



ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Rev int sc méd Abj - ISSN 1817-5503 - RISM 2021;23,2:87-93.
© EDUCI 2021.

Perception et l'intérêt du dossier médical physique par le personnel de santé de trois centres hospitaliers et Universitaires de Côte d'Ivoire.
Perception and interest of the physical medical file by the health personnel of three hospitals and universities in Côte d'Ivoire

N'GUESSAN Konan¹, ATTOH Touré H¹, ZAMINA Bi Yourou Guillaume¹, ANO Ama Marie Noëlle¹, Kourouma Savane Sita¹ Ekra K Daniel²

Reçu en juin 2020, Accepté pour publication en mai 2021

RÉSUMÉ

Contexte et objectif. Le dossier médical est la mémoire du passage et du contact du client avec l'hôpital. Aujourd'hui il est de plus en plus question de sa transformation en dossier médical électronique. L'objectif était d'étudier la perception et l'intérêt du dossier médical physique par le personnel de santé de trois CHU de Côte d'Ivoire.

Méthodes. Nous avons effectué une étude transversale à visée descriptive portant sur le dossier médical physique. Les agents de santé des CHU ont été les populations cibles. Cette étude s'est déroulée durant quatre mois. Les logiciels Epi info 2002 et le test du khi2 pour l'analyse statistique avec un seuil de signification $p < 0,05$ ont été utilisés.

Résultats. Un échantillon de 312 agents de santé à enquêter a été constitué à raison de 102 agents par Centre Hospitalier et Universitaire. Notre échantillon était composé de sujet avec un âge compris entre 25 et 35 ans. Les enquêtés étaient majoritairement de sexe masculin avec un sex-ratio (H/F) de 1,23. Les sujets dont l'âge est compris entre 25 et 35 ans étaient prédominants. L'emploi d'infirmier est prédominant avec 39,7%. Les enquêtés d'au moins 10 ans d'ancienneté sont prédominants à 68,7%. Le cahier de malade est le support le plus renseigné avec 48,9%. L'information médicale n'est pas sécurisée dans 22% des cas. La tranche d'âge et le sexe influence statistiquement la continuité ou non du dossier médical physique.

Conclusion. Le cahier de malade est le support médical le plus important d'une structure sanitaire. Cependant il pose aujourd'hui le problème de conservation malgré son importance capitale.

Mots clés :

-Dossier médical;
Perception;
-Intérêt;
Hôpital

ABSTRACT

Context and purpose. The medical record is the memory of the client's passage and contact with the hospital. Today there is increasing talk of its transformation into an electronic medical record. We initiated this study, the objective of which is to study the perception and interest of the physical medical file by the health personnel of three teaching hospitals of Côte d'Ivoire.

Methods. We carried out a descriptive cross-sectional study on the physical medical record. This study took place over four months. The sample was health workers. The software Epi info 2002 and the chi2 test for statistical analysis with a significance level $p < 0.05$ were used.

1-Institut National d'Hygiène Publique

2- Direction de la coordination du Programme Elargi de Vaccination

Correspondance : N'Guessan K : nguesskonan@yahoo.fr

Results. Three hundred and twelve (312) health workers were included. Our sample consisted of subjects with an age between 25 and 35 years. The respondents were predominantly male with a sex ratio (M/F) of 1.23. Subjects between the ages of 25 and 35 were predominant. The employment of nurses is predominant with 39.7%. Respondents with at least 10 years of service are predominant at 68.7%. The patient's notebook is the most informed medium with 48.9%. Medical information is not secure in 22% of cases. Age group and sex statistically influence whether the physical medical record is continuous or not.

Conclusion. The patient's notebook is the most important medical support in a health structure. However, it poses today the problem of conservation despite its capital importance.

KEYWORDS:

-Medical record;
-Perception;
-Interest,
-Hospital

INTRODUCTION

Le dossier patient est la mémoire écrite de toutes les informations concernant un patient. Il est constamment mise à jour et son utilisation est à la fois individuelle et collective^[1]. « Il est créé à l'occasion du premier contact du patient avec l'établissement de soins (consultation et ou hospitalisation) et s'enrichit ensuite de la trace des interventions des différents professionnels rencontrés par le patient au cours de son parcours dans l'établissement de santé. À l'issue de chaque contact, le dossier est classé puis archivé »^[2]. C'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et les patients, assurant ainsi la traçabilité de toutes les actions effectuées. Enfin, il permet de suivre et comprendre le parcours hospitalier du patient^[2]. Le dossier médical est par excellence un document médico-légal qui engendre une responsabilité civile, pénale et administrative. En outre, Il sert à la recherche scientifique, à la planification et à la gestion sanitaire. Il est au fur et à mesure de l'évolution du temps en train de faire place au dossier médical électronique de nos jours. En occident, certaines équipes notamment Brigay depuis les années 80, Lehoux et leurs collaborateurs ont travaillé sur son informatisation^[3,4].

En Afrique, le Cameroun et le Rwanda sont à la phase d'informatisation du dossier patient^[5,6].

En Côte d'Ivoire, le dossier médical physique reste toujours d'actualité. Il est de plus en plus question de sa modernisation. En effet le

décret N° 2001-650 du 19 Octobre 2001 portant attributions, organisation et fonctionnement des centres hospitaliers et Universitaires et aussi la création des services de l'information médicale a été pris^[7]. Dans les Centres Hospitaliers et Universitaires, les dossiers médicaux physiques sont de plusieurs types ce sont : Le cahier du malade, le registre de consultation, le carnet individuel de santé, le carnet de santé de la mère et de l'enfant, les fiches de consultation, les fiches de soins etc...

Cette étude fait un état des lieux du dossier médical physique en vue d'une amélioration de la qualité des soins dispensés au patient en partant de l'hypothèse qu'un dossier bien tenu contribue favorablement à la qualité et à la sécurité des soins.

La Côte d'Ivoire est en train de mettre en place la couverture maladie universelle. Dans l'optique d'avoir un dossier médical national unique qui pourra être vu dans tous les centres de santé du pays afin d'une meilleure prise en charge du patient. Avant l'avènement de cet important projet social quelle est l'état actuel du dossier médical physique en ce qui concerne sa conservation et sa sécurité dans le pays?

L'objectifs général était d'étudier la perception et l'intérêt du dossier médical physique par le personnel de santé de trois Centres Hospitaliers et Universitaires de Côte d'Ivoire, et de façon spécifique de :

- décrire les caractéristiques socio démographiques des acteurs;
- analyser et décrire le dossier médical physique du patient.

METHODES

Cadre et site de l'étude

L'étude a eu pour cadre, deux Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) d'Abidjan (Cocody et Treichville). Elle est la capitale

économique de la Côte d'Ivoire. Le troisième CHU est celui de Bouaké qui est la deuxième ville importante du pays. Ces Hôpitaux sont des

établissements publics nationaux à caractère industriel et commercial situés au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire.

Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive portant sur le dossier médical physique. Cette étude s'est déroulée de Novembre 2019 à Février 2020.

Population d'étude

La population d'étude a été constituée par: les professionnels de santé (médecins, surveillants d'unité de soins, infirmiers, infirmières, sages-femmes).

Critères d'inclusion

Tous les cadres supérieurs de santé notamment les médecins, et les agents techniques de santé exerçant dans l'un des trois (03) Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) de Côte d'Ivoire au moment de l'enquête.

Critères de non inclusion

Toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion qui, pour des raisons personnelles, ont refusé de participer à l'enquête, ainsi que toutes celles qui étaient absents au moment de l'enquête. Soustraction a été faite dans chaque hôpital de 4 personnes (personnel administratif) : (D.G) Directeur Général, Directeur Médical et Scientifique, (DMS), chef du Service de l'information médicale (S.I.M) et Sous-Directeur des Soins infirmiers et Obstétricaux(S/DESIO).

Echantillonnage

C'est un sondage aléatoire simple. Les médecins et les autres enquêtés vont être tirés au sort de service en service et en unités de soins jusqu'au dernier enquêté.

Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon le modèle de calcul d'un échantillon aléatoire simple en appliquant la formule suivante :

$$n = \frac{t^2 pq}{m^2}$$

- pour $p=0,5$; $m=0,05$; $t=1,96$; $q=1-p$; $p=0,5$
- m est la marge d'erreur ou précision voulue à 5%
- niveau de confiance= 95%
- La taille de l'échantillon calculée est de 384.

Afin d'anticiper le nombre éventuel de non répondants, nous avons majoré la taille de l'échantillon de 10% soit $(384 \times 10/100) = 422,4$ arrondi à 422. Le calcul pour chacun des CHU était $422/4=105,5$ arrondi à 106 soit $(106 \times 4)= 424$.

En raison de la fermeture du C.H.U de Youpougon pendant l'enquête, il a été soustrait du nombre total de sujet à enquêter 106 représentant l'effectif du C.H.U de Yopougon: $(424-106=318)$. Le nombre total de sujet à enquêter est de 318 pour les trois CHU fonctionnels. L'enquête a tenu compte de la proportionnalité de chaque groupe d'emploi des personnes interrogées par rapport à la proportion nationale qui est de 70% de l'effectif pour les agents techniques de santé et de 30% pour les cadres supérieurs de la santé [8].

Technique d'échantillonnage

Finalement, le nombre de personnes à enquêter pour les 3 CHU étaient : $318/3=106$ personnes. En tenant compte du personnel administratif, 102 professionnels de santé ont constitués l'échantillon de l'enquête.

Au sein de chaque Centre Hospitalier et Universitaire, les services et unités de soins à enquêter ont été tirés au sort au nombre de six (6) sans remise. Un questionnaire a été adressé service après service aux professionnels de santé présents au moment de l'enquête et dont les services ont été tirés au sort.

Le total national par entité a été réparti comme suit pour les trois (3) CHU:

Cadre Supérieur de la santé : 93 (31x3)

Agents Techniques de la Santé : 213 (71x3)

La taille globale de l'échantillon était de : 312 pour les professionnels de santé

Collecte des données

Une autorisation d'enquête a été adressée par la direction générale de la santé aux structures sanitaires concernées pour leur signifier la réalisation de l'enquête et demander leur entière collaboration.

Outils de collecte des données

La collecte des données a été faite à l'aide de questionnaires anonymes adressés aux professionnels de santé des Centres Hospitaliers et Universitaires inclus dans l'étude.

Mode de collecte des données

Il s'est agi d'interviews réalisées en face à face. Les informations ont été collectées auprès des professionnels de santé. Au sein de chaque établissement, les données ont été collectées par service ou unité de soins tirés au sort.

Les variables étudiées

***Les caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé enquêtés**

Les variables ont porté sur les caractéristiques sociodémographiques notamment la tranche d'âge, le sexe, la profession et l'ancienneté.

*** Les caractéristiques du dossier médical physique**

Les caractéristiques du dossier médical physique concernent sa collecte, son accessibilité, sa confidentialité (sécurité), sa conservation (stockage), son importance, sa spécificité, ses limites et sa compilation.

L'analyse des données

Une analyse quantitative univariée a été réalisée. Elle a été descriptive et nous a permis de déterminer les moyennes, les proportions et ratio des différentes variables sociodémographiques (Age, Sexe, Profession) et aussi les autres variables (l'accessibilité, la confidentialité, la conservation le traitement des données).

Une analyse quantitative bivariée : La variable dépendante qui est la continuité ou non du dossier médical physique et la variable explicative que sont la tranche d'âge et le sexe.

RÉSULTATS

La représentativité de chaque CHU

- Bouaké : 93/102 =91,2%
 - Cocody : 52/102=51%
 - Treichville : 82/102= 80,4%
- Total : 227/306=74,2%

Profil épidémiologique

*** La tranche d'âge, le sexe, l'emploi, et l'ancienneté**

Le profil épidémiologique qui se dégage est celui d'un sujet de sexe masculin avec un âge compris entre 25 et 35 ans, infirmier avec une ancienneté d'au moins 10 ans.

La population masculine est prédominante avec un sex-ratio de 1,23.

Les médecins et infirmiers sont prédominants avec respectivement 28,6% et 39,7% en conformité avec le pourcentage national qui est de 30% pour les cadres supérieurs de la santé.

Le dossier médical

La répartition de la population étudiée selon le support renseigné était de N=315.

Le cahier de malade est le support le plus renseigné avec 48,9% suivi du support papier avec 44,1%.

*** Devenir de l'information médicale**

Tableau I : Répartition de la population d'étude selon que l'information soit sécurisée / Distribution of the study population depending on whether the information is secure or non

Information sécurisée	n	%
Oui	177	78
Non	50	22
Total	227	100

L'information est majoritairement sécurisée avec 78%.

***Lieu de conservation**

Les dossiers médicaux physiques sont conservés majoritairement dans des salles d'archive avec 96%.

*** Qualité de la conservation**

Les enquêtés ont estimé que la conservation du dossier médical était de qualité moyenne à 42,75% et mauvaise à 33,50%.

*** Influence de l'âge sur la continuité ou non du dossier médical physique**

Tableau II : Influence de l'âge sur la continuité ou non du dossier médical physique/ Influence of age on the continuity or otherwise of the physical medical record

Tranche d'âge	Continuité avec le dossier médical physique		TOTAL
	Oui (%)	Non (%)	
[25 35]	33 (34)	64 (66)	97
[36 45]	14 (15,2)	78 (90,9)	92
[46 65]	3 (22,5)	30 (77,5)	33
TOTAL	50	172	222

La différence est significative P= 0,001128 < 0,05. La tranche d'âge influence statistiquement la continuité ou non du dossier médical physique. Cependant nous ne pouvons pas conclure. La différence observée pourrait être due aux simples fluctuations de l'échantillonnage.

DISCUSSION

Finalement, 74,2% des enquêtés ont participé à l'étude. La proportion de réponse est élevée bien plus que celle espérée qui est de 66%^[9].

La tranche d'âge de 25-35 ans était la plus représentée avec 44,1% avec un âge moyen d'environ 38 ans. Nos résultats sont proches de ceux de Crost et al.^[9] qui, auprès de 300 médecins généralistes aquitains, ont rapporté que sur la population féminine de l'étude, 37,5 % avaient un âge compris entre 35 et 50 ans. Par contre, pour Simon rapportait des extrêmes d'âge de 25 et 55 ans et une moyenne de 41 ans^[10]. Hurtaud et al.^[11] ont rapporté dans leur étude que la moitié des enquêtés avait un âge compris entre 40 et 55 ans avec un âge moyen de 46,7 ans. Berquin quant à lui rapporte une population beaucoup plus jeune dans son étude^[12]. Les différences constatées pourraient être liées à la taille de notre échantillon et à l'indisponibilité des enquêtés âgés. Toutefois, nos résultats semblaient conforme à la réalité car proche des proportions nationales. En effet 36,2% de la population ivoirienne est relativement jeune et avaient un âge compris entre 14 et 35 selon le RGPH de 2014^[13].

Une vue synthétique de l'étude montrait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,23, comme ceux de Hurtaud et al. En effet ceux-ci dans une étude réalisée auprès des médecins dans l'agglomération de Reims ont rapporté que

*** Influence du sexe sur la continuité ou non du dossier médical physique**

Tableau III : Influence du sexe sur la continuité ou non du dossier médical physique/ Influence of sex on the continuity or otherwise of the physical medical record

Sexe	Continuité avec le dossier médical physique		TOTAL
	Oui (%)	Non (%)	
Femme	32 (32)	68 (68)	100
Homme	18 (14,8)	104 (85,2)	122
TOTAL	50 (22,5)	172 (77,5)	222

La différence est significative P= 0,0037430 avec P < 0,05. Le sexe influence statistiquement la continuité ou non du dossier médical physique au risque α (5%).

61,2 % des enquêtés étaient des hommes et 38,8 % des femmes (sex-ratio H/F= 1,58)^[11]. Les proportions de sexe ration diffèrent selon les différents travaux : en France, pour 300 médecins généralistes aquitains le sex-ratio était de 3,7^[9], pour d'autres, il y avait une prédominance féminine^[14], pour Simon dans son étude « Informatisation du dossier de soins en EHPAD », le sex-ratio était de 0,1^[10]. Makoul et al. ont rapporté une parité entre hommes et femmes^[17]. Nos résultats pouvaient être jugés valides ; des proportions nationales (51,7/48,3= 1,07) de ceux du RGPH de 2014 de Côte d'Ivoire^[13].

Notre étude rapportait que les agents techniques de santé étaient les plus représentés avec 71,4% majoritairement les infirmiers (39,7%). Les médecins représentaient 28,63%.

Nos résultats étaient en phase avec ceux de Safdari et al.^[18] qui rapportent respectivement 33% pour les infirmiers et 21% pour les médecins. Nos valeurs ont été influencées par le pourcentage national qui est de 30% pour les cadres supérieurs de la santé et de 70% pour les agents techniques de santé et ceci en accord avec la proportion nationale intégrée dans le protocole de l'étude.

L'étude que nous avons menée a rapporté que l'information médicale était majoritairement dans le cahier de malade à 67,80%; le cahier de malade était le principal support que le personnel de santé renseignait lorsque celui-ci entrait en contact avec le malade même s'il en existait d'autres comme le carnet de santé de la mère et de l'enfant, le registre de consultation ou les fiches de consultation.

Cette situation est due à l'absence de dossiers médicaux électroniques comme l'ont montré les travaux résultats de Simon^[10].

La sécurisation des données est la possibilité d'y avoir accès seulement par des personnes dûment désignées avec des codes d'accès. Quoique la majorité des enquêtés (78%) rapportait que l'information médicale est sécurisée, des questions demeuraient :

- une part non négligeable (22%) affirmaient que les dossiers n'étaient sécurisée ;

- le non respect du secret médical et la "sortie" de certains dossiers par des personnes non autorisées;

- une recherche fastidieuse des dossiers à cause de problèmes de rangement (salles archives destinées à accueillir ces dossiers médicaux sont saturées);

- Elles sont souvent mal tenues, des dossiers de patients qui traînent dans les couloirs de ces salles ce qui pourraient poser le problème de sécurité et mettre à mal le secret médical.

- Les salles archives destinées à accueillir ces dossiers médicaux sont saturées. La recherche des dossiers des patients ayant consultés l'hôpital est difficile en cas d'une autre consultation. Parfois même d'autres nouveaux dossiers sont créés ce qui a pour conséquence de créer des doublons et même plus et ne permet pas de d'avoir des statistiques sanitaires fiables.

Les enquêtés ont estimé que la conservation du dossier médical était de qualité moyenne à 42,7% et mauvaise à 33,5%. Ces difficultés pourraient être à l'origine de la dégradation des dossiers médicaux.

92 CONCLUSION

La population masculine est prédominante avec un sex-ratio de 1,23. Le cahier de malade est le support le plus renseigné avec 48,9%. L'information médicale est sécurisée dans 22% des cas. Les dossiers médicaux physiques

sont majoritairement conservés dans des salles d'archives. Une part non négligeable du dossier médical est de mauvaise qualité. Les jeunes et les hommes préfèrent changer de dossiers médicaux.

RÉFÉRENCES

- 1- **Zazani E.** Informatisation du dossier patient aux Hospices-Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Étude comparative. Mémoire du diplôme post grade en économie et administration de la santé. (Master in Health Economics and Management) Lausanne, Juin 2003.
- 2- **Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé(ANAES).** Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé dossier du patient : Règlements et recommandation JUIN 2003.
- 3- **Bringay S, Barry C, Charlet J.** Les documents et les annotations du dossier patient hospitalier. Information-Interaction-Intelligence, Volume 4, n°1 pp 191-208, 2004.
- 4- **Lehoux P, Sicotte C Denis Jean Louis.** L'informatisation médicale et ses détracteurs ? 1998.
- 5- **Linge I.** Dossier médical: L'hôpital de district de Mfou s'ouvre à l'informatisation : Le journal du Cameroun.com. Novembre 2011.
- 6- **Kimani M.** Une meilleure santé à la portée d'un clic. Afrique Renouveau: Avril 2008.
- 7- **Décret N° 2001-650 du 19 Octobre 2001** portant attributions, organisation et fonctionnement des centres hospitaliers de Côte d'Ivoire.
- 8- **Ministère de la santé et de la lutte contre le sida.** des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire. Août 2005 pp14.
- 9- **Crost E, Gay B, Maurice-Tison S.** Médecine générale et Internet. Association difficile ? Une enquête auprès de 300 médecins généralistes aquitains vol 2 n°8 pp 372-7 Octobre 2006.
- 10- **Simon L.** Information du dossier de soins en EHPAD : Année 2007-2008
- 11- **Hurtaud A, Dépinoy D.** Dossier médical personnel : qu'en pensent les médecins ? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims Volume 3, numéro 6, Juin 2007 PP: 278-82.

- 12 - Berquin E, Vanmeerbeek M.** Le recueil systématique des données dans le dossier médical informatisé comme outil d'aide à la prise en charge du patient diabétique Santé conjugée, n°30, octobre 2004.
- 13- Recensement Général de la population** et de l'habitat 2014 PP24-49
- 14- Ancker JS, Singh MP, Thomas R, Edwards A, Snyder A, Kashyap A, Kaushal R.** Predictors of success for the electronic health record implementation in practical small doctors: Clin Appl Informer. 2013; 4 (1): 12-24. Published online 2013 Jan 16
- 15- Ko H, Turner T, Jones C, and Hill C.** Patient-held medical records for patients with chronic disease: a systematic review. Qual Saf Health Care 2010 Oct;19(5) Epub 2010 May 28, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Ko+H&cauthor_id=20511601
- 16- Diallo BA :** Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes Thèse d'exercice : Médecine, Année 2013
- 17-Makoul G , Curry RH, Tang PC.** The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters. J Am Med Inform Assoc 2001;8,6:610-5.
- 18- Safdari R, Ghazisaeidi M, Jebraeily M.** Electronic Health Records: Critical Success Factors in Implementation Acta Inform Med. 2015 Apr; 23(2): 102-104: Published online 2015 Apr 14
- 19-Rahimi B, Safdari R, Jebraeily M.** Development of Hospital Information Systems: User Participation and factors affecting: Acta Informer Med. 2014 dec; 22 (6): 398-401. Published online 2014 dec 19
- 20-Michael F. Chiang , Lire-Brown S, Daniel C :** Évaluation du dossier de santé électronique mise en œuvre en ophtalmologie à l'Academic Medical Center (Une thèse américaine d'ophtalmologie Société). Trans Am Soc Ophthalmol. 2013 sept; 111: 70-92.

Conflits d'intérêt :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Contribution des auteurs et co-auteurs dans la production de l'étude :

- N'Guessan Konan : *Auteur de l'étude (Thèse unique)*
- Attoh Touré H : *Méthodes*
- Zamina BYG & Kroman SS : *Revue de la littérature,*
- ANO AMN : *Discussion,*
- Ekra K Daniel : *Correction*

Remerciements :

Tout le personnel des Centres Hospitaliers et Universitaires de Bouaké, Cocody et Treichville pour le bon accueil.