

La fiche opérationnelle, outil de gestion du patient.

V. De Brouwere, G. Kegels et W. Van Lerberghe

juin 1989

Health Community Working Paper n°28

Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique  
Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold  
Antwerpen

## 1. INTRODUCTION.

Dans le cadre d'un système d'information sanitaire à l'échelon d'un district, un grand nombre de supports de données peuvent être mis en place. Il est cependant possible de systématiser les supports en fonction de leur finalité, qui peut se situer:

au niveau "opérationnel" où le responsable de la formation sanitaire les utilise pour gérer le ou les programme(s) individuel(s) du patient;

au niveau "tactique", pour la gestion des formations sanitaires (évaluation des activités sanitaires, évaluation financière, utiles pour la planification).

Au niveau opérationnel, plusieurs types de supports d'information peuvent être employés comme outils de gestion du patient :

a. la "Fiche Opérationnelle" dont la fonction principale est d'aider à la réalisation d'un programme individuel bien défini;

b. la "Fiche de synthèse" dont la fonction principale est de compiler les informations pertinentes pour l'avenir du patient, soit provenant des fiches opérationnelles ou des lettres de transfert de l'échelon de référence (hospitalisation ou consultation), soit concernant des caractéristiques importantes pour la santé de l'individu (groupe sanguin, allergies, statut vaccinal,...);

c. le "Dossier Familial" dont la fonction principale est de définir la famille (par exemple, adresse, noms, date de naissance et liens de parenté des membres de la famille) et de rassembler les "fiches de synthèse" de chaque individu appartenant à la "famille";

d. les "documents de transfert" qui accompagnent le malade d'une formation sanitaire à l'autre de façon à assurer la continuité de la prise en charge du patient dans le système ou vers un autre système.

Ce "working paper" décrira plus spécifiquement la "fiche opérationnelle".

## 2. LE CONCEPT DE FICHE OPERATIONNELLE.

### 2.1. DEFINITION

La Fiche Opérationnelle (FO) est le support d'information utilisé par une formation sanitaire quand elle doit assurer la prise en charge d'une personne pour un problème spécifique pour lequel un programme (une stratégie) a été défini. La notion de "programme" implique un suivi actif du patient, ce qui signifie que, le cas échéant, l'initiative du contact (ou du "recontact") peut être prise par le personnel soignant.

Cette FO contiendra toutes les informations nécessaires, pertinentes pour résoudre les problèmes de la personne prise en charge. La FO existe aussi longtemps que la prise en charge est assurée par une formation sanitaire.

A partir de cette définition nous décrirons les objectifs de la FO, son utilisation, ce qu'on en fait après usage et les problèmes habituellement rencontrés avec les FO existants.

### 2.2. OBJECTIFS

2.2.1. Assurer la réussite d'un programme individuel.

2.2.1.1. Aider à prendre les bonnes décisions dans un programme individuel.

Le premier but de la FO est d'aider celui qui prend en charge un malade ou une personne à risque à prendre les bonnes décisions concernant le problème de cette personne.

Quel type de problème nécessite une FO ?

En théorie, on pourrait dire que chaque fois qu'un programme de soins individuels existe, une fiche

opérationnelle devrait être prévue; et plus spécifiquement tous les épisodes significatifs<sup>1</sup> pour lesquels un suivi devrait être organisé nécessitent une FO.

En pratique, les épisodes significatifs peuvent se regrouper en deux catégories principales<sup>2</sup> :

a. les personnes soumises à un "haut risque" durant une période de temps limitée; par exemple :

- . les enfants de moins de 5 ans
- . les femmes enceintes
- . les femmes à risque de grossesse soit dangereuse pour leur santé soit indésirable et qui sont sous contraception contrôlée.

b. les personnes souffrant d'une maladie chronique vulnérable ou se trouvant dans des conditions nécessitant une surveillance continue en vue de détecter précocement une rechute ou un risque particulier; par exemple : tuberculose, lèpre, trypanosomiase, anémie falciforme, malnutrition, décompensation cardiaque, hypertension, diabète, etc.

Dans la plupart des autres situations, et particulièrement en cas d'épisode aigu, il n'est pas conseillé d'enregistrer les événements d'une façon aussi systématisée. Par exemple, en cas d'épisode aigu, la formation sanitaire n'essaiera pas habituellement de prendre des mesures spécifiques pour assurer la continuité. L'enregistrement sur un support spécifique autre qu'un "ticket" ou un "carnet de santé" appartenant au malade prendrait beaucoup trop de temps, temps qu'il serait préférable de consacrer à la communication avec le malade.

#### 2.2.1.2. La FO, symbole de "contrat".

Le deuxième objectif de cette FO est d'être un symbole tangible du "contrat" entre la formation sanitaire et la

<sup>1</sup> On entend par épisode significatif un événement dans la vie (grossesse, petite enfance, etc.) ou un problème de santé (tuberculose, lèpre, HTA, etc.) qui peuvent influencer des décisions médicales à court ou à long terme.

<sup>2</sup> Les personnes dont l'état de santé a nécessité une admission à l'hôpital forment une troisième catégorie qui n'est pas abordée ici.

personne prise en charge sur base du programme individuel spécifique.

#### 2.2.1.3. Aider à assurer la régularité.

Le troisième objectif sera d'être un instrument dans la détection des problèmes du suivi (identification des irrégularités du patient au suivi du programme).

#### 3.2.2. Etre un instrument d'évaluation et de recherche.

Le deuxième but d'une FO est de fournir les données de base nécessaires à l'évaluation du programme ou à la recherche; cet objectif sort donc du cadre "opérationnel" individuel, et s'inscrit dans le cadre "tactique" (cf l'introduction); des recherches peuvent être menées:

- sur l'efficacité opérationnelle du service:
  - délai de mise en traitement/prise en charge de l'épisode à risque (couverture).
  - délai de transfert .
  - régularité des visites.
- sur l'efficacité technique de la stratégie préconisée par le programme:
  - critères d'"éligibilité", de mise en traitement (moyens diagnostiques)
  - évolution du problème : dépistage précoce de complications.
  - évaluation du traitement choisi selon la catégorie (NC/AC, par exemple).
- dans le cadre de la surveillance épidémiologique.
- sur le profil des clients du programme (connaître les motivations, caractéristiques sociales, démographiques et autres, des personnes qui se présentent à la consultation, symptômes qui mènent à consulter, etc.)
- sur l'utilité relative/absolue des différentes unités sanitaires pour la prise en charge, en comparant les performances de différentes formations sanitaires entre elles.

Il faut encore bien spécifier les critères de modification dans la stratégie.

### 2.3. LA FO A TRAVERS L'EPISODE SIGNIFICATIF: LES ETAPES.

Elle doit également assurer la régularité : permettre d'identifier si la personne est régulière (échancier) et de prendre les mesures nécessaires pour assurer cette régularité (invitations écrites, visites à domicile). Enregistrer ces actions.

La première question concerne la décision d'ouvrir une fiche : pourquoi ? pour qui ? Il faut donc déterminer les critères d'initiation d'un programme individuel qui nécessite une FO.

Une stratégie de prise en charge doit être élaborée au préalable. Elle doit être standardisée dans le sens qu'elle doit couvrir toutes les situations pour tous les cas.

Une fois cette question résolue et la fiche ouverte, il faut appliquer la stratégie : quelle action initier, comment la suivre, et quand arrêter le suivi?

Le cheminement (aspects stratégie) doit être clair et standardisé. Les étapes de ce cheminement doivent être formulées sur la fiche :

#### 2.3.1. initier l'action :

Sur la FO doivent être inscrites les raisons de prise en charge (en spécifiant les moyens diagnostiques), la décision concernant le traitement ou l'identification de risques particuliers qui entraînent une décision thérapeutique (ex : identification d'un problème d'anémie par la méthode de Sahli chez une femme enceinte entraînant la décision d'une référence ou d'un traitement local avec du fer et de l'acide folique) en reprenant très précisément combien de quoi a été donné pour combien de temps et sous quelle forme; dans la mesure où le programme individuel est standardisé, cela pourra se faire d'autant plus facilement.

#### 2.3.2. assurer le suivi :

La FO doit prévoir l'enregistrement de l'évolution du problème de santé et des actions entreprises: modification ou non du traitement (ex: en cas de tuberculose, enregistrement des résultats de l'examen de crachats, si le résultat de celui-ci mène à une décision : arrêter le traitement, le modifier ou continuer le même ?).

#### 2.3.3. clôturer l'action :

Il faut des critères de décision pour clôturer une FO, et la décision concernant la clôture de la prise en charge doit être mentionnée sur la FO: décès, abandon, guérison ou fin du risque, transfert.

### 2.4. QUE FAIRE DE LA FO A LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE PAR UN SERVICE DE SANTE DEFINI ?

#### 2.4.1. l'épisode est terminé :

- par une guérison : une synthèse de la FO est transcrite sur la "Fiche de Synthèse" (FS) et la FO est envoyée aux "archives" à des fins d'évaluation/recherche;
- par un décès : la FO est envoyée aux archives.

#### 2.4.2. l'épisode n'est pas terminé,

- mais il y a eu échec : après synthèse sur la FS la FO est envoyée aux archives; éventuellement, une autre fiche est ouverte si la stratégie prévoit un traitement de 2ème ligne;
- mais il y a eu abandon : la fiche est envoyée aux archives et les renseignements pertinents transcrits sur la FS;
- mais la personne a déménagé : la FO (de même que l'ensemble des informations individuelles : FS, dossier familial) est transférée au service de santé qui prendra en charge la personne et assurera ainsi la continuité.

### 3. REVUE DES PROBLEMES HABITUELLEMENT RENCONTRES

A l'occasion d'une série de conférences - au Cours International pour la Promotion de la Santé (CIPS 88-89) - sur le système d'information, un questionnaire a été remis aux participants (voir en annexe 2). Dans ce questionnaire il était demandé d'identifier, pour chaque FO existant dans le district où le participant travaillait, qui gérait la fiche, ce que la fiche prévoyait comme décision, où elle était classée et si les informations entrées étaient transférées ou analysées sur place.

Quatorze participants (représentant 11 pays) ont répondu, provenant en majorité des pays d'Afrique Occidentale ou Centrale francophone<sup>3</sup>.

Sur base de ce matériel et de l'expérience des auteurs, un certain nombre de "problèmes habituels" liés aux fiches opérationnelles ont été identifiés.

#### 3.1. Inexistence de fiches.

Le premier problème rencontré est l'existence de programmes sans fiches opérationnelles ou même sans instructions systématisées pour la prise en charge du problème pour lequel le programme a été conçu.

#### 3.2. Problèmes lors de l'ouverture.

- Qui est responsable de l'ouverture de la FO ?

Le problème le plus souvent identifié a été la confusion de responsabilité entre le responsable du diagnostic (le médecin, le laboratoire si le problème a nécessité un examen "spécialisé") et le responsable de la prise en charge: la fiche était ouverte par celui qui avait fait le diagnostic et non par celui qui devait prendre en charge le malade. Cette confusion a un impact sur la continuité: elle diminue la motivation, et du responsable de la prise en charge et du malade, à assurer la régularité<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Deux Burkinabé, deux Zaïrois, deux Malgaches, un Nigérien, un Camerounais, un Congolais, un Rwandais, un Malien, un Tchadien, un Péruvien, un Haïtien.

<sup>4</sup> L'équipe du Projet Kasongo: "L'impact des niveaux primaire et secondaire de soins de santé sur les activités de lutte contre la tuberculose à Kasongo (Zaire)". Bulletin

- Quand ouvrir une FO ?

Les critères d'ouverture d'une fiche sont surtout l'objet de confusions lors d'épisodes de maladie (lèpre, tuberculose, etc.). La confusion provient le plus souvent du manque de critères pour décider d'un "cas de". Les éléments sont soit non standardisés (donc soumis à l'interprétation variant d'une personne à l'autre), soit tout simplement inexistantes ("lorsque vous avez détecté une hypertension, vous ouvrez la FO" - sans spécifier ce qui constitue une hypertension artérielle).

Pour les épisodes préventifs (consultation prénatale et consultation préscolaire) la confusion est beaucoup plus rare, puisque ces situations sont moins ambiguës.

#### 3.3. Problèmes lors de l'utilisation.

1. Absence de prise de décision suite à l'enregistrement de l'évolution de l'épisode. Des signes peuvent être enregistrés mais aucune décision n'est prévue pour modifier le suivi ou le traitement. L'exemple classique est la fiche de consultation prénatale dans laquelle on demande d'identifier toute une série de signes de risque sans que l'attitude en face de ces risques n'ait été exprimée: référence immédiate ? traitement sur place ? Cette absence de décision peut se situer à deux niveaux. Il se peut que la stratégie même de prise en charge n'existe pas ou n'est pas suffisamment explicite. Dans ce cas, il n'est pas étonnant que la FO ne prévoit pas d'enregistrement standardisé de la décision. Il se peut également que la stratégie existe on elle-même, mais ne se reflète pas sur la FO utilisée. Dans ce cas, on a raté une occasion d'améliorer l'application de la stratégie élaborée.

2. Absence de décision concernant la récupération du patient qui a abandonné le traitement: que faire ? (invitation écrite ? visite à domicile ?) Après quel délai ?

3. Fiche non classée ou classée d'une telle façon que cela ne permet pas d'identifier l'absence à un rendez-vous (pas d'échéancier).

### 3.4. Problèmes lors de la clôture.

Pas de critères de décision concernant la clôture de l'épisode : la fiche - dans certains cas - reste ouverte indéfiniment. Dans d'autres cas la fiche est clôturée après une période variable, sans critères standardisés : les concepts d'"épisode terminé", d'"échec", d'"abandon" ne sont pas clairs.

### 3.5. Problèmes concernant l'utilisation de l'information au niveau local (Formation sanitaire et district).

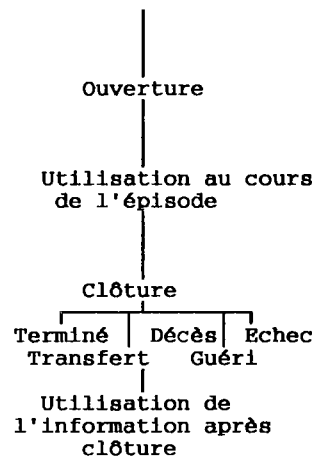
Très souvent les fiches ne sont pas analysées au niveau local. Une analyse même simple permettrait cependant d'évaluer la qualité opérationnelle de la prise en charge en termes de continuité (pourcentage d'abandons) et l'efficacité de la formation sanitaire dans sa capacité à appliquer le programme (pourcentage de guéris, d'"épisodes terminés")

### 3.6. Problèmes concernant l'utilisation de l'information par les responsables des programmes au niveau central.

Dans beaucoup de districts, l'information n'est jamais transférée, ni sous forme synthétisée (rapport) ni sous forme brute (les FO mêmes) au niveau central. Il y a donc une perte d'information pour évaluer la qualité, l'efficacité et l'efficience du programme en général et selon les formations sanitaires (comparaison inter-formations).

### 3.7. Tableau récapitulatif.

#### Fiche Opérationnelle



#### Problèmes identifiés

1. Pas de FO pour tous les programmes en cours.
2. Responsable du diagnostic différent du responsable du patient
3. Pas de décision prévue.
4. Pas d'échéancier.
5. Pas de mesures de récupération prévues.
6. Pas de critères pour la clôture
7. Pas d'évaluation au niveau local de la qualité/efficacité de l'application du programme
8. Pas d'évaluation au niveau national de l'efficacité/efficience du programme. Pas de comparaison inter-formations

ANNEXE 1.

Enquête CIPS : Objet des fiches mentionnées<sup>5</sup>.

Consultation Prénatale:	14
Consultation Préscolaire:	9
Tuberculose:	8
Planning Familial:	6
Lèpre:	5
Récupération Nutritionnelle:	4
Trypanosomiase:	2
Rage:	1
Insuffisance cardiaque:	1
Diabète:	1
Réhydratation orale:	1
Immunisation:	1
Hospitalisation:	1

<sup>5</sup> Sur 14 réponses.

1) Chef de famille  CS <input type="text"/> DN <input type="text"/>	3) Collectivité Cité <input type="text"/> Localité <input type="text"/> Quartier <input type="text"/> Sous localité <input type="text"/> Avenue <input type="text"/>	4) Zone Pré-natale N° <input type="text"/> TR <input type="text"/> C <input type="text"/> MAT <input type="text"/>	n° <input type="text"/> 6) Renseignements généraux : age <input type="text"/> ans-nombre d'accouch. <input type="text"/> - Primigeste ( et 2ième geste ) taille <input type="text"/> cm <input type="text"/> ≥ 150 cm <input type="text"/> ≤ 149 cm - Multigeste : accouch. préc. : à domicile <input type="text"/> mat normal <input type="text"/> anormal date <input type="text"/> enfant né vivant <input type="text"/> mort-né <input type="text"/> SI deux derniers acc. prém. mort. nés 7) Examen et interrogatoire - Oedèmes absents <input type="text"/> présents <input type="text"/> - Mictions douloureuses absentes <input type="text"/> présentes <input type="text"/> Albumine négative <input type="text"/> Albumine positive <input type="text"/> - Hémoglobine ≥ 60% <input type="text"/> de 50% à < 60% <input type="text"/> - DR connues oui <input type="text"/> non <input type="text"/> FU <input type="text"/> cm moins de 50% <input type="text"/> - A partir du 6e mois, pertes de sang absentes <input type="text"/> présentes <input type="text"/> - Autre plainte : non <input type="text"/> oui <input type="text"/>
5) Date 1ère visite <input type="text"/> Date dern. règles <input type="text"/> Date prévue acc. <input type="text"/> 8) Immunisation : non <input type="text"/> oui <input type="text"/> date inject. <input type="text"/> 1e VAT <input type="text"/> 2e VAT <input type="text"/> 9) TCE donné <input type="text"/> non donné <input type="text"/> 11) Instructions éventuelles données par le médecin	10) Examen de contrôle date <input type="text"/> - Mictions douloureuses non <input type="text"/> oui <input type="text"/> * traitées auparavant <input type="text"/> A.T. négative <input type="text"/> * non traitées auparavant <input type="text"/> A.T. négative <input type="text"/> - Examen après visite chez le médecin et mortel <input type="text"/>		

12) Consultation spontanée date  motif

13) Examen au 9e mois date  position verticale  transverse   
 Hb plus de 50%  moins de 50%

Autre plainte :

Décision communiquée à la femme et inscrite sur la fiche personnelle : DOMICILE oui  non

14) Accouchement date

Enfant Poids  Garçon  Filles

Né vivant  Mort né

Complications :

Lieu: Domicile

Avec accoucheuse  Sans accoucheuse

Maternité normal  ventouse  césarienne  autre

Décès maternel non  oui  cause

Complications maternelles : absentes

présentes  hémorragie  avec transfusion  sans transfusion

métrite ou péritonite  déchirure périn. tot.  autre

15) Naissances désirables — intervalle entre les 2 derniers accouchements : plus de 2 ans  moins de 2 ans   
 — moins de 7 accouchements  plus de 7 acc.

— césarienne ( ou embryotomie ou rupture utérine ) non  oui

Eligible pour la contraception non  oui

communiqué à la mère oui

16) Rendez vous

Date	Motif	venue le	M	Date	M	Date	Motif	venue le	M	Date	M	Date	
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Chef de famille :

Noms  (1) (2) (3) (4) (5) (6)

D. N.  (10) (11) (12) (13) (14) (15)

C. L - Cité  (16)

Quartier  (17)

Avenue  (18)

Localité  (19)

Capita  (20)

Date	Poids	EX BK	C. S.
(7)	(8)	(9)	(10)
(14)	(15)	(16)	(17)



R V

Motif

Venu in

M

Date

M

Date

M

Date

Médicaments

R V

Motif

Venu le

M

Date

M

Date

M

Date

Motif

CENTRAF 6