
M.E.S., Numéro 129, Vol.1, juillet – août 2023

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mise en ligne le 29 juillet 2023



Revue Internationale des Dynamiques Sociales
Mouvements et Enjeux Sociaux
Kinshasa, juillet - août 2023

USAGE DU DOSSIER PHYSIQUE DU MALADE, FACTEUR DE BAISSE DE LA QUALITÉ DES SERVICES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

par

Zezina KUETU KUZULU

Leandre MIEMA

Jupsy NSIAMUNDELE NSIMBA

Chercheur à USCITECH

Tresor GATADIPANGI MANGOMBO

(Tous) Chercheurs, ISP/Pelende

Bonson-Georges LOMBO ZABUNDU

Chercheur, ISP/Inongo

Résumé

La rédaction du présent article part d'un constat malheureux, celui du dysfonctionnement des certains établissements hospitaliers à Kinshasa. Selon cette recherche, ce dysfonctionnement, particulièrement dans la gestion du dossier médical, est dû à l'usage du dossier patient en format papier. Notre étude vise à décrire l'évolution des perceptions de l'usage du Dossier Physique du Malade (DPM) dans six établissements de santé en République démocratique du Congo (RDC). Il s'agit d'une étude quantitative basée sur des questions fermées soumises aux professionnels de santé et à quelques malades. Ce questionnaire comprenait 20 questions formulées autour des erreurs, risques, problèmes et solutions liés au DPM. Sur base de leurs expériences quotidiennes, les répondants devaient confirmer ou infirmer que l'usage du DPM devenait un danger pour l'atteinte des soins des qualités. Les résultats montrent que l'usage du DPM expose de plus en plus les établissements de santé à la destruction massive du DPM (brulage), pratique très fréquentes en RDC. Il expose également ces derniers à des erreurs d'identifications, de classements ou d'inattentions et à des retards dans la mise à disposition du DPM.

Mots-clés : Dossier physique de malade, patient, santé, dossier patient informatisé

Abstract

The writing of this article is based on an unfortunate observation, that of the dysfunction of certain hospitals in Kinshasa. According to this research, this dysfunction, particularly in the management of the medical file, is due to the use of the patient file in paper format. Our study aims to describe the evolution of perceptions of the use of the Patient's Physical File (DPM) in six health establishments in the Democratic Republic of Congo (DRC). This is a quantitative study based on closed questions submitted to health professionals and a few patients. This questionnaire included 20 questions formulated around the errors, risks, problems and solutions related to the DPM. Based on their daily experiences, the respondents had to confirm or deny that the use of the DPM was becoming a danger for the achievement of quality care. The results show that the use of DPM increasingly exposes health facilities to the massive destruction of DPM (burning), a very common practice in the DRC. It also exposes the latter to errors of identification, classification or inattention and to delays in the provision of the DPM.

Keywords : Physical patient file, patient, health, computerized patient file

INTRODUCTION

Les informations médicales portant sur le patient, aussi bien en cabinet médical libéral, qu'en clinique ou en hôpital, sont consignées et conservées dans un dossier, communément appelé « dossier médical »¹. En RDC, ce dossier s'appelle dossier physique du malade (voir arrêté ministériel n°003/1250/CAB/MIN/S/ GMC/CAJ/OWE/2017 du 15 septembre 2017 portant institution des dossiers des malades dans les Etablissements de soins en, RDC).

Selon ledit arrêté, le dossier physique du malade est un outil central d'organisation et d'administration des soins dans tout Etablissement médical, contribuant notamment :

- au suivi et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient ;
- à la coordination des soins entre les professionnels ;
- à la continuité des soins.

Ce dossier physique du malade est unique et constitué d'un :

- dossier administratif ;
- dossier médical ;
- dossier de soins infirmiers.

En effet, le personnel soignant des établissements de santé qui ont l'objet de notre étude affirme (à 90%) qu'il a souvent des difficultés pour déchiffrer des informations par rapport à des prises de notes venant d'un autre service de la même structure ou d'un autre établissement de santé. Dans la majorité de cas, il répète les essais parce que les informations ou les résultats antérieurs sont illisible ou indisponible. Tous ces éléments peuvent entraîner à des soins, qui ne sont pas aussi efficaces et peuvent être un danger pour le patient. Ainsi, le même personnel estime qu'une gestion basée essentiellement sur du papier entraîne à des situations telles que : le brulage du DPM, la perte de temps dans la prise de note, le manque de précision dans le suivi scrupuleux des patients, l'insécurité des informations des patients, l'encombrement des locaux, etc.

Selon F. Bastardot et autres, la gestion des informations liées à la prise en charge d'un patient a été profondément modifiée, depuis le début des années 2000. Ils affirment qu'elle était autrefois conservée sous la forme d'un dossier médical papier et d'un dossier infirmier distinct, les données du patient ont été rassemblées sous la forme d'un dossier patient informatisé (EHR, électronique Health record) par la numérisation progressive des hôpitaux. Son développement et sa bonne maîtrise constituent aujourd'hui un sujet capital au sein d'un système de santé². Pourquoi, les établissements de santé en RDC ne s'adaptent pas à cette nouvelle réalité technologique ?

L'utilisation d'un système fondé sur le papier confronte plusieurs problèmes ; des informations qui ne peuvent pas être récupérées, ou déchiffrées ou vérifiées par rapport aux notes dans le bureau d'un autre médecin ; essais répétés parce que les résultats antérieurs ne sont pas disponibles ; les transitions où l'information cruciale est laissée derrière quand un patient se déplace d'un établissement de soins à l'autre. Tous ces éléments peuvent entraîner à des soins qui ne sont pas aussi efficaces qu'ils pourraient l'être ou même qui sont dangereux pour le patient³.

En effet, la RDC accuse un retard important dans l'appropriation de nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ce ralentissement technologique se fait sentir également dans le secteur de la santé parce que la majorité des établissements

¹ <https://sante.lefigaro.fr/social/droit/contenu-dossier-medical/quest-ce-que-cest>

² F.BASTARDOT, J.B. WASSERFALLEN, P.F.REGAMEY, P.A. BART, Dossier patient informatisé – belle opportunité de repenser l'information médicale et son utilisation, Suisse, revue médicale suisse, 2017, page 1

³ N.Otmani, Z.Serhier, S.Housbane, M. Bennani, *Dossier patient informatise : apport et contraintes*, Maroc, Revue Marocaine de Santé Publique, n° ISSN: 2351-8472 page 10.

sanitaires soumettent les malades à des pratiques qui font l'objet des critiques de l'usage du dossier patient format papier.

Ses objections sur l'usage du dossier patient format papier sont soutenues par bien d'autres chercheurs tels que Franchi G, Françoise V (et les autres), François B (et les autres), Claude S (et les autres). Tous affirment que l'utilisation d'un support papier expose les hôpitaux à: des retards dans la mise à disposition du dossier patient, des pertes à la fois d'information et de temps, des erreurs d'identité, d'inattention et de classement, des compromissions dans la continuité des soins, des encombrements des locaux, des pertes des dossiers et des documents, etc. dans les établissements de santé en RDC, on parle également du brulage du DPM, une pratique qui prend de plus en plus de l'ampleur. Voici donc les inconvénients d'un usage basé essentiellement sur du papier et cela constitue le périmètre ou le champ d'action de notre étude.

I. MÉTHODES

L'objectif de cette mise au point vise à décrire l'impact de l'usage du dossier physique du malade dans quelques établissements de santé en RDC. C'est pourquoi nous avons choisi de concevoir un questionnaire qui a permis aux professionnels de santé de ces établissements de santé de répondre en quelques minutes. Le questionnaire comprend 20 questions fermées, composées de manière à pousser les professionnels de santé à affirmer ou infirmer la thèse selon laquelle, l'usage d'un dossier physique du malade peut affecter la qualité des soins.

Les établissements de santé qui font l'objet de notre étude sont dans les zones de santé Mont-ngafula I, Kisenso et Masina II. Mais pour préserver la confidentialité, ils seront désignés sous le vocable A, B, et C. Les hôpitaux, centres et postes de santé qui font l'objet de notre étude, sont désignés sous les termes A1, A3, B2, B3, C2, et C3. Le tableau suivant essaye de situer chaque établissement dans la pyramide à trois niveaux sur laquelle repose le système de santé de la RDC :

	A	B	C
Hôpital General de Reference	A1		
Centre de Santé de Référence		B2	C2
Poste de Santé	A3	B3	C3

Dans un premier temps, nous avons introduit une demande d'enquête dans différents établissements de santé (A1, A3, B2, B3, C2, C3) et les autorités ont approuvé notre demande. Nous menons une étude quantitative qui repose principalement sur le personnel de ces six établissements de santé dans la ville de Kinshasa. Nous avons interrogé près de 120 personnes, à raison de plus ou moins 20 répondants dans chaque établissement. Ce nombre représente l'échantillon de notre étude compte tenu de l'ensemble du personnel soignant que compte la RDC. Pour cette étude, rappelons que c'est la procédure de recueil d'information par consentement qui a été utilisée avant la collecte des données.

Compte tenu de la pyramide à trois niveaux (périphérique ou opérationnel, intermédiaire et central) sur laquelle repose le système de santé de la RDC, notre étude compte un hôpital de référence (A1), deux centres de santé de référence (B2, C2) et trois postes de santé (A3, B3, et C3). Notez que le niveau central, intermédiaire et périphérique représente respectivement une zone de santé, une aire de santé et un poste de santé. Afin de fonctionner correctement, chaque zone de santé dispose d'un hôpital général de référence (HGR), chaque aire de santé dispose d'un ou plusieurs centres de santé de référence (CSR), et enfin un poste de santé correspond à un dispensaire (établissement qui prend en charge les premiers soins d'urgence pour les populations).

Quelques services organisés par les établissements qui font l'objet de notre étude :

- des activités préventives telles que Consultation préscolaire(CPS), Vaccination, Consultation prénatale y compris la vaccination de la femme enceinte et la prévention des maladies métaboliques et cardiovasculaire (diabète, hypertension artérielle, obésité...);
- des activités curatives ;
- la prise en charge des maladies parasitaire telles que : paludisme, ;
- la vaccination contre le Covid-19 ;
- la maternité de base ;
- etc.

Les médecins, les infirmiers, les laborantins et quelques malades qui constituent notre échantillon ont été repérés, comme acteurs clefs dans l'analyse dans notre enquête. Ainsi, cet échantillon est composé de : 22 médecins, 50 infirmiers, 17 administratifs, 19 sages-femmes, 6 personnels informatiques, 6 patients (malades).

Pour collecter des données informatives pertinentes, nous avons estimé qu'il était nécessaire de recourir à un questionnaire. Grâce à ce questionnaire, nous avons collecté des données statistiques qui nous ont fourni des informations essentielles à notre étude.

Ces informations collectées, nous ont permis de dresser plusieurs constats qui répondent à notre problématique et nos hypothèses de départ. Il est question d'affirmer ou d'infirmer si l'usage du dossier physique du malade(DPM) affecte la qualité des services ou des soins dans un établissement de santé.

Notre enquête a connu la participation des professionnels de santé des établissements A1, A3, B2, B3, C2, C3. En raison de leurs agendas chargés et d'un horaire de travail rigoureux, cette étape a pris près de 70 jours parce qu'il fallait s'adapter à cette réalité. Notez que pour certains répondants, ce questionnaire était soumis en ligne.

Les informations factuelles collectées, ont permis d'une part de comprendre ce qui se passe réellement dans différents établissements, en termes de gestion du dossier patient, et d'autre part d'avoir des réponses aux questions que nous nous posions. Il est difficile de décrire l'impact de l'usage du dossier physique du malade mais grâce aux éléments de réponse de notre enquête, nous avons apporté des éléments de réponse pertinente.

Nous avons choisi de concevoir un questionnaire qui puisse ses items dans les éléments de gestion du DPM. Ce dernier est composé des questions fermées, qui offrent uniquement la possibilité de faire un choix parmi les réponses proposées pour faciliter l'interprétation des résultats.

Ce questionnaire présente des questions et des réponses liées aux hypothèses de notre problématique qui se résument aux questions suivantes :

- Est-ce-que l'usage du dossier physique du malade, peut-il être un facteur de baisse de la qualité des soins ou des services dans un établissement ? (Question principale de notre étude) ;
- Est-ce-que le retard dans la mise à disposition du dossier physique du malade affecte la qualité des soins ou des services ?
- Est-ce-que les erreurs d'identité, d'inattention et de classement liées à l'usage d'un dossier patient format papier, peuvent amener à des soins qui sont dangereux pour les malades ?
- Est-ce-que l'usage du dossier physique du malade compromet-il la continuité des soins ?
- Est-ce-que les dossiers physiques des malades sont-ils brûlés pour éviter les encombrements des locaux dans les établissements de santé ?

- Est-ce-que les pratiques liées à l'usage du dossier physique du malade sont-elles à la base des pertes de dossiers ou des documents importants pour garantir la qualité et la continuité de soins ?
- Est-ce-que l'informatisation/la numérisation du dossier physique du malade dans les établissements de santé améliore la qualité des soins ?

II. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Le tableau présente dans sa partie gauche les questions ou les thèmes ou encore les sujets qui ont fait l'objet de notre étude et dans sa partie droite, les résumés des réponses à choix multiples qui nous ont été fournies par différents répondants respectivement aux sujets qui ont été abordés.

N°	Thème/sujet/question	Résultats
1	Echantillon	L'échantillon du personnel et des malades interrogés compte 120 personnes, soit 100% dont : 22 médecins soit 18 %, 50 infirmiers soit 42%, 17 administratifs soit 14 %, 19 sages-femmes soit 16%, 6 personnels informatiques soit 5%, 6 patients (malades) soit 5%
2	Pratique de destruction (Brulage) du DPM dans les établissements de santé	On constate que la majorité (90%) affirme que la pratique s'intensifie de plus en plus dans les établissements de santé à Kinshasa. Il affirme également à 92% qu'une bonne partie des documents ou dossiers des malades ne devraient pas être brûlés compte tenu des antécédents de certains malades. Près de 97 % des répondants estiment que la pratique va à l'encontre des principes élémentaires de gestion, en termes des droits d'une part des malades et d'autre part de la responsabilité de l'état.
3	Erreurs d'inattention	L'ensemble de notre échantillon soit 100%, affirme que les erreurs d'inattention sont à la base du mauvais placement d'un DPM
4	Identification des principaux risques liés à l'usage du dossier physique du malade (DPM).	On constate que la majorité identifie le brulage des DPM (92%), la confusion de casier (77%), le retard dans la mise à disposition du dossier (100%), la perte à la fois d'information et de temps (96%), la compromission de la continuité des soins (85%), l'erreur d'identité (73%), l'erreur de classement (58%), l'encombrement des locaux (77%), la perte du dossier (65%), le mauvais archivage (69%), la perte de documents (54%) comme des principaux risques de l'usage du dossier physique du malade (DPM).
5	Identification des principales causes des risques potentiels liés à l'usage du dossier physique du malade(DPM).	On constate que la majorité identifie l'Erreur d'inattention (88%), l'externalisation du DPM (96%), le non-respect de la procédure (81%), le changement brusque des pratiques dans un service (85%), le retard dans le rangement des documents du DPM (85%), l'absence du résumé d'administration des médicaments (100%), la remise d'un document au patient (58%), la non utilisation des classeurs (62%), l'absence de la fiche observation médicale (50%), le placement d'un document du patient dans un autre dossier du malade (96%), l'erreur dans le numérotage des étiquettes (92%), l'erreur de date de classement (100%), pas d'intégration des documents (54%), pas de remise des dossiers dans les archives (50%) comme des principales causes des risques de l'usage du dossier physique du malade (DPM).

6	Proportion de l'identification des erreurs	En moyenne un trimestre, sur les 120 répondants, la majorité affirme avoir été à la base d'une erreur d'identification ou de classement ou encore d'inattention : soit 50% (plus de 5 fois), soit 23% (1 à 2 fois), soit 19% (3 à 5 fois). Et 10 répondants soit 8% estiment qu'ils n'ont pas été à la base des erreurs.
7	Proportion de l'impact négatif sur la qualité des soins	Sur les 120 répondants, on constate que la majorité estime qu'il y a un impact négatif lié à l'usage du DPM, d'une proportion de: près de 30% à 49% (soit 38 répondants, 32%), près 1% à 10% (soit 33 répondants, 27%), près de 11% à 29%(soit 23 répondants, 19%), plus de 50%(soit 19 répondants, 16%). Et le reste soit 7 répondants (6%) estiment qu'il n'y a pas d'impact négatif.
8	Proportion de détection des erreurs causées par les collaborateurs	Durant une période De trois mois en moyenne, les 120 personnes qui ont participé à notre enquête, le plus grand nombre (85%) affirme avoir détecté des erreurs d'identification, des classements ou d'inattentions, causées par leurs collègues : soit 35% (3 à 5 fois), soit 27% (1 à 2 fois), soit 23 % (plus de 5fois). Et le reste soit 15% ne détecte pas d'erreur.
9	Constat sur le mauvais emplacement d'un DPM ou d'un document lié au malade (proportion)	Durant un trimestre en moyenne, on remarque que sur les 120 personnes qui ont participé à notre enquête, la majorité (82%) affirme avoir constaté au moins une fois qu'un DPM ou document concernant un malade n'était pas à sa place : soit 46% (1 à 2 fois), soit 27% (plus de 5 fois), soit 19 % (3 à 5 fois). Le reste 8% soit 2 répondants n'ont pas l'habitude de remarquer cette anomalie.
10	Constat sur les pertes de temps et/ou d'information	Durant un trimestre en moyenne, la majorité a perdu à la fois d'information et/ou du temps au moins une fois, pour cause de non-respect de la procédure d'organisation ou de classement : soit plus de 5 fois (38%), soit 3 à 5 fois (31%), soit une à deux fois (23%). Par contre, 8% n'a pas remarqué cette anomalie.
11	Constat sur l'indisponibilité du DPM (proportion)	Durant un mois en moyenne, la majorité a été bloqué pour assurer la continuité des soins parce le DPM est incomplet ou indisponible : soit 1 à 2 fois (42%), soit 3 à 5 fois (31%), soit plus de 5 fois (23%). Par contre, 8% soit 10 répondants ne vivent pas cette situation durant l'année en moyenne.
12	Constat sur le non-respect des procédures d'organisation du DPM	On constate que durant une année en moyenne, le non-respect des procédures de rangement ou de classement du DPM ou des documents du malade a conduit la majorité du personnel à des erreurs d'identités ou des classements : soit 1 à 2 fois (50%), soit plus de 5 fois (23%), soit 3 à 5 fois (15%). Par contre, 12% soit 2 répondants affirment qu'ils ne vivent pas cette situation durant l'année en moyenne.
13	Degré d'affectation de la qualité des soins en cas d'erreur	Sur les 120 personnes qui ont participé à notre enquête, la majorité (96%) affirme que la qualité des soins est affectée lorsqu'il y une erreur d'inattention, de classement ou d'identification : soit 58% (plus de 30%), soit 17% (moins de 29%), soit 13% (moins de 10%), soit 8% (plus de 50%). Le reste soit 4% estime que ces erreurs ne peuvent pas affecter la qualité des soins.

		On constate également que la majorité des répondants (99%) affirme que la qualité des soins sera affectée lorsqu'il y a des retards dans la mise à disposition du DPM, respectivement à un degré de: 54% (15% soit 19 répondants), 11 % (8% soit 10 répondants), 40% (29% soit 35 répondants), 10% (44 % soit 53 répondants). Le reste soit 4% estime que le retard dans la mise à disposition du DPM n'affecte la qualité des soins.
14	Difficulté d'exploitation du DPM faute de lisibilité	On constate que durant un trimestre en moyenne, tous ont eu des difficultés pour exploiter un DPM ou un document faute de lisibilité : soit plus de 5 fois (73%), soit 3 à 5 fois (19%). soit 1 à 2 fois (8%).
15	Externalisation du DPM	Sur les 120 répondants qui ont participé à notre enquête, le plus grand nombre (77%) affirme que le retard dans la mise à disposition du DPM est dû à l'externalisation. Et le reste soit 23% estime que l'externalisation n'est pas à la base du retard dans la mise à disposition du DPM
16	Disponibilité à participer à l'amélioration de la qualité des services par l'informatisation du DPM ou l'usage du DPI	On constate que la majorité (97%) estime que l'usage du Dossier Patient Informatisé(DPI) ou l'informatisation de la gestion de leur établissement respectif peut améliorer la qualité de vos services. Et le reste 3 %) n'affirme pas de l'implémentation du DPI peut être une solution.
17	Compréhension des avantages du DPI	On constate que la majorité affirme que l'usage du DPI peut améliorer la réalisation des tâches quotidiennes (88%), la recherche des dossiers médicaux (100%), la communication entre services (100%), la gestion des archives (77%), la protection des dossiers des malades (92%), la disponibilité des informations médicales(100%), le système d'aide à la décision(96%), la continuité des soins et des services médicaux(92%). Un grand nombre estime également que le DPI est une innovation, c'est pourquoi il est déjà prêt pour une adaptation à des nouveaux systèmes de gestion du DPM (92%). Pour terminer 120 répondants soit 100% estiment que le DPI réduit sensiblement les erreurs médicales liées à l'usage du dossier patient sous format papier.
18	Inconvénients du DPI	On constate que les répondants estiment que l'usage du DPI présente quelques inconvénients à savoir : la piraterie (30%), les coupures d'électricité (73%), l'augmentation du coup dans la chaîne de dépenses de l'établissement (50%), le stress du personnel médical (30%), les bugs informatiques (32%). Une minorité estime qu'il est dangereux d'utiliser un DPI parce qu'il peut-être : victime des virus ou d'un sabotage ou une fuite des données (14 %), perdre en un clin d'œil toute les informations (10 %), être contourné par le personnel (12%), augmenter le temps nécessaire pour saisir l'information (21%)

III. DISCUSSION ET CONCLUSION DE L'ETUDE

Il était question dans le cadre de cette étude de décrire l'impact de l'usage du DPM à travers une enquête auprès du personnel soignant et quelques malades dans des établissements de santé de la ville de Kinshasa. Nous nous sommes donc posé la question de savoir si l'usage du dossier physique du malade(DPM) pouvait-être un facteur de baisse

de la qualité de services dans un établissement de santé. Globalement, la majorité du personnel et quelques malades affirment que l'usage du DPM est l'un de facteur de réduction de la qualité des services ou des soins.

Malgré cette affirmation, les établissements continuent à utiliser le DPM dans la logique d'assurer la qualité des soins ou des services dans les établissements de santé en RDC. Cette contradiction a attiré notre attention, parce que nous avons du mal, à comprendre dans un premier temps, comment des établissements qui détruisent volontairement les DPM pouvaient assurer la continuité des soins ? Comment ces établissements de santé doivent continuer à utiliser un système dont les risques et causes des risques d'utilisation sont clairement défini par la littérature et confirmé par le personnel soignant (enquête) ? Comment continuer à utiliser un système dont la majorité du personnel soignant affirme qu'il est un facteur de baisse de son rendement et de la qualité des soins ? Et pourquoi ces établissements ne basculent pas dans un autre système ? Selon nous, trois raisons principales peuvent justifier cette situation à savoir :

- le manque de moyens dans les établissements de santé pour la numérisation ou l'informatisation du DPM;
- l'inefficacité de la politique de numérisation du secteur de la santé en RDC;
- le bilan mitigé de la numérisation des certains établissements de santé dans le monde.

En dehors de ces raisons, il est important de considérer que le changement d'un système de gestion nécessite l'implication de tous les acteurs qui interviennent dans ce processus. En numérisation, ses acteurs peuvent être groupés à cinq, à savoir : les managers, les ingénieurs informatiques, les analystes, les experts métiers et tous les utilisateurs prospectifs du nouvel outil. Lorsque nous observons de plus près, nous pouvons comprendre la non adaptation aux nouvelles technologies des établissements de santé, qui gardent l'ancien système basé uniquement sur du papier. Il est vrai que le processus d'informatisation exige une analyse approfondie des besoins des différents acteurs qui interviennent dans ce dernier. Les acteurs dans ce processus sont en quelque sorte les porte-paroles d'un ensemble des besoins au sein de l'organisation. Ces derniers sont extrêmement homogènes et significatifs pour la survie d'une organisation. Dans une certaine mesure cette étude est vue comme une expression des besoins des quelques établissements de santé à Kinshasa.

En ce qui concerne les limites, les faiblesses et les problèmes liés à l'utilisation du DPM, la majorité du personnel soignant des établissements a identifié onze risques que court le DPM dans leur établissement (voir thème/sujet/question 4). Il a également identifié quatorze causes liées à ces risques (voir thème/sujet/question 5). Alors comment assurer la qualité des services ou des soins dans ce contexte ?

Avec le fonctionnement actuel, la majorité des établissements de santé à Kinshasa a des difficultés à détecter des erreurs les doublons. Ils ont du mal à identifier des noms identiques des malades. Cet exercice est très difficile par le simple fait que lors de la création d'un dossier physique du malade, le personnel récupère simplement les informations venant du patient sans une comparaison aux données existantes. Donc la probabilité de la production des erreurs est très élevée. Les résultats de notre enquête les confirment (voir thème/sujet/question : 8). Clairement la majorité du personnel soignant affirme avoir été à la base des erreurs d'identification ou de classement ou encore d'inattention lors de la création ou du classement dans les archives d'un DPM. Elle affirme également que ces erreurs sont à la base de la baisse du rendement du personnel et de la qualité des soins (voir thème/sujet/question : 3, 8, 9, 12, 14, 13, 16, 7, 6). Le rendement du personnel est également affecté négativement par le retard (dans la mise à disposition du DPM), la perte de temps et d'information (voir thème/sujet/question: 5, 6, 7, 15). C'est pourquoi, il a souvent des

difficultés pour exploiter un DPM ou un document faute de lisibilité (voir graphiques : 14, 11).

Un autre élément à la base de la baisse de la qualité des services est, **le brulage ou la destruction par le feu du DPM**, acte volontaire, délibéré par les autorités et le personnel soignant des établissements de santé. Par manque des locaux appropriés aux archives, ils brûlent certains dossiers physiques des malades. Cette pratique supprime les traces du passage d'un patient dans l'établissement. Lorsqu'il n'y a pas des traces du passage d'un malade, le personnel soignant manquera les éléments pour assurer l'organisation et l'administration des soins de qualité. Le personnel soignant affirme à près de 90% (voir thème/sujet/question 2,4) qu'il a déjà été bloqué pour assurer la continuité des soins parce qu'un document du dossier patient a été perdu ou le résumé d'administration des médicaments était absent ou encore pour une autre raison. Avec toutes ses pratiques, un établissement de santé ne sera pas en mesure d'assurer la qualité de services ou des soins.

Pourtant, le même personnel affirme que les limites, les faiblesses et les problèmes liés à l'utilisation du DPM peuvent être résolus par l'utilisation d'un dossier patient informatisé. Le gain qu'apporte un DPI dans la gestion du DP n'est plus à démontrer dans la mesure où elle permet de gagner non seulement du temps, mais aussi à prendre conscience de son impact sur la productivité, et donc sur la rentabilité et la performance du personnel soignant. Avec un DPI, l'information devient accessible en temps réel, il permettra donc aux professionnels de santé à se recentrer sur des actions de soins.

Les résultats de notre enquête confirment que l'usage du DPM est un facteur de baisse de la qualité des services dans un établissement de santé. D'ailleurs, certaines sources internationales vont dans le même sens. Ils ont déjà fait d'importantes conclusions sur l'impact de la dématérialisation du dossier physique du malade, on peut citer Franchi G, Françoise V (et les autres), François B (et les autres), Claude S (et les autres) Otmani. N (et les autres), C.Sicotte (et les autres) affirment que : l'informatisation du dossier médical et son adoption dans les hôpitaux est phénomène inéluctable qui verra sa réalisation graduellement dans les années prochaines⁴. Dix avantages de l'usage du Dossier Patient Informatisé (DPI) ont été identifiés par la majorité du personnel des établissements qui ont fait l'objet de notre étude. Le DPI est vu par la majorité comme une solution aux problèmes de l'usage du DPM. Elle est également disposée à s'adapter au nouveau système en cas de changement (voir thème/sujet/question 17, 18).

Bibliographie

- Alexandre. MF, Laurence. E, « Les médecins et le dossier santé informatisé communiquant : Analyse d'une expérimentation du dossier médical personnel (DMP) », La Découverte « Réseaux » 2013/2 n° 178-179, pages 223 à 255.
- Alexis. G(2015), « l'informatisation du dossier patient au centre hospitalier Ferté-Bernard : les enjeux de la construction d'un hôpital numérique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- Anne. M, Isabelle. B, Angélique. R(2012), « zéro papier » et « pense-bêtes » à l'aune de l'informatisation du dossier de soins, S.A.C.« Revue d'anthropologie des connaissances » 2012/1 Vol. 6, n° 1, pages 115 à 139
- Arrêté ministériel n° 003/1250/ CAB/ MIN/ S/ GMC/CAJ/OWE/2017
- Claire. G, Serge. S (2015), « Dossier patient informatisé et confidentialité : évolution des modèles et des pratiques. « le diable gît dans les détails », John Libbey Eurotext « L'information psychiatrique » 2015/4 Volume 91, pages 323 à 330 ISSN 0020-0204

⁴ C.Sicotte, A. Contandriopoulos, C. Leclerc, M.Mitrica, Dossier patient informatisé : bénéfices attendus par l'hôpital, Montréal, Université de Montréal, n0 R97-01, 1977, page 1.

- Claude. S, André-Pierre C., Chantal. L, Mirela. M (1997) «Le dossier patient informatisé: bénéfices attendus par l'hôpital » (Faculté de médecine Secteur santé publique Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal)
- David. M, « Comment améliorer l'usage du Dossier Patient Informatisé dans un hôpital ? vers une formalisation habilitante du travail intégrant l'usage du système d'information dans une bureaucratie professionnelle ». Gestion et management. Université Montpellier, 2019. Français. NNT : 2019MONTD005 tel-02305513 (Thèse)
- David. M, Roxana. O, (2018), « Formalisation habilitante versus coercitive : le chaînon manquant pour comprendre le bilan mitigé du dossier patient informatisé dans les hôpitaux », revue Management Prospective Ed. « Management & Avenir » 2018/2 N° 100 pages 165 à 187 ISSN 1768-5958
- Ecole Nationale de Santé Publique Rennes (2001), « le dossier médical informatisé : limites éthiques et contraintes professionnelles liées au partage des données médicales »
- F.G. Julien (2017), « le dossier patient informatise : enjeux et conséquences pour le personnel soignant », Université de Lille 2, Faculté Ingénierie et Management de la Santé ILIS (Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master) .
- Fatima. E (2015), « Application informatique de la gestion du dossier médical en chirurgie maxillo-faciale et esthétique » Université Cadi Ayyad, Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech (thèse)
- François. B, Jean-Blaise. W, Pierre-François. R, Pierre-Alexandre. B (2017), « Dossier patient informatisé - belle opportunité de repenser l'information médicale et son utilisation Textes législatifs et réglementaires » Revue Médecine Suisse 2017; 13 : 2027-30.
- Haute autorité de santé Française (2014), Certification des établissements de santé- Guide thématique des experts visiteurs - Dossier du patient.
- L. Boyera, M.-H. Renauda, K. Baumstarck-Barrau, M. Fieschia, J.-C. Samuelianc (2010), « Mise en place d'un dossier patient informatisé dans un établissement public de psychiatrie : évolution des perceptions des professionnels de santé », l'Encéphale (2010) 36, 236 – 241.
- Michel.M, André. B, Sylvain.B, Patrick. E, Hervé. J, Paul. D, Catherine. B, Pascal. A (2003), « Dossier médical informatisé en hépato-gastroentérologie: la réponse »
- Nada. O, Zineb. S, Samy.H, Mohammed.B (2016), « Dossier patient informatise : apport et contraintes », revue marocaine de sante publique ISSN: 2351-8472, vol 3, n° 4
- Nicolas. J(2001), « Impact du logiciel libre sur l'industrie informatique », Université de Bretagne Occidentale (thèse)
- Thomas. B, Ronan.L, Olivier. P (2015), « comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatisé », ANAP MONHOPITALNUMERIQUE.FR.
- WWW.DSIH.fr (l'actualité des SIH et de l'e-santé)
- www.huderf.be