

Evaluation de la qualité de la tenue des dossiers médicaux des patientes en gynécologie et en obstétrique dans un Centre hospitalier universitaire de référence, Burkina Faso

H. Zamané^{1,2*}, S. Kiemtoré^{1,2}, I. Ouédraogo^{2,3}, P.D. Kaïn^{1,2},
Y.A. Sawadogo^{1,2}, S.D. Sanou³, A. Ouattara^{1,2}, A. Dembélé^{4,5}, J. Lankoandé^{1,2}

Résumé

Le dossier médical du patient est indissociable de la pratique médicale. Cette étude a pour objectif d'évaluer la qualité des dossiers médicaux des patientes en Gynécologie et Obstétrique au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive. Un échantillon de 200 dossiers médicaux a été constitué par tirage aléatoire à partir des numéros d'enregistrement des patientes à l'admission. La grille d'évaluation utilisée a été inspirée de celle de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé qui comporte plusieurs critères. Les dossiers correspondant aux numéros tirés ont été retrouvés dans 72,5 % des cas. Ils étaient en bon état dans 76,6 % des cas. L'identité des patientes étaient notés dans tous les dossiers. Ils comportaient l'identité des prestataires dans 52,4 % des cas. Le diagnostic principal était précisé dans 99,3 % des dossiers. Les médicaments administrés étaient notifiés dans 8,3 % des cas. Le partographe était rempli dans 44,4 % des cas. La date et l'heure de sortie étaient notées dans 6,2 % des dossiers et le résumé de sortie était fait dans aucun cas. L'audit des dossiers médicaux montre des insuffisances dans sa tenue. Une sensibilisation des prestataires et la pratique régulière des audits s'avèrent nécessaires pour améliorer la qualité de la tenue des dossiers médicaux. L'informatisation du dossier patient et la mise en place d'un système d'archives centrales au CHU sont à promouvoir.

Mots-clés : Evaluation ; Qualité ; Tenue ; Dossier médical ; Gynécologie-obstétrique.

Evaluation of the quality of the keeping of the patients' medical records in gynecology and obstetrics at one reference teaching hospital, Burkina Faso

Abstract

The medical record of the patient is inseparable of the medical practice. This study has for objective to estimate the quality of the medical records of the patients in Gynecology and Obstetrics at the Teaching Hospital Yalgado Ouedraogo of Ouagadougou. It was about a transverse study with descriptive aim. A sample of 200 medical records was established by random drawing from the numbers of recording of the patients in the admission. The used assessment grid was inspired by that of the National Agency of Accreditation and of Evaluation in Health which contains several criteria. The drawn lots records were found in 72.5 %

¹ Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), Ouagadougou, Burkina Faso

² UFR/SDS Université de Ouagadougou, Burkina Faso

³ Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

⁴ Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

⁵ Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

*Auteur correspondant : Zamané Hyacinthe Gynécologue Obstétricien, Département de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU-YO, Ouagadougou, Burkina Faso. 07 BP 5826 Ouagadougou 07 ; E-mail : zamanehyacinthe@gmail.com

of cases. They were in good condition in 76.6 % of cases. The identity of the patients was noted in all the files. They contained the identity of the providers in 52.4 % of the cases. The main diagnosis was specified in 99.3 % of records. Administered medicine was notified in 8.3 of cases. The partogram was performed in 44.4 % of cases. The date and the hour of exit were noted in 6.2 % of the cases and the abstract of exit was made in no case. The audit of the medical files shows inadequacies in its holding. A raising awareness of the providers and a regular practice of audits turn out to be necessary to improve the quality of the medical record keeping. The computerization of the patient record and the implementation of a system of central archives in the Teaching Hospital are to be promoted.

Keywords: Evaluation; Quality; Keeping; Medical record; Gynecology-obstetrics.

Introduction

Le dossier du patient est indissociable de l'exercice de la médecine (Collège des médecins de Québec, 2005 ; The royal australian college of general practitioners, 2013). Il est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, pour tout patient accueilli à quelque titre que ce soit. De ce fait, le dossier médical assure la traçabilité de toutes les actions effectuées envers le patient (Haute, autorité de santé, 2006). Il est à la fois un outil de communication entre professionnel de santé, un outil d'évaluation de la qualité des soins et de l'organisation des services ; il est aussi un élément de protection tant pour le médecin que pour le patient et est d'une utilité pour l'enseignement et la recherche (Collège des médecins de Québec, 2005). Son contenu relève du secret professionnel (Biclet, 2006). La grande importance du dossier médical impose sa bonne tenue qui peut être améliorée par la réalisation d'audit périodique (Boulaye et al, 1998 ; HAS, 2006). La présente étude vise à évaluer la qualité de la tenue des dossiers médicaux des patientes en Gynécologie et Obstétrique au Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) de Ouagadougou.

Matériels et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive portant sur une période de trois mois, de janvier à mars 2014. Elle s'est déroulée dans le département de gynécologie et d'obstétrique du CHU-YO à Ouagadougou. C'est l'un des plus grands départements du CHU-YO et constitue une référence nationale pour les maternités périphériques. En 2013, il a enregistré un total de 7457 admissions avec 5185 accouchements (CHU-YO, 2013). Pour l'étude, les dossiers des patientes ayant séjourné pendant plus de 24 heures en hospitalisation ont constitué la population d'étude, excluant ainsi les mises en observation (qui sont d'une durée d'au plus 24 heures). Un échantillon de 200 dossiers médicaux a été constitué sur la base d'un tirage aléatoire à partir des numéros d'enregistrement des patientes hospitalisées contenus dans le registre des admissions. Les dossiers dont les numéros ont été tirés et qui ne répondaient pas aux critères de sélection ont été au fur et à mesure remplacés par d'autres toujours sur la base tirage aléatoire ce, jusqu'à l'obtention du nombre requis. Nous avons utilisé la formule de Scharwtz pour le calcul de la taille de l'échantillon en considérant l'état physique des dossiers comme un paramètre clé de l'audit des dossiers médicaux. Dans un contexte à peu près similaire, Somé et al trouvaient en 2010 que 95 % des dossiers des patientes étaient dans un bon état physique dans le département de gynécologie-obstétrique et de santé de la reproduction au Centre hospitalier universitaire Sourou Sanou de Bobo. En application de la formule (avec une proportion p égale à 0,95 et une marge d'erreur de 0,05 % pour un intervalle de confiance à 95 %) et en tenant compte d'un taux de non répondant de 10 %, la

taille minimale calculée de l'échantillon était 81. L'étude a concerné 200 dossiers médicaux. L'évaluation de ces dossiers s'est effectuée à l'aide d'une grille d'audit élaborée en s'inspirant de celle de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé qui comporte plusieurs critères (ANAES, 2003). Pour chaque critère, la grille a prévu comme réponse « oui » si le critère était observé, « non » dans le cas contraire et « non applicable » si ni oui ni non. Le pourcentage d'observation des critères a été calculé en excluant les réponses « non applicables ». Les principales données collectées étaient constituées des informations sur l'archivage des dossiers, sur leur tenue générale et leur remplissage. Les critères sur le remplissage ont concerné les données d'identification et d'admission des patientes, les informations médicales enregistrées au cours du séjour puis les informations relatives à la sortie des patientes. L'anonymat des patientes et la confidentialité des données ont été respectés dans les règles de l'éthique. Toutefois, le protocole de l'étude n'a pu être soumis à l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé.

Résultats

Informations sur l'archivage

Des 200 dossiers tirés au sort, 145 (72,5 %) ont été retrouvés. Il existait deux salles d'archives pendant la période d'étude, une secondaire qui abritait essentiellement les dossiers médicaux des patientes ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale et l'autre principale où étaient conservés les dossiers des autres patientes. En plus, il existait trois autres lieux de stockage temporaire des dossiers.

Aspects généraux de la tenue du dossier

Cinquante neuf dossiers (40,7 %) étaient bien rangés. La notification de la date et de l'heure des écrits ainsi que des références du service sur chaque pièce du dossier était effective dans moins d'un tiers des cas. L'identité du prestataire était mentionnée dans la moitié des cas (tableau I).

Tableau I. Tenue générale des dossiers (n = 145)

Variables	Oui n (%)
Support matériel en bon état	111 (76,6)
Références du service sur chaque pièce	19 (28,4)
Identité du patient sur chaque pièce	56 (83,6)
Identité du prestataire sur les écrits	76 (52,4)
Date et heure de rédaction des écrits	31 (21,4)
Ecrits lisibles	144 (99,3)
Ecrits indélébiles	145 (100)

Notification des données d'identification des patientes

Le nom, prénom et l'âge de la patiente étaient mentionnés sur l'ensemble des dossiers. Par contre, le contact de celle-ci n'était pas notifié dans près d'un tiers des cas. L'identité et le contact de la personne à prévenir en cas de besoins ne figuraient sur aucun des dossiers (tableau II).

Tableau II. Notification des données d'identification des patientes (n = 145)

Variables	Oui n (%)
Nom et prénoms	145 (100)
Date de naissance ou âge	145 (100)
Lieu de résidence	143 (98,6)
Contact de la patiente	102 (70,3)
Profession	142 (97,9)
Situation matrimoniale	114 (78,6)
Identité et contact de la personne à prévenir	0

Notification des informations médicales

Le mode d'admission, les données de l'examen clinique, le diagnostic principal ainsi que les prescriptions médicales ont été mentionnés dans plus de 90 % des cas (tableau III). Les résultats d'examens complémentaires étaient transcrits dans environ $\frac{3}{4}$ des cas et le traitement administré dans moins de 10 % des cas. Pour les patientes référées ou évacuées, deux tiers des documents de référence étaient présents dans le dossier. La date, l'heure ainsi que le résumé de sortie n'étaient quasiment pas notifiés.

Tableau III. Notification des informations médicales (n=145)

Variables	Oui n (%)
Mode d'entrée	140 (96,6)
Date et heure d'entrée	122 (84,1)
Présence du document de référence	66 (67,3)
Motif d'admission	125 (86,2)
Histoire de la maladie ou de la grossesse	142 (97,9)
Antécédents et facteurs de risque	145 (100)
Conclusion de l'examen initial	136 (93,8)
Validation de l'examen d'étudiant par le sénior	114 (92,7)
Diagnostic principal	144 (99,3)
Prescriptions médicales	142 (97,9)
Résultats des examens para cliniques	106 (73,1)
Médicaments administrés	12 (8,3)
Partogramme	28 (44,4)
Fiche d'anesthésie	2 (3,1)
Compte rendu opératoire	65 (100)
Dossier transfusionnel	0
Mise à jour régulière	93 (64,1)
Date et heure de sortie	9 (6,2)
Mode de sortie	89 (61,4)
Examen de sortie	47 (32,4)
Résumé de sortie	0
Prescription de sortie	58 (40)
Présence du double de la fiche de contre référence	0 (0)

Discussion

Le code unifié de déontologie médicale de l'espace de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) dont le Burkina Faso est membre stipule que le praticien doit protéger les dossiers médicaux avec sûreté et traiter les informations sur les patients de manière strictement confidentielle (CEDEAO, 2013). Celui des médecins français exige que les dossiers médicaux soient conservés pendant trente ans après le dernier contact avec le patient, en lieu sûr et en tenant compte du respect du secret professionnel (Conseil National de l'ordre des Médecins, 2015). Pour un bon archivage, les lieux de stockage des dossiers devraient être appropriés, c'est-à-dire permettre de bien les conserver en toute sécurité, de les retrouver facilement en cas de besoin et d'assurer la confidentialité de leur contenu en restreignant leur accès aux personnes en ayant le droit. Dans notre étude, ces lieux étaient inadaptés, de faible capacité et encombrés ce qui peut rendre difficile la recherche des dossiers en cas de nécessité. Une proportion non négligeable (27,5 %) de dossiers était alors restée introuvable. Un constat similaire a été fait par Somé et al en 2010 à Bobo-Dioulasso. La pluralité des lieux de stockage des dossiers observée lors de l'étude ne permet pas leur bonne gestion. La mise en place d'un système d'archives centrales ainsi que l'informatisation du dossier patient sont des stratégies à promouvoir pour l'amélioration de la conservation des dossiers médicaux (Ovretveit *et al.*, 2007 ; Birmele *et al.*, 2013).

La tenue générale des dossiers était marquée par de multiples insuffisances. En effet, les écrits n'y étaient pas souvent horodatés et les prestataires ne s'identifiaient pas toujours. Pour une bonne appréciation de l'évolution de l'état de santé des patients ainsi que pour un suivi de qualité, il est important que la chronologie des décisions et des soins prodigués puisse être facilement traçable à travers le dossier médical. Chaque écrit dans le dossier engage la responsabilité du prestataire qui, de ce fait, devrait à chaque fois s'y identifier.

La notification des informations médicales au cours du séjour comportait des insuffisances. En exemple, le taux de remplissage du partographe pour les accouchements était de 44,4 %. Cela n'est pas en faveur de la qualité des soins en salle d'accouchement quand on sait que le partogramme est un important outil de détection précoce des dystocies et de prise de décision au cours du travail d'accouchement (Martin, 2010). Les résultats des explorations complémentaires et les soins prodigués étaient insuffisamment mentionnés dans les dossiers. Le dossier transfusionnel et la fiche d'anesthésie pour les cas spécifiques de transfusion sanguine et d'intervention chirurgicale étaient quasi absents des dossiers médicaux. Pourtant la traçabilité de l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux est capitale pour la bonne prise en charge des malades et constitue un élément de preuve et donc de protection des prestataires en cas poursuite judiciaire (Collège des Médecins de Québec, 2005 ; Becllet, 2006 ; Ovretveit *et al.*, 2007). Le dossier médical se doit d'être le reflet fidèle de l'état du patient comme de l'ensemble des soins qui lui sont prodigués et de tout événement le concernant (Collège des médecins de Québec, 2005). Boulaye *et al.* ont relevé cette sous notification des données en cours séjour. La situation était meilleure concernant les données d'identification des malades (excepté les contacts téléphoniques), le motif d'admission, les données de l'examen clinique et le diagnostic (ou hypothèses diagnostiques). Ces différents éléments bien notifiés figuraient dans la partie structurée du dossier et ne demandaient qu'à être renseignés. La meilleure notification des informations dans le dossier médical structuré par rapport au dossier non structuré est relevée dans la littérature (Smith *et al.*, 2005 ; Alberti *et al.*, 2006 ; Arar *et al.*, 2006 ; Sriha Belguith *et al.*, 2015). Cela pourrait être expliqué par le fait que

le dossier structuré constitue un canevas préétabli pour le praticien et oblige celui-ci à structurer son entretien avec le malade en fonction des éléments à compléter sur le dossier. Quant aux informations sur la sortie des patientes, elles étaient pour la plupart des cas insuffisamment ou non remplies. Dans la littérature, ces informations de sortie étaient moins renseignées que celles d'entrée. (Bourdillon, 2005 ; Somé *et al.*, 2010). Elles sont pourtant importantes car contribuent à assurer le suivi du traitement et la continuité des soins en cas de réadmission. Aussi, ces données permettent de faire le lien avec la structure d'origine des patientes évacuées ou référées à travers l'établissement d'une fiche de contre référence. En effet, la contre référence est un important outil de communication entre les acteurs de santé de différentes structures. Elle participe au continuum des soins des malades et est d'une importante pédagogie. Le double de cette fiche de contre référence n'a été retrouvé dans aucun des dossiers. Nayaga rapportait en 2012, dans le même service, un faible taux de réalisation de contre références écrites. Divers moyens sont mis à contribution pour la retro information en guise de contre-référence dont le téléphone (Thiam *et al.*, 2013). Toutefois, le support papier en assure mieux la traçabilité.

Conclusion

On ne saurait trop insister sur la nécessité pour le médecin de s'astreindre à une excellente tenue des dossiers (Collège des médecins de Québec, 2005). Notre étude a permis de révéler que des progrès restent à faire tant sur le plan du remplissage des informations règlementaires des dossiers que sur le plan de leur archivage. Pour ce faire, la mise en place d'un système d'archive centrale, l'informatisation du dossier patient ainsi que le renforcement des efforts de sensibilisation des prestataires sont autant de stratégies utiles. La pratique régulière des audits de la tenue des dossiers pourrait être d'un apport considérable à l'objectif d'amélioration de cette tenue.

Références bibliographiques

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2003. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations.
- Alberti H., Boudriga N., Nabli M., 2006. Disease-specific medical records improve the recording of processes of care in the management of type 2 diabetes mellitus. *Public Health*; 120:650-3.
- Arar N.H., Wang C.P., Pugh J.A., 2006. Self-care communication during medical encounters: implications for future electronic medical records. *Perspect Health Inf Manag.*; 3: 3.
- Biclet P., 2006. Le dossier médical dans tous ses états. *Médecine & Droit* ; 174-5
- Birmele B., Bocquillon B., Papon R., 2013. Le dossier informatisé : entre partage des données pour une prise en charge optimale du patient et risque de rupture de la confidentialité. *Médecine & Droit* ; 135-41.
- Boulay F., Chevallier T., Gendreike Y., Mailland V., Joliot Y., Sambuc R., 1998. Méthode d'audit de la qualité du dossier médical : audit de 467 dossiers médicaux dans le cadre du contrôle de qualité PMSI. *Santé Publique* ; 10(1) : 5-15.
- Bourdillon F., 2005. Dossier du patient. *EMC Médecine* ; 2 : 385-91.
- Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, 2014. Annuaire statistique 2013.
- Collège des médecins de Québec, 2005. La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ; Montréal.
- Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest, 2013. Code de déontologie harmonisé des médecins et chirurgiens-dentistes dans l'espace CEDEAO.
- Conseil national de l'ordre des médecins, 2015. Code français de déontologie médicale Consulté le 28 décembre 2015, site web www.conseil-national.medecin.fr

Haute autorité de santé (HAS), 2006. Audit clinique ciblé, méthode d'amélioration de la qualité des soins. Consulté le 30 décembre 2015, site web www.has.sante.fr

Martin S., 2010. Surveillance clinique et para clinique du travail normal. In : Marpeau L. Précis d'obstétrique. Paris : Elsevier Masson ; p 98-110.

Nayaga R., 2012. Pertinence des références en urgence au service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Thèse de Médecine. Université de Ouagadougou; n° 196.

Ovretveit J., Scott T., Rundall T., Shortell S., Brommelsa M., 2007. Implementation of electronic medical records in hospitals: two case studies, *Health Policy*; 84:181-90.

Smith PA-GR, Bublitz C., 2005. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA* 293(5):565-71.

Somé A.D., Ouattara S., Barro S., Bambara M., Dao B., 2010. Audit des dossiers médicaux dans un CHU africain. *Cahier Santé*; 20 (3) : 167-71.

Sriha Belguith A., Elmhamdi S., Bouanene I., Ben Salah A., Harizi C., Soltani Essoussi M., 2015. Qualité de notification sur le dossier médical en première ligne. *Tunisie Médicale* ; 93(03) : 148-52.

The royal australian college of general practitioners (RACGP), 2013. Quality health records in Australian primary health care. Consulté le 18 novembre 2015. https://www.surgeons.org/media/20080416/quality_health_records_-_a_guide.pdf

Thiam O., Cissé M.L., Mbaye M., Niang M.M., Gueye M., Diouf A.A. et al., 2013. La problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : exemple du Centre Hospitalier de Ndoum. *Rev CAMES SANTE* ; 1(2):51-6.2) : 51-6