



Title in English

The opinion of health personnel on the physical medical record in public hospitals in Côte d'Ivoire.

Title in French

L'opinion du personnel de santé sur le dossier médical physique dans des Hôpitaux publics de Côte d'Ivoire.

**N'Guessan K¹, Attoh Touré H¹, Zamina BYG¹, ANO AMN¹,
Konan Sidoine³, Kroman SS¹ Ekra K D²**

1- Institut National d'Hygiène Publique

2- Direction de la coordination du Programme Elargi de Vaccination

3- Centre National de Transfusion Sanguine

Email Adresses : N'Guessan K : nguesskonan@yahoo.fr (+225) 0707452981; Attoh Touré H : attohtoureharvey@gmail.com (+225) 0709480438; Zamina Bi Yourou Guillaume : cnf2013@zamina@yahoo.com (+225)0141110181; Konan Sidoine: konasidoi@yahoo.fr; (+225) 49033471 ANO Ama Marie Noëlle: marie_ano@yahoo.fr (+225)0707804535 ; Kourouma Savane Sita: massysavane@gmail.com (+225)0103881272; Ekra KD kdanielekra@yahoo.fr (+225)0707391232

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

HG : Hôpital Général

CSU : Centre de Santé Urbain

CSR : Centre de Santé Rural

DR : Dispensaire Rural

FSUCom : Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Article No.: 072121070

Type: Research

Submitted: 21/07/2021

Accepted: 24/07/2021

Published: 28/07/2021

***Corresponding Author**

N'GUESSAN Konan

E-mail: nguesskonan@yahoo.fr

Cell: 0707452981

Keywords: Opinion; personal; health; physical medical record; Hospitals.

Mots clés: Opinion; personnel; santé; dossier médical physique; Hôpitaux.

ABSTRACT (ENGLISH)

Context: The medical record is the memory of a patient's contact with healthcare personnel. It is created for the present and future support of it. We initiated this study in order to get the idea that health workers have of this type of file. The general objective is to study the opinion of health personal of the physical medical record in first contact health facilities.

Methods: We carried out a descriptive cross-sectional study on the physical medical record. It took place for three months. A sample of 87 health workers to be surveyed was made up at the rate of: 30 for the Regional Hospital Centers, 20 for the general hospital, 01 at the Rural Dispensary, 02 at the Rural Health Center, 03 at the Urban Health Training at the base Community and Urban Health Center. The selection criteria allowed us to select 68 health workers. The software Epi info 2002 and the chi2 test for statistical analysis with a significance level $p < 0.05$ were used.

Results: Respondents whose age was between 31 and 50 years were in the majority with 64.7% with extremes of 27 to 65 years. Male subjects were predominant (61.80%) with a sex ratio (M / F) of 1.6. The majority of our respondents (58.80%) felt that access to the current physical medical record was good. The majority of respondents (75%) considered that the physical medical file was kept. The majority of the study population (86.88%) felt that the physical medical record was deficient. Seniority statistically influenced the continuity or otherwise of the physical medical record, with a difference that was significant. $P = 0.012$ with $p(0.012) \leq 0.05$.

Conclusion: The medical record is an essential tool of the health system which needs to be well maintained so that the patient's hospital experience is pleasant and safe.

RÉSUMÉ (FRENCH)

Contexte: Le dossier médical est la mémoire du contact d'un patient avec le personnel de santé. Il est créé pour la prise en charge présente comme future de celui-ci. Nous avons initié cette étude afin de recueillir l'idée que le personnel de santé a de ce type de dossier. L'objectif général est d'étudier l'opinion qu'a le personnel de santé du dossier médical physique dans des établissements sanitaires de premier contact.

Méthodes

Nous avons effectué une étude transversale à visée descriptive portant sur le dossier médical physique. Elle s'est déroulée durant trois mois. Un échantillon de 87 agents de santé à enquêter a été constitué à raison de: 30 pour les Centres Hospitaliers Régionaux, 20 pour l'hôpital général, 01 au Dispensaire Rural, 02 au Centre de Santé Rural, 03 à la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire et au Centre de Santé Urbain. Les critères de sélection nous ont permis de sélectionner 68 agents de santé. 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

Les enquêtés dont l'âge étaient compris entre 31 et 50 ans étaient majoritaires avec 64,7% et des extrêmes de 27 à 65 ans. Les sujets de sexe masculin étaient prédominants (61,80%) avec un sex ratio (H/F) de 1,6. La majorité de nos enquêtés (58,80%) estimaient que l'accès au dossier médical physique actuel était bon. La majorité des enquêtés (75%) ont estimé que le dossier médical physique était conservé. La majorité de la population d'étude (86,88%) a estimé que le dossier médical physique avait des insuffisances. L'ancienneté a statistiquement influencé la continuité ou non du dossier médical physique, avec une différence qui a été significative. $P = 0,012$ avec $p(0,012) \leq 0,05$.

Conclusion

Le dossier médical est un outil incontournable du système de santé qui a besoin d'être bien tenu afin que le parcours hospitalier du patient soit agréable et sûr.

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 un décret de 2001 portant attributions, organisation et fonctionnement des centres hospitaliers et Universitaires et aussi la création des services de l'information médicale a été pris en Côte d'Ivoire [7]. Dans les centres hospitaliers universitaires comme dans les établissements sanitaires de premiers contacts (E.S.P.C), 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...

Des difficultés rencontrées existeraient avec le dossier médical physique nécessitant un dossier médical numérique. En effet, l'archivage en Afrique poserait de nombreux problèmes notamment les problèmes de salles d'archives, leurs tenues et leur sûreté.

De plus, la Côte d'Ivoire est en train de mettre en place la couverture maladie universelle. Pour ce faire, un dossier médical national unique visible dans tous les centres de santé du pays doit être élaboré afin d'une meilleure prise en charge du patient. Avant l'avènement de cet important projet social quel est l'avis du personnel de santé sur le dossier médical physique dans les établissements sanitaires de premiers contacts (ESPC)?

La présente étude donne un aperçu du ressenti du personnel de santé sur le 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 conçu contribue favorablement à la qualité et à la sécurité des soins.

Objectifs général: Etudier l'opinion du personnel de santé sur le dossier médical physique dans des ESPC de Côte d'Ivoire.

Et de façon spécifique de :

1. Décrire les caractéristiques socio démographiques des acteurs;
2. Analyser les ressentis du personnel de santé sur le dossier médical physique dans les E.S.P.C.

I- METHODOLOGIE

Cadre et site de l'étude

Par choix raisonné, nous avons sélectionnés 6 (six) structures de santé. Il s'est agi des hôpitaux publics que sont les centres hospitaliers régionaux (CHR), les hôpitaux généraux (HG) et les établissements sanitaires de premier contact (ESPC). Ce sont les CHR Felix Houphouët Boigny d'Abobo, le CHR d'Agboville, l'Hôpital Général (HG) de Koumassi, FSUCom de Yopougon Port Bouët 2, Le Dispensaire Rural(DR) de Grand Moutcho à Agboville et le Centre de Santé Urbain de Yopougon Santé. L'hôpital général est la référence des CSU, des DR, des FSUCom, et les Centres Hospitaliers régionaux sont les hôpitaux de références des Hôpitaux généraux.

Type et durée de l'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique portant sur l'analyse du dossier médical physique. Cette étude s'est déroulée sur trois (03) mois de Janvier 2021 à Mars 2021.

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). Des structures médicales sélectionnées.

Critères d'inclusion

Tous les cadres supérieurs de santé notamment les médecins, et les agents techniques de santé exerçant dans l'un des ESPC et leurs hôpitaux de références sélectionnés pour l'enquête.

Critères de non inclusion

Toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion qui pour des raisons qui leur étaient propres ont refusé de participer à l'enquête et toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion dont les services ont été tirés au sort ou qui étaient absents au moment de l'enquête. Aussi toutes les personnes

répondant aux critères d'inclusion et dont les services n'ont pas été tirés au sort n'ont pas été inclus dans l'étude.

Calcul de la taille de l'échantillon

La base de sondage était constituée par les listes du personnel de santé disponibles par service le jour de l'enquête.

La taille de l'échantillon a été faite cela un choix raisonné. Etant donné que les ESPC et leurs

références sont en sous-effectif, nous avons fixé la taille de l'effectif pour la réalisation de l'enquête à N= 87.

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]. Cette répartition est indiquée dans le tableau ci-dessous.

District	CHR / HG /CSU /CSR / DR	Nombre d'enquêtés	Proportion d'enquêtés (%)
Agboville	CHR	30	21/30 = 70
Agboville	DR de Grand Moutcho	01	01/01 = 100
Abobo Est	Hôpital Général Houphouët Boigny	30	23/30 = 76,67
Koumassi	Hôpital Général	20	17/20 = 85
Yopougon Ouest	FSUcom de Port Bouët	03	03/03 = 100
Yopougon Est	C.S.U de Yopougon Santé	03	03/03 = 100
Total		87	68/87 = 78,16

N.B: Le CSU (Centre de Santé Urbain) est constitué de 1 Médecin ,1 infirmier ou infirmière et d'une sage-femme avec un effectif de 03 (trois) agents de santé.

Le CSR (Centre de Santé Rural) est constitué d'un infirmier ou infirmière et d'une sage-femme avec un effectif de 02 (deux) agents de santé.

Le DR (le Dispensaire Rural) est constitué d'un infirmier ou d'une infirmière avec un effectif de 01 (un) agent de santé.

Le FSUcom (formation sanitaire urbaine à base communautaire) a le même standing que le CSU par conséquent nous avons attribué le même effectif. Trois (03) agents de santé.

Technique d'échantillonnage

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

1- Structures de santé

Au sein de chaque structure de santé, les services et unités de soins à enquêter ont été tirés au sort au nombre de quatre (4) sans remise pour les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et Hôpitaux Généraux (HG). 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. Au niveau du Dispensaire Rural, du Centre de Santé Urbain et de la formation sanitaire Urbaine à base communautaire, tous les professionnels de santé concernés par l'enquête ont été tous enquêtés car présent au moment de l'étude avec un effectif réduit.

- Au niveau des CHR et des HG, Nous avons tenu compte des proportions nationales qui sont de 30% correspondant au ratio national pour les cadres supérieurs de la santé essentiellement constitués de médecins dans notre étude.

2 - Personnel de santé

- Les médecins ont représenté l'essentiel des cadres supérieurs de la santé selon le ratio national de 30%.

- Les agents techniques de santé (Infirmiers, Infirmières, Sages-Femmes, et les spécialistes ou non) représentant 70% des professionnels de santé selon le ratio national.

Dans les Centres Hospitaliers Régionaux et l'Hôpital Général, l'enquête a débuté par le premier service tiré au sort et de service en service et unités de soins de sorte à atteindre le personnel présent au moment de l'enquête.

Outils de collecte des données

La collecte des données a été faite à l'aide de questionnaires anonymes adressés aux professionnels de santé des structures concernées 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
- L'ancienneté

Les caractéristiques du dossier médical physique

Les caractéristiques du dossier médical physique ont concerné

- L'avis sur le dossier médical physique en ce qui concerne
- Sa conservation (stockage),
- Ses insuffisances ou non et son état,
- L'influence de l'ancienneté sur la continuité ou non du dossier médical physique.

L'analyse des données

Pour la transcription des informations, nous avons eu recours au logiciel Word pour la saisie. Les logiciels Epi info 2002 et Excel pour l'analyse statistique. Nous avons procédé au calcul des proportions pour ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques. Nous avons également procédé à une analyse descriptive.

- Une analyse quantitative uni variée : Elle a été descriptive et nous a permis de déterminer, les proportions des différentes variables sociodémographiques telles que l'âge et le sexe et aussi, l'avis et la conservation du dossier médical physique

- Une analyse quantitative bi variée : **la variable dépendante** qui est la continuité ou non du dossier médical physique et **la variable explicative** qu'est l'ancienneté.

II- Résultats

II-1 La tranche d'âge

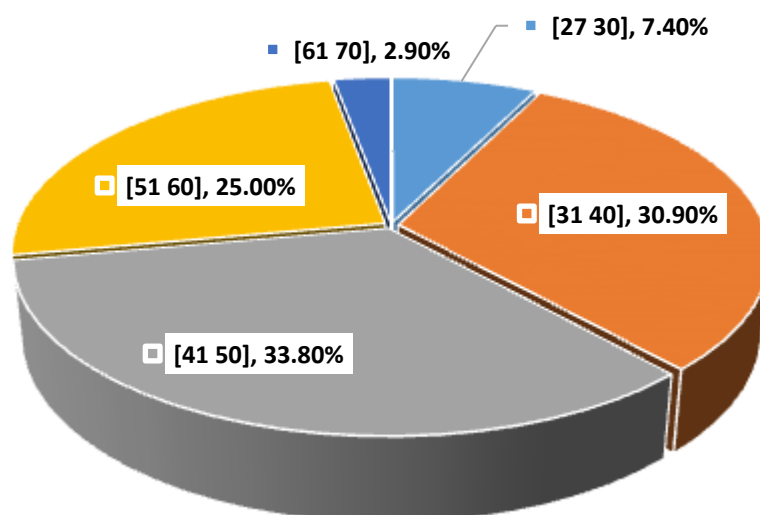


Figure 1 : Répartition de la population d'étude selon la tranche d'âge

Moyenne	Variance	Ecart type	Minimum	Maximum
44.2353	80.6304	8.9794	27	65

Les enquêtés dont l'âge est compris entre 31 et 50 ans étaient majoritaires avec 64,7% avec des extrêmes de 27 et 65 ans.

III-2: Le sexe

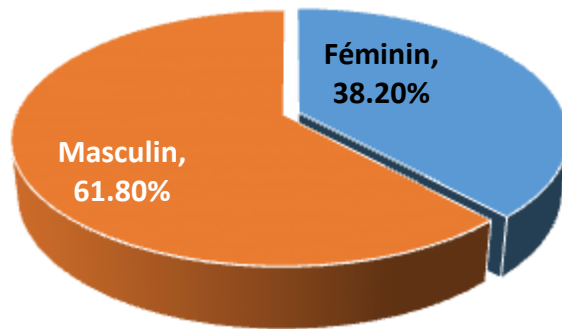


Figure 2: Répartition de la population d'étude selon le sexe

Les sujets de sexe masculin étaient prédominants (61,80%) et un sex ratio (H/F) de 1,6. Ce qui voudrait dire qu'il y a eu 1 fois et demie plus d'hommes que de femmes enquêtées.

II -3 L'avis sur l'accès au dossier médical physique

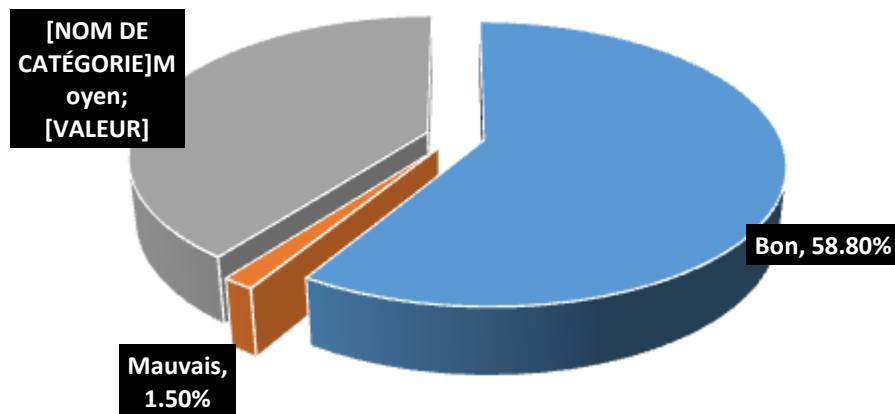


Figure 3 : Répartition de la population d'étude selon l'avis sur l'accès au dossier médical physique

La majorité de nos enquêtés (58,80%) estimaient que l'accès au dossier médical physique actuel était bon.

II-4 La conservation du dossier médical physique

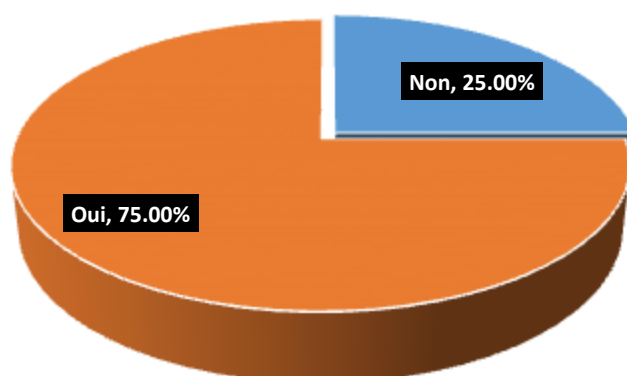


Figure 4 Répartition de la population d'étude selon la conservation

du dossier médical physique

La majorité des enquêtés (75%) ont estimé que le dossier médical physique était conservé.

II -5 L'avis sur le dossier médical physique

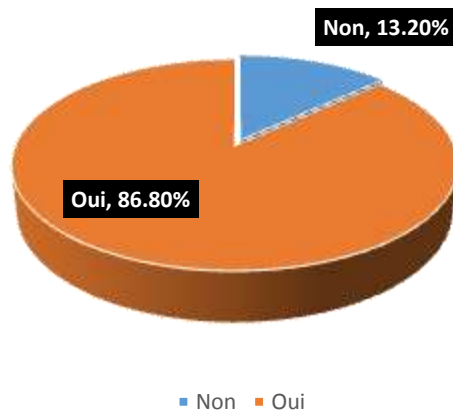


Figure 5: Répartition de la population d'étude selon l'avis sur le dossier médical physique

La majorité de la population d'étude (86,88%) a estimé le dossier médical physique avait des insuffisances (tenue, renseignement, confidentialité).

II-6 Influence de l'ancienneté sur la continuité ou non du dossier médical physique

Tableau 1 : Influence de l'ancienneté sur la continuité ou non du dossier médical physique

ANCIENNETE	Ne pas continuer avec le dossier médical		Continuer avec dossier le médical		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	
[1 5]	11	78.57%	3	21.43%	14
[6 10]	12	85.71%	2	14.29%	14
[11 15]	14	82.35%	3	17.65%	17
[16 20]	10	100.00%	0	0.00%	10
[21 25]	4	100.00%	0	0.00%	4
[26 30]	5	83.33%	1	16.67%	6
[31 35]	3	100.00%	0	0.00%	3
TOTAL	59	86.76%	9	13.24%	68

Fisher : 0,012

Chi-square
3.7747

Probabilité
0.7071

$p = 0,012$ avec $p(0,012) \leq 0,05$. La différence a été significative. L'ancienneté a influencé statistiquement la continuité ou non du dossier médical physique.

DISCUSSION

Dans notre étude le profil épidémiologique qui s'est dégagé a été celui d'un sujet de sexe masculin avec un sex- ratio (H/F) de 1,6, âgé de 44 ans en moyenne avec une ancienneté moyenne de 13 ans.

En ce qui concerne tous les aspects de ce profil épidémiologique, nos résultats étaient conformes à ceux de la première enquête de la présente étude et aussi à d'autres études comme celles de Hurtaud et col [9], Crost [10], Simon [11]. Toujours en ce qui concerne le profil épidémiologique, notre enquête

montre bien que la population la plus représentée est celle qui était beaucoup plus jeune.

En ce qui concerne l'ancienneté, les données de cette étude nous ont permis de dire que le temps moyen dans la pratique était d'environ 13 ans avec des extrêmes allant de 1 à 34 ans. Elles corroborent celles respectivement de Safdari et Rahimi et Simon [12, 13, 11]. A contrario, nos résultats ne corroborent pas ceux de l'étude de Michael [14]. Ceci pourrait être dû à la taille de notre échantillon qui est relativement faible compte tenu du faible effectif du personnel de santé dans les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) et leur références que sont les hôpitaux généraux (HG), les centres hospitaliers régionaux (CHR) et à l'indisponibilité des potentiels enquêtés âgés qui le plus souvent occupent des postes administratifs du fait de leur reclassement après leur réussite aux différents concours de spécialités organisés par la fonction publique. Aussi l'ancienneté retrouvée dans notre étude pourrait être due à la faiblesse de la taille de notre échantillon et pourrait être la cause de cette ancienneté moyenne indiquée. Cependant nous constatons qu'elle est à peu près conforme à celle de la première enquête qui a rapporté qu'une majorité (68,70 %) des enquêtés avaient un âge compris entre 0 et 10 ans. Cet état de fait pourrait être paradoxal étant entendu que selon une étude intitulée « l'évaluation des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire » le ratio personnel de santé / population est largement dans les normes de l'OMS dans toutes les professions de la santé [8].

Par contre nos résultats sont opposés à ceux d'une enquête réalisée auprès de 300 médecins généralistes à Aquitaine en France [10]. Aussi d'autres études comme celles respectivement de Safdari, Silber, Bourret, Simon et Makoul [12, 15, 16, 11, 17] ont rapporté des résultats différents.

Malgré que nos résultats ne soient pas en accord avec ceux de certains auteurs, ils n'étaient pas non plus conforme à ceux de la population Ivoirienne. En effet, le Recensement Général de la Population et de l'habitat de 2014 en Côte d'Ivoire a rapporté notamment en ce qui concerne le sexe, un sex ratio de 1,07 avec (H= 51,7% et F= 48,3% H/F= 1,07) [18]. Cette différence pourrait être due à la faiblesse de la taille de l'échantillon qui n'est pas représentatif de la population Ivoirienne.

Notre étude a rapporté que les agents techniques de santé étaient les plus nombreux avec 72,1% avec majoritairement les infirmiers (45,6%). Les médecins représentaient 27,9%. Ces valeurs sont influencées par le pourcentage national qui est d'environ 30% pour les cadres supérieurs de la santé et de 70% pour les agents techniques de santé. Nos résultats sont superposables à ceux de Safdari et collaborateurs [12] qui ont rapporté respectivement 33% pour les infirmiers et 21% pour les médecins. Nous pouvons dire que nos résultats auraient été influencés par la proportion nationale intégrée dans le protocole de notre étude. Étant donné que la répartition des enquêtés s'est faite selon la proportion nationale intégrée dans notre protocole. Cependant bien que ces valeurs soient en accord avec certaines

études, nous pouvons dire que nos résultats pourraient être dus au fait que la proportion de médecins soit fixée par l'étude. Il faudrait noter que si le pourcentage des médecins est bas et loin de celui des agents techniques de santé, il se pourrait que ce soit dû d'une part au pourcentage des médecins intégré au protocole de ladite étude. D'autre part cela pourrait être dû à la longue durée d'étude pour la formation d'un médecin. En effet la durée de la formation d'un médecin est au moins de 8 (huit) ans après le Baccalauréat alors que la durée de formation des agents techniques y est de 5 (cinq) ans maximum y compris la durée de formation de leur spécialité pour les spécialistes.

Notre enquête a montré que la presque totalité des médecins ont accès au dossier médical physique. Cet accès au dossier médical physique par le patient est légitime d'autant plus que le médecin est à l'origine de l'ouverture du dossier médical du patient au sein de la structure de santé dans laquelle le patient et le médecin se sont rencontrés. Il ne pouvait en être autrement car la C.N.I.L (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) en France a rapporté qu'un médecin peut, sur demande de son patient, effacer du dossier médical des informations le concernant. Aussi un patient avait le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données personnelles fassent l'objet d'un traitement par un établissement en France (articles 38 et 40 de la loi du 6/01/1978 modifiée en 2004) » [19]. D'ailleurs Hurtaud a rapporté dans son étude que la majorité des médecins étaient opposés à l'alimentation du Dossier Médical Patient (D.M.P) par certains membres du corps médical [9]. Toutes ces études ont rapporté le rôle central du médecin dans l'élaboration, l'animation et l'existence et la tenue du dossier médical dans son ensemble. Le médecin est la cheville ouvrière du dossier médical aussi bien à l'ouverture qu'à l'animation et à l'utilisation de celui-ci. En effet, c'est le médecin qui procède à la mise en jour du dossier médical physique afin de corriger éventuellement le diagnostic et adapter aussi le traitement initial.

La grande majorité des enquêtés ont estimé que le dossier médical physique (98,5%) était moyennement bon dans l'ensemble et seulement 1,5% ont estimé que le dossier médical physique était mauvais. Cette valeur peut être due à la non prise en compte des données techniques du dossier médical que sont la sécurité, l'accessibilité et la fiabilité de celui-ci. Le développement aidant l'on a pour habitude de laisser les anciennes pratiques au détriment des nouvelles. Malgré les limites du dossier médical physique mentionnées par certains auteurs comme Degoulet et collaborateurs [20].

La conservation du dossier médical est largement appréciée par les enquêtés. Contrairement aux résultats de la première enquête des Centres Hospitaliers et Universitaires qui a rapporté une bien mauvaise conservation du dossier médical à 33,5%. Malgré l'existence de salles d'archives pour la conservation du dossier médical les conditions de conservations ne sont pas toujours bonnes, les accès ne sont pas filtrés de sorte à connaître les mouvements dans la salle des archives sans aucun

contrôle mettant à mal la sécurité des dossiers médicaux. D'ailleurs Degoulet rapporte que la sécurité de l'information médicale dans le dossier médical physique n'est pas optimale [20]. Cette attitude pourrait être due à une méconnaissance des aspects juridiques qui entourent le dossier médical. En effet le dossier médical a un caractère médico- légal qui serait méconnu ou minimisé et pourrait être la cause de poursuites judiciaires. Aussi, il faudrait tenir compte de notre contexte Africain. En effet il se pourrait qu'en Afrique très peu d'importance soit accordée à l'archivage en général. Cette situation pourrait être à l'origine des documents qui se retrouveraient dans les rues, chez les vendeuses d'arachides, de beignets, de pains etc.... En effet Ouattara a rapporté que : «...les archives encourent de nombreux risques, notamment les vols et les pertes de pièces... » [21] et d'ajouter «...Mieux, les archives occupent une place de choix dans le fonctionnement des sociétés. Les pays du Nord et d'Amérique semblent l'avoir perçu.... ». L'Afrique en général et la Côte d'Ivoire en particulier ne jugeraient pas les archives comme faisant partie intégrante du management de l'administration aussi bien dans les secteurs publics que privés. D'ailleurs nous abondons dans le même sens que Ouattara qui a rapporté que : «En Côte d'Ivoire, la gestion et la conservation des documents d'archives demeurent toujours problématiques». Aussi la conservation du dossier médical pourrait sembler ne pas nous intéresser et être due à notre mentalité qui utiliserait la culture orale et la conservation de mémoire et non la conservation physique qui dépendrait de certaine période dans le temps. C'est dans cette logique que M'baye a rapporté: «L'archivistique est conçue d'abord et surtout pour les Européens et Euro- Américains... » [22].

De façon générale les enquêtes ayant une ancienneté plus jeune sont réfractaires à la continuité du dossier médical physique. La différence a été significative. L'ancienneté a influencé statistiquement la continuité ou non du dossier médical physique avec une p valeur $\leq 0,05$. Cette tendance serait d'autant plus vraie que les jeunes seraient plus orientés vers les technologies de l'information et de la communication que les personnes âgées. Aussi, le revenu mensuel du personnel de santé qui serait bas ce qui limiterait l'achat des téléphones androïdes et des ordinateurs portables....pourrait être aussi l'une des raisons. Aussi Bigot a rapporté que « En moyenne 83% des sujets de 18 ans et plus pensent possible une captation de données à l'insu du propriétaire du téléphone, cette proportion atteint 89% chez ceux qui se déclarentet 87% chez ceux qui jugent que les découvertes scientifiques contribuent grandement à l'amélioration de leur vie quotidienne» [23]

CONCLUSION

Le dossier médical est un outil important et incontournable du système de santé en général et en particulier à celui de la Côte d'Ivoire. Sa création est systématique et ne pose aucun problème. Il est créé à l'entrée du client dans une structure de santé. Il existe

sous plusieurs formes. Cependant leur utilisation et leur conservation posent parfois quelques problèmes ce qui a pour conséquence les avis divergents sur le dossier médical physique en Côte d'Ivoire.

Conflits d'intérêt :

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

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ci-dessus nommés ont contribué soit à la collecte de données, à la compilation, au traitement statistique ou à la rédaction de cet article.

Remerciements

Nous tenons à remercier, l'ensemble des dirigeants et du personnel des centres de santé visités pour leur accueil et leur disponibilité.

REFERENCES

- 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- ANAES (Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé). 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, 2004, Volume 4, n°1 pp 191-208.
- 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- Evaluation des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire. Août 2005 pp14.
- 9- 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 : Année de parution : 2007

10- 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.

11 - Simon L: Information du dossier de soins en EHPAD : Année 2007-2008.

12 - 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.

13 -Rahimi.B, Safdari .R, Jebraeily.M: Development of Hospital Information Systems: User Participation and factors affecting: Acta Inform Med. 2014 dec; 22 (6): 398-401.Published online 2014 dec 19.

14 - 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.

15- Silber D: L'Internet et le partage de la décision médicale entre patients et professionnels de santé: Presse Med. 2009; 38: 1491–1493 ,2009 Publié par Elsevier Masson SAS en ligne sur / on line on www.em-consulte.com/revue/lpm www.sciencedirect.com

16 - Bourret C : Les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décroiser le système de santé français Vol 2, n° 1/2008 : TIC et santé

17 -Makoul G , Curry RH,Tang PC: The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters. J Am Med Inform Assoc. 2001 Nov-Dec; 8(6):610-5.

18 -Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2014 pp 27

19 -Guide professionnels de santé : Commission Nationale de L'Informatique et des Libertés. Edition 2011 : www.cnil.fr

20 - Degoulet P, Fieschi M, Informatique médicale 3^{ème} édition Masson: Paris 1998

21 - Ouattara A, Etat et défis de la conservation des archives des organisations des droits de l'homme en côte d'ivoire. Kania-Téré N°3, juin 2019, pp. 103-122.

22 - M'baye S. Problèmes spécifiques aux archives en Afrique : Gazette des Archives, 1982,116, pp 20-29

23 - Bigot R, Croutte P, Daudey E, Delakian I, Hoibian S, Jörg M : La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française. Juin 2012.

Cite this Article: N'Guessan K; Attoh TH; Zamina BYG; ANO AMN; Konan S; Kroman SS; Ekra KD (2021). The opinion of health personnel on the physical medical record in public hospitals in Côte d'Ivoire. *Greener Journal of Epidemiology and Public Health*, 9(1): 31-40.