

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



**Mémoire de fin d'études**

**En vue de l'obtention du Diplôme de Master**

**En sciences économiques**

**Option : Economie de la Santé**

**Sujet :**

**L'informatisation de dossiers médicaux et la protection des données  
de santé dans la perspective de l'amélioration de la qualité des soins**

**Cas du CHU de TIZI-OUZOU**

**Réalisé par :**

M<sup>elle</sup> MOHAMED SEGHIR Manel

M<sup>elle</sup> ALOUANE Imène

**Encadré par :**

Mr. FERHAT Mohand

Devant le jury composé de :

Présidente : BOUCHAKOUR Souad      MCB

Examinatrice : SAOUDI Nadia      MCA

Rapporteur : FERHAT Mohand      MAA

**Promotion 2023- 2024**

## **REMERCIEMENTS**

Avant tout je remercie Dieu le tout puissant qui nous a donné du courage et de volonté pour achever ce travail.

Nous remercions notre professeur et encadreur M.FERHAT , c'est à lui que nous avons pu parcourir ce chemin et arrivé à un tel résultat, merci Monsieur pour votre aide, encouragement, patience et pour vos conseils qui ont un grand impact dans la réussite de notre projet.

Nous tenons aussi à remercier vivement l'ensemble du corps enseignant de département des sciences économiques et plus précisément ceux de l'économie de la santé qui nous ont apporté leur savoir-faire, leur disponibilité, ainsi qu'un suivi tout au long de notre formation .

Un merci chaleureux pour mademoiselle SELMI Cylia , pour son aide, ses conseils ainsi ses éclaircissements.

Nous tenons également à remercier : Madame SALMI Samia et Mr. SALMI Madjid pour leurs soutiens et leurs aides et leurs générosités.

Nous voulons également remercier le personnel de bureau des entrées, et les médecins, les infirmiers, les informaticiens et les archivistes au niveau de CHU de Tizi-Ouzou , sans oublier monsieur Toufik

## Dédicaces

A ma très chère mère : **Dahbia** Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection. A toi maman, l'être le plus cher sur terre, à toi qui a sacrifié sa vie pour mon éducation, mon bonheur et mon bien être. A toi maman qui a toujours su être à mon écoute et me comprendre à demi-mot à travers un simple regard, à me réconforter au moment opportun. A tes encouragements et tes prières qui m'ont toujours soutenue et guidés. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et mon infini amour. Que dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie. Je t'aime

A ma jolie sœur **Férouze**, mes très chers frères **Samir** et **Nabil** nul mot ne saurait exprimer l'amour, la tendresse et l'attachement que j'ai pour vous. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Puisseons-nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue

A mes cousines **Fatiha, Ouardia** et **Malika** et mon cher cousin **Belkacem**. A ma tante **Saadia Belaouche** et son fils **Abdenour** ( **Ami Elhadj** ) . Merci pour leurs amours et leurs encouragement .

A ma binôme **Manel** .

À tous mes collègues en ES.

À tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin...

**IMENE**

## Dédicaces

Je dédie ce mémoire

A **ma mère** qui m'a soutenu durant ces années d'études , pour son amour , ses encouragements et ses sacrifices

A **mon père** , pour son soutien , son affection et la confiance qu'il m'a accordé

A mes chers frères **AZEDINE** , **NOREDINE** , **ALILOU**, **KARIM** , ma chère sœur **DJAMILA** et son mari **KARIM** et leurs enfants , ceux qui ont partagé avec moi tous les moments d'émotion lors de la réalisation de ce travail . Il m'ont chaleureusement supporté et encouragé tout au long de mon parcours

A mes chères belle sœur **MOUNA** et **MERIEM** , source de joi et de bonheur .

A mon fiancé **BENYAHIA MOHAMMED ZAKARIA** , source d'amour ,d'espoir et de motivation

A ma binôme **IMENE**

A tous les étudiants de ma promotion 2023-2024

**MANEL**

# Sommaire

## **REMERCIEMENTS**

### **Dédicaces**

Liste des tableaux

### **Liste des figures**

### **Liste des abréviations**

<b>Introduction général.....</b>	<b>01.</b>
<b>CHAPITRE I :Dossier médical papier .....</b>	<b>06.</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>06.</b>
<b>Section 01 : Généralités sur le DMP .....</b>	<b>07.</b>
<b>Section 02 : les bénéficiaires du droit d'accès du DMP .....</b>	<b>17.</b>
<b>Section 03 ; Les fonctions et l'archivage et limites du dossier médical de patient.....</b>	<b>21.</b>
<b>Chapitre 02 :Passage du dossier papier au dossier médical informatisé : .....</b>	<b>29.</b>
<b>Section 01 : La base théorique du DMI :.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Section 02 : les normes et législation pour le DMI et objectifs .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Section 03 : avantages , inconvénients du DMI et la sécurité des données de santé .....</b>	<b>45.</b>
<b>Chapitre 03 : l'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de Tizi-Ouzou .....</b>	<b>52.</b>
<b>Section 1 : La présentation du CHU de Tizi-Ouzou.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Section2 : Organisation du CHU de T.O.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Section 0 3 : la démarche et le procédures d'admission des malades ...</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Section 04 : Etude de l'existante de dossier médical au niveau de l'hôpital CHU T.O.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Conclusion générale : .....</b>	<b>90.</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>95.</b>

## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Une petite comparaison entre dossier médical papier et dossier médical informatisé

## **Liste des figures :**

Figure 01 : La partie constitutive d'un dossier patient

Figure 02 : Exemple de lieu de conservation des dossiers médicaux

Figure 03 : Fenêtre d'authentification

Figure 04 : Menu pour secrétaire

Figure 05 : Interface gestion des patients

Figure 06 : Interface gestion des rendez-vous

Figure 07 : Interface gestion de la CNAM

Figure 08 : Menu principale pour Médecin

Figure 09 : Interface Pour la Gestion et suivi du dossier médical (Inf. Méd.)

Figure 10 : Interface Pour la Gestion des Médicaments

Figure 11 : Organisation du bureau des entrées

Figure 12 : la demande d'hospitalisation

Figure 13 : Le billet de salle

Figure 14 : La fiche navette

Figure 15 : le menu options du logiciel patient

Figure 16 : Saisie bulletin d'admission

Figure 17 : Saisie garde malade(G.M)

Figure 18 : Le menu option sur renseignement

Figure 19 : la fiche de saisie de sortie

Figure 20:Le menu option sur le saisie de sortie

Figure 21 : La page de saisie de sortie

Figure 22 : dossier de malade

Figure 23 : l'ordonnance

Figure 24 : Feuille d'observation

Figure 25 : fiche d'anesthésie

Figure 26 : Le résumé clinique de sortie:

Figure 27: Le résumé standard de sortie:

Figure 28 : Cycle de dossier médical

## Liste des abréviations

DMP	Dossier Médical de Patient
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
DP	Dossier de Patient
DM	Dossier Médical
PS	Professionnel de santé
DMI	Dossier Médical Informatisé
DPO	Data Protection Office/ Délégué à la protection des données
IBM	International Business Machines
OMS	Organisation Mondial de la Santé
ISO	International Organization for Standarzation
DMP	Dossier Médical Partagé
CNAM	Caisse National d'Assurance Maladie
INF	infirmière
MED	Médecin
CEN	Comité Européen de Normalisation
CT	Comité Technique
EDISANTE	Echange des Données Informatisé de santé
AFNOR	Association Francaise de Normalisation
EHCRA	Electronic Healthcare Record Architecture
ENV	ENV : Européen Norme Pré
GEHR	Good European Healthcare Record
HISA	HISA : Health Information System Architecture
EDIFACT	Electronic Data Interchange for Administration ,Commerce and Transport
EDI	EDI : Echange de Données Informatisé
HL	Health Level
XML	Xtensible Markup Language
SGML	SGML : Standard Generalized Markup Language
HTML	Hyper Text Markup Lan
UMLS	UMLS : United Medical Langage System



NLM	national Library of Medicine
ES	Etablissement de Santé
SIH	Le Système d'Information Hospitalier
TIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
CHU	<b>C</b> entre <b>H</b> ospitalo- <b>U</b> niversitaire
T.O	Tizi-Ouzou

# Introduction générale

### Introduction Générale

Le système d'information hospitalier (SIH) est une des composantes du système d'information de sante.il est appliqué aux établissements de santé (hôpitaux, cliniques, cabinets de santé, etc.).Il gère toutes les informations administratives et médicales de centre hospitalier.<sup>1</sup>

Le SIH est capable, selon des règles et modes opératoires prédéfinis, d'acquérir des données, de les évaluer, de les traiter par des outils informatiques ou organisationnels, de distribuer des informations contenant une forte valeur ajoutée à tous les partenaires internes ou externes de l'établissement

Le dossier médical représente un système d'information dans le domaine e-santé qui est un ensemble qui fait partie des SIH.

A l'origine le dossier médical constitue un outil professionnel, pour le seul usage du médecin. Il existe physiquement sous forme d'un document papier jusqu'à l'arrivée de l'informatisation des données.<sup>2</sup>

Le dossier du patient dans les établissements de santé est une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, radiologiques, diagnostiques et thérapeutiques, obtenues au cours du parcours hospitalier du patient. C'est un outil de réflexion, de synthèse, de planification et de traçabilité des soins, voire de recherche. Il constitue le patrimoine de l'institution où il est soumis à de nombreuses manipulations. Véritable enjeu et référence en cas de litige ou au cours d'expertises, il est surtout ce dont la pertinence et l'exhaustivité seront de bons indicateurs de la qualité de soins et de prise en charge et donc de satisfaction du patient.

Par ailleurs, le dossier médical bien tenu est essentiel pour obtenir les données nécessaires à une évaluation qualitative des soins, dont l'amélioration doit être une priorité objective. La qualité des soins est appréciée à base de certaines caractéristiques à savoir l'acceptabilité, l'accessibilité, le caractère approprié, la continuité, la délivrance au bon moment, l'efficacité, l'efficience et la sécurité.

Particulièrement, la tenue du dossier du patient influence la continuité des soins c'est à dire la coordination entre les différents professionnels intervenant auprès du patient suppose le partage des informations dans un support accessible, la sécurité c'est-à-dire la présence d'informations spécifiques facilement identifiables et accessibles permet la prévention des

---

<sup>1</sup> Gnoumou, M.Mise en place du système d'information hospitalier la clinique SANDOF (Université Polytechnique Bobo-Dioulasso), p13.

<sup>2</sup> 1 A LIEVRE (1), G MOUTEL (2). LE DOSSIER MÉDICAL : CONCEPTS ET EVOLUTIONS (DROITS DES PATIENTS ET IMPACT SUR LA RELATION SOIGNANTS-SOIGNÉS)

risques pour le patient , et l'efficacité des soins c'est-à-dire la prise de décision médicale est facilitée par la structuration du dossier et les informations qui y sont consignées.<sup>1</sup>

Le dossier médical est vu comme un outil polyvalent, dont la définition repose davantage sur son utilisation que sur ses caractéristiques fondamentales. L'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé a largement facilité l'informatisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) et donné naissance au dossier médical informatisé.

Les dossiers patients informatisés ont été introduits dans les années 1970 pour mieux organiser l'information des patients, améliorer la coordination des soins et améliorer la communication.<sup>2</sup>

L'informatisation du dossier médical permet de stocker dans un volume réduit des quantités considérables d'informations. Le dossier médical informatisé (DMI) est plus lisible que le dossier médical sous forme papier et l'accès aux informations recherchées est plus rapide. Avec le DMI, le partage des informations entre partenaires de soins se fait plus facilement aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital. Cela implique une meilleure continuité de soins et une diminution des coûts de la prise en charge globale du patient en évitant la répétition des examens.

Afin d'assurer ces fonctions et de répondre aux exigences croissantes de la société, le dossier du patient doit faire l'objet de la plus grande attention, sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évaluées pour repérer les dysfonctionnements éventuels et élaborer des plans d'amélioration.

C'est dans le cadre de cette réflexion que s'inscrit ce travail, pour répondre au besoin d'amélioration de la qualité des dossiers médicaux au sein du CHU Nadir Mohamed de Tizi-Ouzou, en continuité avec la démarche qualité et le processus de promotion des pratiques médicales menées par les dirigeants du service. Cette démarche est motivée par une conscience profonde de la corrélation entre qualité du dossier médical et qualité de soins.

### **Problématique ;**

Ainsi, notre problématique peut se formuler comme suit :

Comment concilier l'informatisation croissante des dossiers médicaux avec la protection rigoureuse des données de santé, tout en garantissant une amélioration continue de la qualité des soins au sein CHU de TIZI OUZOU?

---

<sup>1</sup> Société scientifique de médecine générale. Recommandations de bonne pratique: le dossier médical.-avril 2001 p (1)

<sup>2</sup> EMR : The Progress to 100% Electronic Medical Records, the university of Scranton.Consulté le 14 juillet 2018 ;

### **Sous questions :**

1. Comment l'informatisation des dossiers médicaux peut-elle améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé tels que CHU Tizi Ouzou ?
2. Quels sont les défis liés à la protection des données de santé dans le processus d'informatisation des dossiers médicaux, et comment peuvent-ils être surmontés pour garantir la sécurité et la confidentialité des patients ?

### **Choix de sujet :**

Nous avons choisi ce sujet en raison :

L'impact direct que l'informatisation des dossiers médicaux peut avoir sur la qualité des soins et la nécessité d'informatiser les dossiers médicaux en Algérie.

### **L'objectif de la recherche :**

L'objet de notre recherche vise à étaler la lumière sur l'utilisation de dossier médical du patient par les professionnels de la santé et son informatisation au sein du CHU de Tizi Ouzou et connaître les obstacles qui l'entravent d'aboutir à sa bonne utilisation.

### **Les hypothèses :**

- Le dossier médical patient (DMP) est un élément central de l'organisation et de la coordination des soins au sein d'un établissement de santé. Il permet d'assurer la sécurité et la continuité de la prise en charge des patients.
- Grâce à la traçabilité qu'il offre, le DMI contribue grandement à l'amélioration de la qualité des soins. Il permet également de prévenir tout risque de contentieux en cas de litige.

### **La méthodologie de recherche**

La méthodologie de recherche adoptée comprend deux volets principaux :

#### **1- Recherche documentaire**

Nous avons effectué une recherche documentaire approfondie, en nous appuyant sur des ouvrages, des thèses et des mémoires. Cette phase nous a permis de définir les notions de base en lien avec notre thématique de recherche.

#### **2- Enquête par entretiens**

Cette recherche documentaire a été complétée par une enquête de terrain, basée sur des entretiens non directifs menés auprès des responsables du CHU de Tizi-Ouzou. Cette approche qualitative nous a permis d'enrichir notre compréhension du sujet.

### **Structure du mémoire**

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en trois chapitres.

Le premier chapitre traite la tenue du dossier médical du patient (papier). Le deuxième chapitre aborde la question de l'informatisation du dossier médical du patient. Enfin le dernier chapitre c'est là que nous allons présenter notre cas empirique en l'occurrence le CHU Nadir Mohamed de Tizi-Ouzou à présenter en première partie, en suite on traitera l'informatisation du dossier médical du patient au sein du CHU T.O.

## CHAPITRE 01 : Dossier médical de patient

**Introduction**

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 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 du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle et pluridisciplinaire...<sup>1</sup>

Le droit à l'information est un principe universel reconnu par toutes les réglementations à travers le monde. De plus, la communication des éléments du dossier médical est un élément principal assurant la continuité de soins, rôle principal du dossier du patient.<sup>2</sup>

Le DP est un outil central de l'organisation des soins dans un établissement de santé; sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évaluées pour être améliorées et conduire ainsi à une meilleure prise en charge du patient et à l'optimisation du fonctionnement de l'établissement.

La bonne tenue de dossier médecins fait en sorte que des données plus fiables sont accessibles pour prendre des décisions cruciales dans le secteur des soins de santé. La tenue du dossier médical permet aussi d'améliorer la qualité des données du système de soins de santé. Les renseignements qui y sont consignés et conservés, une fois recueillis et regroupés, sont utilisés par les professionnels de la santé, les planificateurs du système de santé, les chercheurs et autres intervenants qui ont à prendre des décisions importantes relativement aux besoins de soins de santé.

Ce chapitre est donc constitué de trois sections, La première section est une mise au point sur le dossier médical dans l'histoire et définitions pour le DMP tout en citant certains auteurs de renommé. La deuxième section traitera sur les bénéficiaires du droit d'accès du DMP. La troisième section sera consacrée aux fonctions et l'archivage et limites du dossier médical de patient .

---

<sup>1</sup>Has

<sup>2</sup> ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003.



## Section 01 : Généralités sur le DMP

Le dossier médical du patient est essentiel en médecine moderne , regroupant toutes les informations de santé de patient .Dans cette section on va traiter des généralités sur le DMP ,

### 1.1.Historique de DMP

Longtemps, le dossier médical a été la simple matérialisation d'un besoin du médecin qui, craignant la trahison de sa mémoire, conservait les notes personnelles qui lui permettaient de ne rien oublier de l'histoire de son patient. La relation entre le médecin et son patient était à cette époque duelle, il s'agissait de la « rencontre d'une conscience et d'une confiance ». La notion de partage dans ce dossier médical en devenir se limitait aux écrits échangés entre médecins ou avec les proches ou la famille du patient <sup>1</sup>

En effet, les premiers dossiers des patients ont été écrits sur les colonnes des temples dans l'Égypte, la Grèce et la Rome antiques. Ainsi le papyrus découvert par Smith près de THEBES daté de 1700 avant Jésus Christ contenait la description structurée de 48 cas cliniques dont la qualité de description était à l'origine de la célébrité d'Hippocrate <sup>2</sup>

Au 9ème 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 « Continens »<sup>3</sup>

C'est au 19ème siècle, lors de la création des hôpitaux modernes, que le dossier médical apparaît : il inclut des données médicales, sociales et administratives. <sup>4</sup> Ce dossier avec un volet administratif a longtemps été hors de portée du malade, pour assurer le respect du secret médical.

En France La notion de dossier médical rattaché à chaque patient n'apparaît qu'à la fin du 18ème siècle, comme un registre du patient dans les hôtels -dieu à paris, mais dont le

---

<sup>1</sup> M. FIESCHI :au sujet du projet de mise en place du Dossier médical personnel, Droit social, n° 1, janvier 2005, p. 90.

<sup>2</sup> H. FALCOFF : Dossier médical en médecine générale. La revue du praticien, médecine générale, n° 404,1997, p 71-80.

<sup>3</sup> G.MOUTE : cours Évolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins- soignants patients: approche historique, médicale, médico-légale et éthique. Faculté de médecine, Université Paris 5,2004.

<sup>4</sup>A. LIEVRE,G. MOUTEL : Cours du dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés

contenu reste succinct. C'est au 19<sup>ème</sup> siècle, lors de la création des hôpitaux modernes, que le dossier médical apparaît : il inclut des données médicales sociales et administratives <sup>1</sup>

En 1907 à la Mayo Clinique, le Dr Henry S. Plummer met en place un dossier médical qui peut être considéré comme le premier dossier médical hospitalier "moderne"(médical record). Un dossier est créé pour chaque patient à qui il est attribué un numéro lors de sa première venue dans l'établissement, ce numéro et ce dossier seront utilisés lors des prises en charge suivantes. Ce numéro unique de la Mayo Clinique est le précurseur de l'Identifiant Patient Permanent(IPP) d'un Système d'Information Hospitalier (SIH). Outre la volonté d'avoir un meilleur recueil d'informations par l'intermédiaire de formulaires types, une des raisons majeure de la mise en place de ces dossiers est la prise en charge des patients par une équipe de médecins et de chirurgiens.<sup>2</sup>

Dès 1931 aux USA, un « médical record », enregistrement de qualité des données médicales dans les hôpitaux était considéré comme une exigence éthique <sup>3</sup>

Les années 1945-1970 vont connaître des tournants majeurs en ce qui concerne les droits des patients, et l'évolution des pratiques médicales avec une prise de conscience profonde de réintégrer la personne dans la relation médecin malade, c'est-à-dire, d'un point de vue éthique et juridique, intégrer l'information et le consentement dans la pratique médicale de recherche et de soins. Après des siècles de paternalisme médical, préservant le malade de l'information et de la vérité, et négligeant parfois la demande de consentement, c'est avec le procès de Nuremberg- faisant suite aux exactions des nazis dans la recherche biomédicale- que s'est faite la prise de conscience de la nécessité de réintégrer la personne dans la relation médecin/malade, c'est-à dire, d'un point de vue éthique et juridique, d'intégrer l'information et le consentement dans la pratique médicale de recherche et de soins.<sup>4</sup>

C'est à partir des années 1970 que le dossier médical a pris une place prépondérante dans la pratique quotidienne du médecin et ceci pour plusieurs raisons : dans une démarche d'amélioration de qualité des soins, de qualité des études dans la recherche clinique, et

---

<sup>1</sup> A. LIEVRE , G .MOUTEL :Le dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés). p (2)

<sup>2</sup> Ahmed-Diouf DIRIEH DIBAD thèse recherche d'information multi terminologique au sein d'un dossier patient informatisé Février 2012.p (13).

<sup>3</sup> Rapport du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé, Rapport d'activité, le dossier de santé, 1999p (23)

<sup>4</sup> G.MOUTEL : Cours évolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins- soignants patients: approche historique, médicale, médicolégale et éthique. Faculté de médecine, Université Paris 5, 2004.

notamment dans le cadre de problèmes de responsabilité et de traçabilité suite à des contentieux entre patients et le corps médical.<sup>1</sup>

Aujourd'hui, le dossier médical est vu comme un outil polyvalent, dont la définition repose davantage sur son utilisation que sur ses caractéristiques fondamentales. L'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le domaine de la santé a largement facilité l'informatisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) et donné naissance au dossier médical électronique.

## **1.2. La définition de DMP**

Il existe plusieurs définitions du Dossier du patient pour DEGOULET, P, FIESCHI, M.

« Le dossier médical est la mémoire intégrale, écrite et constamment mise à jour, dans laquelle sont consignées toutes les informations nécessaires à la prise en charge et à la surveillance d'un patient »<sup>2</sup>

Selon Francis Roger France qui affirme que

«Le DP est la mémoire écrite de toutes les informations concernant un patient, constamment mises à jour, et dont l'utilisation est à la fois individuelle et collective »<sup>3</sup>

Les Professeurs François KOHLER<sup>4</sup> et Eric TOUSSAINT<sup>5</sup> abordent le dossier médical sous l'angle d'une prise en charge harmonieuse et coordonnée des soins sans oublier l'aspect pédagogique de ce dernier (enseignement, recherche).

«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. 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 du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans

---

<sup>1</sup> A. LIEVRE , G. MOUTEL :Dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés). p (2)

<sup>2</sup> P.DEGOULET, M.FIESCHI :Traitement de l'information médicale : Méthodes et applications hospitalières. Chapitre 10 : Informatisation des dossiers médicaux. Collection Manuels Informatiques. Masson – Entreprise. 1991

<sup>3</sup> F.H.ROGER :Le résumé du dossier médical, indicateur informatisé de performance et de qualité de soins, Bruxelles, 1982.

<sup>4</sup> François KOLER : Informatique médicale, CHRU Nancy, instigateur du premier DESS information médicale

<sup>5</sup> Eric TOUSSAINT : historien belge, président du Comité pour l'abolition de la dette du Tiers Monde, membre du Conseil international du Fond Social Mondial

le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus»<sup>1</sup>

En d'autre terme, « Le dossier du patient est créé à l'occasion du premier contact du patient avec l'établissement de soins (consultation externe ou hospitalisation). Il s'enrichit ensuite de la trace des interventions des différents professionnels rencontrés par le patient au cours de son parcours dans l'établissement de santé. À l'issue de chaque contact, le dossier est classé puis archivé »<sup>2</sup>

Le dossier regroupe des informations pertinentes; c'est un outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale, en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique. Les informations qu'il comporte favorisent la coordination de la prise en charge du patient au cours et à l'issue de son contact avec l'établissement de santé.

### **1.3. Le contenu d'un DMP**

#### **La partie constitutive d'un dossier patient**

Le contenu d'un DMP comprend les trois volets :<sup>3</sup>

- ♣ Le dossier administratif ;
- ♣ Le dossier des professionnels de santé ;
- ♣ Le dossier de soins infirmier.

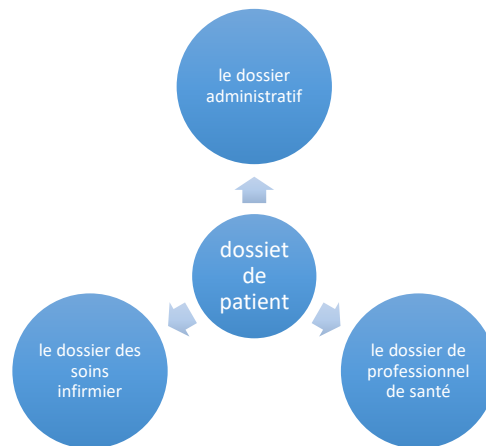
---

<sup>1</sup> HAS

<sup>2</sup> Agences national d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) /service évaluation des pratiques professionnelles /juin 200. p.16.

<sup>3</sup> EDLIRA ZAZANI .Informatisation du dossier patient aux hospices-centre hospitalier universitaire vaudois et aux hôpitaux universitaires de Genève : étude comparative. p.8

Figure n° 1 : La partie constitutive d'un dossier patient



Source: EDLIRA ZAZANI .Informatisation du dossier patient aux hospices-centre hospitalier universitaire vaudois et aux hôpitaux universitaires de Genève : étude comparative. p.8

Le dossier du malade dans sa forme hospitalière, comporte des données d'origine diverses, ce dernier est constitué d'autant de dossiers partiels :

➤ **Le dossier médical administratif :**

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

Il comporte pour chaque malade hospitalisé, le nom et l'adresse du malade, son numéro d'immatriculation, sa caisse d'affiliation, la date et l'heure de son entrée, la discipline d'admission, la notion de transfert éventuel, la date et l'heure de sortie. Une fiche d'aptitude de retour au domicile est exigée pour les patients traités en structure alternative<sup>1</sup>. Et enfin tout ce qui concerne la facturation de séjour.

L'identification administrative doit comporter, outre l'identification du patient et les éléments réglementaires, la profession et l'employeur éventuels, les coordonnées du médecin traitant. Une identification administrative standardisée et de qualité évite les doublons résultant de nouveaux recueils d'information susceptibles de générer des erreurs dans les services de soins ou médico- techniques. Elle permet la production d'étiquettes utilisables

<sup>1</sup> République française. Ministère de la santé Code de la santé publique, Décret n° 2002-780 du 3 mai 2002

pour les demandes d'examens complémentaires. Les étiquettes avec code à barres sont un moyen qui aide l'archivage des dossiers.

➤ **Le dossier des professionnels de santé**

Le dossier du patient contient l'ensemble des informations produites par les professionnels de santé. Défini par FH Roger-France en 1981 comme :

«...une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques, et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelles et collectives, constamment mise à jour.»<sup>1</sup>

Il rassemble des informations de natures diverses <sup>2</sup> : des informations médicales antérieures à l'hospitalisation ou à la consultation actuelle (identité, anamnèse, allergies, antécédents, traitements, etc.), des informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie, des informations médicales produites au cours du séjour en établissement de santé (observations, comptes rendus d'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. Tout médecin hospitalier est concerné par la tenue de ce dossier, il doit y consigner toutes ses observations, ses interventions et les hypothèses qu'il formule en conclusion.<sup>3</sup>

➤ **Le dossier des soins infirmier :**

Il se définit comme «un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière»<sup>4</sup>

Le dossier de soins doit contenir toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé, les diagnostics infirmiers, les observations pendant le séjour, les feuilles de transmissions infirmières, les interventions de soins, les fiches de liaison interservices, la fiche de synthèse élaborée à la sortie du patient et la fiche de liaison pour les modalités de suivi. L'infirmière, après chaque intervention : note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée ; note, date et signe ses observations sur

---

<sup>1</sup> J.RAKIC ,G. HERMANS : l'accès du patient au dossier médical. p (48)

<sup>2</sup> Daphné JAYET .institut supérieur d'électronique de paris. Thèse professionnelle. Communication du dossier médical. Janvier 2010.p (8)

<sup>3</sup> ANAES / service évaluation des pratiques professionnelles / juin 2003

<sup>4</sup> J. RAKIC , G.HERMANS : l'accès du patient au dossier médical. p (48)

l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale. Il comporte le dossier de soins infirmiers ou à défaut les informations relatives aux soins infirmiers et les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé éventuellement organisées en « sous dossiers »

Elle exige que toutes les prescriptions médicales soient notées, datées et signées par les médecins prescripteurs dans le dossier de soins infirmiers. Elle s'assure également que toutes les informations et observations écrites soient datées et signées. L'infirmière, lors de la sortie de la personne soignée, établit par écrit une synthèse de la prise en charge infirmière du patient et renseigne la fiche de liaison infirmière.<sup>1</sup> Il est une composante essentielle du dossier du patient dont il fait partie intégrante.

- **Le contenu du dossier médical**

Le contenu du dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice- risque de la Stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif. Il comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi. Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.

Le code de santé publique prévoit à la fois une liste minimale du document devant être contenus dans le dossier médical du patient « hospitalisés » (le dossier comprend « au moins » les documents ...), leur classement dans un ordre homogène en trois grandes catégories de pièces et la non-communicabilité au patient des pièces relatives à des tiers.<sup>2</sup>

Ce classement en trois catégories doit permettre une constitution structurée et standardisée des dossiers.<sup>3</sup> Notamment

- ✓ La première catégorie comprend « les informations formalisées lors des consultations

Externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ». Sont concernés les documents suivants, lorsqu'ils existent ou sont justifiés par la prise en charge :

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;

---

<sup>1</sup> ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003

<sup>2</sup> Article R.1112-2, Santé public

<sup>3</sup> AP-HP-2014-Direction des affaires juridiques-communiquer le dossier medical

- Les motifs d'hospitalisation ;
  - La recherche d'antécédents et de facteurs de risque ;
  - Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
  - La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
  - Les informations relatives à la prise charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para cliniques, notamment d'imagerie ;
  - Le type de pris en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
  - les informations sur la démarche médicale ;
  - le dossier d'anesthésie ;
  - le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
  - le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
  - le correspondances échangées entre professionnels de santé.
- ✓ La seconde catégorie est constituée des informations formalisées établies à la fin du séjour et comprend notamment :
- le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
  - les modalités de sortie (vers le domicile, vers une autre structure) ;
  - la fiche liaison infirmière.
- ✓ La troisième catégorie concerne les informations qui mentionnent qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.
- En Algérie, Le contenu du dossier médical n'est pas régi par des lois. C'est les médecins qui décident sur son élaboration. Le dossier médical du patient comporte des pièces standards pour tous les services de l'hôpital établis à chaque patient, par la suite chaque service contient des fiches spécifiques selon la spécialité.
    - ❖ Le dossier de malade
    - ❖ La demande d'hospitalisation
    - ❖ Le bulletin d'admission
    - ❖ La fiche d'observation
    - ❖ Le résumé clinique de sortie
    - ❖ Le résumé standard de sortie
    - ❖ la fiche navette



### 1.4.la communication du DMP

Le droit à l'information est un principe universel reconnu par toutes les réglementations à travers le monde. De plus, la communication des éléments du dossier médical est un élément principal assurant la continuité de soins, rôle principal du dossier du patient. Cependant, l'accès et la communication de l'information médicale sont soumis à différentes règles légales et déontologiques visant toutes à protéger le secret professionnel. Celui-ci couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. Il s'impose à toute personne ayant accès à l'information médicale qu'il intervienne directement ou non dans le soin.<sup>1</sup>

#### ➤ Le secret professionnel

Le secret professionnel c'est les connaissances ou les informations qui doivent être réservé à certaines personnes et qu'on ne doit pas divulguer. Le dossier et les informations médicales qui y sont contenues sont confidentiels et relèvent du secret professionnel. Les informations médicales ne peuvent être partagées qu'entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et la continuité des soins du patient. En effet, la seule qualité de médecin ou de professionnel de santé n'autorise pas ce partage.

Le secret médical est une règle fondamentale. Il est ancré dans la pratique médicale depuis ses origines, auquel s'engage tout jeune médecin lorsqu'il prête le serment d'Hippocrate « Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions» Les fondements actuels du secret médical sont régis par le Code de la santé publique, le Code pénal et, bien sûr, le Code de déontologie. Un praticien qui faillit à ces règles est passible de sanctions.<sup>2</sup>

En Algérie, Le secret professionnel est régi dans le code de déontologie médical décret exécutif<sup>3</sup> N : 92-276 du juillet 1992 Article 36 : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du malade et de la collectivité, s'impose à tout médecin et chirurgien-dentiste sauf lorsque la loi en dispose autrement.

---

<sup>1</sup> ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003.

<sup>2</sup> ISABELLE COLOMBET. Informatisation et confidentialité : l'expérience de l'hôpital européen Georges Pompidou. Tome 55. Centre Laennec. 2007

<sup>3</sup> Code de déontologie médical en Algérie.

Art 37 : Le secret professionnel couvre tout ce que le médecin, chirurgien-dentiste a vu, entendu, compris ou lui a été confié dans l'exercice de sa profession.

Article 38 : Le médecin, le chirurgien-dentiste veillera à faire respecter par les auxiliaires, les impératifs du secret professionnel.

Article 39 : Le médecin, le chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques et documents qu'il détient concernant ses malades.

Article 40 : Quand le médecin, le chirurgien-dentiste se sert de ses dossiers médicaux pour des publications scientifiques, il doit veiller à ce que l'identification du malade ne soit pas possible.

Article 41 : Le secret médical n'est pas aboli par le décès du malade, sauf pour faire valoir ses droits.

➤ **Le droit à la communication du dossier du patient**

Le droit à la communication des informations contenues dans le dossier du patient s'est progressivement construit au travers des législations successives qui sont obsolètes depuis la loi du 4 mars 2002. La communication peut maintenant se faire soit :

- ✓ au médecin, désigné par le patient, qui a ou non prescrit l'hospitalisation mais qui assurera la continuité des soins ;

"À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum."

Dans ce cas, c'est le médecin responsable du patient qui détermine les pièces essentielles du dossier dont les copies doivent être communiquées pour assurer la continuité des soins.

- ✓ au patient lui-même s'il est majeur et, de son vivant, uniquement à lui, à l'exclusion de tout autre :

"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, .... Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication."

Le médecin qui a prescrit l'hospitalisation n'est pas forcément le médecin traitant du patient. C'est le patient qui désigne le praticien qui assurera son suivi ou qui pourra recevoir des informations le concernant.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002. p.4118

## Section 02 : les bénéficiaires du droit d'accès du DMP

Dans cette section on va présenter l'accès et les bénéficiaires du DMP

### 2.1. l'accès au dossier médical

L'accès du patient à son dossier médical permet de lui fournir une information éclairée de son état et de sa prise en charge. Par conséquent l'intérêt est double, pour le professionnel et le patient.<sup>1</sup>

- **L'intérêt du dossier médical pour le patient**

- ✓ Accès à l'ensemble des informations de santé tout patient a le droit d'accéder directement à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par les professionnels et établissements de santé qui ont participé à son suivi médical.
- ✓ Formalisation des données ces informations sont formalisées dans le dossier médical, qu'il s'agisse de résultats d'examens, de comptes rendus de consultations ou d'hospitalisations, de protocoles de traitement, de prescriptions, de correspondances entre professionnels, etc.
- ✓ Suivi du diagnostic et du traitement toutes ces données ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement du patient, ou à la mise en place d'actions de prévention le concernant.
- ✓ Exceptions  
Certaines informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique du patient, ou concernant ces tiers, ne sont cependant pas communicables au patient.

- **L'intérêt du dossier médical pour les professionnels de santé**

Le dossier médical du patient présente plusieurs avantages pour les professionnels de santé :

- ✓ Suivi à long terme  
Le dossier médical permet un suivi sur le long terme de l'état de santé du patient, en gardant une trace de ses antécédents, de l'évolution de ses pathologies et des traitements mis en place.
- ✓ Approche globale  
Le dossier médical offre une vision d'ensemble de la santé du patient, en rassemblant

---

<sup>1</sup> Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. 2011-1012 p(7)

toutes les informations relatives à ses différentes pathologies. Cela permet une prise en charge plus globale et coordonnée.

- ✓ Transmission des données le dossier médical facilite la transmission des informations entre les différents professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient, assurant ainsi la continuité des soins.
- ✓ Traçabilité et prévention la tenue du dossier médical impose une traçabilité des actes et décisions médicales. Cela favorise la mise en place d'actions préventives et éducatives adaptées au patient.
- ✓ Gestion du patient Enfin, le dossier médical simplifie la gestion administrative du patient au sein du système de santé, en centralisant toutes les données le concernant.

La consultation du dossier a également une valeur éducative pour le patient : elle peut lui permettre de disposer des informations dont il a besoin pour suivre l'évolution de son état de santé et en tirer des conclusions <sup>1</sup>.

En Algérie, l'accès au dossier médical est seulement cité dans l'avant-projet de la loi sanitaire<sup>2</sup> Article 36 : Toute personne doit, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité, être informée sur son état de santé, des soins qu'elle nécessite et des risques qu'elle encourt. Les droits des mineurs et des majeurs sous tutelle mentionnés au présent chapitre sont exercés, selon les cas, par les parents ou par les tuteurs.

## **2.2. Les bénéficiaires du droit d'accès au DMP**

L'accès du patient à son dossier médical permet de lui fournir une information éclairée de son état et de sa prise en charge. Par conséquent l'intérêt est double, pour le professionnel et le patient. Ces personnes sont : <sup>3</sup>

### **➤ Le patient**

Le patient hospitalisé doit recevoir en fin de séjours les informations nécessaires à la continuité des soins.

---

<sup>1</sup> DROIT DE LA CONSOMMATION Dossier médical et droits du patient. P(7)

<sup>2</sup> L'avant projet de la loi sanitaire

<sup>3</sup> CASAGRANDE, Thierry. L'accès direct au dossier médical : Principes juridiques et réalités pratiques. Médecine & Droit, 2005

➤ **Les ayants droit du patient décédé**<sup>1</sup>

Le droit d'accès au dossier d'un patient décédé par les ayants droit est limité. Avant d'autoriser un ayant droit à accéder aux informations concernant le défunt, le professionnel de santé devra donc vérifier :

- L'absence d'opposition du patient exprimée de son vivant ;
- L'identité du demandeur et son statut d'ayant droit par la production d'un document ;
- qui atteste de ce statut et peut être obtenu notamment auprès d'un notaire ou d'un officier d'état civil (livret de famille, acte de notoriété).
- la motivation de l'accès, qui ne peut résulter que de l'une des trois raisons invoquées dans la loi :
- connaître les causes du décès,
- faire valoir ses droits,
- défendre la mémoire du défunt.

➤ **Les parents**

La situation est différente selon que l'enfant est mineur ou majeur au moment de la demande faite par les parents :

- ✓ Les parents d'un enfant mineur

L'accès aux informations médicales du mineur peut intervenir sans l'intervention d'un médecin, à la demande du majeur responsable du patient. Cependant, si le mineur sollicite la présence d'un praticien, sa requête s'impose à la prétention de l'adulte.

Le médecin peut refuser la demande des parents si le mineur s'oppose à la consultation de son dossier afin de garder le secret sur son état de santé.

- ✓ Les parents d'un enfant majeur :

Ils ne peuvent pas accéder aux informations médicales concernant leur enfant même pour des informations remontant à la période pendant laquelle leur enfant était mineur. Ils sont considérés comme des tiers

---

<sup>1</sup> ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003

**➤ Les tiers**

Le patient et ses proches, d'autres tiers peuvent accéder au dossier du patient hospitalisé. Ainsi certains médecins bénéficient du droit d'accès au dossier du patient, mais également les juridictions.

- ✓ L'accès des médecins au dossier du patient en dehors du médecin amené à délivrer des soins au patient, trois catégories de médecins peuvent accéder au dossier médical :

-Les médecins qui participent à la prise en charge du patient : L'accès du médecin hospitalier au dossier du patient hospitalisé constitue un élément important pour la continuité et de la coordination des soins, et la limitation des examens et actes médicaux.

-Les médecins désignés par le patient pour prendre connaissance du dossier : le médecin intermédiaire qui aide le patient à comprendre les éléments figurants dans son dossier, et le médecin conciliateur de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;

-Les médecins habilités par la loi à accéder au dossier :

Le médecin responsable du département d'information médicale, et les médecins-conseils de la sécurité sociale, et les médecins inspecteurs de la santé.

- ✓ L'accès de la justice au dossier du patient

La justice peut accéder au dossier du patient dans les cas au Le médecin-expert auprès des tribunaux (L'expertise médicale est un acte par lequel un médecin, désigné par un magistrat ou une autorité, prête son concours technique) afin de déterminer et d'apprécier l'état physique et mental d'une personne, puis d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences pénales ou civiles est la saisie du dossier du patient en cas d'enquête pénale. Ou dans le cas de la production en justice du dossier du patient.

## Section 03 : Les fonctions et l'archivage et limites du dossier médical de patient

Dans cette partie on va aborder les fonctions et l'archivage et limites du DMP

### 3.1. Les fonctions du DMP

Le DMP est outil central pour assurer et améliorer la qualité de soins, et l'instrument principal de centralisation et de coordination des activités au sein d'un établissement de soins pour une meilleure gestion de la santé des patients. Voici quelques-unes de ses principales fonctions :

➤ **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 intégré 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

➤ **Facilitation du travail du médecin**

Le DMP facilite considérablement le travail de médecin en centralisant toutes les informations essentielles sur la santé d'un patient au même endroit. Cela permet un accès rapide et facile à l'historique médical complet, y compris les antécédents, les diagnostics précédents, les résultats de tests et les traitements passés.

Cette centralisation aide les médecins à prendre des décisions cliniques informées, à coordonner les soins avec d'autres professionnels de santé, à suivre l'évolution de santé de patient et évaluer l'efficacité de traitement.

➤ **Fonction de sécurisation des soins**

Le DMP permet une meilleure sécurité du circuit des prescriptions, en particulier celui du médicament<sup>1</sup>. Les recommandations et bonnes pratiques accessibles via le paramétrage du logiciel confortent cette sécurité.

---

<sup>1</sup> BONTHOUX, Thomas. LEREUN, Ronan. PLASSAIS, Olivier. Comprendre les problématiques du Dossier médical informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatisés, 2015, p.6

➤ **Outil de communication et de coordination**

Le dossier est un outil de communication vis à vis des patients, des confrères spécialistes ou généralistes et de tout autre soignant ou intervenant dans le processus de soins<sup>1</sup>. Ce que permet une prise en charge plus efficace et sûre.

➤ **Fonction de soins**

Le dossier du patient constitue un élément clé de la qualité des soins.

➤ **Fonction de continuité des soins**

Les maladies évoluent généralement d'une manière périodique, ce qui impose un suivi longitudinal.<sup>2</sup> Un enregistrement des épisodes successifs, en plus de la restitution des antécédents relatifs aux problèmes de santé du moment, permet de garantir au maximum la continuité des soins.

➤ **Fonctions d'intégration de soins et de synthèse**

Une bonne tenue du DM 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 font de ce dernier un « tout » non dissociable.<sup>3</sup>

➤ **Fonction médico-légale**

La tenue d'un DMP permet d'établir le droit tant pour le patient que pour le médecin. Les données personnelles relatives à la santé peuvent servir de preuve légale dans les affaires juridiques où la responsabilité du médecin est engagée.

➤ **Outil d'évaluation**

- L'évaluation des pratiques médicales consiste, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), à analyser régulièrement sa pratique effective par rapport aux recommandations. Selon deux méthodes
- L'évaluation à posteriori qui consiste à analyser les données d'activité clinique (conservées dans le dossier médical) par rapport à une recommandation de pratique.

---

<sup>1</sup> Collège des médecins du Québec. Guide d'exercice : la tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Décembre 2005.

<sup>2</sup> SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. Recommandations de Bonne pratique: le dossier médical. 18-04-2001.

<sup>3</sup> SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. Recommandations de Bonne pratique: le dossier médical. 18-04-2001



L'évaluation à priori qui consiste à pratiquer en suivant une recommandation, par exemple en appliquant un protocole préétabli.<sup>1</sup>

➤ **Outil d'enseignement et de recherche**

Les dossiers des patients permettent d'accumuler, au fil du temps, un grand nombre de données relatives à la santé. Ces données, fiables et pertinentes, mises à la disposition des chercheurs, permettent de mener des études qui contribuent à l'amélioration des pratiques et des connaissances médicales et contribuent également à l'enseignement des nouvelles générations de praticiens et à leur 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.<sup>2</sup>

### **3.2.L'archivage du DMP**

#### **3.2.1.L'importance de l'archivage de DMP**

L'archivage du dossier médical est soumis à une réglementation exhaustive. Elle fait aussi de l'hôpital le propriétaire du dossier médical et le responsable de sa conservation. Ces dossiers avant d'être archivés doivent subir un tri par le praticien qui l'a conçu afin de ne conserver que les documents nécessaires et utiles au suivi ultérieur du patient et les documents que la réglementation impose de conserver.<sup>3</sup>

L'archivage du dossier du patient répond aujourd'hui à un triple intérêt :

1– 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 ;

2 – un intérêt médico-légal en conservant des documents définis par la réglementation. Ces documents vont constituer une preuve utilisable en cas d'introduction d'une action en justice, particulièrement dans le domaine de la responsabilité médicale ;

---

<sup>1</sup>O. KANDEL, B.GAVIN, C.ROY, JF.MAGNARD : Le dossier médical informatisé : Comment peut-il contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles. La revue du praticien - médecine générale, 2006 ; 20 : 967-969

<sup>2</sup> SOCIETE SCIENTIFIQUE DE MEDECINE GENERALE. Recommandations de Bonne pratique: le dossier médical. 18-04-2001

<sup>3</sup> Syndicat National des Médecins de PMI. Informatisation des dossiers médicaux en PMI, les enjeux, les questions, les propositions et les demandes des professionnels. - Mars 2016.p.2.

3– 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.

### **3.2.2.La durée de l'archivage du DMP**

Les dossiers médicaux doivent être conservés pour une durée de 20 ans minimum à compter du dernier passage dans l'établissement et/ou dernière consultation. Sauf Les personnes décédées : Les dossiers sont conservés pour une durée de dix ans après la date du décès.

Les durées spécifiques : 30 ans, pour les dossiers constitués lors d'assistance médicale à la procréation, 40 ans, pour les dossiers transfusionnels, 70 ans, pour les dossiers concernent la neurologie, stomatologie et les maladies chroniques, Indéfiniment, les dossiers d'affection de nature héréditaire susceptible d'avoir des répercussions pathologiques ou traumatisantes sur les descendants.<sup>1</sup>

En effet, le dossier médical doit toujours rester à l'intérieur de l'établissement de santé où il a été conçu le médecin et le patient ainsi que les différentes personnes précisées précédemment n'ont qu'un droit d'accès à ce dossier.<sup>2</sup>

En Algérie le dossier médical doit être archivé pour une durée indéterminée, il obéit à la même règle générale que celle du système de santé.

### **3.2.3.La modalité d'archivage le dossier médical papier**

Il existe plusieurs étapes à suivre pour archiver correctement un dossier papier. Voici les principales :<sup>3</sup>

1-Préparation du dossier : il est important de trier les documents afin de s'assurer qu'ils sont en bon état et qu'ils sont classés dans l'ordre chronologique approprié. Si certains documents sont abîmés ou illisibles, ils doivent être restaurés ou reproduits avant d'être archivés.

2-Enregistrement des données : il est important de créer un système de classement et d'indexation qui permette de retrouver facilement les documents à une date ultérieure. Cela peut se faire en utilisant des codes de classification, des fiches de référence ou des logiciels de gestion de documents.

---

<sup>1</sup> ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003

<sup>2</sup> Ministère de la santé. Le dossier médical. Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires. Février 2006

<sup>3</sup> <http://www.dpo-partage.fr/archivage-donnees-de-sante-2/>

3-Stockage du dossier : les dossiers papier doivent être stockés dans un lieu sûr et sec, à l'abri de la lumière et de l'humidité. Il est recommandé d'utiliser des classeurs à dos rigide ou des boîtes en carton spécialement conçues pour l'archivage.

**Figure 02 : Exemple de lieu de conservation des dossiers médicaux**



### **3.3.les limites de la forme classique « papier »**

Le dossier médical dans sa forme papier était toujours le support d'information relative au malade le plus pratique et le plus utilisé. À de nombreux inconvénients dont le plus important son :

- ✓ l'impossibilité d'avoir une vision complète du passé médical des patients ; les dossiers papier ne contiennent pas, dans un grand nombre de cas, des éléments jugés indispensables comme l'identité du malade ou du rédacteur du dossier, le motif d'hospitalisation, la date d'entrée et de sortie, les comptes rendu d'hospitalisation et les conclusions de sortie... etc. Et même s'ils existent, ils sont parfois illisibles et mal sauvegardés <sup>1</sup>.
- ✓ Le dossier papier présente des limites en matière d'archivage puisque le papier a une pérennité limitée dans le temps. Ainsi, plusieurs dossiers se déchirent et se dégradent

---

<sup>1</sup>F. BOULAY.,T. CHEVALLIER ,Y. GENDREIKE,V. MAILLAND,Y. JOLIOT, R.SAMBUC : Méthode d'audit de la qualité du dossier médical : audit de 467 dossiers médicaux dans le cadre du contrôle de qualité PMSI. Santé publique 1998, volume 10, N° 1.

après un certain temps et parfois ne sont même pas retrouvés. Aussi par le volume qu'ils constituent, les dossiers papier sont souvent éliminés après un temps donné à défaut d'espace de conservation.

- ✓ la difficulté d'accès à l'information dans le cadre de l'urgence et pour les professionnels, nouvellement impliqués dans la prise en charge.

Aussi par le volume qu'ils constituent, les dossiers papier sont souvent éliminés après un temps donné à défaut d'espace de conservation.

Ces limites sont soit rattachés au support papier lui-même, ou au contenu et à la structuration du dossier papier.

Les différentes études qui portent sur la qualité du dossier médical, dont l'audit clinique reste la principale, ont permis de mettre en évidence ces inconvénients.

Pour être claire, le dossier papier est souvent mal structuré, difficile à lire, parfois introuvable. L'éparpillement des informations, empilées chronologiquement, peut retarder l'identification et la résolution des problèmes cliniques. Des traitements qui ont échoué ou donné des effets indésirables peuvent être retranscrits. Les difficultés de classement des examens complémentaires peuvent conduire à répéter des examens inutilement. Pour éviter ces inconvénients, il est nécessaire de reporter les mêmes données sur différents supports. La moindre tentative d'évaluation ou de recherche clinique à partir des dossiers demande des heures de recherche manuelle fastidieuse. Les dossiers papier posent des problèmes de classement, de dégradation des supports et d'archivage.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Revue marocaine en santé publique. Dossier patient informatisé : apport et contraintes. Février 2016.p (20)

**Conclusion :**

Après avoir présenté le dossier médical papier on peut dire que le dossier médical traditionnel sous format papier comporte des limites. Il est souvent trop figé pour permettre un partage efficace des données entre professionnels de santé. De plus, le risque d'avoir des dossiers absents ou très légers rend difficile la communication au patient. C'est pourquoi il est crucial d'informatiser le dossier médical.

Le deuxième chapitre fera l'objet d'une étude d'une présentation, de l'analyse, et de passage du dossier médical papier au dossier médical informatisé et comprendre comment le DMI assure-t-il la sécurité des données de santé et améliore la qualité des soins.

## Chapitre 02 : Passage du dossier papier au dossier médical informatisé

**INTRODUCTION**

L'apparition de l'informatique a conduit à plusieurs changements dans différents domaines, ceci s'applique aussi sur le domaine médical, l'utilisation des nouvelles technologies s'accélère de plus en plus, l'informatisation est devenue un phénomène primordial dans nos jours. L'un des projets majeurs dans le domaine médical est la mise en place d'un dossier médical informatisé, qui est un outil moderne et adéquat pour favoriser les coordinations des soins et faciliter le partage des informations entre les professionnels de santé.

Les progrès des technologies de l'information ont permis, le développement progressif de dossiers patients informatisés.

Plusieurs projets dans ce contexte ont été réalisés. Aujourd'hui, il existe plusieurs logiciels de gestion du dossier médical informatisé, mais ils sont soit incomplets (ne comprennent pas tous les composants du dossier), soit qu'ils utilisent les méthodes classiques pour stocker les données (le modèle relationnel qui ne permet pas un meilleur stockage des données non structurées).

**Section 01 : La base théorique du DMI :**

Pour mieux comprendre c'est quoi un DMI , dans cette section nous allons détailler et bien définir le concept .

**1 .1. L'historique :**

Le dossier médical a une longue histoire. À l'origine, il était utilisé comme la mémoire des médecins. Au fil du temps, il est devenu un outil de traçabilité des pratiques des professionnels de santé, centré sur le patient.

Le concept de dossier médical rattaché à chaque patient a émergé dès le 18e siècle. À partir des années 1970, des professionnels de santé et des informaticiens ont commencé à travailler à l'informatisation du dossier médical dans tous les pays. Cependant, assurer la collecte et l'exploitation optimales des informations médicales reste un défi majeur, avec la multiplication des sources de données par patient

Depuis, le dossier médical informatisé a connu plusieurs générations d'évolution.<sup>1</sup> La première génération pose les bases de la structuration du dossier médical ,le dossier médical reste un outil professionnel pour le seul usage du médecin, sous forme de document papier. Deuxième génération développement du concept de partage du dossier médical entre différents professionnels de santé, nombreuses tentatives pour définir un dossier partagé minimum pertinent pour toutes les spécialités médicales, basé sur le formatage des informations .Cependant, ces projets ont été en partie des échecs car il est difficile de spécifier et de partager une sémantique commune des données médicales alors la communauté médicale préfère le terme de "dossier partagé" qui vise à recueillir toutes les données médicales d'un patient sans nécessiter d'accord sur une sémantique commune .Et enfin ,la générations actuelles font face à des défis d'interopérabilité entre les différents systèmes d'information de santé ,nécessité de protéger la confidentialité des données des patients .Malgré ces défis, le dossier médical informatisé reste un outil essentiel pour améliorer la coordination des soins et la qualité de la prise en charge des patients

---

<sup>1</sup> <https://www.edimark.fr/dossiers/le-praticien-connecte/content/dossier-medical-informatise-et-messagerie-quels-enjeux>



Aujourd'hui, le DMI est devenu un outil incontournable des systèmes de santé, essentiel pour le financement de l'activité hospitalière et la recherche. Cependant, son déploiement soulève encore des défis d'interopérabilité et de complexité des systèmes d'information.<sup>1</sup>

## **1.2 . Définitions :**

### **1.2.1.L'informatique**

Le mot *informatik* apparaît en Allemagne en 1957 et désigne le traitement automatique de l'information. Ce n'est qu'en 1962 qu'il sera utilisé en France pour la première fois. À l'heure actuelle, le terme « informatique » est devenu polysémique et englobe le domaine industriel lié à l'ordinateur et la science du traitement de l'information. Il est parfois utilisé dans des expressions pour désigner des concepts plus précis : « science informatique » ou « informatique théorique » renvoyant à la science et « technologies de l'information » se rapprochant davantage du secteur industriel .

En 1880, Herman Hollerith (futur créateur d'IBM) invente une machine électromécanique permettant de stocker des informations sur une carte perforée. À l'époque, ce type d'appareils servait principalement dans des travaux de gestion, de statistique ou de comptabilité.

En 1834, Charles Babbage conçoit sa machine analytique : un calculateur mécanique programmable basé sur un système de cartes perforées reliées à un organe de commande. Cet outil d'exécution est l'ancêtre mécanique des ordinateurs.<sup>2</sup>

### **1.2.2.L'informatisation**

Dans le dictionnaire français, l'informatisation c'est l'application des méthodes et des moyens de l'informatique à des activités industrielles, de gestion ou de documentation. Passage à une économie et à des techniques dans lesquelles l'informatique joue un rôle prépondérant .<sup>3</sup>

L'informatisation est une évolution de la société, au cours de laquelle le nombre d'ordinateurs, d'applications logicielles et la quantité de matériels informatiques utilisés augmentent. L'informatisation a connu plusieurs phases dans son histoire. Après les années

---

<sup>1</sup> <https://www.cairn.info/revue-projectique-2022-HS-page-57.html>

<sup>2</sup> Logo Promosoft Informatique. Available from: <https://www.promosoft.fr/quand-remontenaissanceinformatique/#:~:text=En%201834%2C%20Charles%20Babbage%20con%C3%A7oit,l'anc%C3%AAtre%20m%C3%A9canique%20des%20ordinateurs.>

<sup>3</sup> centre national de ressources textuelles et lexicales, in Ortolang. 2012: France.

1950 et 1960, au lieu dans les années 1970 et 1980 le développement des grands systèmes. Puis, dans les années 1990, se sont développés la microinformatique et le système ouvert. Depuis la fin des années 1990 et dans les années 2000, on connaît un fort développement d'internet, de la dématérialisation et de la production des biens immatériels. L'informatisation, au sein des entreprises, peut conduire à d'importants gains de productivité, mais aussi à une amélioration de la qualité, éventuellement après une dématérialisation des documents. En fonction des modèles employés, l'informatisation peut conduire à certaines dérives productivistes, mais elle peut aussi être un bon outil de gestion de la qualité. Ainsi, l'informatisation peut avoir des conséquences variées en termes de développement durable .<sup>1</sup>

### **1.2.3. Définition du DMI**

Le dossier médical informatisé est une des composantes d'un système d'information en réseaux. Il est précisé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades que le dossier médical concerne l'élaboration des suivis de diagnostic, les traitements, mais aussi plus généralement tous les échanges écrits entre les professionnels de santé. Le dossier médical informatisé est donc constitué d'informations administratives et médicales nominatives qui forment une base de données dans le sens où il s'agit d'un "recueil d'œuvres, de données, ou d'autres éléments indépendants, disposés de manière systématique ou méthodique et individuellement accessibles par des moyens électroniques ou par tout autre moyen"<sup>2</sup>

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le DMI comme «Le DMI est un ensemble de données électroniques sur la santé d'un patient, générées par un ou plusieurs rencontres dans tout établissement de soins de santé. Il inclut des informations telles que les antécédents médicaux du patient, les résultats d'examens, les diagnostics, le traitement, les médicaments prescrits et les soins infirmiers. Le DMI permet de stocker, récupérer et manipuler ces données de manière sécurisée et confidentielle ».<sup>3</sup> selon Le site Inforoute Santé du Canada définit DMI comme étant « un dossier médical informatisé se rattachant à un clinicien, un cabinet ou une organisation. C'est le dossier dans lequel les cliniciens consignent les données sur leurs propres patients telles que les renseignements sociodémographiques, les antécédents médicaux, le profil pharmaceutique et les diagnostics (résultats de laboratoire et d'imagerie diagnostique). Il est souvent intégré à d'autres logiciels servant à gérer d'autres

---

<sup>1</sup> in educalingo. 2022: france.

<sup>2</sup> Loi du 1 juillet 1998.

<sup>3</sup> <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/dmi.asp>

fonctions telles que la facturation et la gestion des rendez-vous ».<sup>1</sup> L'International Organization for Standardization (ISO) a défini le DMI comme « un outil de dépôt d'informations de santé dans une forme informatisable, archivée, et transmissible à des utilisateurs authentifiés »<sup>2</sup>. Degoulet and Fieschi, 1991 définissent le DMI comme suit : « Le dossier du patient ne se résume pas à l'observation écrite du médecin (le dossier médical proprement dit) ou les, 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».<sup>3</sup>

### 1.3. Les types du DMI

Le dossier médical informatisé est loin d'être une version électronique du dossier papier, The Medical Record Institute : définit plusieurs niveaux d'informatisation du dossier du patient<sup>4</sup> :

- Le dossier médical automatisé (automated medical record) dépend toujours du dossier papier, une partie des informations relatives au patient est générée par ordinateur puis imprimée pour être jointes au dossier papier.
- Le dossier médical informatisé (computerized medical record) consiste à scanner les documents papier et les conserver sur support informatique.
- Le dossier médical électronique (electronic medical record) appelé encore dossier médical personnel ou partagé (DMP), c'est un dossier entièrement informatisé et unique pour un patient donné. Il est généralement hébergé sur un centre serveur avec un accès sécurisé, il devient ainsi consultable par chaque professionnel autorisé et par le patient lui-même.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Guide d'accompagnement au choix et à l'intégration d'un dossier médical électronique version 2 Décembre 2015, p.13.

<sup>2</sup> International Organisation for Standardisation (ISO). 20514 Draft Technical Report: HER. Definition, Scope and Context. p (1)

<sup>3</sup> DOSSIER MÉDICAL SEMI-STRUCTURÉ POUR DES INTERFACES DE SAISIE MULTIMODALES Document numérique. Volume 6 – n° 1-2/2002, p (29 . 46)

<sup>4</sup> HASMAN . A. International Journal of Biomedical Computing Care for records for car .1996, p.1-7.

<sup>5</sup> Electronic medical record Health informatics, 2012.

**1. 4. Les composants de DMI**

Le DMI est composé de plusieurs informations différentes :

**A) LE DOSSIER SOCIO-ADMINISTRATIF :**

- Nom complet actualisé
- Sexe
- Date de naissance
- Numéro du dossier
- Adresse
- Téléphone
- Profession
- Numéro de sécurité sociale
- Personne à contacter

**B) RENCONTRE :**

- Nom du médecin
- Date de la rencontre
- Type de contact (par mail, tel...)
- Décisions.

**C) HISTOIRE MEDICALE ACTUALISEE ET FACTEURS DE SANTE :**

- Antécédents personnels
- Antécédents familiaux
- Facteurs de risque
- Vaccinations et autres actions de préventions et dépistage<sup>1</sup>

**D) INFORMATIONS RECUEILLIES DES LE 1ER CONTACT ET DURANT LE SEJOUR :**

- la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission.
- les motifs d'hospitalisation.
- la recherche d'antécédents et de facteurs de risques
- les conclusions de l'évaluation clinique initiale

---

<sup>1</sup> A.j. Meille, M. L. Dassie, Dr. L. Labreze, Le dossier médical informatisé, [<http://www.caducee.net>]... Consulté le 29/06/2024.

- la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux Urgences
- les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para cliniques, notamment d'imagerie,
- les informations sur la démarche médicale adoptée dans certaines conditions.
- le dossier d'anesthésie
- le compte rendu opératoire ou d'accouchement
- la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel.
- les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires .

**E) LES INFORMATIONS FORMALISEES ETABLIES A LA FIN DU SEJOUR COMPORTANT NOTAMMENT :**

- le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie,
- la prescription de sortie et des doubles d'ordonnances de sortie,
- les modalités de sortie (domicile, autres structures),
- la fiche de liaison infirmière.<sup>1</sup>

**1. 5.les interfaces du DMI**

**a) Interface authentification**



**Figure 03 : Fenêtre d'authentification**

<sup>1</sup> Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan-Les Mureaux..La constitution du dossier médical..  
[<http://www.chimm.fr/la-constitution-du-dossier-medical>]..consulté le 29/06/2024

**Description :** C'est la première fenêtre qui s'affiche si on exécute l'application, toute personne qui veut bénéficier des services du logiciel doit s'authentifier avec un login et mot de passe. Cette page comporte aussi deux boutons dont le premier est « OK » qui permet l'accès à la fenêtre principale si le login et le mot de passe sont vrais. Si ces données sont fausses un message d'erreur s'affiche. Le deuxième bouton est « Annuler » pour annuler l'accès et quitter.

a) Espace Secrétaire

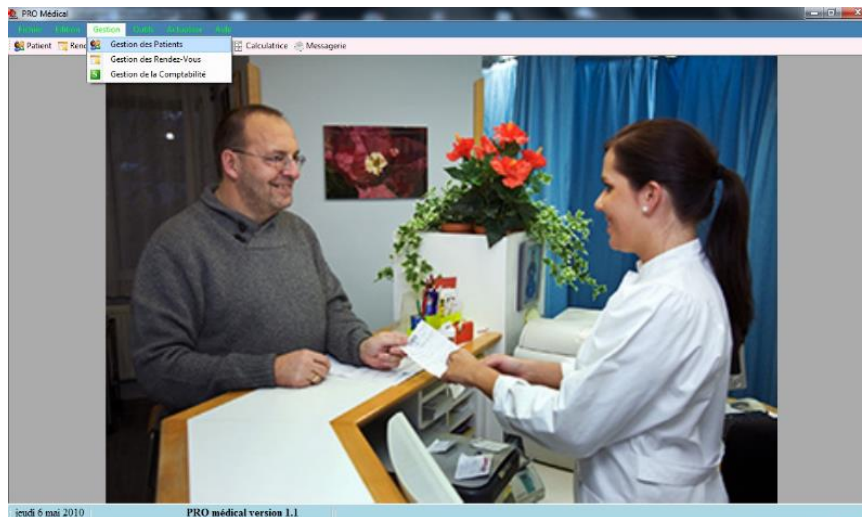


Figure 04: Menu pour secrétaire

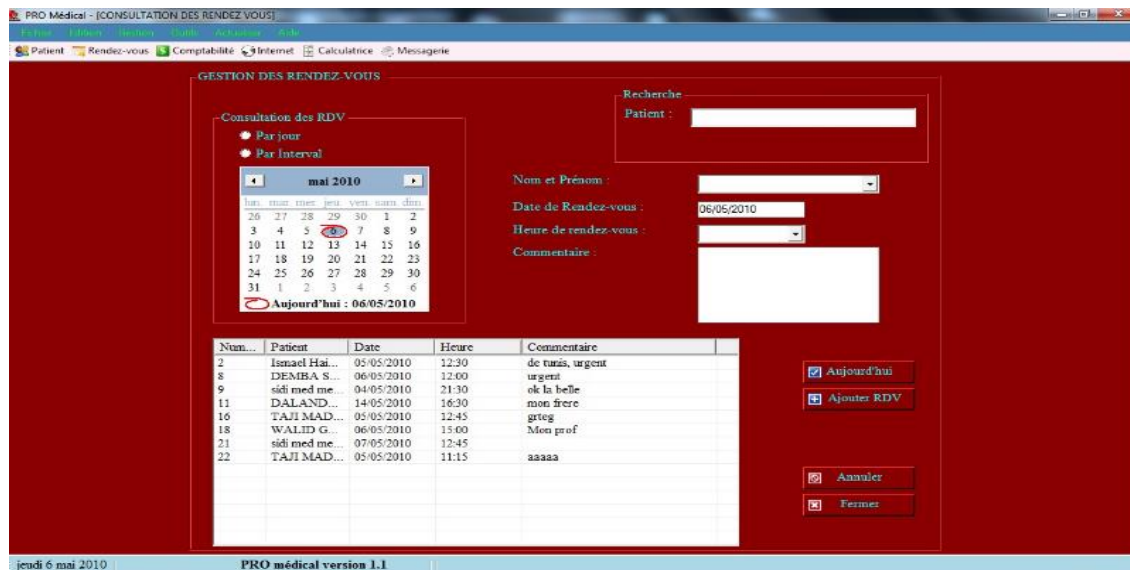
**Description :** Dans le cas où la connexion se fait par la secrétaire, l'accès est donné seulement aux rubriques : Gestion des rendez-vous, gestion des fiches du patient et gestion de la comptabilité.

Gestion des patients



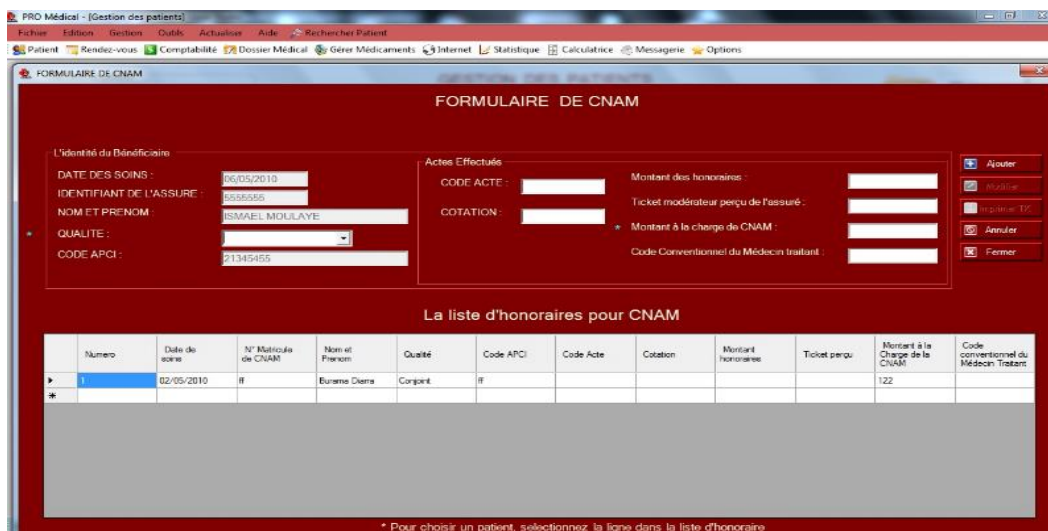
Figure 05 : Interface gestion des patients

**Description :** A l'arrivée d'un nouveau patient la secrétaire remplit une nouvelle fiche.



**Figure 06 : Interface gestion des rendez-vous**

**Description :** La gestion des rendez-vous est une tâche essentielle de la secrétaire, celle-ci vérifie la disponibilité de la date demandée et par la suite elle ajoute un rendez-vous en saisissant les renseignements nécessaires (commentaire).



**Figure 07 :Interface gestion de la CNAM**

**Description :**Le formulaire pour la gestion de la CNAM l'une des tâche très importante, les informations relatives aux patients disposant d'une carte CNAM pour le remboursement par la CNAM.

b) Espace Médecin

**Description :** Dans le cas où la connexion a été établie fait pas le médecin, on remarque que son menu contient toutes les fonctionnalités, il peut accéder à n'importe quelle tâches.

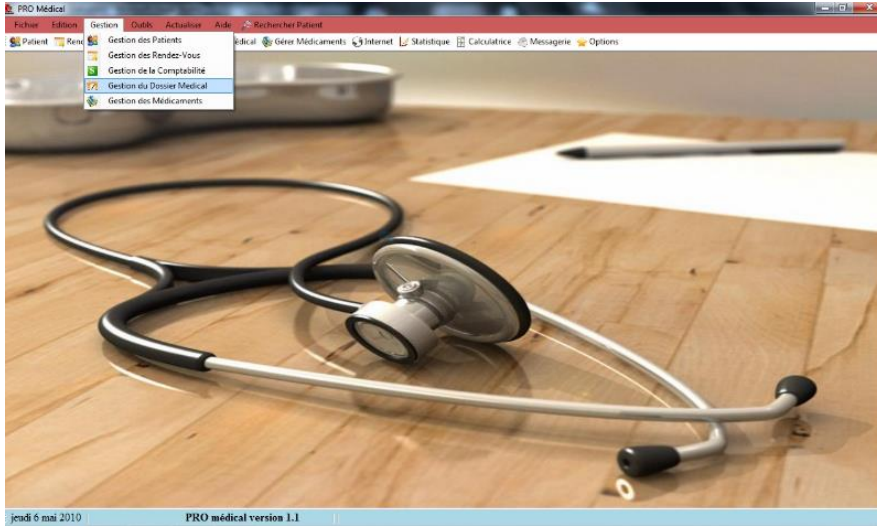


Figure 08: Menu principale pour Médecin

**Description :** C'est la partie réservée au médecin, qui englobe toutes les fonctionnalités du système.

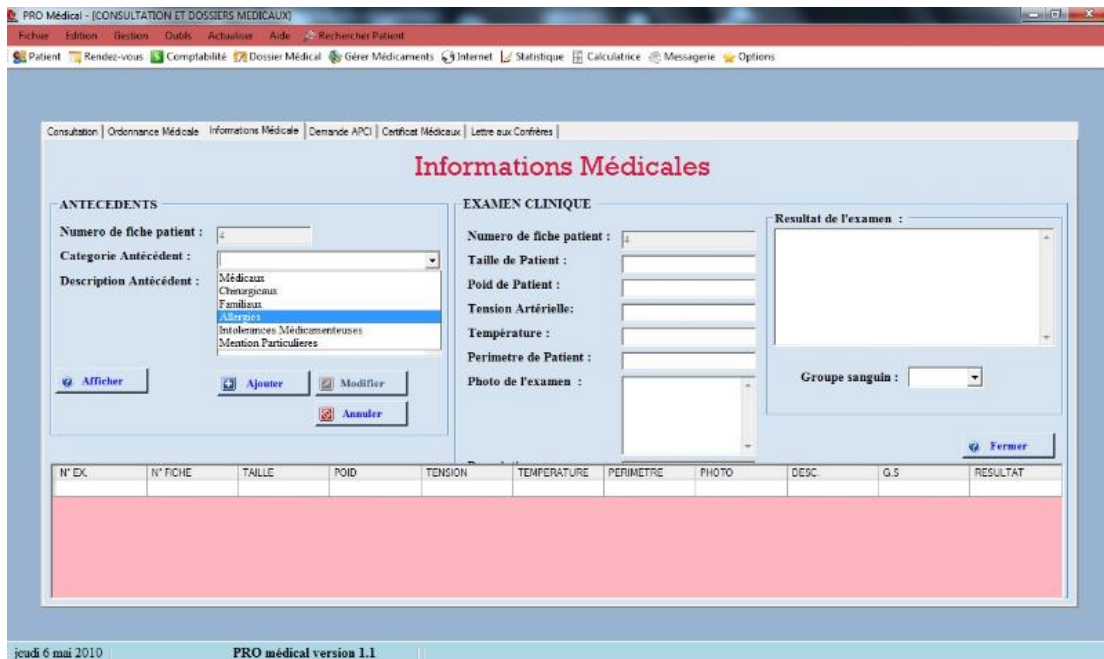


Figure 09 : Interface Pour la Gestion et suivi du dossier médical (Inf. Méd.)



## Description

La gestion suivie du dossier médical qui contient des informations sur le patient et qui facilite la consultation de médecin.



**Figure 10: Interface Pour la Gestion des Médicaments**

## Description

La gestion des médicaments en mode recherche par Famille de médicament dont «ANTIDEPRESSEUR » suite à la recherche on a trouvé 3 médicaments.<sup>1</sup>

### 1.6. Le besoin du DMI

L'informatisation du dossier médical n'est pas seulement une évolution naturelle des choses, mais elle répond aussi à un besoin réel de plus en plus évident vu que :

#### 1.6.1 Le volume du dossier a augmenté

Pour un malade donné, pour la même maladie, dans une même structure, la masse d'information recueillie a considérablement augmenté. Les raisons en sont multiples : le passage à la culture de l'écrit, l'effort d'exhaustivité, la multitude des examens complémentaires, la difficulté de trier les informations, la prise en charge des maladies chroniques et du vieillissement, la pratique généralisée de copies, les contraintes réglementaires et les inquiétudes médico-légales, l'apparition des dossiers paramédicaux. En

<sup>1</sup> <https://www.memoireonline.com/03/12/5572/Gestion-d-un-cabinet-medical-mise-en-place-d-un-logiciel-pour-la-gestion-dun-cabinet-medical.html>

pratique, les dossiers sont devenus épais; les renseignements sont difficiles à retrouver et la recherche d'une information précise est quasiment impossible.

### **1.6.2. Le nombre de dossiers s'est multiplié**

De plus en plus, les informations médicales concernant une personne sont fragmentées en de multiples sous-dossiers. Le nombre de professionnels n'a cessé d'augmenter à côté du médecin généraliste, le spécialiste, l'infirmier, le pharmacien organisent leurs propres dossiers. De même, le flux de malade vers les services médicaux s'est intensifié .

### **1.6.3. L'importance pratique du dossier est devenue considérable:**

Une bonne prise en charge d'un patient, en particulier en situation d'urgence et en milieu hospitalier, dépend fortement des renseignements contenus dans son dossier initial, et qui sont généralement inaccessibles. Il ne s'agit pas des informations générales que le patient connaît, mais des informations détaillées et ponctuelles.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Daniel PERRIN, V.A., Patrick LARRAS, Arnaud LAFON, Eric GÉRARD, Technique de réalisation pratique ,maitrise et exercice raisonné au quotidien. Manuel de la chirurgie orale. JPIO. 2010, France. 480.

## **Section 02 : les normes et législation pour le DMI et objectifs**

On commençant par le droit de patient

### **2.1. Le droit de patient**

Le patient a la maîtrise de son DMI .Il peut:

- gérer les accès :il peut autoriser ou bloquer l'accès de son DMI à un professionnel de santé donné ,accepter ou s'opposer aux accès en mode urgence.
- connaître les actions menées: l'historique des accès lui permet de voir qui a consulté son DMI ,quand et pour quelle raison(traçabilité);
- intervenir sur le contenu : il peut ajouter à son DMI une information (allergies,

précision sur son niveau d'information sur la législation en matière de don d'organes... ), demander qu'un document ne soit pas ajouté à son DMI ,masquer un document ,demander la suppression d'un document de son DMI ;

- fermer son DMI ,ou en demander la destruction;

### **2.2.Le droit de professionnel de santé**

Si un patient autorise l'accès à son DMI ,les acteurs de la télémédecine peuvent:

- Consulter les documents contenus dans son DMI ;
- Déposer les documents et informations utiles à sa prise en charge;
- Supprimer un document ,s'il en est l'auteur ou si il est le médecin traitant;
- Masquer un ou plusieurs documents ,à la demande du patient.

Un médecin traitant désigné par le patient à des droits spécifiques .Il peut par exemple:

- bloquer l'accès du DMI à un professionnel de santé;
- consulter l'historique de tous les accès au DMI de son patient;
- accéder aux documents que son patient a choisi de masquer aux autres

professionnels;

- donner le statut de médecin traitant à un autre médecin.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Caroline MASCRET ,Mission Juridique , « Le dossier Médical Personnel ou DMP »,Pôle « Actes et Produits de Santé »Haute Autorité de Santé ,pp 6, 14-16, 2007-2008.

### **2.3. Les normes**

Au niveau européen, c'est le CEN/TC251 ou Comité technique 251 (Comité Informatique et Santé) du Comité Européen de Normalisation (CEN) qui est chargé d'élaborer des standards. Quatre groupes de travail dont font partie EDISANTE et l'AFNOR, se partagent les travaux et sont chargés au sein du projet EHCRA (Electronic Healthcare Record Architecture), de la définition d'une architecture commune, de la terminologie, du contrôle de l'accès au dossier, de la définition des normes d'échange des messages, standards technologiques d'échanges ainsi que des aspects qualité et sécurité.

#### **2. 3.1. Les principales normes et projets**

L' ENV 13-606 (E pour Européen, N pour Norme, V pour pré) est une norme de structuration du dossier médical adoptée le 29 juin 1999 lors de la 35 ème assemblée du CEN/TC 251. Elle devrait être intégrée dans des progiciels.

GEHR "Good European Healthcare Record" qui peut se traduire par "Bonne manière de faire un dossier médical". Quels que soient la codification adoptée ou le texte libre utilisé, les données doivent être transférables à un autre utilisateur travaillant sur une configuration à logique et langue différente.

HISA (Health Information System Architecture) est un projet de norme européenne expérimentale sur l'architecture standard des systèmes d'information de santé. Datant de 1997, il définit la structure du système d'information sanitaire en six catégories fondamentales.

UN/EDIFACT est la norme internationale utilisée pour l'échange de Données Informatisé (EDI) , élaborée par l'HL7 et le EHCRA. L'HL7 ou Health Level 7 est un groupe de professionnels de santé fondé en 1987 aux états-Unis afin de développer des standards d'échanges électroniques de données médicales.

#### **2. 3.2. Les normes d'échange de contenu**

XML (eXtensible Markup Language), élaboré par le www.Consortium, est un sous-ensemble simplifié du SGML (Standard Generalized Markup Language) lequel fournit un format de fichier pour représenter des données, un schéma pour décrire la structure des données, et un mécanisme pour étendre et annoter HTML avec des informations sémantiques. Cette évolution du langage SGML permet aux concepteurs de documents HTML, de définir leurs propres marqueurs, à l'aide de balises, dans le but de personnaliser la structure des données qu'ils comptent présenter.

### 2.3.3. Les normes d'indexation de contenu

est le thésaurus de référence qui permet l'indexation des contenus. Organisé en Base de Connaissance il contient 20742 descripteurs uniques hiérarchisés en 14 classes. Utilisé pour l'indexation de Medline, le MeSh est parfaitement adapté à la description clinique et non clinique des éléments principaux d'un dossier, d'autant qu'il est actualisés et mis à jour annuellement par l'INSERM en partenariat avec la National Library of Medicine (Bethesda).

Deux autres meta-thésaurus sont utilisés à un niveau international : United Medical Language System (UMLS) de la NLM et (Systematized Nomenclature of Medicine) dont l'origine vient du College of American Pathologist.

### 2.4. Législation

En environnement hospitalier, la mise en oeuvre d'un dossier a été rendue obligatoire par le décret du 31 mars 1992 mais l'informatisation de ces données est encore loin d'être généralisée.

La loi n° 2002-303, du 4 mars 2002, relative aux droits des malades offre la possibilité, à toute personne qui en fait la demande, d'accéder à l'ensemble des informations concernant sa santé, que ces informations soient détenues par des professionnels ou des établissements de santé. Dorénavant, le patient peut accéder directement à son dossier médical ; il peut aussi choisir d'avoir accès à ces informations par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet. Le décret n° 2002-607 du 29 avril 2002 () relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé indique les différentes dispositions générales ainsi que celle propres aux établissements de santé.

Après un délai de réflexion de quarante-huit heures, le dossier médical doit être transmis par le médecin dans les huit jours qui suivent la demande, sauf si le dossier date de plus de **cinq ans** ou qu'il concerne des données psychiatriques, le délai étant étendu deux mois. L'informatisation d'un dossier ne modifie en rien la réglementation qui s'applique aux données médicales qu'il contient. Une formalité déclarative supplémentaire doit seulement être accomplie auprès de la Commission nationale informatique et liberté avant la mise en route du programme utilisé pour gérer les dossiers médicaux informatisés.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/dmi.asp>

**2. 4.1. L'objectif du DMI**

Les objectifs du DMI sont :

- Accompagner le patient tout au long de sa vie.
- Favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins.
- Améliorer la communication des informations de santé, tout en respectant le secret médical et la vie privée.
- Réduire les interactions médicamenteuses et des examens redondants.
- Diminuer les dépenses de santé.<sup>1</sup>

Et l'objectif principal de DMI est la meilleure gestion des informations médicales et d'améliorer la qualité des soins de santé .

---

<sup>1</sup> Caroline MASCRET ,Mission Juridique , « Le dossier Médical Personnel ou DMP »,Pôle « Actes et Produits de Santé »Haute Autorité de Santé ,pp 6, 14-16, 2007-2008.

## **Section 03 : avantages , inconvénients du DMI et la sécurité des données de santé**

### **3.1.Les avantages du DMI**

- Améliorer le recueil, le stockage, l'accès à l'information :
  - Lisibilité ;
  - Précision ;
  - Complétude ;
  - Intégration de plusieurs formes de données (textuelles, images, enregistrements audio et vidéos) ;
  - Augmentation des volumes de stockage ;
  - Améliorer l'accès à l'information.
  
- Traitement
  - Alertes : la réduction des erreurs ;
  - Aide à la décision (suggestion diagnostique ou thérapeutique) ;
  - Traitement des données multimédia ;
  - Regroupements de données (évaluation des soins, recherche clinique, épidémiologique, planification).
  
- Intégrité des données (non altération, non falsification) .
- Confidentialité (seules les personnes habilitées peuvent lire les données).
- Traçabilité (trace des consultations opérées par chaque intervenant).
- Communication
  - Recevoir et transmettre : simplification des échanges.
- Faciliter de collecte des données et leur traitement.
- La centralisation de l'information et sa mise sur un réseau intranet(réseau local) ou internet(réseau global), permet une surveillance, en temps réel, des dossiers.
- Faciliter la continuité des soins.
- Faciliter la coordination des soins entre les professionnels de santé partage de la prise en charge au sein d'un réseau.
- Aide à la décision, à l'évaluation et aux études cliniques.
- Le DMI peut être utilisé comme outil d'évaluation de l'activité médicale. Avec les données récoltées, il est possible d'évaluer une pratique ou un acte de soin.

- Il permet de classer les patients en groupes homogènes de malades dans un objectif d'évaluation d'activité et de tarification.
- C'est un outil de calcul de coûts par séjour (comptabilité analytique).
- C'est une source d'informations sur l'état de santé de la population, utilisée pour effectuer de la recherche épidémiologique.
- C'est également un outil de recherche clinique : il permet d'effectuer des études rétrospectives et de générer les hypothèses à vérifier pour des études prospectives. <sup>1</sup>

### **3.2. les inconvénients du DMI**

Les bénéfices qu'offre le dossier médical informatisé sont bien reconnus mais restent « Potentiels », l'analyse des résultats des expériences d'introduction du dossier médical informatisé a révélé de nombreux obstacles s'opposant à leur généralisation :

- La résistance des professionnels de santé aux systèmes du dossier médical informatisé est alimentée par des craintes relatives à la rigidité de ses systèmes et au changement des habitudes du travail.<sup>2</sup>
- Les données qui sont secondairement saisies à partir des fiches papiers ne permettent pas un partage immédiat, la saisie directe de la part du professionnel est donc recommandée mais reste difficile à réaliser.
- Les praticiens s'accommodent difficilement à un vocabulaire contrôlé pour saisir les données.
- La diversité des logiciels rend difficile le partage des données, l'homogénéisation préalable de la plate-forme informatique est nécessaire.
- L'installation des systèmes informatisés est complexe et coûteuse.
- L'utilisation des ordinateurs pourrait dégrader la relation médecin-patient.
- Le partage des données de santé pose des problèmes éthiques, il s'agit notamment du risque de porter atteinte à la confidentialité, et le risque de constituer des banques de données dont on ne peut préjuger de l'usage par l'industrie pharmaceutique et les assurances.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> R. Jean-Yves C. Coutur. Les archives au XX e siècle : une réponse aux besoins de l'administration et de la recherche. Université de Montréal, Service des archives, 1982.

<sup>2</sup> Le dossier médical informatisé, limites éthiques et contraintes professionnelles liées au partage des données médicales. ENSP. Module interprofessionnel de santé publique. Thème 23,2001.

<sup>3</sup> ANAES. La tenue du dossier médical en médecine générale état des lieux et recommandations. Paris. septembre 1996.



Il reste encore beaucoup d'efforts à déployer pour réussir l'implémentation de systèmes informatisés qui soient efficaces, flexibles et sécurisés, afin de pouvoir pleinement exploiter les opportunités qu'ils offrent.

**Tableau 01 : Une petite comparaison entre dossier médical papier et dossier médical informatisé**

Critères	DMI	DMP
<b>Stockage des informations</b>	Stockage électronique des données médicales	Stockage physique sur papier
<b>Accessibilité et gains de temps</b>	Accès rapide aux informations à distance	Nécessite des déplacements et des photocopies
<b>Coordination des soins</b>	Facilite la coordination entre les professionnels	Communication moins fluide entre intervenants
<b>Risque d'erreur</b>	Diminution des erreurs de saisie et de retranscription	Risque plus élevé d'erreurs manuscrites
<b>Sécurité des données</b>	Mesures de sécurité pour protéger les données	Risque de perte ou de vol de document
<b>Organisation des données</b>	Structuration et classification des informations	Organisation souvent moins rigoureuse
<b>Ecologie</b>	Réduit la consommation de papiers	Consommation intensive de papiers

Source : réalisé par nous

### 3. 4. la sécurité des données de santé et l'amélioration de la qualité des soins

#### 3.4.1. Le DMI et la sécurité des données de santé

##### 3.4.1.1 la mise en œuvre de contrôles a priori:

- ✓ Tous les utilisateurs (PS ,ES et patient) sont authentifiés de manière forte pour accéder au DMI.
- ✓ Le contrôle d'accès aux informations qui est appliqué laisse la possibilité à un Professionnel de santé d'accéder sous son entière responsabilité aux données de santé des patients qu'il prend en charge dans la limite de l'autorisation d'accès

donnée par le patient et des documents autorisés pour sa profession (médecin, pharmacien,...).

- ✓ En situation d'urgence, un professionnel de santé non préalablement autorisé par un patient peut accéder aux données de ce dernier en signalant qu'il accède en mode « bris de glace ».
- ✓ La matrice d'habilitation restreint l'accès aux contenus du DMI en fonction de la spécialité du PS.

#### **3.4.1.2. Le contrôle a posteriori des actions des utilisateurs:**

- ✓ Le contrôle des usages du DMI (consultation et alimentation) est fondé sur une traçabilité et une imputabilité totales des actions effectuées par l'ensemble des utilisateurs.
- ✓ Le patient peut accéder à la liste des actions effectuées par des PS sur son DMI.
- ✓ Les mauvais usages sont pénalisés. Ces principes de dissuasion sont rendus possibles par le cadre légal et réglementaire particulièrement strict dans lequel s'inscrit le service DMI.

L'entrée en service du DMI favorise simultanément la dématérialisation massive et le partage des données de santé. Elle entraîne une évolution significative de la nature des risques relatifs à la sécurité de l'information.

La dématérialisation n'implique pas à proprement parler l'apparition de nouveaux risques mais une évolution des menaces et des vulnérabilités potentielles portant sur les données.

Face à ces risques, le DMI intègre des dispositifs de sécurité assurant la disponibilité et l'intégrité du système, ainsi que la protection en intégrité et en confidentialité des données de santé à caractère personnel hébergées au sein du système. Ces dispositifs mettent en œuvre des principes, des protocoles et des mécanismes de sécurité conformes à l'état de l'art des standards internationaux. Ils sont sous surveillance permanente et font l'objet de mises à jour régulières pour répondre à l'évolution des menaces.<sup>1</sup>

#### **3.4.2. Le DMI et l'amélioration de la qualité des soins**

- Les DMI offrent aux professionnels de santé un accès rapide et facile aux antécédents médicaux, aux résultats de tests et à d'autres informations essentielles,

---

<sup>1</sup> Le Dossier Médical Personnel et la sécurité « FICHE PRATIQUE – JUIN 2011 »

facilitant ainsi une prise de décision éclairée et rapide, notamment en situation d'urgence.

- Les DMI réduisent les erreurs de prescription et de traitement grâce à des alertes automatiques pour les interactions médicamenteuses et les allergies, tout en améliorant la lisibilité par rapport aux dossiers papier.
- Les DMI améliorent la communication et la coordination entre les professionnels de santé et les établissements de soins, ce qui est essentiel pour les patients atteints de maladies chroniques ou nécessitant des soins de multiples spécialistes.
- Les DMI améliorent le suivi des patients atteints de maladies chroniques grâce à des outils de gestion des symptômes, des traitements et des rendez-vous, ainsi qu'à des rappels automatiques pour les examens de suivi et les vaccinations, garantissant des soins continus.
- Les DMI améliorent la qualité et la précision des informations collectées grâce à une saisie standardisée des données, facilitant aussi les analyses et recherches cliniques.
- Les DMI offrent une meilleure confidentialité que les dossiers papier en limitant l'accès aux seules personnes autorisées et en suivant les accès et modifications, à condition d'être correctement sécurisés.
- Les DMI incluent des outils d'aide à la décision clinique basés sur les meilleures pratiques et les dernières recherches, aidant les professionnels de santé à choisir les traitements les plus appropriés

**Conclusion**

Le dossier médical informatisé représente une avancée majeure dans la gestion des informations de santé des patients. Grâce à la numérisation des données, les professionnels de santé peuvent accéder plus facilement et rapidement aux antécédents, traitements et résultats d'examens de leurs patients. Cette accessibilité accrue permet d'améliorer la coordination des soins, de réduire les erreurs médicales et d'offrir une prise en charge plus efficace.

Cependant, la mise en place du dossier médical informatisé n'est pas sans défis. La sécurité et la confidentialité des données de santé, la formation et l'accompagnement du personnel soignant, l'intégration avec les systèmes d'information existants, ainsi que les coûts d'investissement et de maintenance sont autant d'enjeux importants à relever.

Malgré ces défis, le bilan du dossier médical informatisé est très positif. Son déploiement progressif dans le système de santé permettra d'améliorer significativement la qualité et la coordination des soins. Cet outil est devenu incontournable pour relever les défis futurs de la médecine moderne.

Chapitre 03 : l'intégration de dossier médical informatisé au sein  
de CHU de Tizi-Ouzou

### **Introduction**

La transition vers l'informatisation des dossiers médicaux représente un enjeu majeur dans l'évolution des systèmes de santé modernes. Ce processus, qui se déroule dans un contexte de transformation numérique accélérée, vise à optimiser la gestion des informations médicales, tout en répondant aux défis croissants en matière de protection des données et d'amélioration continue de la qualité des soins. Dans cette optique, le CHU de Tizi Ouzou s'engage dans une démarche ambitieuse d'informatisation de ses dossiers médicaux, un projet dont la réalisation est en cours et qui constitue le sujet central de ce mémoire.

Au cours d'un stage de deux mois au sein du CHU de Tizi Ouzou, cette recherche a permis d'observer de près les différentes étapes et les défis associés à cette transition numérique. Le stage a fourni une perspective précieuse sur l'intégration des systèmes informatiques dans le processus de gestion des dossiers médicaux, ainsi que sur les mesures mises en place pour garantir la sécurité et la confidentialité des données de santé.

Le présent chapitre pratique se propose d'explorer les dimensions concrètes de cette informatisation en cours, en mettant en lumière les stratégies adoptées par l'établissement pour concilier l'informatisation croissante des dossiers médicaux avec la nécessité d'une protection rigoureuse des données de santé. Il s'agit d'analyser comment ces stratégies peuvent contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins dispensés au sein du CHU, tout en répondant aux préoccupations relatives à la sécurité des informations médicales des patients.

À travers une évaluation des processus mis en œuvre, des défis rencontrés, et des solutions apportées, ce chapitre vise à fournir une compréhension approfondie de l'interaction entre l'informatisation des dossiers médicaux et la protection des données, ainsi que leur impact sur la qualité des soins au CHU de Tizi Ouzou.

Au sein du CHU de T.O le bureau des entrées représente la principale base du système d'information hospitalière puisque il assure une évaluation périodique des actions de soins, le traitement t le suivi des données. Il est en relation étroite avec les services internes et externes (DSP, CNAS, MSPRH).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Etabli sur la base des documents du CHU de T-O

### **Section 1 : La présentation du CHU de Tizi-Ouzou**

#### **1.1. Historique du CHU de TO**

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inaugurée; précisément le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales. En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire. Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, crée par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par Le Décret n°86/294 du 16 Décembre 1986 , et le décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création ,d'organisation et de fonctionnement du CHU de T.O (annexes n°1)

Le CHU est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur car il est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploitation, de soins, de prévention, de formation, d'études et de la recherche.<sup>1</sup>

Dans le cadre des missions, le CHU de T.O est chargé notamment des taches suivantes :<sup>2</sup>

➤ **En matière de santé :**

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

-les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé

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

---

<sup>1</sup> Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.

<sup>2</sup> Ibid.

## **CHAPITRE 03 : L'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de T-O**

---

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

### ➤ **En matière de formation :**

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

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

### ➤ **En matière de recherche :**

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

## **1.2 Infrastructures et capacités d'hospitalisation du CHU de T.O**

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1115 lits organisés, répartis en 43 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations.

Le Centre Hospitalo- Universitaire de Tizi Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatre wilayas (Tizi Ouzou, Bejaia, Boumerdes, Bouira) dont la demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région à l'instar des autres régions du pays.

Le Centre Hospitalo Universitaire de Tizi Ouzou est un établissement qui couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants. En plus de sa vocation hospitalière, il assure la formation. Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est constitué de deux unités : <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Établi sur la base des documents du CHU de T-O



### **L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed**

Construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1955, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades.

### **L'Unité BELLOUA**

L'Unité BELLOUA située à quatre kilomètres de la Direction Générale assise Redjaoua, sont annexées à l'unité NEDIR, d'une capacité de 400 lits englobant 11 spécialités et 465 employés. Une clinique dentaire avec cinq spécialités, les consultations spécialisées 24 salles de consultations et la Médecine du Travail, toutes situées en extra muros<sup>1</sup>, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades.

### **1.3 L'effectif du CHU de T.O**

Il s'agit de présenter la principale catégorie des personnels du CHU de T.O. Notamment le corps médical, le personnel paramédical et administratif représentent l'ossature du système hospitalier étant donné que l'activité est tributaire d'une utilisation massive du personnel.

#### **1.3.1 le personnel administratif**

On retrouve notamment, les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économiste. Les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de la gestion des établissements hospitaliers, ils veillent au respect des règles et procédures contenues dans les règlements régissant ces établissements en veillant notamment à leurs exécutions. Les directeurs adjoints sont chargés d'assurer la responsabilité des services sous leurs responsabilités. En ce qui concerne l'économiste, il est chargé de l'approvisionnement des services hospitaliers en denrées de tous genres et objets mobiliers de toute nature. De ce fait, le fonctionnement de cette organisation est assuré par un effectif tout corps confondus de 2425 employés au CHU de T.O.

---

<sup>1</sup> Établi sur la base des documents du CHU de T-O.

### **1.3.2 Le corps médical**

Est structuré autour du médecin chef de service nommé à la tête de chaque service, Le personnel médical du CHU de T.O englobe principalement les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et chirurgiens-dentistes généralistes.<sup>1</sup>

#### **➤ Les médecins spécialistes**

Assurent de façon parallèle, des activités de soins et des tâches d'enseignement et de recherche en sciences médicales et les spécialistes hospitalo-universitaires sont tenus de veiller, en permanence, à l'amélioration des prestations sanitaires et d'enseignement dont ils ont la charge. Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social. En outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administrative des structures de leur établissement conformément à la réglementation en vigueur. Les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps : Les maîtres-assistants, les doctes, Professeurs.

- ✓ Les maîtres assistants sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à dix (10) heures de travaux pratiques, ils sont chargés de l'encadrement des mémoires de graduation et de la consultation pédagogique, de l'encadrement et du suivi des travaux pratiques ou dirigés, de la participation à la surveillance et aux corrections des examens et de la participation aux travaux des comités et équipe pédagogiques. Ils peuvent être chargés, à la demande de leur établissement, d'assurer des cours magistraux dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf (9) heures comprenant obligatoirement deux (2) cours non répétitifs; dans ce cas, ils sont dispensés des travaux dirigés ou pratiques.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes: Diagnostic, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires, contribuent à élever le niveau des

---

<sup>1</sup> OULD-KADA, Mohamed. Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé, Tome 1, 2010

### **CHAPITRE 03 : L'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de T-O**

---

connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie et en particulier les données nationales, et dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.

- ✓ Les docents sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf (9) heures comprenant obligatoirement deux (2) cours non répétitifs, les docents sont chargés de : la préparation et de l'actualisation des cours, encadrement des mémoires et thèses pédagogiques dont ils ont la charge, contrôler les examens, d'assurer le bon déroulement et la correction des copies, participer aux travaux des jurys de délibération, enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité, qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, encadrer les équipes pédagogiques, recevoir les étudiants quatre (4) heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des comités pédagogiques nationaux, encadrer les étudiants, externes, interne, résidents et maîtres-assistants.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes : diagnostics, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmaceutiques et bucco-dentaire, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales, et de la pathologie et en particulier les données nationales.

Dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité, à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.

- ✓ Les professeurs sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf (9) heures comprenant obligatoirement deux (2) cours non répétitifs, les professeurs sont chargés de : la participation aux travaux des comités pédagogiques, contrôler les examens et d'assurer le bon déroulement, la correction des copies d'examens, participation aux travaux des jurys de délibération, la préparation et de l'actualisation des cours, l'encadrement des mémoires et thèses de première et deuxième post

graduation, contribuer par leurs travaux d'études et de recherche à la résolution des problèmes posés par le développement dans le cadre de la réglementation en vigueur, l'animation des travaux des équipes pédagogiques dont ils ont la charge, enrichir et diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, recevoir les étudiants quatre (4) heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des commissions nationales ou de toute autre institution de l'état dont l'objet est lié à leur domaine de compétence, contribuer, dans le cadre des structures compétentes à la mise au point d'instrumentations pédagogiques et scientifiques liées à leur domaine de compétence, encadrer les étudiants, internes, externes, résidents, maîtres-assistants et docents,

Dans le domaine des soins ils sont chargés de : assurer tous les soins liés à leurs compétences, contribuer à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie en particulier les données nouvelles, contribuer à élever le niveau de connaissances médicales ou autres, assurer les prestations sanitaires requises au sein des structures hospitalo-universitaires, contribuer à une meilleure efficacité du système de santé par des programmes ou des actions sanitaires.

En effet, dans le domaine de la recherche médicale de contribuer suivant leur spécialité à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.

- Les médecins généralistes de santé publique assurent notamment les activités suivantes: diagnostics et soins protection maternelle et infantile protection sanitaire en milieu scolaire protection sanitaire en milieu de travail prévention générale et épidémiologie éducation sanitaire réadaptation et rééducation expertise médicale gestion sanitaire explorations fonctionnelles analyses biologiques. Ils participent à la formation des personnels de santé.
- Les pharmaciens généralistes de santé publique assurent notamment, les tâches suivantes explorations et analyses biologiques préparations pharmaceutiques gestion et distribution des produits pharmaceutiques expertises biologiques, toxicologiques et pharmacologiques gestion sanitaire éducation sanitaire, ils participent à la formation des personnels de santé.

- Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique assurent notamment les tâches suivantes : diagnostics et soins ; prévention ; prothèses ; éducation sanitaire buccodentaire.

Ils participent à la formation des personnels de la santé.

### **1.3.3 Le personnel paramédical**

Joue un rôle important qui consiste à réaliser une liaison entre les médecins et les patients, Ce personnel est structuré en trois grades ; l'infirmier diplômé d'état, l'infirmier breveté, aides paramédicaux.

Les infirmiers diplômés d'état sont chargés d'assurer des soins polyvalents notamment la participation à la surveillance clinique et thérapeutique des malades, ainsi qu'à toute action de prévention en matière de santé et enfin à l'encadrement et à la formation des autres catégories du personnel paramédical.

L'infirmier breveté est chargé d'assurer les soins de base et les prescriptions médicales, ainsi que l'hygiène et l'entretien du matériel médical. Concernant les aides soignants, ils sont chargés des soins infirmiers simples, de l'hygiène corporelle des malades hospitaliers, et des tâches inhérentes à l'hôtellerie et au confort des malades .

Des corps supérieurs d'infirmiers sont créés, tels que l'infirmier chef d'équipe, le surveillant des services médicaux, le surveillant chef des services médicaux, et le coordonnateur des activités paramédicales, en vue de coordonner, d'organiser, d'expertiser et d'exécuter les tâches réparties entre les membres paramédicaux .

### **Section2 : Organisation du CHU de T.O**

Il s'agit de présenter, l'organisation administrative et médicale du CHU de Tizi-Ouzou.

#### **2.1.Organisation et gestion administrative de l'hôpital**

Le C.H.U de Tizi-Ouzou est administré par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur Général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif<sup>1</sup>.

##### **2.1.1. La direction du CHU de T.O**

Le directeur du Centre Hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, et mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il est responsable de la gestion du C.H.U. à ce titre, il représente le C.H.U en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du C.H.U, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U, il établit aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur du C.H.U, et met en œuvre les délibérations du conseil d'administration. Il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration, le directeur passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur, il exerce le pouvoir hiérarchique sur le personnel placé sous son autorité, et nomme l'ensemble du personnel de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu, il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs.<sup>2</sup>

##### **2.1.2. Le conseil d'administration**

Il comprend : le représentant du wali (président), un représentant de l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de la wilaya, de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élu par ses pairs, des associations des usagers de la santé, des travailleurs élus en assemblée générale, et le président du conseil scientifique du C.H.U.<sup>3</sup>

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurant le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent.

---

<sup>1</sup> OULD-KADA, Mohamed. Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé, Tome 1, 2010.

<sup>2</sup> Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.

<sup>3</sup> Ibidem

En cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles ci. Ce conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organisation interne de l'établissement, le règlement intérieur de l'établissement, le projet de tableau des effectifs, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial coté et paraphé par le président. Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion. L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration sur proposition du directeur de l'établissement.

Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les huit jours suivants. Ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage, des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, au wali dans les huit jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

### **2.1.3. Le conseil scientifique :**

Le conseil scientifique propose toutes les mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la réparation des personnels, en relation avec les activités des services. Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche. Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre

hospitalo-universitaire, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux. Celui-ci élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelables. Il se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux mois et en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du CHU .<sup>1</sup>

### **2.1.4.Directions de l'organisation administrative**

Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative de Centre Hospitalo-universitaire comprend : la direction des ressources humaines ; la direction des finances et du contrôle ; la direction des moyens matériels ; la direction des activités médicales et paramédicales. Les unités du centre hospitalo-universitaires sont organisées en bureaux et sont rattachées au directeur général : le bureau d'ordre général ; le bureau de l'information et de la communication ; le bureau de la security et de la surveillance general ; le bureau des marches, du contentieux et des affaires juridiques.<sup>2</sup>

#### **2.1.4.1.La Direction des ressources humaines**

Elle comprend:

- la sous-direction des personnels qui comporte : le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service, le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues et le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde ;  
- la sous-direction de la formation et de la documentation qui comporte : le bureau de la formation le bureau de la documentation<sup>3</sup> ;

La gestion des ressources humaines est la pièce angulaire pour le fonctionnement de l'organisation hospitalière qui est marquée par la coexistence de plusieurs catégories d'acteurs, entre autres, le corps médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et technique...etc. Cette direction est chargée principalement d'assurer les tâches relevant des domaines suivants :

---

<sup>1</sup> CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ibid



- Recrutement
  - Rémunération
    - Promotion et sanction
      - La formation

### **2.1.4.2. La Direction des finances et du contrôle**

Elle comprend :

- la sous-direction des finances qui comporte : le bureau du budget et de la comptabilité ; le bureau des recettes et des caisses. Son rôle est d'établir des prévisions et de suivi de l'exécution du budget d'une répartition équitable entre les dépenses et les recettes.
- La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts qui comporte : le bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts, le bureau de la facturation. Elle veille à bien maîtriser le coût des prestations fournies pour les patients, le coût d'hospitalisation dans la journée.

### **2.1.4.3. La Direction des moyens et matériels**

Elle comprend

- La sous-direction des services économiques qui comporte : le bureau des approvisionnements ; le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ; le bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable qui comporte : le bureau des produits pharmaceutiques ; le bureau des instruments et des consommables.
- La sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui comporte : le bureau des infrastructures le bureau des équipements ; le bureau de la maintenance.

### **2.1.4.4. La direction des activités médicales et paramédicales**

Elle comprend ;

- la sous-direction des activités médicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ; le bureau de la permanence et des urgences ; le bureau de la programmation et du suivi des étudiants.

- La sous-direction des activités paramédicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales ; le bureau des soins infirmiers, le bureau de la programmation et du suivi des stagiaires.

- La sous-direction de la gestion administrative du malade qui comporte : le bureau d'admission des malades ; le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio thérapeutiques.

### **2.2.L'organisation et le fonctionnement médical du CHU de TO**

Il s'agit ici de cibler l'aspect fonctionnel des divers services. Les services d'hospitalisation, service des urgences et les services médico-techniques<sup>1</sup>. Nous nous intéressons donc au fonctionnement interne des divers services concourant à l'activité hospitalière, l'organisation des tâches qui leur incombent, la gestion des lits des patients.

#### **2.2.1.les services hospitalisation**

Ce sont des services remplissant la fonction d'hébergement des malades. Ces derniers sont ceux nécessitant des soins intensifs et dont l'état de santé demande un suivi thérapeutique en milieu hospitalier. L'admission dans les services hospitaliers s'effectue soit par le biais du service des urgences ou par le biais du malade lui-même sollicitant le service hospitalier.

##### **Les Services chirurgicaux à savoir :**

Chirurgie viscérale, Traumatologie, Neurochirurgie, Urologie, Urgence de chirurgie, Pneumophtisiologie, Rééducation fonctionnelle, Endocrino-diabétologie, Ophtalmologie, Dermatologie, Rhumatologie, Neurologie, Oncologie, Gynécologie, Chirurgie thoracique.

##### **Les Services médicaux à savoir :**

médecin interne, Cardiologie, Hématologie, Réanimation médicale, Réanimation chirurgicale, Pédiatrie, Maladies infectieuses, Psychiatre, Néphrologie, Hémodialyse, Urgence de Médecine, Urgence de pédiatrie.....

#### **2.2.2.Le service des urgences**

Sont les services où dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. Ce sont la médecine interne et la chirurgie general qui sont astreintes à recevoir l'urgence. Celle-ci se distingue par son caractère aléatoire, ce qui signifie que le nombre de malades nécessitant des interventions médicales ou chirurgicales ne pourrait être préalablement défini.

Le service des urgences est communément appelé l'hôpital de jour en raison de l'impossibilité de garder les malades au-delà de 24 heures sans que leur ventilation s'en suive. Cette ventilation des malades relève de la compétence du médecin de garde qui décide de leur hospitalisation, leur évacuation dans d'autres structures spécialisées ou de leur sortie. La permanence de 24h/24 nécessite de mettre sur pied une équipe de jour de 08h à 16h, remplacée par une équipe de nuit qui prendra le relais jusqu'au lendemain. Trois équipes de nuit et deux équipes de jour sont mises sur pied pour assurer cette permanence. Ce service regroupe les urgences chirurgicales, urgences médicales, urgence Pédiatrie et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

### **2.2.3. Le service médico-technique**

Ces services sont représentés principalement par le service de radiologie, et le laboratoire d'analyses médicales. Ils participent à l'activité de l'hôpital mais ne remplissent pas la fonction d'hébergement des malades. Leurs tâches se concrétisent au moment de la fourniture des résultats des divers examens que demandent les services d'hospitalisation en les aidant à travers les investigations à l'établissement des diagnostics et au contrôle des thérapeutiques mises en œuvre.

### **Section 03 : la démarche et le procédures d'admission des malades**

#### **3.1. L'articulation du bureau des services des entrées et d'admission :**

Il s'agit d'un guichet où une hôtesse inscrit le patient comme étant hospitalisé et ce grâce à une demande faite par un médecin à l'hôpital.<sup>1</sup> Cette demande est importante pour le remboursement de la mutuelle.

Le bureau des entrées ou des admissions est la pièce maîtresse du système d'information hospitalier. Si la taille et l'activité de l'hôpital l'exige, une permanence doit être assurée 24h/24.<sup>2</sup> Tout patient venant à l'hôpital pour une consultation, un examen ou une hospitalisation doit venir à transiter par le bureau d'entrée (BE), qu'il soit payant ou non payant, afin d'y être enregistré.

L'admission du patient à l'hôpital nécessite que le médecin responsable puisse examiner le dossier médical du patient et la raison pour laquelle la demande est faite. Ceci pour éviter les hospitalisations sans fondement, mais aussi que le patient pourra bénéficier réellement de l'encadrement mis à sa disposition. Le dossier permet encore de bien orienter le patient dans l'établissement. Il est donc très important que le dossier soit complet, chaque question est importante.<sup>3</sup>

##### **3.1.1. Organisation des bureaux d'entrée**

Le bureau d'entrée est constitué de<sup>4</sup>

###### **➤ Bureau d'accueil et d'Admission**

Ce bureau est situé à l'entrée tout près des hôpitaux. Ce bureau établit un bulletin d'Admission suite à un accord d'hospitalisation signé par le médecin traitant.

---

<sup>1</sup> Silva médical. Dossier d'admission, disponible sur : <https://static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf>, consulté le 12/07/2024, à 9 :34.

<sup>2</sup> LOUARN, Jacques. Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement. Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé", université de Montréal, Paris, 2002, p.26.

<sup>3</sup> Silva médical. Dossier d'admission .Disponible sur : <https://static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf> (consulter le 22-07-2024)

<sup>4</sup> schématiser par l'Instruction 03/MSP/MIN 07 DEC 2000

### ➤ **Bureau de Mouvement**

Il se préoccupe de suivie du mouvement population hospitalière et énumère l'état des patient se trouvant à l'hôpital et leur régime pour la transmettre au service de cuisine .

### ➤ **Bureau d'état civil**

Ce bureau est chargé de ladéclarationdes naissances au niveau de l'assemble populaire communale (APC) de siège de l'hôpital pour tout enfant né.

ce qui est des cas de décès, la famille du défunt récupère le certificat de décès au niveau du bureau des entrées pour enregistrer le défunt auprès des services de l'état civil et obtenir le permis d'inhumer. A noté qu'il faut présenter le livret de famille et la pièce d'identité d'inhumer au bureau des entrée.

### ➤ **Bureau d'Assistante Sociale**

Les assistantes sociales jouent un rôle très important de résoudre les difficultés administratives et socio familiales du malade.

### ➤ **Bureau de Statistique et de Facturation**

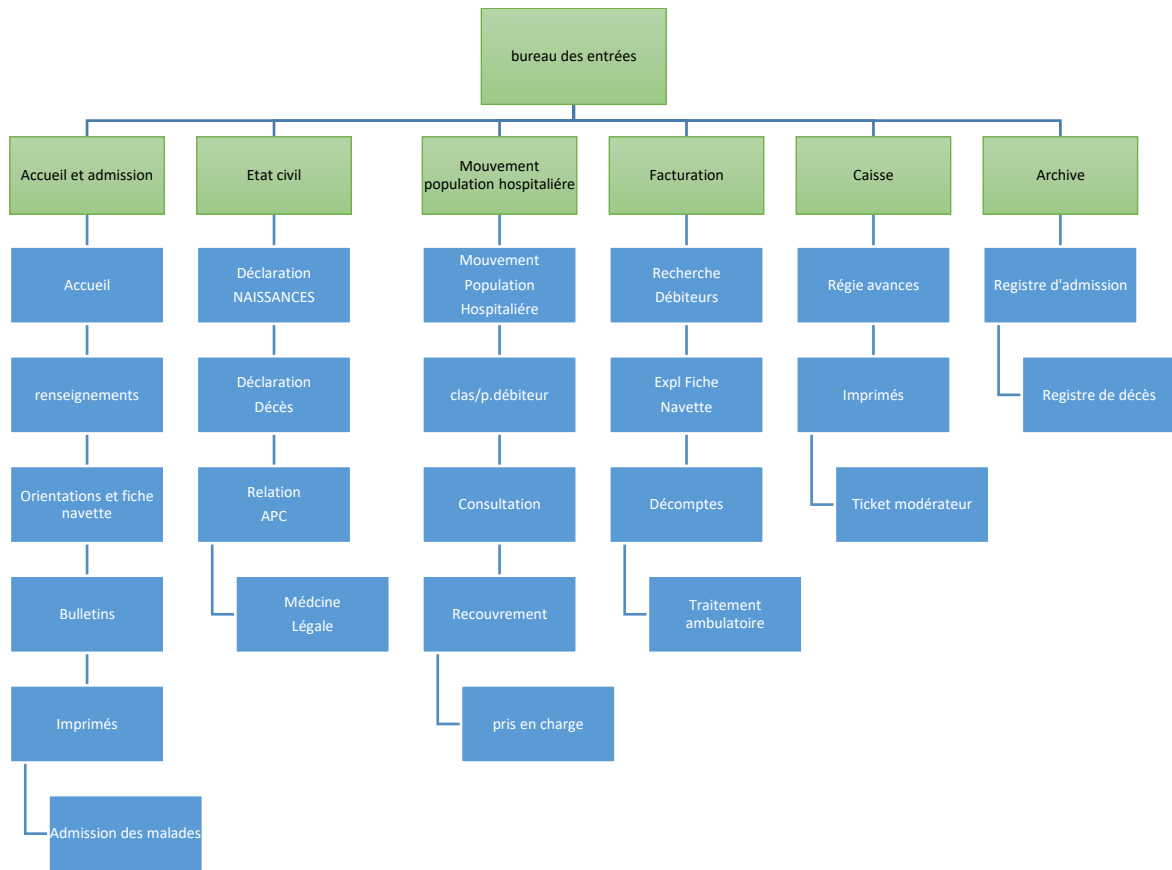
Établie la facturation base sur l'exploitation de la fiche navette et envoyer état des assurées aux organes de sécurité sociale pour la contractualisation.

### ➤ **Unité d'Archivage :**

Consiste à l'archivage des dossiers traités Le bureau des entrées doit être facile d'accès tant pour les usagers que pour les différents services internes ayant des relations étroites avec celui-ci. Il doit être également signalé par les panneaux placés aux endroits appropriés.

➤ Les structures physiques doivent être suffisamment spacieuses pour permettre une prise en charge fonctionnelle des missions dévolues au bureau des entrées

**Figure 11 : Organisation du bureau des entrées**



Source: documents interne du CHU de TIZI OUZOU

**3.1.2. la démarche et le procédures d’admission des malades**

Un patient hospitalisé doit passer par le bureau des entrées avant d’être admis .pendant cette étape, un logiciel patient est utilisé en mode réseau,ce qui signifie qu’il est connecté et accessible depuis plusieurs endroits : le bureau des entrées, les différents service médicaux et le bureau d’informatique. Cela permet une gestion intégrée des information du patient tout au long de son séjour à l’hospital, facilitant la coordination entre les différente parties impliquées dans sa pris en charge médical .

L’admission d’un malade donne lieu à l’ouverture d’un dossier administratif comportant des informations relatives à son identité et à la protection sociale dont il bénéficie.

La prise de ces renseignements doit être extrêmement rigoureuse pour constituer un dossier «complet » et permettre une facturation

rapide ou un encaissement immédiat des frais d'hospitalisation et/ ou de soins externes, lors de la sortie du patient.<sup>1</sup>

- **Les composants du dossier d'admission**

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

- ❖ Demande d'hospitalisation (voir annexe)
- ❖ Le billet de salle (voir annexe)
- ❖ Fiche navette (voir annexe)

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

- ❖ **La demande d'hospitalisation:**

La demande d'hospitalisation est un document qui porte la date de l'entrée et l'heure, le service et la spécialité, le nom et le prénom de patient et de son garde malade, et aussi le nom et la signature de médecin traitant. Une fois que cette demande est remplie et signé par le médecin traitant, elle va être transféré par les services des traitants et le service des urgences au bureau des entrées afin de compléter le dossier, car le faire la fiche navette et le billet de salle.

**Figure 12 : demande d'hospitalisation**

CENTRE HOSPITALO - UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU		DEMANDE D'HOSPITALISATION	
Service:.....	Spécialité:.....	Grade:.....	
Nom du Praticien ayant décidé l'Hospitalisation: .....		Grade:.....	
<b>PATIENT :</b>			
Nom:.....	Nom de jeune fille:.....	Prénom:.....	
Age : ..... 1.2	Nom salle..... 1.2	N° salle :.....	1.2 N° lit : .....
Date d'hospitalisation : .....		Heure : .....	
<b>PATIENT ORIENTÉ OU ADRESSÉ PAR :</b>			
Nom et Prénom du Médecin:.....		Grade:.....	
Etablissement : .....		Secteur/Unité/Service : .....	
<b>GARDE MALADE :</b>			
Nom et Prénom du Garde malade:.....		Grade:.....	
Lien de parenté : .....		Référence pièce d'identité : Type:..... N°:.....	
Date et Visa du Praticien, .....le..... Signature			

Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

<sup>1</sup> Instruction ministérielle n° 03 du 07/02/2001 relative au fonctionnement et la gestion du bureau des entrées des établissements de santé

## CHAPITRE 03 : L'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de T-O

### ❖ Le billet de salle :

Un billet d'hôpital est rempli. Le billet d'hôpital comporte deux volets :

- La partie administrative : données d'identification du patient, numéro de patient, numéro d'hospitalisation, données permettant la facturation des frais d'hospitalisation.
- La partie médicale : "résumé" d'hospitalisation rempli par le service lors de la sortie du patient.

Les deux parties du billet d'hôpital suivent le patient pendant toute la durée de son hospitalisation. A sa sortie, le patient ou sa famille remet la partie administrative du document au BE pour le calcul des frais d'hospitalisation .

Figure 13 : billet de salle

The image shows a 'Bulletin d'Admission' form from the Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou. The form is divided into several sections:

- IDENTIFICATION DU PATIENT :** Includes fields for 1.0. N° D'ADMISSION, 1.1. Qualité du patient vis-à-vis de l'assurance, 1.2. Prénoms, 1.3. Nom, 2.1. Nom de jeune fille, 2.2. Prénoms, 2.3. Prénoms, 2.4. Filles de, 2.5. et de, 3.0. Sexe, 4.1. Nationalité, 4.2. Date de Naissance, 5.0. Situation Familiale, 6.1. Lieu de Naissance, 6.2. Code Wilaya, 7.1. Profession, 7.2. Code Profession, 8.1. Adresse de Résidence, 8.2. Code Wilaya, 8.3. Nom et Prénom de la personne à contacter, 8.4. N° de contact, 8.5. N° de contact, 9.2. Code Wilaya.
- IDENTIFICATION DE L'ASSURE :** Includes fields for 10.0. Immatriculation, 10.1. N° Prise en charge, 10.2. Date, 10.1. Nom, 10.2. Nom de jeune fille, 10.3. Prénoms, 11.1. Date de Naissance, 12.1. Profession, 12.2. Code Profession, 13.1. Adresse de l'Assuré, 13.2. Code Lieu, 14.1. Employeur (Raison Sociale), 14.2. Code Lieu, 15.0. Caisse d'Affiliation, 15.1. C.A.S.N.O.S., 15.2. C.N.A.S., 15.3. Autre, 15.4. Code Lieu.
- HOSPITALISATION :** Includes fields for 16.1. Service d'hospitalisation, 16.2. Date d'entrée, 16.3. Heure, 17.1. Nom de la Salle, 17.2. N° Salle, 17.3. N° de Lit, 17.4. Médecin traitant, 18.1. Mode d'entrée, 18.2. Code entrée, 18.3. N° Prise en charge (sanité), 19.1. Etablissement d'origine, 19.2. Code Wilaya.
- ACCIDENT :** Includes fields for 20.0. Type d'accident, 20.1., 20.2., 21.1. Date de l'événement, 21.2. Heure, 21.3. Lieu, 22.1. Patient transporté par, 22.2. Références, 23.1. Autorité chargée de l'enquête.

Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

### ❖ Fiche navette:

Lors d'une maladie ou d'une période de soins, un patient est susceptible d'être pris en charge par différents soignants et spécialistes dans des configurations multiples. IL peut être amené à être hospitalisé sans avoir avec lui l'ensemble de sa prescription.



Pour aider et agir sur une amélioration de la connaissance que les professionnels de santé peuvent avoir des modifications récentes dans les traitements médicamenteuses, une fiche navette est mise à disposition des médecins généralistes et hospitaliers du territoire de santé.

A la sortie du malade la fiche navette est retournée au bureau des admissions. L'agent devra alors porter sur les registres les informations concernant la somme des coefficients des actes qui ont été accomplis au malade par les différents services.<sup>1</sup>

Cependant, la fiche navette a huit (08) pages, chacune d'elle à son rôle et elle consiste :

### **Identification de patient**

Elle consiste à identifier le patient, le nom et prénom du patient, le numéro d'admission, le groupe sanguin, l'âge, le service, le nom et qualité du chef de service, ainsi la date d'entrée et l'heure, le nom de la salle et numéro de lit, et le nom, prénom et qualité du médecin traitant, le mode d'entrée et le code d'entrée.

### **Actes médicaux, chirurgicaux et examens pratiques dans l'établissement d'hospitalisation compris les consultations effectuées par les praticiens externes au service :**

- Les dates : car c'est la date du geste et des actes effectués ;
- Les services : on mentionne le service au il a effectué les actes ;
- Codes : c'est le code de l'acte effectué ;
- Natures : car on mentionne la nature des actes et examens des médecins ou spécialiste ;
- Cotation : c'est le prix de l'acte ou de l'examen ou du geste effectué ;
- noms : prénom et qualité du praticien.

### **Soins infirmiers (actes paramédicaux) effectués dans l'établissement d'hospitalisation:**

Comporte la date de l'acte et le service dont il a fait l'acte, la nature de l'acte et le code par exemple : pour les chirurgiens le code 0281 l'acte : extraction d'un corps étranger de l'orbite, la cotation : k 60. Pour les infirmiers le code : 1189, la nature : séance d'aérosol, la cotation AMI 2.

---

<sup>1</sup> CIRCULAIRE N° 3637 MSP/ DSS DU 23 / 12 / 1985.

## CHAPITRE 03 : L'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de T-O

**Actes médicaux, chirurgicaux et examens effectués dans une structure externe (publique ou privée):** Comporte aussi la date, le service, le code, la nature, cotation, nom, prénom et qualité du praticien, et le numéro prise en charge (santé) .<sup>1</sup>

### Médicaments Comporte:

la date de prescription et le code D.C.I (domination commune international) car le code du médicament est universel, et aussi libellé D.C.I forme et dosage car explique la qualité et le cout du dosage. La quantité prescrite et fournie, et le nom, prénom et qualité du prescripteur.

Ainsi, la fiche navette à un contexte d'implantation tel que :

- Nouveaux modes de financement des hôpitaux ;
- Mise en place au CHU de la facturation par acte ;
- Recensement de tous les actes effectués sur le malade

### Sortie :

Dans la page de sortie on trouve deux cadres : le premier cadre réservé aux praticiens qui comporte : la date, l'heure, le mode, et le code de sortie, ainsi diagnostic ou motif d'entrée, diagnostic de sortie, et le code CIM (Classification Internationale de Maladie).

Figure14 : fiche navette :

المركز الإستشفائي الجامعي  
تيزي وزو  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE  
DE TIZI - OUZOU

PAGE 1

### Fiche Navette

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

1.N° D'ADMISSION	2.GROUPE SANGUIN	3.AGE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.Nom :	5.Nom de jeune fille :	6.Prénom :

7.Service : ..... 8. Non et qualité du chef de service: .....

9. Date d'Entrée : | | | | | | | | | | 10.Heure d'Entrée | | | | |

11. Nom de Salle : ..... 12. N° De Lit : .....

13. Non, Prénom et Qualité du médecin traitant: .....

14. Mode d'Entrée : ..... 15. Code d'Entrée. | |

**HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE (MOUVEMENT DU MALADE)**

16. Service	17. Date d'entrée	18. Heure d'entrée	19. Non de Salle/N° Lit	20. Médecin traitant
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

<sup>1</sup> \*le code CIM Le deuxième cadre réservé à l'administration de l'établissement qui comporte le numéro de la facture, la date, montant de la prestation, le numéro de quittance, la nature de document de sortie.

### **3-Modes d'hospitalisation :**

Les procédures d'hospitalisation et de délivrance de prise en charge sont mises en œuvre selon deux cas de figure :

- L'hospitalisation programmée (sur rendez-vous),
- L'hospitalisation effectuée dans le cadre de l'urgence

#### **1-Cas de l'hospitalisation programmée :**

Le patient se présente à l'un des services médicaux de l'établissement hospitalier. Après consultation et si l'état de santé du patient le nécessite, il lui est établie une demande d'hospitalisation (en deux exemplaires) datée et signée par le praticien ayant décidé l'hospitalisation. Muni de la demande dans laquelle est précisée la date d'hospitalisation, le patient ou son représentant est orienté vers le bureau des entrées qui :

- Enregistre le rendez-vous et classe un exemplaire de la demande d'hospitalisation. Renseigne et remet une demande de prise en charge au patient.

Sur appréciation de l'antenne de sécurité sociale, l'hospitalisation programmée peut être assimilée à l'hospitalisation d'urgence, lorsque les délais et / ou l'état de santé du patient ne permette pas d'entreprendre les démarches nécessaires.

Le patient disposant dans le cas présent de délais suffisants pour entreprendre les démarches nécessaires

- Présente un exemplaire de la demande d'hospitalisation ainsi que la demande de prise en charge à la structure dont il relève.
- Présente le jour de son hospitalisation l'accord de prise en charge au bureau des entrées.

Le bureau des entrées après vérification des documents :

- Renseigne le bulletin d'admission et le classe avec l'accord de prise en charge dans le dossier du patient. - Remet au patient le volet (n° 2) du bulletin d'admission, ainsi qu'une fiche navette correctement renseignée dans sa partie identification.
- Le patient (ou son représentant) une fois ces formalités terminées se présente au service hospitalier concerné, auquel il remet le billet de salle et la fiche navette.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> SALMI Madjid « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaire en Algérie : éléments pour un diagnostic (cas : secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Irathen) En vue de l'obtention du diplôme de magister en science économique : option Gestion des entreprises, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, Juin 1998, p 123.

### **2. Cas de l'hospitalisation dans le cadre de l'urgence :**

Dans cette situation, il appartiendra à l'administration de l'établissement hospitalier d'agir en lieu et place du patient. Celle-ci, à partir des informations recueillies auprès du patient (nom et prénoms du patient, date et lieu de naissance, sexe, numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, structure de paiement et agence de rattachement de l'assuré, nom et prénoms de l'ayant droit concerné attestation ou carte de démuné non assuré social accompagnée du livret de famille pour les ayants-droits ) déposera une demande de prise en charge dans les 48 heures .

Pour les démunis non-assurés sociaux et leurs ayant-droits auprès des services de la direction de l'action sociale du lieu d'implantation de l'établissement hospitalier, après la sortie du patient, l'administration de l'établissement hospitalier transmettra, selon le cas, au service hôpitaux-cliniques de l'agence de l'organisme de sécurité sociale ou à la direction de l'action sociale de wilaya, qui a délivré l'accord de prise en charge, sur la base de la liste des démunis non assurés sociaux arrêtée annuellement. <sup>1</sup>

### **3.2.Logiciel PATIENT au CHU du T.O**

#### **3.2.1.Présentation du logiciel**

Logiciel Patient, version 09.10, est un logiciel utilisé dans le bureau des entrées, il est partagé en réseau depuis 2009. Ce logiciel est réalisé par Mlle ABDI (CHU Mustapha, Alger) en collaboration avec Mr.Benkaci(MSPRH).

Le logiciel patient peut répondre aux besoins des bureaux des entrées de tout établissement sanitaire (CHU, EPH, secteur sanitaire) :

il suffit d'introduire les paramètres après l'installation du logiciel à savoir : -le code de l'établissement pour pouvoir imprimer le type de l'établissement et son nom à l'entête de tous les états ;

Le logiciel patient a été acquis au mois de septembre 2001 par le CHU de Tizi-Ouzou. En premier lieu ce logiciel était exploité au bureau informatique pour savoir réaliser : - La saisie des billets de salle, - La saisie des données de bases (listes des services, des salles, des praticiens...)

Etablissement d'une liste des anomalies rencontrées lors de l'exploitation du logiciel 01/12/2001 le logiciel patient est opérationnel au niveau du bureau des admissions pour les

---

<sup>1</sup> 1 l'instruction n° 03 MSP/MIN du 07 Décembre 2000

## CHAPITRE 03 : L'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de T-O

deux structures du CHU de Tizi-Ouzou (Nedir Mohamed et l'Hôpital Balleoua), son exploitation est réalisée sur monoposte (un seul ordinateur).

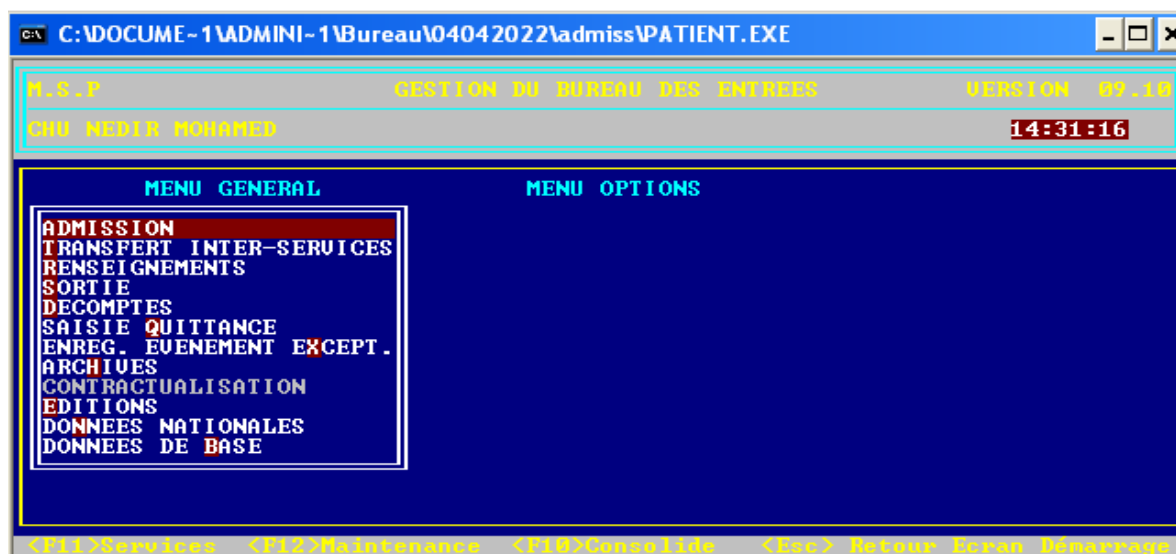
La machine sur laquelle est installé ce logiciel est une machine de dernière génération mais qui n'est pas performante (machine sans marque).<sup>1</sup>

### Objectifs visés par le logiciel patient au sein du CHU de TO

- Identification rigoureuse du statut social de la population hospitalière ;
- Évaluation des activités par service et par groupes de spécialités ;
- Maîtrise des coûts ;
- Mise en place d'un schéma organisationnel cohérent des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Etablissement du résumé standard de sortie et résumé clinique à chaque sortie du malade ; Institution de la fiche navette « jour » au niveau des services concernés et des différents PU de l'établissement et mise à la disposition des services de feuilles intercalaires concernant les soins infirmiers et examens complémentaires ;
- Institution d'un registre d'évacuation pour les malades adressés par les Secteurs Sanitaires et les Cliniques Privées .<sup>2</sup>

### 3.2.2. Les fonctions principales du logiciel patient;

Figure 15 : le menu options du logiciel patient



Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

<sup>1</sup> L'installation du logiciel patient, document remis par le service informatique du CHU de Tizi-Ouzou

<sup>2</sup> Document interne du CHU de TIZI OUOU

### 1-Admission du malade

Pour saisir l'admission d'un malade sur le logiciel patient, on suit les processus suivants:

- Cliquer sur le module admission pour afficher son menu option;
- Saisir le bulletin d'admission, et le garde malade s'il est exigé ;
- Saisir le livret de famille et la pièce d'identité qui sont généralement négligés. Dans cette page il saisit le numéro d'admission, le nom, prénom, le lieu et la date de naissance de l'époux, ainsi son adresse, cette saisie est faite généralement à l'admission de maternité.

**A-Saisie bulletin d'admission:** Il permet de saisir le billet de salle pour un malade, il suffit de remplir les renseignements nécessaires du malade, L'admission d'un malade se fait au bureau des entrées, avec un accord d'hospitalisation fourni par le médecin traitant, il existe plusieurs modes d'admission

- Normale,
- Evacuation(s'il est transféré d'un autre établissement de santé)
- Accédent,
- Maternité,
- Naissance ,
- Hôpital de jour.
- Victime événement.
- Urgence

Figure 16 : saisie bulletin d'admission

```
M.S.P          GESTION DU BUREAU DES ENTREES          VERSION 09.18
- SAISIE BULLETIN D'ADMISSION -          14:32:49

Mode D'admission : -
N° entrée :
Service/Unité :
Nom :
Né (e) le :
Fils (fille) de :
Adresse :
Sit. Fam. :
Nationalité :
Profession :
Personne à contacter Nom :
Adresse :
malade accompagné par :
Groupe sanguin :

à : h mn
Lit :
Sexe :

Prénoms :
Et de :
lieu :
N° de tel :
Prénom :
lieu :
```

Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

## **CHAPITRE 03 : L'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de T-O**

La saisie de l'admission du malade permette de lui attribuer une matricule (le numéro d'admission) qui est un numéro automatique par un ordre chronologique. Il existe Trois tranches de matriculassions :

- ✓ La maternité : ils ont distingué tous ce qui est maternité par une matriculassions commence toujours par le numéro 4.
- ✓ - L'hôpital de jours (HDJ) : il est un peu spécifique, on parle de HDJ quand le malade fait une journée d'hospitalisation c'est-à-dire entre et sort dans le même jour, son numéro d'admission commence par 2.
- ✓ Admission normale, urgence, accèdent... : tous ça ont une tranche de matriculassions qui commence par le numéro 1.

**b. Saisie garde malade(G.M) :** les données nécessaires pour saisir la fiche du garde malade sont présentés dans l'écran de saisi suivant :

**Figure 17 :saisie garde malade :**

<b>GARDE MALADE :</b>			
Nom et Prénom du Garde malade:.....	Grade:.....		
Lien de parenté : .....	Référence pièce d'identité : Type:.....	N°:.....	
<i>Date et Visa du Praticien,</i> .....,le..... <i>Signature</i>			

**Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO**

### **2-Evacuation:**

C'est d'évacuer un malade d'un établissement extérieur vers cet établissement. A cause : du manque de spécialités, manque de matériels, manque de places. À l'arrivée, le malade ou un membre de sa famille ou un infirmier doit présenter aubureau des admissions avec le dossier d'évacuation :

- Une fiche d'évacuation
- Une copie d'un accord de l'établissement ;
- La pièce d'identité du malade.

### **3-Transfert inter-service;**

C'est de transférer le malade d'un service à un autre dans une même unité par exemple de service des urgences au service Hématologie... dans ce cas le première service

envoie au bureau des entrées une fiche de transfère avec le nom de service où ils vont transférer le malade, puis l'agent de saisie enregistre le transfert sur le logiciel pour être transféré administrativement.

Sur la fiche de saisie des évacuations inter-services on enregistre:

- son numéro d'admission
- le nom et prénom,
- la date d'entrée
- et le service d'hospitalisation vont apparus automatiquement, puis l'agent saisit le service actuel

et clique sur enregistrer pour que le transfert du malade soit administratif.

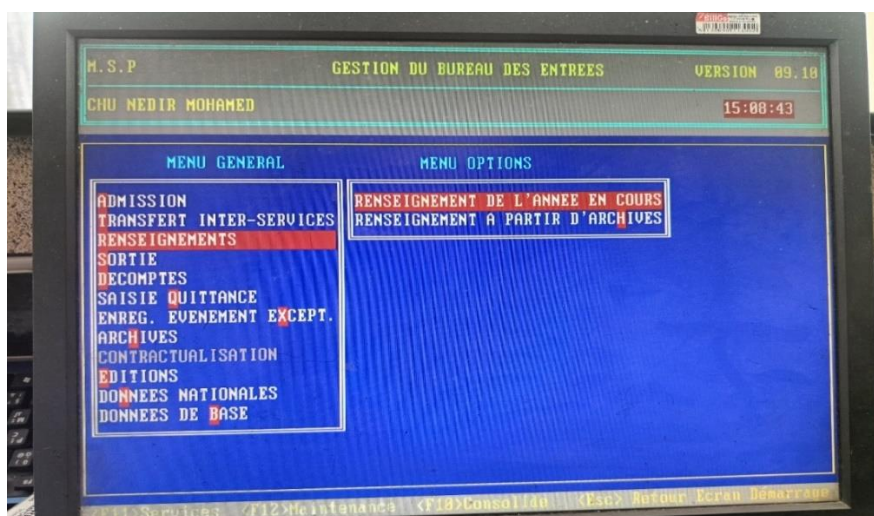
#### 4-Renseignement (des visiteurs, parents et proches du malade) :

La plupart des personnes qui se présentent à l'hôpital pour la visite d'un malade, passent au niveau du BE pour renseigner. L'agent qui travaille sur le logiciel patient lui précise le service d'hospitalisation si le malade est encore hospitalisé, s'il est sortie, lui précise le mode de son sortie.

Cette tâche aide à trouver ou chercher un patient qui a déjà été présent dans l'établissement, soit :

- Dans l'année en cours (2023/2024)
- À partir d'archives (avant 2023).

Figure 18 :le menu option sur renseignement



Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO



**5-Sortie:**

la sortie normale, le malade remet au bureau des entrées le bulletin d'admission et la fiche navette qui porte la date et les diagnostics de sortie délivré par son médecin, ainsi les actes médicaux, actes paramédicaux, examens et les médicaments consommés par le malade durant son séjour à l'hôpital, elle remplie par les personnels médicaux et paramédicaux. À fin de lui établir un certificat de séjour.

On trouve dans le sous menu :

- a. Permission (dans le cas où le malade souhaite avoir une permission pour sortir de l'hôpital pour une courte durée)
- b. Sortie (dans le cas où le malade termine son traitement et il doit quitter l'établissement)
- c. Résumé standard de sortie (pour imprimer un résumé qui contient les informations du malade ainsi les conditions de sa sortie de l'établissement).

**Figure 19 : la fiche de saisie de sortie**

**SORTIE** PAGE 8

**CADRE RESERVE AU PRATICIEN**

1. Date de Sortie	2. Heure de Sortie
3. Mode de Sortie	4. Code de Sortie
5. Diagnostic ou Motif d'Entrée	
6. Diagnostic de Sortie	
7. Code C . I . M.	8. Code G . H . M

Nom, Prénom et Grade du Praticien Visà du chef de Service,  
Date et Cachet  
Signature,

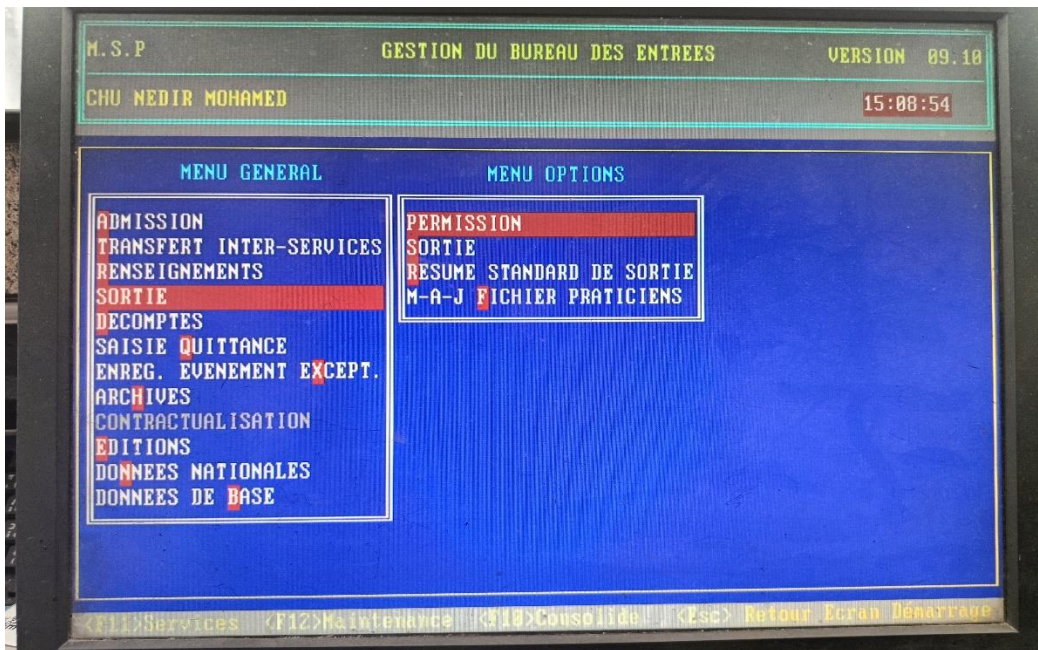
**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT**

9. N° de Facture	10. Date	11. Montant total de la Prestation
12. N° de Quittance	13. Part S.S	14. Part Patient
15. Nature de Document de Sortie		16. N° Document
17. Etablissement d'Accueil		18. N° Prise en Charge (Santé)
19. Mineur Accompagné à sa Sortie par		

Nom, Prénoms et Fonction du Signataire Date et Cachet  
Signature,

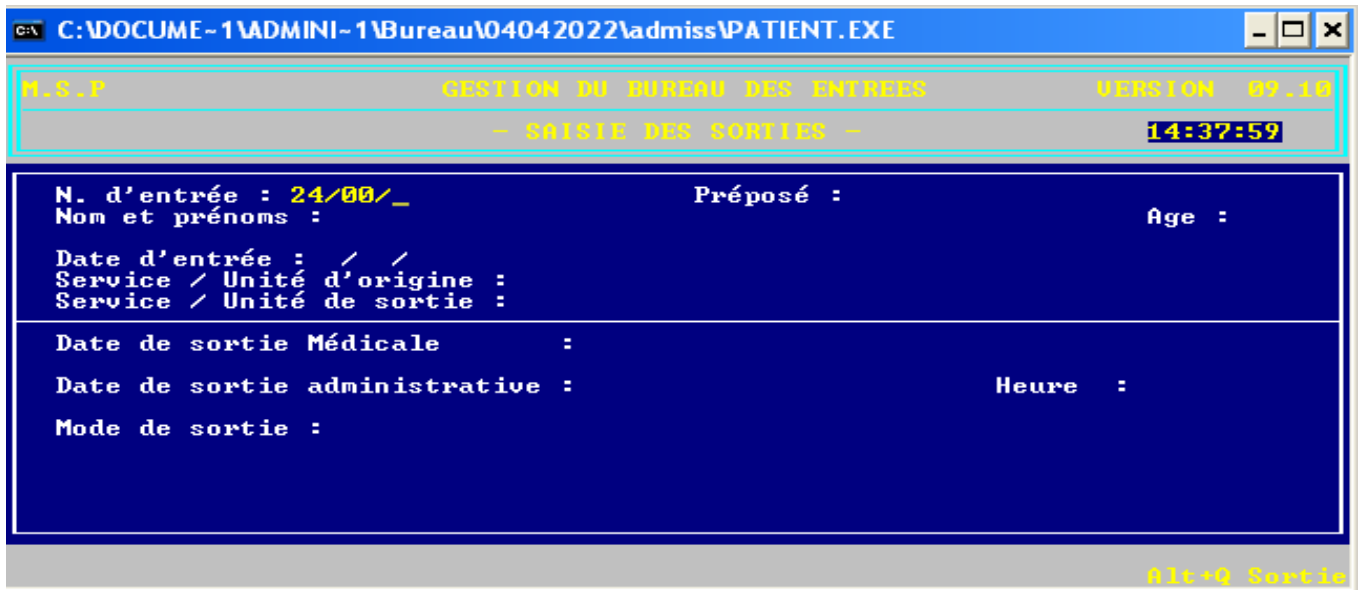
Source : Bureau des entrées de CHU NEDIR mohamed du TO

Figure 20: menu option sur la saisie de sortie



Source : Bureau des entrées de CHU du TO

Figure 21: La page de saisie de sortie



Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

**Section 04 : Etude de l'existance de dossier médical au niveau de l'hôpital CHU T.O**

**4.1.Dossier médical dans CHU du Tizi-Ouzou :**

**4.1.1.Dossier médical papier ( le dossier patient )**

Le dossier médical patient (version papiers) se trouve au niveau de chaque service, sous forme d'une enveloppe qui contient tous les papiers et les informations concernant l'hospitalisation du patient. Ce dossier reste toujours à l'hôpital .

En cas d'hospitalisation il reste près du patient, une fois le patient quitte l'hôpital, son dossier va être destiné vers l'archive.

**Figure 22 : dossier de malade :**

The image shows a medical record form from the Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-ouzou. The form is titled "Dossier de Malade" and contains several sections for patient and admission information. At the top, it says "Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-ouzou" and "Dossier de Malade". Below this, there is a field for "SERVICE : .....". The main body of the form is divided into several sections: a large box for patient details (Nom, Prénoms, Profession, Date de Naissance, Sexe, Lieu de naissance, Domicile), a box for admission details (Salle, Lit N°, Entrée le, Sortie le, Hospitalisation), a box for "Adressé par : .....", a "DIAGNOSTIC" section, a "CLASSEMENT" section with checkboxes for "DM" and "FC", two large boxes for "ETAT A L'ENTRÉE" and "ETAT A LA SORTIE", and a final section for "TRAITEMENTS A LA SORTIE".

**Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO**

### **4.1.2. Les composants du dossier médical:**

- **1. L'enveloppe du dossier (dossier patient )**

Porte les informations suivantes :

N° du dossier :

Service :

Nom :

Prénom:

Age:

Diagnostic:

Traitement:

date d'entrée :

opéré le : (s'il est opéré)

date de sortie :

- **L'accord d'hospitalisation :**

c'est une feuille que le médecin donne au patient afin de la représenter chez l'administration, elle contient les informations du patient et le service concerné.

- **Bulletin d'admission :**

c'est une feuille remplie au niveau du bureau des entrées, elle contient toutes les informations du patient et le mode d'admission.

- **la fiche navette :**

c'est une fiche qui contient toutes les informations du malade, dès son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie, elle suit le patient ou il va, on trouve dedans les différents actes effectués sur le malade pendant son hospitalisation, (par exemple les examens radiologiques, les prélèvements du sang, les médicaments consommés, les injections, les mesures de la température) à l'intérieur de l'établissement ou à l'extérieur.

Il existe deux types : le 1er en cas du séjour, le 2èm en cas d'hospitalisation

- **Les demandes des examens biologiques**
- **Les résultats des analyses biologiques**
- **Les demandes des examens d'imagerie médicale**
- **Les différents examens d'imagerie médicale**
- **Les comptes rendus des examens d'imagerie médicale**
- **Les ordonnances :**

**Figure 23 : l'ordonnance**

المركز الإستشفائي الجامعي تيزي وزو  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU

Tizi-Ouzou, le .....

Délivrée par le Docteur : .....

à M. : ..... Age : .....

Domicile : .....

**ORDONNANCE**

لا تتركوا أبدا الأدوية في متناول الأطفال  
NE LAISSEZ JAMAIS LES MÉDICAMENTS À LA PORTÉE DES ENFANTS

Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

- Feuille d'observation

**Figure 24 : feuille d'observation**

WILAYA TIZI-OUZOU Dossier N° : .....

المركز الإستشفائي الجامعي تيزي وزو  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE  
NEDIR Mohamed - TIZI-OUZOU

**FEUILLE D'OBSERVATION**

Service du Docteur : ..... Salle : .....

Nom : ..... Entrée le : .....

Prénom : ..... Age : ..... Sortie le : .....

Etat Civile : ..... Diagnostic : .....

Lieu de Naissance : .....

Séjour en Algérie : .....

Sommaire de l'observation : .....

DATE	OBSERVATIONS

Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

- **Fiche de transfert entre établissement de santé :**

on utilise cette fiche en cas d'évacuation du malade entre les établissements de santé, elle contient les renseignements du patient, de l'établissement d'origine et le motif de transfert.

- **Feuille de température :**

c'est une feuille qui contient les différents changements de la température du malade pendant son hospitalization.

- **Dossier anesthésique, feuille de réanimation et le protocole opératoire**

on trouve ces trois fiches ou cas où le malade nécessite une intervention chirurgicale, elles présentent les conditions du malade et les différents actes effectués par le malade ou l'infirmier au niveau du post opéré ou le bloc opératoire ou le service de réanimation.

**Figure 25 : fiche d'anesthésie**

المركز الإستشفائي الجامعي تيزي وزو  
Centre Hospitalo - Universitaire  
de Tizi-Ouzou

DEPARTEMENT  
D'ANESTHÉSIE - RÉANIMATION  
UNITE : \_\_\_\_\_

N° du Dossier **FICHE D'ANESTHÉSIE** Groupe Sanguin

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
Diagnostic Pré-Opératoire : \_\_\_\_\_

**BILAN PRE-OPERATOIRE**

**I - INTERROGATOIRE**

Histoire de la maladie : \_\_\_\_\_ ATCD Médicaux : \_\_\_\_\_  
ATCD Chirurgicaux : \_\_\_\_\_  
Traitement actuel : \_\_\_\_\_

**II - EXAMENS**

<p><b>CLINIQUE</b></p> <p>Aspect Général : Poids _____ T° _____</p> <p>Cardio - Vasculaire: Pouls _____/mn TA _____</p> <p>Abord veineux: _____</p> <p>Ausc. cardiaque: _____</p> <p>E.C.G : _____</p> <p>Respiratoire: Fréquence _____mnt / mn</p> <p>Ausc. respiratoire: _____</p> <p>Télé - Thorax _____</p> <p>Neurologie: _____</p> <p>Autres observations: _____</p> <p>En résumé: _____</p>	<p><b>BIOLOGIE</b></p> <p>Hémogramme: GR _____ GB _____</p> <p>Hémoglobine: _____</p> <p>Plaquettes : _____</p> <p>Hémostase : _____</p> <p>Urée sanguine : _____Glycémie : _____</p> <p>Long sg : _____</p> <p>Autres : _____</p> <p>Urines : _____</p> <p>Radiologie : _____</p>
--	--

**III - PRESCRIPTION PRE-OPERATOIRES**

Les jours précédents: \_\_\_\_\_ La veille à: \_\_\_\_\_  
Le matin à: \_\_\_\_\_

**IV - PREVISION PRE-OPERATOIRES**

Position opératoire : \_\_\_\_\_  
Sang disponibles: \_\_\_\_\_  
Solutés disponibles: \_\_\_\_\_  
EXAMEN PRATIQUE le : \_\_\_\_\_

Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

- **Le résumé clinique de sortie:**

c'est un résumé remplis par le médecin après la sortie du malade, il précise tous les actes effectués au malade pendant son séjour à l'hôpital.

**Figure 26 : fiche de résumé clinique de sortie**

Centre Hospitalo-Universitaire  
De Tizi-ouzou

N° Matricule : .....  
N° de Dossier : .....

**Résumé Clinique de Sortie**

Nom & Prénoms : ..... Date de Naissance : ..... Sexe : .....  
Lieu de Naissance ( Commune ) : ..... Wilaya : .....  
Date d'Hospitalisation : ..... Mode d'entrée : .....  
Service : ..... Date d'entrée au Sce : ..... Date de sortie du Sce : .....

**Motif d'hospitalisation** .....

**Bilan biologique** .....

**Bilan radiologique** .....

**Autres examens** .....

**Diagnostic principal de sortie** .....

**Diagnostics associés** .....

**Actes et traitements** .....

Le Chef de Service

Le Médecin traitant

Source : Bureau des entrées du CHU NEDIR Mohamed de TO

- **Le résumé standard de sortie:**

Dans le cadre du programme d'amélioration des prestations, l'établissement hospitalier doit remettre systématiquement à tout patient hospitalisé sortant d'un résumé clinique de sortie.<sup>1</sup> Un résumé standard de sortie document médico-administratif renseignant sur la nature des pathologies prises en charge ainsi que la durée et le mode de sortie du patient devra être

<sup>1</sup> L'instruction N° 16/MSPRH/MIN 2002 du 22 Septembre 2002

## CHAPITRE 03 : L'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de T-O

institué, il est destiné essentiellement au recueil de l'information épidémiologique hospitalière et à l'évaluation des activités des services et de l'offre de soins.<sup>1</sup>

Figure 27 : le resumé standard de sortie

RESUME STANDARD DE SORTIE	
Centre Hospitalo-Universitaire de Tizi-Ouzou	
Service de : _____ Chef de Service : _____	Réservé au Bureau des Entrées Code Sce. : _____
Matricule : _____ N° Dossier dans le Sce. : _____	
Nom et Prénoms : _____ Date de naissance (âge) : _____ Sexe : _____ Lieu de naissance : _____ Lieu de résidence (Wilaya) : _____ Date d'admission à l'hôpital : _____	Code commune de naissance : _____ Code wilaya de résidence : _____
Dernier service d'hospitalisation	
Date d'entrée au service : _____ Médecin traitant : _____ Mode de sortie (1) : _____ Date de sortie de l'hôpital : _____	Matricule du Praticien : _____ Code mode de sortie : _____
Motif d'hospitalisation : _____ Diagnostic principal de sortie : _____ Diagnostiques associées 1- _____ 2- _____ 3- _____	CIM 10 - DP : _____ CIM 10 - DA1 : _____ CIM 10 - DA2 : _____ CIM 10 - DA3 : _____
Le Chef de Service,	Le Médecin Traitant,

### B-Le cycle du dossier médical :

Le départ du cycle du dossier médical commence lors de l'arrivée du patient à l'établissement de santé, (le patient vient à l'hôpital soit évacué d'un autre établissement de santé, dans ce cas il ramène la fiche de transfert entre établissements de santé qui présente la situation et conditions du patient, soit il arrive pour la 1ère fois, il passe par les urgences et voit un médecin généraliste, il lui donne l'accord d'hospitalisation et les différents examens qui 'il faut faire), alors il fait les examens prescrits par le médecin et il va au bureau des entrées pour qu'il s'inscrit en présentant l'accord du médecin et la carte d'identité, les agents

<sup>1</sup> Med OULD-KADA, op. Cite., P 349



## CHAPITRE 03 : L'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de T-O

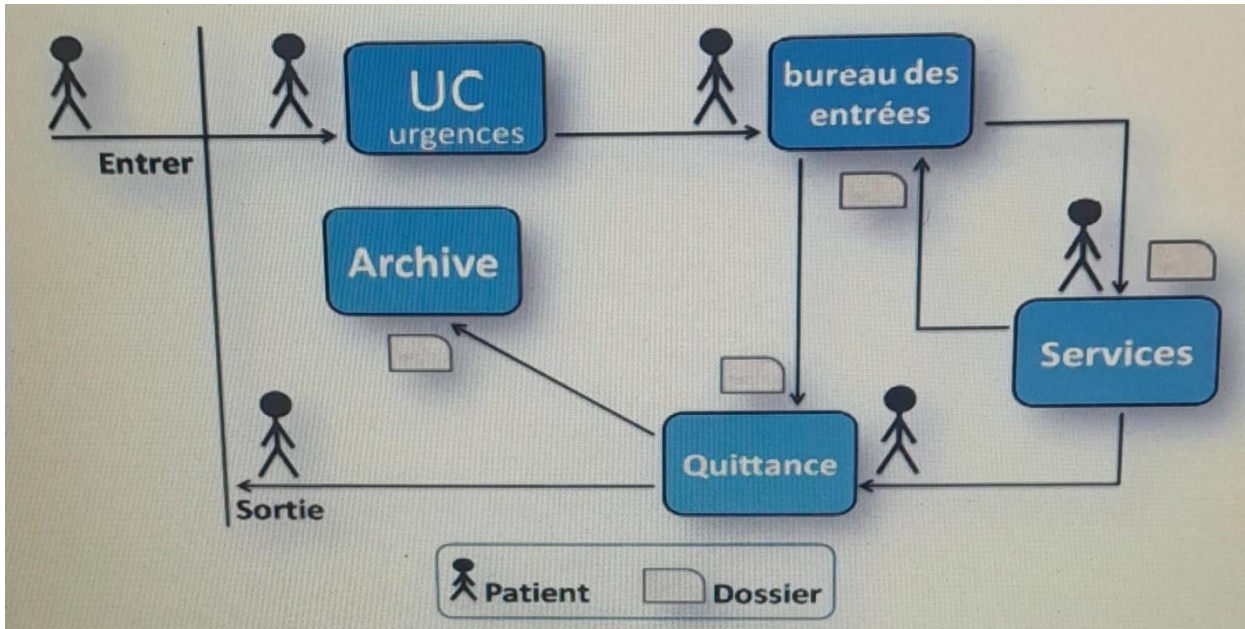
administratives inscrivent son entrée et lui imprime son bulletin d'admission avec la fiche navette.

Il prend ces derniers et il part au service vers lequel il a été dirigé, dans le service et pendant la durée de son hospitalisation, les médecins et infirmiers doivent saisir tout acte qu'ils ont effectué pour le patient, dès son arrivée au service jusqu'à sa sortie en précisant la date et l'heure de chaque acte, même les mouvements du patient entre les services, ils doivent être prescrits dans son dossier.

Lors de sa sortie du service, le patient prend la facture des frais symboliques et va au guichet des quittances pour payer ces frais et quitte l'hôpital, ensuite les secrétaires médicaux prennent le rôle de saisir le résumé standard de sortie, et rapporter le dossier au bureau des entrées.

Dans ce dernier, les agents saisissent la sortie du malade et son mode de sortie et le passent vers le guichet des quittances pour vérifier le paiement, et enfin le dossier se transfère vers l'archive où il va rester.

Figure 28 : Cycle de dossier médical



Source : réalisé par nous

### **4.2. Les problèmes rencontrés dans la mise en place du DMI au sein du CHU de TO:**

Les problèmes rencontrés lors de la mise en place du Dossier Médical Informatisé (DMI) dans CHU de Tizi-Ouzou concernent plusieurs aspects : matériel, technique, humain et organisationnel.

- ✓ **Sur le plan organisationnel :** un manque de communication interne est évident, avec un système cloisonné divisé en deux grandes entités : médicale et administrative. La communication entre ces deux entités est souvent insuffisante. La gestion interne de l'hôpital est également compliquée par la diversité et la multiplicité des informations, qui doivent circuler facilement tout en garantissant leur sécurité et confidentialité. Cela nécessite une gestion des droits d'accès très précise et rigoureuse. La cohérence des informations n'est pas entièrement garantie.
- ✓ **Sur le plan technique :** le nombre d'ordinateurs et de matériel informatique disponible est insuffisant.
- ✓ **Concernant le matériel :** la mise en place du DMI requiert un investissement important en achat et maintenance, et le coût du système est élevé. L'installation de ce système est également complexe.
- ✓ **Enfin, sur le plan humain :** il y a un manque de personnel qualifié, et le personnel soignant et administratif n'est pas formé à l'utilisation de ces outils.

### **Conclusion :**

l'informatisation des dossiers médicaux au sein du CHU représente une avancée significative vers l'amélioration de la qualité des soins. L'implémentation du logiciel patient au niveau des bureaux des entrées constitue un premier pas prometteur dans ce processus. Cependant, cette transition rencontre plusieurs obstacles. D'une part, l'insuffisance de matériel informatique disponible limite l'efficacité et la fluidité du système mis en place. D'autre part, l'absence de cycles de formation pour le personnel administratif compromet l'adoption et l'utilisation optimale de l'outil informatique. Pour que cette informatisation puisse réellement contribuer à une amélioration substantielle des soins, il est crucial d'adresser ces défis. Il est recommandé d'investir dans l'acquisition de matériel adéquat et de mettre en place un programme de formation continue pour le personnel. Ces mesures permettront non seulement de surmonter les obstacles actuels mais aussi de maximiser les bénéfices de cette transition numérique dans le respect des normes de protection des données de santé.

Conclusion

### Conclusion générale :

Le dossier médical papier est le format traditionnel utilisé pour enregistrer les informations de santé d'un patient. Il regroupe des données telles que les antécédents médicaux, les diagnostics, les traitements et les résultats d'examen. Bien qu'il ait servi efficacement pendant des décennies, le dossier papier présente plusieurs limites : il est vulnérable aux pertes, aux erreurs de classement, à la détérioration physique et il peut être difficile d'accès en cas d'urgence ou de besoin rapide d'information. De plus, il complique le partage d'informations entre professionnels de santé, notamment dans des contextes de soins multiples.

L'informatisation des dossiers médicaux désigne le passage des documents papier à des formats numériques, permettant une gestion plus efficace des informations de santé. L'informatisation des dossiers médicaux représente une avancée majeure pour le système de santé, favorisant à la fois une meilleure organisation et un accès plus rapide aux informations médicales. En améliorant la coordination entre les professionnels, en réduisant les erreurs et en renforçant la sécurité des données, le dossier médical informatisé contribue à une prise en charge plus efficace et personnalisée des patients. Toutefois, la réussite de cette transition repose sur la mise en place de systèmes robustes, la formation des personnels et la protection rigoureuse de la confidentialité des données.

Le passage des dossiers médicaux papier au dossier médical informatisé marque une étape cruciale dans la modernisation du système de santé. Ce changement améliore l'efficacité des soins grâce à un accès rapide aux informations, une meilleure coordination entre les professionnels et une réduction des erreurs. De plus, la sécurisation numérique des données renforce la confidentialité des dossiers.

Cependant, cette transition nécessite des ressources importantes, tant en termes de technologies que de formation, et doit être accompagnée de mesures strictes pour garantir la protection des données. En somme, bien que complexe, cette évolution vers le numérique constitue un progrès incontournable pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé.

La protection des données de santé concerne les mesures mises en place pour assurer la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des informations médicales des patients.

Ce mémoire a exploré comment cette informatisation peut être mise en œuvre tout en garantissant la sécurité des données et l'amélioration de la qualité des soins. Les résultats

montrent que l'informatisation offre des avantages significatifs en termes d'accessibilité, de coordination des soins et d'efficacité administrative. Toutefois, elle introduit des défis en matière de protection des données, nécessitant une vigilance accrue pour éviter les violations de sécurité et les fuites d'informations sensibles.

L'étude présente plusieurs limites. D'une part, elle s'appuie sur une analyse principalement théorique et des cas d'étude spécifiques, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à d'autres contextes ou établissements de santé. D'autre part, l'évolution rapide des technologies et des réglementations en matière de protection des données peut rendre certaines conclusions obsolètes à court terme. De plus, les aspects humains et organisationnels liés à l'adoption des nouvelles technologies n'ont pas été explorés en profondeur.

La conciliation entre l'informatisation croissante des dossiers médicaux et la protection rigoureuse des données de santé, tout en garantissant une amélioration continue de la qualité des soins, est un équilibre délicat mais réalisable. L'hypothèse selon laquelle le dossier médical patient (DMP) est central dans l'organisation et la coordination des soins est confirmée, car il assure la sécurité et la continuité de la prise en charge des patients. Grâce à la traçabilité qu'il offre, le DMI contribue grandement à l'amélioration de la qualité des soins et aide à prévenir les risques de contentieux en cas de litige.

Pour y parvenir, il est essentiel d'adopter une approche intégrée combinant des technologies de sécurité robustes, des politiques de confidentialité rigoureuses et une formation continue du personnel. Les pratiques de gestion des données doivent être constamment réévaluées et adaptées aux nouvelles menaces et aux évolutions technologiques. En parallèle, l'informatisation, si elle est correctement implémentée et sécurisée, peut substantiellement améliorer la qualité des soins en facilitant l'accès aux informations cliniques et en optimisant les processus de soins.

Nous pouvons conclure que le dossier médical contribue à l'amélioration du SIH, malgré les difficultés rencontrées au sein du CHU de T.O.

Au cours de la réalisation de notre travail, plusieurs limites nous rencontrons, nous pouvons citer :

- L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles.
- Le manque d'études, sur système d'information.
- Le projet d'installation du DMI .il est en, cours de la réalisation.

En conclusion, la réussite de cette conciliation repose sur une stratégie proactive, alliant innovation technologique et rigueur en matière de protection des données, tout en mettant l'accent sur l'amélioration continue des pratiques de soins.

# Bibliographie



### Ouvrages :

1. A.LIEVRE , G.MOUTEL :Le dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés).
2. BONTHOUX, Thomas. LEREUN, Ronan. PLASSAIS, Olivier. Comprendre les problématique du Dossier médical informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatisés, 2015.
3. Daniel PERRIN ,Patrick LARRAS, Arnaud LAFON, Eric GÉRARD, Technique de réalisation pratique ,maîtrise et exercice raisonné au quotidien. Manuel de la chirurgie orale. JPIO. 2010, France. 480.
4. Eric TOUSSAINT : historien belge, président du Comité pour l'abolition de la dette du Tiers Monde, membre du Conseil international du Fond Social Mondial.
5. F.BOULAY,T. CHEVALLIER ,Y.GENDREIKE,V. MAILLAND,Y.JOLIOT, R.SAMBUC : Méthode d'audit de la qualité du dossier médical : audit de 467 dossiers médicaux dans le cadre du contrôle de qualité PMSI. Santé publique 1998, volume 10, N°1.
6. F.ROGER : Le résumé du dossier médical, indicateur informatisé de performance et de qualité de soins, Bruxelles, 1982.
7. François KOLER : Informatique médicale, CHRU Nancy, instigateur du premier DESS information médicale.
8. G. MOUTEL : cours Évolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins- soignants patients: approche historique, médicale, médicolégale et éthique. Faculté de médecine, Université Paris 5, 2004.
9. ISABELLE COLOMBET. Informatisation et confidentialité : l'expérience de l'hôpital européen Georges Pompidou. Tome 55. Centre Laennec. 2007.
10. J.RAKIC : HERMANS G. l'accès du patient au dossier médical.
11. -KANDEL, O., GAVIN, B., ROY; C., MAGNARD, JF. Le dossier médical informatisé : Comment peut-il contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles. La revue du praticien - médecine générale, 2006 ; 20 : 967-969.

### - 2- Thèse et mémoires :

1. Ahmed-Diouf DIRIEH DIBAD thèse recherche d'information multi terminologique au sein d'un dossier patient informatisé Février 2012.
2. Daphné JAYET .institut supérieur d'électronique de paris. Thèse professionnelle. Communication du dossier médical. Janvier 2010.

3. EDLIRA ZAZANI .Informatisation du dossier patient aux hospices-centre hospitalier universitaire vaudois et aux hôpitaux universitaires de Genève : étude comparative.
4. Gnoumou, M.Mise en place du système d'information hospitalier la clinique SANDOF Université Polytechnique Bobo-Dioulasso.
5. LOUARN, Jacques. Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement. Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé", université de Montréal, Paris, 2002.
6. P. DEGOULET,M. FIESCHI : Traitement de l'information médicale : Méthodes et applications hospitalières. Chapitre 10 : Informatisation des dossiers médicaux. Collection Manuels Informatiques. Masson – Entreprise. 1991
7. R. Jean–Yves C. Coutur. Les archives au XX e siècle : une réponse aux besoins de l'administration et de la recherche. Université de Montréal, Service des archives, 1982.
8. SALMI Madjid « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaire en Algérie : éléments pour un diagnostic (cas : secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Irathen) En vus de l'obtention du diplôme de magister en science économique: option Gestion des entreprises, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, Juin 1998.

### Articles et revues académiques :

1. A. HASMAN: International Journal of Biomedical Computing Care for records for car .1996.
2. ADK. Média. L'informatisation de la santé au service de la qualité des soins. Revue N° 43.repère médical. Le repère mensuel de tous les médecins.
3. Article R.1112-2, Santé public.
12. Centre national de ressources textuelles et lexicales, in Ortolang. 2012: France, in educalingo. 2022: france.
4. CHU NEDIR Mohamed.
5. -CIRCULAIRE N° 3637 MSP/ DSS DU 23 / 12 / 1985.
6. Code de déontologie médical en Algérie.
7. 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.
8. Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81.

9. DOSSIER MÉDICAL SEMI-STRUCTURÉ POUR DES INTERFACES DE SAISIE MULTIMODALES Document numérique. Volume 6 – n° 1-2/2002.
10. EMR : The Progress to 100% Electronic Medical Records, the university of Scranton.
11. H. FALCOFF : Dossier médical en médecine générale. La revue du praticien, médecine générale, n° 404,1997.
12. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002.
13. M. FIESCHI :au sujet du projet de mise en place du Dossier médical personnel, Droit social, n° 1, janvier 2005.
14. OULD-KADA, Mohamed. Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé, Tome 1, 2010.
15. Revue marocaine en santé publique. Dossier patient informatisé : apport et contraintes. Février 2016.
16. SOCIETE SCIENTIFIQUE DE MEDECINE GENERALE. Recommandations de Bonne pratique: le dossier médical. 18-04-2001.
17. Société scientifique de médecine générale. Recommandations de bonne pratique: le dossier médical.-avril 2001 .
18. Syndicat National des Médecins de PMI. Informatisation des dossiers médicaux en PMI, les enjeux, les questions, les propositions et les demandes des professionnels, Mars 2016.

### **Rapports:**

1. « Actes et Produits de Santé » Haute Autorité de Santé, pp 6, 14-16, 2007-2008.
2. Agences national d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) /service évaluation des pratiques professionnelles /juin 2001.
3. ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé ; Dossier du patient: amélioration de la qualité de la tenue et du contenu réglementations et recommandations. Paris juin 2003.
4. AP-HP-2014-Direction des affaires juridiques-comminiquer le dossier medical.
5. Caroline MASCRET, Mission Juridique , « Le dossier Médical Personnel ou DMP », Pôle.
6. CASAGRANDE, Thierry. L'accès direct au dossier médical : Principes juridiques et réalités pratiques. Médecine & Droit, 2005.
7. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. 2011-1012
8. Document interne du CHU de TIZI OUZOU.

9. DROIT DE LA CONSOMMATION Dossier médical et droits du patient.
10. Electronic medical record Health informatics, 2012.
11. Etabli sur la base des documents du CHU de T-O.
12. Guide d'accompagnement au choix et à l'intégration d'un dossier médical électronique version 2 Décembre 2015.
13. Instruction ministérielle n° 03 du 07/02/2001 relative au fonctionnement et la gestion du bureau des entrées des établissements de santé.
14. International Organisation for Standardisation (ISO). 20514 Draft Technical Report: HER. Definition, Scope and Context.
15. L'avant projet de la loi sanitaire.
16. L'installation du logiciel patient, document remis par le service informatique du CHU de Tizi-Ouzou.
17. L'instruction n° 03 MSP/MIN du 07 Décembre 2000.
18. Le code CIM Le deuxième cadre réservé a l'administration de l'établissement qui comporte le numéro de la facture, la date, montant de la prestation, le numéro de quittance, la nature de document de sortie.
19. Le dossier médical informatisé, limites éthiques et contraintes professionnelles liées au partage des données médicales. ENSP. Module interprofessionnel de santé publique. Thème 23, 2001.
20. Le Dossier Médical Personnel et la sécurité « FICHE PRATIQUE – JUIN 2011 ».
21. Loi du 1 juillet 1998.
22. Ministère de la santé. Le dossier médical. Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires. Février 2006.
23. Rapport du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé, Rapport d'activité, le dossier de santé, 1999.
24. République française. Ministère de la santé Code de la santé publique, Décret n° 2002-780 du 3 mai 2002.

### Sites web

- <http://www.dpo-partage.fr/archivage-donnees-de-sante-2/>-[http://www.dpo-partage.fr/archivage - donnees-de-sante-2/](http://www.dpo-partage.fr/archivage-donnees-de-sante-2/)
- <https://www.edimark.fr/dossiers/le-praticien-connecte/content/dossier-medical-informatise-et-messagerie-quels-enjeux>
- <https://www.cairn.info/revue-projectique-2022-HS-page-57.html>

- Logo Promosoft Informatique. Available from: <https://www.promosoft.fr/quand-remontenaissanceinformatique/#:~:text=En%201834%2C%20Charles%20Babbage%20con%C3%A7oit,l'anc%C3%AAtre%20m%C3%A9canique%20des%20ordinateurs>.
- <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/systeme-information-sante/dmi.asp>
- Silva médical. Dossier d'admission, disponible sur : [https://static1.squarespace.com/static /admissionDP.pdf](https://static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf), consulté le 12/07/2024, à 9 :34.

## Table de matière

Remerciement.	
Dédicaces.	
Sommaire.	
Listes des tableaux.	
Listes des figures.	
Listes des abréviations.	
Introduction générale.....	01

### **Chapitre 01 : Dossier médical de patient**

Introduction .....	06
Section 01 : Généralités sur le DMP .....	07
1.1.Historique de DMP.....	07
1.2. La définition de DMP.....	09
1.3. Le contenu d'un DMP .....	10
1.4. La communication du DMP .....	15
Section 02 : les bénéficiaires du droit d'accès du DMP .....	17
2.1. L'accès au dossier médical.....	17
2.2. Les bénéficiaires du droit d'accès au DMP .....	18
Section 03 ; Les fonctions et l'archivage et limites du dossier médical de patient.....	21
3.1. Les fonctions du DMP.....	21
3.2. L'archivage du DMP .....	23
3.2.1. L'importance de l'archivage de DMP .....	23
3.2.2. La durée de l'archivage du DMP .....	24
3.2.3. La modalité d'archivage le dossier médical papier .....	24
3.3. Les limites de la forme classique « papier » .....	25
Conclusion .....	27

### **Chapitre 02 : Passage du dossier papier au dossier médical informatisé**

Introduction .....	29
Section 01 : La base théorique du DMI.....	30
1.1. L'historique .....	30
1.2. Définitions .....	31
1.2.1.L'informatique .....	31
1.2.2.L'informatisation.....	31

1.2.3. Définition du DMI.....	32
1.3. Les types du DMI.....	33
1. 4. Les composants de DMI.....	34
1. 5. les interfaces du DMI.....	35
1.6. Le volume du dossier a augmenté .....	39
1.6.2. Le nombre de dossiers s'est multiplié .....	40
1.6.3. L'importance pratique du dossier est devenue considérable .....	40
Section 02 : les normes et législation pour le DMI et objectifs .....	41
2.1. Le droit de patient .....	41
2.2. Le droit de professionnel de santé.....	41
2.3. Les normes .....	42
2. 3.1. Les principales normes et projets .....	42
2. 3.2. Les normes d'échange de contenu .....	42
2.3.3. Les normes d'indexation de contenu .....	43
2.4. Législation.....	43
2. 4.1. L'objectif du DMI .....	44
Section 03 : Avantages, inconvénients du DMI et la sécurité des données de santé .....	45
3.1. Les avantages du DMI.....	45
3.2. Les inconvénients du DMI .....	46
3. 4. La sécurité des données de santé et l'amélioration de la qualité des soins .....	47
3.4.1. Le DMI et la sécurité des données de santé .....	47
3.4.1.1 la mise en œuvre de contrôles apriori.....	47
3.4.1.2. Le contrôle a posteriori des actions des utilisateurs .....	48
3.4.2. Le DMI et l'amélioration de la qualité des soins .....	48
Conclusion .....	50

## **Chapitre 03 : l'intégration de dossier médical informatisé au sein de CHU de Tizi-Ouzou**

Introduction .....	52
Section 1 : La présentation du CHU de Tizi-Ouzou .....	53
1.1 Historique du CHU de TO .....	53
1.2 Infrastructures et capacités d'hospitalisation du CHU de T.O.....	54
1.3 L'effectif du CHU de T.O .....	55
1.3.1 Le personnel administratif.....	55

1.3.2 Le corps médical .....	56
1-3-3 Le personnel paramédical .....	59
Section2 : Organisation du CHU de T.O.....	60
2.1.Organisation et gestion administrative de l'hôpital.....	60
2.1.1. La direction du CHU de T.O .....	60
2.1.2. Le conseil d'administration.....	60
2.1.3. Le conseil scientifique.....	61
2.1.4.Directions de l'organisation administrative .....	62
2.1.4.1-La Direction des ressources humaines .....	62
2.1.4.2. La Direction des finances et du contrôle .....	63
2.1.4.3. La Direction des moyens et matériels .....	63
2.1.4.4. La direction des activités médicales et paramédicales .....	63
2.2.L'organisation et le fonctionnement médical du CHU de TO .....	64
2.2.L'organisation et le fonctionnement médical du CHU de TO .....	64
2.2.1.Les services hospitalisation .....	64
2.2.2.Le service des urgences.....	64
2.2.3.Le service médico-technique.....	65
Section 03 : la démarche et le procédures d'admission des malades .....	66
3.1. L'articulation du bureau des services des entrées et d'admission.....	66
3.1.1. Organisation des bureaux d'entrée .....	66
3.1.2. La démarche et le procédures d'admission des malades.....	68
3.2.Logiciel PATIENT au CHU du T.O .....	74
3.2.1.Présentation du logiciel .....	74
3.2.2.Les fonctions principales du logiciel patient.....	75
Section 04 : Étude de l'existant de dossier médical au niveau de l'hôpital CHU T.O.....	81
4.1.Dossier médical dans CHU du Tizi-Ouzou.....	81
4.1.1.Dossier médical papier ( le dossier patient ) .....	81
4.1.2. Les composants du dossier médical .....	82
4.2.Les problèmes rencontrés dans la mise en place du DMI au sein du CHU de TO .....	88
Conclusion.....	89
Conclusion générale .....	91
Bibliographie .....	95
Table de matière .....	100



**Résumé :**

Ce mémoire porte sur Le dossier médical du patient est un ensemble de documents qui rassemble toutes les informations de santé d'un patient, notamment ses antécédents médicaux, les diagnostics, les traitements, et les résultats des examens. Il constitue un support essentiel pour la coordination des soins entre les professionnels de santé, permettant de garantir la continuité des soins et la qualité des traitements. Avec le développement des technologies, le dossier médical tend à être informatisé, ce qui améliore l'accessibilité, la sécurité des données, et le partage des informations nécessaires à une prise en charge optimale. Le DMI examine les bénéfices de l'informatisation, tels que l'accès rapide aux données, la meilleure coordination entre les professionnels de santé et la réduction des erreurs. Le mémoire aborde également les défis liés à la protection des données de santé, en mettant l'accent sur la nécessité de garantir la confidentialité et la sécurité des informations des patients, tout en maximisant les avantages pour le système de santé.

**Mots-clés :** DMP. DMI. L'informatisation du DMP.Coordination des soins.

**Abstract :**

This thesis focuses on The patient's medical record (PMR) is a set of documents that gathers all of a patient's health information, including their medical history, diagnoses, treatments, and test results. It is an essential support for the coordination of care between health professionals, ensuring continuity of care and quality of treatment. With the development of technologies, the medical record tends to be computerized, which improves accessibility, data security, and the sharing of information necessary for optimal care. The EMR examines the benefits of computerization, such as rapid access to data, better coordination between health professionals, and reduced errors. The thesis also addresses the challenges related to the protection of health data, emphasizing the need to guarantee the confidentiality and security of patient information, while maximizing the benefits for the health system.

**Keys words :** EMR. PMR . computerization of patient medical records. coordination of care.