

Module 4

Hospitalisation et transfert

TABLE DES MATIÈRES

4.1	Quels sont les outils utilisés pour la collecte des données ?	2
4.2	Qui est chargé de la collecte des données ?	3
4.3	Quelles données doivent être recueillies et comment ?	3
4.4	Quand et comment les données doivent-elles faire l'objet d'un rapport ?	4
4.5	Comment les données doivent-elles être interprétées et utilisées ?	6

GUIDES ILLUSTRÉS

>	Guide illustré du Registre des hospitalisations	8
>	Guide illustré du Registre des hospitalisations (Grossesse)	10
>	Guide illustré du Registre des hospitalisations et du Rapport sur les transferts	12

Hospitalisation et transfert



4.1 QUELS SONT LES OUTILS UTILISÉS POUR LA COLLECTE DES DONNÉES ?

Les outils de collecte des données utilisés au sein du Service des hospitalisations sont indiqués ci-dessous. Leur classement est le suivant :

Outils primaires

Les sources de données primaires sont essentielles à la surveillance de routine au sein du SIS et indispensables au calcul des indicateurs. C'est sur elles que reposent les conseils et la formation prodigués dans ce manuel. Elles sont détaillées dans les Guides illustrés, disponibles à la fin de ce module.

Outils secondaires

Les sources de données secondaires possèdent des fonctions importantes au sein du SIS, mais ne sont pas directement utilisées dans le calcul des indicateurs. Elles jouent un rôle crucial dans la prise de décisions cliniques adaptées et dans la promotion de la qualité du service proposé et des performances. Elles sont décrites dans les cases d'information du texte de base.



> Outils de collecte des données et de surveillance

Hospitalisation et transfert

Outils primaires

1. Registre des hospitalisations
2. Rapport sur les hospitalisations et les transferts

Outils secondaires

1. Registre d'espace
2. Notes cliniques



4.2 QUI EST CHARGÉ DE LA COLLECTE DES DONNÉES ?

Un Registre des hospitalisations doit être utilisé pour consigner toutes les admissions et sorties de chaque espace au sein du camp. Le membre du personnel clinique responsable des soins prodigués à un patient donné doit également mettre à jour l'entrée du registre. Chaque membre du personnel de chaque espace doit, par conséquent, comprendre comment enregistrer correctement chaque admission/sortie, et prendre soin de conserver ces registres lisibles et bien tenus.

À la fin de chaque semaine, l'Infirmière en chef doit coordonner la rédaction d'un Rapport sur les hospitalisations et les transferts et s'assurer que chaque espace a soumis toutes ses données en temps opportun. Ce rapport doit inclure les admissions dans tous les espaces de l'établissement de santé. L'Infirmière en Chef doit également surveiller la maintenance des entrées de registres, et s'assurer quotidiennement de la bonne consignation de celles-ci.



4.3 QUELLES DONNÉES DOIVENT ÊTRE RECUEILLIES ET COMMENT ?

4.3.1 Registre des hospitalisations

Un résumé des informations propre au cas de chaque patient admis (et sorti) de chaque espace du camp doit être consigné dans un registre des hospitalisations.

> Détails des admissions

Un registre contenant les informations relatives à l'identité du patient, aux signes et symptômes, au diagnostic et au traitement doit être tenu pour chaque espace (voir le Guide illustré du Registre du Service des hospitalisations). Un Registre des hospitalisations distinct doit être utilisé pour consigner les complications médicales observées lors de la grossesse (voir le Guide illustré du Registre du Service des hospitalisations - Grossesse).

Toutes les admissions en Service des hospitalisations doivent être transférées du Service des consultations ambulatoires (SCA) et, donc, faire l'objet d'un rapport auprès de ce même service (voir le Module 3 : Morbidité). De la même manière, tous les décès lors de l'hospitalisation doivent être signalés dans le registre de la mortalité (voir le Module 2 : Mortalité).

> Durée de séjour

Au moment de la sortie, il convient de déterminer le nombre de jours écoulés depuis l'admission. Un calendrier doit être utilisé, surtout si cette période s'étend sur plus d'un mois. La durée de séjour inclut le jour d'admission et le jour de sortie.

> Motif de sortie

Le motif de sortie doit être indiqué pour chaque entrée du registre. Les options disponibles sont les suivantes : sortie autorisée / sortie non autorisée / décès < 24 heures / décès > 24 heures / transfert. Le rapatriement fait partie de la catégorie Transfert. Le lieu et/ou le niveau de transfert doivent également être indiqués sur le registre. Seuls les motifs donnés dans la légende de chaque page du registre doivent être enregistrés.

Outre le fait qu'il s'agisse d'une source directe de rapport hebdomadaire, le Registre des hospitalisations remplit deux autres fonctions importantes :

1. Alerte épidémique

Les informations basées sur les cas compilées dans le registre sont indispensables au suivi des individus en cas d'épidémie. Il s'agit d'une référence importante en matière de finalisation de la section liste du Formulaire d'Alerte épidémique (voir le Module 3 partie 2 : Alerte épidémique et réponse).

2. Qualité des soins

Le résumé centralisé des informations sur les cas compilées dans chaque registre sert d'outil d'évaluation et de surveillance. Des responsables médicaux doivent régulièrement auditer les registres pour examiner les pratiques en matière de diagnostic et de prescription de chaque hospitalisation et pour certifier le respect des Directives relatives au traitement standard.

À la fin de ce module figurent un Guide illustré du Registre du Service des hospitalisations, ainsi qu'une explication des informations devant être enregistrées pour chaque cas.

4.3.2 Dossiers patient

Le Registre des hospitalisations ne dispense pas de conserver les notes détaillées sur les antécédents et les examens. Celles-ci doivent être rédigées de manière lisible, en toutes lettres, dans le dossier de chaque patient conservé par chaque organisme de santé (voir le Module 3 : Morbidité ; Outils secondaires : notes patient).



4.4 QUAND ET COMMENT LES DONNÉES DOIVENT-ELLES FAIRE L'OBJET D'UN RAPPORT ?

À la fin de chaque semaine, les Registres des hospitalisations de chaque espace doivent être utilisés pour compiler les Rapports hebdomadaires sur les hospitalisations et les transferts pour le camp.

Les dates des semaines de rapport sont indiquées dans le Calendrier d'établissement de rapports. Il est important que tout le personnel soit au fait de ces dates et que des copies du calendrier soient distribuées dans tous les espaces d'admission.

4.4.1 Rapport hebdomadaire

L'Infirmière en chef est chargée de s'appuyer sur le Registre des hospitalisations pour compléter le tableau correspondant dans le Rapport sur les hospitalisations et les transferts. Il peut être nécessaire de réaliser des photocopies du formulaire hebdomadaire pour aider les espaces à compiler les rapports individuels avant de les regrouper dans les totaux des camps.

Chaque entrée doit être soigneusement récupérée des registres et classée de manière appropriée par âge (< 5 , ≥ 15), statut (réfugié ou ressortissant) et cause d'admission (et de décès, le cas échéant). Les Registres d'hospitalisation des espaces maternité (consacrés aux admissions de femmes enceintes, en post-natal et des nouveau-nés) doivent également être inclus dans le Rapport sur les hospitalisations et les transferts.

Il n'est pas possible de consigner une liste exhaustive des admissions et des décès en fonction de leur cause dans le SIS. Chaque pays doit identifier les maladies et les événements de santé prioritaires, qui constituent la principale menace pour la santé des réfugiés et de la population d'accueil. En fonction de cette sélection, une liste de morbidité et de mortalité des maladies et des événements de santé principaux doit être définie.

Le formulaire de rapport hebdomadaire permet d'indiquer jusqu'à trois causes supplémentaires d'admission/décès à préciser dans des cases vides de la liste de mortalité. Une bonne coordination est nécessaire entre les organismes de santé afin de s'assurer que les mêmes causes sont surveillées dans chacun des camps. Ceci permet de préserver la cohérence des informations au sein de chaque action nationale. Pour des conseils sur les causes d'admission/décès à sélectionner, voir le Module 3 : Morbidité.

Outre les informations sous forme de tableaux, tout décès lors d'une hospitalisation doit également être inclus dans la liste qui accompagne le Rapport sur la mortalité (voir le Module 2 : Mortalité). Cette liste doit inclure des informations supplémentaires en fonction du cas, obtenus à partir du registre de la mortalité : nom, sexe, âge exact et statut (réfugié ou ressortissant) du défunt ; causes principale et sous-jacentes du décès ; autres maladies significatives à noter. Le cas échéant, les rapports d'examen des cas doivent être inclus dans cette liste hebdomadaire.

Des informations sur le transfert, notamment le motif et le lieu du transfert, doivent être saisies dans le tableau au dos du Formulaire sur les hospitalisations et les transferts hebdomadaires.

4.4.2 Données supplémentaires

Outre les informations transférées directement depuis les fiches de contrôle, trois autres types de données doivent figurer dans chaque Rapport sur les hospitalisations et les transferts hebdomadaires :

> Le nombre de jours compris dans la période du rapport fait référence au nombre de jours ouvrés complets pendant la semaine de rapport, au cours desquels un éventail complet de services

d'hospitalisation et de personnel était disponible. Celui-ci doit inclure les week-ends si l'éventail complet de services d'hospitalisation et la couverture médicale 24 heures sur 24 sont assurés dans chaque espace.

> **Le nombre de lits** fait référence au nombre de lits d'hospitalisation dans chaque espace. Les lits disponibles dans chaque espace doivent être compilés pour donner le nombre total pour l'ensemble du camp.

> **La somme du nombre de jours de séjour pour les sorties autorisées** doit être consignée dans les colonnes de durée de séjour. Noter que la durée de séjour pour les sorties non autorisées, les décès et les transferts n'est PAS comptabilisée dans ce chiffre.

4.4.3 Rapport mensuel

À la fin de chaque semaine, les formulaires de rapport papiers peuvent être saisis directement sur informatique. La base de données regroupe alors automatiquement ces rapports sous forme de rapport mensuel, composé de 4 ou 5 rapports hebdomadaires, selon le calendrier d'établissement des rapports. D'autres informations sur la gestion des données sont fournies dans le chapitre 3 de ce manuel.



4.5 COMMENT LES DONNÉES DOIVENT-ELLES ÊTRE INTERPRÉTÉES ET UTILISÉES ?

Les indicateurs d'hospitalisation et de transfert figurent ci-dessous. Chaque indicateur est classé en fonction des cinq objectifs clés du SIS, décrits dans le chapitre 1 de ce manuel. Un résumé de chaque indicateur, accompagné de la formule, des unités d'expression et de la norme correspondants (le cas échéant), est fourni à la section « Normes et indicateurs » de ce manuel.

Il est indispensable que le personnel sache comment sont calculés ces indicateurs et comprenne leur mode d'application aux établissements de santé publique. Le CD-ROM livré avec ce manuel propose un exercice de groupe qui indique, à l'aide d'exemples de données, comment calculer et interpréter les indicateurs.



> Résumé des indicateurs

Hospitalisation et transfert

Objectif	Indicateur	Source
2. Surveiller les tendances en matière d'état de santé et tenir compte, en permanence, des priorités en matière de soins de santé	Mortalité proportionnelle*	UNHCR
3. Évaluer l'efficacité des interventions et l'étendue des services proposés.	Proportion de décès chez les moins de 5 ans en 24 heures	UNHCR
	Durée moyenne de séjour	UNHCR
	Taux d'occupation	UNHCR
	Taux d'hospitalisation	UNHCR
	Proportion d'admissions chez les ressortissants	SIS
	Taux de transfert**	UNHCR

* Classé par âge (< 5 ; ≥ 5) et par cause (voir liste de surveillance au Module 3)

** Classé par lieu / niveau de transfert

> Guide illustré du Registre des hospitalisations

A

B

No. du SDH	Nom	Age	Sexe (M / F)	Statut (Réf / Nat)	Adresse	Date de visite	Première visite / Visite de suivi	Diagnostic

A

ENREGISTREMENT DU DÉCÈS :**N° d'hospitalisation :**

> Indiquer le numéro de séquence dans le registre.

Nom :

> Indiquer le nom du patient.

Âge :

> Entrer l'âge (en année).

Sexe :

> Spécifier Masculin (M) / Féminin (F).

Statut :

> Classer comme Réfugié (Réf.) / Ressortissant (Ress.).

Adresse :

> Indiquer l'adresse du camp (Réfugié) / Village le plus proche (Ress.).

REMARQUES

Il est de la responsabilité du personnel de chaque espace d'enregistrer les informations clairement et lisiblement, et de tenir à jour les dossiers de chaque patient.

Un registre doit être disponible dans chaque espace d'hospitalisation.

B

DÉTAILS DE LA CONSULTATION :**Date de la consultation :**

> Entrer la date (jj/mm/aa).

Première consultation ou consultation de suivi :

> Classer comme Première consultation / Consultation de suivi (se reporter aux consignes).

Diagnostic :

> Indiquer le diagnostic. Les critères de définition des cas doivent être utilisés uniquement à des fins d'établissement de rapports, et non en tant que guide dans la gestion ou le traitement clinique.

Si plusieurs diagnostics sont posés, utiliser une ligne distincte pour enregistrer chacun de ces diagnostics.

REMARQUES

La classification « Première consultation » et « Consultation de suivi » doivent répondre aux critères indiqués dans les consignes (voir le Module 3 : Morbidité).

C

Historique du traitement antipaludique †	Frottis sanguin / résultats de laboratoires	Traitement	Date de la sortie	Durée du séjour (jours)	Motif de la sortie ‡

C

GESTION DES CAS :

Antécédents d'utilisation d'antipaludéens :

> Pour les patients atteints de paludisme qui reviennent en consultation pour la même infection, entrer des abréviations pour indiquer le nom, la dose et la durée des prises antérieures d'antipaludéens.

Résultats des frottis / analyses de laboratoire :

> Saisir le résultat du frottis pour le parasite du paludisme ou d'autres résultats d'analyse de laboratoire pertinents comme spécifié.

Traitement :

> Entrer le traitement annoté administré. N'inclure que les traitements correspondant au diagnostic. Pour les médicaments prescrits, entrer le nom, la dose et la durée du traitement.

Date de sortie :

> Indiquer la date de sortie (jj/mm/aa).

Durée du séjour :

> Spécifier le nombre de jours entre l'admission et la sortie.

Motif de la sortie :

> Indiquer le motif de sortie, en suivant les options fournies en légende, en bas de la page du registre.

Enregistrer comme Sortie autorisée / Sortie non autorisée / Décès < 24 heures / décès > 24 heures / Transfert.

REMARQUES

Le Registre des hospitalisations doit inclure uniquement une information de cas ANNOTÉE. Les dossiers détaillés relatifs aux antécédents, aux examens et à la gestion clinique doivent être saisis dans les notes patient.

Outre un rapport statistique, les Registres des hospitalisations remplissent d'autres fonctions importantes :

1. Alerte épidémique

Les informations basées sur les cas compilées dans le registre peuvent jouer un rôle crucial dans le suivi des individus en cas d'épidémie. Ces références sont importantes pour la finalisation de la section liste du Formulaire d'Alerte épidémique (voir le Module 3 : Morbidité ; Guide illustré de la fiche de contrôle des alertes de flambée).

2. Qualité des soins

Le résumé centralisé des informations sur les cas dans chaque registre sert d'outil de surveillance et d'évaluation. Les responsables médicaux doivent régulièrement auditer les registres pour examiner les pratiques en matière de diagnostic et de prescription de chaque hospitalisation.

REMARQUES

Utiliser le calendrier pour calculer la durée de séjour. Le nombre de jours inclut le jour de l'admission et le jour de la sortie.

Les motifs de sortie sont répertoriés sur une clé dans chaque page du registre. Entrer UNIQUEMENT les motifs indiqués sur la clé. Le rapatriement fait partie de la catégorie Transfert des motifs de sortie.

> Guide illustré du Registre des hospitalisations (Grossesse)

A									B		
No. d'ordre	No. de la CPN	Nom	Age	Statut (Réf / Nat)	Adresse	Date de l'admission	Heure de l'admission	Gestité	Parité	Nombre d'enfants	

A ENREGISTREMENT :**N° de série :**

> Indiquer le numéro de séquence dans le registre.

N° prénatal :

> Entrer un numéro d'identification unique.

Nom :

> Indiquer le nom de la femme enceinte.

Âge :

> Entrer l'âge (en années).

Statut :

> Classer comme Réfugié (Réf.) / Ressortissant (Ress.).

Adresse :

> Indiquer l'adresse du camp (Réfugié) / Village le plus proche (Ressortissant).

Date de la consultation :

> Indiquer la date (jj/mm/aa).

Heure d'admission :

> Indiquer l'heure (hh:mm).

REMARQUES

Faire usage du Registre des hospitalisations (Grossesse) pour enregistrer toutes les admissions médicales dans le service des grossesses.

Les femmes admises pour un faux travail doivent être incluses dans cette carte et y rester jusqu'à leur sortie. Si elles passent en travail réel au cours de cette même hospitalisation, elles doivent être transférées dans le registre de l'accouchement.

B ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :**Gravidité :**

> Nombre de grossesses (voir glossaire).

Parité :

> Nombre d'accouchements précédents (voir glossaire).

Nbre d'enfants :

> Nombre d'enfants en vie.

Dernières règles :

> Date des dernières règles (jj/mm/aa).

Date présumée d'accouchement :

> Date d'accouchement prévue (jj/mm/aa).

Âge gest. :

> Âge gestationnel en semaines (XX / 36).

Tension artérielle :

> tension artérielle de la mère (mmHg)

FC fœtal :

> fréquence cardiaque fœtale (battements par minute)

Présentation:

> Tête / Siège / Oblique / Transversale

RPR :

> Entrer la date du test rapide de la réagine dans la colonne correspondant au résultat positif / négatif

DDR	DPA	Age gestationnel	Pression artérielle	FC foetale	Présentation	RPR		Diagnostic	Traitement administré	Date de la sortie	Durée du séjour	Motif de la sortie *
						- ve	+ ve					

C DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT :

Diagnostic :

> Indiquer le diagnostic. Les critères de définition des cas doivent être utilisés uniquement à des fins d'établissement de rapports, et non en tant que guide dans la gestion ou le traitement clinique.

Si plusieurs diagnostics sont posés, utiliser une ligne distincte pour enregistrer chacun de ces diagnostics.

Traitement :

> Entrer le traitement annoté administré. N'inclure que les traitements correspondant au diagnostic. Pour les médicaments prescrits, entrer le nom, la dose et la durée du traitement.

D DÉTAILS DE LA SORTIE :

Date de la sortie :

> Indiquer la date (jj/mm/aa).

Durée de séjour :

> Entrer le nombre de jours écoulés entre l'admission et la sortie

Motif de la sortie :

> Entrer le motif de la sortie, en utilisant les options fournies en légende en bas de la page :

> Sortie autorisée / Sortie non-autorisée / Décès (< 24h) / Décès (> 24h) / Transfert

REMARQUES

Utiliser le calendrier pour calculer la durée de séjour. Le nombre de jours inclut le jour de l'admission et le jour de la sortie.

Les motifs de sortie sont répertoriés sur une clé dans chaque page du registre. Entrer UNIQUEMENT les motifs indiqués sur la clé.

Le rapatriement fait partie de la catégorie Transfert des motifs de sortie.

Les informations contenues dans le registre doivent être reportées dans le rapport hebdomadaire du Service des hospitalisations.

> Guide illustré du Registre des hospitalisations et du Rapport sur les transferts (RECTO)

Système d'Information Sanitaire

Fiche de rapport

4.0 Hospitalisation et transfert

A

Organisation: _____

Emplacement: _____

Période couverte: _____

B

4.1 Service des hospitalisations

		Réfugié		National	
		< 5	≥ 5	< 5	≥ 5
Nombre de patients en début de période					
Nombre d'admissions					
Nombre de sorties	<i>autorisés</i>				
	<i>non autorisés</i>				
	<i>décès</i>				
	<i>transfert</i>				
Nombre de décès < 24 heures					
Nombre de patients en fin de période					

Nombre de jours dans la période du rapport	
Nombre de lits	
Nombre total jours d'hospitalisation des patients autorisés à sortir	

C

4.2 Hospitalisations et les décès

	Réfugié				National			
	< 5		≥ 5		< 5		≥ 5	
	Hosp	Décès	Hosp	Décès	Hosp	Décès	Hosp	Décès
1. Paludisme (confirmé)								
2. Infect. resp. inférieure								
3. Diarrhée aqueuse								
4. Diarrhée sanglante								
5. Tuberculose (confirmé)								
6. Rougeole								
7. Méningite								
8. Associé au VIH								
9. Malnutrition aiguë								
10.								
11.								
12.								
13. Autre								

Hosp = Hospitalisation

A EN-TÊTE :

Organisation :

Indiquer le nom du prestataire de santé.

Lieu :

Indiquer le nom du camp ou de l'unité qui a établi le rapport.

Période du rapport :

Entrer le nombre de semaines et de mois (ex. : semaine 1 mars).

REMARQUES

Les dates des semaines de rapport sont indiquées dans le Calendrier d'établissement de rapports. Il est important que tout le personnel soit au fait de ces dates et que des copies du calendrier soient distribuées dans toutes les cliniques prénatales.

Le responsable médical est chargé de gérer l'envoi en temps et en heure de toutes les sections du rapport hebdomadaire complété.

B ACTIVITÉS RELATIVES AUX HOSPITALISATIONS :

Remplir le Tableau 4.1, à l'aide des informations enregistrées dans les Registres des hospitalisations.

Entrer également les données suivantes pour calculer les indicateurs mensuels :

- > Nombre de jours compris dans la période du rapport
- > Nombre de lits
- > Somme du nombre de jours de séjour pour les sorties autorisées

REMARQUES

Le nombre de jours compris dans la période du rapport inclut les week-ends, si l'éventail complet des services d'hospitalisation et une couverture médicale 24 heures sur 24 sont assurés dans chaque espace.

Le nombre de lits fait référence au nombre total de lits d'hospitalisation dans tous les espaces du camp.

La durée de séjour pour les sorties non autorisées, les décès et les transferts N'est PAS incluse dans la somme du nombre de jours d'hospitalisation pour les sorties autorisées.

C HOSPITALISATIONS ET DÉCÈS :

Remplir le Tableau 4.2, à l'aide des informations consignées dans les Registres des hospitalisations.

Les données doivent être correctement sectorisées en fonction des éléments suivants :

- > statut (réfugié / ressortissant)
- > âge (< 5 ; ≥ 5)
- > motif d'admission / décès (voir la liste de surveillance)

REMARQUES

Tous les diagnostics doivent correspondre aux définitions des cas et faire référence à des Premières consultations uniquement.

Les nombres 10 à 12 sont des cases vides qui permettent d'ajouter des causes d'admission/de décès à la liste et de les surveiller. Ces chiffres doivent être déterminés en accord avec les autres organismes de santé afin de garantir la cohérence des informations et de pouvoir les comparer pour chaque action entreprise au niveau national.

> Guide illustré du Registre des hospitalisations et du Rapport sur les transferts (VERSO)

D

4.3 Transferts

	Urgence	District	Régionale	Zonale	Nationale	Autre
Obstétrique / Gynécologie						
Chirurgie						
Pédiatrie						
Médecine interne						
Transfusion sanguine						
Autre						

D **TRANSFERT :**

Remplir le Tableau 4.3, à l'aide des informations consignées dans les Registres des hospitalisations.

Les données doivent être correctement sectorisées en fonction des éléments suivants :

- > motif de transfert
- > lieu / niveau de transfert