

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI, TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



Mémoire

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

En Sciences Economiques

Option : Économie de la Santé

Sujet :

**Documents supports d'informations normalisés à
l'hôpital : Illustration à travers le cas du CHU/Tizi-Ouzou.**

Réalisé par :
KACED Nadjat
ZERROUKI Lynda

Dirigé par :
M^{me} AMNACHE-CHIKH Sabrina

Devant les jurys composés de :

Président : M^r AIT TALEB Abdelhamid
Rapporteur : M^{me} AMNACHE-CHIKH Sabrina
Examineur : M^r NAIT SLIMANI Mohand

MCA, UMMTO.
MCA, UMMTO.
MAA, UMMTO.

Promotion : 2017-2018

Remerciements

Nous remercions tout d'abord le bon Dieu pour nous avoir donné le courage et la santé pour accomplir ce travail.

Nous tenons à remercier très sincèrement notre directrice de mémoire, M^{me} AMNACHE, qui a su croire en nous et dont le soutien, le suivi, la disponibilité et ses commentaires constructifs nous ont été plus que précieux,

Nos remerciements s'adressent aussi à nos parents qui nous ont soutenus par le biais de leurs conseils et de leurs prières à notre égard.

Nos remerciements s'adressent également à tout le personnel de bureau des entrées de l'hôpital NEDIR Mohamed de Tizi Ouzou, plus particulièrement au chef de service informatique Madame CHAMEK,

Nos remerciements vont à toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

DEDICACES

À nos chers parents ;

À nos familles ;

À nos amis.

Sommaire

Chapitre I : Généralités sur les documents supports d'informations normalisés à l'hôpital

Introduction	15
Section 1 : Eléments de définition	16
Section 2 : Les dossiers d'admission à l'hôpital	27
Section 3 : Les dossiers qui accompagnent le patient durant ses séjours à l'hôpital ...	39

Conclusion	53
-------------------------	-----------

Chapitre II : Le rôle des documents supports d'informations normalisés à l'hôpital dans l'amélioration de la qualité des soins

Introduction	55
Section 1 : Le rôle de la fiche navette dans la facturation et la maîtrise des dépenses .	56
Section 2 : L'objectif du dossier médical et le dossier des soins infirmiers	67
Section 3 : La conservation des dossiers à l'hôpital	81

Conclusion	87
-------------------------	-----------

Chapitre III : Fonctionnement du bureau des entrées

Introduction	89
Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou.....	90
Section 2 : Le bureau des admissions	94
Section 3 : Le logiciel patient (le bureau des entrées)	106

Conclusion	110
-------------------------	------------

Liste des signes et abréviations

BE : Bureau Des Entrées.

BIAM : Banque d'Informations Autorisée sur les Médicaments.

C.I.I : Conseil International des Infermières.

CASNOS : Caisse d'Assurance Sociale des non Salarie.

CHU : Centre Hospitalo-universitaires.

CIM : Classification Internationale de Maladie.

CIM : Médecins Chargés de l'Information Médicale.

CMS : Cout Moyen de Séjour.

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale.

3COH : Triple Comptabilité Hospitalière.

DCI : Dénomination Commune International.

DM : Dossier Médical.

DMS : Durée moyen de séjour.

DRAG : Direction Régionale des Affaires.

DSI : Dossier Des Soins Infirmiers.

DSP : Direction de la Santé de la Population.

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

GHM : Groupe Homogène de Malade.

GMSIH : Le Groupement Pour La Modernisation Du Système D'information Hospitalière

HAS : Haute Autorité Sanitaire.

IOM : Institut De Médecine Des Etats –Unis.

MSPRH : Ministère de la Santé de la Population et de La Réforme Hospitalier.

MSRH : Ministère de la Santé et de la Réforme Hospitalière.

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PC : Pratique Médicale Courante.

PEC : Prise En Charge.

PMJH : Prix Moyenne de Journée d'hospitalisation

RUM : Résumés d'Unité Médical.

SSU : Secteur Sanitaire Universitaire.

T.O : TIZI-OUZOU

T2A : Tarification à L'activité.

TIC : Technologie de l'Information et de la Communication.

TOM : Taux d'Occupation moyen des Lits.

Introduction générale

La santé occupe aujourd'hui une place centrale dans les problématiques de développement, en général. Toutefois cette place paraît ambiguë dans les discours et politiques publiques présentés à la fois comme fin mais aussi comme moyen de développement. Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS1948) définit la santé comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹. En effet, la santé comme étant l'absence des maladies reste une définition trop étroite et même unanimement critiquée.

Plus clairement, la santé est l'aptitude à exercer efficacement les fonctions requises dans un milieu donné et comme ce milieu ne cesse d'évoluer, la santé est un processus d'adaptation continuelle aux innombrables microbes, irritants, tensions et problèmes auxquels l'homme doit faire face chaque jour². Ce qui signifie que la santé est largement déterminée par les conditions et les modes de vie. C'est donc essentiellement en agissant sur les facteurs environnementaux, sociaux, culturels et économiques qu'il est possible d'améliorer l'état de santé d'une population, ce qui n'exclut pas, bien entendu, l'importance de la médecine et des soins.

L'Etat, les collectivités locales, les autorités sanitaires, les professionnels de santé, les établissements de santé publiques et privés, les mouvements associatifs et tous les autres organismes participant à la prévention et aux soins. afin d'assurer les soins les plus appropriés et les plus adéquats à l'état de santé des individus ; comme ils se définissent dans ce domaine l'objectif d'« offrir » la meilleure sécurité sanitaire possible³.

L'hôpital constitue une véritable entreprise dotée de missions spécifiques et de fonctions bien déterminées. Comportant des services et des centres de responsabilité multiples et variés, il ne cesse de produire et de recevoir des documents de toutes sortes qu'on peut scinder aisément en documents administratifs et en documents médicaux. La distinction entre

¹ LEROY N., « Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectifs ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle », Thèse de doctorat, en Psychologie du Travail et des organisations. LILLE : l'Université Lille 3, 2013, p 08.

² MOKHTAR L., « préviologie du droit aux soins au droit à la santé », dunod-larmises, paris 1991, p22.

³ Avant-projet de loi sanitaire, Apres avis du conseil d'Etat ; Apres adoption par l'assemblée populaire national ; Promulgue la loi dont la teneur suit ; titre 1, des principes et dispositions fondamentaux, chapitre 1, des principes fondamentaux, article 4.

ces deux catégories de documents est à la base de la segmentation des archives hospitalières en archives médicales et archives administratives⁴.

L'accès aux connaissances est devenu une exigence du progrès et permet de nouvelles approches ou alternatives à la solution des problèmes de toutes natures. Dans cette optique, le comportement documentaire et d'information qui se situe en général dans une perspective de rentabilité et d'efficacité préoccupe l'exercice même de la profession. Plusieurs évolutions majeures ont marqué la pratique médicale des vingt dernières années. L'accroissement des connaissances médicales est explosif et l'augmentation du nombre de paramètres nécessaires à la prise en charge des patients se fait en parallèle.

Dans ce contexte, toutes ces informations sont enregistrées dans des différents dossiers en vue de construire un ensemble de connaissances nécessaire à la prise de décision et qui vise à développer des méthodes et des outils en vue de faciliter le traitement rationnel, rapide et fiable de l'information médicale, c'est-à-dire l'amélioration directe ou indirecte de la qualité des soins. Les connaissances nécessaires à la prise de décision conditionnent la qualité de soins donc l'activité médicale, ce qui suppose un effort de communication et l'insuffisance d'informations et de connaissances et ce qui peut être responsable d'erreurs de diagnostics ou de décisions thérapeutiques inappropriées.

La personne ayant des besoins en matière de soins poursuit une trajectoire qui dépend de plusieurs paramètres : son lieu d'habitation, ses choix, les établissements hospitaliers qui la prennent en charge sur le plan national, régional, en médecine de ville ...A l'hôpital des mesures sont prises pour optimiser cette trajectoire et dès son admission, le patient doit se présenter au bureau des entrées. Il doit être également signalé par les panneaux placés aux endroits appropriés en vue de collecter un nombre important d'informations qui permettront de constituer l'anamnèse (histoire de la maladie), le patient étant l'objet et la source principale d'informations.

⁴ **LAAROUSSI T.**, « GESTION DES ARCHIVES HOSPITALIERES : Cas de L'Hôpital Mohamed V de Meknès », Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme de Maitrise en Administration Sanitaire et Sante Publique, option : sante publique, juillet 2008, P 03.

Intérêt du sujet

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le cadre de notre spécialité, à savoir l'économie de la santé. Ce sujet ambitionne d'attirer l'attention des économistes de la santé sur le rôle de différents documents existant à l'hôpital, à savoir, l'utilité des différents dossiers (dossier administratif, dossier médical, dossier des soins infirmiers et fiche navette) qui accompagnent le patient durant ses séjours à l'hôpital, en vue de déterminer les coûts d'hospitalisation.

Par ailleurs, ce mémoire peut servir comme source de documentation pour les autres étudiants, et procurer des informations qui peuvent se révéler indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans le domaine.

L'originalité de ce sujet est aussi justifiée par le manque des travaux universitaires qui s'y rapportent.

Motifs de choix du sujet de recherche

Nous avons choisi le présent sujet pour les raisons suivantes, nous estimons qu'il est nécessaire de valoriser scientifiquement les documents supports d'informations normalisés. En effet, ces documents constituent une source d'informations importante pour le gestionnaire, le chercheur et le praticien.

De plus, c'est un sujet qui nous permet d'approfondir nos connaissances sur le fonctionnement de l'hôpital ; de mettre en évidence les avantages et le rôle des différents dossiers existant dans cette institution et surtout dans le bureau des admissions. Suite à cela, nous avons une finalité plus subjective qui est celle de postuler pour un emploi dans ce domaine.

Le choix du *CHU NEDIR MOHAMED* pour le cas pratique est dû au fait que celui-ci soit un établissement public à caractère administratif, et à la proximité du lieu qui nous permettrait d'avoir un accès plus facile à l'information et des déplacements assez fréquents.

Problématique

Malgré le développement des technologies dans le domaine de la santé, les documents et les dossiers supports normalisés restent une source d'information pour les personnels de l'hôpital et pour le patient, afin de déterminer les coûts de la prise en charge et pour faciliter la communication entre les praticiens.

La problématique que nous posons dans ce travail est formulée comme suit :

Quel est le rôle des documents supports d'informations normalisés dans le fonctionnement de l'hôpital et dans la prise en charge du patient ? Qu'en est-il pour le cas du CHU de Tizi – Ouzou ?

Avant d'apporter des éléments de réponse à notre problématique nous avons posé quelques autres sous-questions :

- Quels sont les différents documents supports d'informations ?
- Quelle est l'utilité des différents dossiers ?
- Quelle est la finalité des dossiers à l'hôpital ?
- Qu'en est-il de l'usage des différents dossiers à l'hôpital ?

Objet de l'étude

L'objet général de la présente recherche est de montrer et comprendre comment s'établissent les différents documents et leur relation avec le cheminement du patient au CHU de T.O.

Pour bien préciser notre objet, en nous basant sur les données collectées au sein du CHU NEDIR MOHAMED, nous nous sommes fixées trois objectifs spécifiques qui sont :

- Déterminer les différents documents existant à l'hôpital.
- Déterminer les coûts de séjour à travers la fiche navette.
- Déterminer l'importance de l'information médicale dans l'amélioration de la qualité des soins et la prise en charge des patients.

Méthodologie de la recherche

Pour mieux appréhender notre travail et pour répondre à notre question de recherche, nous avons adopté une démarche axée d'une part sur une recherche bibliographique et d'autre part sur un travail de terrain.

Notre recherche bibliographique se base sur :

- L'exploitation des travaux universitaires tels que les thèses et mémoires qui traitent les questions liées à notre sujet
- Le recours à des textes juridiques.
- Enfin, l'exploitation des sites internet.

Pour le cas pratique, nous nous intéressons au CHU de Tizi- Ouzou, nous y collecterons les informations et les données nécessaires à notre travail.

Structure de travail

Le plan de notre travail sera subdivisé en trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections.

Il est présenté comme suit :

- Le premier chapitre (chapitre introductif) est subdivisé en trois sections. La première traitera les concepts de base tel que l'hôpital, le dossier et l'information médicale La deuxième sera consacrée pour définir les types des dossiers d'admission à l'hôpital, et les dossiers qui accompagnent le patient durant ses séjours à l'hôpital feront l'objet de la troisième section.
- Pour le deuxième chapitre, on traitera le rôle des documents supports d'informations normalisés à l'hôpital, celui-ci va présenter le rôle de la fiche navette dans la facturation et la maîtrise des dépenses, dans la deuxième section on va expliquer l'objectif du dossier médical et le dossier des soins infirmiers, et enfin on va déterminer la conservation des dossiers.
- Le dernier chapitre représente le rôle du bureau des entrées dans le fonctionnement de l'hôpital et sa relation avec les différents documents au sein de l'hôpital NEDIR MOHAMED.

Chapitre 7 :

*Généralités sur les documents supports
d'informations normalisés à l'hôpital*

Introduction

La santé est la condition normale et naturelle de tous les êtres vivants, car cette capacité est inhérente à la vie. Donc, elle est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie.

Pour assurer les soins les hôpitaux sont destinés à prendre en charge des patients dans toutes leur composantes physique et sociale, alors pour garantir cette fonction il est nécessaire d'avoir certaines étapes à suivre dès l'admission jusque-là sortie du patient.

A l'arrivée du patient à l'hôpital pour une consultation comme pour une hospitalisation il devrait se présenter à l'accueil des admissions afin d'enregistrer des informations relatives au patient, donc c'est le début de constitution d'un ensemble de dossiers qui suit le malade durant ses séjours. On trouve ici la fiche navette et le dossier médical qui porte des informations sur la situation du patient et les traitements à suivre dans l'objectif de partage des informations entre les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge.

Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traitera la définition des concepts l'hôpital, dossier, l'information médicale. La deuxième section sera consacrée à l'analyse des dossiers d'admission à l'hôpital, et les dossiers qui accompagnent le patient durant ses séjours à l'hôpital fera l'objet de la troisième section.

Section 1 : Eléments de définition

Cette section présentera tous les concepts de bases liées à notre sujet. De ce fait, nous commencerons par le concept de l'hôpital puis le document, le dossier et enfin l'information médicale.

1-1 L'hôpital

L'hôpital est un établissement de soins où un personnel soignant peut prendre en charge des personnes malades ou victimes. Les établissements de santé assurent deux fonctions : une fonction d'accueil et une fonction technique qui prédomine de plus en plus. Pour accomplir ses fonctions les hôpitaux disposent de certaines ressources et emploient un personnel nombreux, réparti en catégories aux fonctions distinctes.

1-1-1 Origine du concept

L'origine historique des hôpitaux en France (et en Europe) prend ses racines dans l'histoire religieuse. Les premiers lieux d'accueil des malades furent, en effet, au Moyen Age, les Hôtels Dieu situés à proximité des églises et des congrégations religieuses dont les membres se consacrent aux soins aux malades. Il existait par ailleurs une volonté de mise à distance du cœur de ville d'une population sans ressources que l'on isolait dans des établissements adaptés à leur situation sociale ou à leurs maladies (les incurables, les victimes d'épidémies, les pauvres honteux...).

La population hospitalière étant d'origine modeste, la notion de charité prévalait sur celle de droit aux soins. Les accès et les circulations étaient conçus dans un souci de surveillance. Selon un concept architectural qui a perduré longtemps, un mur élevé entourait l'hôpital auquel on ne pouvait accéder que par une seule porte, c'est pourquoi, jusque dans les années 1960, il fallait attendre l'heure des visites dans la rue¹.

A l'intérieur des murs, le plan général est souvent organisé en croix autour d'une chapelle elle-même organisée en chapelles secondaires autour de l'hôtel central afin d'assurer une séparation des différentes catégories de malades. Des communications étaient parfois établies entre les différentes « divisions » par des galeries ou des souterrains.

¹ Ministère de la Santé et des Solidarités., « Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières » ; Guide des nouvelles organisations et architectures hospitalières ; 2014 ; p.07.

S'agissant de leur gestion, un point clé mérite d'être rappelé dans l'histoire des hôpitaux : c'est la décision prise par Louis XIV de charger les villes de la gestion de leurs hôpitaux. Il faut dire que leur situation était devenue très difficile, le nombre de mendiants et surtout d'orphelins ayant cru dans des proportions très importantes. C'est de cette époque (1662) que date l'intérêt que portent les conseils municipaux aux hôpitaux de leur territoire.

Cette décision a été complétée d'abord par le Directoire, par la loi du 7 octobre 1796, puis par Napoléon Bonaparte qui a tenté de rétablir la situation des "hospices civils" devenue catastrophique après la révolution de 1789. Les biens confisqués à de nombreux établissements charitables leur fut restitués. De plus, certains établissements particuliers accueillant des aveugles, des sourds ou muets furent classés établissements nationaux. Enfin ce sont les municipalités qui prirent en charge la surveillance des hospices civils de leur circonscription. Les hôpitaux généraux, de tailles très diverses, au nombre de 2500 étaient la plupart du temps de petits hôpitaux hospices de faible capacité, où se côtoyaient les enfants abandonnés, les malades, les vieillards, les mendiants, les aliénés et les filles de « mauvaise vie ».

Le développement de l'hygiène pasteurienne de la fin du XIXe au début du XXe siècle et le développement des spécialisations médicales ont conduit à des constructions isolées, de type pavillonnaire s'étendant sur des surfaces importantes. A cette même période des sociétés de secours mutuel ont été créées pour répondre aux nouveaux problèmes apportés par le développement industriel et des établissements de santé privés sont apparus pour combler les lacunes laissées par les établissements publics repliés sur le territoire communal et se chargeant essentiellement de l'indigence².

Peu à peu les hôpitaux publics se sont ouverts à toutes les couches de la population surtout après la Deuxième Guerre mondiale, pour devenir progressivement de véritables centres de hautes technologies médicales.

Dans les années 1930-1950 apparaissent des hôpitaux blocs permettant une concentration des moyens et des facilités de communication et de circulation. Les nouvelles tendances à l'humanisation dans les années 1970 conduisent à édifier des établissements plus petits, à taille humaine, plus facile à gérer, autour de 500 lits. C'est également à cette période

² Ministère de la santé et des solidarités., op.cit., p.10.

que l'hôpital public acquiert la personnalité morale et l'autonomie financière et qu'il n'est plus rattaché que territorialement à la collectivité locale.³

Cette lente évolution du rôle des hôpitaux et des populations prises en charge explique les grandes modifications dans l'organisation, la structure et dans la conception architecturale des établissements de santé.

C'est dans ce contexte d'établissements issus des différentes époques, dont l'architecture est plus ou moins bien adaptée aux exigences de confort et de sécurité actuelles, que la recomposition de l'offre de soins doit être organisée. C'est notamment un des objectifs de la relance des investissements du « Plan Hôpital 2007 » qui doit permettre par des restructurations de bâtiments anciens et inadaptés, de moderniser et de construire de nouveaux établissements de santé.

1-1-2 Définition de l'hôpital

L'hôpital par définition est un établissement public ou privé, où sont effectués tous les soins médicaux et chirurgicaux, Il assure également des fonctions d'enseignement et de recherche qui ne doivent pas être isolées ni séparées, dans le cas d'un centre hospitalo-universitaire il devient aujourd'hui un véritable équipement urbain.⁴

L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) a donné deux définitions à l'hôpital :

- ✓ La première est pratique : il s'agit d'un établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et les soins infirmiers ».
- ✓ L'autre définition décrit la fonction que l'hôpital moderne devrait assumer : « L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale

³Ministère de la santé et des solidarités, op.cit., p.10.

⁴ DJOUHRI M., GHANEM L., « L'intégration de la HQE dans les établissements hospitaliers ; Cas de l'hôpital khellil Amrane de Bejaïa », Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de master en sciences Économiques Option : économie de la santé. Université Abderrahmane MIRA de Béjaia, Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, p9.

considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale ».⁵

Et l'hôpital est un établissement où l'on reçoit gratuitement des pauvres, des infirmes, des enfants, des malades. L'hôpital des orphelins, particulièrement, dans le langage administratif, maison de charité établie pour donner des soins gratuits aux malades indigents.⁶

1-1-3 L'hôpital : lieu de production de prestation de services

Le fait d'employer le terme de « production » à l'hôpital est inhabituel. On s'intéresse aux malades, aux pathologies, aux matériels, aux actes réalisés, mais la connotation gestionnaire ou ingénierique de la « production » semble inopportune, dans un premier temps du moins, dans un lieu où les producteurs directs de soins sont des professionnels du champ sanitaire. La logique apparente, affichée, ne sera pas de produire du soin, mais de susciter la guérison, de faire recouvrir au patient un meilleur état de santé.⁷

On parle aussi à l'hôpital, de la production de la distinction, qui se décline d'abord au niveau des rapports entre médecins, elle se retrouve également aussi au niveau de la direction de l'établissement.

Notre positionnement gestionnaire nous conduit à penser l'hôpital comme lieu de production de prestations de services. Il s'agira de tenter une caractérisation de cette production et de son organisation.

1-1-3-1 la maximisation de la qualité

La reconnaissance, au sein de l'objectif même de l'hôpital, de dimension centrale de la qualité dans la production hospitalière permet de donner aux médecins un rôle très important dans l'organisation de la production.

Le modèle de M.L. Lee (1971) est annonciateur de l'application de l'analyse économique de la bureaucratie à l'hôpital : en effet, l'objectif de l'hôpital est assimilé à celui de l'administrateur en raison de la séparation de la propriété et du management, et de l'absence des propriétés d'exclusivité et de transférabilité des droits de propriété qui

⁵DJOUHRI M, GHANEM L, Op.cit. P9.

⁶ dicocitations.lemonde.fr, consulté le 12/09/2018.

⁷ VINOT D., « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 1999, p. 213.

caractérisent l'entreprise privée. La fonction de l'administrateur regroupe, au-delà des arguments monétaires, de nombreux arguments tels que prestige, sécurité... la maximisation de sa fonction d'utilité l'amène à rechercher pour l'hôpital un statut dépendant de la qualité des inputs utilisés : plateaux techniques mais aussi personnels médicaux. Les médecins sont donc des inputs dont la qualité détermine le statut de l'hôpital et, consécutivement, la satisfaction de l'administrateur. Ils jouent également un rôle dans la détermination de la qualité des équipements techniques, ce qui présuppose implicitement qu'ils aient une fonction d'utilité propre⁸.

1-1-4 Caractéristiques générales des hôpitaux

Plusieurs caractéristiques sont associées à l'institution hospitalière. Il s'agit de :

- Répondre aux besoins de la population ;
- S'intégrer à l'environnement qui l'entoure ;
- Être compatible avec le schéma d'organisation sanitaire ;
- Il faut qu'il soit accessible aux piétons et aux personnes handicapées ;
- Il doit être protégé contre les incendies ;
- Il doit avoir une bonne isolation phonique et thermique ;
- Il faut fluidifier les accès (Accès renseignement, accès public, accès d'urgences, accès ambulances, accès de service) ;
- Traitements des déchets ;
- Être conforme avec les conditions d'hygiène.⁹

⁸ SOPHIE B., « économie du système de santé du marché à l'organisation » ; ouvrage publié avec le concours du ministère de l'éducation nationale ; paris septembre 1994, p45.

⁹ DJOUHRI M., GHANEM L., Op.cit., p15.

1-2 Le document

Dans un deuxième temps, il est indispensable de nous intéresser au concept de document.

1-2-1 Définition du document

Un document renvoie à un ensemble formé par un support et une information, celle-ci enregistrée de manière persistante. Il a une valeur explicative, descriptive ou de preuve. Vecteur matériel de la pensée humaine, il joue un rôle essentiel dans la plupart des sociétés contemporaines, tant pour le fonctionnement de leurs administrations que dans l'élaboration de leurs savoirs. Témoin de son époque pour l'historien, pièce à conviction pour le juge, le document pose toujours le problème de sa véracité, mais plus encore de ce qu'il révèle indépendamment de son énoncé ou de son illustration.

Le document peut se concevoir selon trois perspectives : comme forme, comme signe et comme médium. Autrement dit, il implique une matérialité, un sens et un contexte social qui décide de son statut. Selon une acception assez large, tout objet informatif, même dénué de signes, correspond à un document : ainsi en est-il du silex taillé pour le préhistorien, d'une bactérie pour le biologiste. L'emploi du terme renvoie cependant plus souvent à un objet culturel stockant du texte, de l'image ou du son. Enfin, il constitue un moyen de communication, étant ainsi un vecteur des idées et du pouvoir. Le document numérique bouleverse la conception traditionnelle de la notion par la dissociation du contenant et du contenu.

1-2-2 Typologie documentaire

Le document peut être caractérisé selon une typologie basée sur la nature de l'information, le support matériel, le mode de consultation et la périodicité : selon la nature de l'information, les documents peuvent être textuels (documents écrits : texte scientifique, article de presse, texte juridique, politique, œuvre littéraire) ou non-textuels (documents sonores ou iconographiques de type images fixes ou animées). Quand la source est une combinaison des images et du son (et/ou de l'écrit), on parle de documents audiovisuels ou multimédia. Selon le support matériel qui peut être de type papier (documents manuscrits, tapuscrits, imprimés, visuels), photographique, magnétique (disquette, audiocassette, vidéocassette), optique (CD et DVD), numérique (source Internet) ¹⁰. Selon le mode de

¹⁰ www.wikipedia.org, consulté le 20/09/2018.

consultation (direct ou indirect dans le cas où il y a nécessité d'un appareil de projection ou de lecture pour prendre connaissance de l'information) .

1-3 Le Dossier

Après la définition du document, il est nécessaire de définir le dossier.

1-3-1 Définition du dossier

De nombreuses définitions en ont été proposées parmi lesquelles celle donnée par FH Roger-France :

« Le dossier est une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelle et collective, constamment mise à jour. »¹¹

Il rassemble des informations de natures diverses :

- Des informations médicales antérieures à l'hospitalisation ou à la consultation actuelle (identité, anamnèse, allergies, antécédents, traitements, etc.) ;
- Des informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie ;
- Des informations médicales produites au cours du séjour en établissement de santé (observations, comptes rendus d'examen, prescriptions, comptes rendus opératoires, anatomopathologie, feuilles de température, lettres de sortie, etc.) ;
- Des informations relatives aux soins paramédicaux dispensés par les infirmiers et les autres professionnels de santé.

1-3-2 La constitution et le contenu de dossier

Élaborées lors du séjour hospitalier, les diverses composantes du dossier du patient font l'objet d'une réglementation en ce qui concerne leur existence ou leur tenue, leur contenu, leur accès et leur conservation.¹²

¹¹ Service évaluation des pratiques, « évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, dossier du patient : réglementation et recommandations », juin 2003, p6

¹² Idem, p7.

1-3-2-1 Les données sociodémographiques

De point de vue réglementaire, le dossier administratif alimente le dossier du patient avec tous les éléments permettant d'identifier le patient, sa situation administrative, sa couverture sociale, ainsi que, si nécessaire, les différentes autorisations requises par la réglementation, notamment :

- Les autorisations d'opérer un patient mineur.
- Le refus d'autoriser une autopsie ou un prélèvement d'organes sur une personne décédée.
- Les décharges pour sortie contre avis médical.

Outre l'identification du patient, sauf en cas d'hospitalisation sous "x", le dossier doit comporter, si nécessaire, l'identité de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir.

L'administration hospitalière doit prendre des dispositions pour que le dossier administratif, constitué lors du contact du patient, soit bien distinct du dossier médical et ne contienne aucune donnée de nature médicale.¹³

Par ailleurs quelques recommandations peuvent être faites :

Le dossier étant organisé autour du patient, un des rôles du dossier administratif est de fournir l'identification du patient à l'ensemble des professionnels de santé qui le prennent en charge et toutes les informations documentaires susceptibles de contribuer à cette prise en charge.

- Cette identification requiert d'être fiable et recueillie avec la plus grande précision possible à partir des documents administratifs officiels présentés par le patient tels que la carte d'identité, le passeport, la carte de séjour. La carte d'assuré social atteste seulement de la couverture sociale du patient.
- Le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) a publié, le 4 avril 2002, une étude sur l'identification des patients en établissements de santé. Ce document comporte de nombreuses recommandations notamment en ce qui concerne la standardisation des pratiques et des méthodes d'identification des patients.

¹³ Service évaluation des pratiques., op.cit. p7.

- L'identification administrative doit comporter, outre l'identification du patient et les éléments réglementaires, la profession et l'employeur éventuels, les coordonnées du médecin traitant.
- Une identification administrative standardisée et de qualité évite les doublons résultant de nouveaux recueils d'informations susceptibles de générer des erreurs dans les services de soins ou médicotechniques. Elle permet la production d'étiquettes utilisables pour les demandes d'examens complémentaires, l'identification du dossier du patient et des résumés d'unité médicale (RUM). Les étiquettes avec code à barres sont un moyen qui aide l'archivage des dossiers.¹⁴

1-4 L'information médicale

Dans ce qui suit, nous présentant ce qu'est l'information médicale, en soulignant ses principes sources

1-4-1 Définition

Dans sa définition la plus courante, "l'information" est une nouvelle, un renseignement. Pour ce qui est de la médecine, elle devient une information spécialisée dans le sens où elle ne renseigne et n'informe que sur les sciences et pratiques médicales. Donc elle se définit également comme le contenu cognitif de toute communication d'idées, de faits ou de statistiques relatifs à la santé ou à la maladie.

Pour celui qui la reçoit, elle représente un "accroissement", c'est-à-dire, un ajout de connaissances qui entraîne vraisemblablement une réduction des incertitudes.

La communauté médicale représente l'auteur de sa production et le destinataire n'est rien d'autre que cette même communauté scientifique qui s'identifie à tous les praticiens et le reste des acteurs dans l'environnement que l'on considère.

Produite, l'information médicale a ainsi pour rôle de participer d'abord à la constitution du savoir médical du moment où elle a été intégrée comme une connaissance certifiée, c'est-à-dire comme une "connaissance institutionnelle" pour reprendre les termes des "constructivistes contemporains"¹⁵.

¹⁴Service évaluation des pratiques. Op.cit. p9.

¹⁵ SAMUEL T., « Système d'information documentaire, mémoire de DEA usages des sources et supports d'information médicale chez les praticiens » centre Hospitalo-universitaires, septembre 1997, p 23.

Ainsi, l'information médicale participe à la constitution du savoir médical en transmettant les connaissances nouvellement acquises.

1-4-2 Principales sources d'informations médicales

En règle générale, le médecin dans ses pratiques professionnelles de tous les jours a besoin des informations, en vue d'exercer correctement son activité.

Cette information pourrait être : (selon qu'elle est utilisée pour résoudre un problème de soins, préparer un enseignement ou effectuer une recherche), soit :

- Une information primaire si elle est directement exploitable
- Une information secondaire si elle est référentielle (renvoie à une référence)
- Une information tertiaire s'il s'agit de l'ensemble des documents assurant un service de compilation, de synthèse, de remise en forme voire de validation de l'information issue de documents primaires.

1-4-2-1 La documentation primaire

Par documentation primaire, il faut entendre tous les documents présentant une information communiquée pour la première fois par son auteur ; ces documents contiennent les textes qui décrivent et officialisent une découverte, une étude ou un travail original. La documentation primaire peut faire l'objet de trois types de supports :¹⁶

✓ **Support papier**

- Articles de périodiques ;
- Ouvrages ;
- Littérature grise (documents publiés en très petit nombre et donc généralement difficilement accessibles) ; thèses, rapports de recherche, actes de congrès.

✓ **Support informatique**

- Banques de données accessibles soit en ligne par l'intermédiaire du réseau téléphonique ou du réseau Internet, soit en mode local grâce à des CD-ROM essentiellement ; articles de revues (revues électroniques), brevets, ce qui pourrait conduire à terme à la concurrence ardue du support papier.

¹⁶ SAMUEL T., op.cit., p31.

✓ Support audio-visuel

- Diapositives, photographies, banques d'images, films vidéo, enregistrements de conférences.

1-4-2-2 La documentation secondaire

C'est elle qui signale dans un second temps l'existence de la documentation primaire. Ce sont les répertoires et les bases de données bibliographiques qui répertorient, classent et indexent à l'aide de mots-clés les documents primaires afin que ceux-ci soient disponibles et facilement accessibles pour l'utilisateur.

De la documentation secondaire nous avons recensé quelques exemples dans le centre de documentation des Hospices civils de Lyon.

1-4-2-3 La documentation tertiaire

IL s'agit ici de l'ensemble des documents qui assurent un service de compilation de synthèse, de remise en forme, voire de validation de l'information issue des documents primaires.

La documentation tertiaire permet un accès direct et rapide à une information ponctuelle que l'on recherchera. Ces documents sont disponibles soit sous forme d'ouvrages, soit sous forme de banques de données en ligne ou sur CD-ROM.

Les ouvrages de base sont répartis entre les ouvrages sur le médicament ; guide national de prescription des médicaments - dictionnaire des spécialités pharmaceutiques – dictionnaire Européen des médicaments.¹⁷

¹⁷ SAMUEL T., op.cit., p32.

Section 2 : Les dossiers d'admission à l'hôpital

Dans la deuxième section, on présentera les formalités administratives lors d'une admission à l'hôpital et les différents dossiers d'admission à l'hôpital dont on trouve le dossier administratif et la fiche navette.

2-1 Le dossier administratif

Pour tout patient pris en charge dans un établissement de soins, l'administration hospitalière doit constituer un dossier administratif distinct du dossier des professionnels de santé.

Du dossier administratif sont extraites l'identification du patient et les données sociodémographiques qui vont enrichir le dossier du patient. L'authenticité des informations administratives recueillies doit être garantie. Elles doivent être régulièrement tenues à jour (suivi de l'identité de l'état civil, de la couverture sociale, du statut matrimonial, des employeurs, etc.).¹⁸

Le dossier administratif est un dossier qui s'effectue à l'administration de l'hôpital au niveau du bureau des entrées où sont enregistrées toutes les informations concernant le circuit du malade dès l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Donc le dossier administratif résume le parcours du patient dans l'hôpital. Le patient vient pour une consultation externe ou un examen paraclinique, qu'il soit référé ou non : après avoir pris le rendez-vous pour la consultation ou l'examen, il se présente le jour de l'examen au BE où il est enregistré dans le registre des prestations externes. Il va ensuite à la caisse où il s'acquitte des frais et reçoit sa quittance. Il peut ensuite se présenter pour la prestation munie de la prescription et de la quittance.

A l'issue de la consultation, si une hospitalisation doit être prononcée, le médecin rédige une demande d'hospitalisation avec laquelle le patient se présente au BE le jour de l'hospitalisation. Il est alors enregistré dans le registre des admissions et un billet d'hôpital lui est remis. Il va alors au guichet pour s'acquitter de la provision et se rend ensuite dans le service, muni de son billet d'hôpital.

¹⁸ Service évaluation des pratiques., « évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, dossier du patient » réglementation et recommandations, juin 2003, p5.

Si le patient est référé pour hospitalisation ou s'il arrive en urgence, il est reçu par le service des urgences où il est consulté avant d'être admis dans le service. La même procédure d'enregistrement est appliquée¹⁹.

2-1-1 Modalités d'admission à l'hôpital

L'admission à l'hôpital peut être faite par différentes façons :

a- Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée sur présentation d'un certificat médical attestant de la nécessité de l'hospitalisation. Celui-ci est accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

b- Admission programmée

En cas d'admission programmée, une convocation est remise ou adressée au patient. Afin d'organiser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au Bureau des entrées où il sera informé sur les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

c- Admission directe

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.²⁰

d- Transfert suite à une admission

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient ou d'un blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le Directeur Général doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

¹⁹ Ministère de la Santé « Support du système d'information hospitalier », Description et guide d'utilisation, p3.

²⁰ Dispositions relatives à l'admission au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées, textes référence circulaire n° 2005/57 du 2 février 2005, p35.

Sauf urgence, la personne doit être informée préalablement de son transfert, provisoire ou définitif, qui ne peut être effectué sans son consentement. L'admission dans ce nouvel établissement est décidée par son Directeur.

e- Admission en urgence

Le directeur général prend toutes mesures, si l'état d'un malade ou d'un blessé le nécessite, pour que les soins urgents soient assurés au sein du CHU sous la responsabilité directe d'un médecin. Le Directeur prononce l'admission, même en l'absence de tout renseignement sur l'identité de la personne ou sur les conditions dans lesquelles les frais seront remboursés à l'établissement. Le cas échéant, les informations nécessaires à la constitution du dossier de la personne admise en urgence doivent être recueillies le plus rapidement possible. Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal du refus est établi et contresigné par deux agents du service. Lorsqu'un malade ou un blessé, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'établissement, il peut être selon le cas soit reconduit à la sortie de l'hôpital soit adressé à un organisme à caractère social.

f- Admission des mineurs

Sauf dispositions légales spécifiques, l'admission des mineurs est prononcée à la demande du ou des représentant(s) de l'autorité parentale, du tuteur ou de l'autorité judiciaire.

Pour les mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur a été confié par son père, mère ou tuteur.²¹

²¹ Dispositions relatives à l'admission au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées., op.cit. p38.

2-1-2 Les composants du dossier d'admission

Le dossier d'admission d'un malade doit comporter :

- Demande d'hospitalisation ; (**Voir annexe 1**)
- Le billet de salle ;
- Fiche navette ; (**Voir annexe 2**)
- Certificat de séjour. (**Voir annexe 3**)

Toute hospitalisation d'un malade doit être obligatoirement enregistrée au niveau de la section des admissions.

2-1-2-1 La demande d'hospitalisation

Dans le cas où le patient nécessite une hospitalisation, le médecin traitant lui fait une demande d'hospitalisation, qui est un document qui porte la date de l'entrée et l'heure, le service et la spécialité, le nom et le prénom de patient et de son garde malade, et aussi le nom et la signature du médecin traitant.

Une fois que cette demande est remplie et signé par le médecin traitant, elle va être transférée par les services des traitants et le service des urgences au bureau des entrées afin de compléter le dossier²².

2-1-2-2 Le billet de salle

Un document appelé « billet de salle » contenant une fiche navette et un bulletin d'admission est rempli afin de recueillir les informations relatives au patient.

Remarque : le bulletin d'admission est un formulaire se trouvant dans le logiciel « patient » ce dernier sera rempli avec toutes les informations concernant le malade qui serait enregistrées et imprimées en double exemplaire :

- Le premier exemplaire et la fiche navette partent avec le patient (ou quelque fois subordonne par un agent) pour le service concerné.
- Le deuxième exemplaire et l'accord d'hospitalisation aident à remplir le registre « main courante » contenant les informations suivantes :

²² LEPANE JP, ARBABZADEH-BOUCHEZ S, LAFAY N, SENON JL, « Modalité d'hospitalisation en psychiatrie », disponible sur : <http://senon.pagesperso-orange.fr> , consulté le 25/09/2018.

Numéro matricule (nom, prénom, âge, adresse) et le service (où le patient est hospitalisé).

2-1-2-3 La fiche navette

Après que le patient ait effectué son séjour en matière d'examen et le traitement, contenant les actes médicaux (médicaments prescrits, analyse etc....), la date prévue de sortie et la signature du médecin ou du résident avec sa griffe²³.

2-1-2-4 Certificat de séjour

Dans le certificat de séjour ou bien la sortie on trouve le nom et prénom du patient et leur âge, matricule, service et la date d'admission et de sortie, et enfin le type de sortie.

2-1-2-5 Les types de sortie

a- Sortie Normale

Elle est décidée par le médecin traitant, et peut se faire tous les jours après 13h, excepté les week-ends et les jours fériés. Pour les enfants mineurs, la présence de tuteur est obligatoire.

A la sortie du malade la fiche navette est restituée au bureau des entrées pour la facturation du séjour.

Le bureau des admissions peut, à la demande du concerné fournir un certificat de séjour, comme justification de son hospitalisation, destiné à votre employeur, ou à toute autre fin utile.²⁴

b- Sortie par Décès

Cause Naturelle

Le malade décède suite à sa maladie. Suite au décès du malade le personnel du bureau des admissions en collaboration avec le médecin ayant constaté le décès, délivre les documents ci-dessous :

²³ BOUAMRANE S., « système d'information hospitalier : admission et planification des blocs opératoires » ; mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de magister en informatique option informatique et automatique université d'Oran ; 2010 ; p 40.

²⁴ La sortie du patient. Disponible sur www.chuto.dz/patient/sortie.php consulté le 27/09/2018.

- Un certificat de décès ;
- Une déclaration de décès ;
- Un certificat de non contagion.

Ces documents seront remis aux parents du défunt afin de permettre le retrait :

D'un permis d'inhumer au niveau de la mairie de Tizi Ouzou.

Une autorisation de transport de corps au niveau de la wilaya.

D'une attestation de mise en terre au niveau de la sûreté de la wilaya.

Cause non naturelle

Un certificat de constatation de décès est remis à l'un des parents du défunt.

Le parent du malade se présentera au tribunal ou au le procureur de la république le cas échéant :

Cas 1 : délivrera d'emblée un permis d'inhumer (cas : d'un accident de la circulation).

Cas 1 : exigera une autopsie en désignant le médecin légiste qui la pratiquera. Une fois réalisée, le rapport d'autopsie sera remis à monsieur le procureur de la république qui délivrera par la suite un permis d'inhumer.

c- Sortie par Evacuation

Lors d'une évacuation vers un établissement de santé national, le malade devrait être accompagné par un personnel paramédical et devrait se munir d'une prise en charge de la structure d'origine.

✓ Transfert à l'étranger

Pour manque de matériel ou de compétence le conseil scientifique décide après étude du dossier du malade, le transfert de celui-ci à l'étranger.²⁵

²⁵ La sortie du patient. Disponible sur www.chuto.dz/patient/sortie.php.op.cit. Consulté le 27/09/2018.

✓ *Sortie contre avis médical*

La décision de sortie est prise par le malade lui-même ou par son entourage et cela se fait à base d'un engagement de sortie signé avec l'administration du service.

✓ *Sortie par évasion*

Pour des raisons qui le concernent le malade décide de quitter le service d'hospitalisation sans aviser l'administration de ce dernier. La sûreté de la wilaya est aussitôt informée de ce fait par le bureau des admissions du CHU.²⁶

2-2 La fiche navette

Il est important de présenter à ce niveau la fiche navette et son utilité.

2-2-1 Définition

La fiche navette accompagne le malade durant tout son séjour hospitalier.

C'est un support d'information à même de rendre compte des activités hospitalières et de leur coût²⁷.

2-2-2 Présentation de la fiche navette

Avec l'avènement de la gratuité des soins en Algérie en 1974, la fiche navette a été simplement et carrément supprimée puis rétablie par la suite. Elle comporte huit pages dont chacune est destinée à la collecte d'un certain nombre d'informations qui seront exploitées par le bureau des entrées. Cette fiche fait partie de la liste des supports d'information et de gestion normalisés. La tenue et l'exploitation de la fiche navette vont permettre de recueillir une panoplie d'informations sur le malade admis dans les services hospitaliers d'un hôpital, sur sa maladie, sur les actes médicaux, chirurgicaux, examens pratiqués sur lui à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement hospitalier, les soins infirmiers correspondant aux actes paramédicaux effectués dans l'établissement d'hospitalisation, les médicaments qui lui ont été prescrits et administrés et enfin la fiche navette comporte des indications sur la sortie du malade de l'établissement où il a reçu des soins. **Dans sa première page**, la fiche navette

²⁶ La sortie du patient. Disponible sur www.chuto.dz/patient/sortie.php.op.cit. Consulté le 27/09/2018.

²⁷ SALMI M., « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en sciences économique., université Mouloud Mammeri T.O, 2009, p105.

regroupe les informations relatives à l'identification du patient à savoir son nom, son prénom, son âge, son groupe sanguin, son numéro d'admission, de même que les informations concernant le service allant accueillir le malade : nom de salle, le numéro de lit ainsi que la date et l'heure d'entrée dans le service. Des informations sont en outre collectées sur la personne du chef de service et sur celle du médecin traitant. Le mode d'entrée du patient est signalé sur la fiche navette qui, signifie que le malade a été orienté vers le service par les urgences du même établissement ou évacué d'un établissement extérieur. Un code d'entrée est attribué par le bureau des entrées pour chaque malade admis dans un service de l'établissement pour des contrôles éventuels des malades séjournant ayant été effectivement transités et recensés par ce bureau²⁸. D'autres informations sont susceptibles par ailleurs d'être recueillies à l'occasion du transfert du malade dans un autre service au sein du même établissement ou en dehors de celui-ci.

La deuxième et la troisième page de la fiche navette sont destinées à la transcription des actes médicaux, chirurgicaux et les divers examens pratiqués sur le malade dans l'établissement d'hospitalisation. Les actes que les professionnels de soins peuvent avoir à effectuer sont établis par une nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et autres auxiliaires médicaux. Cette nomenclature impose aux praticiens et auxiliaires médicaux de communiquer à l'administration de l'établissement sanitaire le type et la valeur des actes techniques qu'ils effectuent. Cette dernière est censée mesurer les activités des différents services et à calculer les coûts de santé, en d'autres termes les coûts de prise en charge des malades. Ces coûts seront communiqués aux organismes de sécurité sociale en vue d'effectuer le calcul de leur participation au financement de structures de soins et du secteur de la santé en général. Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient. La lettre-clé est un signe pour désigner soit un acte accompli par un médecin généraliste dont la lettre-clé est la lettre C, l'acte accompli par un spécialiste est désigné par la lettre CS, celui effectué par un psychiatre prend la lettre C PSY, l'acte du chirurgien-dentiste prend la lettre CD, l'acte de sage-femme prend la lettre C.SF. Par ailleurs il existe d'autres actes désignés par d'autres lettres-clés²⁹:

- PC qui désigne des actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.
- K désigne des actes de chirurgie et de spécialité.

²⁸ SALMI M., op.cit. P106.

²⁹ Le décret N° 85 283 du 12 novembre 1985 établit la liste des actes professionnels des médecins et autres auxiliaires médicaux avec leur cotation.

- D désigne des actes pratiqués par le chirurgien-dentiste.
- DS désigne des actes accomplis par le chirurgien-dentiste spécialiste.
- SF désigne des actes de soins effectués par une sage-femme.
- AMI désigne des actes de soins pratiqués par l'infirmier.
- R et B désignent respectivement les actes de radiologie et les actes d'analyse médicales.
- Enfin, la lettre KB désigne des actes de prélèvement pour analyses médicales effectués par un praticien non médecin ou par un biologiste non médecin.

Chaque lettre-clé possède une valeur monétaire établie par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs des soins médicaux et autres. Le coefficient qui suit chaque acte est un nombre indiquant la valeur relative de celui-ci. Aussi, pour la cotation d'un acte ou sa notation il suffit pour cela pour le pratiquant médical ou autre d'inscrire la lettre-clé prévue à cet effet qui correspond à une valeur monétaire et d'inscrire immédiatement après le coefficient fixé par la nomenclature pour désigner la valeur relative de cet acte par rapport aux autres actes pratiqués. Ainsi l'acte de radiologie est désigné par la lettre-clé R, ayant pour valeur monétaire 2,50 DA, sa cotation se fera tout juste en multipliant cette valeur monétaire par le coefficient fixé pour cet acte pour trouver sa valeur relative. Tous les actes effectués sur les malades doivent être en principe transcrits sur la fiche navette. Ces actes doivent être en outre datés par chacun des services intervenant lors de la prise en charge de ses patients. La nature de chaque acte ou examen correspond à sa désignation par le médecin intervenant directement sur le malade qui déclare son identité à savoir son nom, son prénom et sa qualité de praticien : médecin généraliste ou spécialiste (dans les pages 2 et 3 de la fiche navette)³⁰.

Dans sa page n°02

1. Actes médicaux, chirurgicaux et examens pratiqués dans l'établissement d'hospitalisation y compris les consultations effectuées par les praticiens externes au service

Dans sa page n°03

1. Actes médicaux, chirurgicaux et examens pratiques dans l'établissement d'hospitalisation y compris les consultations effectuées par les praticiens externes au service (suite).

³⁰ SALMI M., op.cit. p108

Dans sa page n° 04

2. Soins infirmiers (actes paramédicaux) effectués dans l'établissement d'hospitalisation

La page quatre de la fiche navette correspond aux soins infirmiers ou aux actes paramédicaux effectués dans l'établissement d'hospitalisation. Chaque soin infirmier doit être transcrit, daté, par ce service qui l'effectue suivant un code ayant pour lettre-clé : AMI. Lorsqu'un acte est effectué par une sage-femme la lettre-clé utilisée dans ce cas est la lettre SF. Les actes infirmiers doivent être désignés par leur nature. Le nom ainsi que le prénom et la qualité du paramédical doivent être dûment mentionnés.

Dans sa page n°05

Actes médicaux, chirurgicaux et examens effectués dans une structure externe (Publique ou privée)

La page cinq de la fiche navette correspond aux actes médicaux, chirurgicaux et examens effectués dans une structure externe publique ou privée. En effet, le malade peut être transféré lors de son traitement dans d'autres structures pour bénéficier de soins ou de traitements complémentaires en raison de l'indisponibilité de moyens humains, matériels ou thérapeutiques dans la structure l'ayant accueilli préalablement. Ce transfert s'opère en attribuant au malade un numéro de prise en charge (santé).

Dans sa page n° 06

La page six de la fiche navette correspond aux médicaments prescrits au malade lors de son traitement. Cette page comprend plusieurs rubriques notamment le libellé du médicament prescrit en fonction de la dénomination commune internationale D.C.I laquelle sert à indiquer la composition chimique d'un quelconque médicament pour le distinguer du nom commercial qui lui est attribué³¹.

Cette D.C.I permet de sélectionner les médicaments en fonction des besoins exprimés par les différents services de soins qui ne seront pas tentés d'acquérir un produit pharmaceutique tout en sachant qu'il est destiné à un usage particulier n'étant requis par

³¹ SALMI M., op.cit. p108.

aucun service opérant dans l'établissement³². Les autres rubriques composant cette page font référence à la date de prescription du médicament, son code D.C.I, la quantité prescrite, la quantité fournie, le nom et le prénom ainsi que la qualité du prescripteur. La page sept faisant toujours référence au médicament avec les mêmes rubriques.

La dernière page de la fiche navette est la page « sortie » qui comporte un cadre réservé au praticien ainsi qu'un cadre réservé à l'administration de l'établissement.

a- Le cadre du praticien comporte plusieurs indications entre autres :

- La date et l'heure de sortie du malade du service ou de l'établissement l'ayant accueilli ;
- Le mode de sortie signifie que le malade est complètement guéri de sa maladie ce qui suppose qu'il est orienté vers son domicile avec autorisation du praticien ou bien qu'il nécessite encore un suivi en consultation mais peut éventuellement quitter l'établissement de soins contre avis médical ou enfin que le malade est décédé ;
- Le code de sortie est une rubrique qui reste à l'heure actuelle tout à fait vierge ;
- Le diagnostic ou le motif d'entrée correspond à la maladie ayant motivé l'hospitalisation du malade ;
- Le diagnostic de sortie correspond à l'état de santé du malade juste avant que celui-ci ne quitte l'établissement de santé car des affections déjà traitées ou de nouvelles affections peuvent éventuellement survenir durant la période de soins ;
- Le code CIM ou la codification internationale des affections mortelles et non mortelles servant à la classification internationale des maladies est une rubrique qui reste à l'heure actuelle vierge ;
- Le code GHM « groupe homogène de malades » est un système de classification des patients hospitalisés qui n'est pas d'usage dans nos établissements de soins ;
- Le nom ainsi que le prénom et le grade du praticien et enfin le visa du chef de service.

b- Le cadre réservé à l'administration de l'établissement comporte plusieurs rubriques entre autres :

- Le numéro de facture est une rubrique qui reste vierge ;
- La date de sortie ;

³² SALMI.M., « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic. Cas du secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Irathen », mémoire de Magister, Tizi-Ouzou, 1999, P 84.

Chapitre I : Généralités sur les documents supports d'informations normalisés à l'hôpital

- Le montant total de la prestation qui correspond à l'heure actuelle aux frais d'hébergement des malades dans les services hospitaliers calculés forfaitairement sur la base de 100 DA la nuit ;
- Le numéro de quittance ;
- La part de la sécurité sociale qui représente la contribution de la sécurité sociale aux frais de soins de son personnel et de ses affiliés. Cette rubrique n'est pas, à l'heure actuelle, remplie car la sécurité sociale ne prend pas en charge directement les frais hospitaliers du malade sur le plan individuel mais indirectement, sur le plan collectif, en participant à travers une contribution forfaitaire aux dépenses de santé à l'échelle du pays tout entier par le biais d'un forfait hôpitaux ;
- La part du patient est celle revenant directement à l'usager du système de soins qui supporte au jour d'aujourd'hui le montant total de la prestation de soins qui lui est offerte ;
- La nature de document de sortie est une rubrique destinée soit aux malades chroniques qui sont exonérés du paiement de la contribution forfaitaire d'accès aux soins dans les structures publiques de santé, soit aux indigents n'ayant pas les moyens pour payer les frais de leur prise en charge ou enfin aux personnes n'exerçant aucune activité ;
- Le numéro de document qu'il soit un certificat d'indigence, une attestation de non activité ou enfin une attestation de non perception d'un revenu sont tous des documents délivrés au niveau de la mairie ;
- L'établissement d'accueil correspond à celui où l'on a transféré le malade avec un numéro de prise en charge ;
- Le nom de la personne qui accompagne le malade mineur à sa sortie de l'hôpital ;
- Enfin, le nom, le prénom et la fonction du signataire ou l'employé du bureau des entrées³³.

³³SALMI M., « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en sciences économique., université Mouloud Mammeri T.O, 2009, p 111.

Section 3 : Les dossiers qui accompagnent le patient durant ses séjours à l'hôpital

Dans la troisième section, nous présenterons les différents dossiers de séjour dans lesquels on mentionne l'état et les étapes de la prise en charge du patient jusqu'à la fin de séjours.

3-1 Le dossier médical

Nous posons ici un regard évolutif sur le dossier médical.

3-1-1 L'évolution du dossier médical

Remontons dans le point suivant à l'origine du dossier médical.

3-1-1-1 Origines du dossier médical

Historiquement la relation médecin-malade est inscrite dans l'oralité. L'écrit n'a de place que dans les registres visant à recueillir le savoir médical et la connaissance.

A l'origine le dossier médical (**voir annexe 4**) constitue un outil professionnel, pour le seul usage du médecin. Il est sa mémoire. Il existe physiquement sous forme d'un document papier jusqu'à l'arrivée de l'informatisation des données.

Ses premières traces datent du IX^e siècle, époque à laquelle des médecins arabes, (tels que Rhazès (865-925), Avicenne (930-1037) ou Avenzoar (1073-1162)), créent la médecine clinique.

L'historique des cas intéressants est ainsi rédigé et conservé dans des registres tels que les « Observations de l'hôpital », auxquelles Rhazès fait allusion dans son « Continens ».

La notion de dossier médical rattaché à chaque patient n'apparaît qu'à la fin du 18^{ème} siècle, comme un registre du patient dans les hôtels-Dieu, mais dont le contenu reste succinct³⁴.

³⁴ MOUTEL G., « évolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins-soignants-patient : approche historique, médical, médico-légale et éthique », faculté de médecine, université paris 5, laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, et réseau de santé, p 3.

C'est au 19ème siècle lors de la création des hôpitaux modernes que le dossier médical apparaît : il inclut des données médicales, sociales et administratives. Ce dossier administratif a longtemps été hors de portée du malade, pour assurer le respect du secret médical vis à vis d'autrui, mais à un point extrême que parfois tout un service pouvait connaître l'état de santé d'un malade que lui-même ignorait.

En ville le principe de l'oralité persiste avec cependant l'apparition progressive de fiches médicales plus ou moins bien remplies selon le bon vouloir des praticiens.

Certains hôpitaux, comme la Mayo Clinic aux Etats-Unis, ont accordé une grande importance au dossier du patient pour la recherche médicale. Dès 1931 aux USA, un « medical record », enregistrement de qualité des données médicales dans les hôpitaux était considéré comme une exigence éthique.

3-1-1-2 Le dossier médical dans la période contemporaine

Les années 1945-1970 vont connaître des tournants majeurs en ce qui concerne les droits des patients, période de l'histoire que nous prendrons le soin d'analyser ultérieurement dans ce travail.

Après des siècles de paternalisme médical, préservant le malade de l'information et de la vérité, et négligeant parfois la demande de consentement, c'est avec le tournant du procès de Nuremberg- faisant suite aux exactions des nazis dans la recherche biomédicale- que s'est fait la prise de conscience de réintégrer la personne dans la relation médecin/malade, c'est à dire d'un point de vue éthique et juridique d'intégrer l'information et le consentement dans la pratique médicale de recherche et de soins. La fulgurante avancée de la recherche médicale et des progrès thérapeutiques dans la seconde moitié du 20ème siècle, s'accompagne d'une modification d'attitude vis-à-vis des patients, faisant passer ces derniers de « patients passifs » vers des acteurs actifs dans la gestion de leur santé³⁵.

Les patients devenus citoyens-usagers du service public ont souhaité être de plus en plus informés, ont pris conscience des nouveaux enjeux de la médecine les concernant directement : nécessité de comprendre les avantages et les inconvénients des choix thérapeutiques, le droit à accéder au progrès en terme de prévention, de dépistage et de soins, la possibilité de participer à la recherche clinique, moteur essentiel du progrès mais aussi

³⁵ MOUTEL G., op.cit. p 3.

source de risques et de nouvelles incertitudes. Aujourd'hui le Code de déontologie a intégré ces évolutions dans les articles 35 et 36 qui précisent l'obligation d'informer le patient de façon claire et loyale et d'obtenir son consentement.

3-1-1-3 Naissance du dossier médical obligatoire

C'est donc à partir des années 1970 que le dossier médical a pris une place prépondérante dans la pratique quotidienne du médecin et ceci pour plusieurs raisons : dans une démarche d'amélioration de qualité des soins, de qualité des études dans la recherche clinique, et notamment dans le cadre de problèmes de responsabilité et de traçabilité suite à des contentieux entre les patients et le corps médical.

Alors qu'il n'était jusque-là soumis à aucune réglementation, ni de la part du législateur, ni de la part de son autorité ordinaire, un cadre réglementaire apparaît en 1995 au travers de l'article 45 du Code de Déontologie :

« Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. »³⁶

Aussi novateur soit-il, cet article n'en restait pas moins minimaliste car il n'apportait pas de définition concrète du dossier médical, ni sur le fond ni sur la forme, c'est à dire aucune information ni sur le contenu, ni sur le contenant. Cela venait alors s'opposer au dossier médical hospitalier qui lui, avait déjà vu sa composition être définie par l'article R.710-2-1 (décret du 30 mars 1992).

³⁶MOUTEL G., op.cit. P5.

3-1-2 Définition(s)

Différentes définitions ont été données pour le dossier médical :

Définition de l'HAS juin 2003

- *Le dossier du patient est un instrument de travail, et d'échanges avec les autres professionnels (autorisés) consignant la démarche diagnostique, thérapeutique ou préventive et les soins dont la personne a bénéficié. C'est aussi un outil de formation et d'évaluation et un support d'informations indispensables pour améliorer la connaissance en santé et les pratiques dans le respect des règles en vigueur.*³⁷

On peut plus précisément définir aussi le dossier médical ainsi

- Le dossier patient est à la fois le support des informations pertinentes, l'outil de la réflexion et de la synthèse médicale et soignante, en vue d'une démarche diagnostique et thérapeutique.

Il doit comporter des informations favorisant la coordination de la prise en charge du malade à l'issue de son séjour hospitalier, il est actualisé.

C'est aussi un document de communication, il doit être formalisé,

Enfin, le dossier est un lieu de conservation des informations, il doit être conservé.

3-1-3 Les enjeux du dossier médical

Le dossier médical est d'une grande utilité et ce pour plusieurs raisons. En effet, le dossier médical permet de :

- Disposer des informations relatives à la prise en charge du patient ;
- **Partager l'information au sein de la prise en charge ;**
- Assurer la continuité et la traçabilité des soins ;
- Evaluer la qualité des soins ;
- **Permettre au patient de prendre connaissance des éléments médicaux le concernant ;**
- Être un outil utilisable dans le cadre de la recherche et de l'enseignement ;
- Permettre de recueillir les informations nécessaires à l'analyse des activités de l'établissement (T2A) ;

³⁷ Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient, 2011 années du patient et de ses droits, p4.

- Disposer de preuves en cas d'engagement de la responsabilité³⁸.

3-1-4 Le contenu du dossier médical doit être réglementé

En d'autres termes que son contenu doit être décrit explicitement par un règlement modèle qui sera au même titre le règlement régissant le fonctionnement des établissements hospitaliers.

En effet, il est inconcevable de dissocier le règlement servant au fonctionnement des établissements ou services hospitaliers sans que ce dernier ne fasse référence au dossier médical car le fait même de ne pas le tenir pour ses malades cela relève d'une insuffisance en matière de suivi et de surveillance technique de ses patients. La tenue d'un dossier médical pour tout patient est donc une exigence de même qu'il soit soumis aux mêmes exigences son contenu et ce, pour tout établissement quel que soit son statut juridique qu'il s'agisse d'un établissement public ou privé néanmoins c'est de l'exigence d'un contenu minimum dont il sera question. Ce contenu minimum doit servir à l'uniformisation des dossiers pour une même pathologie. Les éléments d'information susceptibles d'être recueillis pour constituer le contenu du dossier médical s'articulent autour de deux situations à savoir : **à l'entrée du patient** dans le système de soins et **à sa sortie**. L'entrée dans le système de soins fait suite à une consultation externe lors d'un déplacement du malade lui-même vers la structure pour des soins médicaux ou autres, lors de l'accueil du malade dans le service des urgences, à son admission dans les structures hospitalières et durant tout son séjour à l'hôpital. La sortie du malade correspond à la fin de son séjour dans le système de soins³⁹.

a- Les informations censées être recueillies lors de l'entrée du patient dans le système de soins qui seront formalisées dans le dossier médical en d'autres termes constituer son contenu réglementaire peuvent se résumer à ce qui suit :

- La lettre à la source de la consultation ou de l'admission dans les structures hospitalières ;
- Les motifs ou les raisons objectives d'hospitalisation ;
- Recherche chez le patient d'antécédents et de facteurs de risques ;
- Evaluation clinique initiale suivie de conclusions ;

³⁸ Idem.

³⁹ SALMI M., « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en science économique, université Mouloud Mammeri T.O, 2009, p113.

- Type de prise en charge prévue à cet effet et prescriptions effectuées à l'entrée du malade dans le système de soins ;
 - Soins dispensés et prescriptions établies lors d'une consultation externe ou lors du passage au service des urgences ;
 - État clinique, soins reçus, examens biologiques ou radiologiques effectués sur le malade lors de son hospitalisation ;
 - Informations concernant la démarche médicale adoptée relative à la prise en charge du malade ;
 - Dossier d'anesthésie ;
 - Compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
 - Consentement écrit du malade pour les situations où ce consentement est requis ;
 - Mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et copie de la fiche d'incident transfusionnel ;
 - Éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
 - Dossier de soins infirmiers ;
 - Autres soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
 - Correspondances échangées entre professionnels de santé. Sachant que chaque pièce du dossier doit être datée tout en relevant l'identité du patient ainsi que celle du professionnel de santé ayant produit ou recueilli l'information.
- b- **Les informations formalisées établies à la sortie du malade** peuvent se résumer à ce qui suit :
- Résumé standard de sortie ;
 - Compte rendu d'hospitalisation ;
 - La prescription de sortie ;
 - Le double d'ordonnance de sortie ;
 - Modalités de sortie c'est à dire que le malade à la fin de son séjour hospitalier est orienté vers son domicile ou dans d'autres structures plus à même de mieux le prendre en charge ;
 - Fiche de liaison infirmière⁴⁰.

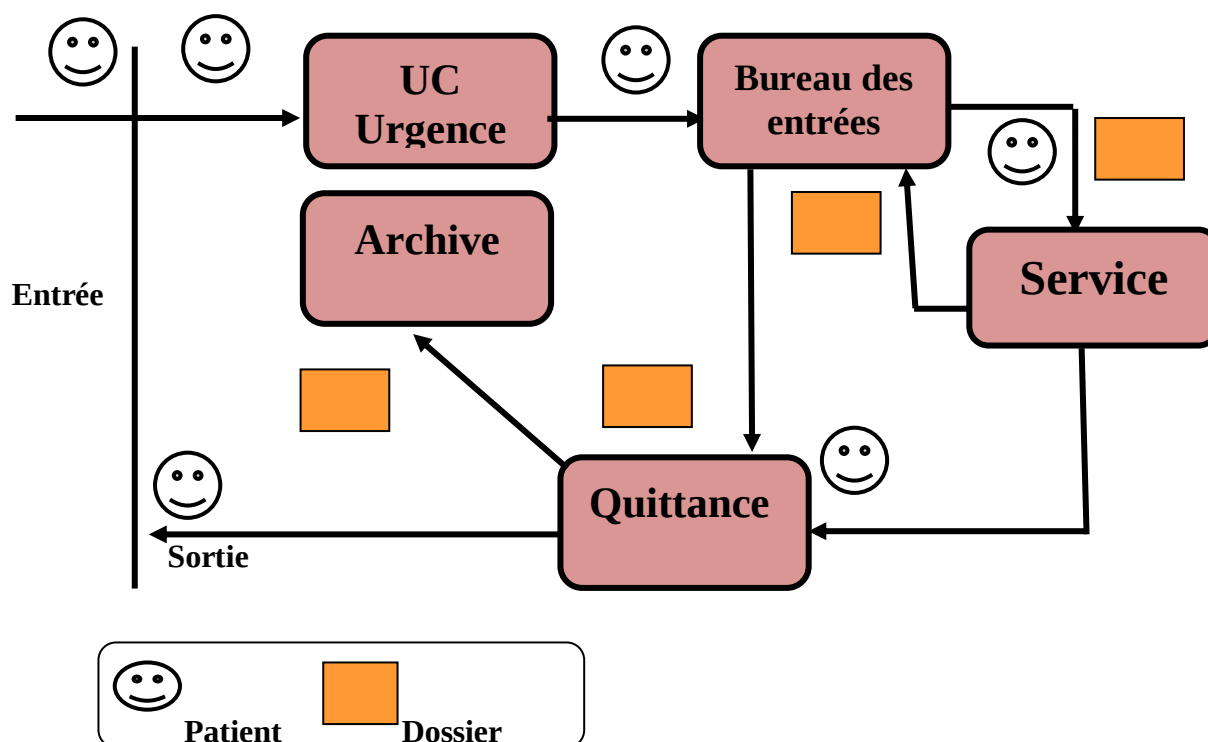
⁴⁰ SALMI M op.cit. p114.

3-1-5 Le cycle du dossier médical

Le départ du cycle du dossier médical commence lors de l'arrivée du patient à l'établissement de santé, (le patient vient à l'hôpital soit évacué d'un autre établissement de santé, dans ce cas il ramène la fiche de transfert entre établissements de santé qui présente la situation et conditions du patient, soit il arrive pour la 1ère fois, il passe par les urgences et voit un médecin généraliste, il lui donne l'accord d'hospitalisation et les différents examens qu'il faut faire), alors il fait les examens prescrits par le médecin et il va au bureau des entrées pour qu'il s'inscrive en présentant l'accord du médecin et la carte d'identité, les agents administratifs inscrivent son entrée et lui imprime son bulletin d'admission avec la fiche navette. Il prend ces derniers et il part au service vers lequel il a été dirigé, dans le service et pendant la durée de son hospitalisation, les médecins et infirmiers doivent saisir tout acte qu'ils ont effectué pour le patient, dès son arrivée au service jusqu'à sa sortie en précisant la date et l'heure de chaque acte, même les mouvements du patient entre les services, ils doivent être prescrits dans son dossier. Lors de sa sortie du service, le patient prend la facture des frais symboliques et va au guichet des quittances pour payer ces frais et quitte l'hôpital, ensuite les secrétaires médicaux prennent le rôle de saisir le résumé standard de sortie, et rapporter le dossier au bureau des entrées. Dans ce dernier, les agents saisissent la sortie du malade et son mode de sortie et le passent vers le guichet des quittances pour vérifier le paiement, et enfin le dossier se transfère vers l'archive où il va rester⁴¹.

⁴¹ BENOUDAH A., GUENDOSSI N., « Conception et réalisation d'une application pour la gestion du dossier médical personnel (Etude de cas : CHU Algérien) ; mémoire de projet de fin d'étude en Informatique Biomédicale » ; Université Abou Bakr Belkaid de Tlemcen ; septembre 2017 p19.

Figure n° 1 : cycle du dossier médical



Source : Réalisé par nous même à partir des données citées précédemment

3-1-6 L'accès au dossier médical

Pour accéder à un dossier médical, il faut adresser une demande par lettre recommandée au professionnel de santé ou au responsable de l'établissement. L'accès aux données se fait soit par consultation sur place avec éventuellement remise de copies, soit par l'envoi des documents⁴².

a- Le patient

Ce dernier est désormais le destinataire « naturel » de son propre dossier médical. Il peut désigner un mandataire pour consulter le dossier en son nom.

La présence d'une tierce personne peut être recommandée pour des motifs tenant aux risques que la connaissance d'informations sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Par exception, la présence d'un médecin peut être imposée en matière

⁴² Accès au dossier médical disponible sur www.maisonarcenciel.org. Consulté 30/09/2018.

psychiatrique en cas de « risques d'une gravité particulière » et dans le cas d'hospitalisation sans le consentement du patient. Concernant les personnes mineures, l'accès à leur dossier est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, à défaut, par un médecin à la demande du mineur concerné. En ce qui concerne les majeurs protégés, les dispositions sont différentes en fonction de la mesure de protection. Les personnes sous curatelle ou sous sauvegarde de justice ont un droit d'accès aux informations médicales sans restriction particulière. En revanche, pour les personnes sous tutelle, le droit d'accès au dossier médical sera exercé par le tuteur. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant (...) d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement.

b- Les ayants droit du patient

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. L'accès au dossier médical du défunt doit permettre à sa famille :

- De connaître les causes du décès ;
- De pouvoir défendre la mémoire du défunt ;
- De faire valoir les droits des ayants-droit.

Dans un arrêt du 26 septembre 2005, le Conseil d'Etat a décidé : « le législateur autoriser la communication aux ayants droit d'une personne décédée des seules informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par ces ayants droit, à savoir la connaissance des causes de la mort, la défense de la mémoire du défunt ou la protection de leurs droits ; que les dispositions attaquées, qui prévoient que la communication aux ayants droit peut porter sur l'ensemble des informations figurant dans le dossier médical, méconnaissent ces principes ». Le Conseil d'Etat impose donc aux médecins de sélectionner les informations contenues dans le dossier médical pour ne communiquer aux ayants droit que les seuls éléments nécessaires à la poursuite de celui des trois objectifs qui les animent⁴³.

⁴³ Accès au dossier médical disponible sur www.maisonarcenciel.org. Consulté 30/09/2018. Op.cit.

c- Les tiers

En revanche, le secret médical interdit au médecin de communiquer le dossier médical à toute autre personne sans avoir, au préalable, recueilli le consentement du patient. En pratique, si le patient lui-même ou ses ayants droit font obstacle à la communication de pièces médicales, il sera nécessaire de recourir au juge. L'établissement de soins ou le médecin traitant sera sollicité dans le cadre d'une expertise judiciaire par un expert médical désigné et chargé par le tribunal de consulter le dossier médical de l'intéressé. Le juge peut même préciser que l'expert devra seulement consulter le dossier médical afin de répondre aux questions de sa mission, sans pouvoir le communiquer à personne⁴⁴.

3-2 Le dossier des soins infirmiers

Nous définissons dans le suivant le concept de soins infirmier.

3-2-1 Les soins infirmiers

Dans le prochain point, sont présentées deux définitions des soins infirmiers.

3-2-1-1 Définition (s)

La définition du rôle de l'infirmier reste pauvre en soi si elle n'est pas enrichie par l'identité des soins infirmiers. Identifier les soins infirmiers ; « [...] *c'est s'interroger sur ce qui les caractérise, sur ce qui fonde leur identité.* », et encore « [...] *c'est rendre reconnaissable la nature des soins infirmiers, les éléments qui participent à leur élaboration : les connaissances et outils qu'ils utilisent, ainsi que les croyances et les valeurs sur lesquelles ils se fondent.* »⁴⁵

Il faut donc passer d'une définition professionnelle forgée sur le rôle et sur la personne de l'infirmier, à l'identité du service professionnel : *les soins infirmiers*.

La définition des caractéristiques de soins et du service infirmiers en identifiant la nature, la raison d'être, la signification, l'estimation sociale et économique, semble donc être la clé de l'évolution de la profession. Malgré la complexité sans cesse croissante, les soins infirmiers ont toujours pour objectif de maintenir et de faire croître la vie dans le respect de

⁴⁴ Accès au dossier médical disponible sur www.maisonarcenciel.org. Consulté 30/09/2018. Op.cit.

⁴⁵ CAVERZASIO S., « l'évolution du rôle infirmière à travers les formations », mémoire de fin d'étude domaine santé et social filière de formation des infirmiers et infirmières, Haute école valaisanne hochschule wallis, septembre, p71.

chaque être humain. « *Pour comprendre la nature des soins infirmiers, cela demande donc de les resituer dans le seul contexte qui leur donne tout leur sens, leur réelle signification : le contexte de la VIE, ou plus exactement le contexte du processus de VIE et de MORT auquel l'homme, les groupes humains sont affrontés chaque jour, dans tout le déroulement de leur existence.* »

Parmi toutes les définitions des soins infirmiers, j'en ai retenu trois : celles de l'O.M.S. et de la C.I.I. pour leur caractère universel. Pour ancrer ce concept dans le contexte suisse.

d- Définition de l'OMS

« *La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmiers apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre de soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.*⁴⁶ »

3-2-2 Définition du dossier des soins infirmier

Le dossier de soins infirmiers (**voir annexe 5**) se trouve au cœur de la pratique infirmière ; ses fonctions, ses objectifs, son contenu découlent directement du rôle infirmier. Le groupe de travail a considéré que la compréhension de ce rôle et une connaissance de la démarche infirmière sont nécessaires à la réflexion sur le dossier de soins infirmiers.⁴⁷

Une définition générale du dossier de soins infirmiers est proposée dans le Guide du service infirmier n°1, établi en 1985 par le Ministère de la Santé : « document unique et

⁴⁶CAVERZASIO S., op.cit. p71.

⁴⁷ Service Médecine Libérale., « recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile », juin 1997 p9.

individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devra être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière » ... « Les notes infirmières doivent faire partie du dossier du patient et constituer à ce titre un document légal pouvant servir de preuve devant les tribunaux. Les documents du dossier de soins ont une valeur probante : il s'agit de savoir qui est responsable d'un incident, d'une éventuelle faute et de le prouver ».

Cette définition large situe le dossier de soins infirmiers au cœur de l'exercice. Il concerne de la même manière les dossiers de soins tenus par des infirmiers exerçant à l'hôpital, ceux des infirmiers exerçant dans des structures de soins à domicile rattachées ou non à l'hôpital et ceux des infirmiers libéraux.

Du point de vue strictement infirmier, le dossier fournit une description écrite des différentes étapes de la démarche de soins. « Ce dossier a pour but d'améliorer :

- La qualité des soins : efficacité, continuité, sécurité,
- L'organisation des soins ». ⁴⁸

3-2-3 Contenu du dossier de soins infirmiers

Une partie du dossier de soins infirmiers est commune à tous les services et convient à toutes les spécialités. Ensuite chaque service peut améliorer ou affiner cet outil en fonction de sa spécificité (adulte ou pédiatrie, médecine ou chirurgie, hospitalisation de courte ou de longue durée, etc.). Pour être utilisable par tous, il doit contenir un certain nombre de documents que l'on peut classer selon 3 catégories :

a- Partie administrative

- Fiche d'identification contenant tous les renseignements administratifs du malade : Identité, adresse, numéro de sécurité sociale, personne(s) à prévenir, etc....
- Autorisation d'opérer⁴⁹.

b- Partie médicale

- Fiches d'observations.
- Résultats d'examens.

⁴⁸ Service Médecine Libérale., op.cit. p9.

⁴⁹ Antoine M., « informatique et soins infirmier » ; étudiants infirmier 3^{ème} année IFSI de saumur, promotion 1998/2001, p7.

- Fiche de prescription médicale qui doit comporter obligatoirement : Le nom du prescripteur, sa signature, la date, le nom du produit, la dose, le nombre de prise, la forme, la voie d'administration, la durée du traitement.
- Fiche de prescription d'examen qui doit comporter : Le nom du prescripteur, la date et le nom de l'examen.

c- Partie infirmière et sociale

- Fiches de transmissions infirmières et aides-soignantes : Les notes doivent y être lisibles, claires et fidèles. Ne peuvent y figurer les interprétations personnelles, les jugements de valeurs vis à vis du patient. Chaque rédacteur doit s'identifier nom, qualité et signature (les initiales ne sont pas admises) et la transmission doit être horodatée. Les notes doivent être le reflet des actions infirmières relevant aussi bien de leur rôle délégué, que celui de leur rôle propre. Cet impératif concerne également les aides-soignants qui doivent y reporter, les actes relevant de leur compétence ainsi que toutes observations utiles à la prise en charge du patient.
- Feuille de surveillance permettant le relevé des constantes journalières par équipe.
- Documents émanant de l'assistante sociale ou d'autres spécialités (kinésithérapie, orthophonie, diététicienne, etc.).
- La fiche liaison infirmière, document destiné à être remis au service ou à l'établissement receveur lors de la sortie ou du transfert du patient. Cette fiche de liaison est une synthèse du séjour du patient rédigé par les infirmières, permettant de communiquer le ou les objectifs infirmiers poursuivis lors du séjour, celui ou ceux qui ont été atteint et éventuellement ceux qui restent à atteindre au jour de la sortie.
- La feuille de recueil de données.
- La feuille de diagnostic infirmier.

On comprend ici que la masse d'informations la plus importante du dossier patient sera collectée au niveau du service de soins ce qui implique que les infirmiers doivent définir leurs attentes par rapport à l'informatisation des soins infirmiers⁵⁰.

La gestion de ces trois volets n'est pas toujours facile à cause dans certains cas de fastidieuses informations à prendre en compte. Gérer ces informations venant de toutes parts, peuvent provoquer une baisse de la qualité des informations transmises, une perte

⁵⁰ Antoine M op.cit. p8.

d'information, voire un stress important entraînant une baisse de la vigilance (cette baisse de vigilance peut entraîner des erreurs dans le travail).

Selon un article du cahier de l'infirmière qui traite de l'informatique au service de l'infirmière, « l'informatique est un moyen permettant d'organiser et de gérer un ensemble d'informations. Il constitue donc un système de circulation de ces informations. »⁵¹

A ce titre il faut souligner que les technologies de l'information et de la communication contribuent sans doute à l'amélioration de l'efficacité dans la gestion des données hospitalières de façon globale et celle relative au malade de façon particulière.

⁵¹ Antoine M op.cit. p9.

Conclusion

Au terme de ce chapitre portant des généralités sur les documents supports d'information normalisés à l'hôpital et après avoir développé certaines notions de base nous pouvons souligner que l'hôpital est le lieu de production et d'offre de soins pour répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des malades afin d'assurer l'égalité de l'accessibilité aux soins.

Pour réussir cette opération de prise en charge il est important d'avoir un flux d'informations qui sont mentionnées sur des différents documents.

Ces documents sont le moyen de partage des informations à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital sur ce qui concerne l'identification et les actes médicaux et paramédicaux et les examens pratiqués sur le patient sont enregistrés sur le dossier administratif, la fiche navette, le dossier médical et le dossier des soins infirmier prodigué pour le malade.

Le deuxième chapitre portera essentiellement sur l'objectif et la fonction donc l'utilité des différents dossiers, ainsi que sur la finalité de leur utilisation.

Chapitre II :

*Le rôle des documents supports
d'informations normalisés à l'hôpital dans
l'amélioration de la qualité des soins*

Introduction

Les documents supports d'informations normalisées à l'hôpital jouent un rôle très important au milieu hospitalier car chaque dossier porte certaines informations qui résument le parcours du patient en ce qui concerne les actes médicaux et paramédicaux prodigués pour le malade.

Ces documents sont une source de partage des informations entre les professionnels de santé et encore un indicateur pour mesurer et évaluer la qualité des soins offerts pour les malades et encore dans l'objectif de maîtrise des dépenses de santé au sein de l'hôpital

Ce présent chapitre aura pour l'objectif de développer ces idées afin de déterminer le rôle de chaque document dans l'hôpital, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante la première section porte sur le rôle de la fiche navette dans la facturation et la maîtrise des dépenses. La deuxième section sera consacrée l'objectif du dossier médical et le dossier des infirmiers, et la conservation des dossiers à l'hôpital fera l'objet de la troisième section.

Section 1 : Le rôle de la fiche navette dans la facturation et la maîtrise des dépenses

La fiche navette reflète l'activité d'un service au sein d'un établissement de santé. Elle permet, en outre, à l'établissement de facturer sa prestation aux organismes chargés du financement et elle a pour objectif de déterminer la quantité de médicament prescrite pour les patients. Sa tenue doit être de ce fait exigée.

1-1 Le lien " bureau des entrées et la fiche navette"

La fiche navette devra accompagner le malade lors de son hospitalisation à toutes les interventions qui sont entreprises doivent être inscrites. Que ces investigations soient pratiquées par le service d'hospitalisation ou même dans un autre service de l'hôpital ou d'un autre secteur sanitaire.

Les soins courants ne doivent y être mentionnés.

Cette fiche navette permettra une évaluation non seulement de l'activité d'hospitalisation du service mais également des actes de diagnostic. Elle sera servie à différents niveaux de la façon suivante¹ :

1-1-1 Services médicaux

Le surveillant médical est responsable de l'inscription sur la fiche navette de chaque acte accompli conformément à la nomenclature. Il devra porter la lettre clé suivie du coefficient correspondant à l'acte pratiqué et faire signer par le praticien.

Les registres mis en place au niveau du bureau des admissions seront conformes aux modèles ci-joints.

Ces registres permettront une évaluation mensuelle de la somme des coefficients des actes pratiqués par service.

Un état trimestriel devra être transmis à la direction des structures de la santé pour évaluation.

¹ OULD-KADA M., « Bureau des Entrées au niveau des Etablissements Publics de Santé », Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie, 2016, p11.

Une nomenclature provisoire des actes médicaux vous sera transmise dans les prochains jours en attendant la diffusion de la nomenclature officielle qui sera adoptée par la commission nationale.

Toute difficulté mise en application de cette circulaire doit être signalée sous le présent timbre.

1-1-2 Bureau des admissions

L'agent préposé aux admissions transcrira sur la fiche navette toutes les informations à caractère administratif.

A la sortie du malade la fiche navette est retournée au bureau des admissions.

L'agent devra alors porter sur les registres les informations concernant la somme des coefficients des actes qui ont été accomplis au malade par les différents services.

L'évaluation mensuelle, trimestrielle et annuelle par service sera effectuée par ce bureau².

La fiche navette devient dès lors capitale pour assurer le recueil d'informations sur les droits, l'exhaustivité de la facturation et notamment les recettes. De plus, c'est à elle que revient d'améliorer et d'accélérer le recouvrement des recettes par la transmission des éléments facturables, de réduire les délais d'émission des titres de recettes.

L'ensemble des fiches navette constitue donc une véritable base données aux services des organismes qui se chargent de recueillir des données et d'en produire d'autres : A titre indicatif citons l'OMS.

1-2 Les étapes de facturation

La réforme de la tarification nécessite une adaptation des organisations internes et du mode de management. Elle présente un double enjeu : la production d'une facture de qualité et la valorisation de l'activité pour une rémunération à hauteur de l'activité. La facturation et le recouvrement dans un établissement doivent désormais s'entendre sous la forme d'une

²OULD-KADA M., op.cit. p11.

chaîne où toutes les informations sont imbriquées et impactent le reste des acteurs de cette même chaîne³.

1-2-1 Collecte et la transmission des données administratives du patient : enjeu majeur pour le bureau des entrées

L'organisation des points d'accueil, la montée en compétence et la valorisation des agents, la transmission des données et le relais de l'information sont des points capitaux de la chaîne de facturation et de recouvrement. L'accélération des délais de facturation exige un traitement rapide, exhaustif et rigoureux des données administratives du patient. Le circuit de la prise en charge administrative doit garantir l'enregistrement en temps réel des éléments nécessaires à l'élaboration d'une facture et à sa transmission aux débiteurs (Assurance maladie, organismes complémentaires, etc.). Le processus d'admission doit aussi intégrer de nouvelles fonctions : vérification et mise à jour des données d'assurance maladie, gestion du parcours de soins coordonné, généralisation des préadmissions et présorties quand cela est possible.

La vérification de l'identité est la base de la chaîne de facturation. Elle est capitale pour des raisons médico-légales. La présentation de la carte vitale et d'une pièce d'identité est fortement encouragée. Pour les patients en situation de précarité, l'existence de procédures spécifiques de recherche de droits et le travail en partenariat avec les travailleurs sociaux doivent être favorisés.

De même, la création d'un dossier administratif du patient en temps réel est la condition pour une saisie instantanée et à la source des actes. Cette recommandation nécessite d'adapter les horaires d'ouverture des guichets, de pratiquer l'ouverture de dossier en préadmission et de former le personnel des services des urgences à la création d'un dossier administratif en cas de non présence d'un agent administratif.

De plus, en vue d'une facturation rapide et fiable aux organismes d'assurance maladie, l'équipement en lecteurs de carte vitale et de bornes de mise à jour est un préalable.

Enfin, le développement ou l'accentuation d'une politique d'encaissement en régie est une obligation : il convient d'inciter au maximum le patient à passer en caisse à sa sortie.

³ MOHARET M., « le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation au centre hospitalier des quatre villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur de recouvrement » ; école des Hautes Etudes en santé public, p25.

L'option du prépaiement peut être organisée : néanmoins, celui-ci peut s'avérer délicat à valoriser si les prestations effectuées sont différentes de celles prépayées.

En revanche, le fait de garder la carte vitale du patient venu se faire enregistrer au guichet des soins externes puis se rendant en consultation est un moyen d'éviter un taux de fuite important. Ceci nécessite néanmoins un codage en direct de la part des praticiens dans les salles de consultations. Le patient peut retourner alors aux guichets des soins externes pour récupérer sa carte vitale et/ ou payer le ticket modérateur.

1-2-2 La facturation

Celle-ci découle des étapes précédentes : le recueil des données administratives ainsi que la qualité, l'exhaustivité et la rapidité des services producteurs de soins à transmettre l'information sur leur activité est nécessaire à la réalisation d'une facture de qualité. De ce fait, le délai de facturation (délai entre la sortie du patient et l'émission effective du titre de recettes) devient un indicateur capital⁴.

1-2-3 Le contenu de la facture

La mutualité paie à l'hôpital une certaine somme pour chaque jour d'hospitalisation. Elle lui est versée sous forme d'acomptes mensuels et elle n'apparaît donc pas sur la facture d'hospitalisation. Elle représente environ 80% du montant total versé à l'hôpital. Les 20% restants sont facturés sous la forme d'un montant par admission et d'un montant par jour qui figurent, quant à eux, sur la facture d'hospitalisation. Ces montants constituent un forfait qui couvre l'ensemble des frais de séjour et de soins, y compris les soins infirmiers, à l'exception des médicaments, des implants, des prothèses ainsi que des honoraires des médecins et des autres prestataires paramédicaux⁵.

Afin d'éviter de vous donner l'impression que les montants qui vous sont facturés sont importants par rapport à ceux pris en charge par la mutualité, vous trouverez, dans cette rubrique, le prix total du séjour mentionné en gras « Pour information ; le montant total de votre séjour s'élève àDinars. Une partie de ce montant est payée directement à votre hôpital, d'une part, par des acomptes mensuels, et d'autre part, via les montants par admission et par jour mentionnés ci-dessus. Votre intervention dans ces frais est de : Dinars ».

⁴ MOHARET M., op.cit., p27

⁵ Comprendre votre facture d'hospitalisation., « Votre hospitalisation au Chwapi » ; centre hospitalier de Wallonie picarde, p12.

1-3 La prescription des médicaments sur la fiche navette

Le médicament joue un rôle primordial dans la prévention et la prise en charge de certaines maladies par une bonne observance des prescriptions rationnelles et même dans la promotion de la santé. La disponibilité des médicaments est une condition de bonne fréquentation des services de santé par les populations et c'est important d'assurer une disponibilité pour une bonne prise en charge des malades. Donc la clé d'une bonne prise en charge est dépendante de la disponibilité des médicaments au niveau de toute structure sanitaire. Ce qui aura, du reste, un impact certain sur la qualité de services⁶.

1-3-1 Circuit de médicament

Que ce soit en ville ou dans un centre hospitalier, le circuit du médicament est un processus complexe qui commence par le diagnostic du clinicien et le choix d'une thérapeutique adaptée. Il se poursuit par la dispensation réalisée par le personnel pharmaceutique et s'achève par l'administration du médicament, dans laquelle le patient place son espoir de guérison.

D'où la phrase célèbre connue de tout bon pharmacien : « le circuit du médicament il s'agit de livrer le bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans la bonne condition, au niveau de qualité attendu au bon patient, à l'heure voulue et au meilleur coût⁷ ». Ainsi, l'objectif du processus est centré sur le patient : tout doit concourir à une meilleure prise en charge de son traitement, tant en termes de qualité et de fiabilité, que de sécurité et de délai⁸.

⁶ SAADA L., SANA C., « la problématique de la rupture de stock des médicaments dans les structures de santé publiques : déterminants et impact sur la prise en charge des patients, Cas du CHU de Bejaïa » ; En vue de l'obtention du diplôme de master en science économique université Abderrahmane-Mira de Bejaïa ;2013, p1.

⁷ CHRISTINE B., « Manager un établissement de santé, la logistique au service de l'humain » ; 2^{ème} édition, les guides pratiques management- organisation GERESO édition, France janvier 2015.

⁸ AGNES M., « Informatisation du circuit du médicament à l'hôpital : de l'intention à la réalisation expérience du centre hospitalier charcot de Caudan (MORBIHAN) » ; Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, faculté de pharmacie, 12 octobre 2001, p2.

1-4 L'objectif de la fiche navette

La fiche navette a pour objectif de déterminer les frais de séjour ou frais d'hospitalisation qui sont les frais facturés par l'établissement de santé pour couvrir les coûts d'un séjour hospitalier (Médicaments, examens de laboratoire...).

Les frais de séjour sont remboursés à 80 % par l'Assurance maladie obligatoire pour un séjour dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée. Le reste pouvant être pris en charge par une certaine complémentaire santé si le patient en possède une.

Les frais non pris en charge sont :

- Le ticket modérateur : reste à charge après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire
- Les éventuels suppléments de confort personnel
- Les dépassements d'honoraires

Ces frais peuvent également être pris en charge par la complémentaire santé du patient s'il en possède une⁹.

Après la détermination des frais de séjours la fiche navette joue un rôle très important dans la maîtrise des dépenses de santé au milieu hospitalier, d'abord il faut savoir le mode de financement des hôpitaux en Algérie

1-4-1 Le financement des hôpitaux en Algérie

Durant cette période qui s'est étalée de 1962 à 1974, les modalités de paiement s'effectuaient sur la base d'un prix de journée et d'une tarification des actes. Une deuxième période durant laquelle il fut institué la médecine gratuite allant de 1974 à nos jours et caractérisée par la mise en œuvre d'une nouvelle procédure de financement appelée budget global (budgétisation) qui s'est substituée à l'ancien mécanisme de financement basé sur la tarification au prix de la journée. Cette réforme du financement, datant de 1974, constitue une

⁹Les frais de séjours disponibles sur www.previssima.fr/lexique/frais-de-sejour.html consulté le 01/10/2018.

dangereuse mutation dans la mesure où il s'est réalisé un passage d'une logique de gestion à une logique de dépense de crédits budgétaires¹⁰.

Les modalités de financement du système de santé caractérisé par un financement mixte :

- ✓ L'accès aux soins des assurés sociaux des multiples régimes se faisait sur la base d'une nomenclature générale des actes professionnels et le prix de journée en cas d'hospitalisation. Elle représentait 30% de la dépense nationale de santé (DNS).
- ✓ Le Trésor public prenait en charge les indigents (60% DNS).
- ✓ Les particuliers payaient directement leurs soins (10% DNS)¹¹.

1-4-2 Le financement par le budget global :

L'Ordonnance 73/65 du 28/12/1973 va instituer la Médecine gratuite dans le secteur public de soins, et la santé se trouve alors financée par le budget de l'Etat.

Il s'agit en fait d'un secteur stratégique qui devrait être accessible à tous au même titre qu'au secteur de l'éducation.

Le mécanisme de financement basé sur le prix de journée incitait les gestionnaires hospitaliers à la tenue d'une comptabilité analytique permettant de suivre l'évolution des coûts et d'agir sur leur maîtrise. A l'inverse, la formule du budget global a conduit les gestionnaires à une déresponsabilisation prononcée dans la mesure où il leur est demandé de « dépenser » simplement un budget déjà réparti dans le détail et de façon centralisée entre titres, chapitres et articles. Les directeurs d'hôpitaux sont passés d'un état de « gestionnaires » à une situation de « dépensiers ». La gestion au sens propre du terme se trouve complètement bloquée. Cette façon de faire se caractérise par une forte centralisation. Les incohérences commencent à apparaître dès lors que la répartition des crédits entre les établissements

¹⁰ BENARAB S., HADJAR A., « Financement des hôpitaux publics en Algérie : cas de l'EPH d'Akbou » ; Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé, Université Abderrahmane-Mira de Bejaia, 2012/2013 p 59.

¹¹ ZEHNATI A., « Les évolutions récentes du système de santé Algérien » ; centre de recherche en économie appliquée pour le développement CREAD ; reflets de l'économie sociale, Bouzareah Alger, 2017, p65.

sanitaires n'obéit à aucune logique économique et ne se base sur aucun critère d'efficacité. Le système de santé algérien se caractérise par une inefficacité allocative de ses ressources¹².

1-4-2-1 Les modes de paiement

Les différents modes de paiements peuvent être différents :

a- Soit par le prix moyen de la journée d'hospitalisation

La facturation selon ce mode de paiement serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation par « type » d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (Médicales ; Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités lourdes et coûteuses et Maternité).

D'autre part, la nécessaire évaluation périodique de ce mode de paiement devra permettre de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé la durée moyenne de séjour. Ce paramètre permettra aussi d'apprécier la performance des établissements de santé et d'établir des comparaisons entre les différentes structures en vue d'une émulation vers l'efficience et l'efficacité¹³.

Et le financement (la tarification) des hôpitaux au prix de journée est un financement rétrospectif. Il présente, en effet, beaucoup de similitudes avec le paiement à l'acte car l'hôpital reçoit un prix fixe, un forfait par journée passée par le malade.

Par ce mode de financement, le budget d'un hôpital s'obtient par la multiplication du nombre de journées d'hospitalisation par un prix de journée préalablement fixé.

En Algérie, les cliniques privées facturent les frais d'accueil, d'hébergement et de restauration sur la base d'un prix de journée.

En effet, le prix de la journée d'hospitalisation est ajusté au coût moyen. Or, le coût supporté par l'hôpital varie :

¹² BENARAB S., HADJAR A., « Financement des hôpitaux publics en Algérie : cas de l'EPH d'Akbou » ; Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé, Université Abderrahmane-Mira de Bejaia, 2012/2013, p60.

¹³ OULD-KADA M., « Bureau des Entrées au niveau des Etablissements Publics de Santé » ; Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie, 2016, p68.

Chapitre II : Le rôle des documents supports d'information normalisés à l'hôpital dans l'amélioration de la qualité des soins

Premièrement, il varie au cours de chaque séjour (chaque patient est un cas particulier ; on ne peut pas prévoir à l'avance combien va coûter un patient admis à l'hôpital. Un patient jeune ou un patient vieux qui a 2, 3 ou 4 maladies ne nécessitent pas une prise en charge médicale du même degré)

Deuxièmement, le coût d'hospitalisation varie aussi dans le temps. En général, le coût réel sera élevé en début du séjour (examens, opération ou traitement) puis diminuera jusqu'au coût hôtelier¹⁴.

Le prix de la journée varie avec la spécialité du service hospitalier (une journée en réanimation coûte plus cher qu'une journée en médecine générale). C'est pourquoi, nous trouvons un prix de journée en médecine, un prix de journée en chirurgie, un prix de journée en obstétrique, etc.

Et le ministère de la santé et la réforme hospitalière (MSRH) a déclaré le prix moyen d'une journée d'hospitalisation pour chaque service.

Tableau n°01 : les coûts moyens d'une journée d'hospitalisation par service en 2018

Désignation du service	PMJH (DA)
Urgences médicales	5000.00
Urgence médico-chiro	5000.00
Médecine interne	6000.00
Médecine infantile	6000.00
Hépatogastro-entérologie	6000.00
Cardiologie	6000.00
Neurologie	6000.00
Psychiatrie	2000.00
Diabétologie	6000.00
Réanimation médicale	15000.00

Source : Des données interne de CHU T.O

¹⁴ KENDI N., « l'application de la méthode des sections homogènes dans le calcul et l'analyse des coûts dans un hôpital public : cas de l'EPH d'Aokas » ; Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé, Université Abderrahmane-Mira de Bejaia, 2012/2013 p 12.

b- Soit par le forfait par pathologie

Aux vues des expériences internationales, le mode de financement privilégié par la sécurité sociale est le : « **Forfait par pathologie** »

En s'inspirant des expériences internationales, un catalogue national des coûts forfaitaires par pathologie a été mis en place.

Les pathologies sont classées par groupes d'affections et chaque groupe est classé par appareil (système nerveux...). Le nombre de groupe d'affection est de : 28, et chaque pathologie correspond à un tarif ou forfait (un et un seul)¹⁵.

1-4-3 La maîtrise des dépenses de santé au milieu hospitalier en Algérie

En Algérie, le projet de réforme du mode de financement des hôpitaux, à base de la contractualisation des relations entre ces derniers et leurs bailleurs de fonds, place la connaissance et la maîtrise des coûts hospitaliers comme une nécessité. Cette prise de conscience de la nécessité de renforcer l'analyse des coûts s'est matérialisée par la mise en place, à partir de janvier 2002, d'un contrôle de gestion hospitalier centré sur les techniques de la comptabilité analytique hospitalière. Les fondements et les principes de cette dernière sont inspirés de la comptabilité analytique d'entreprise qui a pour vocation principale de déterminer des coûts de revient dans une perspective de pilotage de l'activité de celle-ci. La maîtrise en milieu hospitalier des dépenses s'appuie sur l'utilisation de deux méthodes : la méthode des sections homogènes et la méthode des groupes homogènes de maladie.

1-4-3-1 La méthode des sections homogènes

En janvier 2002, le Ministère de la santé a mis en place un système de calcul des coûts pour préparer les établissements hospitaliers, aux défis de la contractualisation et aux exigences d'une gestion plus souple qui refléterait la réalité des coûts engendrés, à l'occasion de la dispensation des soins.

Le système de calcul des coûts ainsi conçu s'apparente à la comptabilité analytique des entreprises mais adapté au milieu hospitalier : il s'agit de la méthode des sections homogènes dont le découpage se fait en plusieurs sections ayant des activités proches. Les

¹⁵ BENARAB S., HADJAR A., « Financement des hôpitaux publics en Algérie : cas de l'EPH d'Akbou » ; Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques ; Option : Economie de la Santé, Université Abderrahmane-Mira de Bejaia, 2012/2013 p 60.

dites sections sont scindées en deux **sections « principales »¹⁶** et **« auxiliaires »¹⁷**. Le coût de revient se dégage de lui-même à l'aide **des clés de répartition¹⁸** après la **ventilation primaire¹⁹** et **secondaire²⁰** de toutes les charges.

En effet, l'application de la méthode des sections homogènes souffre de plusieurs difficultés, il s'agit notamment :

- Du découpage lui-même en sections auxiliaires et annexes ;
- Du problème du choix des clés de répartition ;
- De critère de base de l'imputation des charges ;
- De la ventilation entre charges fixes et variables.

1-4-3-2 La méthode des groupes homogènes de maladie ou GHM

La méthode des groupes homogènes de maladie ou GHM est construite à partir des résumés standardisés de séjour de malade ayant le même parcours clinique : le concept d'output médical homogène, mis au point et utilisé aux USA d'abord puis dans une dizaine de pays, en constitue le support et donc la base de la tarification.

En Algérie, l'application de la méthode des GHM a fait l'objet d'une étude réalisée par une étudiante de l'école supérieure de commerce. Ce travail se voulait à un essai d'évaluation des coûts d'hospitalisation et de prise en charge des malades selon une classification des pathologies infectieuses. Cependant, cette tentative s'est fortement heurtée à l'inévitable écueil du manque/ non fiabilité des données. Nous noterons aussi les travaux menés au service de pédiatrie du CHU d'Oran.

De plus, l'Algérie semble être, en retrait, par rapport à tous les outils de régulation médicalisée, les seuls efforts déployés sont focalisés davantage sur l'application de la méthode des sections homogènes en tant qu'outil de calcul des coûts en milieu hospitalier²¹.

¹⁶ **Sections principales** : Section d'analyse collectant les coûts associés à la production de soins, destination finale des charges des sections auxiliaires

¹⁷ **Section auxiliaires** : Section d'analyse collectant les charges des activités supports, destinées à être réparties vers les sections d'analyse (SA) principales

¹⁸ **Clés de ventilation** : Clé permettant de mettre en œuvre le procédé de ventilation des charges nettes d'une activité sur les sections d'analyse bénéficiaires de sa prestation. Les clés de ventilation sont utilisées par différentes méthodes de la CAH

¹⁹ **Ventilation primaire** : Consiste à imputer les charges indirectes, selon leur destination, aux différentes sections. Ainsi, certaines charges sont affectées à une seule section et sont dites spécifiques alors que d'autres charges concernent plusieurs sections à la fois et dites charges communes.

²⁰ **Ventilation secondaire** : c'est la répartition des charges des centres auxiliaires vers les centres principaux par le biais des clés de répartition.

Section 2 : L'objectif du dossier médical et le dossier des soins infirmier

Le dossier médical et le dossier des soins infirmier déterminent le niveau de qualité des soins offerts dans un pays afin d'améliorer les pratiques professionnelles pour garantir l'accessibilité aux soins.

2-1 Le dossier médical

Le dossier médical est un support qui intègre l'ensemble des informations utiles à la prise en charge (PEC) du patient quelles qu'en soient la nature et la forme : données administratives, observations médicales, examens paracliniques, prescriptions thérapeutiques. Véritable mémoire écrite de l'histoire du patient, il constitue le patrimoine de l'institution où il est soumis à de nombreuses manipulations et doit donc faire l'objet de la plus grande attention. C'est le plus vieil outil du médecin, véritable enjeu et référence en cas de litige ou au cours d'expertises, il est surtout ce dont la pertinence et l'exhaustivité seront de bons indicateurs de la qualité de soins et de prise en charge et donc de satisfaction du patient.

Il est ouvert dès l'admission du patient et le suit tout au long de son parcours dans l'hôpital. Parcours au cours duquel il joue le rôle d'outil de coordination et d'intégration des soins, étant utilisé par tous les acteurs qui participent au processus de PEC du patient. Ce qui en fait une pièce maîtresse incontournable du système d'information hospitalier indispensable pour une prise en charge optimale et de qualité du patient.

Sa bonne tenue contribue de ce fait à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins et devient par conséquent le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité qu'elle permet d'évaluer et d'améliorer.

Ce sont autant de raisons qui font du DM un outil central de l'organisation des soins dans les établissements de santé. Sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évaluées pour être améliorées et conduire ainsi à une meilleure prise en charge du patient et à l'optimisation du fonctionnement de l'établissement²².

²¹KENDI N., « l'application de la méthode des sections homogènes dans le calcul et l'analyse des couts dans un hôpital public : cas de l'EPH d'Aokas » ; Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques ; Option : Economie de la Santé, Université Abderrahmane-Mira de Bejaia, 2012/2013, p19.

²² ELBAKRI M., « Qualité de la tenue du dossier médical au niveau du CHP de khemisset » ; Institut National d'Administration Sanitaire, Juillet 2006.

2-1-1 La tenue du dossier médical et la qualité des soins

La revue de la littérature permet de relever de très nombreuses études sur la qualité des soins et insiste sur l'importance de la qualité de l'information contenue dans le DM. L'hypothèse de base étant que la qualité du dossier médical et de sa gestion constituerait un facteur important de la qualité des soins.

La qualité des soins est appréciée classiquement suivant un certain nombre de caractéristiques : son acceptabilité, son accessibilité, son caractère approprié, sa continuité, sa délivrance au bon moment, son efficacité, son efficience, et sa sécurité.

Étroitement liée à la qualité des soins, la tenue du dossier influence certaines de ces caractéristiques et plus particulièrement la continuité (la coordination entre les différents intervenants), la sécurité (informations spécifiques permettent la prévention des risques pour le patient) et l'efficacité (la prise de décision médicale est facilitée par la structuration du dossier)²³.

De plus, au-delà de l'action de soins immédiats, le dossier est un outil de la connaissance épidémiologique et de l'évaluation de la qualité des soins.

En effet, la bonne tenue du dossier est un préalable indispensable pour disposer de données nécessaires à l'évaluation qualitative des soins dont l'amélioration doit être un objectif prioritaire.

Pour certains auteurs les traces écrites de la prise en charge sont un reflet imparfait de la qualité des soins, l'évaluation du dossier ne permettant pas de tirer des conclusions en termes d'évaluation des soins dispensés et de leur pertinence.

Dans d'autres travaux (nord-américains en particulier), basés sur l'observation directe de la pratique médicale, la corrélation entre qualité de la documentation et qualité des soins est bien établie.

L'expérience montre aussi que le fait de devoir noter l'anamnèse, les observations, les réflexions et les différentes décisions prises, incite à une plus grande objectivité et à une plus

²³ ELBAKRI M., op.cit.

grande rationalité. A force de s'astreindre à cet exercice, le clinicien devient plus performant, plus pertinent.

2-1-1 Les fonctions du dossier médical

Le dossier médical présente plusieurs fonctions.

2-1-1-1 Un aide-mémoire

Il y a quelques années encore le dossier médical n'avait d'autre rôle que de soulager la mémoire du praticien. Le nombre d'informations recueillies de nos jours est tel qu'il est impossible de tout mémoriser. Le dossier garde donc toujours ce rôle d'aide-mémoire étant l'endroit où « tout » ce qui concerne le patient peut à priori être retrouvé.

A l'ère des TIC, ce rôle devient encore plus efficient dans le sens où les dossiers sont accessibles plus rapidement et sans prendre trop d'espace

2-1-1-2 Un garant de la démarche médicale

Le dossier médical contient l'ensemble des décisions passées et présentes pour un patient. Il est le garant de la démarche médicale. Il facilite la programmation du suivi dans le cadre des soins, de la prévention et du dépistage.

Plus concrètement, la nature des informations recueillies et leur disposition dans le dossier doivent permettre d'atteindre certains objectifs :

- Disposer d'une histoire médicale actualisée et synthétique,
- Argumenter les décisions ;
- Planifier et assurer un suivi médical personnalisé ;
- Minimiser le risque iatrogène (allergies, intolérances médicamenteuses, traitements en cours, facteurs de risque)²⁴.

²⁴ ELBAKRI M., op.cit.

2-1-1-3 Un outil de communication

Le dossier est un outil de communication vis à vis des patients, des confrères spécialistes ou généralistes et de tout autre soignant ou intervenant dans le processus de soins.

Source importante de renseignements, il doit permettre la transmission facile et rapide des informations appropriées aux divers professionnels ou leur communication aux instances concernées par le patient.

2-1-1-4 Fonction de continuité des soins

Les maladies évoluent généralement d'une manière périodique qui impose un suivi longitudinal. L'enregistrement des épisodes successifs et la restitution des données personnelles antérieures relatives aux problèmes de santé du moment, permettent de garantir au maximum la continuité des soins.

2-1-1-5 Fonctions d'intégration des soins

Les aspects curatifs et préventifs sont associés dans la rencontre clinique.

L'exercice curatif est le lieu privilégié de la prévention clinique individuelle chez le patient ou la famille à risque. Le curatif permet d'identifier les groupes à risque nécessitant une approche spécifique.

Le fait de garder en mémoire les facteurs de risque et les données relatives à la prévention permet de prendre au moment adéquat les mesures nécessaires ou souhaitables pour préserver ou promouvoir la santé

2-1-1-6 Fonction de synthèse

Le dossier est le lieu de convergence et d'intégration de beaucoup d'informations provenant de diverses sources et niveaux du système de santé. C'est un lieu où se côtoient les données tant curatives que préventives dont il importe d'effectuer une synthèse réfléchie et opérationnelle pour aboutir à des plans de prise en charge appropriés et personnalisés²⁵.

Cette fonction permet d'aborder la dispense des soins dans une optique globale, tenant compte de tous les aspects de la vie, et orientée vers les problèmes des patients.

²⁵ ELBAKRI M., op.cit.

2-1-1-7 Fonctions de coordination des soins

Les réseaux de soins se sont développés du fait de la spécialisation et de la technicité exigée pour la prise en charge adéquate des patients. Un réseau de soins nécessite inexorablement une information partagée entre les diverses composantes du réseau ce qui ne peut se faire sans un dossier médical de qualité appréhendé comme outil d'échange entre professionnels.

Le dossier médical constitue donc cet excellent instrument qui permet de communiquer aux personnes adéquates les données personnelles et pertinentes en relation avec la santé du patient afin d'améliorer la dispense des soins.

D'autant plus que la fragilité et les risques d'erreurs se situent dans l'interface de la communication entre les différents intervenants successifs ou concomitants si la trace de chacun n'apparaît pas sur le dossier, lisible, compréhensible et facilement retrouvable.

2-1-1-8 Fonction médico-légale

La tenue d'un dossier médical permet d'établir le droit tant pour le patient que pour le médecin. Les données personnelles relatives à la santé peuvent servir de preuve légale dans les affaires juridiques où la responsabilité du médecin est engagée. Les droits des patients sont également mieux assurés sur de telles bases par l'enregistrement adéquat des données en cas d'accident, ou d'invalidité.

2-1-1-9 Fonctions analytiques

Du fait des données qu'il contient, le dossier médical peut être utilisé comme base de données, comme outil d'évaluation des pratiques et même comme outil de recherche²⁶.

a- Bases de données à la recherche

La mise à la disposition de l'établissement (gestionnaires), du système, et des chercheurs, à travers des dossiers médicaux riches et exhaustifs, d'un grand nombre de données relatives à la santé (données fiables et pertinentes), doit permettre l'amélioration de la gestion de l'établissement (la centrer sur le patient), l'orientation de la politique de santé et

²⁶ ELBAKRI M., op.cit.

de faire avancer les sciences médicales. Les résultats obtenus et même les données brutes peuvent également être utilisés pour l'enseignement ou la formation continue.

b- Évaluation

La tenue du dossier médical témoigne généralement de la qualité des services fournis aux patients et par conséquent de la compétence du praticien. Partant de cette hypothèse, le Collège des médecins du Québec a considéré dans son guide de tenue du DM, le dossier comme un instrument à privilégier pour évaluer la qualité de l'exercice professionnel, les données récoltées, pouvant permettre d'évaluer les pratiques professionnelles et d'effectuer de véritables audits.

Tout en sachant que sans une bonne tenue, l'évaluation, son objectivité comme son amélioration sont impossibles²⁷.

2-2 Le dossier des soins infirmier

Le dossier du patient, outil d'amélioration de la qualité des soins, est un support indispensable à la délivrance de soins de bonne qualité et par conséquent pour évaluer la qualité des nombreuses pratiques professionnelles, médicales et soignantes. Il concerne l'ensemble des professionnels de santé.

Le dossier de soins infirmiers est un outil de la pratique quotidienne dont le but est de faciliter la prise en charge du patient. Nettement individualisé, il devrait, à terme, être un élément du dossier de soins du patient, commun et partagé, facilitant la coordination des différents professionnels qui interviennent autour du malade. C'est un outil d'amélioration de la qualité des soins. Il devrait devenir un support indispensable pour évaluer la qualité des pratiques professionnelles²⁸.

2-2-1 Le processus de soins et le dossier de soins

Ce terme a pour synonyme le terme démarche de soins, utilisé plus communément. Pourquoi a-t-on préféré « processus » ? Sans doute pour insister sur la rigueur et la rationalité de la démarche : le processus de soins est une suite ordonnée d'opérations qui a pour finalité la prestation de soins : individualisés, continus et adaptés aux besoins d'une personne. C'est

²⁷ ELBAKRI M., op.cit.

²⁸ Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Juin 1997.

une méthode d'analyse et de résolution de problèmes qui comprend quatre étapes : l'analyse de la situation, la planification des soins, la mise en œuvre des actions de soins, l'évaluation des résultats.

Le dossier de soins est présenté comme un « document individualisé et actualisé regroupant toutes les informations concernant une personne soignée, une famille. Élément fondamental pour la cohérence et la continuité des soins, il est le support des soins infirmiers ». Il doit aussi permettre de formaliser les soins dispensés, leur nature, leur fréquence, leur complexité, et à partir de ces informations, de mener des études pour identifier, classer les problèmes de santé, élaborer des diagnostics infirmiers, des protocoles, valider des savoirs infirmiers et des pratiques. « Processus de soins » et dossier de soins, en permettant le passage entre théorie et pratique, deviennent les enjeux d'une légitimation des théories de soins infirmiers, de la reconnaissance d'une discipline de soins infirmiers et de façon liée, d'une compétence de l'infirmière qui ne serait pas une compétence déléguée²⁹.

2-3 L'amélioration de la qualité des soins

L'amélioration de la qualité des soins constitue un objectif à part entière du système de santé. Plusieurs constats ont conduit à vouloir poursuivre cet objectif : variabilité des pratiques, mésusage sur ou sous-consommation des soins, besoin d'aide à la décision devant la multiplicité des techniques, des innovations des connaissances nouvelles. La recherche d'une amélioration de la qualité fait parfois aussi l'objet d'un jeu de rôle. Il est présenté comme une sorte de garde-fou face à la recherche d'une productivité excessive.³⁰

Le dossier médical (DM) et le dossier des soins infirmier (DSI) sont considérés comme des moyens de mesure de la qualité des soins afin d'assurer la sécurité des patients, l'efficience et l'efficacité du système de santé d'un pays.

2-3-1 La sécurité des patients et la qualité des soins

Plusieurs organisations internationales accordent une grande attention à l'importance stratégique de La qualité des soins, en général, et des soins infirmiers, en particulier, pour optimiser l'efficacité du Système de santé d'un pays. La sécurité des patients est devenue un critère de choix pour analyser la Performance d'un système de santé. Les incidents de soins,

²⁹ Françoise A., « La fonction de l'infirmière » ; L'imaginaire nécessaire.

³⁰ PIERRE-LOUIS B., Gérard P., Didier T., « Traité d'économie et de gestion de la santé » ; Paris : presses de science Po, édition de santé 2009, p307.

les problèmes iatrogéniques, l'incidence de Complications et l'émergence d'infections nosocomiales sont devenus des préoccupations incontournables et universelles liées à la sécurité des patients³¹.

Il existe en effet de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité de manière fructueuse en termes clairs.

Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ». L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Cette définition est largement acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents³².

La notion de sécurité des patients est forcément liée aux événements indésirables.

La mesure des événements indésirables et des erreurs constitue le fondement de la sécurité des patients.

Les sources d'informations sont multiples : dossiers des patients, bases de données administratives, autres bases de données, etc. Des indicateurs de sécurité des patients existent et sont documentés dans de nombreux pays.

Selon la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS, la sécurité des patients se définit comme :

³¹ PIERRE ÉRIC L., « analyste de politiques, la qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) » ; 2015.

³² ZEYNEP O., LAURE C., « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? » Irdes Décembre 2008.

« La réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice superflu associé aux soins de santé. Ce minimum acceptable est déterminé par les notions collectives ayant cours en vertu des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués et comparativement au risque associé au non-traitement ou à un autre traitement ».

Le concept de qualité des soins comprend les dimensions de pertinence (les soins ou les services sont appropriés aux besoins du patient/client, de la clientèle ou de la population), d'efficacité (les soins ou les services produisent les résultats escomptés pour le patient/client, la clientèle et la population) et d'efficience (l'efficacité maximale est obtenue au moindre coût).

La qualité des soins est un concept dynamique qui se modifie selon l'évolution des soins, de la science, de la technologie et des attentes de la population. Ce concept varie selon le temps et l'espace et doit tenir compte des ressources investies et des ressources disponibles dans un contexte donné. La qualité des soins n'est pas le moindre défi. Elle requiert une concertation et une collaboration interdisciplinaire centrées sur le patient/client. La qualité des services exige que tous les membres d'un établissement se concertent afin de situer le patient/client au cœur des décisions et d'éviter tout effet négatif sur la qualité des soins.

La qualité des soins n'est pas une dimension facile à mesurer. De plus, le niveau optimal de qualité ne fait pas l'objet d'un consensus universel. La qualité des soins est dépendante des ressources humaines et financières, des normes professionnelles, des normes des établissements ainsi que des structures disponibles en matière d'équipements, de technologies, etc. Ces variables peuvent différer de pays en pays ou d'établissement en établissement³³.

2-3-2 De quelle manière la qualité est-elle mesurée ?

Il existe cinq sources primordiales de données pour évaluer la qualité, dont la collecte est caractérisée par un degré croissant de complexité : les registres (nationaux), les informations administratives, les enquêtes démographiques, les enquêtes auprès des patients et les dossiers cliniques.

³³ PIERRE ÉRIC L., « analyste de politiques, la qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) », 2015, op.cit.

Chacune d'elles est utile à la description de certains aspects de la qualité, et certaines ont été/sont utilisées par l'OCDE dans le cadre de son projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé³⁴.

2-3-2-1 Registres publics

a- Registres publics de naissance et de décès

Les États enregistrent la naissance et le décès de leurs citoyens et exigent des médecins qu'ils établissent le décès et le signalent aux autorités municipales. Les obsèques sont souvent subordonnées au certificat de décès délivré par le médecin. Les registres publics sont devenus utiles à l'évaluation de la qualité quand les registres de décès ont commencé à indiquer systématiquement les causes du décès, ce qui a permis de conduire des études épidémiologiques à partir des données de mortalité. Avec la normalisation internationale des causes de décès, les statistiques de mortalité peuvent non seulement servir à suivre les causes de décès dans un pays, mais aussi à en comparer l'évolution avec celles d'autres nations.

b- Registres de santé publique :

La plupart des pays possèdent également des systèmes bien établis de notification des maladies infectieuses. Il est possible d'utiliser ces données pour surveiller la prévalence et l'incidence de certaines maladies infectieuses que les médecins doivent obligatoirement signaler. Conjuguées aux informations contenues dans les registres de naissance, ces données peuvent également guider les politiques de vaccination. Les registres des naissances et de santé servent à établir les calendriers de vaccination dans les pays qui ont mis en place des programmes nationaux de vaccination.

Il existe des *registres consacrés à des maladies particulières (traitement du cancer, maladies chroniques et/ou procédures spécifiques)*, mais ils sont moins répandus. Plusieurs pays disposent de registres de cancer qui ont fourni des données pour calculer l'évolution des taux de survie. Les registres de maladies chroniques, comme les registres du diabète, sont plus rares, et souvent locaux ou régionaux. Il existe parfois des registres spécialisés pour certaines

³⁴ Conférence Commune Commission Européenne / OCDE., « améliorer l'efficacité des systèmes de santé : optimiser l'utilisation des ressources » ; les TIC à l'appui du suivi et de l'amélioration de qualité des soins de santé : les promesses non tenues d'hier ou de grandes perspectives pour demain ?

procédures, telles les arthroplasties totales de hanche, les complications chirurgicales ou les pontages coronariens.

2-3-2-2 Bases de données administratives

Elles contiennent généralement des données démographiques et des informations sur les séjours à l'hôpital, l'état du patient à la sortie (en vie ou pas), les diagnostics (principal et secondaires) et les procédures. Ces données proviennent généralement de systèmes informatiques utilisés au premier chef aux fins de facturation, de remboursement ou d'administration des soins de santé (tel l'*Uniform Hospital Discharge Set* (UHDDS) aux États-Unis). Certaines bases de données contiennent également des informations provenant du secteur ambulatoire et concernant les consultations, les analyses et les médicaments.

2-3-2-3 Enquêtes démographiques

Les enquêtes démographiques (qui visent à évaluer l'état de santé de la population et l'évolution des profils de morbidité dans le temps) se multiplient et sont de plus en plus utilisées pour évaluer la qualité des soins en posant à la population des questions concernant l'accès aux soins, l'utilisation des services de santé, la consommation de médicaments et les aspects interpersonnels de la prestation de soins, les résultats fonctionnels et les symptômes.

L'OMS fait appel à ces enquêtes pour évaluer la réactivité des systèmes sanitaires, et le Fonds du Commonwealth s'en sert pour évaluer des composantes particulières de la qualité des soins dans le temps et dans différents pays, en focalisant parfois son étude sur des groupes précis, comme les personnes âgées³⁵.

2-3-2-4 Enquêtes auprès des patients

Les enquêtes auprès des patients portent sur un échantillon de personnes ayant récemment reçu une catégorie de soins donnée ; elles concernent divers aspects des soins, et font appel à des instruments d'évaluation et de notification normalisés. Ces informations peuvent généralement être consultées sur des sites internet publics. Elles sont ainsi à la disposition du grand public, même s'il apparaît que les consommateurs font rarement appel à ces données. Les enquêtes auprès des patients peuvent toutefois constituer un indicateur utile

³⁵Conférence commune Commission européenne / OCDE., op.cit. p6.

du fonctionnement du système de santé et fournir des informations importantes, sur le fonctionnement du marché des soins par exemple.

2-3-2-5 Dossiers médicaux

Le dossier médical est l'enregistrement systématique, au fil du temps, des antécédents et des soins médicaux d'un patient. Il comporte des renseignements personnels (nom, date de naissance, etc.) qui sont enregistrés à l'échelon local par un prestataire de soins. Les dossiers médicaux étaient auparavant rédigés sur papier et sur fiches, et étaient conservés dans des dossiers. Aujourd'hui, avec les techniques de l'information, ils peuvent être archivés sous forme électronique et diffusés, en principe, sur toute la chaîne de soins. Le dossier médical électronique est un dossier longitudinal que tiennent tous les spécialistes consultés par le patient ; il comprend les dossiers de soins infirmiers et les dossiers tenus par les professionnels paramédicaux, notamment les informations relatives aux analyses effectuées, aux procédures suivies et aux médicaments prescrits. Dans l'idéal, il constitue un dossier complet qui peut être étudié à toute étape de la prestation des soins, dont la confidentialité est protégée par les mesures nécessaires, sous le contrôle du patient.

Les données et informations contenues dans les dossiers médicaux sont collectées à deux niveaux : à celui du patient, et à celui de la population. A l'échelon du patient, il importe que les informations soient complètes, recueillies en temps opportun, enregistrées de manière sûre et aisément récupérables. A celui de la population, le dossier « idéal » devrait être établi de telle manière que les informations concernant les patients puissent faire l'objet d'un suivi dans le temps et dans différentes bases de données aux fins d'assurance de la qualité – d'où l'intérêt d'un identifiant unique de patient. Néanmoins, cela nécessite également un système normalisé de codage et d'enregistrement des procédures, des analyses, des médicaments utilisés et surtout des résultats (état de santé, fonctionnalité et résultats négatifs). Si quelques progrès ont été accomplis ces dernières années, la mise en place des dossiers de santé électroniques est très lente³⁶.

³⁶ Conférence commune Commission européenne / OCDE., op.cit. p6.

2-3-3 L'amélioration de la qualité des soins est une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles

Garantir la qualité des soins est donc un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continue des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration. L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives. Il ressort de cette définition que : - l'évaluation n'est pas une fin en soi, et le constat d'écart entre la pratique réelle et la bonne pratique doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration ; - l'appellation « évaluation des pratiques professionnelles » recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins.

La démarche qualité en santé est un processus inéluctable. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et du service rendu au patient par les professionnels, et de démontrer la compétence, la fiabilité de l'organisation et des professionnels de santé aux clients du système de santé pour augmenter leur satisfaction et leur confiance. C'est une démarche fédératrice qui mobilise et réunit les professionnels dans un objectif commun d'amélioration de la qualité, autour du désir d'apporter des prestations de qualité au patient³⁷.

La qualité des soins n'est pas une dimension facile à mesurer. De plus, le niveau optimal de qualité ne fait pas l'objet d'un consensus universel. La qualité des soins est dépendante des ressources humaines et financières, des normes professionnelles, des normes des établissements ainsi que des structures disponibles en matière d'équipements, de technologies, etc. Ces variables peuvent différer de pays en pays ou d'établissement en

³⁷ L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, Haute Autorité de Santé, juin 2005.

Chapitre II : Le rôle des documents supports d'information normalisés à l'hôpital dans l'amélioration de la qualité des soins

établissement. L'évolution et les changements technologiques rapides imposent aux systèmes de santé une révision constante des normes de qualité³⁸.

³⁸ PIERRE ÉRIC L., « analyste de politiques, la qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) » ; 2015.

Section 3 : La conservation des dossiers à l'hôpital

La création de l'information s'inscrit dans le processus de communication de toute organisation. Elle s'impose pour répondre à des besoins de gestion et de mémoire. Vue sous l'angle archivistique, cette fonction peut se définir comme étant l'activité professionnelle relative à la mise en place des conditions nécessaires pour assurer la qualité, la validité, la crédibilité et la pérennité de l'information produite par les administrations.

Donc les archives sont dotées d'une valeur administrative, légale et scientifique, les archives constituent une source d'information primordiale pour le gestionnaire, le chercheur, le praticien...

3-1 Définitions des archives

Les premières définitions des archives mettaient beaucoup plus l'accent sur le contenant que sur le contenu. C'est ainsi que les archivistes hollandais Fruin, Muller et Feith les considéraient comme les documents écrits officiellement reçus ou produits par une administration ou un de ses fonctionnaires.

De nos jours avec la prolifération de l'information, on assiste à un enrichissement des types de documents qui existaient déjà et à la création de documents de travail d'une forme nouvelle, reprenant les informations des documents traditionnels pour les traiter autrement ou plus facilement. La définition de la notion d'archives a également suivi le développement qu'a connu celle du document. Ainsi, il ne s'agit plus de vieux documents poussiéreux et difficiles à déchiffrer ou des documents versés et conservés seulement dans les services d'archives, mais plutôt : *" des documents, quels que soient leur date, leur forme et leur support matériel, produits ou reçus par toute personne physique ou morale et par tout service ou organisme public ou privé, dans l'exercice de leurs activités"*³⁹.

³⁹ LAAROUSSI T., op.cit. p11.

✓ Définition des archives selon la loi algérienne

Les documents d'archives sont, représente des documents contenant une information, quels que soient leur date, leur forme ou leur support matériel, produits ou reçus par toute personne physique ou morale et par tout service ou organisme public ou privé dans l'exercice de leur activité.

En premier lieu pour ce qui est de la réglementation, notre pays a déjà promulgué plusieurs textes pour la gestion des archives, le dernier en date étant la loi n°88-09 du 26/01/1988 relative aux archives nationales. En application de cette loi, des décrets ont été pris pour mettre en place les organes de l'institution des archives nationales. Ensuite une série de circulaires a été diffusée par la direction des archives nationales, pour donner des orientations nécessaires en matière de prise en charge des archives⁴⁰.

Le terme « archives » ne désigne pas seulement « documents » ; il est aussi employé correctement pour désigner :

Les administrations, institutions ou services responsables qui gèrent ces documents ou qui en sont responsables. On parle ainsi des « Archives de la société... » ou des « Archives nationales de ... » ;

Les bâtiments ou les locaux affectés à la conservation, au traitement et à la communication de ces documents, dits « bâtiments d'archives »⁴¹.

3-1-1 Qu'est-ce que les archives médicales hospitalières ?

L'activité essentielle de l'hôpital consiste à soigner et, si possible, à guérir des êtres humains souffrants. Les archives médicales sont constituées des documents produits par les services médicaux et médicotechniques dans le cadre de cette activité ; on y retrouve en particulier les dossiers médicaux individuels et les registres contenant la trace des soins et éventuellement leur résultat (« registres de paillasse » des laboratoires hospitaliers). Ces archives sont souvent sous forme informatique (par exemple les données issues des scanners

⁴⁰ MEHAREB N., « les archives privées en Algérie état de la question et perspectives ».

⁴¹ LAAROUSSI T., op.cit. p,12.

médicaux) ; certains services ont même des « archives » assez déroutantes pour un archiviste⁴².

3-2 Les types des archives

a- Les archives administratives

Illustrant le fonctionnement et l'organisation de l'établissement, (notamment la prise en charge administrative des patients). Il s'agit des documents produits par les directions et services administratifs, par exemple : dossiers du personnel, registres des admissions - frais de séjour, comptes rendus des instances locales, etc.

b- Les archives médicales

Produites dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des patients mais également de l'activité de recherche de l'établissement. Ce sont donc principalement les dossiers médicaux, les documents des laboratoires et des pharmacies mais également les dossiers de recherches⁴³.

3-3 L'importance des archives médicales

La bonne organisation qu'ont connue les Archives sanitaires durant la période coloniale a permis à l'administration coloniale d'orienter son action en direction de la santé afin de résoudre plusieurs questions liées à la situation sanitaire de la colonie. Ces informations ont entre autres permis de faire face à la trypanosomiase qui faisait des ravages en Haute-Volta. Dans un contexte marqué par la découverte de nouvelles pathologies, une bonne organisation des archives de la santé permettra certainement de mieux les appréhender et d'organiser des stratégies adéquates de riposte. Le suivi de l'évolution épidémiologique, l'identification et la prise en charge médicale des couches vulnérables, sont autant de questions qui peuvent être résolues par une bonne organisation des archives sanitaires.

L'enjeu semble être compris et les nouvelles actions aussi bien sur le plan législatif qu'organisationnel laissent espérer que les choses devraient se normaliser dans un futur proche. La création d'un service d'archives dans le domaine de la santé, en plus de mettre en

⁴²La Gazette des archives, n°167, 1994. « Les archives de la santé » (actes de la journée d'études de l'AAF, Paris, 28 janvier 1994).

⁴³ Les archives hospitaliers disponible sur www.affairesjuridiques.aphp.fr/textes/les-archives-hospitalieres/ consulté le 03/10/2018.

exergue l'intérêt et l'utilité de la gestion des archives médicales, permet une exploitation rationnelle de l'information véhiculée par les dossiers médicaux afin de permettre aux différents services des hôpitaux d'assumer dans de meilleures conditions la mission pour laquelle ils ont été créés⁴⁴.

3-4 Conservation des pièces du dossier médical

Les pièces de dossier médical peuvent être conservées dans les locaux du praticien ou de l'établissement de santé qui les a constituées ou encore auprès d'un hébergeur agréé.

- Délai de conservation du dossier médical à l'hôpital ou en clinique

Selon la réglementation, votre dossier médical doit être conservé pendant 20 ans. Ce délai commence à courir à partir de la date de votre dernier séjour ou de la dernière consultation externe dans un établissement de santé public ou privé.

Il existe cependant quelques exceptions :

- Le dossier médical d'un enfant âgé de moins de huit ans lors de son dernier passage à l'hôpital est conservé jusqu'à son 28e anniversaire ;
- Après son décès, le dossier du patient est conservé pendant 10 ans.

Pour certains cas particuliers ou pour des pathologies rares, les durées de conservation peuvent être plus importantes. C'est le cas, par exemple, des actes transfusionnels, qui sont conservés pendant 30 ans.

Une fois le délai de conservation achevé, la décision de détruire un dossier médical est prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale. Dans les hôpitaux et les cliniques relevant du service public hospitalier, cette suppression est toutefois subordonnée au visa de l'administration des archives départementales, qui détermine ceux qu'elle souhaite conserver pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique.

⁴⁴ BABACAR N., « La gestion des archives médicales en Afrique de l'ouest : enjeux et défis » ; journal semestriel de la branche régionale Ouest Africaine de conseil international des archives, octobre 2011.

À noter : les délais mentionnés représentent des durées minimales. Ainsi, chaque établissement peut élaborer une politique de conservation plus longue, en fonction des pathologies concernées⁴⁵.

3-4-1 L'intérêt de la conservation des dossiers médicaux

La conservation des dossiers médicaux répond à un triple intérêt

- La continuité des soins aux patients ;
- Depuis la loi du 4 mars 2002, la réponse à une demande de communication du dossier formulée par le patient ou ses ayants droit.
- Un moyen de preuve en cas d'action de recherche en responsabilité civile⁴⁶.

3-4-1-1 Continuité des soins

Lorsque le médecin cesse son activité, il s'agit le plus souvent d'une mesure programmée. Il a le temps et le devoir d'en avertir ses patients (affichage dans la salle d'attente, information orale, éventuellement annonce dans la presse locale).

- S'il a un successeur.

Sous réserve du libre choix des patients, les dossiers seront transmis à son successeur ;

- S'il n'a pas de successeur.

Il lui appartient, à la demande des patients, de transmettre leur dossier aux médecins qu'ils lui désignent pour assurer la continuité des soins.

A l'issue de ce processus qui peut durer quelques mois et après un tri des dossiers les plus anciens, il lui restera un reliquat de dossiers dont il devra assurer l'archivage.

Qu'il ait ou non un successeur, il est impératif que le médecin informe le Conseil départemental du lieu où sont conservés les dossiers médicaux afin de pouvoir orienter le cas échéant les demandes d'accès des patients.

⁴⁵La conservation de dossier médical disponible sur www.leparticulier.lefigaro.fr/jcms/c_35513/dossier-medical-contenu-et-delai-de-conservation consulté le 05/10/2018.

⁴⁶ Dossiers médicaux conservation – archivage., « cadre national des médecins conseil national de l'ordre » ; mai 2009.

- En cas d'interruption brutale d'exercice.

Le Conseil départemental apportera son aide à la famille du médecin dans l'incapacité d'organiser lui-même la transmission des dossiers aux médecins désignés par les patients.

Une annonce dans la presse locale informera la patientèle de la fermeture du cabinet, invitant les patients à adresser leur demande au Conseil départemental.

Cependant, l'archivage du reliquat des dossiers restera de la responsabilité de la famille.

3-4-1-2 Satisfaire à la demande d'accès au dossier du patient ou de ses ayants droit

L'article L.1111-7 introduit dans le code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients a autorisé l'accès direct du patient – et sous certaines réserves de ses ayants droit – à son dossier médical.

Ce droit d'accès est sans limitation dans le temps.

3-4-1-3 Preuve, en cas de recherche en responsabilité

Constitué de l'ensemble des informations concernant le patient, et l'évolution de son état de santé, retraçant les réponses qu'y a apportées le médecin en termes de soins, de surveillance (prescription d'examen, de traitement et de leur résultat) comme d'information, l'importance du dossier médical en tant qu'élément de preuve, en cas de recherche en responsabilité, n'est plus à démontrer⁴⁷.

Il constitue un élément essentiel de la défense du médecin (et de ses héritiers), c'est pour faciliter l'accès à l'information et les moyens de communication combinés avec le souci d'une efficience toujours plus grande⁴⁸.

⁴⁷Dossiers médicaux conservation – archivage, op.cit.

⁴⁸ XAVIER M., PATRICE C et Coll., « Management des risques pour un développement des risques durable, Qualité. Santé. Sécurité. Environnement » ; Dunod ; Paris, 2009, p17.

Conclusion

Au terme de ce chapitre portant le rôle des documents supports d'information normalisés à l'hôpital sur l'amélioration de la qualité des soins et après avoir développé ces idées on peut dire que l'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses sont considérer comme un indicateur principal pour évaluer l'efficacité et l'efficience de système de santé dans un pays.

En revanche, pour assurer cette fonction faudrait-il que l'on prenne en considération les dossiers médicaux car bonne pratique et la bonne prescription des actes prodigué pour les malades conduit les professionnels de santé à déterminer le niveau de la qualité des soins offerts pour la population durant une période donné dans l'objectif de partager les informations sur l'état de santé.

Ces dossiers sont un indicateur pour évaluer et mesuré la qualité des soins à l'avenir car l'opération de conservation est très importante on ne peut pas la négliger et l'archivage des dossiers répond à plusieurs intérêts.

Le troisième chapitre fera l'objet de savoir si les professionnels de santé prennent en considération les dossiers médicaux et quelle sont les effets de la non déterminations des actes sur le fonctionnement de l'hôpital.

Chapitre III :

Fonctionnement du bureau des entrées

Introduction

Après avoir exposé les différents documents supports d'informations en milieu hospitalier et après avoir expliqué leurs fonctions, et après avoir montré que chaque dossier porte des données sur le malade et la majorité de ces informations sont collectées au niveau du BE afin de mesurer et évaluer la qualité des soins et de facturer tous les actes médicaux et paramédicaux prodigués pour le malade durant son parcours à l'hôpital.

Ces dossiers ont l'objectif de déterminer le nombre de malade admis durant une période et le coût de la prise en charge. Toutes ces informations sont enregistrées dans le logiciel patient qui est un outil de fonctionnement de BE.

Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section est consacrée pour présenter le CHU de TO. La deuxième section sera consacrée à la présentation des fonctions du bureau des entrées, quant à la troisième section, elle portera sur le logiciel patient.

Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou

Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif. D'une capacité de 1043 lits organisés et répartis-en 42 services, englobant ainsi l'ensemble des disciplines : médico-chirurgicales, plateau de biologie, de radiologie et autres explorations.

1-1 Historique Du CHU de Tizi Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré précisément le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales.

En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire.

Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, crée par le décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifié par le décret n°86/294 du 16 Décembre 1986.

Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed¹.

1-2 Informations générales sur le CHU de TO

Le Centre Hospitalier Universitaire de Tizi-Ouzou, Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou ou CHU de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif qui gère les structures sanitaires de la commune de Tizi-Ouzou, et qui relève de la direction de la santé de la population (DSP) de la wilaya.

Le CHU a une capacité de 1043 lits organisés, répartis-en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement qui couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants et il couvre les quatre wilayas

¹Information collectées auprès du CHU TO.

suivantes : Tizi Ouzou, Béjaia, Boumerdès et Bouira. En plus de sa vocation hospitalière, il assure la formation.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est constitué de deux unités :

L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed

L'Unité BELLOUA

La clinique dentaire

1-2-1 L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed

Elle est construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1953, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades.

1-2-2 L'Unité BELLOUA

L'Unité BELLOUA « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, la superficie du site est de 62 500 m². Elle est constituée en quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés.

1-2-3 La clinique dentaire

La clinique dentaire d'une superficie de 1209km² dont érige cinq services, deux petits laboratoires, une direction, un secrétariat, un amphithéâtre, la caisse et un bureau d'accueil et renseignement.

1-3 Les Missions du CHU de TO

Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en sciences médicales, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'étude et de recherche².

² Informations collectées auprès du CHU TO

1-3-1 En matière de santé

Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé et de la population.

Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.

Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.

Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

1-3-2 En matière de formation

Assurer, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.

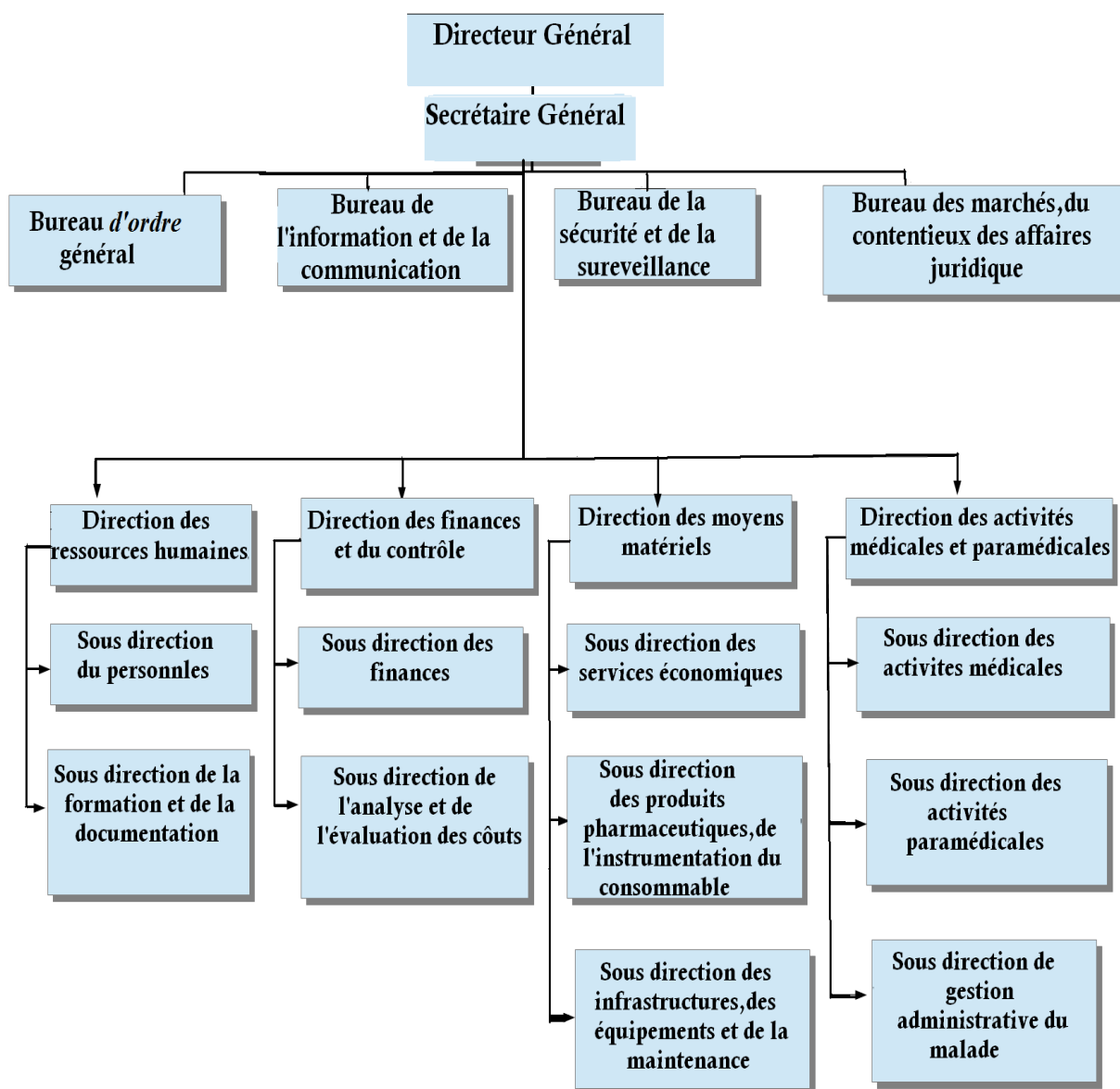
Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

1-3-3 En matière de recherche

Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences de santé, Organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de santé³.

³Informations collectées auprès du CHU TO.

Figure N°3 : Organigramme de l'hôpital



Source : document interne du CHU de TO

Section 2 : Le bureau des admissions

Vu l'importance du rôle du bureau des admissions, il est important ici de définir et de mettre en lumière son fonctionnement.

2-1 Le bureau des admissions

Le bureau des entrées compte parmi les rouages les plus importants des établissements hospitaliers puisqu'il assure le recouvrement de la presque totalité des recettes ordinaires. Etant l'un des services administratifs les plus importants des établissements de santé, il joue un rôle essentiel dans l'enregistrement du mouvement hospitalier de la population (entrées, séjours, sorties des malades), il fait également office du bureau d'accueil et d'orientation du public.

Le bureau des entrées est la pièce maîtresse du système d'information hospitalier. Si la taille et l'activité de l'hôpital l'exige, une permanence doit être assurée 24h/24. Tout patient venant à l'hôpital pour une consultation, un examen ou une hospitalisation doit transiter par le BE (qu'il soit payant ou non payant) afin d'y être enregistré⁴.

2-1-1 Définition du bureau des entrées

Il s'agit d'un guichet où une hôtesse inscrit le patient comme étant hospitalisé et ce grâce à une demande faite par un médecin à l'hôpital. Cette demande est importante pour le remboursement de la mutuelle.

L'admission du patient à l'hôpital nécessite que le médecin responsable puisse examiner le dossier médical du patient et la raison pour laquelle la demande est faite. Ceci pour éviter les hospitalisations sans fondement, mais aussi que le patient pourra bénéficier réellement de l'encadrement mis à sa disposition. Le dossier permet encore de bien orienter le patient dans l'établissement. Il est donc très important que le dossier soit complet, chaque question est importante⁵.

⁴ LOUARN J., « Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement » ; Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé en. Paris : université de Montréal, Juin 2002, p.26.

⁵Silva médical. Dossier d'admission disponible sur www.static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf consulter le 22-09-2018.

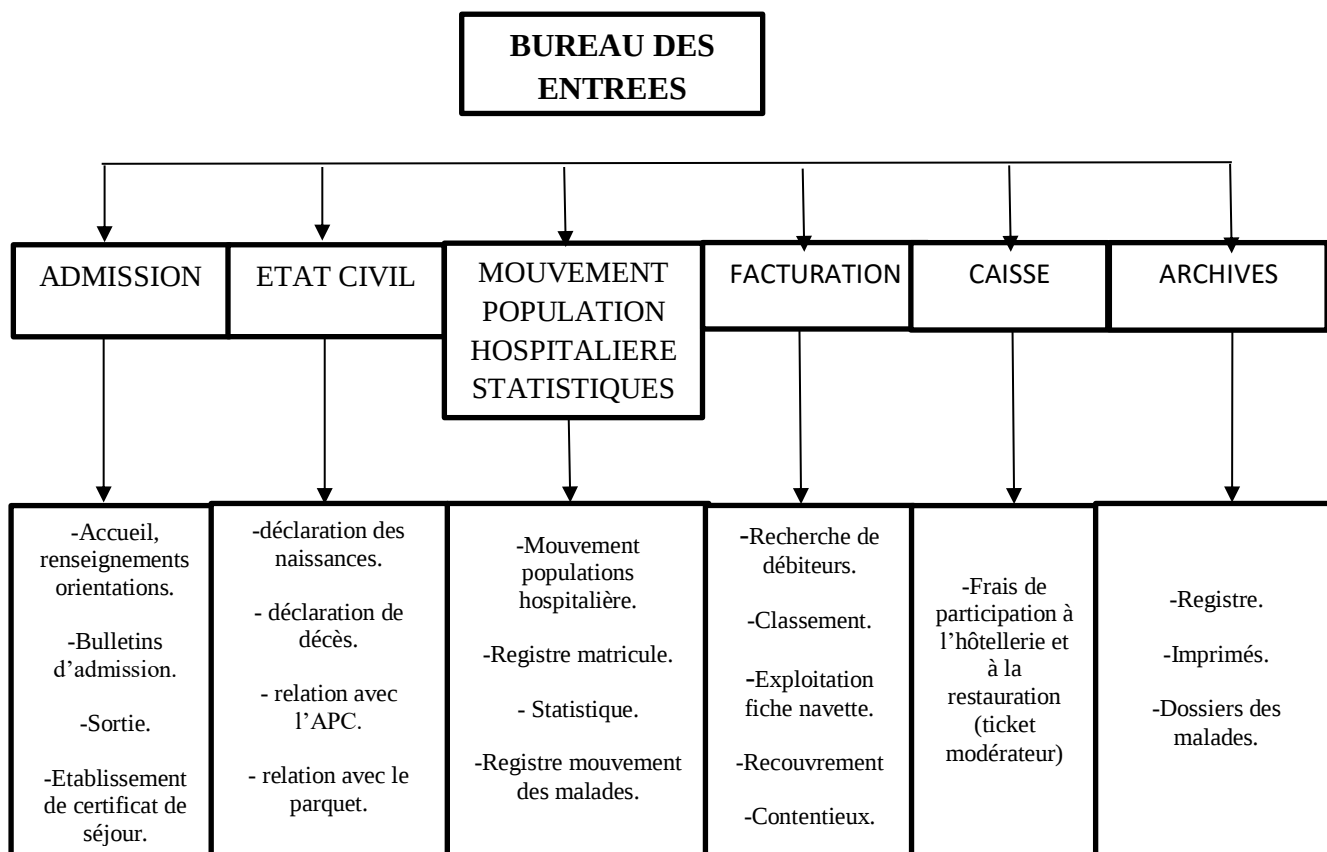
2-1-2 Organigramme du bureau des entrées

Le schéma général d'organisation ci-après identifie la prise en charge des missions et champs d'attribution dévolus au bureau des entrées.

- Le bureau des entrées doit être **facile d'accès** tant pour les usagers que pour les différents services internes ayant des relations étroites avec celui-ci. Il doit être également signalé par les panneaux placés aux endroits appropriés. Les structures physiques doivent être suffisamment spacieuses pour permettre une prise en charge fonctionnelle des missions dévolues au bureau des entrées.
- Compte tenu de l'importance stratégique du bureau des entrées, le responsable devra être choisi parmi les administrateurs des services de santé où les personnels titulaires d'un grade équivalent.
- Le niveau de qualification des personnels préposés au bureau des entrées doit être en adéquation avec les diverses fonctions à assumer.
- Les critères de sélection devront tenir compte aussi bien des qualités humaines que professionnels et ce, eu égard à l'importance des aspects relationnels de cette fonction qu'il est indispensable de valoriser en vue de l'amélioration de l'accueil dans tous nos établissements de santé⁶.

⁶ OULD-KADA M., « Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé », Textes réunis et classés par : Décembre 2010.

Organisation du bureau des entrées



Source : document interne du CHU de TIZI OUZOU.

La mise en place de cette organisation est accompagnée de l'uniformisation des supports de gestion de l'information. Le schéma d'organisation ci- après définit chaque mission et champ d'attribution qui lui est dévolus, qui sont constitués de :

- Unité d'Admission ;
- Unité de l'Etat Civil ;
- Unité de Mouvement ;
- Médecins chargés de l'information médicale (CIM) ;
- Unité de statistique et de facturation ;
- Unité d'archivage.

2-1-3-1 Unité d'Admission

Cette unité se charge de l'établissement du bulletin d'admission du malade. Ce dernier est établi exclusivement sur la présentation de la demande d'hospitalisation délivré par un médecin et ce quel que soit le mode d'admission du malade.

Cette unité est indispensable pour établir un bulletin d'admission après avoir identifié le malade à l'accueil.

Les différents cas d'admission sont :

- Admission normale
- Evacuation
- Accident
- Maternité
- Naissance
- Urgence
- Hôpital de jour
- Victime d'événement

A l'heure actuelle un seul poste IDAAS est disponible pour l'identification des patients, où ce dernier appartient exclusivement à la CNAS.

Cette unité assure aussi d'autres fonctions

- Orientation des malades
- Renseignements sur les malades hospitalisés

Les supports d'information et de gestions Normalisés dans l'unité d'admission sont :

- La demande d'hospitalisation ;
- La pièce d'identité et la carte d'assurance, livret de famille ;
- L'engagement à payer ;
- Le bulletin d'admission ;
- La fiche navette : hôpital de jour et d'hospitalisation ;
- Le permis de retrait des mineurs ;
- Le certificat de séjour et de présence ;
- La fiche d'évacuation.

2-1-3-2 Unité d'Etat Civil

Les règles particulières applicables aux divers actes de l'état civil sont décrites dans l'Ordonnance N° 76-20 du FEVRIER 1970.

L'officier de l'état civil fait :

Les déclarations de décès dans un délai de 24h à compter de la date du décès.

Un Registre de décès est obligatoire sur lequel sont inscrites ses déclarations et renseignements.

Il est utile de préciser que toute transcription à l'état civil doit être rigoureuse, car toute erreur serait préjudiciable et ne peut être rétablie que par suite d'un jugement très long et très coûteux :

- Déclaration de décès.
- Cas d'un mort-né, cas d'une mort contagieuse, transport de corps, Réquisition de dépôt de corps.
- Autopsie : pour un intérêt scientifique voir la loi n°85 de 12/02/85 portant promotion et protection de la santé modifiée et complétée par la loi de 1991.
- Autopsie : ordonnée par le procureur de la république.

La levée du corps est subordonnée à la présentation des documents suivants :

- Bulletin de décès délivré par les services de la commune de décès.
 - Permis d'inhumer délivré par la commune ou sera inhumé le défunt.
 - Autorisation de transport du corps (délivré par la Daïra de la commune de décès et par les services de la DRAG lorsqu'il s'agit d'un transport inter Wilaya)
 - Mise en bière délivrée par la sûreté de Daïra.
- **Les différents registres** : il existe dans le bureau des entrées de six registres. Ils sont saisis manuellement et permettent de donner les informations sur les patients.
- **Registre Répertoires** : c'est un document qui enregistre les malades par ordre alphabétique, afin de permettre d'accéder facilement aux informations concernant le patient. Il permet, notamment, de fournir des informations aux familles des patients.

- **Registre journal des entrées** : c'est un document qui enregistre quotidiennement les informations sur les malades, par date et par numéro d'admission. Il permet notamment, de déterminer le nombre des malades ayant transité par l'hôpital.
- **Registre matricule** : c'est un document qui enregistre les informations d'un malade par service. Il sert à identifier les malades et la nature de séjour.
- **Registre des évacuations** : c'est un document qui enregistre les informations sur les malades évacués (nom, prénom, motif d'évacuation ...) Il permet notamment de connaître le nombre des malades évacués.
- **Registre de mouvement des populations** : comme l'agenda du mouvement des malades, Il permet d'établir un état mensuel par service de mouvement des malades. Le registre de mouvement des populations permet de donner, à la fin de chaque mois, l'état des lieux en termes de malades et de garde malades entrants et sortants ainsi que le nombre de journée d'hospitalisation.
- **Registre décès** : c'est un document qui enregistre les informations sur les personnes décédées au niveau de l'hôpital, il permet de savoir le nombre de décès et de saisir les déclarations des décès hospitaliers⁷.

2-1-3-3 Unité de mouvement hospitalier de la population

Le personnel qualifié à assurer le mouvement de la population hospitalière revoit :

- La sortie des malades.
- Le transfert inter services.
- La saisie des permissions.
- L'établissement de l'effectif journalier des malades.
- Le classement des malades par débiteurs.
- L'effectif pour cuisine.
- La tenue du mouvement de la population hospitalière.
- Les statistiques périodiques (Admissions, journées d'hospitalisation, taux d'occupation...)

⁷ TACINE Y, « le financement de l'implantation d'un système d'information hospitalier cas de l'hôpital d'AZAZGA » ; en vue d'obtention du diplôme de licence en science commerciale, UMMTO 2013.

Tableau n°2 : Etat du mouvement de la population hospitalière (le troisième trimestre de l'année 2017)

Services	Mouvement des malades dans quelques services						
	N ^{bre} de lits	N ^{bre} de malades admis	N ^{bre} j/hosp	N ^{bre} de consultations externes	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation moyen (TOM) (%)	Coût moyen de séjour (CMS)
Pédiatrie	30	291	3793	705	13,03	140,40	7786,1094
Psychiatrie	40	102	1470	2451	14,41	40,80	17193,0117
Médecine interne	57	305	2888	1405	9,87	56,30	21658,0975
Chirurgie générale	57	568	3107	2260	5,47	60,57	13606,4193
Total	184	1266	11258	6821	42,78	298,07	60243,6379

Source : réalisé par nous même à partir des données du CHU Nedir Mohamed de TIZI OUZOU.

TOM : $(N^{\text{bre}} \text{ de J/H réalisé durant un trimestre} / N^{\text{bre}} \text{ de J/H disponible}) \times 90J$.

2-1-3-4 Médecins chargés de l'information médicale (CIM)

Le médecin désigné à ces activités joue un rôle primordial, il est notamment chargé :

- De veiller au bon renseignement de la fiche navette et à accès au dossier médical du malade pour vérifier et valider les informations transcrites dans la fiche navette.
- De renseigner le résumé standard de sortie de la fiche selon la CIM 10 et puis transmettre ses derniers dans un logiciel patient établi par MSPRH.
- Principal interlocuteur avec les médecins conseils des organismes de sécurité sociale, il leur donne l'accès pour voir les fiches navettes de l'établissement ainsi que l'accès vers les services médicochirurgicaux pour contrôler le dossier médical.
- S'assurer des malades admis aux urgences médico-chirurgicales que la durée d'hospitalisation ne doit pas dépasser les 48 heures.

2-1-3-5 Unité des statistiques et de la facturation

Cette unité est la base pour une bonne évaluation de l'établissement selon les états statistiques cités ci-après :

- Le Nombre d'Admission : hôpital de jour et d'hospitalisation.
- Nombre d'admission des assurés et non assurés sociaux.
- Nombre de journées d'hospitalisation de chaque période.
- Nombre de lits en service pendant l'année.
- L'effectif du personnel au 31 décembre de l'année considérée.
- Un registre de statistique est indispensable.

Les étapes de la facturation exigent l'exploitation de la fiche navette pour traitement de la facture :

- Saisie de données renseignées sur la fiche navette effectuées par le personnel soignant suivant la codification des actes et des produits dûment administrés. Il faut saisir dans le logiciel patient tous les bilans biologiques et radiologiques. Il s'agit du code et cotation qui résulte un prix pour chaque bilan, puis ceux des médicaments nécessaires et leur DCI qui résulte aussi leur prix unitaire. Sans oublier le diagnostic principal et les diagnostics associés.
- Recherche de débiteurs au recouvrement des frais d'hospitalisation.
- Edition des décomptes.
- Un classement par débiteur.

Dont on distingue deux modes de facture :

- Mode de facturation PMJH : c'est une facture qui déclare les vrais montants d'une journée d'hospitalisation

Chapitre III : Fonctionnement du bureau des entrées

Figure n° 4 : la facture PMJH (voire annexe 6)

Nom et prénom				Dt. Entrée	Dt. Sortie
				28/06/2018	30/06/2018
Adresse :				DEBITEUR	
FRAIS DE SEJOUR					
PERIODE		N ^{bre} De Jours	Prix jour Forfait	DEDIGNATIONS DU SERVICE	
Du	Au				
28/06/2018	30/06/2018	2	5000,00	URGENCE MEDICALES	
TOTAL FRAIS DE SEJOUR					
				Part de la caisse 80%.....	
				Part restante 20%.....	
MEDICAMENTS					
				Date	Code

Source : données internes du CHU de TIZI OU

- La facture PMJH

La facture selon ce mode serait opérée sur la base d'un prix moyen de la journée et le coût des soins sont administrés aux patients sera calculé sur la base d'un forfait.

- Explication de la facture

A gauche

On trouve la date d'entrée et de sortie du patient

A droite

On trouve le nom et le prénom du patient ; la mutualité chargée de remboursement (CNAS) et le numéro d'immatriculation de l'assuré.

Dans le tableau de facture on trouve le frais de séjour (comporte la période de séjour « du...au » pour déclarer le nombre de jours, et la désignation du service d'hospitalisation et le prix d'une journée ; et cette facture comporte : total frais de séjour dans ce cas le patient ne

paient que 20% de la facture et les 80% restant seront payé par la mutualité chargée du remboursement.

Enfin la facture comporte autre supplément ou autre montant qui contiennent le code DCI et la quantité avec le tarif de chaque médicament utilisé pour le malade (mais la facture ne déclare pas ces médicament)

NB : cette facture n'est pas prise en considération dans l'hôpital malgré qu'elle déclare le vrai coût de séjour mais à cause de la négligence de la prescription des actes médicaux sur la fiche navette par les médecins, donc cette facture ne déclare que le coût moyen d'une journée.

Dans le cas d'exploitation de cette facture avec chaque acte prodigué pour le malade il faut l'impulsion de **la contractualisation**⁸ (un grand nombre d'établissement sont inscrit dans des démarche contractuelles de retour à l'équilibre financier avec les autorités de tutelles)⁹ qui est liée avec les établissements de santé dans l'objectif d'encourager la transcription des actes dans les documents standardisés liés aux patients, en vue de leur faire part des factures dont ils seront destinataires.

➤ Les actes

• Définition

La production des services médicaux et médico techniques prend la forme d'actes (consultations, radiographies, examens, ...). Ces actes sont regroupés en spécialités (Chirurgie, ophtalmologie, orl, ...) Chaque acte est caractérisé par :

- Son code, il identifie la famille « Prestations médicales et Paramédicales » ;
- Sa désignation en clair sur 80 positions alphanumériques ;
- Son unité d'œuvre, celle-ci devrait être la même pour tous les actes d'une spécialité ;
- Sa cotation, ce paramètre numérique correspond à la valorisation relative de l'acte ; elle permettra de déterminer son coût. Si la cotation d'un acte A est le double de celle d'un acte B, l'acte A coûtera le double de l'acte B. On peut dire aussi que la cotation égale le nombre d'unités d'œuvre « consommées » pour réaliser un acte donné ; on

⁸ La contractualisation dans les systèmes de santé améliore l'efficacité des systèmes de financement de santé en Algérie, elle constitue un objectif essentiel de toute politique de santé.

⁹ SEBASTIEN D., « innovations managériales en établissements de santé vers un management « intégratif » » Ems édition management et société France, novembre 2013, p21.

parlera de cotation K ou 25R ou 50D (K, R et D sont des unités d'œuvre) ; son état : disponible ou non. La liste des actes renferme l'ensemble des actes pratiqués dans tous les établissements hospitaliers. Il est clair que certains hôpitaux, notamment les EHS, ne pratiqueront pas la totalité de ces actes. Pour indiquer au logiciel qu'un acte n'est pas pratiqué dans l'hôpital, il faut attribuer la valeur 'NON' à cet attribut. Ceci évitera de surcharger les divers états et résultats produits par le système d'informations inutiles¹⁰.

- Facture (participation de citoyen) c'est une facture qui déclare le prix de jour d'hospitalisation par un forfait

Figure n°5 : facture par décomptes des sommes dues (voir annexe 7)

Nom et prénom					Dt. Entrée	Dt. Sortie
					28/06/2018	30/06/2018
Adresse :					DEBITEUR	
FRAIS DE SEJOUR						HONORAIRE
PERIODE		N ^{bre}	Prix		DEDIGNATIONS	Date
Du	Au	De	jour	%		
		Jours	Forfait			Code
28/06/2018	30/06/2018	2	100,00		URGENCE MEDICALES	
MONTANT DE LA FACTURE						

Source : données internes du CHU de TO

La facture avec décomptes des sommes dues est une facture qui déclare que le prix de jour par forfait est de 100 DA.

Le projet de la gratuité des soins qui figure dans tous les documents doctrinaux de la révolution algérienne voit sa mise application en 1974 (ordonnance de décembre 1973 portant

¹⁰ LAKAB H., OUAKKOUICHE A., « Etude de l'impact du nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) sur la gestion des hôpitaux publics Cas du CHU de BEJAIA » ; mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques Spécialité : Economie de la santé ; université Abderrahmane Mira de Bejaia, 2013, p82.

gratuité des soins) : c'est le premier tournant et le plus décisif. Il marque une rupture en même temps qu'il clôt une période d'affrontements directs avec les médecins¹¹.

Selon l'article 1, en application des dispositions de l'article 165 de l'ordonnance n° 94-03 du 31/12/1994 portant loi de finances pour 1995, modifiant et complétant l'article 12 de la loi n° 84-21 du 24/12/1984 portant loi des finances pour 1985, le présent arrêté a pour objet de fixer la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de Santé.

La contribution des patients aux frais de restauration et d'hôtellerie en milieu hospitalier est fixée à Cent Dinars (100 DA).¹²

L'objectif est de modifier le système actuel d'allocation budgétaire aux établissements de santé qui est global qui ne différencie donc pas les structures performantes des autres et de faire en sorte que dans un prochain avenir le financement de chacune d'entre elle (Services d'hospitalisation, laboratoire, radiologie) est liés directement à son activité.

Une caisse pour les frais de participation à l'hôtellerie et à la restauration où doit passer le malade pour payer son séjour est mise à la disposition des usagers. Certaines catégories de la population en sont exonérées notamment :

- Les démunis ;
- Les enfants de moins de 05 ans ;
- Les maladies chroniques ;
- Tous les cas relevant des programmes nationaux de santé publique ;
- Les invalides ;
- Les ayants droits.

2-1-3-6 Unité d'archivage

Le personnel responsable de cette unité se charge du classement des unités médicales administrative par ordre alphabétique, et par mois, un registre y est affecté.

¹¹ OUZRIHA F., « cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie » ; office des publications universitaires place centrale de Ben-Aknoun (Alger), p13.

¹² OULD-KADA M., « Bureau des Entrées au niveau des Etablissements Publics de Santé », Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie, 2016.

Section 3 : Le logiciel patient (le bureau des entrées)

Le logiciel patient peut répondre aux besoins des bureaux des entrées de tout établissement sanitaire (CHU, EPH, secteur sanitaire) : il suffit d'introduire les paramètres après l'installation du logiciel à savoir :

- Le code de l'établissement pour pouvoir imprimer le type de l'établissement et son nom à l'entête de tous les états ;
- Extraire les services dont dispose l'établissement à partir d'une liste contenant toutes les spécialités, introduire le nombre de lits et de salles pour chaque service et enfin créer la table des salles (unités) en spécifiant pour chaque salle le N° du 1er lit et celui du dernier et en indiquant si la salle est réservée pour hommes, femmes et/ou enfants pour pouvoir faire plus de contrôles et éviter des erreurs à la saisie d'une admission.

Tous les états individuels (bulletins, certificats de séjour, déclaration des décès, déclaration de naissance, permis de retrait de mineur, décompte...) peuvent être imprimée soit sur papier simple soit sur pré-imprimé selon les paramètres d'édition spécifier et qui peuvent être modifiés à tout moment par le responsable. Et d'introduire les montants des forfaits journaliers par service et par salle, ce qui permet ainsi la possibilité de modifier les montants et d'avoir éventuellement des forfaits différents pour des spécialités différentes.

3-1 Fonctionnement du logiciel patient

Le logiciel « patient » peut fonctionner en « MONO » c'est-à-dire sur un seul microordinateur pour les petites structures sanitaires ayant un petit flux de malades par jour, ou en « RESEAU », c'est-à-dire relier plusieurs micro-ordinateurs (postes de travail) à un grand flux de malades, pour améliorer les services et éviter ainsi une longue attente des malades devant les guichets des admissions et des visiteurs devant les guichets des renseignements.

Le logiciel s'adapte au changement des paramètres de la facturation, en laissant le soin au responsable du bureau des entrées d'indiquer tout ce qui doit être facturable en dehors du forfait journalier selon bien sûr les textes à savoir :

- Des actes professionnels faits aux établissements d'hospitalisations ;
- Les actes professionnels faits à l'établissement externe ;

- Les médicaments ;
- Le garde malade ;
- La période en permission.

3-2 Présentation du logiciel Patient au sein du CHU DE TIZI OUZOU

Le logiciel patient a été mis en place au CHU TO en 2001, il est exploité en réseau LAN depuis 2004 entre le bureau des entrées, les différents services médicaux et le bureau informatique. L'Objectif premier de ce réseau était le suivi et l'exploitation de la fiche navette par tous les acteurs (Médical, Paramédical, Administratif). Ce programme est actuellement exploité dans sa dernière version (18-09-10).

3-2-1 Objectifs visés par le logiciel patient au sein du CHU de TO

- Identification rigoureuse du statut social de la population hospitalière ;
- Évaluation des activités par service et par groupes de spécialités ;
- Maîtrise des coûts ;
- Mise en place d'un schéma organisationnel cohérent des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Etablissement du résumé standard de sortie et résumé clinique à chaque sortie du malade ;
- Institution de la fiche navette « jour » au niveau des services concernés et des différents PU de l'établissement et mise à la disposition des services de feuilles intercalaires concernant les soins infirmiers et examens complémentaires ;
- Institution d'un registre d'évacuation pour les malades adressés par les Secteurs Sanitaires et les Cliniques Privées¹³.

➤ Limites et perspectives

a- Les limites

La gratuité de soins a certes permis l'accès généralisé aux soins, néanmoins, elle a engendré des effets pervers car des gaspillages énormes de ressources ont été enregistrés tant dans le financement non maîtrisé des structures que de leur gestion financière et comptable. Ajoutée à cela, une insatisfaction des malades utilisant les services publics de soins et ce, suite aux pénuries de médicaments et à leur mauvaise prise en charge. Les dysfonctionnements du

¹³ Informations collectées auprès du CHU TO.

système de santé commençaient à apparaître sous l'effet de plusieurs paramètres entrées autres :

- La santé n'a certes pas de prix, mais elle a tout de même un coût ce qui revient à dire que la gratuité des soins n'est qu'un artifice étant donné que cette gratuité s'est accompagnée d'un énorme gaspillage de ressources tant dans le financement des établissements de santé qui se fait d'une manière irrationnelle que des choix opérés en matière d'investissements sanitaires orientés essentiellement vers la construction d'hôpitaux surdimensionnés à gestion plus coûteuse ;
- L'insatisfaction des usagers du système de soins est due essentiellement aux pénuries de médicaments et du consommables et à leur prise en charge défaillante par un corps médical contraint à l'exercice dans le secteur public qui aspire intégrer un jour le secteur privé plus rémunérateur.

b- Les perspectives

➤ La gestion de gaspillage

L'Algérie a élaboré des programmes pour renforcer les compétences des dirigeants hospitaliers et mis en place des procédures modernes de gestion hospitalière, qui visent notamment à rendre la gestion des hôpitaux plus rationnelle et à permettre ainsi une amélioration des systèmes d'informations et à renforcer leur efficacité.

Dans ce contexte, le MSPRH a ordonné la mise en place d'un système d'information et de calcul des coûts dans les hôpitaux publics, et cela par l'installation du système de **triple comptabilité hospitalière (3COH)** à partir de janvier 2010. Ce système a pour but la collecte et l'enregistrement de toutes les informations concernant l'hôpital et sa structure, puis la détermination des coûts des activités de l'hôpital et, enfin, d'élaborer au décideur de l'établissement un tableau de bord qui lui permet une bonne gestion et une prise de décision avisée.

- **Les principales fonctions du système de triple comptabilité hospitalière (3COH) sont**
 - La prise en charge du système de comptabilité générale de l'établissement : gestion du plan comptable, saisie des écritures, production des documents de base tels que la balance générale, le grand livre, le journal général et même les états financiers (bilan, compte de résultat, tableau des flux de trésorerie, ...)
 - Gestion complète de tous les types de stocks : médicaments, produits d'alimentation, produits d'entretien, pièces de rechange, consommables, Traitement des divers mouvements d'entrées, de sorties, de réintégration, de régularisation, ... avec comptabilisation par la génération automatique des écritures comptables ;
 - Système de facturation au comptant et à terme ;
 - Suivi de la trésorerie avec respect de la séparation des fonctions de l'ordonnateur et de celles du receveur ;
 - Le calcul des coûts de revient des prestations fournies. A partir des valeurs extraites de la comptabilité générale (incluant les amortissements) et des données physiques importées des services, le système détermine le coût de revient des prestations livrées par l'établissement ;
 - La production des états financiers mensuels et de divers indicateurs de gestion utiles au pilotage de l'établissement.

Conclusion

L'hôpital NEDIR MOHAMED est une structure sanitaire qui dispose de plusieurs services et chaque service a sa mission mais avant que le patient soit orienté vers l'un des services il faut qu'il passe sur le BE donc ce service c'est le "cœur" de l'hôpital.

De ce fait le BE fonctionne à la base des différentes unités et chaque unité a un rôle bien précis et qui porte des informations sur les patients dès l'admission jusqu'à la sortie, c'est dans l'utilité de déterminer le nombre de malade admis et de déterminer tous les actes médicaux et paramédicaux prescrit sur la fiche navette pour facturer le vrai coût de séjours mais à cause de la négligence de prescription des médecins sur la fiche navette laisse des pertes pour les établissements de santé surtout avec l'absence de la contractualisation dans le système de santé Algérien et avec la gratuité des soins dans les hôpitaux reste impossible de déterminer la vraie facture avec chaque acte.

Conclusion générale

L'objet principal de notre recherche est de montrer l'importance de la mise en place des documents supports d'informations comme outil de partage des informations entre les professionnels de santé au sein de l'hôpital Nedir Mohamed.

Nous avons tenté de présenter les différents types des documents supports d'informations et le rôle de chacun dans l'objet de déterminer les dépenses de santé au CHU ainsi leur impact sur l'amélioration de la qualité des soins.

De ce fait nous nous sommes appuyées en premier lieu sur une revue de la littérature où nous avons présenté les concepts de base liés à notre thème ainsi que la définition de chaque dossier.

En deuxième lieu nous avons confronté notre étude sur les documents supports d'informations comme mécanisme formel de l'évaluation de la qualité des soins au niveau d'un établissement de santé. La mise en place de ces mécanismes permet de répondre aux besoins fondamentaux d'un patient, et cela en déterminant des informations concernant les actes accomplis dans les structures de santé publiques ou privées qui sont difficiles à regrouper sans la disponibilité des dossiers liés aux patients.

Dans ce travail, nous avons collecté des informations au niveau du bureau des admissions qui assure justement l'enregistrement de tous les mouvements de la population hospitalière.

Pour gérer tout ce qui est en relation avec ce service, le logiciel patient a été intégré dans le CHU de TO depuis 2001. C'est dans le rôle de déterminer les actes médicaux et les médicaments afin de maîtriser les dépenses. Donc celui-ci joue un rôle très important pour recueillir l'ensemble de l'information liée aux patients.

A l'issue de ce travail, il nous est possible de retenir les conclusions suivantes :

- Le centre hospitalo-universitaire est considéré comme un établissement de soins et comme centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale, de par les tâches d'encadrement qui s'y effectuent.
- L'hôpital est le lieu de partage des informations entre les professionnels de santé et toutes les informations y sont enregistrées sur les différents dossiers, dont chacun

porte des données personnelles sur l'état de santé du patient et les médicaments consommés, en vue d'évaluer les coûts.

- Le dossier administratif porte l'identification du patient et les différentes données sociodémographiques qui vont enrichir le dossier du patient. Et qui porte les différentes modalités d'admissions à l'hôpital, ce qui permet de définir le rayonnement de l'hôpital.
- La fiche navette est une fiche qui porte huit pages, chacune est destinée à collecter un certain nombre d'informations qui seront exploitées dans le bureau des entrées.
- La fiche navette enregistre des informations sur la maladie et sur les actes médicaux, chirurgicaux, examens pratiqués sur lui à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement hospitalier.
- La fiche navette reflète l'activité d'un service au sein d'un établissement de santé. Elle permet en outre, à l'établissement de facturer sa prestation aux organismes chargé du financement et sa tenue doit être de ce fait exigée.
- Le DSI se trouve au cœur de la pratique infirmière et il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et rationnel du soin.
- Le DSI à une relation avec les autres dossiers il contient des informations administratives, médicales.
- La facturation dans l'hôpital se fait à travers des données enregistrées sur la fiche navette car elle enregistre tous les actes médicaux et paramédicaux prodigués pour le malade dès l'admission jusqu'à la sortie et la négligence des médecins, l'importance de prescription sur cette dernière conduit à un énorme gaspillage.
- Pour maîtriser les dépenses et gérer ce gaspillage il existe deux méthodes dans les hôpitaux en Algérie, premièrement par la méthode des sections homogènes qui sert à calculer les différents coûts de chaque service qu'il soit auxiliaire ou principal et la deuxième méthode des groupes homogènes des malades qui sert à évaluer les coûts d'hospitalisation et la prise en charge selon une classification par des pathologies.
- Tous ses dossiers jouent une importance majeure à l'avenir du patient que pour les praticiens car ils sont conservés au niveau d'unité d'archivage à l'hôpital parce que cette opération répond à plusieurs intérêts.

Nous pouvons conclure que le bureau des admissions c'est le lieu de fonctionnement de la majorité des dossiers existants à l'hôpital et le BE est considéré comme le lieu d'accueil pour les patients et les usagers, et le BE a un lien avec des autres services.

Conclusion générale

Au cours de la réalisation de notre travail, nous avons rencontré plusieurs obstacles, ce qui pose certaines limites à notre travail, nous pouvons citer :

- Le manque de documents, de références et de travaux de recherche traitant les documents support d'information normalisés à l'hôpital.
- L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles.

Pour terminer, nous estimons qu'avec le développement des TIC, la e- santé occupe une place de plus en plus importante dans le monde. Désormais, la santé suscite énormément d'attentes et ce secteur ambitionne de voir son potentiel enfin s'exprimer totalement. Le besoin exponentiel en informations et le flux des connaissances scientifiques et médicales vont innover les moyens de traitement et de diffusion de la connaissance entre professionnels et patients. Que ce soit en termes de stockages des données mais également d'analyses, de diffusion et de partage de ces données. A ce titre, ce thème peut bien être traité sous l'angle du rôle des technologies de l'information et de la communication.

Bibliographie

1. OUVRAGES

BENOIT C., « manager un établissement de santé » ; 2^{ème} édition, Paris : édition GERESO ; 2015 ; p147.

BOULIANNE., JEAN R., LOUIS-M., SIMON R., « santé et développement territorial enjeux et opportunités » ; presses polytechniques et universitaires romandes CEAT ; Italie 2010, p25.

CHRISTINE B., « Manager un établissement de santé, la logistique au service de l'humain » ; 2^{ème} édition, les guides pratiques management- organisation GERESO édition ; France janvier 2015 ; p73.

COLL., PATRICE C., XAVIER M., « Management des risques pour un développement des risques durable » ; Qualité. Santé. Sécurité. Environnement, Dunod, Paris, 2009, p17.

DAHAK A., KARA R., « Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales » ; Tizi-Ouzou : Edition El- Amel, 2015, p, 88.

DIDIER T., GERARD P, PIERRE-LOUIS B., « Traité d'économie et de gestion de la santé_ paris » : Presses de sciences Po_ Editions de santé, 2009, p 307.

MOKHTAR L., « prévoyance du droit aux soins au droit à la santé » ; dunod-larmises, paris 1991 ; p22.

OUZRIHA F., « cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie » ; office des publications universitaires place centrale de Ben-Aknoun (Alger) ; p13.

PAUL C. RAYMOUD P., « l'hôpital public » ; édition BERGER-LEVRAULT ; 3^{éd}, Paris 1974, p18.

SEBASTIEN D., « innovations managériales en établissements de santé vers un management « intégratif » » ; ems édition management et société France, novembre 2013, p21.

SOPHIE B., « économie du système de santé du marché à l'organisation » ; ouvrage publié avec le concours du ministère de l'éducation nationale ; economica, paris septembre 1994 ; p45.

ZEHNATI A., « Les évolutions récentes du système de santé Algérien » ; centre de recherche en économie appliquée pour le développement CREAD, reflets de l'économie sociale, Bouzareah Alger, 2017, p65

2. MEMOIRES ET THESES

AGNES M., « Informatisation du circuit du médicament à l'hôpital : de l'intention à la réalisation expérience du centre hospitalier charcot de Caudan (MORBIHAN) » ; Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, faculté de pharmacie, 12 octobre 2001, p2.

ANTOINE M., « informatique et soins infirmier » ; étudiants infirmier 3^{ème} année IFSI de saumur, promotion 1998/2001, p7. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/memoireantoineamar.pdf>.

BABACAR N., « La gestion des archives médicales en Afrique de l'ouest : enjeux et défis » ; journal semestriel de la branche régionale Ouest Africaine de conseil international des archives, octobre 2011. Format PDF. Disponible sur : https://www.ica.org/sites/default/files/WARBICA_2011-10_journal_FR.pdf.

BENARAB S, HADJAR A., « Financement des hôpitaux publics en Algérie : cas de l'EPH d'Akbou » ; Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques ; Option : Economie de la Santé, Université Abderrahmane-Mira de Bejaia ; 2012/2013 p 59.

BENOUDAH A. GUENDOSSI N., « Conception et réalisation d'une application pour la gestion du dossier médical personnel (Etude de cas : CHU Algérien) » ; mémoire de projet de fin d'étude en Informatique Biomédicale ; Université Abou Bakr Belkaïd de Tlemcen ; septembre 2017 p19.

BOUAMRANE S., « système d'information hospitalier : admission et planification des blocs opératoires » ; mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de magister en informatique option informatique et automatique université d'Oran ; 2010 ; p 40.

CAVERZASIO S., « l'évolution du rôle infirmière à travers les formations » ; mémoire de fin d'étude domaine santé et social filière de formation des infirmiers et infirmières, Haute école valaisanne hochschule wallis, septembre, p71.

DJOUHRI M. GHANEM L., « L'intégration de la HQE dans les établissements hospitaliers Cas de l'hôpital khellil Amran de Bejaïa » ; Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de master en sciences Économiques Option : économie de la santé. Université Abderrahmane MIRA de Bejaia, p9.

ELBAKRI M., « Qualité de la tenue du dossier médical au niveau du CHP de khemisset » Institut National d'Administration Sanitaire, Juillet 2006.

GEGOIRE M., « évolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins-soignants-patient : approche historique, médical, médicolégale et éthique » ; faculté

de médecine, université paris 5, laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, et réseau de santé, p 3. Disponible sur : <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/texte.pdf>.

KACHI T., SADEG S., TILMATINE K., « informatique médicale » ; mémoire en vue de l'obtention du diplôme de licence en science économique, op monnaie finance banque, UMMTO 2010/2011.

KENDI N., « l'application de la méthode des sections homogènes dans le calcul et l'analyse des couts dans un hôpital public : cas de l'EPH d'Aokas » ; Mémoire En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques ; Option : Economie de la Santé, Université Abderrahmane-Mira de Bejaia, 2012/2013 p 12.

LAAROUSSI T., « gestion des archives hospitalières cas de l'hôpital Mohamed V de meknès » ; Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme de Maîtrise en Administration Sanitaire et Sante Publique ; Royaume du Maroc ministère de la santé institut national d'administration sanitaire centre collaboration de l'OMS, juillet 2008, p11. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Inas/Memoires/massp/sp/2008/7510.pdf>.

LAKAB H., OUAKKOUCHE A., « Etude de l'impact du nouveau système de triple comptabilité hospitalière (3COH) sur la gestion des hôpitaux publics Cas du CHU de BEJAIA » ; mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques Spécialité : Economie de la santé ; université Abderrahmane Mira de Bejaia, 2013, p82.

LEROY N., « Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectifs ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle » ; Thèse de doctorat, en Psychologie du Travail et des organisations. LILLE : l'Université Lille 3, 2013, p 08. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124140/document>.

LOUARN J., « Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement » ; Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé" en. Paris : université de Montréal, Juin 2002, p.26.

MAGALI M., « le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation au centre hospitalier des quatre villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur de recouvrement », école des Hautes Etudes en santé public, p27.

PIERRE É., « économiste, analyste de politiques, la qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale Secrétariat international des infirmières et infirmiers de

l'espace francophone (SIDIIEF) » ; 2015. Format PDF. Disponible sur : <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SIDIIEF-M-moire-Qualit-des-soins.pdf> . Consulté le: (13/10/2018).

SAADA L. SANA C., « la problématique de la rupture de stock des médicaments dans les structures de santé publiques : déterminants et impact sur la prise en charge des patients, Cas du CHU de Bejaïa », En vue de l'obtention du diplôme de master en science économique université Abderrahmane-Mira de Bejaia, 2012/2013, p1.

SALMI M., « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins » ; thèse de doctorat en science économique, université Mouloud Mammeri T.O ; 2009 ; p106.

SALMI.M., « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic. Cas du secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Irathen », mémoire de magister, Tizi-Ouzou, 1999, P 84.

SAMUEL T., « système d'information documentaire » ; mémoire de DEA usages des sources et supports d'information médicale chez les praticiens Hospitalo-universitaires ; septembre 1997, p 23.

TACINE Y., « le financement de l'implantation d'un système d'information hospitalier cas de l'hôpital d'AZAZGA » ; en vue d'obtention du diplôme de licence en science commerciale, UMMTO 2013.

ZEYNEP O, LAURE C., « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? » ; Irdes Décembre 2008. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>.

3. RAPPORTS ET DOCUMENTS

Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient, 2011 années du patient et de ses droits, p4.

Information sur les marchés de la bio-santé n°25 septembre 2011, nouvelles perspectives pour le marché des TIC santé

Ministère de la santé et des solidarités., « Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières » ; 2014, p.07.

Service Médecine Libérale., « recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile » ; juin 1997 p9.

Support du système d'information hospitalier., « Description et guide d'utilisation, ministère de la santé », p3. Disponible sur : <http://mail.cnom.sante.gov.ml/docs/pdf/tb16.pdf> (Consulté le : 22/10/2018).

Votre hospitalisation au Chwapi., « comprendre votre facture d'hospitalisation, centre hospitalier de Wallonie picarde » ; p12.Format PDF. Disponible sur : http://www.chwapi.be/sites/default/files/BROA4_ComprendreFactureHospi0714_SB.pdf .

4. ARTICLES ET REVUES ET AUTRES ARTICLES

CONFERENCE COMMUNE COMMISSION EUROPEENNE / OCDE., « améliorer l'efficacité des systèmes de santé : optimiser l'utilisation des ressources, les TIC a l'appui du suivi et de l'amélioration de qualité des soins de santé : les promesses non tenues d'hier ou de grandes perspectives pour demain ? »

FRANÇOISE A., La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. Disponible sur le site : https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1991_num_9_2_1192.

LA GAZETTE DES ARCHIVES, n°167, 1994. « Les archives de la santé (actes de la journée d'études de l'AAF »., Paris, 28 janvier 1994.

MEHAREB N., « les archives privées en Algérie état de la question et perspectives ».

5. TEXTES JURIDIQUES

Avant-projet de loi sanitaire, Apres avis du conseil d'Etat ; Apres adoption par l'assemblée populaire national ; Promulgue la loi dont la teneur suit ; titre 1, des principes et dispositions fondamentaux, chapitre 1, Des principes fondamentaux, Article 4.

Disposition relatives à l'admission au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées, textes référence circulaire n° 2005/57 du 2 février 2005, p35.

Dossiers médicaux conservation – archivage, cadre national des médecins conseil national de l'ordre, mai 2009.

L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, Haute Autorité de Santé, juin 2005.

Le décret N° 85 283 du 12 novembre 1985 établit la liste des actes professionnels des médecins et autres auxiliaires médicaux avec leur cotation.

OULD-KADA M., « Bureau des Entrées au niveau des Etablissements Publics de Santé » ; Collection Textes Réglementaires sur la Santé en Algérie, 2016, p11.

Service évaluation des pratiques., « évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, dossier du patient : réglementation et recommandations » ; juin 2003, p6.

6. SITES INTERNET

www.fr.m.wikipedia.org

www.chuto.dz/patient/sortie.php

www.maisonarcenciel.org/wa_files/Acces_20au_20Dossier_20Medical.pdf

www.affairesjuridiques.aphp.fr/textes/les-archives-hospitalieres/

www.previssima.fr/lexique/frais-de-sejour.html

www.leparticulier.lefigaro.fr/jcms/c_35513/dossier-medical-contenu-et-delai-de-conservation.

www.chuto.dz

www.dicocitations.lemonde.fr/definition_littre.php?id_mot=13179&id_variante=54187

www.static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux

Tableau n° 1 : Les coûts moyens d'une journée d'hospitalisation par service en 2018	64
Tableau n°2 : Etat du mouvement de la population hospitalière (le troisième trimestre de l'année 2017)	100

Liste des figures

Figure n° 1 : Cycle du dossier médical.....	46
Figure n° 3 : Organigramme de l'hôpital	93
Figure n° 4 : la facture PMJH	102
Figure n° 5 : facture par décomptes des sommes dues	104

Table des matières

Remerciements	2
Dédicaces	3
Sommaire	5
Liste des abréviations	7
Introduction générale	9
Chapitre I : Généralités sur les documents supports d'informations normalisés à l'hôpital	
Introduction	15
Section 1 : Eléments de définition	16
1-1 L'hôpital	16
1-1-1 Origine du concept.....	16
1-1-2 Définition de l'hôpital	18
1-1-3 L'hôpital : lieu de production de prestation de services	19
1-1-3-1 la maximisation de la qualité	19
1-1-4 Caractéristiques générales des hôpitaux	20
1-2 Le document.....	21
1-2-1 Définition du document	21
1-2-2 Typologie documentaire	21
1-3 Le Dossier	22
1-3-1 Définition du dossier.....	22
1-3-2 La constitution et le contenu de dossier.....	22
1-3-2-1 Les données sociodémographiques	23
1-4 L'information médical	24
1-4-1 Définition	24
1-4-2 Principales sources d'information médicale	25
1-4-2-1 La documentation primaire	25
1-4-2-2 La documentation secondaire.....	26
1-4-2-3 La documentation tertiaire	26
Section 2 : Les dossiers d'admission à l'hôpital	27
2-1 Dossier administratif	27
2-1-1 Modalités d'admission à l'hôpital	28
2-1-2 Les composants du dossier d'admission	30

2-1-2-1 La demande d'hospitalisation	30
2-1-2-2 Le billet de salle	30
2-1-2-3 La fiche navette	31
2-1-2-4 Certificat de séjour	31
2-1-2-5 Les types de sortie	31
2-2 La fiche navette.....	33
2-2-1 Définition	33
2-2-2 Présentation de la fiche navette	33
Section 3 : Les dossiers qui accompagnent le patient durant ses séjours à l'hôpital	39
3-1 Le dossier médical	39
3-1-1 L'évolution du dossier médical	39
3-1-1-1 Origines du dossier médical.....	39
3-1-1-2 Le dossier médical dans la période contemporaine	40
3-1-1-2 Naissance du dossier médical obligatoire	41
3-1-2 Définition(s)	42
3-1-3 Les enjeux du dossier médical.....	42
3-1-4 Le contenu du dossier médical doit être réglementé	43
3-1-5 Le cycle du dossier médical	45
3-1-6 L'accès au dossier médical	46
3-2 Le dossier des soins infirmiers	48
3-2-1 Les soins infirmiers	48
3-2-1-1 Définition (s)	48
3-2-2 Définition du dossier des soins infirmier	49
3-2-3 Contenu du dossier de soins infirmiers	50
Conclusion	53
Chapitre II : Le rôle des documents supports d'informations normalisés à l'hôpital dans l'amélioration de la qualité des soins	
Introduction	55
Section 1 : Le rôle de la fiche navette dans la facturation et la maîtrise des dépenses.....	56
1-1 Le lien "bureau des entrées et la fiche navette"	56

1-1-1 Services médicaux	56
1-1-2 Bureau des admissions	57
1-2 Les étapes de facturation	57
1-2-1 Collecte et la transmission des données administratives du patient : enjeu majeur pour le bureau des entrées.....	58
1-2-2 La facturation.....	59
1-2-3 Le contenu de la facture	59
1-2 La prescription des médicaments sur la fiche navette	60
1-3-1 Circuit de médicament	60
1-3 L'objectif de la fiche navette	61
1-4-1 Le financement des hôpitaux en Algérie.....	61
1-4-2 Le financement par le budget global	62
1-4-2-1 Les modes de paiement.....	63
1-4-3 La maîtrise des dépenses de santé au milieu hospitalier en Algérie	65
1-4-3-1 La méthode des sections homogènes.....	65
1-4-3-2 La méthode des groupes homogènes de maladie ou GHM.....	66
Section 2 : L'objectif du dossier médical et le dossier des soins infirmiers	67
2-1 Le dossier médical	67
2-1-1 La tenue du dossier médical et la qualité des soins	68
2-1-1 Les fonctions du dossier médical.....	69
2-1-1-1 Un aide-mémoire	69
2-1-1-2 Un garant de la démarche médicale.....	69
2-1-1-3 Un outil de communication.....	70
2-1-1-4 Fonction de continuité des soins	70
2-1-1-5 Fonctions d'intégration des soins	70
2-1-1-6 Fonction de synthèse	70
2-1-1-7 Fonctions de coordination des soins	71
2-1-1-8 Fonction médico-légale	71
2-1-1-9 Fonctions analytiques	71
2-2 Le dossier des soins infirmier	72
2-2-1 Le processus de soins et le dossier de soins.....	72
2-3 L'amélioration de la qualité des soins	73
2-3-1 La sécurité des patients et la qualité des soins	73

2-3-2 De quelle manière la qualité est-elle mesurée ?	75
2-3-2-1 Registres publics.....	76
2-3-2-2 Bases de données administratives	77
2-3-2-3 Enquêtes démographiques	77
2-3-2-4 Enquêtes auprès des patients.....	77
2-3-2-5 Dossiers médicaux.....	78
2-3-3 L'amélioration de la qualité des soins est une démarche d'évaluation des pratiques professionnelle	79
Section 3 : La conservation des dossiers à l'hôpital.....	81
3-1 Définitions des archives	81
3-1-1 Qu'est-ce que les archives médicales hospitalières ?	82
3-2 Les types des archives.....	83
3-3 L'importance des archives médicales	83
3-4 Conservation des pièces du dossier médical	84
3-4-1 L'intérêt de la conservation des dossiers médicaux	85
3-4-1-1 Continuité des soins.....	85
3-4-1-2 Satisfaire à la demande d'accès au dossier du patient ou de ses ayants droit	86
3-4-1-3 Preuve, en cas de recherche en responsabilité	86
Conclusion	87
Chapitre III : Fonctionnement du bureau des entrées	
Introduction	89
Section 1 : Présentation du CHU de Tizi-Ouzou	90
1-1 Historique Du CHU de Tizi Ouzou	90
1-2 Informations générales sur CHU de Tizi Ouzou	90
1-2-1 L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed.....	91
1-2-2 L'Unité BELLOUA	91
1-2-3 La clinique dentaire	91
1-3 Les Missions du CHU de TO	91
1-3-1 En matière de santé.....	92
1-3-2 En matière de formation.....	92
1-3-3 En matière de recherche	92
Section 2 : Le bureau des admissions.....	94

2-1 Le bureau des admissions.....	94
2-1-1 Définition du bureau des entrées	94
2-1-2 Organigramme du bureau des entrées.....	95
2-1-3-1 Unité d'Admission.....	96
2-1-3-2 Unité d'Etat Civil	98
2-1-3-3 Unité de mouvement hospitalier de la population	99
2-1-3-4 Médecin chargés de l'information médicale (CIM)	100
2-1-3-5 Unité des statistiques et de la facturation.....	101
2-1-3-6 Unité d'archivage	105
Section 3 : Le logiciel patient (le bureau des entrées)	106
3-1 le fonctionnement du logiciel patient.....	106
3-2 Présentation du logiciel Patient au sein du CHU de TIZI OUZOU.....	107
3-2-1 Objectifs visés par le logiciel patient au sein du CHU de TO.....	107
Conclusion	110
Conclusion générale	112
Bibliographie	116
Liste des tableaux et figures	123
Annexes	125
Table des matières	144

Résumé

La santé revêt une importance vitale pour tous les êtres humains dans le monde. L'hôpital c'est le lieu de la prise en charge des patients, et dès l'admission il faut construire un ensemble des dossiers qui portera des données sur l'état des patients pour une meilleure prise en charge.

Les documents supports d'informations normalisés jouent un rôle important dans le fonctionnement des établissements de santé, ils sont un outil central de partage des informations entre les professionnels de santé et les services administratifs afin de maîtriser les dépenses de santé , de déterminer les coûts de la prise en charge du patient et pour la meilleure répartition des ressources, ces documents sont considérés comme un élément primordial pour améliorer la qualité de soin dans un établissement de santé, ils servent à limiter les risques de la non-qualité dans la prise en charge du patient et d'identifier les points à améliorer et de rechercher les causes des insuffisances afin de les corriger .

L'objectif de cette étude, est de déterminer le rôle des documents supports d'informations dans le fonctionnement de l'hôpital et la prise en charge des patients.

Mots clés :

Dossier. L'information médicale. La qualité des soins. Maîtrise des dépenses.

المخلص

تعتبر الصحة ذات أهمية حيوية لجميع الناس في العالم. حيث يعتبر المستشفى مكان رعاية المرضى، ويتطلب القبول إنشاء مجموعة من السجلات التي ستوفر بيانات عن حالة المرضى للحصول على رعاية أفضل. تلعب وثائق دعم المعلومات الموحدة دوراً هاماً في عمل المرافق الصحية، وهي أداة أساسية لتبادل الخلافات بين العاملين في مجال الصحة والخدمات الإدارية من أجل التحكم في النفقات الصحية وتحديد تكاليف رعاية المرضى وأفضل توزيع للموارد، تعتبر هذه الوثائق عنصراً أساسياً لتحسين جودة الرعاية في المرفق الصحي، فهي تعمل على الحد من مخاطر عدم الجودة في إدارة المريض وتحديد مجالات التحسين والتحقيق في أسباب القصور من أجل تصحيحها. الغرض من هذه الدراسة هو تحديد دور وثائق دعم المعلومات في تشغيل المستشفى ورعاية المرضى.

كلمات البحث:

المجلد. المعلومات الطبية. جودة الرعاية. السيطرة على النفقات.