used classical project management tools. Overall, an increase in the patient's content conformity rates and shorter delays of discharge letter production were achieved. Some other noticeable results have been delivered: files volume reduction, implementation of a shared paper patient record, computerization of the patient record...</p> <p>These results highlight the importance of an organisation-centred approach to deal with the patient record quality issue. Such an approach is particularly important in the context of the digitalization or computerization patient record.</p>
Mots-clés	Dossier du patient / compte-rendu d'hospitalisation / Loi du 4 Mars 2002 / Archivage / Codage PMSI / dossier patient informatique
Keywords	Patient record / Discharge letter / 4 March 2002 bill / filing / DRG coding / electronic patient record

Charte éthique des projets d'amélioration en organisation conduits par la MeaH

- ✓ L'objet des interventions MeaH est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de façon directe ou indirecte, et les conditions de travail des professionnels dans le contexte de « vie réelle ».
- ✓ Les établissements sont volontaires et informés des modalités de collaboration.
- ✓ En accord avec la MeaH, les professionnels décident des actions d'amélioration et les conduisent en veillant à leur impact sur la qualité des soins.
- ✓ Les données utiles au projet sont recueillies par les établissements avec le concours des consultants.
- ✓ La diffusion des données est anonyme. Sur accord de l'établissement, cet anonymat peut être levé.
- ✓ Le financement des chantiers est assuré sur fonds publics (Fond de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés).
- ✓ La sélection des consultants est réalisée après appel d'offres en application du Code des Marchés Publics.
- ✓ Les agents de la MeaH déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt avec les cabinets de conseil.
- ✓ Les documents produits sont relus par un comité de lecture interne à la MeaH, incluant un médecin si le thème impacte directement la prise en charge des patients.
- ✓ Dans un souci de qualité et d'éthique, chaque chantier fait l'objet d'une évaluation et d'un rapport selon les recommandations de publication sur l'amélioration de la qualité des soins.

SOMMAIRE

Sommaire	4
Sigles	5
1. Introduction	6
2. Les principaux enseignements du chantier	7
3. Cadre du chantier et principaux axes de travail.....	9
3.1. <i>Phasage</i>	9
3.2. <i>Acteurs</i>	10
3.2.a. Cabinets de conseil	10
3.2.b. Etablissements.....	10
3.3. <i>Les 5 axes de travail</i>	10
4. Les réalisations du chantier	12
4.1. <i>Synthèse sur l'ensemble du groupe de travail</i>	12
4.1.a. Conformité du contenu du dossier patient.....	12
4.1.b. Réduction des délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation	14
4.1.c. Dossier patient unique et informatisation.....	16
4.1.d. Gestion des archives	16
4.1.e. Le cas particulier de la psychiatrie et des établissements psychiatriques	17
4.1.f. Le coût du dossier patient.....	18
4.2. <i>Résultats par établissement</i>	19
5. Evaluation du chantier	28
6. Conclusion	30
7. Annexes.....	31
7.1. <i>Composition des groupes projet des établissements</i>	31
7.2. <i>Tableau synoptique des plans d'actions des 8 établissements du chantier</i>	32

	Signification
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CLCC	Centre de lutte contre les cancers
COMPAQH	Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
CRH	Compte-rendu d'hospitalisation
CRO	Compte-rendu opératoire
DIM	Département d'information médicale
DM	Dossier médical
DPA	Dossier patient
DSI	Dossier de soins infirmiers
EPSM	Etablissement public de santé mentale
HAS	Haute autorité de Santé
HDJ	Hôpital de jour
IPAQH	Indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière
MeaH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH	Privé participant au service public hospitalier
SSR	Soins de suite et réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TIM	Technicien d'information médicale

1. INTRODUCTION

Inscrit au programme de travail de la MeaH pour l'année 2007, le thème du dossier patient dans les hôpitaux et les cliniques a fait l'objet d'un chantier pilote d'avril 2007 à novembre 2008.

Au cours de ce chantier, la MeaH a animé un groupe de travail réunissant huit établissements de santé volontaires et deux cabinets de conseil.

A l'issue d'une première phase, un rapport avait été publié sur les principaux éléments du diagnostic. Sur la base de ces éléments, les établissements du groupe de travail ont défini des plans d'action qu'ils ont ensuite mis en œuvre.

L'objet du présent rapport est de rapporter les résultats obtenus lors de la mise en œuvre de ces plans d'action, ainsi que les principaux enseignements qui peuvent être tirés de ce chantier.

Les résultats qu'ont obtenu les établissements du groupe de travail sont le fruit de leur engagement et de leurs efforts durant toute la durée du chantier.

La MeaH adresse ses remerciements à tous les professionnels qui ont contribué aux travaux de ce chantier, en particulier aux groupes projet des établissements participants.

2. LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DU CHANTIER

Le dossier patient est un outil professionnel, indispensable aux soins, mais trop souvent « confisqué » par des enjeux réglementaires ou de qualité.

Afin que cet outil trouve toute son utilité et toute son efficacité, il est nécessaire de **développer les compétences et les outils d'un réel pilotage**. A cette fin, il convient de noter que les grands processus qui sous-tendent l'outil dossier patient sont connus et doivent être mis sous contrôle : archivage, passage à un dossier unique et partagé, informatisation et numérisation, comptes-rendus d'hospitalisation et comptes-rendus d'actes, communication au patient, codage PMSI...). Pour chacun de ces processus des indicateurs de performance existent et peuvent être suivis. Pour autant, ces indicateurs ne sont que rarement agrégés sous forme de tableaux de bord et utilisés en pratique pour une réelle gestion de l'outil dossier patient.

Cette situation tient à deux explications. En premier lieu, il n'y a **pas de réel pilote de l'objet organisationnel dossier patient**, qui soit en charge de la production et du suivi d'indicateurs et capable de mettre en œuvre des modifications organisationnelles concrètes. Entre la légitimité méthodologique des responsables qualité et des DIM et la maîtrise et l'utilisation quotidienne par les professionnels « utilisateurs », un nécessaire équilibre de gouvernance est à trouver. Les chantiers d'informatisation du dossier patient sont souvent l'occasion de clarifier ces situations, pour peu que des ressources de pilotage suffisantes y soient allouées par les établissements. La seconde explication est le **relatif désintérêt des professionnels de terrain pour cette question**. L'enjeu d'impliquer ces professionnels est fort, puisque sans cet investissement, tout projet consacré au dossier patient encourra un risque d'échec élevé. Cette question rejoint celle du pilotage car au final, l'investissement des professionnels de terrain dépend de la capacité du ou des pilotes à mettre en évidence la valeur créée par le dossier patient dans la pratique quotidienne. Il convient de trouver l'équilibre entre proximité du terrain et impact sur l'ensemble de l'organisation. La structure de gouvernance est ici particulièrement délicate à définir, d'autant plus que l'établissement est de taille importante.

La question de l'informatisation avait initialement été exclue de travaux de ce chantier. Cependant, à mesure de l'avancée des travaux, il est apparu à l'ensemble des participants du chantier qu'une telle posture n'était pas tenable. Evolution technologique lourde, le passage au dossier patient informatisé correspond à une perspective immédiate pour certains établissements, proche pour la plupart. Qui plus est, les travaux qui doivent permettre d'informatiser le dossier patient ne se mènent pas de front et de façon indépendante des autres aspects du dossier patient. Bien au contraire, c'est une **véritable feuille de route de l'informatisation** qui a émergé des échanges et des travaux des équipes des établissements du chantier. On n'informatise pas un dossier papier éclaté, on n'informatise pas sans maîtriser ses archives et on n'informatise pas sans impliquer tous les acteurs du dossier patient dès le début du projet. L'importance de cette question a conduit le groupe projet à décider de rédiger un document de capitalisation consacré à cette seule feuille de route.

Au-delà de ces aspects institutionnels, la mise sous contrôle des processus cités plus haut et l'amélioration au quotidien de la qualité du contenu et de l'utilisation du dossier patient passe par la **mise en œuvre de multiples améliorations organisationnelles, parfois très simples, souvent sur un périmètre réduit, mais dont l'accumulation permet des progrès significatifs et sensibles pour les équipes concernées**. L'ensemble de ces travaux est présenté dans le document de retours d'expérience rédigé par les équipes des établissements participants.

Enfin, il faut souligner les excellents résultats des établissements du groupe de travail concernant les délais d'envois des comptes-rendus d'hospitalisation et l'amélioration de la conformité du contenu du dossier patient.

Les travaux sur les CRH ont montré **l'importance du suivi et de la publication des délais** dans l'amélioration de ces derniers. La création d'un tableau de bord semble une initiative très intéressante à prendre au niveau d'un pôle pour mettre ces délais sous contrôle. L'importance de **l'organisation des secrétariats** est apparue dans les travaux menés par plusieurs établissements. Cheville ouvrière du processus, le secrétariat assure différentes fonctions, qui peuvent se parasiter mutuellement (frappe, gestion des dossiers, accueil téléphonique et physique). La gestion par pool et l'allocation du temps de travail dédié à la frappe et à l'accueil permet d'obtenir des gains significatifs dans ce domaine. La place de la dictée des comptes-rendus dans le temps de travail des médecins, n'a malheureusement pas pu être explorés complètement.

En ce qui concerne la conformité du contenu du dossier patient, la **participation des professionnels aux audits, la publication des ces audits et la communication** sur les éléments nécessaires au dossier et leur formalisation ont permis d'obtenir des gains importants dans la plupart des établissements. Le score utilisé, adapté à partir du score COMPAQH, a été sensiblement modifié pour convenir aux établissements SSR et psychiatriques et testé par deux établissements du chantier.

3. CADRE DU CHANTIER ET PRINCIPAUX AXES DE TRAVAIL

La MeaH a mené un chantier pilote intitulé « le dossier patient dans les hôpitaux et cliniques ». Ce chantier s'est déroulé entre avril 2007 et novembre 2008. Huit établissements et deux cabinets de conseil ont participé aux travaux.

3.1. Phasage

Le déroulement du chantier comportait 4 phases

- Diagnostic
- Elaboration des plans d'actions
- Mise en œuvre des plans d'actions
- Evaluation / capitalisation.

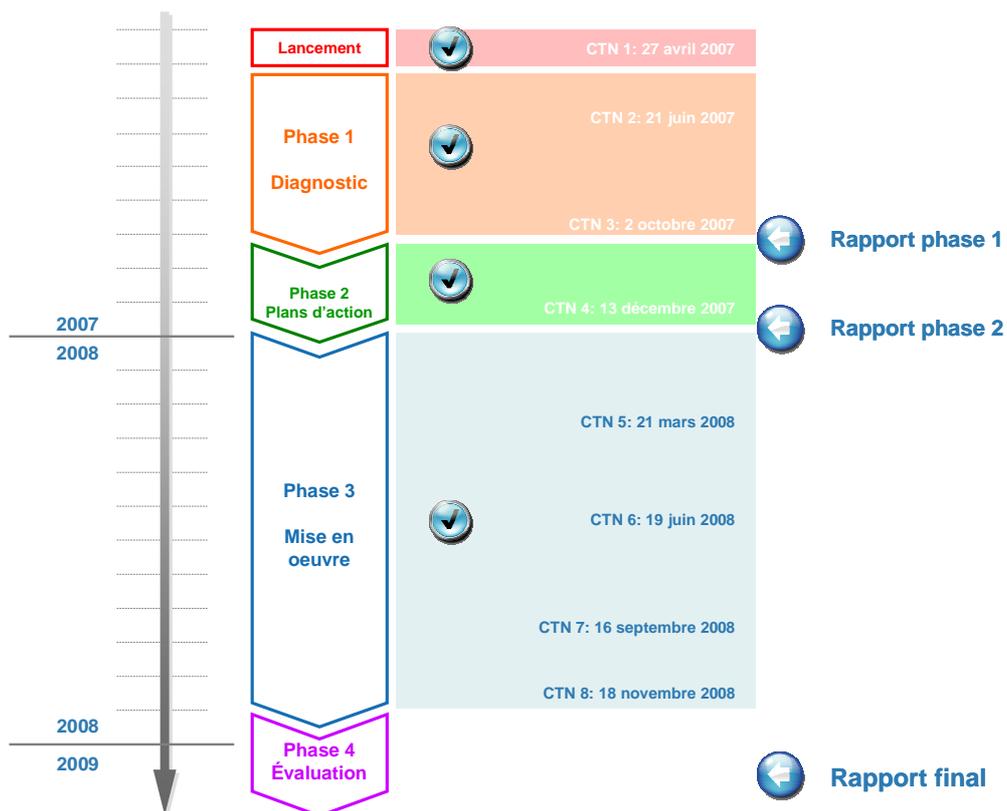


Figure 1: Avancement du chantier pilote MeaH dossier du patient

3.2. Acteurs

3.2.a. Cabinets de conseil

Sélectionnées à l'issue d'un appel d'offres, 2 sociétés de conseil ont accompagné chacun 4 établissements.

Cabinet et consultants	
Synapsis médical José DELGADO (Chef de projet) Laurent LAVARENNE (Consultant)	
Axelerae Philippe FOURNIER (Chef de projet) Miloud BELHADEF (Consultant) Elise VILLENEUVE (Consultante)	

3.2.b. Etablissements

Huit établissements volontaires ont été sélectionnés en prenant soin d'assurer la représentation de plus grand nombre possible de situations, tant en terme de statut que de taille ou d'implantation géographique.

Etablissement	Département	Statut
CH de Cambrai	59	Public (CH)
GH HEGP - Broussais (AP-HP)	75	Public (CHU)
Centre de Perharidy (Roscoff)	29	SSR
AP-HM, hôpital La Timone	13	Public (CHU)
CH Avignon	84	Public (CH)
Aquitaine santé	33	Privé
EPSM de la vallée de l'Arve (la Roche sur Foron)	74	Public (EPSM)
Hospitalor Saint-Avold	57	Privé (PSPH)

Dans la suite de ce document, les établissements sont cités anonymement.

3.3. Les 5 axes de travail

Le périmètre du chantier, par définition large et recouvrant des processus multiples peut être divisé en cinq grands axes de travail.

Politique du dossier patient

Cet axe comprend des actions qui ont trait à la politique institutionnelle de l'établissement vis-à-vis du dossier patient, telles que la rédaction de guides, check-lists ou chartes du dossier patient, la politique de confidentialité et d'identitovigilance, ou bien encore es actions de communication interne sur ce sujet. Cet axe comprend également la constitution et le fonctionnement d'instances consacrées au dossier patient.

Circuit du dossier patient

On retrouve ici des actions qui ont trait au circuit du dossier patient, depuis sa création jusqu'à sa destruction. On peut noter la fréquence d'actions concernant le service des archives, son organisation et sa gestion des délais de conservation des dossiers.

Contenant du dossier patient

Cet axe comprend deux grands types d'actions : celles qui concernent la structure ou « l'architecture » du dossier patient (mise en place d'un dossier unique) et celles qui visent à favoriser le passage d'un support papier à un support informatique.

Contenu du dossier patient

On retrouve sous cette appellation toutes les actions qui visent à rationaliser le contenu du dossier patient (éliminer les doublons, maîtriser le volume, structurer le dossier...) et celles qui visent à l'amélioration de la qualité et de la traçabilité des informations contenues dans le dossier patient.

Utilisations du dossier patient

Trois grandes utilisations ont été isolées comme axe de travail du chantier : les comptes-rendus d'hospitalisation, la communication du DPA dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 et le codage PMSI. Les actions ayant trait à ces trois utilisations visent à mettre en œuvre des tableaux de bord, redéfinir des processus ou améliorer le codage PMSI. Cette dernière action a peu été explorée.

4. LES REALISATIONS DU CHANTIER

4.1. Synthèse sur l'ensemble du groupe de travail

4.1.a. Conformité du contenu du dossier patient

Résultats

Les résultats globaux sur l'indicateur « conformité du dossier patient » montrent qu'il est possible d'améliorer la qualité du contenu du dossier patient dans un délai relativement court.

La plupart des établissements a réalisé une mesure trimestrielle de cet indicateur sur 30 dossiers tirés au hasard. H1, a audité 50 dossiers trimestriellement et H3 a automatisé la génération d'indicateurs grâce à l'existence d'un dossier informatisé, ce qui a permis à cet établissement de disposer de chiffres quasi-exhaustifs, déclinables par pôles.



Figure 2 : Suivi du score de conformité du contenu du dossier patient sur l'ensemble des établissements du chantier

Cette mesure en routine, couplée à la participation des professionnels aux audits et à la publication de ses résultats est un facteur qui a permis d'accompagner l'amélioration du contenu du dossier patient. La moyenne du score du groupe de travail est ainsi passée d'environ 66 % à plus de 85 % (Figure 2).

Dans certains établissements, on a pu constater des variations importantes du score d'un trimestre à l'autre, notamment à H1 et H2. Ces variations peuvent s'expliquer de deux façons. D'une part, la généralisation de l'audit à l'ensemble de l'établissement alors qu'initialement, seul un service avait fait l'objet de l'audit et de mesures d'amélioration

explique une baisse brutale du score. Dans un second temps les mesures d'amélioration faisant effet, le score se « normalise ». La seconde explication tient à la sensibilité de ce score et son caractère dépendant de l'interprétation des auditeurs, qui peuvent expliquer des variations importantes.

Les critères d'audit

Au sein de la liste des 10 critères utilisés pour la calcul du score, les établissements participants ont considéré que 4 posaient problème, en partie à cause du choix d'opérer initialement sur un pôle pilote au sein de chaque établissement. La présence du compte-rendu opératoire a tout son sens dans un service de chirurgie, mais est un critère peu pertinent pour un service de médecine, de psychiatrie ou un SSR. Il en va de même pour la présence des dossiers d'anesthésie et de transfusion, ainsi que des comptes-rendus d'accouchement. Il a donc été décidé de suivre le score basé sur les 10 critères et le score basé sur les 6 critères constants (Tableau 1). Comme on peut le constater sur la Figure 2, les valeurs ponctuelles peuvent diverger entre les deux indicateurs, mais les ordres de grandeur et les tendances sont quasi-superposables.

Souhaitant adapter le score à leurs spécificités, l'établissement psychiatrique et le SSR de groupe de travail ont développé des versions propres du score, qui leur ont permis de suivre la montée en charge des actions qu'ils ont menées (Tableau 1).

Tableau 1 : Critères utilisés pour évaluer la conformité du contenu du dossier patient

Score « classique »*	Score « psychiatrie »	Score « FAR » (SSR)
• Les documents médicaux relatifs à l'admission sont-ils présents ?	• Le dossier est-il organisé et classé ?	• Le dossier est-il unique ?
• <i>Le compte-rendu d'accouchement est-il présent (si applicable) ?</i>	• Le double du CRH ou du compte-rendu de sortie est-il présent dans le dossier ?	• Une synthèse biologique est-elle présente dans le dossier ?
• <i>Le compte-rendu d'opération est-il présent ?</i>	• Les documents relatifs à l'admission sont-ils présents dans le dossier ?	• La liste des documents rendus au patient signée par le patient et l'établissement est-elle présente dans le dossier ?
• Un double du compte-rendu d'hospitalisation est-il présent ?	• L'ordonnance établie le jour de la sortie est-elle présente dans le dossier ?	• Une trace du suivi psychologique et du suivi de l'assistance sociale sont-elles présentes dans le dossier ?
• <i>Le dossier d'anesthésie est-il présent (si applicable) ?</i>	• L'hypothèse diagnostic et les soins mis en place sont-ils présents dans le dossier ?	• Le dossier de soins est-il présent ?
• <i>Le dossier transfusionnel est-il présent (si applicable) ?</i>	• Les prescriptions sont-elles présentes dans le dossier ?	• La fiche alerte est-elle présente dans le dossier ?
• L'ordonnance établie le jour de la sortie du patient est-elle présente dans le dossier et conforme aux règles de prescription ?	• Les documents relatifs à l'hospitalisation sous contrainte sont-ils présents ?	• Les dates de séjour du patient sont-elles présentes et facilement accessibles ?
• Le dossier est-il organisé et classé ?	• Toutes les prescriptions non médicamenteuses et consignes de surveillance sont-elles bien notées ?	• Une partie non communicable est-elle présente dans le dossier ?
• Toutes les prescriptions faites durant le séjour du patient sont lisibles et comportent date, signature du médecin, nom lisible du médecin et trace de l'exécution de la prescription ?	• Les documents médicaux sont-ils présents dans le dossier ? (Copie pièce d'identité, certificats médicaux ou administratifs, lettre des tiers (partie non communicable), lettre adresseur.)	• Les informations concernant les professionnels (kiné-ergo-ortho-EPS-physio - diététiciennes, éducateurs) sont présentes dans le dossier : niveau des transmissions ciblées ou du CR de réunion de synthèse ?
• La nature des soins et les conclusions de l'examen d'entrée sont-elles précisées dans l'observation médicale ?	• La synthèse de prise en charge du patient est-elle présente ?	• -

* En italique, les items exclus du calcul pour le score « 6 items »

4.1.b. Réduction des délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation

Résultats

Seuls 3 établissements ont réalisé un réel suivi en routine les délais d'envoi de comptes-rendus d'hospitalisation : H4, H7 et H8¹. Plutôt que le délai d'envoi moyen, l'indicateur retenu était le taux de CRH envoyés sous 8 jours. L'objectif était de s'approcher au plus près de 100 %. La méthode de mesure la plus souvent employée consistait à coupler l'audit des délais de CRH à celui de la conformité du contenu du dossier. Pour chaque dossier audité, on notait la date de sortie du patient et la date du CRH.

H3 et H6, qui avaient des taux de CRH envoyés sous 8 jours très élevés dès la phase de diagnostic, ont souhaité se concentrer sur des axes différents. H3 a travaillé sur la disponibilité des comptes-rendus opératoires (CRO). A H6, les délais étaient très bons sur les services d'hospitalisation conventionnelle, alors que l'hôpital de jour posait problème. C'est sur ce secteur que les efforts du groupe projet se sont portés.

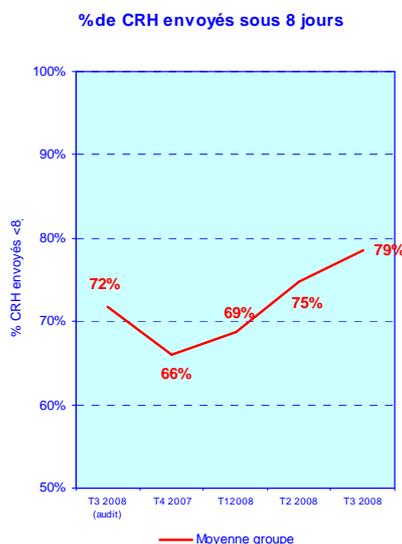


Figure 3 : Suivi des délais d'envoi de CRH sur 4 établissements du chantier (H4, H7, H8a et H8b)

H4 et H7 ont réussi à augmenter le taux de CRH envoyés sous 8 jours. H8a a réussi à maintenir un taux de 100% pendant quasiment toute la durée du chantier, tandis que les taux de H8b se sont maintenus entre 80 et 90 %. Les graphiques représentant ces résultats sont présentés dans les fiches individuelles des établissements (voir ci-dessous).

Fixation d'objectifs et pilotage

Ces résultats ont pu être obtenus grâce à la conjonction de plusieurs actions. En premier lieu, le suivi en routine des délais de CRH a permis d'estimer précisément ceux-ci et pour certains acteurs, de prendre conscience de l'ampleur des retards et de la nécessité de les corriger. La publication de ces indicateurs au sein d'un pôle ou de l'établissement est, à ce titre, un élément fondamental. A H8, par exemple, les résultats ont été déclinés par médecins et présentés en CME. A H3 ces résultats sont mis à disposition des professionnels par l'intermédiaire de l'Intranet de l'établissement.

¹ H8 disposait de deux sites différents, désignés comme H8a et H8b

La fixation d'objectifs clairs concernant l'envoi des CRH permet de mobiliser les équipes. A H7, lors de l'audit initial, les unités qui avaient les meilleurs résultats étaient celles qui avaient fixés des objectifs explicites : « le patient sort avec son compte-rendu ». A H4, l'objectif fixé pour l'hôpital de jour était identique.

H7 a réalisé une enquête de satisfaction au sujet des CRH auprès de ses correspondants en médecine de ville, ce qui a permis de mieux orienter les actions d'amélioration du processus de CRH.

L'importance des secrétariats

L'organisation des secrétariats est un facteur-clé dans le processus de production des CRH et dans le respect des délais. Un audit mené par H7 et H2 a montré que les différentes tâches confiées au secrétariat pouvaient se parasiter. Ainsi, le travail de frappe des comptes-rendus était très souvent interrompu par des tâches d'accueil téléphonique ou physique. A H7, on a pu mesurer un taux d'interruption de 60 %. Ceci avait deux conséquences : (1) la frappe de chaque CRH prenait plus de temps du fait de la déconcentration induite par ces interruptions et (2) le fractionnement de la tâche induisait des délais de production plus longs.

Afin d'éviter un tel parasitage, il apparaît nécessaire de séparer les tâches et d'affecter du temps de secrétariat dédié à une tâche (la frappe, par exemple) et libre de toute autre. Ceci peut nécessiter l'utilisation de locaux séparés. Cette option a été testée à H4 et dans une certaine mesure à H6 (où du temps de secrétariat a été affecté quotidiennement à la frappe des CRH en hôpital de jour) avec un réel succès en termes d'amélioration des délais d'envoi.

Ces modalités d'organisation ne sont réalisables que si un nombre de secrétaires suffisant est disponible. Les établissements où les secrétaires sont « morcelées » ou affectées à un médecin particulier peuvent poser problème. La mutualisation des secrétaires (au sein d'un pôle par exemple), comme cela a été fait à H4 permet d'envisager la séparation des tâches et la rotation des secrétaires sur les différents postes. La mutualisation des CRH à frapper permet également une plus grande fluidité dans le processus de frappe. Ceci peut être facilité par la mise en place d'outils informatiques de dictée vocale qui permettent une réelle gestion des CRH par flux et par priorité.

Enfin, le retard en termes de CRH à frapper peut parfois être conséquent (plusieurs semaines, voir plusieurs mois). Il est alors nécessaire d'apurer l'en-cours de façon à redémarrer sur des bases saines.

Rationaliser la production

Le processus de production n'est pas formalisé dans la plupart des établissements, ni formellement intégré dans l'organisation du temps de travail des médecins. Il n'est pas rare que les CRH soient dictés par des internes qui reviennent le samedi matin, par exemple, « vider leur stock » de CRH. Des goulets d'étranglement sont également retrouvés lors de changements d'internes ou lors de congés des praticiens, ce qui peut générer des délais importants.

La définition même du CRH et de son contenu n'est pas partagée. En chirurgie, où un acte a été réalisé, le CRH se limite souvent à reprendre les éléments du CRO, auxquels sont ajoutés quelques informations supplémentaires, donnant un document souvent très court (moins de deux pages) et facile à produire rapidement. En médecine, le CRH est plus souvent considéré comme la synthèse de la démarche médicale, d'exploration et de réflexion diagnostique et thérapeutique. A ce titre, il est l'occasion pour le médecin de faire le bilan du séjour du patient, ce qui donne un document plus long, dont la production est plus coûteuse en temps. Dans tous les cas, une structure-type de CRH voire des CRH-types peuvent permettre de gagner du temps de production.

Des documents provisoires sont souvent remis au patient à sa sortie. Une lettre de sortie manuscrite était ainsi quasi systématiquement remise au patient à H7. Ces documents donnent souvent lieu à des doubles tâches et posent des problèmes de traçabilité de l'information lorsqu'ils sont manuscrits. En effet, la plupart des informations manuscrites seraient utiles pour les CRH et ne peuvent être réutilisées. Il est important de formaliser ces documents et leur production. H4 utilise désormais une lettre de sortie type pour assurer la continuité des soins en cas de consultation éventuelle.

La production et la transmission des CRH « au fil de l'eau » plutôt que par paquet afin de lisser la charge de frappe des secrétaires. A l'hôpital de jour de H6 un telle modalité a permis de faciliter la production des CRH. Ceci nécessite d'obtenir la mobilisation des médecins qui reste en pratique très difficile à obtenir sur ce sujet, en particulier en ce qui concerne la modification de leurs habitudes sur la dictée des CRH et « l'attribution » des secrétariats.

4.1.c. Dossier patient unique et informatisation

Ces deux thématiques sont en fait intimement liées. Elles constituent toutes deux les étapes d'un processus visant à modifier la structure du dossier patient et le médium d'information (Figure 4). Un document de capitalisation est consacré à ces questions et aux modalités de projet à mettre en œuvre.

Ces projets se font à l'échelle de l'établissement et doivent inclure l'ensemble des acteurs concernés, en particulier médecins et soignants. Une réelle démarche projet, (pas pilotée par un informaticien) doit être mise en place. Elle comprendra des groupes de travail, des groupes utilisateurs et des points d'avancement réguliers.



Figure 4 : Grands jalons de la feuille de route vers l'informatisation du dossier patient

Le calendrier et les objectifs doivent être raisonnables et fixés dès le début du projet (par exemple : « 0 papier dans 6 mois » n'est pas un objectif réaliste).

L'introduction des nouveaux formats doit se faire progressivement, en utilisant éventuellement un service pilote, avec une généralisation secondaire à l'ensemble de l'établissement. Des enquêtes de satisfaction du personnel doivent accompagner la mise en place des nouveaux formats, de façon à en assurer l'appropriation, comme cela a été fait à H8.

4.1.d. Gestion des archives

La problématique des archives est un point fondamental dans tout projet consacré au dossier du patient. Sans maîtrise de l'archivage (volume et délai d'accès), on ne peut mettre en place un réel dossier patient unique et partagé, la numérisation ainsi que l'informatisation du dossier patient sont également impossibles. Une fonction archivage non maîtrisée est aussi source de perte d'informations et de documents, de difficultés d'accès à l'information et d'incapacité à satisfaire aux exigences de la loi du 4 mars 2002.

Les grands enjeux sont les suivants :

- Obtenir une gestion unique et centralisée des archives dans l'établissement ;
- Assurer un accès 24 h / 24 à l'information et une traçabilité de la localisation des dossiers ;
- Maîtriser les volumes et les coûts (en particulier en lien avec l'externalisation) ;
- Faciliter la numérisation des archives.

Un certain nombre de grands principes permettent de maîtriser cette fonction.

En premier lieu, une gestion des archives par date de dernière venue permet d'identifier facilement les dossiers « récentes », plus susceptibles d'être « reconsultés »², des dossiers anciens. On peut scinder l'archivage en deux, une zone « active » (dossiers avec date de dernière venue de moins de 5 ans) et une zone « passive » (dossiers de plus de 5 ans). Les délais de conservation des dossiers étant basés sur la date de dernière venue cela permet d'identifier les dossiers dont la conservation n'est plus obligatoire et qui peuvent être détruits. Les dossiers des patients décédés doivent être identifiés, car leurs délais de conservation sont différents des autres. La conservation des dossiers dans la zone « passive » peut être confiée à un prestataire externe. L'archivage sauvage dans les secrétariats doit être banni.

Toute destruction d'archive doit obtenir l'aval du service des archives départementales. Un travail avec ces services peut s'avérer très utile, car des dossiers rendus inexploitable (incendie, inondation, moisissure) peuvent être détruits avant la date prévue, sous réserve de leur accord. H6 a pu ainsi réduire de 20 % le volume de ses archives, et à terme réduire le nombre de locaux des archives et les coûts afférents, tout en garantissant une conservation de meilleure qualité et un meilleur accès.

4.1.e. Le cas particulier de la psychiatrie et des établissements psychiatriques

La question du dossier du patient dans le contexte de la santé mentale présente des particularités qui méritent une certaine attention.

De par la nature des pathologies qui y sont prises en charge, la culture des professionnels qui exercent dans ce champ et la sensibilité des informations qui y sont recueillies, les services de psychiatrie et les établissements de santé mentale ont une relation très particulière au dossier patient.

La notion de « notes personnelles »³ est très fréquemment utilisée, à tel point que l'observation médicale se réduit souvent à sa plus simple expression, l'essentiel de l'observation du médecin étant classé comme note personnelle. Le partage d'informations via le dossier patient semble plus difficile, soit parce qu'un tel partage n'est pas dans la culture des professionnels soit parce que certains ne veulent pas être influencés par la lecture de l'observation d'un autre ou d'un CRH. Le partage d'informations entre les différents professionnels (psychologues, psychiatres...) semble très difficile, la culture du transfert d'informations orales étant encore très prégnante. Dans l'établissement SSR du chantier, l'intégration des notes des psychologues ou tout au moins d'une synthèse de celles-ci au dossier était très difficile à obtenir. Plus qu'ailleurs, la notion de « dossier du professionnel » prévaut sur celle de « dossier patient ».

Cela se traduit par l'absence de dossier commun dans l'établissement psychiatrique du chantier, avec une très forte opposition initiale des professionnels au début du chantier ou par le fait que la psychiatrie est le seul service de H6 qui n'utilise pas le dossier commun. Dans le cadre d'un projet d'informatisation, les psychiatres sont souvent les plus inquiets sur les questions des droits d'accès et de leur gestion.

² On sait que la probabilité d'une nouvelle consultation est importante dans les 5 ans qui suivent la dernière venue, très faible au-delà

³ Non communicables au patient dans le cadre de la loi du 4 mars 2002

Il ne s'agit pas ici de désigner la psychiatrie comme mauvais élève du dossier patient, mais de mettre en évidence les craintes et préoccupations, légitimes pour beaucoup d'entre elles, des acteurs de la santé mentale devant le partage d'informations et la traçabilité de celles-ci. Il convient d'y apporter une réponse et un accompagnement appropriés, qui peuvent porter leurs fruits, comme dans l'établissement psychiatrique du chantier, où la mise en place d'un dossier commun partagé sera bientôt effective.

Enfin, les établissements psychiatriques sont souvent référents d'un réseau de centres médico-psychologiques. Deux difficultés supplémentaires s'ajoutent alors : (1) l'éloignement géographique des sites et (2) la coordination des acteurs.

4.1.f. Les coûts du dossier patient

Le dossier patient est un outil transversal à un établissement de santé. Les coûts qu'il génère sont multiples, éclatés sur l'établissement et de natures différentes, donc difficiles à évaluer précisément. Pour autant, on a vu plus haut dans ce document qu'une organisation sous-optimale du dossier patient pouvait générer des coûts d'inefficience. Les trois sources les plus évidentes sont les suivantes :

- Une absence de maîtrise de la fonction archivage entendue au sens large
- Une désorganisation des secrétariats et de leur fonction de frappe
- Des projets institutionnels inadaptés et non maîtrisés (passage au dossier unique et informatisation).

On notera avec intérêt qu'outre l'aspect économique, ces coûts peuvent avoir un impact direct sur la qualité et la continuité des soins et de la prise en charge du patient au sens large.

Tableau 2 : Typologie des sources de coûts « d'inefficience » pour le dossier patient

Fonction concernée	Source de coûts	Type de coûts	Impact qualité/sécurité
Fonction archivage	• Volumes non maîtrisés générant un besoin d'espace de stockage trop important	• Coûts directs logistiques	<ul style="list-style-type: none"> • Délai d'accès à l'information allongé • Perte de dossiers • Perte d'informations
	• Classement non maîtrisé nécessitant des temps de recherche allongés	• Coût d'opportunité RH	
	• Stockage « sauvage » dans les secrétariats entraînant une surcharge de travail	• Coût d'opportunité RH	
	• Perte de dossiers nécessitant la création de nouveaux dossiers	• Coûts directs logistiques	
Fonction secrétariat	• Interruptions répétées de la tâche de frappe allongeant le délai de production des CRH	• Coûts d'opportunité RH	<ul style="list-style-type: none"> • Fonction accueil patient sous-optimale • Autres tâches parasitées • Climat social dégradé
	• Classement des dossiers patient non planifié et maîtrisé	• Coûts d'opportunité RH	
Projets institutionnels	• Expression des besoins insuffisante conduisant à un outil inadapté et à des modifications ultérieures	• Coût direct logistique	<ul style="list-style-type: none"> • Climat social dégradé, opposition au projet • Multiplicité des supports avec risque de perte d'information
	• Formation et accompagnement insuffisants du personnel lors du passage à un dossier informatisé générant des délais d'utilisation plus importants	• Coût d'opportunité RH	
	• Dossier unique non utilisé	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts directs logistiques • Coûts d'opportunité RH 	

4.2. Résultats par établissement

Les résultats individuels des établissements sont présentés ci-dessous. Pour chaque établissement, un tableau de synthèse permet d’embrasser en une page l’ensemble des données importantes sur les travaux qui ont été menés pendant le chantier et les principaux résultats obtenus.

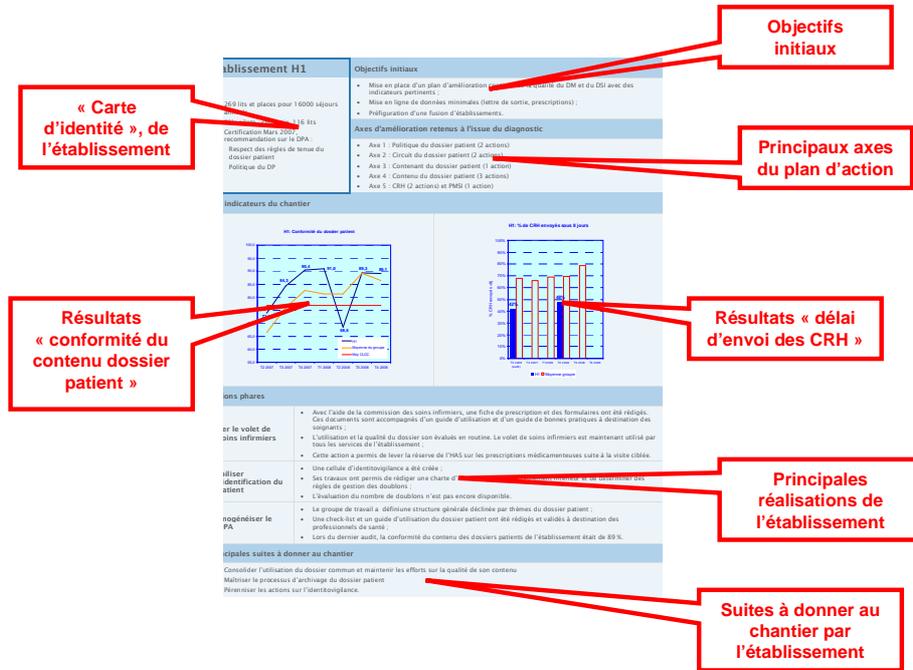


Figure 5 : Guide de lecture des fiches établissements

Etablissement H1

- 269 lits et places pour 16000 séjours annuels
- Pôle pilote : chirurgie, 116 lits
- Certification Mars 2007, recommandation sur le DPA :
 - Respect des règles de tenue du dossier patient
 - Politique du DP

Objectifs initiaux

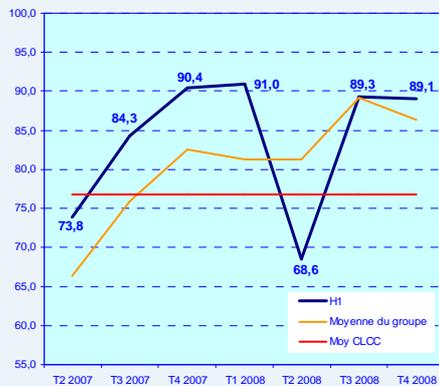
- Mise en place d'un plan d'amélioration continue de la qualité du DM et du DSI avec des indicateurs pertinents ;
- Mise en ligne de données minimales (lettre de sortie, prescriptions) ;
- Préfiguration d'une fusion d'établissements.

Axes d'amélioration retenus à l'issue du diagnostic

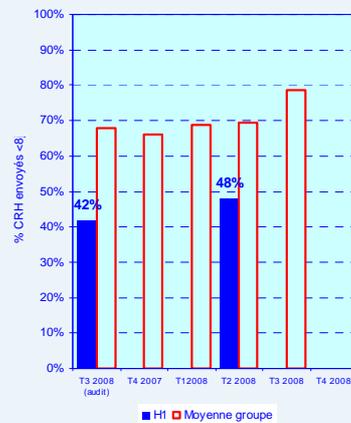
- Axe 1 : Politique du dossier patient (2 actions)
- Axe 2 : Circuit du dossier patient (2 actions)
- Axe 3 : Contenant du dossier patient (1 action)
- Axe 4 : Contenu du dossier patient (3 actions)
- Axe 5 : CRH (2 actions) et PMSI (1 action)

Les indicateurs du chantier

H1: Conformité du dossier patient



H1: % de CRH envoyés sous 8 jours



Actions phares

Créer le volet de soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • Avec l'aide de la commission des soins infirmiers, une fiche de prescription et des formulaires ont été rédigés. Ces documents sont accompagnés d'un guide d'utilisation et d'un guide de bonnes pratiques à destination des soignants ; • L'utilisation et la qualité du dossier son évalués en routine. Le volet de soins infirmiers est maintenant utilisé par tous les services de l'établissement ; • Cette action a permis de lever la réserve de l'HAS sur les prescriptions médicamenteuses suite à la visite ciblée.
Fiabiliser l'identification du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Une cellule d'identitovigilance a été créée ; • Ses travaux ont permis de rédiger une charte d'identitovigilance, un règlement intérieur et de déterminer des règles de gestion des doublons ; • L'évaluation du nombre de doublons n'est pas encore disponible.
Homogénéiser le DPA	<ul style="list-style-type: none"> • Le groupe de travail a défini une structure générale déclinée par thèmes du dossier patient ; • Une check-list et un guide d'utilisation du dossier patient ont été rédigés et validés à destination des professionnels de santé ; • Lors du dernier audit, la conformité du contenu des dossiers patients de l'établissement était de 89 %.

Principales suites à donner au chantier

- Consolider l'utilisation du dossier commun et maintenir les efforts sur la qualité de son contenu
- Maîtriser le processus d'archivage du dossier patient
- Pérenniser les actions sur l'identitovigilance.

Etablissement H2

- 914 lits et places pour 38000 séjours annuels
- Pôle pilote : médecine, 477 lits
- Certification Juin 2006, pas de recommandations sur le DPA

Objectifs initiaux

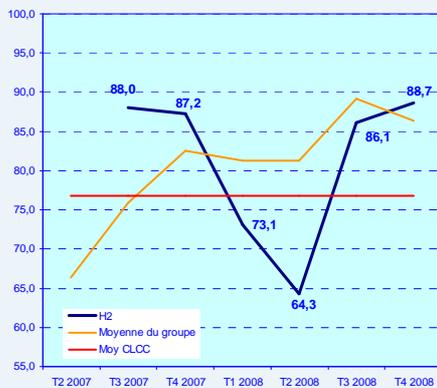
- Intégration des Consultations dans le dossier patient ;
- Dossier patient unique renseigné aux urgences ;
- Intégrer l'ophtalmologie dans les pratiques communes ;
- Améliorer le dossier d'anesthésie ;
- Maîtriser les volumes dans le DPU et dans les salles.

Axes d'amélioration retenus à l'issue du diagnostic

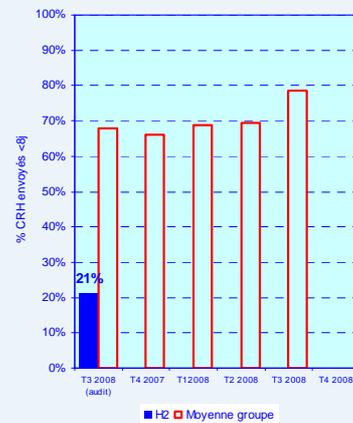
- Axe 1 : Politique du dossier patient (1 action)
- Axe 2 : Circuit du dossier patient (3 actions)
- Axe 3 : Contenant du dossier patient (1 action)
- Axe 4 : Contenu du dossier patient (1 action)
- Axe 5 : CRH (2 actions) et loi du 4 mars 2002 (2 actions)

Les indicateurs du chantier

H2: Conformité du dossier patient



H2: % de CRH envoyés sous 8 jours



Actions phares

Optimiser le processus d'identification du patient et l'utilisation des pré-admissions

- Révision de tous les protocoles
- Travail sur les pré-admissions entre le bureau des entrées et les services de soins pour améliorer la démarche

Définir les modalités de traitement des documents POST-SORTIE du Patient

- Analyse du processus de retour du DPU aux archives
- Listing des documents post sortie

A voir

-

Principales suites à donner au chantier

- Capitaliser sur la dynamique en cours
- Pérenniser la démarche et les résultats

Etablissement H3

- 858 lits et places pour 55087 séjours
- Pôle pilote : cardiovasculaire (méd. + chir.)
- Certification Mai 2005, recommandations sur le DPA :
 - Confidentialité du DPA
 - Traçabilité de la réflexion bénéfice-risque
 - Traçabilité de l'information donnée au patient

Objectifs initiaux

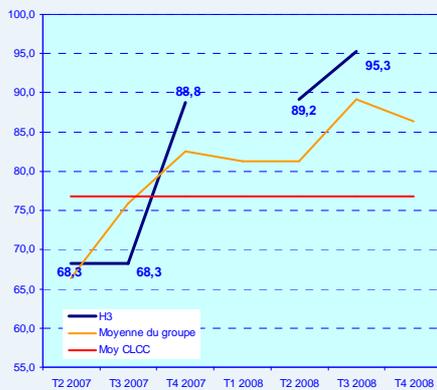
- Alignement sur les recommandations de la HAS (PAQ) ;
- Homogénéisation des pratiques ;
- Automatisation des indicateurs de qualité du dossier patient.

Axes d'amélioration retenus à l'issue du diagnostic

- Axe 1 : Politique du dossier patient (1 action)
- Axe 4 : Contenu du dossier patient (1 action)
- Axe 5 : CRH / CRO (2 actions)

Les indicateurs du chantier

H3: Conformité du dossier patient



H3: % de CRH envoyés sous 8 jours



Actions phares

Homogénéiser les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction et validation d'une charte du dossier patient destinée au patient par voie d'affichage pour expliquer l'importance du dossier patient dans la prise en charge • Rédaction et validation d'un gui de bonnes pratiques du dossier patient, remis à tous les professionnels de l'établissement, ainsi qu'aux nouveaux arrivants, qui doivent le signer
Améliorer le taux de CRO présents dans les dossiers	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux de CRO présents dans les dossiers est disponible tous les trimestres (audit automatisé sur le dossier patient informatisé) une communication spécifique a été adressée aux chirurgiens avec de nombreux rappels • Le taux de CRO présents dans le dossier est passé de 66,7 % à 100 %
Automatiser la production d'indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Le dossier patient informatisé de cet établissement permet de réaliser automatiquement des audits de qualité sur tous les dossiers • Les services de l'établissement signent un contrat avec le SIH pour définir les indicateurs suivis et leur fréquence de disponibilité • Forts de ces résultats, les services s'engagent à mener des actions d'amélioration

Principales suites à donner au chantier

- Généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des services de l'établissement
- Finaliser la traçabilité de l'information bénéfice-risque en instaurant une alerte informatique dans le dossier patient informatisé

Etablissement H4

- 260 lits et places pour 4 074 entrées
- Pôle pilote : Médecine physique et réadaptation
- Certification Décembre 2005, recommandation sur le DPA :
 - Politique du DPA

Objectifs initiaux

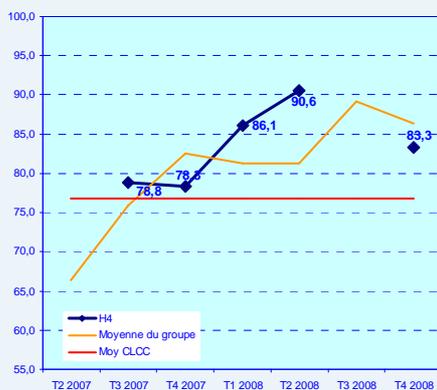
- Rationalisation du contenu ;
- Homogénéisation des dossiers par services.

Axes d'amélioration retenus à l'issue du diagnostic

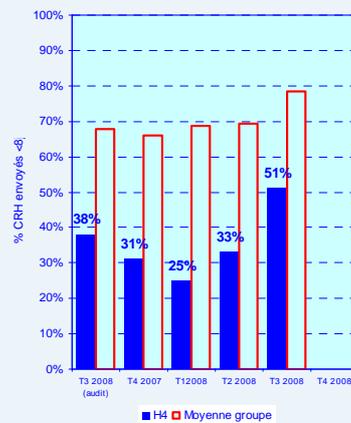
- Axe 1 : Politique du dossier patient (1 action)
- Axe 2 : Circuit du dossier patient (2 actions)
- Axe 4 : Contenu du dossier patient (4 actions)
- Axe 5 : CRH (2 actions) et loi du 4 mars 2002 (1 action)

Les indicateurs du chantier

H4: Conformité du dossier patient



H4: % de CRH envoyés sous 8 jours



Actions phares

<p>Améliorer les délais d'envoi de CRH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses actions ont été menées pour diminuer les délais de production des CRH • L'organisation du travail des secrétariats a été modifiée (temps de travail dédié à la frappe) • Le suivi des délais a été instauré en routine et un tableau de bord permet de suivre les cassettes et les absences des médecins, une communication régulière a été faite sur cette base • Des documents types ont été mis en place : CRH type, lettre de sortie type... • Dans un service, la dictée numérique a été mise en place • Le taux de CRH envoyés sous 8 jours est passé de 38 % à 51 % et cette croissance se poursuit
<p>Mise en place d'une procédure de tri du DPA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un groupe de travail a été constitué pour déterminer la grille de tri et des règles de tri pour chaque élément du DPA (quel document détruire, conserver, quand, selon quelles règles...) • Cette grille sert aussi à constituer un dossier minimum circulant, afin d'éviter la manipulation et le transport de dossiers volumineux
<p>Mise en place d'un dossier minimum commun</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le nouveau dossier comprenant dossier médical et de soins a été mis en place de façon expérimentale sur 2 services pendant 2 mois. Une première évaluation a été réalisée avec les utilisateurs et leurs remarques et suggestions ont été intégrées au dossier • Dans un second temps, le dossier a été généralisé, l'indicateur COMPAQH et FAR ont été utilisés pour suivre la mise en place et l'appropriation du dossier patient dans les services concernés

Principales suites à donner au chantier

- Généralisation du dossier commun à l'ensemble de l'établissement
- Poursuivre le travail sur le CRH et les secrétariats
- Valider et diffuser le guide d'utilisation du dossier patient

Etablissement H5

- 144+70 lits et places
- Pôle pilote : psychiatrie adulte et enfant
- Certification Juin 2007, recommandations sur le DPA :
 - Politique du DPA
 - Traçabilité de la réflexion bénéfico-risque
 - Accès 24/24 aux données cliniques
 - Règles de tenue du DPA
 - Identitovigilance
 - Gestion du DPA

Objectifs initiaux

- Méthodologie et accompagnement au changement ;
- Mettre en œuvre des outils d'harmonisation des pratiques pour une amélioration du dossier patient : aboutir à un dossier homogène, structuré type sur l'ensemble de l'établissement qui doit préparer la mise en place du dossier patient informatisé ;
- Permettre un accès 24h/24 au dossier patient et faciliter la centralisation des archives.

Axes d'amélioration retenus à l'issue du diagnostic

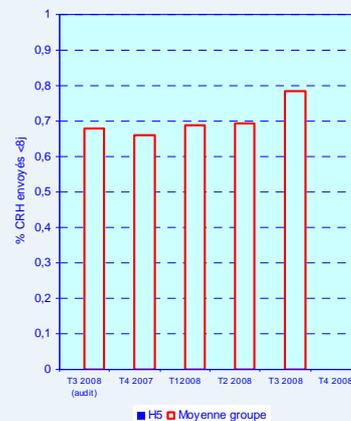
- Axe 1 : Politique du dossier patient (2 actions)
- Axe 2 : Circuit du dossier patient (2 actions)
- Axe 3 : Contenant du dossier patient (2 actions)
- Axe 4 : Contenu du dossier patient (4 actions)
- Axe 5 : CRH (2 actions) et loi du 4 mars 2002 (1 action)

Les indicateurs du chantier

H5: Conformité du dossier patient



H5: % de CRH envoyés sous 8 jours



Actions phares

Fiche de prescription	<ul style="list-style-type: none"> • Une nouvelle fiche de prescription, a été développée, à l'issue d'un travail conjoint avec le corps médical et les soignants • Cette fiche est maintenant en place dans les dossiers et utilisée en routine
Création d'un DPA unique	<ul style="list-style-type: none"> • Un important travail de conviction a permis de faire adhérer les acteurs au principe d'un tel dossier • Un groupe de travail a été constitué qui a proposé une structure type, commune à tout l'établissement. • De nombreux documents types ont été conçus par des sous-groupes de travail : fiche de désignation de la personne de confiance, fiche d'incident transfusionnel...) • Ce nouveau dossier va être testé sur un service pilote, puis adapté et secondairement généralisé
Cellule d'identitovigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Une cellule d'identitovigilance a été mise sur pied et fonctionne depuis janvier 2008

Principales suites à donner au chantier

- Finaliser les documents types
- Finaliser le DPA unique
- Rédiger le guide d'utilisation
- Améliorer l'archivage central des dossiers et l'accès 24 h /24
- Préparer l'informatisation du DPA

Etablissement H6

- 812 lits et places pour 22305 séjours
- Pôle pilote : médecine, 161 + 16 lits et places
- Certification mai 2007, recommandations sur le dossier patient :
 - Archivage
 - Epuration du dossier
 - Intégration de la psychiatrie.

Objectifs initiaux

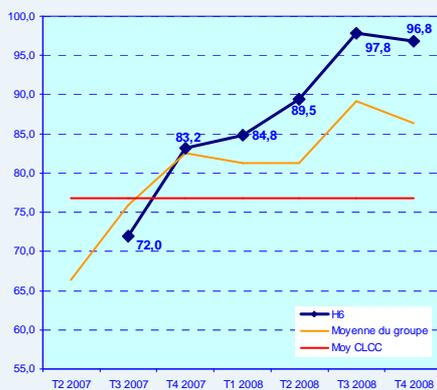
- Passage au DPI avec récupération des données du dossier patient existant ;
- Intégration des données de psychiatrie.

Axes d'amélioration retenus à l'issue du diagnostic

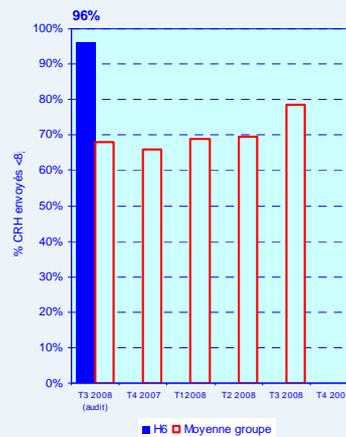
- Axe 2 : Circuit du dossier patient (2 actions)
- Axe 3 : Contenant du dossier patient (1 action)
- Axe 4 : Contenu du dossier patient (2 actions)
- Axe 5 : CRH (2 actions)

Les indicateurs du chantier

H6: Conformité du dossier patient



H6: % de CRH envoyés sous 8 jours



Actions phares

<p>Améliorer les délais d'envoi de CRH en HDJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif fixé en HDJ était de permettre au patient de repartir avec son CRH (complet ou en attente de résultats) et de supprimer les notes manuscrites • Une salle a été mise à disposition pour une secrétaire détachée sur le service d'HDJ de 12h45 à 16h00 • La dictée et la transmission des cassettes se fait au fil de l'eau, ainsi que la validation des CRH frappés • Seuls les CRH complets sont envoyés au médecin traitant • Le taux de CRH remis au patient est passé de 50 % à presque 100% dans un premier temps. Après les vacances d'été, le taux est redescendu, témoin de l'importance de mener des efforts continus. Le taux actuel est de 75 %.
<p>Réduire le volume des archives</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un responsable du chantier archives a été nommé • Après rencontre avec les archives départementales, la destruction des dossiers antérieurs à 30 ans, des patients décédés depuis plus de 10 ans et des dossiers inexploitable (inondation, incendie) est décidée • Un gain de 20 % de volume devrait être atteint
<p>Mettre en place un DPA informatisé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un groupe de travail multidisciplinaire comprenant tous les utilisateurs potentiels du dossier patient a été constitué, avec à sa tête le médecin DIM • Un important travail d'expression des besoins a été réalisé, aboutissant à la rédaction d'un cahier des charges précis pour un appel d'offre sur le DPI • Un appel d'offre a été lancé et est en cours

Principales suites à donner au chantier

- Poursuivre la réflexion sur la numérisation
- Choisir et mettre en oeuvre le dossier patient informatisé

Etablissement H7

- 806 lits et places pour 31620 séjours
- Pôle pilote : neurosciences, 193 lits et places
- Certification décembre 2006, recommandations sur me DPA :
 - Politique de tenue du DP et archivage
 - Dossier transfusionnel
 - Traçabilité de la réflexion bénéficiaire et du consentement éclairé

Objectifs initiaux

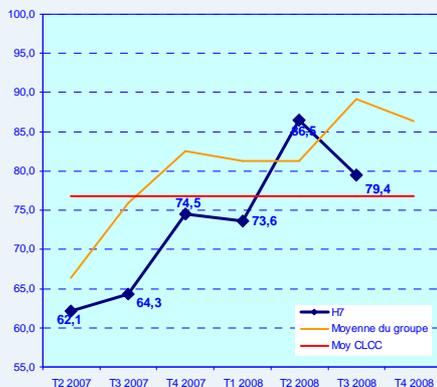
- Examiner les pratiques actuelles, l'hétérogénéité des supports et des logiciels ;
- Mettre en œuvre des outils d'harmonisation des pratiques ;
- Faciliter la centralisation des archives ;
- Préparer la mise en place du dossier patient informatisé.

Axes d'amélioration retenus à l'issue du diagnostic

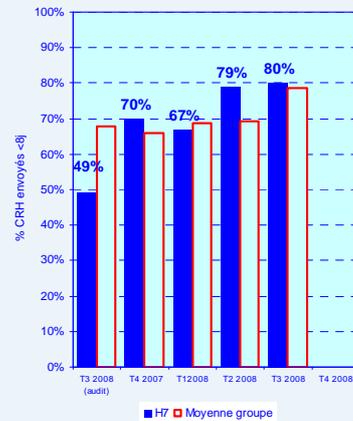
- Axe 1 : Politique du dossier patient (2 actions)
- Axe 2 : Circuit du dossier patient (1 action)
- Axe 3 : Contenant du dossier patient (2 actions)
- Axe 4 : Contenu du dossier patient (1 action)
- Axe 5 : CRH (2 actions) et loi du 4 mars 2002 (2 actions)

Les indicateurs du chantier

H7: Conformité du dossier patient



H7: % de CRH envoyés sous 8 jours



Actions phares

Améliorer les délais d'envoi des CRH	<ul style="list-style-type: none"> • Un audit des secrétariats a été mené, associé à une remobilisation des secrétariats • Un audit auprès des correspondants en ville a été réalisé, les indicateurs de délais et les résultats de ces audits ont été largement diffusés. • Le taux de CRH envoyés sous 8 jours est passé de 49 % à 80 %
Améliorer la conformité du contenu du DPA	<ul style="list-style-type: none"> • Grâce à des actions d'information, à la diffusion des résultats des audits conformité et à la mobilisation des professionnels, le score conformité du DPA est passé de 62,1 % à 79,4 %
Dossier transfusionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Les règles de création d'un tel dossier ont été fixées et le circuit du dossier transfusionnel unique défini • Une feuille de surveillance clinique a été créée • Le taux de présence du dossier transfusionnel est passé de 7 % en 2007 à 100 % en 2008

Principales suites à donner au chantier

- Poursuivre le travail sur l'organisation des secrétariats
- Améliorer le codage PMSI
- Etendre les résultats du chantier à l'ensemble de l'établissement

Etablissement H8

- 110+132 lits et places pour 7 000+15 000 (2 sites différents)
- Pôle pilote : hépato-gastro-entérologie, 30+20 lits et places
- Certification décembre 2003 + avril 2004, recommandations sur le DPA :
 - Renforcer la mise en oeuvre du PAQ du DPA
 - Traçabilité de l'évaluation clinique initiale
 - Traçabilité de la réflexion bénéfico-risque

Objectifs initiaux

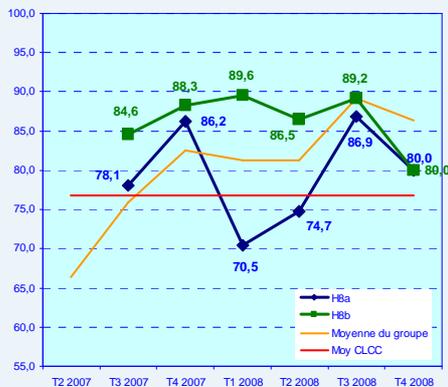
- Dans un contexte de fusion de deux établissements, homogénéisation des deux dossiers.

Axes d'amélioration retenus à l'issue du diagnostic

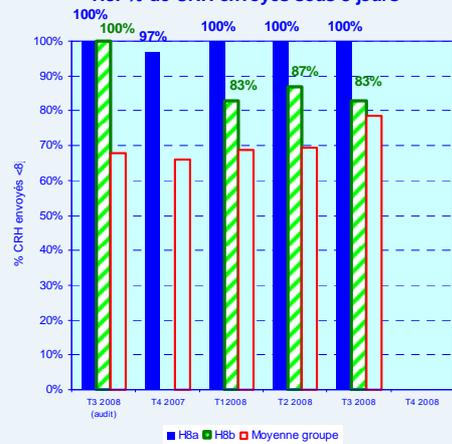
- Axe 1 : Politique du dossier patient (2 actions)
- Axe 2 : Circuit du dossier patient (3 actions)
- Axe 3 : Contenant du dossier patient (1 action)
- Axe 4 : Contenu du dossier patient (1 action)
- Axe 5 : CRH (2 actions), loi du 4 mars 2002 (2 actions) et PMSI (1 action)

Les indicateurs du chantier

H8: Conformité du dossier patient



H8: % de CRH envoyés sous 8 jours



Actions phares

Disposer d'un dossier commun sur les deux sites

- L'objectif était de fusionner les dossiers des deux sites de l'établissement
- Un comité de pilotage a piloté les travaux menés par un groupe dossiers de soins infirmiers et un groupe dossier médical
- Le dossier ainsi créé a été testé pendant quelques mois, une évaluation a été réalisée à son issue et des améliorations et ajustements ont été apportés
- Depuis juin 2008 le dossier est utilisé dans les deux établissements en prélude à la fusion

Harmoniser les procédures de transmission des dossiers (loi du 4 mars 2002)

- Les procédures de communication du dossier et d'archivage ont été révisées par un groupe de travail
- Un tableau de bord de suivi des demandes de dossier a été développé et mis en lien avec le tableau de suivi des contentieux
- Les délais de communication du dossier sont maintenant suivis et respectés. Peu de liens ont été retrouvés entre les demandes de dossier et les contentieux

Améliorer les délais d'envoi de CRH

- Un tableau de bord de suivi des délais d'envoi des CRH a été développé
- Les résultats sont largement diffusés et font l'objet d'une communication régulière en CME
- Les taux de CRH envoyés sous 8 jours sont très élevés, même si certains médecins ont encore certains retards

Principales suites à donner au chantier

- Suivre la tenue du dossier
- Sécuriser le circuit du dossier patient

5. EVALUATION DU CHANTIER

L'évaluation menée auprès des établissements à l'issue du chantier donne les résultats suivants.

100 % des établissements considèrent que le chantier a permis des améliorations significatives au niveau de l'organisation du dossier patient et ouvre des perspectives pour la suite de leurs travaux sur le sujet.

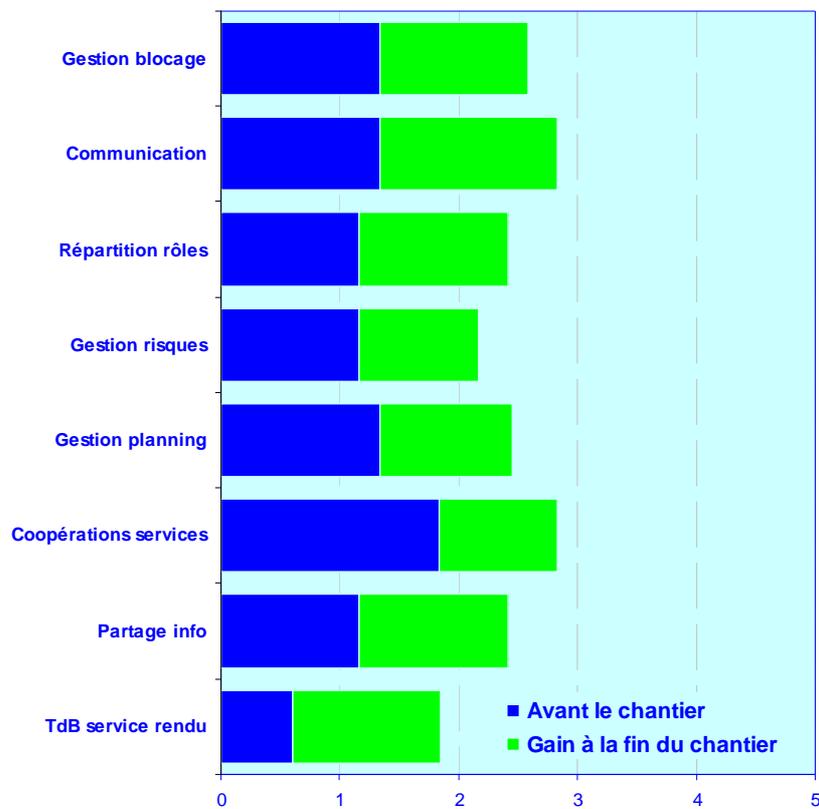


Figure 6 : Evaluation des gains apportés par le chantier pilote dossier patient sur des dimensions organisationnelles

La Figure 6 montre le niveau initial et les gains réalisés par les 8 établissements accompagnés par la MeaH sur différentes dimensions organisationnelles et de gestion de projet. Cette évaluation est faite sur une échelle croissante à 6 niveaux allant de 0 à 5.

On note que sur les 6 dimensions explorées, toutes ont été l'objet de gains de maîtrise, même si la situation est loin d'être totalement maîtrisée.

- Les améliorations les plus notables ont été enregistrées sur les axes suivants :
- Pilotage (Tableau de bord + 208 %)
- Communication interne (Partage d'information en interne + 107 %, communication interne + 113 %)
- Répartition des rôles au sein d'un projet + 107 %

Les résultats de l'évaluation des pratiques, outils, documents et méthodes utilisés pendant le chantier sont présentés dans la Figure 7. La même échelle d'évaluation croissante à 6 niveaux allant de 0 à 5 a été utilisée.

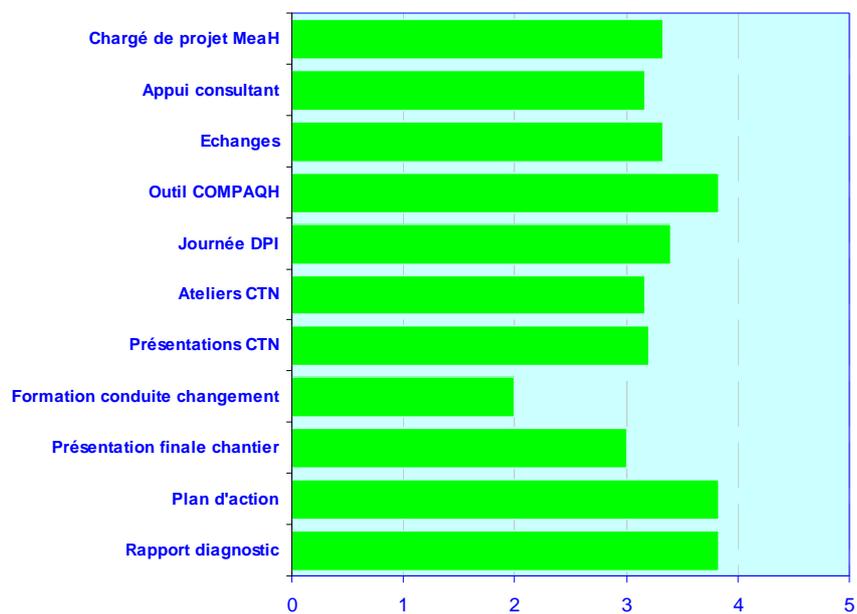


Figure 7 : l'évaluation des pratiques, outils, documents et méthodes utilisées pendant le chantier

6. CONCLUSION

Les travaux des huit établissements du chantier pilote, accompagnés par les cabinets de conseil Synapsis médical et Axelerae ont permis de constituer une base importante de capitalisation qui sera largement diffusée aux autres établissements de santé français.

Les messages présentés dans le présent rapport insistent sur l'importance du pilotage du dossier patient et la nécessité de créer une dynamique institutionnelle impliquant les acteurs de terrain pour mener des chantiers à grande échelle sur ce sujet dans un établissement de santé.

Les résultats obtenus montrent tout l'intérêt qu'une démarche projet centrée sur les aspects organisationnels du dossier patient peut avoir. Ils soulignent aussi les dangers que l'absence d'une telle réflexion peut présenter lorsqu'un établissement s'engage dans une démarche d'informatisation ou de numérisation de son dossier patient.

7. ANNEXES

7.1. Composition des groupes projet des établissements

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Professionnels médicaux								
Médecin DIM / informatique hospitalière / évaluation		✓✓	✓✓			✓✓	✓	✓
Médecins du pôle / service « pilote »	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓✓	✓
Médecin d'autres pôles	✓	✓		✓		✓		✓
Représentant de la communauté médicale (CME / CCM)			✓		✓			✓
Sage-femme	✓							
Pharmacie					✓			
Professionnels soignants non médicaux								
IDE pôle / service « pilote »	✓		✓		✓	✓		
IDE autre pôle	✓				✓			
Cadre de santé pôle service / pilote	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cadre autre pôle	✓	✓			✓	✓		✓
Aide-soignant	✓			✓		✓		
Représentant direction soignante (DSI, infirmerie générale...)						✓	✓	✓
Professionnels administratifs								
Directeur	✓					✓		✓✓
Autre personnel direction						✓	✓	
Direction qualité / service au patient		✓✓	✓	✓✓		✓	✓	✓
Archives / logistique			✓			✓		
Bureau des entrées		✓			✓			
Autres professionnels								
Secrétariat pôle / service pilote	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Secrétariat autres pôles	✓			✓	✓			
Psychologue / Orthophoniste / Nutritionniste					✓			
Technicien d'information médicale / Service informatique	✓✓	✓			✓			
✓ : Membre du groupe projet ✓✓ : Chef projet								

7.2. Tableau synoptique des plans d'actions des 8 établissements du chantier

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
1 Axe 1 : Politique du dossier patient								
• Sécuriser l'utilisation du DPA (guide, confidentialité...)	✓		✓	✓	✓		✓	✓
• Mettre en place une cellule d'identitovigilance	✓	✓			✓			
• Communiquer sur le DPA et les contraintes réglementaires							✓	✓
2 Axe 2 : Circuit du dossier patient								
• Rationaliser le circuit du DPA	✓	✓		✓	✓			✓
• Rationaliser le stockage des archives du DPA		✓			✓	✓	✓	✓
• Amélioration du pilotage des archives	✓	✓		✓		✓		✓
3 Axe 3 : Contenant du dossier patient								
• Repenser l'architecture du DPA, mise en place d'un DPA commun	✓	✓			✓		✓	✓
• Préparer le passage au DPA informatique / PACS					✓	✓	✓	
4 Axe 4 : Contenu du dossier patient								
• Maîtrise le volume du DPA	✓	✓		✓	✓	✓		
• Définir un minimum commun circulant	✓			✓	✓			
• Structurer le dossier, définir son contenu	✓			✓	✓			
• Améliorer la qualité du contenu du DPA			✓	✓	✓	✓	✓	✓
5 Axe 5 : Utilisations								
5.1 CRH								
• Mettre en place un tableau de bord	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
• Redéfinir le processus	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.2 Loi du 4 Mars 2002								
• Mettre en place un tableau de bord		✓		✓			✓	✓
• Redéfinir le processus		✓			✓		✓	✓
5.3 PMSI								
• Mettre en place un tableau de bord codage / facturation								✓
• Intégrer les éléments du PMSI dans la lettre de sortie	✓							
• Améliorer le codage et les taux de codage					✓			