



FRANCHI-GODIN Julien

# **LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE : ENJEUX ET CONSEQUENCES POUR LE PERSONNEL SOIGNANT**

**Sous la Direction de M. Hervé HUBERT**  
Mémoire de fin d'études de la 2<sup>ème</sup> année de Master

Année universitaire 2016 – 2017  
Master Management Sectoriel Parcours MRQF

Composition des membres du jury :  
M. Hervé HUBERT, Directeur de mémoire  
M. Laurent CASTRA, Directeur Qualité Sécurité  
Santé Environnement ARS Ile de France

Date de soutenance :  
Le 21 octobre 2017 à 8h30

Université de Lille 2  
Faculté Ingénierie et Management de la Santé ILIS  
42 rue Ambroise Paré  
59120 LOOS

## REMERCIEMENTS

---

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, M. Hervé HUBERT ainsi que l'ensemble des professeurs de la faculté pour m'avoir accompagné et guidé durant ce cursus universitaire.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des professionnels avec lesquels j'ai pu travailler et échanger depuis ces cinq années d'études.

Je remercie également mes proches pour leur soutien au quotidien dans la rédaction de ce mémoire.

# SOMMAIRE

---

REMERCIEMENTS .....	1
SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION .....	3
PARTIE I : LES PREMICES DU DOSSIER PATIENT INFORMATISE .....	7
I. Une pratique réglementaire .....	7
II. Le dossier patient « papier » .....	13
PARTIE II : LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE, UN MODELE DANS L’AIR DU TEMPS .....	21
I. Vers une modernisation de notre système de santé .....	21
II. L’impact du déploiement du DPI dans les services de soins .....	28
CONCLUSION .....	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	38
TABLEAU DES ILLUSTRATIONS .....	41
TABLE DES MATIERES .....	42
GLOSSAIRE .....	43
LISTE DES SIGLES UTILISES .....	45
ANNEXES .....	46

## INTRODUCTION

---

Alors que le Centre Hospitalier de Lens connaît des difficultés financières depuis plusieurs années, l'arrivée de Edmond MACKOWIAK en octobre 2012 laisse entrevoir une mutation du paysage sanitaire dans le bassin Artois Douaisis.

Ce nouveau Directeur Général, reconnu pour ses compétences managériales au CH de Douai (maîtrise du déficit de 11,2 millions d'euros et d'une grève particulièrement virulente, suspension des coopérations avec l'AHNAC, etc.) est porteur d'un nouveau projet ambitieux et innovant. En effet, Edmond MACKOWIAK souhaite aujourd'hui lancer le premier hôpital digital de France à Lens, dans le cadre de la reconstruction du Centre Hospitalier<sup>1</sup>.

Doté d'un nouveau système d'information, le futur établissement sera informatisé à 100% grâce au déploiement du logiciel *Millenium* développé par la société CERNER. Une équipe pluridisciplinaire développe ainsi le projet *N@hôte* depuis 3 ans en vue d'informatiser les parcours des patients de l'admission à la sortie<sup>2</sup>. A sa tête, le Docteur Olivier LEFEBVRE, actuel Directeur projet médical et responsable de l'unité de médecine polyvalente du CH de Lens témoigne de la volonté du Directeur de proposer un projet adapté à la réalité de terrain.

Si un tel projet permettra d'optimiser le codage de l'activité médicale comme le prévoit le directeur, ses répercussions se feront également sur la qualité des soins, notamment au regard de la transmission et des échanges d'informations entre professionnels. Aussi bien au sein de l'hôpital, qu'entre établissements du Groupement Hospitalier du Territoire de l'Artois : le Centre Hospitalier de Béthune, d'Hénin-Beaumont, de La Bassée et de Lens. Un véritable maillage s'opérera entre les structures et le premier « hub »\* numérique hospitalier de France.

Cet accès à l'information en temps réel et la capacité à les échanger et les partager témoignent de l'évolution de nos sociétés.

---

<sup>1</sup> Source : BOURDON E. (2014) Reportage, Le Centre Hospitalier de Lens : Entretien avec Edmond MACKOWIAK Directeur général, *DH Magazine* [En ligne]. Disponible sur : <http://www.dhmagazine.fr/post/Le-Centre-Hospitalier-de-Lens>

<sup>2</sup> Source : PORTELLI, Y. (2017) Lens, Bientôt le premier hôpital digital de France, *La voix du Nord* [En ligne] 27 février 2017. Disponible sur : <http://www.lavoixdunord.fr/124696/article/2017-02-27/bientot-le-premier-hopital-digital-de-france>

En effet, l'arrivée des nouvelles technologies a profondément modifié le fonctionnement des organisations humaines, qu'il s'agisse de nos vies professionnelles ou privées. La naissance d'internet il y a 30 ans, a permis de rapprocher les hommes et de disposer d'un accès instantané à l'information. Nous vivons désormais dans une « société de l'information » où les échanges de données sont une nouvelle forme d'économie.

Cette « société de l'information » est transposable au domaine de la santé. Les nombreuses données médicales générées par les professionnels de santé sont indispensables pour assurer la qualité des soins au chevet du malade. L'accès instantané aux datas est donc primordial tout comme le développement des systèmes d'informations hospitaliers. Ces SIH (Systèmes d'Informations Hospitaliers) constituent par ailleurs, une « fonction mutualisée obligatoire » des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)\*.<sup>3</sup>

De nouvelles problématiques apparaissent dès lors en ce qui concerne la sécurité, la conservation et la disponibilité des données. Elles justifient la création au sein des hôpitaux de Directions des Systèmes d'Information et de l'Organisation (DSIO)\*.

Le dossier patient informatisé se positionne alors comme un outil d'amélioration de la qualité des soins. La digitalisation\* des établissements de santé constitue désormais un enjeu stratégique national et fait partie intégrante de l'e-santé. Dès novembre 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) lance le programme Hôpital Numérique fixant à 6 ans les priorités et objectifs à atteindre.<sup>4</sup>

Dans un communiqué de presse de mars 2017, Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, réaffirme cette priorité. 550 millions d'euros sur 5 ans sont annoncés pour favoriser le passage au numérique. Deux nouveaux programmes seront ainsi créés afin d'accompagner les établissements de santé : « E-parcours » et « E-Hôp 2.0 ». Financés par le nouveau plan d'investissements 2017 – 2021, ils s'ajouteront à Hôpital Numérique<sup>5</sup>.

- Le programme « e-parcours » s'attachera à faciliter les échanges entre les professionnels de santé dans le domaine médico-social à l'horizon 2021.

---

<sup>3</sup> Source : DGOS (2016), *Guide méthodologique : Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Mai 2016

<sup>4</sup> Source : DGOS (2016), Présentation du programme hôpital numérique, *Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé* 26 février 2016. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopital-numerique/Hopital-Numerique>

<sup>5</sup> Source : TOURAINE, 15 mars 2017, Communiqué de presse Marisol TOURAINE, *E-Santé*

- Le programme « e-Hôp 2.0 » soutiendra financièrement le développement des solutions numériques facilitant les liens entre établissements et patients. 400 millions d'euros seront investis jusqu'en 2021.

Les établissements de santé sont donc incités à modifier leurs organisations. La forme papier du dossier patient disparaît peu à peu. De nombreux éditeurs de logiciels se spécialisent dans le médical et proposent des solutions selon le type d'activité des établissements (Médecine Chirurgie Obstétrique, Soins de Suite et de Réadaptation ou psychiatrie). L'observatoire RELIMS (Référencement des Editeurs de Logiciels et Intégrateurs du Marché de la Santé) en dénombre 301 aujourd'hui.

En 2017, 90% des hôpitaux déclarent disposer d'un projet d'informatisation de leur dossier patient, achevé ou en cours.<sup>6</sup>

Le déploiement repose alors sur la création de groupes de travail pluridisciplinaires afin de favoriser la dynamique de conduite de changement. Si le support papier est obligatoire depuis les années 1970 (LIEVRE et al., 2010)<sup>7</sup>, son utilisation est ancrée chez les soignants. Le virage numérique doit faire ses preuves et être porté par la Direction des établissements. Il est alors important d'identifier les enjeux et de comprendre l'impact de la solution informatique sur le fonctionnement des services.

En effet, l'usage des nouvelles technologies contribue à modifier le rapport des soignants à leur métier. Les conditions de travail évoluent tout comme le rapport à l'outil informatique. S'adapter devient une nécessité et les compétences médicales doivent s'étendre aux nouvelles technologies. Elles doivent permettre de faciliter le quotidien du soignant et le recentrer sur des missions de soins. Les managers doivent donc convaincre leurs équipes de l'évolution numérique et l'adapter aux organisations de l'hôpital.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Source : MOREAUX R. (2017) L'informatisation des établissements de santé progresse lentement mais sûrement (Atlas des SIH), *TICsante.com* [En ligne]. Disponible sur : [http://www.ticsante.com/l-informatisation-des-etablissements-de-sante-progresse-lentement-mais-surement-\(Atlas-des-SIH\)-NS\\_3525.html](http://www.ticsante.com/l-informatisation-des-etablissements-de-sante-progresse-lentement-mais-surement-(Atlas-des-SIH)-NS_3525.html)

<sup>7</sup> LIEVRE A., MOUTEL G., 2010, Le dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignées), Faculté de médecine Paris Ile de France Ouest & Faculté de médecine Paris Descartes, 25 pp.

<sup>8</sup> Source : BAILLY I., septembre 2016, La révolution numérique : un challenge managérial, *Objectif Soins & Management*, n°248, p. 20-25

L'objet de ce mémoire est donc de présenter l'intérêt de développer le format numérique du dossier patient au regard du personnel soignant. Quels sont les avantages de cette solution ? Le quotidien du soignant en est-il profondément modifié ? Est-ce bénéfique pour les équipes et pour le patient ?

La problématique de ce mémoire est par conséquent :

**Quels sont les enjeux et conséquences du déploiement du dossier patient informatisé pour le personnel soignant ?**

Pour répondre à cette problématique, nous nous intéresserons à l'information des établissements de santé du milieu sanitaire.

Il conviendra de présenter dans une première partie, ce qu'est le dossier patient, son utilisation et sa place dans la démarche qualité des établissements de santé. Nous verrons également comment s'organise le dossier patient « papier » en établissement ainsi que ses limites. Enfin, en seconde partie de ce mémoire, je traiterai du dossier patient informatisé et chercherai à présenter en quoi il s'inscrit dans l'évolution de notre société, ses avantages et ses limites.

# PARTIE I : LES PREMICES DU DOSSIER PATIENT INFORMATISE

---

Cette première partie s'attachera à démontrer en quoi la digitalisation du dossier patient est une nécessité pour les établissements de santé.

En effet, l'accès aux données médicales est essentiel à la dispensation de soins de qualité. L'informatisation apparaît comme un outil facilitant la transmission et les échanges d'informations.

Dans un premier temps, nous définirons le dossier patient et ses modalités d'utilisation en établissement de santé. Nous nous concentrerons également sur sa constitution, son contenu et sur sa place au sein des démarches qualité.

Dans un second temps, nous nous intéressons au format « papier » du dossier afin de présenter son organisation et son circuit au sein d'un établissement de santé. Ceci nous permettra d'identifier ses limites.

## I. Une pratique réglementaire

### 1. Définition du dossier patient

De tout temps, les médecins ont éprouvé la nécessité de conserver une « mémoire écrite de toutes les informations médicales concernant le patient » (BOUDET et al. 2004)<sup>9</sup>. Si les premiers écrits retrouvés en France datent du XVIII<sup>ème</sup> siècle, le papier s'est vite imposé dans les années 1970 pour devenir une pratique réglementaire.

Cette obligation imputée aux établissements de santé s'explique par le besoin de traçabilité et d'amélioration de la qualité des soins. Le dossier patient devient un outil de preuve en cas de litiges entre patients et soignants. Il décrit l'ensemble des actes et opérations réalisées lors du séjour à l'hôpital (LIEVRE et al. 2010).

---

<sup>9</sup> BOUDET G., HAMON M., SEVERIN J-M., 2004, Le secret médical, Editions Eska et Lacassagne, p. 51.



En effet, « 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 »<sup>10</sup>.

Véritable outil de traçabilité, il est créé dès l'entrée en établissement et constitue un support de réflexion, de communication et de coordination pour les professionnels santé. C'est un élément dynamique et précieux destiné à être partagé avec le patient conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Par professionnel de santé, on désigne « toute personne ayant une activité liée à la prophylaxie ou aux soins aux malades » (SOURNIA J., 1991)<sup>11</sup>. Le Code de la Santé Publique distingue trois catégories :

- Les professions médicales : médecins, sages-femmes et odontologistes ;
- Les professions de la pharmacie : pharmaciens, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux ;
- Les professions d'auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, aides-soignants, etc...

Seules ces personnes ont un droit d'accès aux informations médicales du dossier patient.

Le dossier patient est en effet constitué de deux éléments :

- Des données administratives relatives à l'identification du patient recueillies essentiellement lors de l'admission dans l'établissement : le dossier administratif ;
- Des données à caractère médical constamment mises à jour et recueillies avant et pendant l'intégralité du séjour : le dossier médical.

Ce dossier médical contient ainsi, l'intégralité des échanges écrits entre professionnels de santé à l'exception des informations qui ne concernent pas la prise en charge. On y retrouve par exemple l'anamnèse médicale (c'est-à-dire, l'histoire de la maladie), les habitudes de

---

<sup>10</sup> Source : ANAES (2003), Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : Réglementation et recommandations.

<sup>11</sup> Source : SOURNIA J., 1991, *Dictionnaire français de santé publique*, Paris : Edition de Santé, 331 pp.

vie du patient, les comptes rendus médicaux, les prescriptions médicamenteuses, les lettres de sortie, etc...

Les professionnels paramédicaux disposent eux aussi d'un dossier de soins paramédical. Il reprend l'intégralité de leurs observations et de leurs soins. Il fait partie du dossier médical comme le prévoit l'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique.

On peut schématiser le dossier patient de la façon suivante :

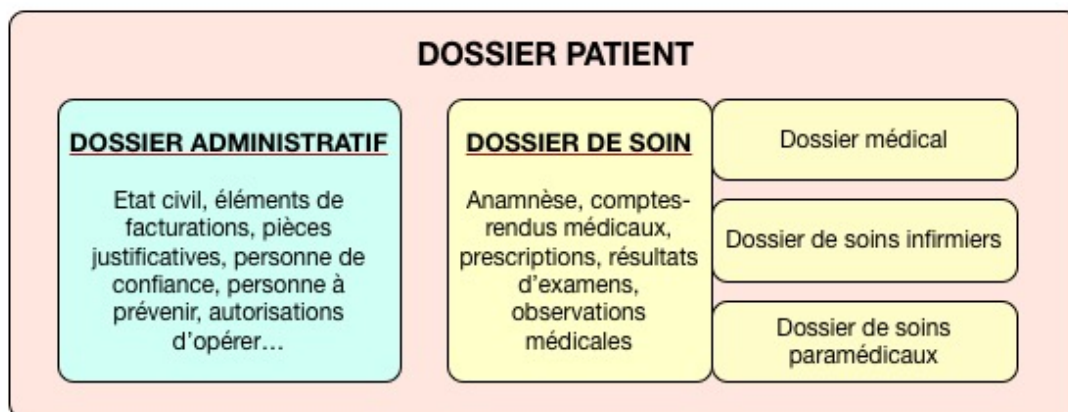


Figure 1 Le contenu du dossier patient

## 2. La constitution et le contenu du dossier patient

Le dossier patient fait l'objet d'une réglementation stricte.

Ainsi, le dossier administratif comporte :

- L'état civil du patient : Nom de naissance, nom marital, prénom, sexe, date de naissance, lieu de naissance, nationalité, adresse...
- Les éléments de facturation : sécurité sociale, assurances, données bancaires...
- Les pièces justificatives à fournir lors de l'admission : carte vitale, carte de mutuelle, attestation de tiers payant, carte d'identité, justificatif d'adresse...
- La désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir ;
- Les autorisations d'opérer pour les mineurs.

Selon l'article R. 710-2-2 du Code de la Santé Publique, le dossier contient a minima :

- 1) « Les informations formalisées recueillies 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, et notamment :
  - a. La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
  - b. Les motifs d'hospitalisation ;
  - c. La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
  - d. Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
  - e. Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
  - f. La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
  - g. Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
  - h. Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
  - i. Le dossier d'anesthésie ;
  - j. Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
  - k. Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
  - l. La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24 ;
  - m. Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
  - n. Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
  - o. Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
  - p. Les correspondances échangées entre professionnels de santé.

- 2) Les informations formalisées établies à la fin du séjour :
  - a. Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie;
  - b. La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
  - c. Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
  - d. La fiche de liaison infirmière.
  
- 3) Informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers. »

La multitude des données contenues dans le dossier patient fait de ce support un élément indispensable en établissement de santé. Il suit le patient de son entrée à sa sortie. Il est le témoin du parcours de santé. C'est à travers lui que se reflète la qualité des soins produits.

### 3. Un gage de qualité des soins

De par son rôle de support d'informations, le dossier patient permet de comprendre le parcours hospitalier du patient. C'est un élément clé, garant de la qualité des soins puisqu'il permet la continuité de la prise en charge.

Créé dès l'entrée du patient, il intervient aux étapes de pré-admission et d'admission où les données administratives y sont saisies. Il accompagne ensuite le malade dans chaque service médical où il est transféré. Et sera archivé à la fin du séjour d'hospitalisation.

Ainsi, le dossier patient occupe une place prioritaire dans le cadre des démarches de certification des établissements de santé\* mises en place par la Haute Autorité de Santé\*. C'est d'ailleurs l'une des 21 thématiques obligatoires de la certification V2014<sup>12</sup>. Certification, qui consiste « en une appréciation globale et indépendante de l'établissement [...] et plus particulièrement sa capacité à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques ». <sup>13</sup>

D'autre part, le dossier patient constitue un support d'analyse lors des patients traceurs. Cette méthode permet en effet d'analyser de façon transversale les différents processus de soins et la coordination entre ces processus. Représentant « la mémoire du séjour », le

---

<sup>12</sup> Source : Le Webzine de la HAS, octobre 2013, *Les thèmes de la certification V2014*

<sup>13</sup> Source : HAS, mars 2016, *Guide méthodologique à destination des établissements de santé – Certification v2014 V.2.1.bis, 120 pp.*

dossier est alors utilisé lors de l'entretien avec les équipes soignantes. A celui-ci s'ajoutera un entretien patient afin de combiner à la réflexion de l'équipe, la perception de l'hospitalisation par le patient et son entourage<sup>14</sup>.

Enfin, en parallèle de la démarche de certification, la Haute Autorité organise le recueil d'Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) en lien avec la tenue du dossier patient. L'IPAQSS DPA existe depuis 2008 et doit être transmis par les établissements de santé à la HAS. Grâce à l'analyse du dossier patient, huit indicateurs sont étudiés dont la tenue du dossier patient, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et la traçabilité de l'évaluation de la douleur.<sup>15</sup>

L'utilisation du dossier patient en établissement de santé est donc primordiale. Une organisation doit être définie et connue par l'ensemble des professionnels. L'homogénéité des pratiques doit être respectée pour assurer la cohérence de cet outil qui peut faire l'objet d'autres enquêtes.

En effet, le dossier patient intervient dans l'exercice du droit. Les patients peuvent accéder aux l'informations médicales les concernant conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique loi du 4 mars 2002. Les ayants droits peuvent également y avoir accès en cas de décès du patient afin de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt et faire valoir leurs droits.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Source : HAS, novembre 2014, Guide méthodologique, Le patient traceur en établissement de santé, Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 62pp.

<sup>15</sup> Source : HAS (2016) IPAQSS 2016 – DPA MCO : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du dossier patient, *has-sante.fr* [En ligne]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_627698/fr/ipaqss-2016-dpa-mco-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-igss-du-dossier-patient](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_627698/fr/ipaqss-2016-dpa-mco-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-igss-du-dossier-patient)

<sup>16</sup> Conseil National de l'Ordre des Médecins , octobre 2008, Information du patient dans la loi du 4 mars 2002 : accès aux informations de sa santé, *conseil-national.medecin.fr* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/information-du-patient-dans-la-loi-du-4-mars-2002-acces-aux-informations-de-sante-356>

## **II. Le dossier patient « papier »**

Dans cette partie, nous chercherons à comprendre comment s'organise l'utilisation du dossier patient papier en établissement de santé. Dès lors, nous serons en mesure, par l'analyse des risques a priori, d'identifier les limites que rencontre une telle organisation.

Aussi, pour ce travail, nous prendrons l'exemple du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer (CHB). Cet établissement de la côte d'Opale (Pas-de-Calais), se concentre sur des activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de psychiatrie.

### **1. L'organisation du dossier patient au CHB**

En 2013, l'hôpital disposait d'une organisation papier pour la gestion de ses dossiers patients. Trois éléments se côtoyaient alors : un dossier circulant, un dossier immobile (pochette kraft) et un dossier tronc commun (pochette kraft).

#### **a) Le dossier « circulant » (DC)**

Le dossier « circulant » se présentait sous sous la forme d'un classeur trieur jaune orangé à huit onglets. Il contenait l'ensemble des informations utiles à la prise en charge du patient. C'est ce dossier qui suivait le malade tout au long de son séjour.

La première page du DC était une feuille « synthèse des épisodes » qui permettait d'un premier coup d'œil de se représenter le parcours du patient dans l'établissement. Il s'agissait d'un tableau reprenant la date d'entrée (ou la date de consultation), la date de sortie, la spécialité et le diagnostic succinct de l'épisode.

Les huit onglets permettaient aux secrétaires de ranger les documents relatifs au séjour du patient dans l'ordre antéchronologique. Ces documents provenaient de « l'extensos » et du dossier de soins infirmier. On y rangeait également les courriers de sortie et documents externes au CHB tels que les courriers médicaux et les résultats d'examens.

#### **b) Le dossier « immobile »**

Le dossier « immobile » contenait les enveloppes séjours et l'imagerie datant d'après mai 2013, date de mise en place du dossier circulant. Il était sorti par les archives sur demande

expresse des services.

L'enveloppe séjour créée en fin de séjour, renfermait les documents de preuve d'un séjour. Elle contenait ainsi deux sous-chemises :

- Une sous-chemise jaune dans laquelle étaient rangés par les IDE, les documents du dossier de soins et les documents du classeur prescription/administration ;
- Une sous-chemise rouge gérée par le secrétariat, contenant les résultats de biologie provenant de « l'extendos », les observations médicales et les données médico-administratives.

#### **c) Le dossier « tronc commun »**

Le « tronc commun » contenait les documents du patient relatifs à des séjours antérieurs à mai 2013. Il était sorti par les archives sur demande expresse des services.

#### **d) Le classeur médical « extendos »**

Au cours du séjour du patient, un classeur médical « extendos » était créé et rangé dans le chariot du tour médical. Il contenait l'ensemble des documents ne faisant pas parti du dossier de soins infirmier (DSI). Il était remis à la fin du séjour et rangé dans le DC du patient.

On y retrouvait :

- la lettre du médecin traitant ;
- la feuille d'observations des urgences ;
- les observations médicales du séjour ;
- les résultats biologiques ;
- les résultats d'imagerie et d'explorations fonctionnelles ;
- d'autres documents médicaux ou médico-administratifs.

## 2. Le circuit du dossier patient « papier »

### a) Lors d'une hospitalisation

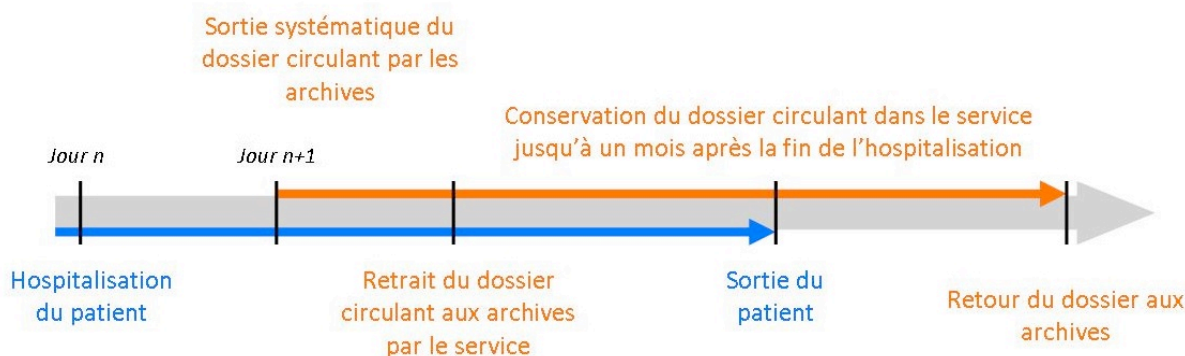


Figure 2 Schéma explicatif du circuit du dossier patient lors d'une hospitalisation. La flèche bleue représente l'hospitalisation du patient. La flèche orange représente le parcours du dossier.

Dans le cas où la prise en charge du patient nécessitait la sortie du dossier immobile et/ou du dossier tronc commun, ils étaient mis à disposition par les archives dans le casier du service au plus tard le lendemain de la demande, en fin de matinée.

Dans le cas où le dossier du patient est externalisé, le délai d'obtention était de cinq jours. La livraison avait lieu le mardi et le jeudi.

### b) Lors d'une consultation

Le dossier circulant était sorti par les archives sur demande du médecin une semaine avant l'arrivée du patient dans le service.

### c) La gestion des dossiers aux archives

Les dossiers des patients étaient soit rangés sur le site, soit externalisés. Ils disposaient chacun de leurs propres salles de rangement : une salle pour le dossier circulant, une salle pour le dossier immobile, et une salle pour le dossier tronc commun.

Une salle tampon « avant externalisation » permettait de désengorger les salles de rangement des dossiers.

Les dossiers étaient classés par date de naissance : d'abord le mois, puis le jour et enfin l'année. Dans le cas où deux patients sont nés le même jour, le même mois et la même



année, c'est l'ordre alphabétique qui s'appliquait.

Les dossiers circulants étaient marqués par des repères colorés permettant d'identifier visuellement la date et le mois de naissance et de repérer rapidement une erreur de classement. Lors de la création du dossier, une étiquette était ajoutée sur le dossier indiquant l'année à laquelle le patient avait effectué son séjour. Elle était remplacée par une nouvelle étiquette lors d'un nouveau séjour du patient.

### 3. Les contraintes et limites de l'utilisation du dossier patient « papier »

Après avoir présenté l'organisation et le circuit du dossier patient du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, nous sommes en mesure d'identifier les limites et contraintes organisationnelles liées au format « papier ». Pour ce travail, nous utiliserons la méthode d'analyse des risques a priori.

Cette méthode, inscrite dans une démarche de processus, consiste à identifier, hiérarchiser et prévenir les risques liés à une activité. L'objectif est de diminuer la criticité d'un événement indésirable qui pourrait nuire à la prise en charge du patient avant qu'il ne se produise.

La première étape consiste donc à identifier les différentes étapes de notre processus. Représentons donc, l'organisation par un logigramme, le processus du dossier patient « papier », de l'arrivée du patient jusqu'à l'archivage de son dossier. Tachons d'identifier l'acteur de chaque étape, et les supports utilisés de la façon suivante:

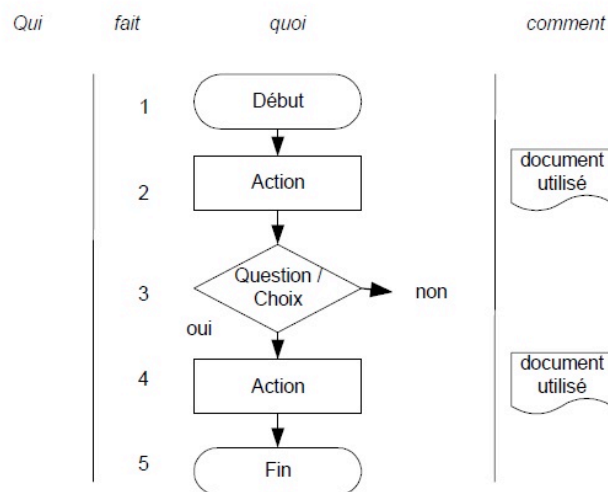


Figure 3 Schéma de mise en forme d'un processus

A l'issue de notre réflexion, voici comment se présente le processus du dossier patient dans l'établissement :

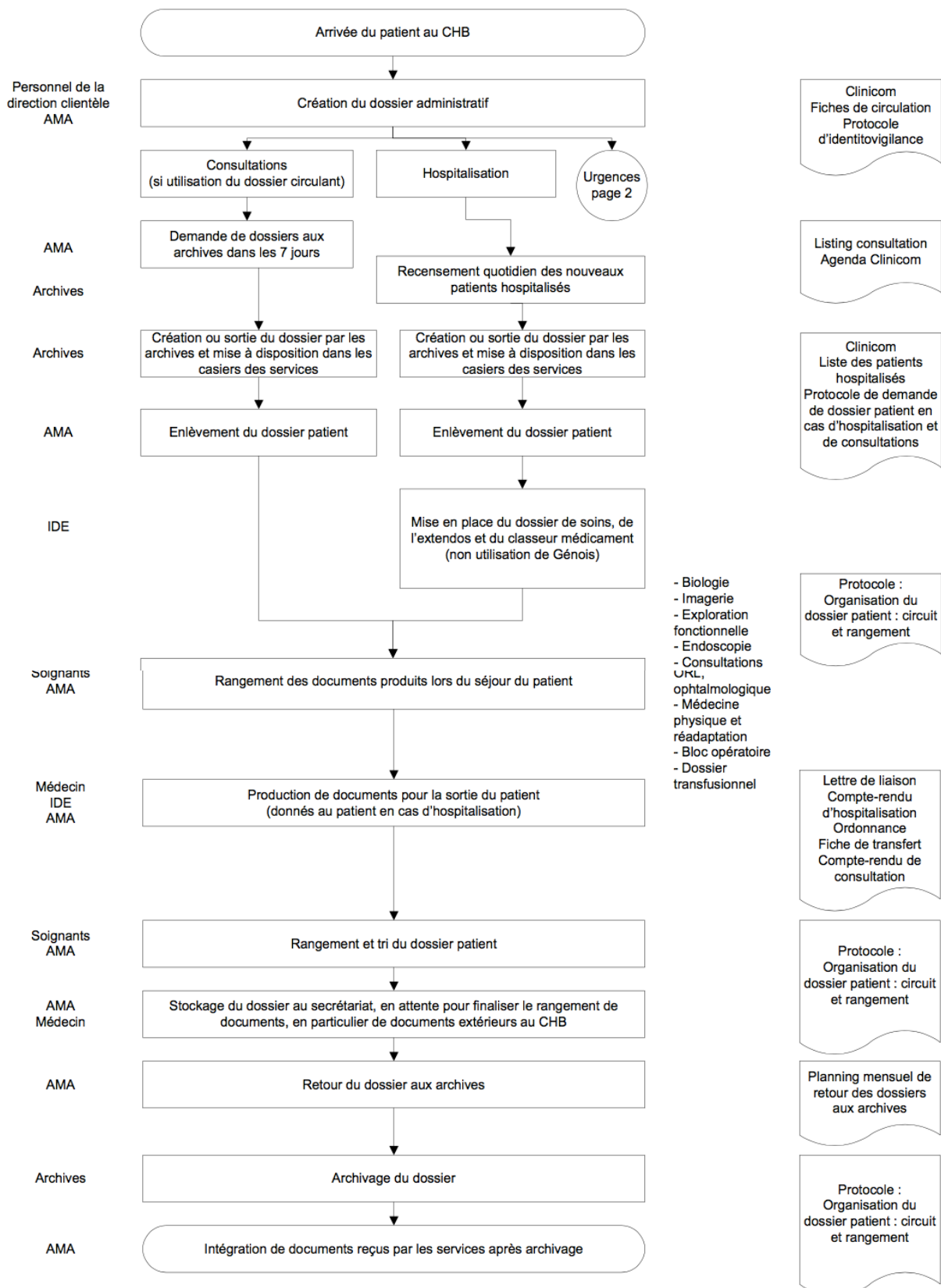


Figure 4 Le processus d'utilisation du dossier patient "papier" du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, De l'entrée du patient jusqu'à l'archivage du dossier

Nous sommes désormais en mesure d'identifier pour chaque étape, les risques pouvant intervenir lors d'une organisation « papier » du dossier. Les causes de ces risques seront identifiées et priorisées par l'utilisation d'une matrice de criticité (annexe 1). La criticité étant le produit de la Gravité et de la Fréquence de survenue de la cause du risque.

Le détail de l'analyse sera présenté en annexe 2.

Nous constatons que l'utilisation d'un support papier est la cause de survenue de plusieurs risques à différentes étapes de notre processus. Les voici :

**Tableau 1 Principaux risques identifiés suite à l'utilisation du dossier patient papier au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer ainsi que les causes de survenue de ces risques**

<b>Etape</b>	<b>Risques potentiel</b>	<b>Cause</b>
Création ou sortie du dossier par les archives et mise à disposition dans les casiers des services	Le dossier du patient n'est pas mise dans le bon casier	Erreur d'inattention
	Il y a un retard dans la mise à disposition du dossier	Le dossier est externalisé ou se trouve dans un autre service
Mise en place du dossier de soins, de l'extensos et du classeur médicament	Il y a perte à la fois d'information et de temps	<p>Le classeur extensos n'est pas utilisé dans le service</p> <p>Les pratiques sont hétérogènes selon les services</p> <p>La fiche observation médicale n'est pas utilisée ou installée dans la dossier extensos</p> <p>La procédure d'organisation et du classement du dossier n'est pas respectée</p>
Rangement des documents produits lors du séjour du patient	Il y a perte à la fois d'information et de temps	Les pratiques sont hétérogènes selon les services

		<p>La procédure d'organisation et du classement du dossier n'est pas respectée</p> <p>Il y a un retard dans le rangement des documents dans le dossier</p>
Production de documents pour la sortie du patient	La continuité des soins est compromise	<p>Le résumé d'administration des médicaments est absent</p> <p>Un document du dossier est perdu car remis au patient</p>
Rangement et tri du dossier	Erreur d'identité	Le document d'un patient se trouve dans l'extensos d'un autre patient
	Erreur de classement	<p>Mauvais rangement de l'extensos dans le service</p> <p>Absence ou hétérogénéité de l'étiquetage de l'extensos</p> <p>Non-respect des procédures de rangement des documents dans les dossier</p>
Stockage du dossier au secrétariat, en attente pour finaliser le rangement de documents	Encombrement du secrétariat	<p>Stockage du dossier en attente d'une future consultation</p> <p>Dossier non descendu aux archives</p>
Retour du dossier aux archives	Perte du dossier	Rangement du dossier circulant dans le dossier kraft
Archivage du dossier	Le dossier est mal archivé	<p>Erreur d'inattention</p> <p>Erreur de date de classement</p>

Intégration de documents reçus par les services après archivage	Perte de documents	Pas d'intégration des documents (conservés au secrétariat, dossier de consultation)
---	--------------------	---

La plupart de ces risques peuvent être résolus par l'utilisation d'un dossier patient informatisé. L'utilisation de ce support commun dans les services de soins réduira grandement la perte de temps. L'information, accessible en temps réel, permettra aux professionnels de se recentrer sur des actions de soins.

Ils auront à leur disposition tous les éléments nécessaires à la promulgation de soins de qualité (si le DPI est complet) :

- Les observations médicales,
- Les prescriptions médicamenteuses avec la validation des administrations ;
- Le plan de soins infirmiers,
- Les transmissions ciblées,
- Le recueil des constantes et les résultats d'examens,
- La traçabilité des interventions des professionnels : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes...

Il reste cependant indispensable de bien définir et diffuser les règles d'utilisation du dossier numérique pour retrouver la bonne information au bon endroit.

D'autre part, les documents ne pourront être perdus lors des transferts du patient dans les différents services. La continuité des soins sera préservée.

Les problématiques liées à l'encombrement des archives et des secrétariats seront réglées. Les données seront stockées sur des serveurs informatiques.

## **PARTIE II : LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE, UN MODELE DANS L'AIR DU TEMPS**

---

Gage de modernité, la numérisation du dossier patient offre de nouvelles perspectives aux établissements de santé. La transition depuis un modèle exclusivement papier induit de profondes modifications organisationnelles. Pour la plupart des hôpitaux, la transition est progressive et les deux supports cohabitent. On comprend aisément que la bascule totale n'est pas envisageable de par la complexité des organisations sanitaires.

Chaque processus de soin comme l'administration des médicaments, la saisie des observations médicales et des résultats d'analyse par exemple, fera l'objet d'une réflexion de fond avec des groupes de travail pluridisciplinaires. L'objectif étant bien évidemment de réussir la conduite du changement auprès des utilisateurs en leur proposant un support maniable et adapté à leurs besoins.

Cette transition vers le numérique est par ailleurs un axe prioritaire de l'Etat pour assurer l'évolution de notre système de santé vers un modèle performant et pérenne. Dès 2011, le programme Hôpital Numérique se met en place pour accompagner l'évolution des systèmes d'informations hospitaliers.

Si cette modernisation est imposée, apporte-t-elle de vrais atouts aux établissements en terme de qualité et de sécurisation de la prise en charge ? C'est ce que nous verrons dans cette deuxième partie du mémoire. Nous y présenterons les concepts induits par la numérisation des hôpitaux mais aussi leurs impacts dans les services de soins.

### **I. Vers une modernisation de notre système de santé**

Afin de nous intéresser au dossier patient informatisé (DPI), il convient de présenter le concept du e-santé auquel il se rapporte ainsi que celui du Système d'Information Hospitalier (SIH) qu'il intègre. Nous verrons enfin comment il répond à une logique de coopération sanitaire.

## 1. Le concept de e-santé

L'émergence des nouvelles technologies dès les années 1980 ainsi que la naissance d'Internet et l'arrivée des Smartphones dans les années 1990 et 2000 ont profondément modifié notre rapport à la communication. La culture numérique s'est imposée et s'étend désormais au domaine de la santé. On désignera ainsi par « e-santé » ou « santé numérique » cette mouvance.

L'e-santé est définie pour la première fois en 1999 par le consultant John Mitchell comme « l'usage combiné de l'Internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administratives, à la fois localement et à distance. »<sup>17</sup> Elle désigne alors « tous les domaines où les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont mises au service de la santé ».<sup>18</sup>

Au service du bien-être de la personne, l'e-santé comprend deux domaines :

- Les systèmes d'information hospitaliers (SIH) chargés d'organiser les échanges d'informations entre les services de l'hôpital. On y retrouve notre dossier patient informatisé ;
- La télésanté avec les technologies liées à la télémédecine, la télésurveillance et bien sûr l'ensemble des applications Smartphones dédiées à la santé (mobile-santé ou m-santé).

L'e-santé est donc au service du malade et du soignant. Elle fluidifie, au travers des échanges de données, la prise en charge médicale. Elle présente plusieurs avantages :

- Elle permet au patient de devenir un véritable acteur de sa santé en lui permettant un meilleur suivi de ses traitements grâce aux applications Smartphones ;
- Elle favorise les échanges d'information entre le patient et son médecin et les professionnels entre eux. C'est un gain de temps non négligeable.

---

<sup>17</sup> Source : SCALA B., février 2016, E-santé, La médecine à l'ère du numérique, *Science & Santé*, n°29, p. 22-33

<sup>18</sup> SAFON M-O., septembre 2016, E-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée, Pôle documentation de l'IRDES, p. 3-7.

Ce sont ces avantages qui poussent l'Etat à dynamiser ce secteur dans les établissements de santé. Ils sont encouragés à développer leur système d'information hospitalier.

## 2. Le système d'information hospitalier

C'est dans un contexte de contraintes financières que le Système d'Information Hospitalier s'est développé. En effet, dès 1975, de nombreuses mesures sont mises en œuvre afin de rationaliser les dépenses hospitalières. Une refonte institutionnelle a lieu et l'Etat crée les Agences Régionales de l'Hospitalisation, l'ancêtre des Agences Régionales de Santé (BERGOIGNAN-ESPER et al., 2014).

En 1991, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information est mis en place. Il constitue une innovation majeure dans la gestion des établissements de santé (LENAY et al., 2003). La mesure de l'activité devient alors primordiale pour les directeurs d'hôpitaux puisque l'on passe à une tarification à l'activité (T2A) avec le plan hôpital 2007<sup>19</sup>. L'information médicale est précieuse et le système d'information hospitalier permettra de l'analyser et la traiter.

Le système d'information hospitalier « peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique ».<sup>20</sup>

Le SIH améliore ainsi l'efficacité des organisations sanitaires. Son bénéfice se fait également ressentir chez les patients qui, grâce à ce nouveau traitement de l'information, voit leur prise en charge s'améliorer. Les professionnels de santé disposant en effet, de toutes les données nécessaires en temps réel pour traiter la maladie (antécédents, examens réalisés...). (GRASSELER C., 2011).

Le SIH apparaît donc comme l'élément central des structures hospitalières. Il intègre les données du patient (dossier médical), les éléments de facturation... C'est un véritable outil de gestion qui permet le déploiement de tableaux de bord. Il est donc utilisé par tous, aussi

---

<sup>19</sup> Hôpital 2007, vers une nouvelle réforme de l'hôpital, Bulletin Fédéral Sup. 2003/05, p. 4-5.

<sup>20</sup> Circulaire ministérielle n°275 du 6 janvier 1989 du Ministère de la Santé



bien les soignants que la direction et intègre l'ensemble des processus internes de l'établissement.

Structurellement il peut être décomposé en deux parties de la façon suivante :

Tableau 2 L'architecture structurelle du système d'information hospitalier

Structures logistiques	Structures de soins
<p><u>Services administratifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction générale et fonctionnelles</li> <li>• Services économiques</li> <li>• Personnel</li> </ul>	<p><u>Unité de soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations externes, urgences</li> <li>• Services médicaux</li> <li>• Services chirurgicaux</li> <li>• Soins intensifs, réanimation</li> <li>• Rééducation, etc...</li> </ul>
<p><u>Gestion de l'information :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archives</li> <li>• Informatique</li> <li>• Statistiques, évaluation</li> <li>• Communications</li> <li>• Risques, Sécurité, Qualité</li> </ul>	<p><u>Unités médicotéchniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biochimie</li> <li>• Hématologie</li> <li>• Bactériologie, virologie</li> <li>• Immunologie</li> <li>• Explorations fonctionnelles</li> <li>• Cytologie, pathologie</li> <li>• Radiologie, imagerie</li> <li>• Endoscopie</li> </ul>
<p><u>Services logistiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuisines</li> <li>• Blanchisserie</li> <li>• Brancardage</li> <li>• Entretien, etc...</li> </ul>	<p>Pharmacie</p>

D'un point de vue fonctionnel, il permet à l'hôpital de gérer ses ressources, évaluer et planifier et gérer l'information. Pour le patient, il permet la gestion médico-administrative, de réaliser les actions médicales et gérer le dossier patient. (STACCINI P., 2007)

Tableau 3 L'architecture fonctionnelle du système d'information hospitalier

L'Hôpital	Le patient
<p><u>Gestion des ressources :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion financière</li> <li>• Gestion du personnel</li> <li>• Gestion du matériel</li> <li>• Gestion des lits</li> <li>• Gestion des rendez-vous</li> <li>• Approvisionnements, etc...</li> </ul>	<p><u>Gestion médico-administrative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification</li> <li>• Admission, transfert, sortie</li> <li>• Gestion des demandes</li> <li>• Facturation, etc...</li> </ul>
<p><u>Evaluation et planification :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation de l'activité</li> <li>• Evaluation des soins</li> <li>• Epidémiologie hospitalière</li> <li>• Recherche clinique</li> </ul>	<p><u>Action médicale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic</li> <li>• Thérapeutique</li> <li>• Pronostique</li> <li>• Surveillance</li> </ul>
<p><u>Gestion de l'information :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement du SIH</li> <li>• Gestion des archives</li> <li>• Accès aux banques d'informations</li> </ul>	<p>Gestion du dossier patient</p>

Porté par la volonté d'élever le niveau de maturité des SIH, le programme hôpital numérique est mis en place dès 2011. On comprend aisément qu'il s'agisse d'une priorité nationale afin d'améliorer le service médical rendu au patient. La DGOS a défini un certain nombre de pré-requis à atteindre pour les établissements de santé ainsi que des indicateurs témoignant de la progression de la démarche d'informatisation<sup>21</sup>.

Plusieurs domaines prioritaires sont définis dont le dossier patient informatisé.

<sup>21</sup> DGOS, avril 2012, *Hôpital numérique, Guide des indicateurs, des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun*, 60 pp.

Tableau 4 Les indicateurs relatifs au dossier patient informatisé comme définis dans le programme Hôpital Numérique

D2 / DPII (Dossier patient informatisé et Interopérable) et communication extérieure		Cible
D2.1	Dossier patient DMP compatible en propre ou via un dispositif permettant la DMP compatibilité	DMP compatibilité (création / alimentation)
D2.2	Publication de comptes-rendus d'hospitalisation dans le DMP	98% des comptes-rendus d'hospitalisation des patients disposant d'un DMP au moment de l'admission
D2.3	Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'exams d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie	60% des services de soins et médico-techniques
D2.4	Taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation	95% des séjours réalisés au sein des services de soins dans lesquels le DPII est déployé
D2.5	Taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour	80% des consultations externes réalisées par des professionnels médicaux

Ce déploiement du dossier patient informatisé est essentiel pour répondre aux limites engendrées par l'utilisation du support papier qui peut être mal structuré, mal classé, illisible, introuvable ou difficile d'accès.

Destiné également à favoriser le partage des données entre les professionnels, le DPI devient un outil structurant de notre système de santé. Dans un modèle qui privilégie la constitution de réseaux de santé et le regroupement des hôpitaux en Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), c'est un atout au service des patients et des professionnels de santé. Le dossier patient informatisé est un levier de coopération sanitaire.

### 3. Un levier de coopération sanitaire

Afin d'améliorer les performances médico-économiques des systèmes de santé, nous assistons à une réorganisation au niveau territorial de l'offre de soins. Ainsi depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) s'organisent autour de projets médicaux partagés. Ces regroupements d'établissements interviennent entre autre pour

assurer au patient de bénéficier du bon soin au bon moment dans le bon environnement et par le bon intervenant. Ils rejoignent le concept de « parcours de soins ».<sup>22</sup>

Cette logique de « parcours » nécessite la coordination des professionnels de santé afin d'optimiser la prise en charge des patients au plus proche de leur lieu de vie. Selon cette approche, le malade est l'élément central autour duquel doivent s'organiser les équipes soignantes. C'est au système de s'adapter à lui et non l'inverse.<sup>23</sup>

Le SIH, comme nous l'avons vu, est la colonne vertébrale des établissements de santé. C'est un outil à visée stratégique qui s'étend aux GHT. Il doit par conséquent, intégrer les notions de partage et de mutualisation qui s'imposent comme des facteurs de réussite vers ce nouveau modèle de santé.

Le dossier patient informatisé prend alors une place importante pour échanger les informations entre professionnels. Il est garant de la continuité des soins et ses informations doivent être en mesure de suivre le patient d'un établissement A à un établissement B. La compatibilité informatique d'un site à l'autre est primordiale afin d'éviter les « bugs\* » qui peuvent désorganiser le fonctionnement d'une organisation.

D'autre part, cette mise à disposition des données met en évidence le risque de piratage informatique. Ces « cyberattaques » peuvent contraindre les établissements de santé à des rançons en échange de la non divulgation des données. C'est ce qui s'est produit en 2017 au Royaume-Uni dans plusieurs hôpitaux<sup>24</sup>.

Ce sujet est l'une des appréhensions des soignants lorsque le sujet de la numérisation est abordé. Cependant l'informatisation du dossier présente des atouts par rapport au papier. Il se déploie dans les services de soins et modifie l'organisation des méthodes de travail.

---

<sup>22</sup> Source : Observatoire régional de la Santé, 2017, Les petits dossiers de l'Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais n°51, *Les groupements hospitaliers de territoire, périmètres et enjeux*, 5 pp.

<sup>23</sup> Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, août 2016, *Parcours de santé, de soins et de vie*, [solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr) [En ligne]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

<sup>24</sup> POULPIQUET P., 2017, Vague de cyberattaques : ce qu'il faut retenir de ce piratage mondial, *Le Parisien.fr* [En Ligne] Consultable sur : <http://www.leparisien.fr/high-tech/douze-pays-victimes-d-une-cyberattaque-massive-des-hopitaux-britanniques-touchees-12-05-2017-6943779.php>

L'objet de la partie suivante sera donc de présenter l'impact du DPI dans les services.

## **II. L'impact du déploiement du DPI dans les services de soins**

Comme nous l'avons vu, le déploiement du dossier patient informatisé est un enjeu stratégique pour les établissements de santé. C'est également une priorité de la puissance publique qui cherche à dynamiser la digitalisation au travers de projets comme Hôpital Numérique.

Premiers utilisateurs du DPI, le personnel soignant doit faire face à cette évolution technologique dans sa pratique quotidienne de la médecine. Les méthodes de travail évoluent et l'outil informatique devient un support privilégié garant de la qualité des soins.

### **1. Vers une réorganisation des méthodes de travail**

Véritable projet de conduite de changement, le déploiement du dossier patient informatisé doit se faire en collaboration avec les professionnels de terrain. Sa réussite passe par l'association d'un profil technique et métier<sup>25</sup> destinée à relayer les problématiques des utilisateurs. La constitution d'une équipe pluridisciplinaire apparaît donc primordiale pour répondre aux besoins des médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc... Le service qualité intervient lui aussi avec la validation des procédures et des guides utilisateurs qui faciliteront l'appropriation de l'outil par les équipes.

Cette appropriation de l'outil est incontournable. La réussite de l'informatisation du dossier patient repose sur des considérations d'ordres culturelles. Il faut en effet dépasser les craintes des utilisateurs quant à la modification de leurs pratiques professionnelles. La mise en place du DPI apparaît comme « une innovation informationnelle qui touche le noyau opérationnel de l'hôpital » (SICOTTE C., 1997)<sup>26</sup>.

Ces craintes sont de trois types :

- La non-appropriation de l'outil informatique ;
- La dépendance à l'outil informatique ;

---

<sup>25</sup> ANAP, septembre 2013, *Systèmes d'information dans le secteur médico-social, retours d'expériences et grands enseignements*, p. 30.

<sup>26</sup> SICOTTE C., avril 1997, *Le dossier patient informatisé : écueils à l'implantation*, Sciences sociales et santé, p. 2.

- Le contrôle des pratiques professionnelles.

#### **a) La non-appropriation de l'outil informatique**

L'arrivée de l'informatique dans les services de soins peut occasionner des craintes pour les soignants. En effet, s'ils n'utilisent pas l'ordinateur dans leur quotidien, la manipulation de l'outil pourra être source d'inquiétudes dans l'environnement professionnel. De même une utilisation non adaptée pourra être à l'origine de frustrations et d'un sentiment de perte de temps. L'outil ne pourra être utilisé à 100% de ses capacités s'il n'est pas maîtrisé.

Aussi, la création par le service qualité de supports utilisateurs tient une place importante. De la même manière, des formations sont nécessaires et doivent être proposées aux utilisateurs. Elles doivent prendre en compte le niveau de chacun afin de répondre aux attentes des professionnels<sup>27</sup>. (DEGOULET et al., 1994).

#### **b) La dépendance à l'outil informatique**

L'usage du DPI génère des appréhensions liées au risque informatique. La peur d'une dépendance à l'informatique est émise par les équipes. Elle repose principalement sur la disponibilité de l'outil au cours des différentes tâches médicales.

Ainsi, les bugs, les arrêts du logiciel, les lenteurs et la perte de données sont craints à chaque étape de la prise en charge du malade.

Les pannes et les bugs peuvent perturber les soignants dans la réalisation de leur travail. Ils peuvent intervenir à tout moment aussi bien pendant la dispensation des soins, l'administration des médicaments ou encore les transmissions d'équipes. Un soutien fort du service informatique est nécessaire pour dépanner les situations à risque tout comme la mise en œuvre de procédures dégradées.

Le chargement des données et notamment au démarrage du logiciel constitue lui aussi une difficulté souvent mentionnée par les professionnels. Ces lenteurs peuvent contraindre les utilisateurs à noter les informations manuellement sur papier. Elles constituent un risque de

---

<sup>27</sup> DEGOULET P., FIESCHI M., 1994, *Informatique médicale*, Collection Abrégés.

perte d'information si les données ne sont pas retranscrites sur le logiciel (BERBAIN et al., 2001)<sup>28</sup>.

De la même manière, l'accès au réseau Wifi doit permettre une connexion au logiciel, en n'importe quel point de l'établissement sous peine de frustrer les utilisateurs.

### c) Le contrôle des pratiques professionnelles

L'informatisation du dossier patient et des processus de soins permet d'homogénéiser les pratiques soignantes. Il permet également un accès plus facile à l'information et surtout à sa traçabilité. Chaque utilisateur se voit attribuer un identifiant et un mot de passe qui lui ai propre. Il est désormais facile de remonter jusqu'à lui et d'évaluer ses pratiques.

L'utilisation du DPI apparaît donc, pour les professionnels, comme un moyen de contrôle de l'administration hospitalière sur leurs pratiques ; comme un outil d'évaluation de leurs contributions à la prise en charge.

La direction des établissements doit impérativement communiquer sur ce sujet afin d'endiguer de tels ressentis qui peuvent nuire au bien-être au travail et alimenter des conflits.

Une fois ces craintes dissipées – par la formation, le soutien du service informatique et de la direction de l'établissement – le DPI représente un outil structurant de la prise en charge, un véritable outil au service de la qualité des soins.

## 2. Un outil au service de la qualité des soins

La qualité des soins est la valeur essentielle vers laquelle se tourne les professionnels de santé. Exigée par tous et surtout par les malades, elle renvoie à de nombreuses définitions.

Si elle est orientée sur « le vécu des soins » par les patients (communication avec les soignants, délais de rendez-vous, prestations hôtelières, etc...), les professionnels de santé

---

<sup>28</sup> BERBAIN X., MINVIELLE E., 2001, *L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage*, Sciences sociales et santé, volume 19, n° 19-3, p. 77-106.

s'accordent sur l'excellence des techniques médicales et sur la qualité de la relation soignante (HURLIMANN C., 2001)<sup>29</sup>.

Dans cet environnement, l'échange d'information est primordial et permet aux soignants d'adapter leur prise en charge.

#### a) L'amélioration de la transmission et de l'accessibilité de l'information

L'environnement hospitalier fait intervenir de nombreux corps de métiers au chevet du malade. Médecin, infirmiers, kinésithérapeutes..., tous travaillent de pair pour améliorer la santé des patients.

Cet aspect pluridisciplinaire de la prise en charge justifie une transmission d'information de qualité. « Le fonctionnement des professionnels de santé se construit dans une sphère que l'on pourrait qualifier de domestique et qui implique que convergent vers eux les informations produites par les autres » (BREMOND M. et al, 2009)<sup>30</sup>.

La numérisation des données et l'usage d'un DPI facilite grandement cette mise à disposition de l'information. Les contraintes qui existaient avec l'usage d'un support papier disparaissent. Le DPI est disponible à tout moment. Il n'est plus question de rechercher le dossier dans les services de soins ou encore d'attendre que le médecin ait terminé de l'utiliser pour pouvoir en disposer.

Les informations saisies sont aussi plus lisibles et facilement trouvables en quelques clics. Les professionnels ont à leur disposition toutes les observations, les prescriptions et les constantes saisies par leurs collègues. Ils sont en mesure d'adapter leurs pratiques et de réagir rapidement pour préserver la santé de leurs patients.

Le DPI favorise donc la continuité de la prise en charge puisque l'information est accessible pendant la totalité du parcours de soins. Il se positionne comme l'outil de communication ultime et limite la perte de temps dédié à la recherche des informations.

---

<sup>29</sup> HURLIMANN C., juin 2001, *Approche conceptuelle de la qualité des soins*, Actualité et dossier en santé publique (adsp), numéro 35, p. 23-28.

<sup>30</sup> BREMOND M., FIESCHI M., janvier 2009, *Le partage d'informations dans le système de santé*, Les tribunes de la santé, Sève n°21, Editions de la santé, p. 79-84.



## b) Une sécurisation des soins

L'informatisation du dossier patient permet de renforcer la sécurité des soins. Ceci est d'autant plus vrai que sa numérisation tend à s'étendre aux processus de soins et notamment au circuit du médicament.

Ce processus – qui constitue par ailleurs l'une des thématiques de la certification V2014 – fait intervenir de nombreux acteurs et peut s'avérer délétère pour l'état général du patient. En effet, des erreurs peuvent survenir à chacune de ses étapes, de la prescription à la dispensation et à l'administration.

Ces erreurs sont une préoccupation majeure des établissements de santé. Dans les années 1960, le circuit de distribution des médicaments ne garantissait pas la sécurité des patients. Les erreurs d'administrations s'élevaient à 13% et jusqu'à 50% avec la prise en compte des horaires de prises.<sup>31</sup>

Le DPI contribue à réduire ces erreurs grâce à l'utilisation de formulaires qui répondent aux référentiels de bonnes pratiques.

Seuls les médecins prescripteurs sont capables de rédiger une prescription dans le logiciel. Ils disposent d'identifiants qui leurs sont propres. La prescription est par ailleurs datée et signée numériquement. Le DPI intègre même le Vidal et des alertes visuelles en cas d'incompatibilités médicamenteuses.

La prescription comporte toujours l'identification du patient, du médicament, le dosage, la forme galénique, la posologie, la voie d'administration, l'horaire d'administration, la date de début de traitement, la durée de traitement et sa date d'arrêt.

L'administration quant à elle fait l'objet d'une validation sur le logiciel par l'infirmière. L'heure d'administration est connue et les refus de prise peuvent être notifiés numériquement.

De plus, on assiste à une véritable traçabilité des activités médicales en temps réel. Elle permet d'identifier le nom et prénom de l'utilisateur et chaque action informatique réalisée. Ceci assure la sécurité en cas de litige médico-légal.

---

<sup>31</sup> PERON J-Y., avril 2002, *L'informatisation du circuit du médicament à l'hôpital. Cadre législatif et réglementaire et rôle de l'inspection de la pharmacie*, Ecole Nationale de la Santé Publique, p.16.

### 3. Un changement dans les relations humaines ?

Le développement de l'informatique médicale et de la mise en place du DPI posent de vraies interrogations. Si les bénéfices sont évidents en terme de technicité, on peut s'interroger sur son impact dans les relations humaines. C'est d'autant plus vrai qu'elles tiennent une place importante dans la définition de soins de qualité par les soignants et les patients.

#### a) La relation soignant – soignant

En 2008, des chercheurs de l'Université de Cambridge ont cherché à évaluer l'impact de l'utilisation du DPI lors des staffs médicaux. Ils sont partis du postulat que l'utilisation d'une technologie destinée à un simple utilisateur pouvait entraîner des difficultés en cas d'interaction en groupe. Ils ont cherché à comparer ces interactions lors de l'utilisation du dossier patient papier et de l'ordinateur<sup>32</sup>.

Pour ce travail, les chercheurs ont associé observations sur le terrain, enregistrements vidéos et interviews des professionnels audités. L'orientation du corps et la posture des professionnels ont été alors étudiés.

L'étude a relevé la difficulté que peuvent éprouver les soignants à se regrouper devant l'ordinateur et visualiser les données. Les interactions et les échanges diminuent alors, ce qui peut entraîner une baisse de compréhension des besoins en soins des patients.

Cependant, la facilité d'accès aux données permet aux équipes d'échanger des informations qui ne sont pas nécessairement stockées numériquement. Elles complètent les connaissances qu'ont les professionnels sur le malade.

Le DPI a donc un réel impact sur la vie professionnelle des acteurs de santé. S'ils se disent satisfaits d'une telle avancée technologique qui leur permet de gagner du temps (GNAEGI A., 2006)<sup>33</sup>, un point d'honneur doit être fait sur l'importance de la communication.

---

<sup>32</sup> MORRISON C., JONES M., BLACKWELL A., VUYLSTEKE A., 2008, *Electronic patient record use during ward rounds : a qualitative study of interaction between medical staff*, University of Cambridge, 8 pp.

<sup>33</sup> GNAEGI A., COHEN P. MAREY D., RIVRON M., WIESER P., 2006, *Satisfaction des utilisateurs du dossier patient informatisé Valaisan*, 3pp.

## b) La relation patient – soignant

Les rapports entre patients et professionnels de santé reposent d'abord sur le modèle de la prise en charge. Les soignants évaluent les besoins en soins et proposent après analyse des bénéfices – risques, un traitement pour améliorer l'état général du malade.

D'abord abordée caractérisée par le terme « paternalisme », la relation patient – soignant a considérablement évoluée. Depuis la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », le médecin n'est plus seul décideur. Le patient devient réel acteur de sa prise en charge. « L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. »<sup>34</sup>

L'évolution des technologies de l'information et de la communication renforcent cette position. Désormais, les patients sont très bien informés sur leur maladie. S'ils tirent leurs renseignements d'Internet, ils disposent même d'applications Smartphone qui les accompagnent dans le suivi de leurs maladies.

Ces TIC se développent au sein des hôpitaux avec notamment le dossier patient informatisé. On peut légitimement s'interroger sur la place du DPI dans la relation soignante. Si l'influence de l'informatique est positive sur l'aspect technique des soins qu'en est-il sur la relation ?

En 2001, le Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale (FORMEL) a conclu que l'utilisation de logiciel n'avait pas d'incidences sur la relation avec le patient. Cependant elle est à nuancer puisque centrée sur l'édition et l'impression de documents.<sup>35</sup>

Si l'évolution au numérique devient inévitable elle interroge médecins et patients sur le devenir du secret médical. La peur du piratage des données se fait ressentir ce qui peut entacher le lien entre professionnel et malade.

Dans la relation avec son médecin, le patient évoque ses émotions et ses problèmes. La défiance face à l'informatique pourrait avoir comme conséquence une simple

---

<sup>34</sup> Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006.

<sup>35</sup> SERRES M., juillet 2005, *L'informatique médicale est-elle compatible avec l'attention au sujet malade ?*, Santé conjugulée, n°33, p. 66-70.

communication des informations à visée diagnostiques. La valeur « humaine » des échanges pourrait se perdre.

## CONCLUSION

---

L'évolution technologique de nos sociétés a considérablement renforcé la valeur et la place données aux moyens de communication. Ces technologies se sont peu à peu appliquées au domaine de la santé pour servir patient et soignant dans la quête d'une prise en charge médicale performante, optimale et sécurisante.

Inscrit au sein même du « e-santé », les systèmes d'information hospitaliers se sont développés, cherchant à allier performance économique et qualité des soins. Véritable colonne vertébrale des établissements de santé, le dossier patient se voit alors intégré au SIH et s'informatise depuis plusieurs années.

Ce mémoire avait pour objectif de présenter les enjeux et conséquences du déploiement du DPI. Déploiement qui, modifie grandement les conditions de travail des équipes soignantes.

Représentant l'opportunité d'un passage à « l'hôpital du futur », le dossier patient informatisé est un enjeu stratégique important pour les établissements de santé. Caractérisant l'ensemble des activités réalisées pendant le séjour, c'est un témoin du passage en hospitalisation. Et pour cela, il se doit de formaliser dans un support adapté à la pratique médicale, toutes les données à la fois médicales et administratives.

Corrigeant la plupart des problèmes rencontrés par l'usage d'un format papier, le dossier patient informatisé est un véritable atout pour les équipes soignantes. Il assure :

- Une meilleure accessibilité aux données puisqu'elles peuvent être consultée depuis n'importe quel poste informatique ;
- Une meilleure continuité des soins puisque les différents professionnels ont accès aux observations de leurs collègues ;
- Une meilleure lisibilité des informations ;
- Une recentralisation vers des activités de soins ;
- Une réaffirmation de la relation soignant – patient ;
- Une sécurisation de la prise en charge notamment pour le circuit des médicaments.

Toutes ces éléments, en plus de fournir la possibilité d'évaluer les soins, s'inscrivent parfaitement dans la logique de « parcours de soins » développé en parallèle de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Désormais, l'interactivité entre structures est une priorité pour le service médical rendu. C'est au système de santé d'être en mesure d'assurer la cohérence de la prise en charge de la maladie, de son apparition à la guérison. Les données du patient doivent l'accompagner d'une structure à une autre. Elles constituent une priorité pour la qualité des soins.

Cependant, le déploiement du DPI n'est pas sans difficultés.

Le choix du logiciel devra faire l'objet d'une réflexion de fond en équipe pluridisciplinaire pour correspondre aux attentes des professionnels de terrain. De même, le management des équipes doit s'adapter. Il constitue un challenge. « En rupture parfois violente avec leurs valeurs et leurs identités soignantes, les managers doivent désormais intégrer et imposer à leurs équipes la rapidité des changes et des évolutions numériques » (BAILLY I., 2016).

D'autre part, des contraintes de sécurité émergent pour protéger les données médicales plus susceptibles d'être dérobées par des pirates informatiques. Les pannes informatiques, les incompatibilités logicielles et le risque de pertes de données doivent également faire l'objet d'attentions particulières.

La réussite du projet de déploiement passe par ses utilisateurs et le dépassement de leurs craintes liées à l'utilisation d'un outil dont ils n'avaient pas l'usage jusqu'alors. La non-appropriation du logiciel, la dépendance à l'informatique et le sentiment du contrôle de leurs pratiques doivent trouver des solutions. Un soutien de la direction de l'établissement est de mise, tout comme la disponibilité du service informatique. La formation doit permettre aux professionnels de se familiariser à cette évolution numérique.

Cet outil informatique marque l'entrée de notre système de santé dans une nouvelle ère. Il permettra de sécuriser la prise en charge et d'optimiser le fonctionnement des hôpitaux.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

### Ouvrages, articles et documentations papier :

- BAILLY I., septembre 2016, La révolution numérique : un challenge managérial, *Objectif Soins & Management*, n°248, p. 20-25.
- BERBAIN X., MINVIELLE E., 2001, *L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage*, Sciences sociales et santé, volume 19, n° 19-3, p. 77-106.
- BERGOIGNAN-ESPER C., DUPONT M., 2014, Droit hospitalier 10<sup>ème</sup> édition, Edition Dallos, Paris, 975 pp.
- BOUDET G., HAMON M., SEVERIN J-M., 2004, Le secret médical, Editions Eska et Lacassagne, p. 51.
- BREMOND M., FIESCHI M., janvier 2009, *Le partage d'informations dans le système de santé*, Les tribunes de la santé, Sève n°21, Editions de la santé, p. 79-84.
- DEGOULET P., FIESCHI M., 1994, *Informatique médicale*, Collection Abrégés.
- GRASSELET C., 2011, Le système d'information hospitalier entre culture et usages, Les enjeux de la formation des professionnels de santé, *Université de Provence Aix – Marseille I*, p. 8-24.
- HURLIMANN C., juin 2001, *Approche conceptuelle de la qualité des soins*, Actualité et dossier en santé publique (adsp), n°35, p. 23-28.
- LENAY O., MOISDON J-C., 2003, Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier, *Revue Française de Gestion n°146*, 230 pp.
- LIEVRE A., MOUTEL G., 2010, Le dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignées), Faculté de médecine Paris Ile de France Ouest & Faculté de médecine Paris Descartes, 25 pp.
- MOREAUX R. (2017) L'informatisation des établissements de santé progresse lentement mais sûrement (Atlas des SIH), *TICsante.com*.
- PERON J-Y., avril 2002, *L'informatisation du circuit du médicament à l'hôpital. Cadre législatif et réglementaire et rôle de l'inspection de la pharmacie*, Ecole Nationale de la Santé Publique, p.16.
- SCALA B., février 2016, *E-santé, La médecine à l'ère du numérique*, Science & Santé, n°29, p. 22-33.
- SICOTTE C., avril 1997, *Le dossier patient informatisé : écueils à l'implantation*, Sciences sociales et santé, p. 2.

- SOURNIA J., 1991, Dictionnaire français de santé publique, Paris : Edition de Santé, 331 pp.
- STACCINI P., 2007, Systèmes d'information hospitalier, *C2i Métiers de la Santé, Université Nice-Sophia Antipolis*, 37 pp.

### Rapports et recommandations :

- ANAES, 2003, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : Réglementation et recommandations.
- ANAP, septembre 2013, *Systèmes d'information dans le secteur médico-social, retours d'expériences et grands enseignements*, p. 30.
- DGOS, mai 2016, *Guide méthodologique : Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
- DGOS, février 2016, Présentation du programme hôpital numérique, *Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé*.
- HAS, mars 2016, Guide méthodologique à destination des établissements de santé – Certification v2014 V.2.1.bis, 120 pp.
- HAS, novembre 2014, Guide méthodologique, Le patient traceur en établissement de santé, Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 62 pp.

### Textes réglementaires et législatifs :

- Article L.1111-7 du code de la santé publique
- Article R. 1112-2 du code de la santé publique
- Article R. 710-2-2 du code de la santé publique

### Etudes et enquêtes :

- MORISSON C., JONES M., BLACKWELL A., VUYLSTEKE A., 2008, *Electronic patient record use during ward rounds : a qualitative study of interaction between medical staff*, University of Cambridge, 8 pp.



### Communiqués de presse :

- BOURDON E. (2014) Reportage, Le Centre Hospitalier de Lens : Entretien avec Edmond MACKOWIAK Directeur général, *DH Magazine*.
- PORTELLI, Y. (2017) Lens, Bientôt le premier hôpital digital de France, *La voix du Nord*.
- POULPIQUET P., 2017, Vague de cyberattaques : ce qu'il faut retenir de ce piratage mondial, *Le Parisien.fr*.
- TOURAINE, 15 mars 2017, Communiqué de presse Marisol TOURAINE, *E-Santé*.
- Le Webzine de la HAS, octobre 2013, *Les thèmes de la certification V2014*.

### Sites internet :

- Agence Régional de Santé : [www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)
- Alphalives : [www.alphalives.com](http://www.alphalives.com)
- Conseil National de l'Ordre des Médecins : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)
- Futura Science : [www.futura-sciences.com](http://www.futura-sciences.com)
- Haute Autorité de Santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- La Rousse : [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)
- Ministère des solidarités et de la santé : [www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)

## **TABLEAU DES ILLUSTRATIONS**

---

### **Liste des figures :**

Figure 1 Le contenu du dossier patient .....	9
Figure 2 Schéma explicatif du circuit du dossier patient lors d'une hospitalisation. La flèche bleue représente l'hospitalisation du patient. La flèche orange représente le parcours du dossier. ....	15
Figure 3 Schéma de mise en forme d'un processus .....	16
Figure 4 Le processus d'utilisation du dossier patient "papier" du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, De l'entrée du patient jusqu'à l'archivage du dossier.....	17

### **Liste des tableaux :**

Tableau 1 Principaux risques identifiés suite à l'utilisation du dossier patient papier au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer ainsi que les causes de survenue de ces risques .....	18
Tableau 2 L'architecture structurelle du système d'information hospitalier .....	24
Tableau 3 L'architecture fonctionnelle du système d'information hospitalier .....	25
Tableau 4 Les indicateurs relatifs au dossier patient informatisé comme définis dans le programme Hôpital Numérique .....	26

# TABLE DES MATIERES

---

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE I : LES PREMICES DU DOSSIER PATIENT INFORMATISE .....</b>	<b>7</b>
<b>I. Une pratique réglementaire .....</b>	<b>7</b>
1. Définition du dossier patient .....	7
2. La constitution et le contenu du dossier patient .....	9
3. Un gage de qualité des soins.....	11
<b>II. Le dossier patient « papier » .....</b>	<b>13</b>
1. L'organisation du dossier patient au CHB .....	13
2. Le circuit du dossier patient « papier » .....	15
3. Les contraintes et limites de l'utilisation du dossier patient « papier » .....	16
<b>PARTIE II : LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE, UN MODELE DANS L'AIR DU TEMPS .....</b>	<b>21</b>
<b>I. Vers une modernisation de notre système de santé .....</b>	<b>21</b>
1. Le concept de e-santé .....	22
2. Le système d'information hospitalier .....	23
3. Un levier de coopération sanitaire.....	26
<b>II. L'impact du déploiement du DPI dans les services de soins .....</b>	<b>28</b>
1. Vers une réorganisation des méthodes de travail .....	28
2. Un outil au service de la qualité des soins .....	30
3. Un changement dans les relations humaines ? .....	33
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>38</b>
<b>TABLEAU DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>41</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>42</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>43</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES .....</b>	<b>45</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>46</b>

## GLOSSAIRE

---

(Les mots suivis d'un astérisque «\* » dans le mémoire sont définis dans le glossaire ci-dessous)

**Bug** : Défaut de conception ou de réalisation d'un programme informatique, qui se manifeste par des anomalies de fonctionnement de l'ordinateur<sup>36</sup>.

**Hub** : Concentrateur servant à regrouper plusieurs liaisons d'un même type en une seule.<sup>37</sup>

**Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)** : Dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé.<sup>38</sup>

**Système d'Information** : Système capable de contrôler le déroulement de différents processus d'une organisation et, de fournir aux gestionnaires les informations sur l'état de la structure pilotée et sur l'environnement de l'entreprise.

**Digitalisation** : Procédé qui vise à transformer un objet, un outil, un process ou un métier en un code informatique afin de le remplacer et le rendre plus performant.<sup>39</sup>

**Hôpital numérique** : Programme piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins qui a pour ambition d'amener l'ensemble des établissements de santé à un palier de maturité de leur système d'information permettant à la fois le partage et l'échange d'informations et l'amélioration significative de la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires autour de la production de soins.<sup>40</sup>

**Certification des établissements de santé** : Procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la Haute Autorité de Santé. Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur : le niveau des prestations et soins délivrés aux patients et

---

<sup>36</sup> Source : [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

<sup>37</sup> Source : [www.futura-sciences.com](http://www.futura-sciences.com)

<sup>38</sup> Source : [www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)

<sup>39</sup> Source : [www.alphalives.com](http://www.alphalives.com)

<sup>40</sup> Source : <http://solidarites-sante.gouv.fr>

sur la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.<sup>41</sup>

**Haute Autorité de Santé (HAS)** : Autorité publique indépendante à caractère scientifique chargée de l'accréditation des praticiens de certaines disciplines médicales et de la certification des établissements de santé. Elle évalue également d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé en vue de leur remboursement. Elle définit des recommandations de bonne pratique clinique et de santé publique.<sup>39</sup>

**Technologies de l'information et de la communication (TIC)** : Ensemble des techniques et des équipements informatiques permettant de communiquer à distance par voie électronique.<sup>34</sup>

---

<sup>41</sup> Source : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## LISTE DES SIGLES UTILISES

---

**DC** = Dossier Circulant

**DGOS** = Direction Générale de l'Offre de Soins

**DSI** = Dossier de Soins Infirmiers

**DSIO** = Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation

**DPI** = Dossier Patient Informatisé

**GHT** = Groupement Hospitalier de Territoire

**HAS** = Haute Autorité de Santé

**MCO** = Médecine Chirurgie Obstétrique

**SIH** = Système d'Information Hospitalier

**SSR** = Soins de Suite et de Réadaptation

**TIC** = Technologies de l'information

## Annexe n°1 : Paramètres de la criticité de l'analyse des risques a priori



DRUQ

### ANALYSE DES RISQUES A PRIORI : CRITICITE ET PARAMETRES

#### GRAVITE

Indice de gravité (G)	Impact sur l'organisation de la prise en charge du service / de l'établissement	Impact sur les biens matériels et l'environnement Pertes financières	Impact sur la sécurité des patients, des visiteurs, des personnels, de l'établissement
1 Mineure	Pas d'impact Pas de perte de temps Indisponibilité de ressources mais avec solution alternative	Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur < 50 euros  Perte financière < 50 euros	Pas d'impact physique ou psychologique sur les personnes
2 Significative	Mission réalisée mais par la mise en place d'une solution dégradée Indisponibilité des ressources entraînant un retard de la mission compris entre 1 et 2 heures	Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 50 et 500 euros  Perte financière de 50 à 500 euros	Faible impact physique ou psychologique sur les personnes
3 Grave	Mission réalisée partiellement Indisponibilité des ressources entraînant un retard compris entre 2 et 24 heures	Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur comprise entre 500 et 5 000 euros  Perte financière de 500 à 5 000 euros	Événement ou défaut de prise en charge responsable d'une atteinte physique ou psychologique réversible
4 Critique	Mission non réalisée. Retard de la mission > 24h	Destruction ou disparition d'un bien d'une valeur > 5 000 euros  Perte financière > 5 000 euros	Événement ou défaut de prise en charge responsable d'une atteinte physique ou psychologique non réversible, pouvant aller jusqu'au décès

#### FREQUENCE

Indice de fréquence (F)	Description
0,5	Moins d'une fois par an
1	Une à deux fois par an
2	Une fois tous les trimestres
3	Une à plusieurs fois par mois
4	Une à plusieurs fois par semaine

## ANALYSE DES RISQUES A PRIORI : CRITICITE ET PARAMETRES

### COEFFICIENT DE PREVENTION

Indice du coefficient de prévention (P)	Description
0,5	La ou les action(s) est (sont) en place
1	La ou les action(s) est (sont) en place en grande partie
2	La ou les action(s) est (sont) partiellement en place
3	La ou les action(s) n'est (ne sont) pas en place

**La CRITICITE correspond à la gravité × fréquence × coefficient de prévention**

CRITICITE (gravité × fréquence × coefficient de prévention)								
<b>GRAVITE</b>	4 critique	6	12	24	36	48	3 Pas d'action	<b>COEFFICIENT DE PREVENTION</b>
	3 grave	3	6	12	18	24	2 Action(s) partiellement en place	
	2 significative	1	2	4	6	8	1 Action(s) en place en grande partie	
	1 mineure	0,25	0,5	1	1,5	2	0,5 Action(s) en place	
		0,5 Moins d'1 fois par an	1 1 à 2 fois par an	2 1 fois tous les 3 mois	3 1 à plusieurs fois par mois	4 1 à plusieurs fois par semaine		
<b>FREQUENCE</b>								



**Annexe 2 : L'analyse des risques a priori du dossier patient « papier »**

N°	Etape du processus	Risque potentiel	Causes (1 cause /ligne )	Mesures existantes (correspondant à une cause)	G	F	P	C
1	Création du dossier administratif	Erreur d'identité	Le patient a un homonyme	- Vérification d'identité complète - Vérification des pièces d'identité	4	3	0,5	6
			La procédure identitovigilance n'a pas été respectée	- Protocole d'identitovigilance - Formation e-learning	4	1	0,5	2
			Il y a usurpation d'identité du patient		4	0,5	2	4
2	Recensement quotidien des nouveaux patients hospitalisés							0
3	Création ou sortie du dossier par les archives et mise à disposition dans les casiers des services	Le dossier sorti par les archives n'est pas celui du patient pris en charge	Erreur d'inattention		3	3	0,5	4,5
			Le dossier du patient est mal rangé	Utilisation de repères visuels sur la couverture des dossiers circulants	2	2	0,5	2
			Il y a eu création d'un doublon du dossier du patient	- Vérification dans les services - Vérification dans les pochettes krafts	2	2	0,5	2
		Le dossier du patient n'est pas mis dans le bon casier	Erreur d'inattention	Signalétique revue (agrandie là où c'est possible)	2	2	0,5	2
3	Création ou sortie du dossier par les archives et mise à disposition dans les casiers des service	Il y a un retard dans la mise à disposition du dossier	Le dossier est situé sur un autre site	- En cas d'urgence, utilisation d'un des circuits existants (vaguemestre, archives) - Protocole du circuit du dossier vers les sites extérieurs	1	1	0,5	0,5

N°	Etape du processus	Risque potentiel	Causes (1 cause /ligne )	Mesures existantes (correspondant à une cause)	G	F	P	C
3	Création ou sortie du dossier par les archives et mise à disposition dans les casiers des service	Il y a un retard dans la mise à disposition du dossier	Le dossier est externalisé	- Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement - Protocole de demande urgente	1	3	0,5	1,5
			Le dossier est mal localisé sur clinicom	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	4	2	16
			Le dossier est dans un autre service	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	2	0,5	2
4	Enlèvement du dossier patient							0
5	Mise en place du dossier de soins, de l'extensos et du classeur médicament	Il y a perte à la fois d'information et de temps	Le classeur extensos n'est pas utilisé dans le service	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	4	2	16
			Les pratiques sont hétérogènes selon les services	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	4	2	16
			Non installation de l'observation médicale dans le dossier extensos	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	3	4	1	12
			Non utilisation du formulaire : observation médicale	Règlement intérieur ?	4	4	2	32

N°	Etape du processus	Risque potentiel	Causes (1 cause /ligne )	Mesures existantes (correspondant à une cause)	G	F	P	C
5	Mise en place du dossier de soins, de l'extensos et du classeur médicament	Il y a perte à la fois d'information et de temps	La procédure d'organisation et du classement du dossier n'est pas respectée	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	4	2	16
6	Rangement des documents produits lors du séjour du patient	Il y a perte à la fois d'information et de temps	Les pratiques sont hétérogènes selon les services	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	4	2	16
			La procédure d'organisation et du classement du dossier n'est pas respectée	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	4	2	16
		Il y a perte à la fois d'information et de temps	Il y a un retard dans le rangement des documents dans le dossier (bannette)	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	1	4	2	8
7	Production de documents pour la sortie du patient	La continuité des soins est compromise	Le courrier n'a pas été dicté	Rédaction d'une lettre manuscrite, d'une copie de traitement	4	4	1	16
			Il y a un retard dans la frappe du courrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un pool de frappe</li> <li>- La dictée numérique pour prioriser la frappe</li> <li>- Existence de courriers type</li> <li>- Longueur des courriers</li> </ul>	4	3	1	12

N°	Etape du processus	Risque potentiel	Causes (1 cause /ligne )	Mesures existantes (correspondant à une cause)	G	F	P	C
7	Production de documents pour la sortie du patient	La continuité des soins est compromise	Le courrier de transfert inter-service est absent	Existence d'une fiche de transfert inter-service paramédicale	1	4	0,5	2
			Le résumé d'administration des médicaments (généos) est absent		1	2	1	2
		La continuité des soins est compromise	Le traitement du patient n'est pas repris sur le compte-rendu d'hospitalisation	- Items obligatoires du courrier de sortie - Dossier pharmaceutique - Logiciel Généos	3	3	0,5	4,5
		Perte d'un document du dossier	L'original a été donné au patient	Accès au document grâce à l'informatique (Clinicom, PACS radio)	4	0,5	0,5	1
8	Rangement et tri du dossier	Erreur d'identité	Le patient a un homonyme		4	1	1	4
			Le document d'un patient se trouve dans l'extensos d'un autre patient		3	2	1	6
			L'extensos est mal vidé	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	1	3	1	3
			Le chariot est mal organisé ou inexistant		2	3	2	12
		Erreur d'identité	Erreur de dossier (chambre double)		3	1	2	6

N°	Etape du processus	Risque potentiel	Causes (1 cause /ligne )	Mesures existantes (correspondant à une cause)	G	F	P	C
8	Rangement et tri du dossier	Erreur d'identité	Rangement des documents dans une bannette		2	3	1	6
		Erreur de classement	Rangement des documents dans une bannette		2	3	1	6
		Erreur de classement	Non utilisation de l'extensos	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	3	3	2	18
			Rupture de stock de l'extensos	Double jeu d'extensos	1	2	0,5	1
			Mauvais rangement de l'extensos dans le service	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	1	2	0,5	1
			Absence ou hétérogénéité de l'étiquetage de l'extensos		2	4	3	24
		Rangement de la feuille d'anesthésie	Non respect de la procédure de classement	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	2	1	4

N°	Etape du processus	Risque potentiel	Causes (1 cause /ligne )	Mesures existantes (correspondant à une cause)	G	F	P	C
8	Rangement et tri du dossier	Rangement de l'observation médicale	Non respect de la procédure de classement	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	3	4	1	12
9	Stockage du dossier au secrétariat, en attente pour finaliser le rangement de documents, en particulier de documents extérieurs au CHB	Encombrement du secrétariat	Retard de frappe	- Mise en place d'un pool de frappe - La dictée numérique pour prioriser la frappe - Existence d'un courrier type - Longueur des courriers	4	3	1	12
			Attente de résultats extérieurs		2	4	1	8
			Stockage du dossier en attente d'une future consultation		2	4	1	8
			Dossier non descendu aux archives	Planning mensuel de retour des dossiers aux archives	2	4	1	8
10	Retour du dossier aux archives	Perte du dossier	Rangement du dossier circulant dans le dossier kraft	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	2	3	1	6

N°	Etape du processus	Risque potentiel	Causes (1 cause /ligne )	Mesures existantes (correspondant à une cause)	G	F	P	C
10	Retour du dossier aux archives	Désorganisation des archives et encombrement des secrétariats	Non respect du planning d'archivage	Planning mensuel de retour des dossiers aux archives	2	3	1	6
11	Archivage du dossier	Le dossier est mal archivé	Erreur d'inattention (erreur de gomme)	Utilisation de repères visuels sur la couverture des dossiers circulants	3	2	0,5	3
			Erreur de date de classement	Utilisation de repères visuels sur la couverture des dossiers circulants	3	0,5	0,5	0,8
			Correction des doublons à la nouvelle venue du patient au CHB	- Fichier fusion du DIM - Regroupement des dossiers	4	3	0,5	6
12	Intégration de documents reçus par les services après archivage	Perte de documents	Utilisation de fausses enveloppes séjours	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	3	4	2	24
			Pas d'intégration des documents (conservés au secrétariat, dossier consult)	Procédure : Organisation du dossier patient : circuit et rangement	3	4	2	24





## **LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE : ENJEUX ET CONSEQUENCES POUR LE PERSONNEL SOIGNANT**

L'émergence du concept de e-santé et le développement des nouvelles technologies ont favorisé le déploiement d'un format numérique du dossier patient. Véritable enjeu des établissements sanitaires, son déploiement laisse entrevoir une modernisation de notre système de santé. Souvent sujet d'inquiétude pour les soignants, premiers concernés par son utilisation, le mémoire cherchera à en présenter les enjeux et conséquences. Cette réflexion, basée sur la littérature sera l'occasion de présenter les bénéfices de la digitalisation au profit du papier. Elle permettra également d'évoquer le système d'information hospitalier et sa place comme colonne vertébrale des structures de santé.

Mots clefs : dossier patient informatisé, système d'information hospitalier, digitalisation, e-santé, technologies de l'information et de la communication

## **ELECTRONIC MEDICAL RECORD : STRAKE AND CONSEQUENCES FOR THE MEDICAL TEAM**

The appearance of the e-health concept and also, the use of new technology have promoted the use of Electronic Medical Records (EMR). Its deployment is a real strake for hospital. It's a way to improve our health system and to enter in the future of medical care. Often a fear for caregivers, the first concerned by its use, this dissertation will present its goals and consequences. This thought, based on literature, is an occasion for introducing the benefits of digitalization in aid of paper. We will also discuss about the Hospital Information System (HIS) and its position as health infrastructure's spine.

Key words : Electronic Medical Record, Hospital Information System, digitalization, e-health, Information and communication technologies