

Encodage et tableau de bord

Comment débuter ?

Comment progresser ?

Expériences de terrain - trucs et astuces

*Marie Marganne - Service études et recherche de la Fédération des maisons médicales
Marianne Prévost - Espace Promotion santé et qualité de la Fédération des maisons médicales
Séverine Declercq - stagiaire en santé publique*

version septembre 2011





Un tableau de bord en maison médicale, qu'est-ce que c'est ?

Un outil qui permet de décrire la population suivie et de piloter certaines activités, il est constitué à partir d'un ensemble de données extraites des dossiers des patients.

La Fédération des maisons médicales propose un tableau de bord comprenant 19 variables et fournit à chaque équipe une analyse de ses données. Par ailleurs, elle analyse de manière anonyme l'ensemble des données de façon à avoir une image des pratiques en maison médicale.

Chaque équipe peut réaliser son propre tableau de bord, librement inspiré de celui-ci.

Pour vous permettre de profiter des conseils, des expériences d'autres équipes qui se sont lancées dans ce projet et qui ont trouvé des solutions aux problèmes rencontrés.

Ce document émane du terrain : il a été réalisé à partir des échanges qui ont eu lieu entre équipes lors des séminaires de septembre 2010 relatifs au tableau de bord.

Ce document pourra vous être utile au-delà du tableau de bord proposé par la Fédération : par exemple, pour construire votre propre tableau de bord en sélectionnant d'autres données, pour améliorer votre encodage - et donc la tenue de vos dossiers informatisés.

Nous souhaitons que chacun puisse y trouver de quoi alimenter sa réflexion, sa pratique, son envie d'avancer, son esprit critique aussi : chaque équipe est différente, il n'y a pas de réponse toute faite mais bien des pistes à explorer, à adapter...

Bonne pêche !

Vous trouverez dans ce document :

En introduction, quelques mots sur l'informatisation des dossiers et l'implantation d'un tableau de bord.

Ensuite des pistes pour faciliter trois étapes de ce projet :

- 1. Se motiver en équipe pour participer au projet ;*
- 2. S'organiser :*
 - Pour recueillir les informations auprès des patients ;*
 - Pour encoder les données ;*
 - Pour évaluer l'encodage.*
- 3. Utiliser les données.*

La plupart de ces pistes sont amenées par une ou plusieurs équipes, et sont précédées par le signe ➡➡➡

En conclusion, deux points clés : personne de référence et travail d'équipe.

N'hésitez pas à contacter la Fédération des maisons médicales :

- Le service études et recherche pour les questions qui concernent la compréhension du tableau de bord.
- Espace promotion santé Qualité pour ce qui concerne la méthodologie de gestion de projet et d'assurance de qualité.

Introduction

Premiers pas : l'informatisation du dossier

Le tableau de bord repose sur un encodage régulier dans un dossier informatisé : si cette démarche est intégrée dans le travail journalier, participer au tableau de bord ne demande donc pas d'effort supplémentaire.

L'informatisation est devenue incontournable, cela se constate sur le terrain : de plus en plus d'équipes utilisent les dossiers santé informatisés, ceci n'est pas seulement lié au champ de la médecine mais aussi à l'évolution de la société en général.

Mais... ! Passer au dossier informatisé, ce n'est pas seulement écrire à l'aide d'un clavier : c'est aussi s'adapter à une structuration de l'information particulière, parfois fort différente de la manière dont on a toujours noté l'information sur papier. Pas toujours évident de changer ses habitudes, surtout quand elles sont bien ancrées.

Et une fois que l'on a commencé, il faut bien jongler pendant un certain temps avec une double notation (papier-DSI) ; période « schizophrénique » disent certains ! A réduire autant que possible !

Cependant, ce qui est sûr pour les utilisateurs confirmés, c'est que l'amélioration de la qualité est au rendez-vous : un argument de poids pour se lancer dans l'aventure !

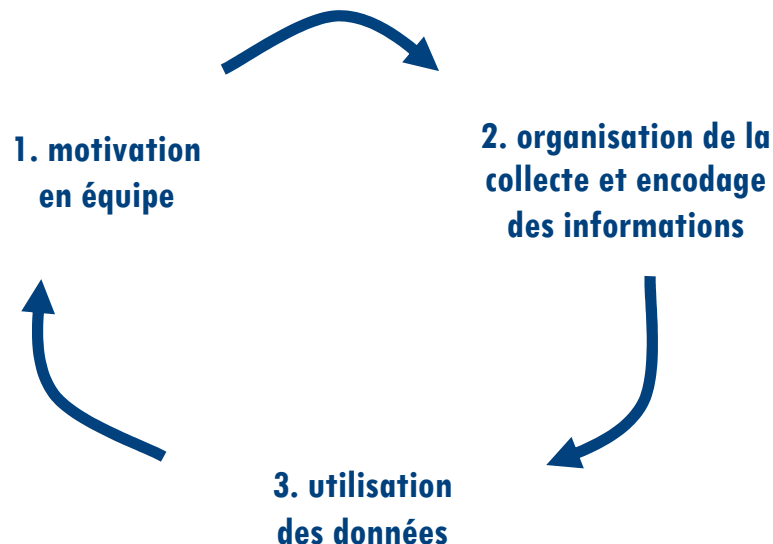
En outre, les observations montrent que la participation au projet tableau de bord a un impact sur l'intégration du dossier informatisé.

🔑 Le tableau de bord nécessite un bon encodage ; en retour, l'encodage s'améliore souvent lorsqu'une équipe participe au projet tableau de bord.

Planter un tableau de bord : un processus

Un tableau de bord est réellement implanté si l'on utilise les données qu'il produit. Avant d'en arriver là, il faut être motivé pour se lancer, s'organiser pour collecter l'information auprès des patients, et l'encoder correctement.

Si l'équipe s'intéresse d'emblée à l'analyse de ses données, elle sera plus motivée à continuer l'encodage, à l'améliorer. Ce qui, en retour, permettra des analyses plus fines. Et ainsi de suite : c'est un « cycle vertueux », illustré ci-dessous :



1. *Se motiver en équipe à participer au projet*

La motivation ne va pas de soi. Le plus souvent dans une équipe, quelques-uns sont motivés et arrivent, petit à petit, à entraîner les autres dans un projet.

Mais ce n'est pas gagné pour autant ! La motivation n'est pas donnée une fois pour toutes, elle doit être nourrie, entretenue, renforcée...

Rappelons ici quelques éléments clés (non exhaustifs) sur lesquels repose la motivation (*L Careau, AL Fournier. La motivation. Centre d'orientation et de consultation psychologique. Université de Lavan (Québec) février 2002*) :

1. La valeur accordée au projet

Une personne accorde une valeur à un projet dont elle perçoit l'utilité, dont les buts emportent son adhésion, qui est porté et mis en œuvre par des personnes qui ont du crédit pour elle, de par leur fonction, leur compétence, leur charisme...

2. La perception de sa propre compétence

Plus une personne se sent compétente, ou en mesure d'acquérir les compétences nécessaires, plus elle sera ouverte à s'engager dans un projet, à accomplir une tâche qui lui est confiée.

3. La perception d'auto-contrôle

Il s'agit ici de la perception du degré de maîtrise sur le déroulement et les conséquences d'une tâche. Il faut donc que chacun comprenne bien les stratégies mises en place et leurs implications, et aussi qu'il puisse les questionner.

Ces différents éléments interviennent à chaque étape du projet, et sont toujours à consolider.

Les pratiques rapportées ici autour de la récolte des données et de leur utilisation reposent largement sur ces aspects.

La valeur accordée au projet

Présenter le projet tableau de bord comme une tâche administrative en plus risque d'être fort peu attrayant ! Il est important de parler du tableau de bord en équipe en amenant chacun à s'en approprier le sens et l'utilité...

☛☛☛ Aux yeux des équipes, l'encodage et l'analyse des données permettent :

- d'avoir une meilleure connaissance de la patientèle ;
- de pouvoir confirmer ou infirmer des impressions ;
- de quantifier une charge de travail ou analyser l'organisation interne ;
- de poser des choix dans les actions en santé à mener ;
- de construire et suivre une activité : campagne de vaccination, identification des patients fumeurs,... ;
- d'évaluer des actions en cours ;
- d'améliorer le suivi individuel notamment par une meilleure vision des éléments de santé importants ;
- de faciliter le suivi des patients par les collègues et les remplaçants ;
- de simplifier l'envoi des rapports aux spécialistes ;
- de défendre le modèle de centre de santé intégré, en permettant à la Fédération d'analyser les données provenant de toutes les maisons médicales ;
- de compléter les rapports pour la justification des subsides.

La perception de sa propre compétence

Quelques compétences sont nécessaires pour réaliser un tableau de bord. Certaines peuvent être amenées par une seule personne : résolution des problèmes informatiques, analyse des données, création de requêtes en Access... Pour l'encodage par contre, chaque membre de l'équipe doit bien connaître le logiciel et pouvoir encoder ce qui concerne son domaine (données de santé, vaccinations, données administratives, actes...).

☛☛☛ Les équipes ont amélioré leurs compétences grâce :

- aux formations organisées par la Fédération ;
- à la pratique régulière de l'encodage, qui crée des automatismes ;
- à l'organisation de réunions hebdomadaires entre médecins de l'équipe pour standardiser l'encodage ;
- à la mise en place de stratégies communes pour implanter et améliorer l'encodage.

☛ Des formations de base existent, à la Fédération ou ailleurs. Ensuite, le meilleur enseignement reste de se jeter à l'eau et de pouvoir échanger avec les pairs.

La perception de l'auto-contrôle

Cet élément a un poids particulier dans le projet tableau de bord, parce que l'image du « big brother » flotte toujours un peu derrière l'informatique : où iront les données, à quoi serviront-elles ? Au début, certaines équipes ont, pour cette raison, hésité à participer au projet. Ces craintes semblent aujourd'hui apaisées pour la plupart : la Fédération a travaillé sur les aspects légaux, notamment sur le consentement des patients, en concertation avec les équipes. Ce travail a débouché sur une charte, disponible sur simple demande auprès de la Fédération des maisons médicales.

Il est intéressant que chacun sache à quoi servent les données, que quelqu'un dans l'équipe comprenne le rapport individuel envoyé chaque année, puisse faire quelques analyses ; et que les constats ou hypothèses qui ressortent des chiffres soient présentés et discutés en équipe, que chacun puisse en parler en équipe.

- ☛☛☛ Les travailleurs améliorent leur maîtrise du projet quand ils :
 - définissent des objectifs d'encodage annuels, pour et par l'équipe, et évaluent leurs progrès ;
 - comprennent les chiffres, les interprètent, peuvent formuler et discuter des hypothèses qu'ils suggèrent ;
 - discutent chaque année (réunion d'1h30) des résultats et des perspectives d'utilisation des données ;
 - se concertent régulièrement ;
 - établissent un consensus clair sur les méthodes et les données à encoder ;
 - se jettent à l'eau ! « L'informatisation des données, ça me faisait un peu peur, mais depuis que j'ai mis le nez dedans, je trouve ça super intéressant ! ».

☛ Il est important d'organiser des temps d'échange à propos des données. Des temps actifs car l'intérêt des chiffres, c'est d'ouvrir à une réflexion : ils ne sont qu'un moyen, pas un but en soi.

2. S'organiser

Dans ce chapitre, nous avons distingué deux actions souvent réalisées ensemble et qui sont dès lors confondues : le recueil d'informations et l'encodage de celles-ci dans le dossier du patient.

C'est effectivement la façon la plus efficace de procéder, mais lorsqu'une difficulté surgit, il est bon de savoir à quelle partie du processus elle est liée pour pouvoir avancer.

2.1. Pour recueillir les informations auprès des patients

La plupart des données retenues pour le tableau de bord sont de type médical ou administratif classique : il ne semble pas très difficile de recueillir ces informations auprès du patient.

Mais le niveau d'études et la nationalité, ce sont des données plus sensibles.

Par ailleurs, il semble parfois malaisé de questionner les nouveaux patients.

Enfin, la demande de consentement pour l'envoi des données à la Fédération est un autre point délicat.

☛☛☛ Les pratiques mises en place s'organisent autour de quatre questions qu'il est toujours bon de se poser :

➤ qui demande l'information au patient ?

- c'est un travailleur administratif qui demande le niveau d'études puisque ce n'est pas une donnée de santé ;
- c'est le médecin : il montre ainsi qu'il ne s'attache pas uniquement aux aspects médicaux, mais qu'il prend aussi en compte les déterminants sociaux de la santé : « Posée en consultation, la question du niveau d'études ouvre parfois à des échanges confiants et intéressants » ;
- certaines données de santé sont récoltées et encodées par des non médecins (vaccination, taille, poids) ;
- on se partage la tâche : l'information sur le consentement est donnée à l'accueil, mais « Le patient qui comprend mal ou souhaite plus d'explication est dirigé vers un autre travailleur mieux informé des détails » ;
- l'encodage du niveau d'études et de la nationalité se fait à l'accueil, et par ailleurs, le médecin aborde ces questions aussi mais dans le cadre de la relation thérapeutique et sans encodage.

➤ où ?

- les questions personnelles sont posées dans un endroit qui garantit la confidentialité ;
- les informations complexes (consentement) sont données dans un contexte où la personne ne risque pas (trop) d'être interrompue.

➤ quand ?

- pour les nouveaux patients, certaines équipes programment une première consultation d'inscription plus longue que la normale. « Le patient est alors informé des implications de l'inscription ; les données administratives, les antécédents médicaux et les vaccinations sont récoltées et encodées à ce moment » ;
- pour les anciens patients, beaucoup d'informations se trouvent déjà dans le dossier papier, on a fait une campagne pour compléter les données socio-économiques manquantes ;
- certaines équipes ont choisi de coupler la question du niveau d'études et la demande de consentement : cela leur permet d'amener la question du niveau d'études qui leur semble un peu incongrue lorsque le patient est connu de longue date.

➤ comment expliquer au patient l'utilité d'une donnée ?

- ce qui est fondamental, « c'est d'être soi-même convaincu de l'utilité de cette donnée ! Cela amène parfois à retourner vers l'intérêt global du projet, les raisons pour lesquelles on y adhère » ;
- les réunions de secteur sur le thème de l'encodage permettent de mieux comprendre l'intérêt de certaines questions - et d'être plus à l'aise pour les poser aux patients ;
- « Les séminaires de la Fédération nous ont permis de mieux comprendre l'intérêt de demander le niveau d'études ».

2.2. Pour encoder les données

C'est ici qu'il y a le plus de difficultés : elles tiennent surtout à des aspects techniques et à la manière de s'organiser face au temps disponible et sont parfois très différentes d'une équipe à l'autre. Beaucoup d'idées pour surmonter ces écueils : tout d'abord, définir des étapes, se donner des objectifs réalistes : choisir les données à encoder pour l'année,...

☛☛☛ Au niveau technique :

- investir dans du bon matériel informatique ;
- bien installer le programme et bien effectuer les mises à jour (sans que personne n'utilise le logiciel pendant la mise à jour) ;
- prévoir des sauvegardes internes et externes (car on peut aussi voler les ordinateurs !) ;
- avoir dans l'équipe une personne compétente responsable de la gestion du parc informatique.

☛☛☛ Au niveau du contenu :

- veiller à uniformiser l'encodage : veiller à ce que les termes employés signifient bien la même chose pour tout le monde et que le même type d'information se trouve toujours au même endroit dans le dossier. Pour cela une bonne connaissance des fonctionnalités du dossier informatisé est importante¹ ;
- échanger au sein de son équipe mais aussi en dehors (groupes d'utilisateurs, intergroupes, séminaires tableau de bord...).

¹ Pour Pricare, le manuel est disponible sur le forum de FIGAC. Pour les autres, renseignez-vous auprès de votre fournisseur.

☛☛☛ Au niveau de l'organisation :

- pour les visites à domicile, plusieurs équipes ont testé la portabilité et utilisent un petit ordinateur portable pour consulter les dossiers à distance. D'autres utilisent des notes manuscrites scannées et mises dans le dossier, l'encodage du contenu est fait plus tard, quand le patient revient en consultation ;
- les consultations sont passées de 20 à 30 minutes pour permettre aux médecins d'encoder ;
- une personne a été engagée quelques mois pour encoder les informations importantes des dossiers papiers, ou mettre les données administratives à jour dans les dossiers déjà constitués (il faut bien sûr qu'un travailleur soit disponible pour répondre à toute question) ;
- 20 min de consultation plus 30 min d'encodage par demi journée sont prévus ; deux des médecins encodent tout pendant la consultation, les deux autres commencent à encoder mais finalisent l'encodage pendant leur demi heure ;
- chaque personne encode chaque jour cinq dossiers, cela permet en plus de se familiariser avec l'encodage ;
- lors de chaque consultation, on encode au moins un élément de soin en direct ;
- on a profité d'une campagne sur le diabète pour mettre tous les dossiers à jour à ce niveau là ;
- certains encodent au fur et à mesure lors de la consultation médicale ;

- chaque thérapeute encode les données qu'il a collectées au cours d'un contact patient et des filets de rattrapage sont prévus surtout pour les campagnes de prévention, ou des étapes de mise en ordre de l'encodage (temps alloué dans cadre de travail) ;
- les équipes se fixent parfois des priorités dans les éléments à encoder tout en se fixant des objectifs d'encodage pour l'année de manière à arriver, à terme, à encoder régulièrement toutes les données nécessaires. Une équipe décide de se centrer sur les données socioéconomiques et le consentement éclairé. Une autre sur certains éléments de santé. Etc ;
- bon nombre d'équipes ont créé des fiches d'encodage disponibles dans tous les cabinets. Selon les cas, on y trouve :
 - *la liste des questions à poser ;*
 - *les codes ;*
 - *les priorités.*

Deux exemples détaillés

1. « Nous avons pris le parti de consacrer un premier moment (45 minutes) à l'inscription afin de collecter toutes les données socio-économiques ainsi que le consentement éclairé. Les travailleurs administratifs qui exécutent ce travail disposent d'une fiche des éléments à demander et à encoder directement ou par la suite en fonction des disponibilités.

La personne qui accueille le patient a donc le temps d'expliquer le fonctionnement de la maison médicale, le forfait, le consentement éclairé et de collecter les informations socioéconomiques par voie orale (ce qui réduit le frein lié au manque d'accès au langage écrit).

Avant cette stratégie, il n'était pas rare de se rendre compte à terme que le patient n'avait pas compris le fonctionnement du forfait et de la maison médicale ».

2. « Nous avons choisi de penser et de planifier un projet autour de la combinaison entre la collecte du consentement éclairé et le recueil des données socio-économiques. Nous avons planifié le temps du projet, les objectifs à atteindre et les procédures d'exécution.

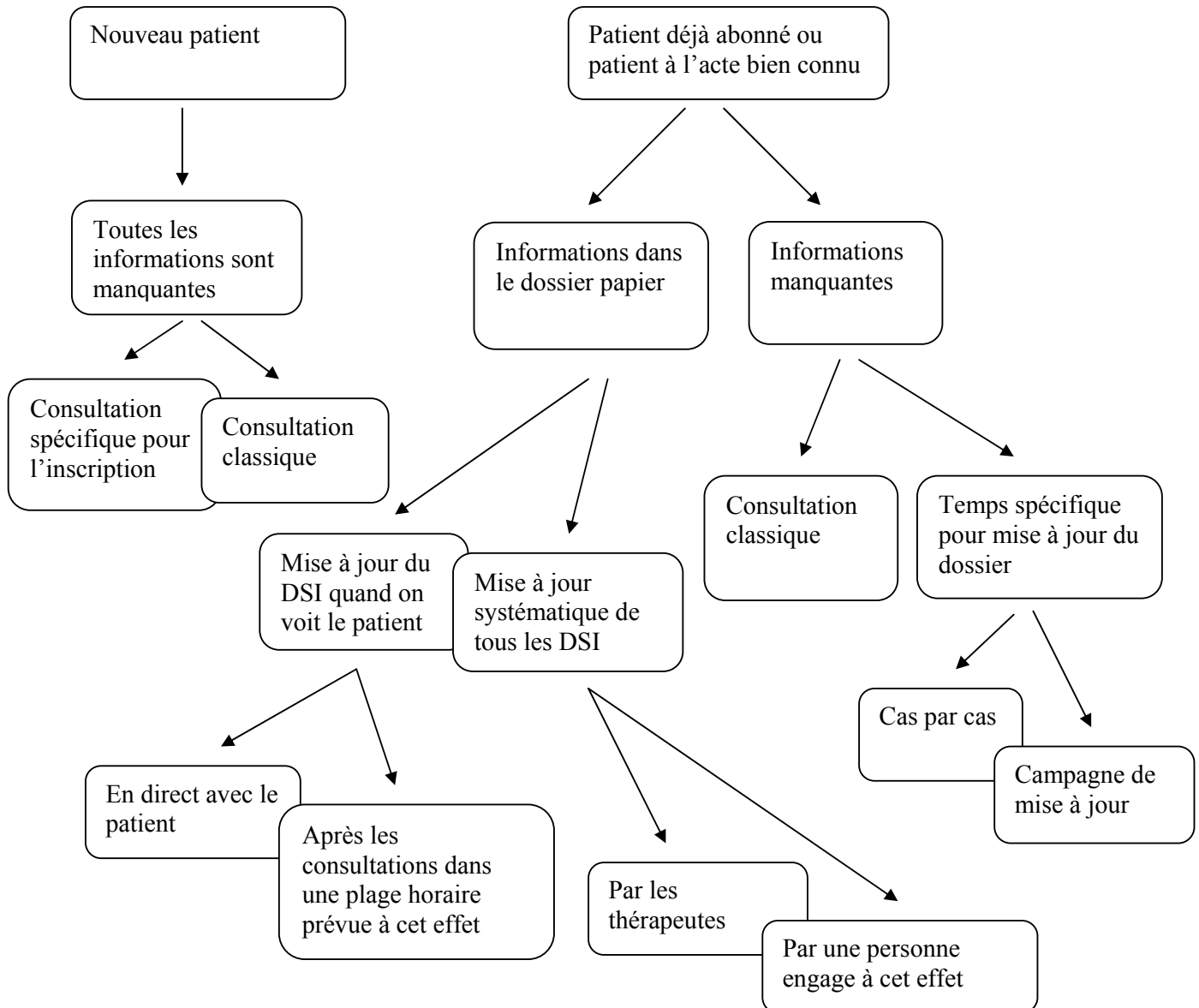
Les procédures d'exécution passent par l'information aux patients, les phases de recueil de données et l'encodage.

Les phases de recueil de données se composent comme ceci :

1. recueil lors de la consultation (3 mois) ;
2. première analyse des résultats, ajustement des objectifs à atteindre et détermination de la phase suivante ;
3. recueil lors des consultations et par groupes cibles (contact téléphonique et rendez-vous spécifique) ;
4. évaluation des phases précédentes et résultats ;
5. détermination d'autres groupes cibles.

En ce qui concerne l'encodage, nous avons mis en place un système de « mise à zéro » dans le système informatique, un repère sur le dossier papier et un cahier de liaison entre les stagiaires ».

Synthèse des stratégies de collecte et d'encodage



2.3. Pour évaluer l'encodage et la procédure

Dans une optique de boucle d'assurance de qualité, il faut évaluer le taux d'encodage et les procédures d'encodage. Ce travail amènera certainement un nouveau questionnement comme :

- Les procédures sont-elles efficaces ?
- Comment améliorer l'encodage ?
- A-t-on la formation et les outils nécessaires ?

☛☛☛ Ce qu'en disent les équipes :

- Analyser l'encodage par thérapeute ? Un médecin signale qu'il aime pouvoir évaluer sa pratique en fonction des résultats qu'il a encodé lui-même, sans que les résultats soient biaisés par ceux des autres médecins. « C'est très utile pour s'améliorer », dit un autre, « mais il faut que cela se fasse dans un respect mutuel, avec l'accord de chacun et dans le but d'améliorer l'encodage. Pas pour pointer un mouton noir. Et ce n'est pas parce que l'on encode mal que l'on soigne mal » ;
- Dans une équipe, la responsable prévention est chargée de l'évaluation : une fois par mois, elle prend plusieurs dossiers au hasard pour voir par exemple si la mammo a été proposée (si c'est indiqué). Ensuite elle discute avec le médecin pour voir pourquoi il ne l'a pas fait (ou pas encodé), et ils réfléchissent à comment il pourrait améliorer sa pratique ;
- « Les réunions sur l'encodage des données nous ont permis de voir que pour certaines données, il y avait des manières d'encoder différentes ou des codifications différentes. Il est important pour l'équipe d'encoder de la même manière afin de ne pas fausser les résultats ! ».

3. utiliser les données

Comme on l'a vu dans le chapitre 1, les données sont utiles à différents niveaux :

- suivi des patients ;
- échange d'informations ;
- connaissance de la patientèle ;
- pilotage des activités ;
- organisation du travail ;
- évaluation.

Exemple concernant la connaissance des patients :

☛☛☛ « *Nous pensions soigner beaucoup de personnes âgées mais au vu des données, leur nombre n'est pas si important. Par contre, la demande de soin de cette population l'est. Il y a donc un travail de réflexion à faire par rapport à ce groupe cible :*

- *L'offre de soins est elle suffisante et adaptée à cette population spécifique ?*
- *Pourquoi consomment-ils ? Quels types de soins ? Est-ce justifié ?*
- *Comment améliorer notre suivi des personnes âgées ?*
- ... »

☛ Le tableau de bord permet d'objectiver une situation, il ne la change pas !

L'équipe doit interpréter les résultats, compléter et enrichir l'information avec les moyens à sa disposition (observation, entretien, discussion entre collègues, contacts avec des partenaires extérieurs...). Et organiser les changements de pratique éventuellement nécessaires.

Lorsqu'une équipe souhaite entamer une action en santé (en prévention ou en promotion santé), se baser sur les données du tableau de bord est un élément de réussite. Exemple :

☛☛☛ « Dans trois mois, c'est la semaine mondiale du diabète. Avons-nous dans notre public beaucoup de personnes diabétiques ? Si oui, il pourrait être intéressant de planifier une action en santé dans ce cadre là. Si non, est-ce que cela veut dire qu'il y en a peu ou qu'elles ne sont pas dépistées ? On pourrait alors lancer un processus de dépistage systématique, mais il faut d'abord s'assurer qu'on pourra proposer un suivi correct aux personnes dépistées ».

Les données peuvent aussi orienter le type d'actions à mettre en place :

☛☛☛ « En recoupant les données, il s'avère que beaucoup des personnes concernées ont un niveau d'étude bas, nous en avons tenu compte dans la manière de concevoir les actions.

Il est aussi intéressant d'évaluer l'impact d'une action par un regard sur les données avant, pendant et après l'action :

☛☛☛ « Le tableau de bord permet de comptabiliser le nombre de diabétiques diagnostiqués, on pourrait choisir d'ajouter l'évaluation de leur suivi ».

☛☛☛ Et encore :

- Le tableau de bord ou les données encodées ont été utiles pour la mise en place de projets adaptés à des populations spécifiques comme : projet diabète, projet tabac, campagne de vaccination grippe, école du dos.
- Certaines équipes vont parfois bien au delà du tableau de bord de la Fédération en encodant des items supplémentaires ou en croisant les données dans une vision plus épidémiologique de connaissance et de suivi de leurs patients.
- Certaines maisons médicales utilisent les données collectées pour élaborer les rapports d'activités ou comme justificatif de demande de subside.

☛ La possibilité pour chacun dans l'équipe de voir concrètement l'intérêt d'encoder les données est le meilleur incitant pour améliorer l'encodage.

Pour terminer...

Deux points clés, à toutes les étapes du projet :

- * personne de référence ;
- * travail d'équipe.

Tous les membres d'un groupe sont collectivement responsables du fonctionnement d'un projet. Pourtant lorsque le groupe a une certaine taille ou est pressé par le temps, il est bon, sans « décharger ou déresponsabiliser » le groupe, de déléguer la gestion courante du projet à un responsable.

Des personnes de référence sont donc un élément important pour pérenniser un projet.

Il faut que ces personnes aient un rôle bien défini et connu de tous et qu'elles aient reçu les apprentissages nécessaires pour soutenir le projet et les personnes y participant.

La ou les personnes de référence auront aussi une vue globale et à long terme du projet en cours.

Elles seront le relais entre les différents partenaires et seront une source d'information pour les participants. Ce sont aussi ces personnes qui gèreront le calendrier des échéances et seront donc les gardiens du temps.

Mais si elles ne sont pas reconnues, elles se sentiront bien seules et finiront sans doute par laisser aller le projet.

Dans presque toutes les équipes, une personne voire plusieurs ont été mandatées comme personnes de référence. Ces personnes ont des profils différents et des mandats différents en fonction des équipes.

Profil de fonction relevé :

- Infirmier/infirmière
- Médecin
- Accueillant(e)
- Administratif
- Kinésithérapeute
- Assitant(e) social(e)
- Gestionnaire

Ensuite, une liste non exhaustive des différents types de mandat dans les équipes :

- Soutenance informatique ;
- Lien entre équipe et Fédération, relayer les informations sur le tableau de bord ;
- Motivation de l'équipe ;
- Gestionnaire de projet favorisant l'utilisation des données pour planifier les actions en santé ;
- Extraction, analyse et présentation des résultats à l'équipe ;
- Pose d'objectifs en termes d'encodage.

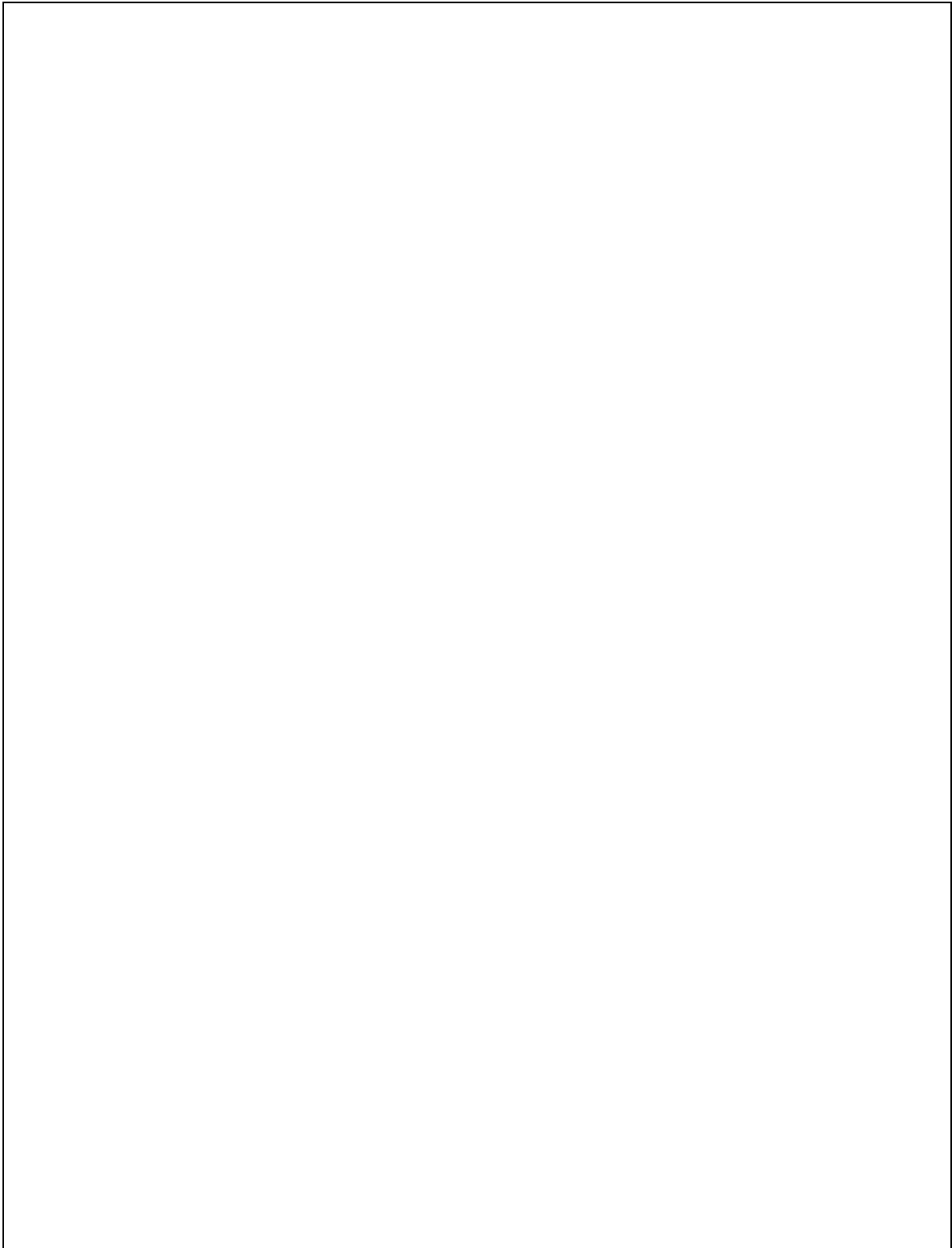
Ces rôles sont complémentaires, font partie du rôle de référent (Cf. fiche pratique n°2 du tableau de bord « Le référent ») et sont utiles pour le suivi du projet. Chaque mandat ou profil est différent d'une équipe à l'autre et il y a souvent plusieurs personnes de référence qui se partagent les rôles. L'importance de la formation pour ces personnes a plusieurs fois été évoquée.

☛☛☛ Quelques exemples de mise en pratique ou « comment on en revient à la question de la motivation » :

- un des moteurs de l'amélioration de l'encodage a été un médecin convaincu de l'intérêt du DSI, ce n'est pas le référent tableau de bord mais ils ont été complémentaires pour aider l'équipe à progresser.
- l'engagement d'une gestionnaire de projets a été un coup de pouce important pour l'implication dans le tableau de bord, cela a permis d'avoir une vision d'ensemble de ce que l'encodage pouvait apporter à différents niveaux.
- si quelqu'un refuse d'encoder, ça pose question, si certains n'encodent pas, cela pénalise l'équipe parce que l'on ne sait rien faire des données d'un point de vue statistique et en plus on doit continuer le double encodage.
- pour une animation les patients ont été convoqués sur base des éléments de soin enregistrés. La personne qui donnait l'animation n'encodait pas dans le DSI, aucun de ses patients n'a donc été invité.
- pour motiver un de ses collègues un peu réfractaire, un référent est parti d'un thème qui l'intéressait particulièrement, ensuite cela a fait tâche d'huile.

☛ Le référent est une personne clé pour faire avancer le projet, mais celui-ci n'aboutira que si toute l'équipe s'implique.

Réflexions personnelles



Ce document est un outil dynamique. Il a été réalisé grâce aux idées et expériences que vous avez rapportées à un moment donné ; mais vous avez sans doute depuis lors trouvé de nouvelles pistes, de nouveaux « trucs et astuces ».

*Si vous les transmettez à **Marie Marganne (marie.marganne@fmm.be)**, nous pourrons actualiser ce document et continuer à nourrir les échanges.*

