

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



Université Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou

Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

Département sciences économiques

Mémoire

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Science Economiques

Options : Economie de la Santé

Thème

**Gestion du dossier médical du patient : Facteur
d'amélioration de la qualité de soin. Cas de
l'EHS Cardio Draâ Ben Khedda**

Réalisé par :

HASSOUN Zohra Hanane

GHERRAB Warda

Membres du jury :

Présidente : M^{me} BILLEK

MAA

UMMTO

Promotrice : M^{me} BENNOUR Katia

MAA

UMMTO

Examinatrice : M^{me} SALLMI

MAA

UMMTO

Promotion : 2022/2023

REMERCIEMENTS

Toute notre reconnaissance et notre gratitude vont à notre encadreur **M^{me} BENNOUR** pour sa présence, son écoute, son entière implication et son aide précieuse et avec **M^{me} SALEMI Samia** qui ont rendu possible notre formation dans le domaine de l'économie de la santé.

Nous remercions également à **M^{me} BELKAID et M^{me} KASDI**. **M** la Directrice de L'EHS en cardiologie de Draâ Ben Khedda pour leurs conseils et orientations.

Nous tenons à remercier au final tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin pour en arriver à terme de ce travail.

Hanane et Warda

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

*A mes très chers parents : papa **SIMOUH** et maman **MARIEM***

*A mes sœurs : **Fadila** et **Wafaa***

*A mon mari : **Zineddine***

*A mon binôme : **Hanane***

Warda

Dédicaces

A ma très chère mère NORA

Quoi que je fasse ou quoi que je dise, je ne saurais points te remercier comme il se doit. Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différences obstacles.

A mon très cher père BELAID

Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager.

Que ce travail traduit mon attitude et mon affection

*Puisse dieu vous donne santé, bonheur, courage et surtout
réussite*

Hanane

Liste des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

BIG: Biomedical informatics grid.

CDC: Centres of disease control.

CHU : Centre Hospitalo Universitaire.

CIM : Classification internationale des maladies.

DMI : Dossier du malade informatisé.

DMP : Dossier médical du patient.

DP : Dossier patient.

DBK : Draâ Ben Khedda.

EHU : Etablissement hospitalo universitaire.

GHM : Groupes Homogènes de Malades.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IPP : Identifiant Patient Permanent.

ISO : International Organisation for Standardisation.

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique.

NAACR : Association nord-américaine des registres du cancer.

OMS : Organisation mondiale de santé.

RD : Recherche et développement.

RHS : Résumés Hebdomadaires de Sortie.

RSS : Résumés de Sorties Standardisés.

SIC : Système d'Information Clinique.

SIH : Système d'information hospitalier.

SIM : Système d'Information Médical.

TI : Technologies de l'Information.

TIC : Les technologies de l'information et de la communication.

VS : Veille sanitaire.



Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Résumé

Liste des abréviations

Introduction générale

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

Introduction.....

Section 01 : La qualité des soins

Section 02 : La structure des soins

Section 03 : Les facteurs de qualité de soin.....

Conclusion

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

Introduction.....

Section 01 : Fonctionnement du dossier médical

Section 02 : Le contenu du dossier médical du patient.....

Section 03 : L'objectif du dossier médical

Conclusion

Chapitre III : Etude de cas à EHS YACEF Omar Draâ Ben Khedda

Introduction.....

Section 01 : Fonctionnement de l'EHS en cardiologie et chirurgie cardiaque YACEF Omar Draâ Ben Khedda.....

Section 02 : Le bureau des admissions.....

Conclusion générale.....

Bibliographie

Annexes

Liste des tableaux

Table des matières



Introduction générale

Introduction générale

Le dossier médical est un élément essentiel de la prise en charge des patients. Il rassemble des informations relatives à la santé d'un individu, telles que les antécédents médicaux, les résultats d'examens, les traitements administrés, les allergies, etc. La gestion de ces dossiers est d'une importance capitale pour assurer une coordination optimale des soins, garantir la continuité des traitements et permettre une communication fluide entre les professionnels de santé.

Cependant, malgré les progrès technologiques de nombreux défis dans la gestion des dossiers médicaux. Les systèmes actuels souffrent souvent des problèmes tels que la duplication d'information, l'accès limité aux données pour les différents acteurs de santé, le risque de perdre ou de vol des dossiers, ainsi que les problèmes de sécurité et de confidentialité des informations médicales.

Afin de répondre à ces défis, de nombreuses institutions de santé ont commencé à mettre en œuvre des systèmes de gestion électronique des dossiers médicaux (SGEDM). Ces systèmes visent à informatiser et centraliser les dossiers médicaux, offrant ainsi de nombreux avantages potentiels tels que l'accès instantané aux informations, la réduction des erreurs médicales, la coordination des soins, et la sauvegarde des données.

Cependant, malgré les bénéfices potentiels, la mise en place d'un SGEDM peut être complexe et nécessite une analyse approfondie des besoins spécifiques de chaque institutions de santé. Il est donc essentiel d'étudier les différents aspects liés à la gestion des dossiers médicaux, y compris la considération technique, organisationnelle, juridique et éthique.

Objet de la recherche

L'objectif de cette étude consiste à apporter une meilleure compréhension de tous les éléments liés à la gestion du dossier médical, l'amélioration de la qualité de soin et à la satisfaction des patients. Cette recherche positionne au centre de la problématique de l'orientation du patient.

Problématique majeur

Notre problématique est centrée sur la question suivante :

« La gestion du dossier médical contribue-t-elle à la réduction des erreurs médicales, et comment peut-on améliorer cette contribution ? »

Pour permettre une meilleure analyse de la problématique, nous avons jugé utile de la bifurquer en sous-question qui est comme suit :

C'est quoi un dossier médicales ?

On quoi consiste un dossier médicale ?

Est-ce que ce dossier améliore la qualité de soin ?

Les hypothèses

Pour atteindre notre objectif de recherche, nous avons formulé les hypothèses suivantes que nous tenons de vérifier à travers notre étude.

Hypothèse 1

Les patients de l'EHS, sont des patients satisfaits par la qualité de soin.

Hypothèse 2

La satisfaction contribue la fidélisation des patients.

Hypothèse 3

La gestion du dossier médical contribue positivement à la performance de l'EHS.

Choix du sujet

Le choix de ce sujet est motivé par notre intérêt pour la gestion du dossier médicale et la performance, la construction d'une relation durable avec les patients et la fidélisation grâce aux relations et l'attention portées aux patients.

La démarche méthodologique

En partant de l'importance du dossier médical dans les stratégies de satisfaction et de fidélisation, nous avons choisi une approche méthodologique axée sur la collecte d'information à partir d'une revue de littérature spécialisée (ouvrage, articles, revues). D'une part, cette démarche a permis de définir le cadre théorique relatif à l'importance du dossier médical, la gestion de la relation patient, ainsi qu'aux processus de satisfaction et de fidélisation. D'autre part, nous avons mené une enquête au sein de l'EHS.

Structure du travail

Dans ce mémoire, nous nous proposons d'analyser les systèmes de gestion des dossiers médicaux actuellement utilisés dans deux établissements de santé, en identifiant les forces et les faiblesses du système. Nous examinerons les défis rencontrés dans la gestion des dossiers médicaux, les exigences réglementaires et légales, ainsi que les normes de sécurité et de confidentialité des données.

- Le premier chapitre porte sur les Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé.
- Le deuxième chapitre Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin.
- Le troisième chapitre sera l'étude à l'EHS Yacef Omar Draâ Ben Khedda.

Et enfin après la présentation et l'analyse des résultats de notre recherche, nous terminerons notre travail par une conclusion.

Chapitre I :

**Généralités sur la qualité des
soins dans les établissements de
santé**

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

Introduction

La qualité des soins dans un établissement de santé est un aspect crucial pour assurer le bien-être et la sécurité des patients. Elle est évaluée en fonction de différents critères qui incluent :

Compétence des professionnels de santé : La qualité des soins dépend de la formation, de l'expérience et de la compétence des médecins, infirmières et autres professionnels de santé qui travaillent dans l'établissement. Des qualifications adéquates, une formation continue et une expertise dans leur domaine sont essentielles pour assurer des soins de haute qualité. La disponibilité et l'accessibilité des soins de santé jouent un rôle important dans la qualité des soins.

Les établissements de santé doivent être facilement accessibles aux patients, et les délais d'attente pour les rendez-vous, les examens médicaux et les traitements doivent être réduits au minimum. La sécurité des patients est primordiale pour la qualité des soins. Cela implique la prévention des erreurs médicales, la gestion adéquate des médicaments, la prévention des infections nosocomiales et la mise en œuvre de protocoles de sécurité stricts. Les établissements de santé doivent disposer d'infrastructures modernes, d'équipements médicaux de pointe et de technologies de diagnostic avancées pour assurer des soins de qualité. Des installations propres et bien entretenues sont également importantes pour créer un environnement favorable à la guérison.

Une gestion efficace des dossiers médicaux, une coordination entre les différents services de santé et un suivi régulier des patients contribuent à la qualité des soins. Les établissements de santé doivent évaluer et améliorer en permanence leurs résultats pour garantir des soins de haute qualité. **Satisfaction des patients :** La satisfaction des patients est un indicateur important de la qualité des soins. Les établissements de santé doivent prendre en compte les besoins et les attentes des patients, fournir une communication claire et efficace, et garantir un traitement respectueux et attentionné. Pour évaluer la qualité des soins dans un établissement de santé, des organismes de santé gouvernementaux ou indépendants peuvent effectuer

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

des audits, des évaluations et des enquêtes de satisfaction des patients. Ces évaluations aident à identifier les domaines qui nécessitent des améliorations et à mettre en place des mesures pour garantir une qualité optimale des soins.

Section 01 : La qualité des soins.

À travers cette section nous allons présenter des informations concernant la qualité des soins.

1.1. Définition du soin

Le terme "soin" peut avoir plusieurs significations selon le contexte dans lequel il est utilisé. Voici quelques définitions courantes :

Dans le domaine médical : « Un soin est une action ou une série d'actions entreprises dans le but de prévenir, traiter ou soulager une maladie, une affection ou une blessure. Il peut inclure des procédures médicales, des médicaments, des interventions chirurgicales, des thérapies physiques, etc. ».

Dans le domaine des soins de santé : « Un soin peut également se référer à l'ensemble des services et des interventions fournies par les professionnels de la santé pour maintenir, promouvoir ou rétablir la santé d'une personne. Cela peut inclure des soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation, etc ».¹

Dans le domaine de la beauté et du bien-être : « Un soin peut désigner une procédure ou un traitement esthétique destiné à améliorer l'apparence physique, la détente ou le bien-être d'une personne. Cela peut inclure des massages, des soins du visage, des soins des cheveux, des manucures, des pédicures, etc ».²

Dans le contexte des relations interpersonnelles : Le terme "soin" peut également être utilisé pour décrire une attitude ou un comportement attentionné et bienveillant envers autrui. Cela peut impliquer de prendre soin de quelqu'un sur le plan émotionnel, de lui accorder de l'attention, de lui apporter du soutien ou de lui montrer de l'affection.

¹ François KOLER : Informatique médicale, CHRU Nancy, instigateur du premier DESS information médicale

² Eric TOUSSAINT : historien belge, président du Comité pour l'abolition de la dette du Tiers Monde, membre du Conseil international du Fond Social Mondial.

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

Il est important de noter que la signification exacte du terme "soin" peut varier en fonction du domaine d'application et du contexte spécifique dans lequel il est utilisé.

1.2. Définition de qualité de soin

La qualité de soins est un sujet important dans le domaine de la santé. Elle se réfère à la mesure dans laquelle les soins médicaux répondent aux besoins des patients et sont efficaces pour améliorer leur santé.

Quelque définition de qualité de soin : la qualité est ainsi définie : «manière d'être, bonne ou mauvaise, de quelque chose, état caractéristique » ; « supériorité, excellence en quelque chose»³.

Au fil des années, la qualité s'est évoluée à travers sa perception et sa conception, ainsi, elle est définie récemment par l'OMS comme : « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médical, au meilleur cout pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultat et de contacts humain à l'intérieur du système de soins ».

Cette définition nous révèle que la qualité des soins n'est pas limitée juste à l'acte médical mais elle touche à tous les paramètres organisationnels. Ce raisonnement est semblable celui du model de management de la qualité.

Le management de la qualité est : « un mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société ».

³ Francis F ROGER FRANCE : Centre d'informatique Médicale, Ecole de la Santé Publique Université Catholique de Louvain.

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

La qualité de soins dépend de nombreux facteurs, tels que l'expérience et la formation des professionnels de la santé, les ressources disponibles et la communication entre les patients et les fournisseurs de soins. Les indicateurs de qualité de soins sont des mesures utilisées pour évaluer la performance des fournisseurs de soins de santé. Ils peuvent inclure des mesures telles que le taux de mortalité, le temps d'attente pour les soins, la satisfaction des patients et la prévention des infections. Les indicateurs de qualité de soins sont importants car ils permettent de mesurer la performance des professionnels de la santé et d'identifier les domaines qui nécessitent une amélioration.

La communication est un élément clé de la qualité de soins. Les professionnels de la santé doivent pouvoir communiquer efficacement avec les patients pour comprendre leurs besoins et leur fournir les soins appropriés. Une communication efficace peut également aider à réduire les erreurs médicales et à améliorer la satisfaction des patients. Les professionnels de la santé doivent être formés pour communiquer de manière empathique et respectueuse avec les patients. Il existe de nombreux défis pour assurer une qualité de soins élevée. Les ressources limitées, le manque de personnel qualifié et les barrières linguistiques peuvent tous affecter la qualité des soins.

De plus, les différences culturelles peuvent rendre difficile la communication entre les patients et les professionnels de la santé. Il est important de prendre en compte ces défis pour améliorer la qualité des soins pour tous les patients. L'importance de la formation continue : La formation continue est essentielle pour maintenir une qualité de soins élevée. Les professionnels de la santé doivent suivre des programmes de formation réguliers pour rester informés des dernières avancées dans leur domaine. La formation continue peut également aider les professionnels de la santé à améliorer leurs compétences en communication et à mieux comprendre les besoins des patients. Cela peut avoir un impact positif sur la qualité des soins fournis aux patients.

1.3. L'amélioration de la qualité de soin

L'amélioration de la qualité des soins de santé est un objectif essentiel pour garantir des services médicaux sûrs, efficaces et centrés sur le patient. Voici quelques domaines clés sur lesquels se concentrent les efforts d'amélioration de la qualité des soins⁴ :

1.3.1. Sécurité des patients

Il s'agit de prévenir les erreurs médicales, les infections nosocomiales et d'assurer la sécurité des patients pendant leur séjour à l'hôpital. Cela comprend des pratiques telles que l'identification précise des patients, la réduction des infections associées aux soins de santé et la gestion appropriée des médicaments.

1.3.2. Efficacité des traitements

L'objectif est d'offrir des traitements basés sur des preuves scientifiques solides, en utilisant les meilleures pratiques cliniques disponibles. Cela implique de suivre des lignes directrices de traitement, de mettre en œuvre des protocoles de soins standardisés et d'évaluer régulièrement l'efficacité des traitements.

1.3.3. Expérience du patient

Il est important de fournir des soins centrés sur le patient, en prenant en compte les préférences, les besoins et les valeurs individuelles. Cela comprend une communication efficace avec les patients, l'implication des patients dans la prise de décision médicale, ainsi que des efforts pour améliorer le confort et le bien-être général des patients.

1.3.4. Coordination des soins

Une coordination efficace entre les différents professionnels de santé et les différentes phases des soins (par exemple, entre les médecins généralistes et les spécialistes, ou entre les soins hospitaliers et les soins de suivi) est essentielle pour assurer la continuité des soins et éviter les erreurs de communication.

⁴- ERNOUL ROGER « Le grand livre de la qualité », Edition Afnor, 2010, p 10.

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

1.3.5. Utilisation des ressources

Il s'agit d'utiliser de manière efficiente les ressources disponibles, telles que les équipements médicaux, les médicaments et le personnel de santé, afin d'optimiser les résultats des patients tout en minimisant les coûts.

1.3.6. Mesure et amélioration continue

La collecte de données et la mesure des indicateurs de qualité aident à évaluer les performances et à identifier les domaines nécessitant des améliorations. Les établissements de santé peuvent ensuite mettre en place des initiatives d'amélioration continue pour renforcer la qualité des soins

Section 02 : La structure des soins.

Une structure de soins est une organisation ou un établissement dédié à la prestation de services de santé et de soins aux patients, il existe plusieurs structures de soins qui jouent un rôle essentiel dans le système de santé. Voici quelques-unes des principales structures de soins :⁵

2.1. Hôpitaux

Les hôpitaux sont des établissements de santé qui fournissent des services médicaux, chirurgicaux et d'urgence. Ils sont généralement équipés pour traiter une large gamme de maladies et de conditions médicales, et ils disposent souvent de différents départements spécialisés.

2.2. Cliniques

Les cliniques sont des établissements de soins de santé où les médecins et autres professionnels de la santé fournissent des services de diagnostic, de traitement et de suivi des patients. Il existe différents types de cliniques, notamment les cliniques générales, les cliniques spécialisées (par exemple, les cliniques dentaires, les cliniques pédiatriques) et les cliniques de soins ambulatoires.

⁵ Fowak J.P. : Fonctions du dossier médical informatisé du médecin généraliste. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, 1997, p 15.

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

2.3. Centres de soins primaires

Les centres de soins primaires, tels que les cabinets de médecins généralistes, les centres de santé communautaires et les centres de soins de proximité, sont souvent le premier point de contact pour les patients. Ils offrent des soins de santé de base, des services de prévention, des consultations médicales et orientent les patients vers des spécialistes si nécessaires.

2.4. Centres de soins spécialisés

Ces centres se concentrent sur des domaines médicaux spécifiques, tels que les centres de cancérologie, les centres de cardiologie, les centres de santé mentale, etc. Ils sont équipés de technologies et de ressources spécialisées pour le diagnostic et le traitement des conditions spécifiques.

2.5. Soins à domicile

Les soins à domicile sont fournis aux patients qui nécessitent une assistance médicale, mais qui ne sont pas hospitalisés. Des infirmières, des aides-soignants ou d'autres professionnels de la santé se rendent au domicile du patient pour dispenser des soins, des traitements et des conseils médicaux.

2.6. Établissements de soins de longue durée

Ces établissements, tels que les maisons de retraite et les centres de soins de longue durée, offrent des services de soins et d'assistance aux personnes âgées ou aux personnes atteintes de maladies chroniques qui nécessitent une surveillance et des soins à long terme.

Il convient de noter que les structures de soins peuvent varier selon les pays et les systèmes de santé spécifiques. Ces exemples représentent des structures courantes, mais il peut y avoir d'autres types d'établissements de soins en fonction des besoins et des ressources disponibles dans une région donnée.

Section 03 : Les facteurs de qualité de soin.

Il convient de noter que les structures de soins peuvent varier selon les pays et les systèmes de santé spécifiques. Ces exemples représentent des structures courantes, mais il peut y avoir d'autres types d'établissements de soins en fonction des besoins et des ressources disponibles dans une région donnée.

La qualité des soins de santé est un sujet important et complexe. Les facteurs qui contribuent à la qualité des soins peuvent varier en fonction du contexte et du pays. Voici quelques éléments clés qui peuvent influencer la qualité des soins :

3.1. Compétence des professionnels de santé

La qualité des soins dépend de la compétence et de l'expertise des médecins, infirmières et autres professionnels de santé impliqués dans le traitement des patients. Des qualifications appropriées, une formation continue et une mise à jour des connaissances sont essentielles pour assurer des soins de qualité.

3.2. Accès aux soins

L'accès facile à des services de santé de qualité est un élément crucial. Cela inclut l'accès à des établissements de santé adéquats, à des spécialistes et à des médicaments essentiels. Les barrières géographiques, financières et culturelles peuvent limiter l'accès aux soins de qualité.

3.3. Infrastructure et équipement

Les établissements de santé doivent disposer d'une infrastructure adéquate, de technologies médicales appropriées et d'équipements de diagnostic et de traitement modernes. Une infrastructure bien entretenue et des équipements à la pointe de la technologie peuvent contribuer à des soins de meilleure qualité, Pratiques fondées sur des preuves : Les soins de qualité reposent sur des pratiques médicales fondées sur des preuves scientifiques.

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

Cela signifie que les décisions cliniques et les protocoles de traitement sont basés sur les meilleures données probantes disponibles et les recommandations cliniques établies, Gestion de la sécurité des patients : La sécurité des patients est un aspect essentiel de la qualité des soins.

Les établissements de santé doivent mettre en œuvre des mesures pour prévenir les erreurs médicales, réduire les infections nosocomiales et améliorer la sécurité des patients lors des procédures médicales, Engagement du patient : L'engagement actif des patients dans leur propre prise en charge peut contribuer à des résultats de santé améliorés.

L'éducation des patients, la communication efficace entre les professionnels de santé et les patients, et la participation des patients aux décisions concernant leur traitement sont des éléments importants pour des soins de qualité.

Il convient de noter que la qualité des soins peut être mesurée de différentes manières, notamment par le biais de l'évaluation des résultats cliniques, de la satisfaction des patients et d'indicateurs de performance spécifiques. Les systèmes de santé et les organismes de réglementation mettent souvent en place des mécanismes d'évaluation et de surveillance pour assurer et améliorer la qualité des soins.

Conclusion

La qualité de soins est un élément crucial dans le domaine de la santé. Elle est influencée par de nombreux facteurs, tels que les compétences des professionnels de la santé, les ressources disponibles et la communication avec les patients.

La sécurité des soins est une exigence croissante et légitime de tous les usagers de la santé pour tous les patients. Lutte contre les infections associées aux soins, amélioration de la prise en charge médicamenteuse, généralisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé sont des avancées qui ont permis à chaque patient au droit d'une prise en charge de qualité assurée par des professionnels sensibilisés à la prévention des événements indésirables.

Pour améliorer la qualité de soins, il est important d'identifier les domaines qui nécessitent une amélioration et de fournir une formation continue aux professionnels de la santé. En fin de compte, cela peut aider à améliorer la santé et le bien-être des patients.

En fin de compte, la qualité en santé n'est pas seulement une affaire de compétence technique ou de procédure. Elle englobe une vision holistique du patient, une communication efficace une coordination sans faille entre les professionnels et une volonté constante d'innovation et d'adaptation aux besoins changeants des patients.

Chapitre II :

**Le rôle du dossier médical dans
l'amélioration de la qualité de
soin**

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

Introduction

Le dossier médical joue un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Il s'agit d'un outil central qui rassemble les informations médicales complètes d'un patient, y compris ses antécédents médicaux, les résultats des examens, les diagnostics, les traitements administrés et d'autres informations pertinentes. Voici quelques façons dont le dossier médical contribue à l'amélioration de la qualité des soins :

D'abord la Continuité des soins : Le dossier médical permet aux professionnels de santé de suivre l'évolution de l'état de santé d'un patient sur une période de temps prolongée. Cela facilite la coordination des soins entre les différents services et professionnels de santé impliqués dans le traitement du patient. Les informations contenues dans le dossier médical aident les médecins à prendre des décisions éclairées concernant les traitements appropriés et à éviter les erreurs médicales potentielles. Et aussi Prise de décision éclairée : Le dossier médical fournit aux professionnels de santé un accès rapide et facile à toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions cliniques appropriées. En disposant d'un historique complet des antécédents médicaux du patient, des résultats d'examens et des traitements précédents, les médecins sont en mesure de poser des diagnostics plus précis et de recommander les traitements les plus adaptés à chaque patient. Et Communication interdisciplinaire : Le dossier médical facilite la communication et la collaboration entre les différents membres de l'équipe de soins. Les médecins, les infirmières, les pharmaciens et autres professionnels de santé peuvent accéder aux informations pertinentes du dossier médical, ce qui favorise une meilleure coordination des soins et réduit les risques d'erreurs liées à la transmission d'informations, Suivi des résultats et évaluation de la qualité : Le dossier médical permet de suivre les résultats des traitements et des interventions médicales. Les données recueillies dans le dossier peuvent être utilisées pour évaluer l'efficacité des protocoles de traitement, identifier les domaines d'amélioration et mettre en place des mesures correctives pour optimiser la qualité des soins, Sécurité du patient.

Section 01 : Fonctionnement du dossier médical.

1.1. Dossier médical

De nombreuses définitions en ont été proposées parmi lesquelles celle donnée par : Le Professeur Patrice Degoulet : un dossier médical est défini comme suit : « Le dossier du malade ne se résume pas à l'observation écrite du médecin (le dossier médical, proprement dit) ou aux notes de l'infirmière (le dossier infirmier), il englobe tout ce qui peut être mémorisé chez un malade, des données démographiques aux enregistrements électro-physiologiques ou aux images les plus sophistiquées. Compte tenu de ce rôle, le dossier du malade est et restera longtemps l'outil principal de centralisation et de coordination de l'activité médicale ». ¹

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de France, a défini le dossier médical, comme « Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé. Le dossier du patient est créé à l'occasion du premier contact du patient avec l'établissement de soins ». ⁶

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient ; il reflète la valeur ajoutée par l'intervention des professionnels de santé à la restauration, la protection ou l'amélioration de sa santé.

Il Peut se définir aussi comme «une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade à la fois individuelle et collective, constamment mise à jour, résultante de tout ce qui est fait ou dit à propos d'un patient au cours de son séjour hospitalier ».

C'est donc un outil fondamental pour l'activité d'un service clinique.

⁶ KANDEL.O, GAVID.B, MAUGARD.JF. Le dossier médical informatisé comment peut-il contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles. La Revue Du Praticien-Médecine Générale. Septembre 2006 ; p 742-743.2 Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la Vie et de la Santé. Avis N° 104 : « Le dossier médical personnel et l'informatisation des données de santé », Paris, 2000.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

1.2. Les origines du dossier médical

Le dossier médical constitue l'un des plus vieux outils pour le médecin. Ses premières traces datent du IX^e siècle, époque à laquelle des médecins musulmans, 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 « Continents »

A partir du XVII^e siècle, les données médicales ont été rassemblées sous forme de registres médicaux de patients. La notion de dossier médical individuel rattaché à chaque patient n'apparaît qu'au XVIII^e siècle, dans les hôpital-Dieu, mais dont le contenu reste succinct. Il s'agit alors de dossier avec descriptif de l'état du patient à son entrée, et de son devenir au terme de son séjour dans l'institution. Durant le XIX^e siècle, un dossier de suivi régulier des soins est apparu. Durant ce siècle, lors de la création d'hôpitaux plus modernes, le dossier médical se systématise pour toute personne hospitalisée : il inclut des données médicales, sociales et administratives. Concernant le contenu médical, il s'agit en fait de prises de notes successives datées destinées à guider la pratique du médecin et à l'aider dans sa mémorisation au jour le jour de la situation des patients. Ce dossier sert aussi de support à la prescription destinée à être lue par les pharmaciens et les infirmières civiles ou religieuses. Des données nouvelles viennent enrichir progressivement le dossier du malade qui devient un véritable instrument collectif et multidisciplinaire. A tel point, qu'actuellement, son volume augmente considérablement.

Dès les années 1930, aux Etats-Unis, certains hôpitaux, comme la Mayo Clinic, ont accordé une grande importance au dossier du patient pour améliorer la pratique des soins, mais aussi comme support de la recherche médicale. En 1931 aux USA, un «médical record», enregistrement de qualité des données médicales dans les hôpitaux était considéré comme une exigence éthique.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

En France, dans les années 1950, le dossier évolue avec mise en place d'une feuille de surveillance clinique et d'une feuille de température remplies quotidiennement, ainsi que d'une feuille du suivi de délivrance des médicaments.

Puis il s'est transformé dans les années 60, avec intégration progressive des examens complémentaires et de leurs comptes rendus (biologie et radiologie essentiellement). Il s'est alors structuré peu à peu, d'abord en milieu hospitalier puis en ville, avec un cahier d'observation clinique, un archivage des examens biologiques, un archivage des radios et autres examens complémentaires, une fiche de surveillance journalière des constantes du patient (tension artérielle, pouls, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire...).

Puis depuis les années 1980, une pochette permettant le stockage de tous les courriers échangés entre les professionnels concernant le patient est devenu systématique au sein du dossier. Cette pochette contient également les comptes rendus d'hospitalisation et de tout acte technique ou chirurgical réalisé auprès d'un patient. En ce début de XXI^e siècle, tous ces éléments peuvent donner lieu peu à peu à une informatisation au sein d'un dossier médical personnel informatisé appelé DMP, mais les dossiers sous forme papier subsistent.

Le dossier médical s'est donc adapté aux exigences de la médecine actuelle en termes de qualité, sécurité, continuité des soins, servant également de support pour la recherche, l'enseignement et la santé publique. De plus cette évolution, surtout depuis les années 1980, permet de répondre à la demande des patients en termes de traçabilité de l'information les concernant, afin que les professionnels disposent de leur histoire médicale la plus complète pour mieux les prendre en charge.

Dans les pays nord-américains et européens une réglementation abondante a progressivement encadré cette évolution définissant la composition et les modalités d'accès et de partage du dossier médical. A travers l'histoire de la médecine, le dossier de patient a connu une grande évolution dans la mesure où il est passé d'une simple fiche cartonnée à un volumineux dossier. L'Agence Nationale de l'Evaluation en Santé

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

"ANAES ", précise que le dossier patient doit tout d'abord remplir d'information, sécurisé et pérenne, de l'ensemble des informations concernant un patient, qu'il s'agisse des données administratives, médicales et de toutes données nécessaires à sa prise en charge. Il doit par ailleurs s'agir d'un outil d'analyse, de synthèse, de planification, d'organisation, de traçabilité des soins et de l'ensemble des prestations dispensées à un patient qui doit être fiable et exhaustif sur son contenu. Il doit répertorier toutes les informations utiles et nécessaires pour justifier les choix thérapeutiques, la nature des actes effectués, les conditions et circonstances dans lesquelles les soins ont été dispensés ; enfin, il doit assurer la connaissance des résultats obtenus. Pour satisfaire de telles exigences, le dossier doit être bien structuré (données des examens cliniques, examens biologiques, examens radiologiques, examens d'exploration physiopathologiques, compte-rendu et courriers échangés entre professionnels), bien rédigé (avec une notation à chaque intervention médicale), facilement disponible et aisément accessible. La fiabilité des informations contenues dans un dossier médical et la possibilité d'y avoir accès rapidement pour assurer la prise en charge d'un patient doit être sans faille.

1.3. La tenue du dossier médical

La tenue du dossier médical d'un patient est une pratique essentielle dans le domaine de la santé. Le dossier médical contient des informations précieuses sur la santé et le traitement du patient, et il est généralement conservé dans un établissement de santé, tel qu'un hôpital, une clinique ou un cabinet médical. Voici quelques points importants concernant la tenue du dossier médical :

- a) **Confidentialité** : Les informations contenues dans le dossier médical sont confidentielles et doivent être traitées avec le plus grand soin. Les professionnels de la santé sont tenus de respecter les lois et les réglementations en matière de confidentialité et de protection des données personnelles.
- b) **Contenu du dossier médical** : Le dossier médical peut contenir différentes informations telles que les antécédents médicaux du patient, les résultats des examens médicaux, les diagnostics, les traitements prescrits, les allergies, les

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

vaccinations, les coordonnées du patient, etc. Il peut également inclure des notes prises par les médecins, les infirmières et autres professionnels de la santé impliqués dans les soins du patient ;

- c) **Accès restreint** : L'accès au dossier médical est généralement restreint aux professionnels de la santé directement impliqués dans les soins du patient. Cependant, dans certains cas, avec le consentement du patient ou dans le cadre de procédures légales, certaines informations peuvent être partagées avec d'autres parties concernées ;
- d) **Conservation** : Les dossiers médicaux sont généralement conservés pendant une période spécifiée par la législation locale ou les politiques de l'établissement de santé. Après cette période, les dossiers peuvent être détruits conformément aux règles de confidentialité en vigueur ;
- e) **Informatisation** : De plus en plus, les dossiers médicaux sont informatisés, ce qui facilite leur gestion, leur partage sécurisé et leur accès rapide. Les systèmes de gestion électronique des dossiers médicaux (SGED) sont utilisés pour stocker, organiser et gérer les informations médicales de manière électronique.

Il est important de noter que les pratiques et les politiques concernant la tenue des dossiers médicaux peuvent varier d'un pays à l'autre et d'un établissement de santé à l'autre. Cependant, l'objectif principal reste de garantir la confidentialité, l'exactitude et l'accessibilité des informations médicales pour assurer des soins de santé de qualité.

Le dossier médical, également connu sous le nom de dossier médical personnel (DMP) ou dossier médical électronique (DME), est un outil utilisé dans le domaine de la santé pour collecter, stocker et partager des informations médicales d'un patient. La fonction principale d'un dossier médical est de centraliser les données médicales d'une personne, afin de faciliter la coordination des soins, d'améliorer la communication entre les professionnels de la santé et d'assurer une continuité des soins efficace.

Section 02 : Le contenu du dossier médical du patient.

Il y a encore quelques années, le dossier médical était conçu comme un outil de travail personnel du médecin dont le contenu et la forme relevait de sa seule appréciation. Un dossier, de qualité, est en principe celui où chacun trouve rapidement les informations dont il a besoin à un moment donné. L'ordre dans lequel les documents sont rangés peut convenir à l'un des acteurs et moins à l'autre.

Le médecin doit en principe y déposer toutes les informations dont il dispose au fur et à mesure de leur collecte, les écrire d'une manière suffisamment lisible pour permettre la lecture par d'autres utilisateurs : remplaçant, successeur.

L'utilisation de ces informations peut aussi être facilitée en signalant les données principales et en catégorisant les renseignements à collecter afin d'aider le médecin à structurer sa démarche au cours de la rencontre, particulièrement avec les patients qui ont des problèmes multiples, grâce à un recueil méthodique des informations.

Le dossier est un élément dynamique constitué pour être le support de l'ensemble des informations recueillies à l'occasion de la prise en charge du patient. Ses composantes administratives et soignantes intègrent des éléments communs et partagés.

Le dossier du patient comprend :

- Des informations administratives ;
- Des informations des professionnels de santé.

2.1. Les informations administratives

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 santé⁷. L'authenticité et la fiabilité des informations administratives recueillies doit être garantie, et doivent être régulièrement tenues à jour. Le dossier étant organisé autour du patient, un des rôles du dossier administratif est de fournir

⁷ C'est à vous de mettre vos sources : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

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 recueillie avec la plus grande précision possible à partir de documents administratifs officiels présentés par le patient.

Une identification administrative standardisée et de qualité évite les doublons susceptibles de générer des erreurs dans les services de soins. Elle permet la production d'étiquettes utilisables pour les demandes d'examens complémentaires, l'identification du dossier du patient et des résumés standard de sortie.

Ces informations devront être recueillies au niveau du bureau d'admission après présentation du malade d'une demande d'hospitalisation qui doit être datée et signée par le médecin, et comporter les informations suivantes :

- Nom et prénom du patient ;
- Date prévue d'hospitalisation ;
- Motif d'hospitalisation ;
- Mode d'hospitalisation (urgent / sur rendez-vous) ;
- Coordonnées du médecin traitant et référant (nom, téléphone et éventuellement adresse ou mail) ;
- Non du médecin hospitalier responsable.

Le billet d'hospitalisation produit à cet effet devra comporter les éléments suivants :

Identification du patient :

- Nom et prénom ;
- Sexe : information indispensable est justifiée avant tout en raison des prénoms mixtes et étrangers dont il est difficile de distinguer le genre ;

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

- Date de naissance : également indispensable, elle est préférable à l'âge, puisque celui-ci doit le plus souvent servir durant de nombreuses années ;
- Adresse : l'adresse doit être précise et actualisée ;
- Téléphone : Il faut expliquer au patient l'intérêt de cette information pour le suivi, ainsi que son caractère aussi confidentiel que celui des données médicales ;
- Date d'admission ;
- Numéro d'admission ;
- Mode d'admission (H pour hospitalisation normale, J pour hôpital de jour, U pour urgence) ;
- Identifiant du patient unique ;
- Personne à prévenir (nom, qualité et téléphone) ;
- Service d'hospitalisation ;
- Mode de paiement ;
- Nom du médecin hospitalier responsable
- Autres médecins à charge
- Médecin référant

2.2. Les informations des professionnels de santé

Le dossier du patient contient l'ensemble des informations produites par les professionnels de santé qu'il s'agisse des médecins, des paramédicaux et d'autres professionnels. 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.) ;

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

- 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'examens, 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 ; des informations formalisées à la fin de séjour.

2.3. Les informations médicales

Tout médecin hospitalier est concerné par la tenue d'un dossier, appelé dossier médical, quelle que soit sa pratique et son statut. Il doit y consigner toutes ses observations, ses interventions et les hypothèses qu'il formule en conclusion. Ce dossier contient au moins les éléments suivants :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes ou lors de l'accueil au service des urgences et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences dans l'établissement ;
- Les observations médicales d'entrée qui méritent d'être structurées et de préférence pré imprimées pour retrouver notamment les informations suivantes :
 - La date d'admission dans l'établissement ;
 - Le mode d'entrée et le motif d'hospitalisation du patient ;
 - Le nom de l'observateur, sa fonction, sa signature ;
 - La date de l'observation ;
 - les antécédents du patient (Antécédents personnels familiaux, allergies et intolérances médicamenteuses, facteurs de risque), les facteurs de risques et la thérapeutique en cours ;

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

- Données de l'anamnèse ;
 - Le compte rendu de l'examen des différents organes ;
 - La conclusion posant le problème médical, les hypothèses diagnostiques et thérapeutiques soulevées, la stratégie de prise en charge et les examens complémentaires envisagés ;
 - Les informations relatives à l'évolution en cours d'hospitalisation.
- Les comptes rendus des examens complémentaires (biologique et radio) ;
 - Les informations relatives aux soins dispensés par les autres médecins.
 - Le dossier d'anesthésie comportant les données des consultations pré anesthésique, surveillance peropératoire et post-interventionnelle et consignes destinées au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation ;
 - Le compte rendu opératoire ou d'accouchement quand la situation l'exige ;

Les informations formalisées établies à la fin du séjour :

- Le compte rendu d'hospitalisation ;
- La lettre rédigée à l'occasion de la sortie pour le médecin traitant ;
- La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie et des certificats délivrés.

2.4. Le dossier de soins paramédical

De façon complémentaire au dossier médical, les professionnels paramédicaux constituent un dossier, appelé dossier de soins paramédical, contenant la trace de leurs observations et actions de soins, assurant la continuité des soins et permettant l'évaluation de leur qualité. Les divers éléments du dossier de soins paramédical font partie du dossier du patient et sont archivés avec celui-ci. Composante essentielle du

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

dossier du patient dont il fait partie intégrante, Il comporte les informations relatives aux soins infirmiers La responsabilité de réaliser un dossier de soins paramédical relève du rôle propre de l'infirmier. Aucun patient, aucun médecin ne peut s'opposer à la constitution du dit dossier.

Ainsi, dans le cadre de son propre rôle, l'infirmier recueille des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et apprécie les principaux paramètres servant à sa surveillance. L'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin.

Le dossier de soins paramédical doit contenir toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé, les observations pendant le séjour, les interventions de soins. Toutes les informations du dossier de soins paramédical doivent être authentifiées (signées, datées), le responsable des écrits et des actes devant être clairement identifié (nom, fonction).

Le dossier de soins infirmier devra contenir de :

- **La fiche administrative et d'identification du patient :**
 - Nom, prénom, date de naissance, identifiant et adresse.
 - Date d'entrée.
 - Service, Numéro de chambre et lit.
 - Nom du médecin responsable.
 - Personne à prévenir (nom et tel).

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

- **La fiche d'observation où seront notés :**

- Motif d'hospitalisation.
- Antécédents personnels (diabète, HTA, ulcère, interventions. autres).
- Allergies à préciser.
- Traitement personnel.
- Eventuels accidents.
- L'observation de l'état du patient et de son évolution.

- **La fiche de transmissions, comportant des informations sur :**

- Le changement de l'état clinique.
- Le changement de soins.
- Les bilans à faire ou à récupérer.
- Soins et activités à faire ou à terminer.

- **La fiche de prescriptions :**

Sur laquelle seront retranscrits les examens biologiques demandés par le médecin. Les dates des prélèvements et résultats seront notés en temps opportun. Sur le recto seront notifiés les traitements et les soins prescrits par le médecin ainsi que l'heure de prise seront notifiés sur cette fiche.

Tous ces documents doivent être identifiés au nom du patient, datés et signés par leur producteur.

Section 03 : L'objectif du dossier médical

Le meilleur dossier imaginable est parfaitement inutile s'il n'est pas accessible là où il est nécessaire et quand on en a besoin. Assurer cette accessibilité est de la responsabilité directe du gestionnaire.

3.1. Conservation du dossier médical

Une bonne conservation des dossiers médicaux est non seulement déterminante pour que les patients aient accès à ces derniers, mais également capitale pour l'établissement, au cas où un contentieux relatif à la responsabilité médicale serait engagé par un usager. Le problème qui se pose dans de nombreux établissements est l'existence de dossiers médicaux en pièces détachées. Les éléments du dossier étant éparpillés dans différents services, les informations relatives au malade ne doivent pas être dispersées entre étages et bâtiments voire établissements de prise en charge mais conservés ensemble afin d'éviter notamment la multiplication d'examens inutiles.

La conservation du dossier hospitalier d'un patient fait appel à deux notions précises :

- L'archivage du dossier ;
- La propriété du dossier.

Ces notions doivent également tenir compte de la réglementation des supports d'archivage et du devenir des dossiers en cas de disparition d'un de ses copropriétaires.

3.1.1. L'archivage

- L'archivage du dossier du patient répond aujourd'hui à une triple finalité : La traçabilité des actes médicaux et des soins prescrits, pour assurer la continuité des soins au patient et une communication aisée entre les différents acteurs qui interviennent auprès du malade ;
- Un intérêt médico-légal en conservant des documents définis par la réglementation. Ces documents vont constituer une preuve utilisable en cas

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

d'introduction d'une action en justice, particulièrement dans le domaine de la responsabilité médicale ;

- Un intérêt médico-économique enfin, le dossier archivé autorisant le cas échéant des recherches et des études à partir de cas définis préalablement ou non. Cette finalité ne peut être atteinte que si l'accessibilité aux documents archivés est assurée.
- Une finalité historique valorisant l'enjeu des archives hospitalier publiques : Historique du patrimoine génétique, carte épidémiologique.

3.1.2. Durée de conservation

En Algérie, la loi ne précise pas combien de temps les dossiers médicaux doivent être conservés ; usuellement, la durée préconisée est de 20 ans. L'hôpital est le propriétaire du dossier médical et le responsable de sa conservation pendant l'hospitalisation et après la sortie du patient. De ce fait, le dossier médical doit toujours rester à l'intérieur de l'établissement de santé. Pour une durée de cinq ans ; après cette durée, ils seront transférés aux archives centrales de l'hôpital qui se trouve au sous-sol de l'établissement.

Le délai réglementaire d'archivage varie selon le type de la pathologie, l'âge du patient et la nature des pièces :

- 20 ans : minimum pour les dossiers et livres de laboratoire ;
- 30 ans : dossiers constitués lors des pratiques d'assistance médicale à la procréation ;
- 40 ans : documents relatifs à la sécurité transfusionnelle et à la traçabilité des produits sanguins variables ;
- 70 ans : dossiers de pédiatrie, de neurologie, de stomatologie et de maladies chroniques.

Le dossier du patient doit être trié avant son archivage ; il ne doit contenir que les documents nécessaires et utiles au suivi ultérieur du patient et ceux que la réglementation impose de conserver.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

En fin de séjour, seul le praticien qui a eu en charge le patient est légitime pour opérer un tri dans son ou ses dossiers :

- Il restitue au patient les documents qu'il a apportés ou qui lui appartiennent ;
- Il élimine toutes les informations, médicales ou non, qui ne sont pas utiles au suivi du patient ou que la législation n'impose pas de conserver. C'est le cas des résultats biologiques bruts correspondant à de la biologie d'adaptation thérapeutique qui peuvent être remplacés par une synthèse de la biologie produite au cours du séjour ;
- Il détruit les doubles voire les triples exemplaires d'une même information et les feuilles vierges d'informations qui n'auraient aucune valeur ; une fiche d'observation médicale vierge représente une information importante.

En aucun cas, le dossier ne doit quitter l'établissement, hors d'une situation d'archivage organisée qui permette l'identification et le rapatriement du dossier, si nécessaire, dans des conditions assurant la continuité normale des soins.

3.1.3. La cessation d'activité du médecin

La cessation d'activité du médecin peut résulter de causes diverses : retraite, indisponibilité (maladie, invalidité, radiation), changement d'orientation de sa carrière professionnelle, décès. En aucun cas, cette interruption ne doit altérer la communication indispensable des éléments transmissibles du dossier du patient : tant la continuité des soins que l'intérêt du patient et de ses ayants droit imposent d'assurer en même temps la transmission des dossiers et la préservation du secret médical.

3.1.4. Le décès du patient

Le patient ne disposant pas de la propriété du dossier, ses héritiers ne peuvent prétendre obtenir le dossier du patient décédé. Cela d'autant plus que le secret professionnel demeure après le décès du patient : il est alors indispensable et prudent que le médecin préserve, vis-à-vis de la famille et des proches, les secrets les plus intimes du patient décédé et tout élément diagnostique susceptible de nuire à sa mémoire.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

Sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, les ayants droit d'une personne décédée ont accès aux informations qui leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits (article L. 1110-4 du CSP modifié par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002).

3.2. Les fonctions du dossier médical du patient

Le dossier médical est à la fois, un instrument de conservation des données personnelles relatives à la santé du patient, mais aussi un instrument de travail du praticien qui sert de base à son travail diagnostique et thérapeutique.

Ceci fait de cette mémoire collective un outil appelé à remplir plusieurs fonctions :

3.2.1. Fonction symbolique

Le dossier médical représente le signe de la présence, de la prise en charge et de la permanence du lien qui existe entre le médecin et le patient. Il est intégrant au contrat de confiance entre les parties. Il doit rester avant tout un élément de la relation médecin malade et, à ce titre, garantir la confidentialité et le secret professionnel.

3.2.2. Facilitation du travail du médecin

- Un aide-mémoire : Parmi les rôles du DMP, il pallie les défaillances du cumul d'informations recueillies dont il est difficile de les mémoriser. Le dossier est le lieu où tout ce qu'on cherche à propos du patient pourra bien être retrouvé. Cet aspect représente la base même de la création des premiers dossiers médicaux dans le temps.
- Un garant de la démarche médicale : Le DMP abrite les différentes décisions prises à propos du patient. Il représente le répondeur de la démarche médicale et allège l'édification et le suivi du processus diagnostique, thérapeutique et les actions préventives en usant des techniques scientifiques qui ont montré leur rendement.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

3.2.3. Fonction de communication et de coordination

Envers les patients, des confrères spécialistes ou généralistes et de tout autre soignant ou intervenant dans le processus de soin, Le DMP est et doit être un outil de communication. Cette dernière doit intervenir en toute légalité et dans les règles déontologiques du secret professionnel pour promouvoir la prise en charge du malade. La communication entre professionnels de santé alimente les coordinations des actions dans des éléments nécessaires à la prise en charge à l'image de la communication. Existante entre le généraliste et le médecin spécialiste, le médecin et l'infirmière, le médecin ou les soignants et les travailleurs sociaux ou encore l'administration pour la gestion et le financement. C'est l'un des aspects fondamentaux du DMP.

Tout de même, le DMP doit permettre le partage des informations entre les différents acteurs de soins. Il est une source essentielle de renseignements et assure leurs transmissions en les sélectionnant selon le besoin entre divers professionnels et instances concernés par le patient :

Médecins consultants ou remplaçants. Des professionnels appelés à intervenir auprès du patient ; Différents organismes (assurances, employeurs).

Le DMP doit en principe privilégier la coordination des soins rendus nécessaire par le raccourcissement des durées de séjours, et l'abondance des intervenants dans le processus de prise en charge, par la complexification de soins et dans un parfait savoir-faire.

Le dossier médical se charge d'être communiquant pour une prise en charge progressive du patient : « le dossier du patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de réflexions d'organisation et de traçabilité des soins. Des dysfonctionnements dans la gestion des dossiers peuvent entraîner des conséquences allant de la simple perte de temps à des défauts majeurs dans la prise en charge des patients et le fonctionnement de l'établissement ».

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

3.2.4. Fonction de soins

Le dossier du patient constitue un élément vital de la qualité des soins. Sa bonne tenue du permet d'intégrer les aspects curatif et préventif dans le même épisode de prise en charge. Cette approche globale du malade implique aussi une vision multidisciplinaire des problèmes du patient qui fait de ce dernier un « tout » non dissociable dans l'optique de toutes ses fonctions.

3.2.5. Fonction de traçabilité des soins (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 preuves légales 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, d'invalidité etc.¹. Le dossier constitue, tant pour le médecin que pour le patient, un élément de protection juridique. En effet, plus le dossier sera complet, plus il sera utile pour attester les événements survenus La plupart des plaintes déposées par les patients contre les médecins ont très souvent comme motivation un manque de communication entre les deux parties. Un patient à qui on n'explique rien est enclin à penser qu'on lui cache quelque chose surtout si une complication est survenue lors de son traitement.

3.2.6. Fonction de synthèse

Le dossier est le lieu de convergence et d'intégration d'informations provenant de tous les niveaux du système de santé, tant curatif que préventif dont il importe d'effectuer une synthèse réfléchie et opératoire.

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.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

3.2.7. Fonction d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Tout d'abord, Evaluer veut dire recueillir des données pour les comparer à un référentiel défini afin de juger le résultat ou bien pour amorcer un processus. Evaluer les pratiques professionnelles de soin, c'est les examiner, les comparer aux pratiques attendues et les rectifier pour améliorer les choses.

D'où nous pouvons ainsi dire que l'évaluation des pratiques professionnelles de santé peut donc être mise en place de façon très variée. Un certain nombre de points doivent être précisés :

Tous les participants à une évaluation doivent partager les objectifs de la procédure mise en place. Les procédures doivent être transparentes. Une évaluation ne peut être utilisée que pour ce pour quoi elle a été faite. L'objectif final de l'évaluation des pratiques doit être l'amélioration des soins portés au patient.

- ✓ Une évaluation ne peut se faire qu'à partir d'un référentiel défini. La difficulté revient ici à définir le soin de qualité.
- ✓ Il est indispensable à l'évaluation des pratiques, aussi qu'il est une mine de renseignements en termes de santé publique.

Dans le domaine de la santé, un référentiel correspond à un ensemble de références auxquels il convient de se rapporter pour conduire une activité d'évaluation permanente afin d'obtenir une meilleure efficacité des soins. Les experts visiteurs dans le cadre de l'accréditation d'un établissement de santé s'assureront que les points du référentiel ont été pris en compte et examineront le dossier médical.

3.2.8. Fonction de gestion d'activité

En dehors de la gestion des dossiers individuels, la tenue de dossiers médicaux bien structurés, bien adaptés et performants doit permettre d'améliorer la gestion de l'établissement. Il va sans dire que le dossier médical informatisé facilite grandement cette fonction de gestion d'activité par rapport au dossier médical papier.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

3.2.9. Fonction d'enseignement et de recherche

Le dossier clinique, à l'époque d'HIPPOCRATE et jusqu'au début du 17^{ème} siècle était essentiellement considéré comme un outil d'enseignement sur l'art de prendre des observations pour en tirer des comptes-rendus exploitables, mais aussi comme un outil pour consigner les facteurs risques et les causes d'une maladie.

A travers les âges, le DMP cumule un nombre important de données diverses et de partout, relatives à la santé. Ces données, fiables et pertinentes, mises à la disposition des chercheurs, permettent d'enclencher des dynamiques d'études qui contribuent à l'amélioration des pratiques et des connaissances médicales et à l'enseignement des nouvelles générations de praticiens et à la formation continue. Les résultats de ces recherches participent aussi, auprès des décideurs, à l'orientation de la politique de santé en matière de gestion et d'économie de santé. Le DMP permet le recueil d'informations standardisées (codage, classifications, nomenclatures) dans un objectif de recherche.

3.2.10. 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 juridiques¹⁶ 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, d'invalidité, ...etc.

3.2.11. Fonction médico-économique

En tant que témoin fidèle des pratiques professionnelles, le DMP participe à l'économie de santé. En effet lors d'une ré-hospitalisation, le dossier médical permettra d'éviter la répétition inutile d'exams pénibles et/ou coûteux. C'est aussi un garde-fou en cas de risques iatrogènes. C'est ainsi que, dans les sociétés développées, les pouvoirs publics lancèrent le projet de médicalisation du système d'information dont le principe est de recueillir des informations médicales sur l'activité des différents services de soins d'un établissement.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

En créant des dispositifs qui servent d'instruments de mesure de l'activité médicale, analysant l'éventail des pathologies et disposant d'une classification médico-économique appelée " Groupes Homogènes de Malades " (GHM) mettant en rapport les pathologies traitées et la consommation de moyens humains, techniques et financiers , à travers le résumé standard de sortie dont les finalités sont la maîtrise de la gestion des maladies et le cout de leurs prises en charges. Ainsi, la résultante de cette mesure nous apprend que le bon calcul des couts implique la bonne qualité des soins.

Par sa nature d'outil de gestion hospitalier le DMP tâche à connaître les diagnostics, les actes thérapeutiques, le coût entraîné par la population de malades qui fréquente un service, un département ou un hôpital est indispensable à celui qui a la responsabilité de gérer ces structures. Il permet aussi le recueil de l'activité médicale par la réalisation des Résumés de Sorties Standardisés (R.S.S.) en M.C.O. (Médecine Chirurgie Obstétrique) et des Résumés Hebdomadaires de Sortie (R.H.S.) pour le moyen séjour sous la responsabilité du médecin du DMI.

3.2.12. Fonction de dossier médical pour le patient

Son utilité réside dans les ordonnances rédigées et la communication des informations médicales par le médecin:

- Les ordonnances : Le médecin rédige des ordonnances, et trop souvent il oublie qu'elles sont avant tout à matérialiser le résultat de la consultation pour le patient lui-même. Une ordonnance ne sert que secondairement à la délivrance de médicament. Il comporte donc qu'elle soit complète et parfaitement lisible. Elle doit également comporter les prescriptions médicamenteuses, certes mais aussi les prescriptions d'examens complémentaires et surtout les conseils de vie, les conseils d'hygiène, les conseils de diététiques. L'informatique permet, par des banques de textes divers, la rédaction de vraies ordonnances complètes, réfléchies, structurées, correctement écrites et adaptées à chaque malade, telles que tous les médecins auraient dû, de tout temps, les rédiger.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

- La communication des informations médicales le concernant. Le médecin doit en tous cas être susceptible de transmettre à son patient l'essentiel des données le concernant, du diagnostic aux résultats d'explorations et au rappel des récentes prescriptions dont il a fait l'objet.

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

Conclusion

Le dossier médical est un outil vivant de mémoire et de synthèse pour le médecin .Il doit prioritairement aider le médecin à prendre ses décisions grâce à une information accessible et opérationnelle. Par ailleurs, les documents constituant ce qu'on appelle couramment le dossier médical ou dossier du patient, sont conservés sous la responsabilité du médecin. Il faut souligner que ce dossier doit permettre la transmission à un autre médecin des informations recueillies par le premier et qui concourent à la bonne prise en charge du patient. Tout médecin devra donc pouvoir, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à la prise en charge du patient, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Chapitre III :

Etude de cas à EHS YACEF

Omar Draâ Ben Khedda

Introduction

Dans cette partie on va d'abord présenter l'organigramme d'accueil, ce qui est, dans notre cas d'établissement hospitalier en cardiologie et chirurgie cardiaque Omar Yacef de Draâ Ben Khedda et décrire en détail les différentes informations de ces derniers tels que sa situation géographique historique mission activités.

Section 01 : Fonctionnement de l'EHS en cardiologie et chirurgie cardiaque YACEF Omar Draâ Ben Khedda.

1.1. Présentation de l'EHS

L'établissement hospitalier spécialisé en cardiologie et chirurgie cardiaque Omar YACEF Draâ Ben Khedda est un hôpital d'une capacité de 80 lits d'hospitalisation implantée sur le territoire de la commune de Draâ ben khedda

Ce dernier porte le nom du martyr de révolution Omar YACEF dit petit Omar. Dont les parents sont originaires d'Azeffoun (kabyle maritime), tombé au champ d'honneur à la Casbah d'Alger à l'âge de 13 ans en compagnie d'Ali la Pointe et de Hassiba Ben Bouali lors de la bataille d'Alger.

L'établissement hospitalier spécialisée en cardiologie et chirurgie cardiaque a une vocation nationale il a sur la couverture sanitaire dans ces spécialisés à travers les différents wilayas du territoire national et plateau technique qui répond à l'objet majeur et stratégique qui est la prise en charge des soins hautement spécialisés notamment les infections et pathologie relèvent de la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque .

L'EHS de Draâ Ben khedda dispose de plusieurs services spécialistes, dont certaines font sa fierté à l'image de la cardiologie interventionnelle qui est une technologie de pointe. Cet hôpital, doté de matériel de dernière technologie, est également le seul établissement à l'échelle nationale à effectuer l'alcoolisation de cœur.

Pour ce qui est de cout de cet hôpital, confie « Abratina constructura » une entreprise portugaise M. GACEB, qu'il est de 230 milliards de dinars concernant sa réalisation et 150 milliards de dinars pour son équipement.

1.2. Situation géographique

L'EHS en cardiologie et chirurgie cardiaque Omar YACEF se situé à Draâ Ben Khedda wilaya de Tizi-Ouzou, exactement sur la rue de KASRI Ahmed, a une dizaine de mètres du Daïra de DBK et 700 mètres de la maire de DBK.

1.2.1. Histoire de l'EHS DBK

L'EHS de Draâ Ben Khedda a été créé par décret exécutif N° 11-128 du 22 mars 2011 complètent la liste des établissements hospitalière spécialisé annexé au décret exécutif N° 97-495 du 02 1997 fixons les règles de création d'organisations et fonctionnement des établissements hospitaliers spécialise, il est inauguré et mise en services 18 février 2014.

1.2.2. Mission

L'établissement hospitalier spécialisé en cardiologie et chirurgie cardiaque YACEF Omar a pour mission de prendre en charge de manier intégrée et hiérarchisés le besoins sanitaire de la population.

Dans ce cadre Ila a notamment pour des taches :

- D'assurer l'organisation et la programmation et distribution du soin curatif, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation.
- D'appliquer les programmes nationaux de santé.
- D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte les nuisances et les fléaux sociaux.
- D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

1.2.3. Activité de l'hôpital

L'EHS YACEF Omar comprend :

- Un ensemble de 80 lits répartis entre :
 - services réanimation : 10 lits.
 - services cardiologie : 40 lits.
 - services chirurgie cardiaque : 40 lits.
- Un plateau technique comportant :
 - Un laboratoire central ;
 - Un service de radiologie ;
 - Une pharmacie.

L'EHS 'petit Omar' de Draâ Ben Khedda dispose de plusieurs services spécialisés, dont certaine font sa fierté de la cardiologie interventionnelle qui est une technologie de pointe. cet hôpital doté de matériels dernière technologie, est également le seul établissement à l'échelle nationale à effectuer l'alcoolisation septal du cœur, « ces interventions à cœur ouvert (CEC) par an auxquels s'ajoute 1000 à 1200 chirurgie interventionnelle. La prise en charge des malades effectuée dans les normes demandées et chaque chambre est équipée d'un poste-téléviseur et d'un appareil de climatiseur alors que les malades bénéficient de repas équilibrés.

1.3. Les différents services de l'EHS de Draâ Ben Khedda

Comme est déjà mentionné, cet établissement dispose de plusieurs services spécialisés.

Tableau N° 1 : Services spécialisés.

Services	Capacité
Réanimation	10 lits
Cardiologie	40 lits
Chirurgie cardiaque	30 lits

Source : bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda

1.3.1. L'état du personnel

○ **Personnel d'encadrement**

- 01 directeur.
- 03 sous-directeurs :
 - Sous-directeur de l'administration et de moyens.
 - Sous-directeur des services de la santé.
 - Sous-directeur des services économiques infrastructures et de l'équipement.

○ **Personnel médicale**

Tableau N° 2 : L'état du personnel.

Personnel	Effectif
Professeur hospitalo-universitaire en chirurgie cardiovasculaire	01
Maitre-assistant en cardiologie	12
Media spécialiste assistant en chirurgie cardiaque	15
Médecin spécialiste assistant en anesthésie et réanimation	09
Médecin spécialiste assistant en radiologie	02
Médecin spécialiste assistant en cardiologie	12
Médecin spécialiste assistant en hématologie	03
Médecins spécialiste en pédiatrie	05
Médecins spécialisé assistants en biochimie	01

Source : Bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda

Tableau N° 3 : Personnel médicale détaché à l'EHS de DBK.

Personnel	Effectif
Infermière de santé publique	22
Aide-soignant de santé publique	34
Auxiliaire médicaux en esthésie-réanimation de santé publique	04
Laborantin de santé publique	05
Manipulateur en radiologie de santé publique	04
Kinésithérapeute de santé publique	01
Assistant sociale de santé publique	01
Assistant médical sa santé publique	02
Diététicien de santé publique	01

Source : Bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda

Tableau N° 4 : Personnel administratif.

Personnel	Effectif
Administrateur principal des services de santé	04
Administrateur	09
Attaché principale d'administration	02
Attaché d'administration	04
Agent principale d'administration	01
Agent d'administration	05
Agent de bureau	03
Technicien supérieur en informatique	03
Agent de saisie	05
Secrétaire de direction	01

Chapitre III : Etude de cas à EHS YACEF Omar Draâ Ben Khedda

Comptable administratif	01
Comptable administratif principale	02
Documentaliste archiviste	02
Ingénieur d'état en informatique	01
Biologiste de santé publique	02
Attaché de laboratoire de santé publique	02
Psychologue clinicien	02
Physicien médical de santé publique	01

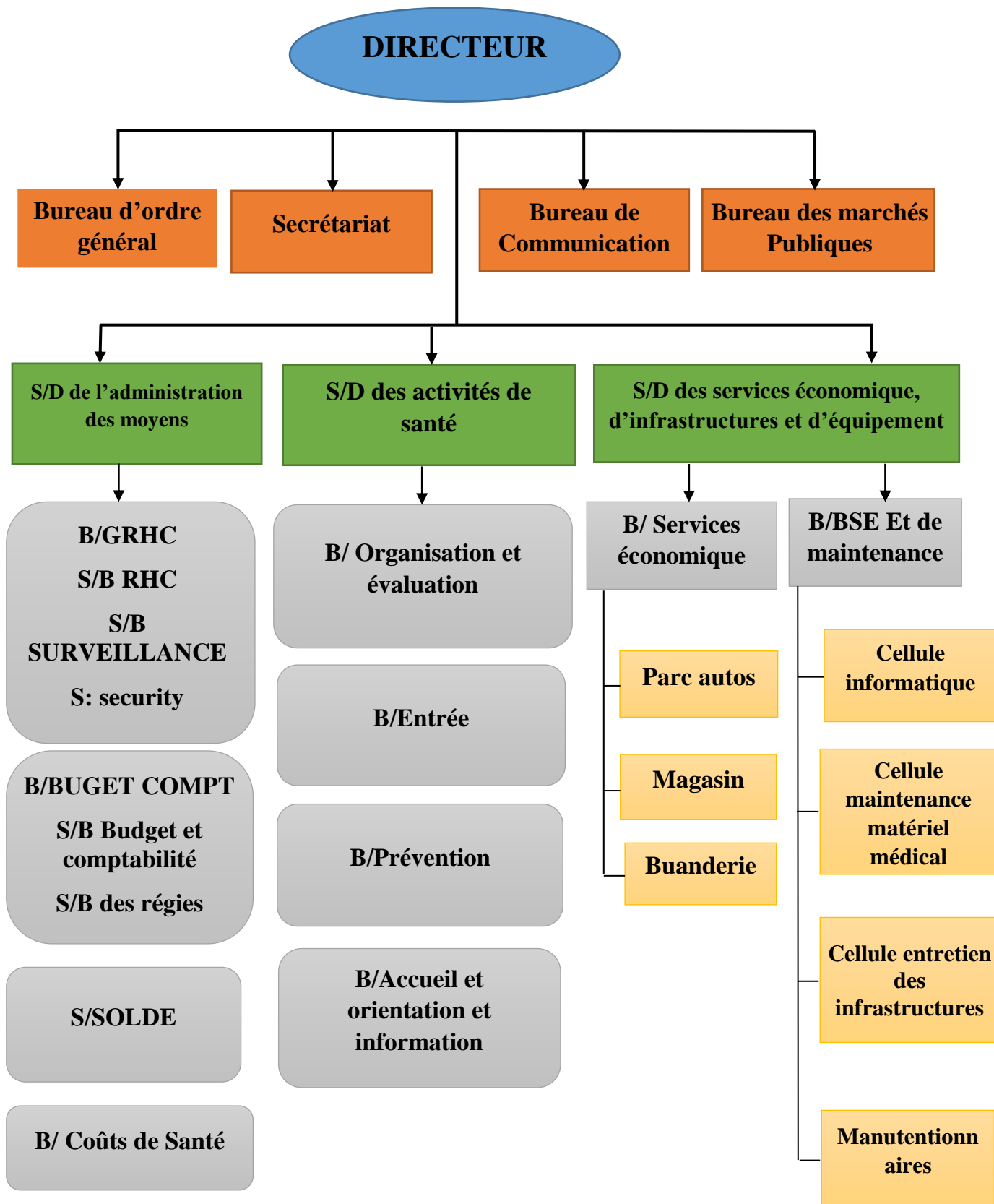
Source : Bureau d'entrée EHS Draâ Ben Khedda

Tableau N° 5 : Agent contractuels.

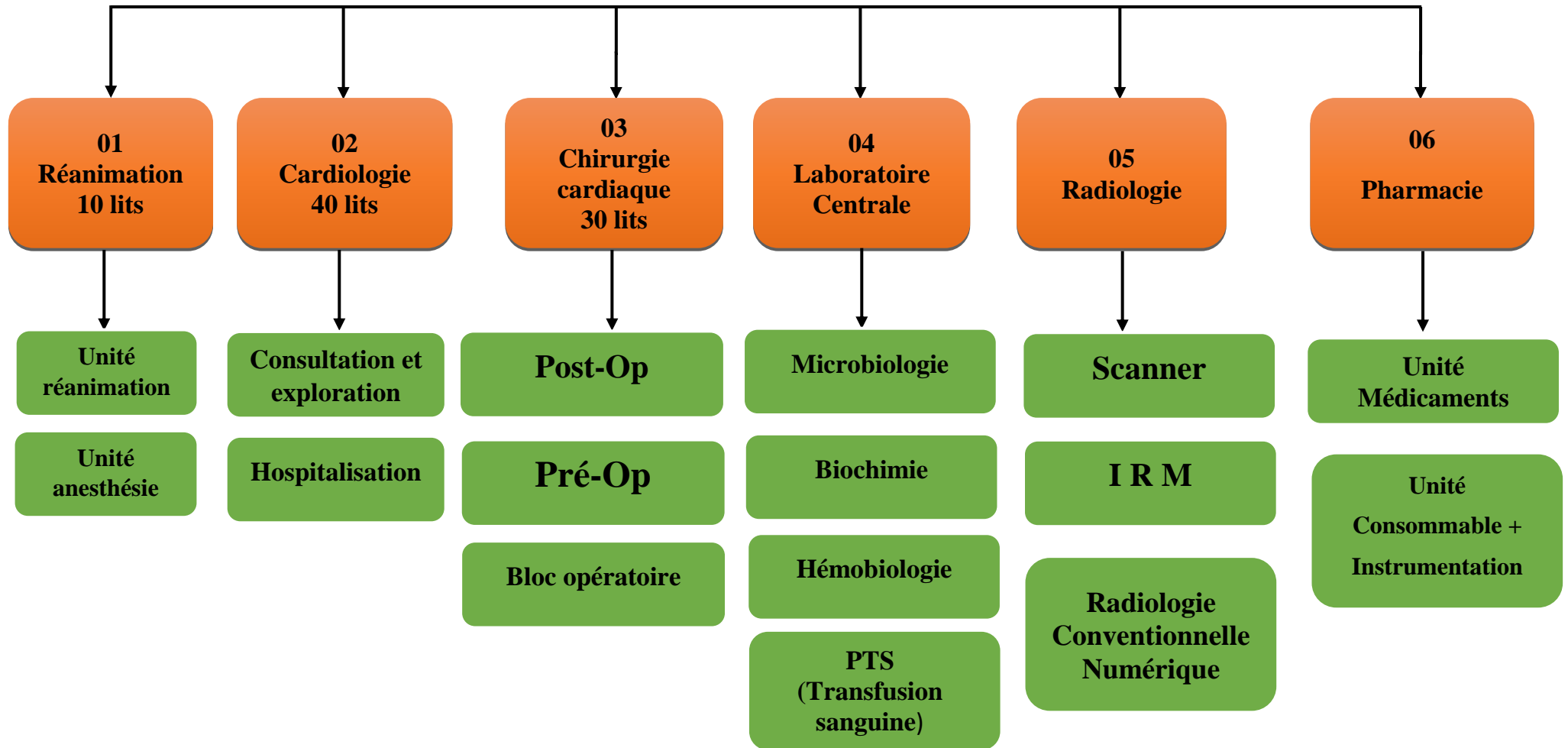
Personnel	Effectif
Agent de services	04
Gardien	10
Ouvrier professionnel de niveau	30
Conducteur automobile de niveau 01	04
Conducteur automobile de niveau 02	01

Source : Bureau d'entrée EHS Draâ Ben Khedda

Organigramme générale de l'EHS en cardiologie et chirurgie cardiaque
Draâ Ben Khedda



ORGANIGRAME DES SERVICES DE SANTE



1.3.2. Situation informatique

1. Aspect humain

Garde	Nombre	Occupation dans l'établissement
Ingénieur	1	La saisie
TS	1	La réception et l'envoi de l'e-mail
	1	La maintenance des équipements informatiques
	1	La création et la gestion des badges des employés de l'établissement
	2	Il s'occupe du logiciel de la gestion de paie des employés de l'établissement
Assistant ingénieur	1	La maintenance du logiciel

Source : Bureau d'entrée EHS Draâ Ben Khedda

2. Aspect logiciel

Désignation du logiciel	Utilisé pour
SIRH	La gestion des ressources humaines
EPPSTAT	Statistique générales de l'établissement
Patient	Le suivi du patient
Chifa-cardio	Facturation avec le système CHIFA
Mini GMAO	La gestion du matériel
EpiPhram	Gestion de stock des produits médicaux

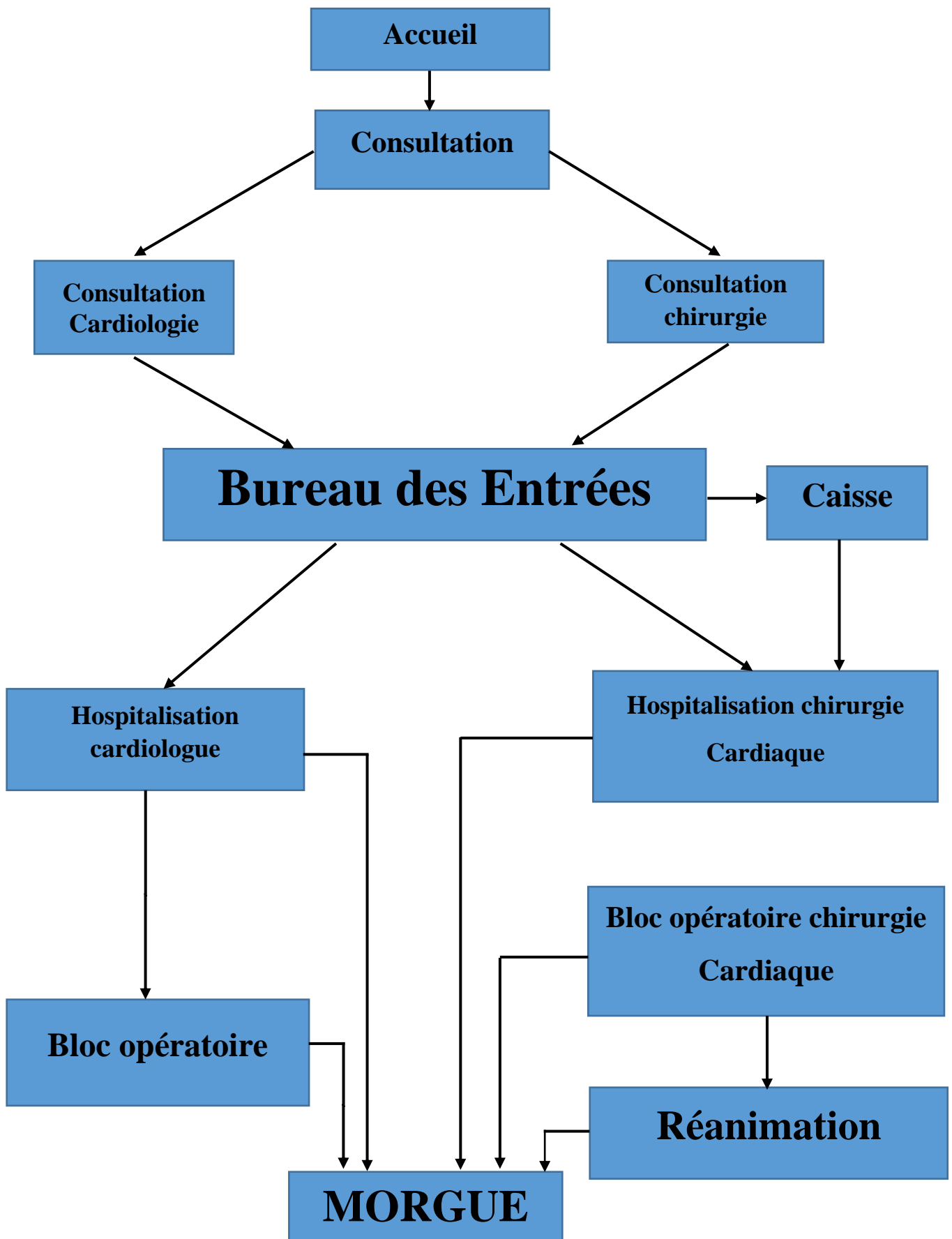
Source : Bureau d'entrée EHS Draâ Ben Khedda

3. Aspect matériel

Le matériel	La quantité
Ordinateur	80
Imprimante	111
Onduleur	108
Photocopieuse	14
Scanner	3
Serveur	5
Switch	3
Modem	1
Disque dur	52
Carte mémoire	4
Flash disque	249
Data show	5

Source : Bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda

On peut détailler notre champ d'étude dans le schéma suivant :



1.4. Description du champ d'étude

En entrant à l'hôpital, le patient passe par plusieurs lieux, en commençant par l'accueil pour l'accueillir et orienter sa destination à l'hôpital, en suite, le patient est dirigé par la réception vers la consultation, soit vers la consultation cardiologie, soit vers la consultation cardiaque, selon la spécialité que porte la lettre d'orientation, si la lettre d'orientation est dirigé vers la consultation cardiologie, le cardiologue consultant examinera le patient et s'assurera qu'il y a une indication opératoire, si la lettre d'orientation est dirigé vers la consultation chirurgie cardiaque le chirurgien consultant le patient et s'assure que le cas contient une indication opératoire .

Lorsque le cardiologue est le chirurgien confirment que l'opération doit être pratiquée et que le patient doit être hospitalisé, ils l'envoient au bureau des entrées, munis d'une demande d'hospitalisation pour faire un bulletin d'admission, au niveau de bureau des entrée le patient obtient soit un bulletin d'admission cardiologie qui compose une fiche navette chirurgie cardiologie, soit un bulletin d'admission chirurgie cardiaque qui compose une fiche navette chirurgie cardiaque ,depuis le bureau des entrée, le patient est envoyé à la caisse pour payer les frais d'admission à l'hôpital, en suite le patient se rend sans service d'hospitalisation selon ce qui est dans la fiche navette si c'est vers le services d'hospitalisation cardiologie ,il y sera hospitalisé et le cathétérisme programmée, ensuite il sera transféré au bloc opératoire de cardiologie du services cardiologie, si c'est vers le services chirurgie cardiaque programmé la chirurgie cardiaque, ensuite, il sera transféré au bloc opératoire de chirurgie cardiaque di services chirurgie cardiaque, le patient est transféré à la réanimation.

Lorsque le patient sort de l'hôpital, il sort soit un état normale, soit par un décès, et dans ce cas il est transfère à la morgue du service dans lequel il est décédé, soit le service cardiologie, soit pendant l'opération cardiologie (cathétérisme) soit les services chirurgie cardiaque, soit pendant l'opération de services cardiaque, soit de la réanimation.

Section 02 : Le bureau des admissions.

2.1. Mission du bureau des entrées (BE)

Le bureau des entrées est la principale structure des services administratifs d'un établissement hospitalier.

2.1.1. L'importance du bureau des entrées

La gestion administrative des mouvements des malades s'adresse à ce service, qui permet le suivi du parcours administratif du malade. Le bureau des entrées est la pièce maîtresse du système d'information hospitalier. Si la base de l'hôpital.

2.1.2. Activité du bureau des entrées

Le bureau des entrées a un rôle déterminant qui reflète l'hôpital cette structure principale sur laquelle s'appuie toute la gestion de l'établissement hospitalier

- ✓ Il fait également office du bureau d'accueil et d'orientation publique.
- ✓ Etablit le billet de salle (fiche navette).
- ✓ Etablit le certificat de séjour.
- ✓ Constitue un outil de collecte de l'information.
- ✓ La gestion et la facturation (les recettes liées à l'activité hospitalière sont quantifiées et valorisées grâce à cette opération).
- ✓ Enregistrement du mouvement des recettes ordinaires.
- ✓ Le bureau des entrées participe aussi à la sécurité des malades en vérifiant leurs identité.
- ✓ Le bureau des entrées participe aussi à la sécurité des malades en vérifiant leurs répartition clinique des malades.
- ✓ L'activité l'exige une permanence doit assurer 24/24.

2.2. Situation informatique de bureau des entrées

2.2.1. Aspect humain

Garde	Nombre	Occupation dans l'établissement
chef du bureau des entrées	01	Gérer la gestion de bureau des entrées
Agent de saisie	02	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La saisie : entrée les données des dans logiciel. ✓ L'enregistrement : enregistrer les informations des patients dans des déférents registres

Source : Bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda

2.2.2. Aspect logiciel

Désignation du logiciel	Utilisé pour
Patient	Entrer les données des patients

Source : Bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda

2.2.3. Aspect matériel

Le matériel	La quantité
Ordinateur	02
Imprimante	02
Onduleur	01
Photocopieuse	01
Disque dure	01
Carte mémoire	01
Flashe disque	01

Source : Bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda



Conclusion générale

Conclusion générale

Le dossier médical est un outil de synthèse d'une histoire, de support de la pensée et de la démarche diagnostique des soins. C'est un moyen d'échange, de partage de l'information et un relevé ordonné des événements et incidents liés à la prise en charge du patient. C'est, l'élément essentiel de la continuité et de la coordination des soins. Il est le témoin d'une organisation centrée sur le patient. Il est donc indispensable pour une bonne qualité des soins.

Nous nous sommes proposés de mener une évaluation de la gestion (tenue), du dossier du patient dans deux services du EHS de Draâ Ben Khedda, à savoir : le service de médecine interne, et le service de chirurgie cardiaque

Et aussi montré que les dossiers médicaux souffrent d'insuffisances qui intéressent toutes les rubriques et toutes les données. Les praticiens attribuent ces insuffisances dans la tenue du dossier à des problèmes de gestion, d'organisation et une insuffisance en réglementation.

Les résultats ont révélé des écarts qui traduisent les insuffisances dont souffre la gestion des dossiers. Ces écarts sont de trois niveaux : des causes professionnelles en rapport avec le degré de conscience des professionnels de santé et le temps qu'ils consacrent à la tenue des dossiers, des causes organisationnels en rapport avec la structure du dossier et son archivage, et les causes institutionnelles notamment le vide réglementaire et l'absence de procédure établissant la responsabilité des différents intervenants.

La bonne gestion du dossier vise à améliorer la démarche médicale en interagissant avec le dossier lors du recueil des données ; et à optimiser les différentes utilisations possibles des données déjà enregistrées.

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

- Retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier ;
- Se remémorer le contenu des rencontres précédentes ;

- Disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique ;
- Structurer le recueil d'informations au moment des rencontres ;
- Expliciter les arguments qui sous-tendent les décisions ;
- Planifier et assurer un suivi médical personnalisé prenant en compte les pathologies, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les facteurs psychologiques et environnementaux
- Favoriser la transmission à un autre soignant (associé, remplaçant, successeur, intervenant
- Paramédical) des informations permettant d'optimiser l'efficacité, la sécurité et l'efficience De son intervention ;
- Minimiser le risque iatrogène (intolérances médicamenteuses) en disposant, lors de la prescription, des informations suivantes : âge, pathologies chroniques ou aiguës, facteurs de risque, données biologiques éventuelles, traitements en cours (prescrits par les différents Médecins et / ou auto prescrits), et les allergies.
- Documenter les faits liés à la prise en charge des patients.

Connaître les raisons qui expliquent l'état actuel de sa gestion dans nos structures est d'un grand intérêt pour améliorer sa gestion. Ce souci trouve sa justification dans le désir d'amélioration de la prise en charge des patients au sein de nos hôpitaux.

Cette qualité des soins ne pourra se concrétiser qu'à travers l'évaluation des pratiques professionnelles et la remise en question permanente et continue des pratiques, attitudes et Comportements de nos praticiens. Démarches qui doivent être volontaristes et participatives.



Bibliographie

Les ouvrages

1. A LIEVRE (1), G MOUTEL. Rapport du conseil supérieur des systèmes d'Information de Santé, le dossier de santé, 1999.
2. Agence des systèmes d'information partagés de santé. Rapport d'activité. Agir ensemble pour soigner mieux, 2009.
3. Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)/ Service évaluation des pratiques professionnelles, Juin 2003.
4. Agence national de santé Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales, 2012.
5. AHMED DIOUF DIRIEH DIBAD. Recherche d'information multi terminologique au sein d'un dossier patient, février 2012.
6. ARHAB Samir, Samir perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de qualité en milieu hospitalier .juin 2015.
7. BOUJNANI HICHAM. Conception d'un dossier médical informatise pour le service neurologie, 2010.
8. BOULAY F, CHEVALLIER T, GENDREIKE Y, MAILLAND V, JOLIOT Y, SAMBUC R. Méthode d'audit de la qualité du dossier médical : audit de 467 Dossier patient informatisé à visé de recherche biomédicale. Tom n°38 octobre 2009.
9. BRODIN MARC. Informatisation et confidentialité des données médicales. CENTRE LAENNEC, 2007.
10. Collège des médecins du Québec. Guide d'exercice : la tenue des dossiers par le Médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialises, décembre 2005.

Articles

11. Dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés).
12. Dossiers médicaux des médecins, Novembre 2006.

13. EDLIRA ZAZANI. Informatisation du dossier patient aux hospices-centre hospitalier universitaire vaudois, juin 2003.
14. Eric TOUSSAINT : historien belge, président du Comité pour l'abolition de la dette du Tiers Monde, membre du Conseil international du Fond Social Mondial.
15. «Évaluation du dossier patient : les indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins ».
16. Fatima EZZAHRA KARIMI. Application informatique de la gestion du dossier médical 2015.
17. FIESCHI MARIUS .l'opportunité du dossier médical du patient vers l'élaboration du système en santé.
18. François KOLER : Informatique médicale, CHRU Nancy, instigateur de la première information médicale.
19. Guide d'accompagnement au choix et à l'intégration d'un dossier médical électronique version 2, Décembre 2015.
20. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec. La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier, avril 2013.
21. Guide sur l'accès du patient au dossier médical.2003 l'amélioration des dossiers médicaux des médecins Comité d'experts en matière.
22. Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux des médecins Comité d'experts en matière d'Informatisation des dossiers médicaux en PMI, les enjeux, les questions, les propositions et les demandes des professionnels. Document du Syndicat National des Médecins de PMI - Mars 2016.
23. HAS : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations, Service évaluation des pratiques, juin 2003.
24. HONNORAT C. Apprentissage de l'exercice médical : Le Dossier Médical, Université de Faculté de Médecine, 14 novembre 2005.
25. International organization for standardization (ISO), 20014.

26. ISABELLE COLOMBET. Informatisation et confidentialité : l'expérience de l'hôpital européen Georges Pompidou, (Tome 55), Centre Laennec, 2007.
27. LIEVRE (1), G MOUTEL (2). Dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés).
28. M. GERARD DE SAINT-LAURENT. Conseil économique et social. Région des pays de la Loire. Avis sur les technologies de l'information et de la communication dans le domaine sanitaire Décembre 2000.

Textes législatifs et réglementaires algériens

1. Code de déontologie médical en Algérie.
2. L'avant-projet de la loi sanitaire.

Site internet

1. <file:///C:/Users/MicroMedia/Desktop/mon%20memoire%20aissam/memoire%20amel/diapo/Traitement%20de%20l%E2%80%99information%20m%C3%A9dicale%20-%20Les%20Centres%20de%20Sant%C3%A9.html>
2. <https://www.google.fr/search?biw=1366&bih=624&noj=1&q=loi+sanitaire+algerie+2015>
3. <http://www.cairn.info/disc-economie-gestion.htm>



Annexes

- Etude d'existence

1. Bulletin d'admission

Fiche d'analyse document N°3			
Désignation : Bulletin d'admission			
Support : document			
Rôle : contient tous les informations de malade			
Rempli par : Agent de saisie			
Désignation	Type	Taille	Observation
Numéro d'admission	N	14	
Service	A	20	
Date de jour	AN	10	JJ /MM / AAAA
Age du patient	AN	06	
Nom de patient	A	30	
Prénom du patient	A	30	
Sexe	A	10	
Date de naissance	AN	10	JJ /MM / AAAA
Lieu de naissance	A	35	
Nom de père	A	30	
Nom de mère	A	30	
Prénom de mère	A	25	
Nationalité	A	25	
Profession	A	15	
Situation familiale	A	11	
Nom de l'épouse	A	30	
Prénom de l'épouse	A	30	
Adresse de résidence	AN	50	
Nom de personne à contacté	A	30	
Prénom de personne a contacté	A	30	
Numéro de téléphone de la personne à contacter	N	10	

Adresse de contact	AN	50	
Numéro immatriculation	N	12	
Numéro de prise en charge de sécurité sociale	N	12	JJ /MM / AAAA
Date de prise en charge	AN	10	
Nom de patient	A	25	
Prénom du patient	A	25	JJ /MM / AAAA
Date de naissance	AN	10	
Caisse d'affiliation	A	06	
Employeur	A	10	
Service d'hospitalisation	A	19	JJ /MM / AAAA
Date d'entrée	AN	10	
Heure d'entrée	AN	04	
Nom unité	A	15	
Numéro de lit	N	03	
Nom de médecin traitant	A	25	
Prénom de médecin traitant	A	25	
Mode d'entrée	A	22	
Numéro prise en charge	N	06	
Etablissement d'origine	A	30	
Type d'accident	A	20	JJ /MM / AAAA
Date de l'évènement	AN	10	
Heure de l'évènement	AN	04	
Lieu de l'évènement	A	15	
Moyens de transport le patient	A	15	
Références	A	15	
Autorité chargée de l'enquête	A	15	

Fiche d'étude de fichier N°			
Désignation : fiche navette			
Support : Document			
Rôle : c'est une fiche qui ressemble tous les informations de malade de l'entrés et de sortie			
Rempli par : Agent de saisie			
Désignation	Type	Taille	Observation
Numéro d'admission	N	11	
Date de naissance	AN	10	JJ_MM_AAAA
Groupe sanguin	A	10	
Nom de malade	A	25	
Nom de jeune fille	A	25	
Prénom de malade	A	25	
Adresse	AN	50	
Caisse	A	10	
Numéro de matricule assuré	N	12	
Nom de malade	A	25	
Prénom de malade	A	25	
Date de naissance	AN	10	JJ_MM_AAAA
Qualité de malade	A	25	
Numéro prise en charge	A	25	
Date	A	25	JJ_MM_AAAA
Service	N	25	
Nom de chef de service	AN	10	
Qualité de chef de service	A	10	
Date d'entrée	A	25	JJ_MM_AAAA
Heure d'entrée	A	15	
Numéro de salle	AN	10	
Numéro du lit	AN	11	
Nom de médecin traitant	N	03	
Prénom de médecin traitant	N	03	
Qualité de médecin traitant	A	25	
Mode d'entrée	A	25	

Code d'entrée	A	15	
Service	A	10	
Date d'entrée	N	05	JJ_MM_AAAA
Heurs d'entrée	A	10	
Nom de salle	AN	10	
Numéro de lit	AN	11	
Nom de médecin traitent	A	15	
Prénom de médecin traitant	N	03	
Date d'actes médicaux interne	A	25	JJ_MM_AAAA
Service d'actes et examens interne	A	25	
Nature d'actes et examens interne	AN	10	
Cotation d'actes et examen interne	A	10	
Non de praticien interne	AN	05	
Prénom de praticien interne	AN	100	
Qualité de praticien interne	AN	50	
Date d'actes paramédicaux interne	A	25	JJ_MM_AAAA
Services d'acte médicaux	N	25	
Code d'acte	AN	20	
Nature d'acte	AN	10	
Cotation d'acte	A	20	
Nom de paramédicale	A	03	
Prénom du paramédical	A	100	
Qualité de paramédicale	AN	50	
Date d'acte médical externe	A	25	JJ_MM_AAAA
Code d'actes et examens externe	N	25	
Nature d'acte et examen externe	AN	20	
Cotation d'acte et examen externe	AN	10	
Nom de praticien externe	A	20	
Prénom de praticien externe	A	04	
Qualité de praticien externe	A	100	
Numéro de prise en charge externe	N	50	
Date de prescrite	AN	25	

Code de dénomination commune internationale	N	25	JJ_MM_AAAA
Libelle dénomination comme internationale et orme dosage	AN	20	
	AN	04	
Quantité prescrite	AN	10	
Quantité fournie	AN	04	
Nom du prescripteur	A	100	
Prénom de précepteur	A	30	
Qualité du prescripteur	A	30	
Date de sortie	AN	25	JJ_MM_AAAA
Heur de sortie	AN	25	
Mode de sortie	A	25	
Code de sortie	N	10	
Diagnostique ou motif d'entrée	AN	10	
Diagnostique de sortie	AN	07	
Code de classification internationale des males	AN	04	
Code G.H.M	A	20	
Nom du praticien	A	20	
Garde de praticien	A	04	
Numéro de facture	AN	04	
Date	A	25	
Montant totale de la prestation	AN	25	
Part sécurité sociale	A	20	
Part patient	A	10	
Nature de document de sortie	N	10	
Numéro du document	AN	10	
Etablissement d'accueil	AN	10	
Numéro prise en charge	AN	35	
Nom de l'accompagnement	N	04	

Source : Bureau d'entrée EHS Draâ Ben Khedda

4- Fiches navette

Fiche delude du document			
Désignation : dossier médicale			
Support : document			
Rôle : présentation toutes l'information de santé de malade (les analyses, radiologies...etc.)			
Repml par : infirmier			
Désignation	Type	taille	Observation
Numéro de dossier	N	05	
Nom de malade	A	25	
Prénom de malade	A	25	
Age	AN	10	
Diagnostic	AN	6	
Type de rhésus	AN	35	
Date d'hospitalisation	A	08	JJ_MM_AAAA
Date d'intervention	AN	10	JJ_MM_AAAA
Date de sortie	AN	10	
Les activités	AN	10	
Autres activité	A	100	
	AN	100	

Source : Bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda

FICHE Etude du document			
Désignation : bon			
Support : document			
Rôle : justifier que le patient a payé les frais d'admission à l'hôpital			
Rempli par : caissière			
Designation	Type	Taille	Observation
Numéro de bon	N	10	
Nom de malade	A	25	
Prénom de malade	A	25	
Somme	AN	6	
Date du jour	AN	10	JJ_MM_AAAA

Source : Bureau d'entré EHS Draâ Ben Khedda

Liste des tableaux

Tableau N° 1 : Services spécialisés

Tableau N° 2 : L'état du personnel

Tableau N° 3 : Personnel médicale détaché à l'EHS de DBK

Tableau N° 4 : Personnel administratif

Tableau N° 5 : Agent contractuels

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Résumé

Liste des abréviations

Introduction générale

Chapitre I : Généralités sur la qualité des soins dans les établissements de santé

Introduction.....

Section 01 : La qualité des soins

1.1. Définition du soin

1.2. Définition de qualité de soin

1.3. L'amélioration de la qualité de soin

1.3.1. Sécurité des patients

1.3.2. Efficacité des traitements.....

1.3.3. Expérience du patient

1.3.4. Coordination des soins

1.3.5. Utilisation des ressources

1.3.6. Mesure et amélioration continue

Section 02 : La structure des soins.....

2.1. Hôpitaux

2.2. Cliniques

2.3. Centres de soins primaires

2.4. Centres de soins spécialisés

2.5. Soins à domicile

2.6. Établissements de soins de longue durée.....

Section 03 : Les facteurs de qualité de soin.....

3.1. Compétence des professionnels de santé.....

3.2. Accès aux soins

3.3. Infrastructure et équipement

Conclusion

Chapitre II : Le rôle du dossier médical dans l'amélioration de la qualité de soin

Introduction	
Section 01 : Fonctionnement du dossier médical	
1.1. Dossier médical.....	
1.2. Les origines du dossier médical	
1.3. La tenue du dossier médical	
Section 02 : Le contenu du dossier médical du patient	
2.1. Les informations administratives	
2.2. Les informations des professionnels de santé	
2.3. Les informations médicales.....	
2.4. Le dossier de soins paramédical.....	
Section 03 : L'objectif du dossier médical	
3.1. Conservation du dossier médical.....	
3.1.1. L'archivage.....	
3.1.2. Durée de conservation	
3.1.3. La cessation d'activité du médecin	
3.1.4. Le décès du patient	
3.2. Les fonctions du dossier médical du patient.....	
3.2.1. Fonction symbolique	
3.2.2. Facilitation du travail du médecin	
3.2.3. Fonction de communication et de coordination.....	
3.2.4. Fonction de soins.....	
3.2.5. Fonction de traçabilité des soins (médico-légale).....	
3.2.6. Fonction de synthèse	
3.2.7. Fonction d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	
3.2.8. Fonction de gestion d'activité.....	
3.2.9. Fonction d'enseignement et de recherche.....	
3.2.10. Fonction médico-légale	
3.2.11. Fonction médico-économique	
3.2.12. Fonction de dossier médical pour le patient.....	
Conclusion	

Chapitre III : Etude de cas à EHS YACEF Omar Draâ Ben Khedda

Introduction	
Section 01 : Fonctionnement de l'EHS en cardiologie et chirurgie cardiaque YACEF Omar Draâ Ben Khedda	
1.1. Présentation de l'EHS	
1.2. Situation géographique	
1.2.1. Histoire de l'EHS DBK	
1.2.2. Mission.....	
1.2.3. Activité de l'hôpital.....	
1.3. Les différents services de l'EHS de Draâ Ben Khedda	
1.3.1. L'état du personnel.....	
1.3.2. Situation informatique.....	
1.4. Description du champ d'étude.....	
Section 02 : Le bureau des admissions	
2.1. Mission du bureau des entrées (BE).....	
2.1.1. L'importance du bureau des entrées	
2.1.2. Activité du bureau des entrées	
2.2. Situation informatique de bureau des entrées.....	
2.2.1. Aspect humain.....	
2.2.2. Aspect logiciel.....	
2.2.3. Aspect matériel.....	
Conclusion générale	
Bibliographie	
Annexes	
Liste des tableaux	
Table des matières	

Résumé :

La gestion du dossier médical fait référence à la façon dont les informations de santé d'un patient sont collectées, enregistrées, stockées, mises à jour et partagées. Cela englobe tout le processus de documentation et de suivi des données médicales d'un individu, généralement effectué par des professionnels de la santé dans le but de fournir des soins de qualité et de maintenir un enregistrement complet et précis des antécédents médicaux d'un patient.

Cette gestion implique la collecte de données lors des consultations, des examens médicaux, des procédures, des antécédents médicaux, des résultats de laboratoire, des diagnostics, des prescriptions, des rapports chirurgicaux et tout autre document pertinent pour la santé d'un individu. Ces informations sont conservées dans un dossier médical, qui peut exister sous forme papier ou être géré électroniquement via des systèmes d'information médicale. Il comprend également des aspects de confidentialité, de sécurité des données et de conformité aux réglementations en matière de protection des informations médicales, telles que les lois sur la confidentialité et la sécurité des données de santé.

Le but principal de la gestion du dossier médical est de faciliter la prestation de soins de santé en permettant un accès rapide et précis aux informations médicales pertinentes, tout en assurant la confidentialité et la sécurité des données du patient.

Mots clés : santé, risque, hôpital, responsabilité, médical, gestion.

Abstract:

Health record management refers to how a patient's health information is recorded, recorded, stored, updated, and shared. It encompasses the entire process of documenting and tracking an individual's medical data, usually carried out by healthcare professionals for the purpose of providing quality care and maintaining a complete and accurate record of a patient's medical data.

This management involves the collection of data during consultations, medical examinations, procedures, medical tests, laboratory results, diagnoses, prescriptions, surgical reports and any other documents relevant to an individual's health. This information is maintained in a medical record, which may exist in paper form or be managed electronically through medical information systems. It also includes aspects of privacy, data security, and compliance with health information protection regulations, such as health data privacy and security laws.

The primary purpose of medical record management is to facilitate the delivery of healthcare by enabling rapid and accurate access to relevant medical information, while ensuring the confidentiality and security of patient data.

Keys words: health, risk, hospital, responsibility, medical, management.