



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE

ACADEMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARRE-NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2001

D3 25076

N° 09.01

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

KOPPE Julie

Née le 27/04/1976 à Thionville (Moselle)



LE DOSSIER PATIENT : IMPORTANCE EN ODONTOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2001

Examineurs de la thèse :

M. J-P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
M. H. VANNESSON	Professeur premier grade	Juge
M. M. WEISSENBACH	Maître de conférence des Universités	Juge
M. N. CORDEBAR	Assistant hospitalier universitaire	Juge

BU PHARMA-ODONTOL



D 104 055737 5

ACADEMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARRE-NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2001

N°

THESE

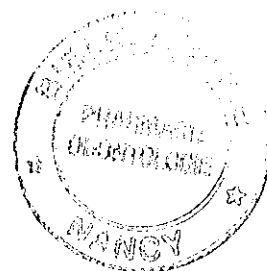
Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

KOPPE Julie

Née le 27/04/1976 à Thionville (Moselle)



LE DOSSIER PATIENT : IMPORTANCE EN ODONTOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2001

Examineurs de la thèse :

M. J-P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
M. H. VANNESSON	Professeur premier grade	Juge
<u>M. M. WEISSENBACH</u>	Maître de conférence des Universités	Juge
M. N. CORDEBAR	Assistant hospitalier universitaire	Juge

*Par délibération en date du 11 décembre
1972, la faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

Assesseur(s) : Docteur C. ARCHIEN - Docteur J.J. BONNIN
Professeurs Honoraires : MM. F. ABT - S.DURIVAUX - G. JACQUART - D. ROZENCWEIG - M. VIVIER
Doyen Honoraire : J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie Pédiatrique	Mme M Mlle Mme Mlle	<i>D. DESPREZ-DROZ</i> J. PREVOST S. CREUSOT M.J. LABORIE-SCHIELE SARRAND Anne	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme Mme Mme	C. COUNOT-NOUQUE G. GROSHENS-ROYER MOUROT-BETTEMBOURG	Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. M.	<i>M. WEISSENBACH</i> N. CORDEBAR	Maître de Conférences* Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. M. M. Mme M.	<i>N. MILLER</i> P. AMBROSINI J. PENAUD C. BISSON-BOUTELLIEZ M. REICHERT	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie Et Réanimation	M. M. M. M. M. Mlle	C. WANG J.P. ARTIS P. BRAVETTI D. VIENNET P. GANGLOFF S. KELCHE	Maître de Conférences* Professeur 2 ^{ème} grade Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétiq ue, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. Mme	<i>A. WESTPHAL</i> L. DELASSAUX-FAVOT	Maître de Conférences* Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. M. Mme M	C. AMORY A. FONTAINE M. PANIGHI H. VANNESSON J.J. BONNIN P. BAUDOT L. CUNIN J. ELIAS	Maître de Conférences Professeur 1 ^{er} grade* Professeur des Universités* Professeur 1 ^{er} grade* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. Mlle M. M. M. M. M.	<i>J.P. LOUIS</i> C. ARCHIEN L. BABEL J. SCHOUVER M. BEAUCHAT D. DE MARCH A. GOENGRICH J. LIBERMAN J.G. VOIRY	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme	C. STRAZIELLE B. JACQUOT V. SCHMIDT MASCHINO	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant
Anglais	Mme	S. BYLINSKI	Professeur agrégé d'anglais

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur le professeur Jean-Paul LOUIS

Chevalier des Palmes Académiques
Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des universités
Responsable de la sous-section : prothèses

Vous avez été un professeur de grande valeur tout au long de notre formation.
Vous me faites l'immense honneur de présider mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici, mon entière gratitude et l'expression de mon respect le plus profond.

A NOTRE JUGE

Monsieur le professeur Hubert VANNESSON

Officier des palmes académiques
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Professeur 1er grade
Sous-section : Odontologie Conservatrice

Vous avez immédiatement accepté de participer à mon jury de thèse et c'est avec plaisir que j'écouterai vos conseils avisés.
Veuillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur Michel WEISSENBACH

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I

Maître de conférences des Universités

Responsable de la sous-section : Prévention – Epidémiologie – Economie de santé –
Odontologie légale

Je vous remercie de m'avoir proposé le sujet de cette thèse, de l'avoir dirigée et suivie avec beaucoup de patience.

Je vous exprime ici toute ma gratitude et espère que mon travail vous aura donné satisfaction.

A NOTRE JUGE

Monsieur Nicolas CORDEBAR

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant hospitalier universitaire

Sous-section : Prévention – Epidémiologie – Economie de santé – Odontologie légale

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse.
Je vous suis très reconnaissante d'avoir été aussi disponible.
Je vous exprime mes plus sincères remerciements.

A Maman,

Je te remercie de tout mon cœur de m'avoir soutenue et encouragée pendant toutes ces années, et d'avoir été présente à chaque fois que j'avais besoin de toi.

A Marie,

Pour cette étonnante complicité que nous avons qui nous a permis de passer des années d'études fantastiques.

A Papa,

A Alice et Lisa,

A Marc,

A mes grands-parents maternels, à ma grand-mère paternelle, à la mémoire de mon grand-père paternel

A ma famille

Je remercie particulièrement les Gouézo chez qui j'ai toujours trouvé soutien et réconfort.

A Claire, Antoine et Salah

Je ne sais pas si je dois vous remercier de m'avoir aidée à supporter la fac ou si je dois remercier la fac d'avoir permis qu'on se connaisse....

A Elé, Virginie, Géraldine, Philou, Loïc et Karine.

A tous mes amis.

A la corpo.

Au crit.

A Me Boulanger et à M. Lorrain.



SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : COMPOSITION D'UN DOSSIER PATIENT.

1. INTRODUCTION.

2. PARTIE CLINIQUE DU DOSSIER.

2.1. Mode d'investigation et saisies des données

2.1.1. Les investigations orales.

2.1.2. Les investigations écrites

2.1.3. Les investigations écrites et orales combinées.

2.2. Typologie de l'information.

2.2.1. En fonction de son niveau d'interprétation et de son utilisation.

2.2.2. En fonction de son caractère exceptionnel ou de son relevé systématique.

2.3. Les données médicales et dentaires du patient.

2.3.1. Historique médical et bilan de santé.

2.3.1.1. Domaine des recherches.

2.3.1.2. Limites des recherches.

2.3.1.3. Rôle et intérêt des connaissances concernant l'état de santé général des patients.

2.3.2. Historique bucco-dentaire.

2.3.3. Motif de consultation initiale

2.3.4. Le bilan bucco-dentaire et les objectifs de traitement.

2.3.4.1. L'examen clinique

2.3.4.2. Le schéma dentaire

2.3.5. Le diagnostic.

2.3.6. Bilan radiologique et stockage des clichés radiologiques.

2.3.7. Enregistrement chronologique des actes.

2.3.8. Prescriptions médicales et correspondance avec d'autres membres de l'équipe de soins.

2.3.8.1. Les prescriptions médicales.

2.3.8.2. Correspondance avec les autres membres de l'équipe de soins.

2.3.9. Le consentement éclairé du patient.

3. PARTIE ADMINISTRATIVE ET COMPTABLE DU DOSSIER PATIENT.

3.1. Etat civil du patient.

3.2. Informations concernant les prestations sociales.

3.3. Les ententes préalables et les devis.

3.3.1. Les ententes préalables.

3.3.2. Les devis.

3.4. Les formulaires de traçabilité.

3.5. La fiche comptable.

3.6. Le classement et l'archivage.



4. LE DOSSIER PATIENT ET LA LOI FRANCAISE.

DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DES DOSSIERS PATIENTS DU S.C.T.D. DU C.H.U.N.

1. INTRODUCTION.

2. SPÉCIFICITÉS D'UN DOSSIER PATIENT DE CENTRE DE SOINS DENTAIRES.

2.1. Différences majeures de fonctionnement entre un cabinet d'exercice libéral et un centre de soins dentaires universitaire.

2.1.1. Quels sont les acteurs ayant accès aux dossiers patients ?

2.1.1.1. Dans un cabinet d'exercice privé.

2.1.1.2. Dans un centre de traitement et consultation dentaire universitaire.

2.1.2. L'organisation d'un centre de soins universitaire.

2.1.3. Les vocations d'un centre de soins.

2.2. Répercussions des ces différences sur l'organisation du dossier patient.

2.2.1. Objectifs du dossier patient dans un centre de soins universitaire.

TROISIEME PARTIE : QUEL AVENIR POUR LE DOSSIER PATIENT ?

1. INTRODUCTION

2. L'INFORMATIQUE EN CABINET DENTAIRE ET LA LOI.

- 2.1. Informatique et liberté.
- 2.2. Valeur légale du dossier sur support informatique.

3. LE DOSSIER PATIENT DANS LES LOGICIELS DENTAIRES.

- 3.1. Les inconvénients et contraintes de l'informatisation du dossier patient.
 - 3.1.1. La nécessité d'une formation.
 - 3.1.2. L'investissement.
 - 3.1.3. Le problème de la sauvegarde des informations.
 - 3.1.4. Le problème des pannes.
 - 3.1.5. La pérennité des informations.
- 3.2. Les avantages du dossier patient informatisé.
 - 3.2.1. Le gain de place.
 - 3.2.2. La recherche des dossiers patients.
 - 3.2.3. Le suivi des familles.
 - 3.2.4. La pharmacovigilance et la signalisation du risque médical.
 - 3.2.5. L'interaction saisie des actes réalisés, schéma dentaire, feuille de soins, mise à jour du solde.
 - 3.2.6. L'interaction schéma dentaire, devis, plan de traitement, demande d'entente préalable et remboursement du patient.
 - 3.2.7. L'interaction radiographies numériques et schéma dentaire.
 - 3.2.8. La clarté et la lisibilité des documents.
 - 3.2.9. La télétransmission.
 - 3.2.10. La correspondance : archivage et courriers types.
 - 3.2.11. La comptabilité et les statistiques.
 - 3.2.12. L'accès aux évolutions techniques de notre époque.
 - 3.2.13. Conclusion.

3.3. Qu'en est-il de l'informatisation du dossier patient dans les centres de consultation et de traitement dentaire universitaires en France.

4. INTERNET OU L'AVENIR DU DOSSIER PATIENT.

4.1. Quelques rappels concernant internet.

4.2. Comment notre profession utilise-t-elle internet ?

4.3. Quel est l'avenir du dossier patient ?

4.3.1. Présentation, avantages et limites d'un dossier patient sur support web.

4.3.1.1. Avantages.

4.3.1.2. Les limites de ce système.

4.3.2. Perspectives pour l'avenir.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNEXES

INTRODUCTION

On considère souvent que le soin avec lequel les praticiens tiennent leurs dossiers reflète la qualité des soins, l'organisation et la rigueur avec laquelle le chirurgien dentiste exerce sa profession. Avoir des dossiers clairs et complets, c'est aussi se protéger en cas de litige avec un patient. Les dossiers patients dans un centre de soins universitaire sont un élément de communication essentiel entre les différents acteurs du centre, mais aussi entre les différentes unités fonctionnelles, c'est pourquoi ils doivent être tenus avec une plus grande rigueur encore.

Suite à de nombreux constats par les enseignants de mauvaise tenue des dossiers patients du centre de consultation et de traitement dentaire de Nancy, il a été décidé d'évaluer les dossiers afin de comprendre les problèmes et de les résoudre ou tout au moins d'améliorer ces dossiers. Nous avons tout d'abord cherché dans la littérature quelles informations le dossier devait contenir afin de satisfaire nos exigences de qualité. A ces informations, il convient d'ajouter les impératifs propres aux centres de soins c'est à dire les aspects pédagogique, hospitalier, de recherche, et de contrôle de qualité. Une fois ces référentiels établis, nous avons présenté, dans une seconde partie, l'évaluation des dossiers et les résultats de cette évaluation ainsi que la structure du nouveau dossier conçu par le Dr M. Weissenbach.

Enfin, au vu du nombre toujours croissant de cabinets qui s'informatisent, nous avons abordé le dossier patient dans sa version informatisée, afin de cerner les avantages et les limites d'un tel système.

**PREMIERE PARTIE : COMPOSITION
D'UN DOSSIER PATIENT.**

1.INTRODUCTION.

Afin de débiter ce travail, nous avons cherché dans la littérature quels étaient les composants essentiels d'un dossier patient idéal. Il en résulte tout d'abord que le dossier patient se compose de **deux grandes parties** : une partie dite **clinique** qui concerne les informations concernant l'état de santé médical et bucco-dentaire et les soins dentaires réalisés ou à entreprendre ; et une partie **administrative** qui contient les renseignements officiels et comptables tels que les demandes d'entente préalable, les devis....

Dans les pages qui suivent, nous présentons ces deux parties du dossier.

2.PARTIE CLINIQUE DU DOSSIER. [1-17]

On l'a vu, cette partie clinique renferme les informations à caractère médical ou dentaire. Avant d'énumérer et de décrire ces données, il est nécessaire de préciser deux points, la manière dont vont être collectées les informations et quelle est la typologie de l'information.

2.1.MODE D'INVESTIGATION ET SAISIES DES DONNEES

En pratique professionnelle, nous trouvons trois types de modes de collection des données :

- Les investigations orales
- Les investigations écrites
- les investigations dans un premier plan écrites, puis orales.

2.1.1. Les investigations orales.

Elles représentent le mode d'investigation le plus ancien et le plus répandu. Selon les praticiens, cet interrogatoire est très diversifié et va de la question la plus simple, "Comment

allez-vous ?" à un ensemble structuré d'investigations allant du général au particulier, de l'état civil du patient à son mode de vie, de ses problèmes médicaux à ses souhaits en matière de soins dentaires.

Cette formule a l'avantage d'amorcer un échange verbal avec le patient qui consulte pour la première fois et de s'adapter à son niveau de compréhension des termes médicaux. Toutefois, cette formule peut générer des oublis et ne laisse pas de trace écrite du patient, point sur lequel nous reviendrons plus tard. Quant aux problèmes d'oublis ils seront vite résolus par le fait que les logiciels informatiques utilisés par une importante majorité des praticiens sont très structurés et permettent de réaliser ces investigations orales de la manière la plus rigoureuse possible

2.1.2. Les investigations écrites

Elles sont menées à l'aide d'un questionnaire que le patient remplit. Les problèmes qui se posent avec ce type de questionnaire sont de plusieurs ordres :

- L'étendue du questionnaire.
- A quel moment le patient va-t-il rédiger le questionnaire ?
- Le questionnaire va-t-il être compris ?

- En ce qui concerne **l'étendue du questionnaire**, étant donné que nous parlons d'investigations écrites pures, il se doit d'être le plus complet possible.
- Le **moment de rédaction** du questionnaire est variable : Dans la salle d'attente, au domicile du patient puis renvoyé par la poste...
- Le problème de la **compréhension du questionnaire** se pose à deux niveaux : La technicité des mots employés et la maîtrise de la langue et de l'écriture.

Cet interrogatoire élaboré en première intention (et sous contrôle du patient seul) demeure une simple discrimination initiale. Il peut être entaché d'erreurs, d'imprécisions, voire de confusions. Le questionnaire médical délivré au patient de la salle d'attente ou envoyé à son domicile, préalablement à la première consultation demeure donc aléatoire.

Ces procédés qui visent le gain de temps rendent les réponses des patients très imprécises et souvent confuses. Par ailleurs avec l'informatisation toujours croissante des cabinets dentaires le gain de temps n'est plus réel car les informations doivent être saisies sur l'ordinateur.

2.1.3. Les investigations écrites et orales combinées.

Le patient remplit un questionnaire succinct, clair reprenant les grandes lignes de l'investigation et le praticien le reprend à l'oral afin d'établir un dialogue, d'approfondir, de préciser voire corriger certaines réponses. Cette solution nous semble être un bon compromis. Le questionnaire pouvant être rempli par le patient à son domicile (système d'envoi du questionnaire avant la première consultation) ou dans la salle d'attente. D'autant que les praticiens dont le cabinet est équipé d'un logiciel informatique dentaire peuvent rédiger le questionnaire préalable de la même manière que celui du logiciel.

2.2. TYPOLOGIE DE L'INFORMATION.

2.2.1. En fonction de son niveau d'interprétation et de son utilisation.

L'information peut être **brute**, c'est à dire provenant directement du patient, et souvent désordonnée : cela correspond au discours que le patient tient quand il arrive au cabinet quel que soit son problème ; généralement s'enchaînent des informations concernant le motif de consultation, les problèmes de santé, etc.

Lorsque c'est le praticien qui dirige l'interrogatoire, les informations recueillies sont dites **élaborées** ; en effet de cette manière les informations obtenues s'enchaînent logiquement et seront consignées dans le dossier de manière à représenter des ensembles fonctionnels.

2.2.2. En fonction de son caractère exceptionnel ou de son relevé systématique.

Dans ce système de classement qu'est le dossier patient certaines données sont communes à chaque patient et seront donc retrouvées systématiquement dans chaque dossier (état civil, schéma dentaire ...) alors que d'autres, telles que des analyses sanguines dans le cas d'un patient présentant des troubles de la crase, sont plus personnelles donc non systématiques. Elles feront alors l'objet d'une rubrique spéciale qui ne figurera pas dans tous les dossiers mais qui pourra y être ajoutée si besoin est.

2.3. LES DONNEES MEDICALES ET DENTAIRES DU PATIENT.

Nous abordons désormais la description des éléments essentiels de la partie clinique d'un dossier patient.

2.3.1. Historique médical et bilan de santé.

En premier lieu, nous traiterons du **contenu du questionnaire médical**, puis nous aborderons les **limites** de ces recherches concernant l'état de santé du patient, et enfin nous verrons quel est **le rôle et l'intérêt** de réaliser de telles recherches.

2.3.1.1. Domaine des recherches.

Dans la littérature, l'ensemble des auteurs s'accorde à dire qu'il est indispensable de connaître le nom, ainsi que les coordonnées du médecin généraliste du patient et ce pour plusieurs raisons dont la plus évidente est qu'en cas de doute sur l'état de santé du patient, son médecin sera à même d'apporter tous les renseignements nécessaires. Par ailleurs, la fidélité à un praticien, la fréquence et la régularité avec laquelle le patient consulte nous renseignent sur l'attitude que le patient adopte envers sa santé et envers l'équipe soignante en général.

Ensuite, l'odontologiste se doit d'explorer l'état de santé de son patient.

L'interrogatoire du patient est une nécessité : *"une enquête médicale s'impose pour tout patient consultant pour la première fois"[22]*

Le questionnaire médical du patient s'étendra du général au particulier et les questions seront orientées de manière à déceler les différents facteurs de risques reconnus, afin que les interventions du chirurgien dentiste n'aggravent pas l'état général du patient.

On s'accorde généralement à reconnaître cinq facteurs de risque principaux :

- Le risque hémorragique
- Le risque infectieux
- Le risque allergique
- Le risque des associations et interactions médicamenteuses
- Le risque psychologique.

L'ensemble de ces risques étant déterminé à partir des antécédents médicaux, des expériences personnelles et de l'évaluation du patient par le praticien.

Les premières investigations concerneront les habitudes de vie du patient : Mode de vie sédentaire ou sportif, habitudes nocives (tabac, alcool, drogue, bruxisme, machonnement d'objets...).

En cas d'absence de réalisation d'une fiche de renseignements médicaux, le praticien demandera à son patient s'il présente des problèmes de santé, et même en cas de réponse négative il est préconisé d'énumérer tous les états dits "à risque".

- On recherchera :
- Une grossesse
 - Une maladie rénale
 - Une maladie infectieuse
 - Une maladie de l'appareil digestif
 - Un trouble de métabolisme hormonal
 - Une maladie nerveuse

- Un trouble du sang et de la coagulation
- Des allergies
- Une cardiopathie
- Des manifestations d'anxiété
- Un antécédent d'hyperthermie maligne
- Des troubles hépatiques
- Des troubles broncho-pulmonaires

Dans le cadre de ces investigations le praticien pourra se renseigner brièvement sur les antécédents médicaux familiaux.

En cas de réponse positive à l'une ou l'autre des maladies citées ci-dessus, il faudra savoir si le patient est traité pour cette maladie, quels sont les médicaments qu'il prend, et enfin le nom et les coordonnées des praticiens qui le suivent dans le cadre de cette maladie, le praticien devant pouvoir contacter tous les membres de l'équipe soignante du malade en cas de besoin.

Tous les auteurs ayant écrit au sujet du questionnaire médical s'accordent sur ces points : les investigations se doivent d'être aussi complètes que possibles et doivent être remises à jour à chaque visite. Donc il faudra, d'un point de vue pratique, prévoir dans la rédaction du questionnaire de santé une zone où le praticien pourra noter les modifications inhérentes à l'état de santé de son patient.

Pour résumer les antécédents médicaux du patient de manière à ce qu'en ouvrant le dossier le praticien sache d'emblée si son patient est dit "à risque" ou non, il est possible de créer **un indice indicateur de risque**. Nous proposons en exemple le système d'évaluation du risque mis en place dans la fiche du S.A.S. de la faculté de chirurgie dentaire de Nancy :

- 1: Sans particularité
- 2: Précautions de réalisation (soin sur une femme enceinte)
- 3: Contre-indications (allergie à la xylocaïne, hémophilie.....)

Ce système d'évaluation permet aussi la réalisation de statistiques.

2.3.1.2. Limites des recherches.

Les investigations peuvent être limitées par deux facteurs : le mode d'investigation et le patient lui-même.

✓ **Le mode d'investigation :**

Dans le cadre d'un questionnaire écrit que le patient remplit soit chez lui, soit dans la salle d'attente, deux problèmes peuvent se poser : tout d'abord, celui de l'illettrisme et de non maîtrise de la langue puis, celui de la non compréhension des renseignements demandés. Dans ces deux situations, la solution d'un questionnaire rempli par le patient s'avère être une erreur.

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que les réponses obtenues par le praticien seront aussi fonction de son sérieux, de ses connaissances médicales et de sa rigueur.

✓ **Le patient lui-même.**

Le patient peut être lui aussi un facteur limitant. En effet, on peut être en présence de différents types de situations :

- Certains connaissent leurs pathologies et peuvent les identifier sans ambiguïté.
- Certains connaissent leurs pathologies mais ne sont pas à même de les identifier.
- Certains ne connaissent pas leur pathologie.
- D'autres s'attribuent par erreur, une ou des pathologies.
- Enfin certains patients n'avouent pas leur pathologie, soit par gêne ou encore parce que le rapport entre la maladie et les soins réalisés par un chirurgien dentiste ne leur apparaît pas comme évident.

Quoi qu'il en soit, le patient, lorsqu'il décide de se faire soigner par un praticien, établit avec lui ce que l'on appelle un "**contrat de soins**" et doit donc collaborer totalement avec le chirurgien dentiste. Ainsi, pèse sur le patient une véritable obligation d'information. Dans le cas où le malade ne respecte pas cette obligation d'information, la responsabilité du praticien est dérogée.

2.3.1.3. Rôle et intérêt des connaissances concernant l'état de santé général des patients.

Il y a deux manières d'envisager le rôle de ce questionnaire médical : **Le bien-être du patient et la protection du praticien.**

En effet, connaître exactement l'état de santé de ses patients permet au praticien de réaliser ses interventions de manière à ce qu'elles ne se fassent pas au détriment de l'état général du patient. L'ignorance de l'état général du malade, de ses interactions médicamenteuses, de certaines de ses réactions physiologiques introduit d'emblée une situation à risque. Le traitement odonto-stomatologique ne doit pas créer de conditions additionnelles de stress ni aggraver un contexte pathologique.

Par ailleurs, dans le cadre de certaines maladies telles que l'hépatite C ou le S.I.D.A. il existe un protocole pour la protection du praticien (le port de deux paires de gants est recommandé) et un protocole de désinfection du fauteuil pour éviter la transmission des virus à d'autres patients.

Enfin, même si ce questionnaire n'a pas une réelle valeur juridique, il montre, en cas de problème, que le praticien s'est renseigné sur l'état de santé de son patient avant de réaliser un acte.

Pour conclure le chapitre concernant le questionnaire médical, on peut établir que celui-ci permet d'envisager plusieurs cas de figure :

- Le cas où seuls certains protocoles d'urgence peuvent être réalisés.
- Le cas où certains soins peuvent être envisagés après certaines thérapeutiques médicales.
- Les cas favorables à l'exécution des soins mais sous contrôle de différents paramètres.
- Les cas favorables sans restriction particulière.

L'interrogatoire médical a donc un double rôle de protection, à la fois du patient et du praticien.

2.3.2. Historique bucco-dentaire.

En premier lieu le praticien se renseignera sur les coordonnées du dernier dentiste vu par le patient ainsi que sur le motif de changement. La fréquence de changement de praticien, le nombre de prothèses réalisées, les interventions subies par le patient nous renseignent sur le comportement que le patient a envers ses dents (investissement de temps et d'argent) ainsi que sur l'histoire de sa relation avec la profession.

Ces renseignements sont précieux car ils vont permettre au praticien de prévoir les difficultés qu'il va rencontrer. Bien entendu, ne seront retranscrites dans le dossier que les idées générales telles que : Stress, anxiété, prothèse non portée, changement fréquent de praticien.....

Des auteurs américains rappellent qu'il n'est pas indiqué de consigner dans le dossier des informations concernant le jugement qu'un praticien peut avoir concernant l'attitude d'un patient, si ces informations sont de nature à blesser le patient. Cette précaution nous semble évidente.

2.3.3. Motif de consultation initiale

Il est important de bien cerner la demande initiale du patient afin de :

- Répondre à ses attentes
- L'orienter vers des objectifs réalistes quand les siens ne le sont pas.

De même que pour la quantification du risque, il est possible d'associer un chiffre à un motif de consultation.

Nous retiendrons ces principaux motifs :

- Douleur
- Dépistage et prévention
- Avis spécialisé
- Insatisfaction esthétique
- Problème fonctionnel
- Problème de croissance
- Lésion cutanéomuqueuse

Cet indicateur permet au praticien de réaliser, s'il le désire des statistiques et ainsi qualifier son activité. Par ailleurs, l'emploi de codes chiffrés confère au dossier une certaine discrétion.

2.3.4. Le bilan bucco-dentaire et les objectifs de traitement.

Le bilan bucco-dentaire réalisé lors de la première consultation est établi grâce à un examen clinique des tissus durs et des tissus mous complété par un examen radiologique. Nous aborderons la question des clichés radiologiques et de leur stockage dans le chapitre suivant.

2.3.4.1. L'examen clinique

L'examen clinique comporte un examen des tissus durs et des tissus mous, et il est conseillé d'effectuer un examen parodontal en même temps.

Ainsi, seront relevées et notées toutes les lésions carieuses, les obturations coronaires et radiculaires défectueuses (intérêt des clichés panoramiques), la présence de tartre et de plaque, la présence de poches parodontales, de mobilités dentaires, de récessions gingivales, de restaurations prothétiques et leur qualité, on recherchera l'existence ou non d'anomalies de nombre et de forme des dents, ainsi que des prodromes ou des symptômes de dysfonctionnement ou de parafunctions.

2.3.4.2. Le schéma dentaire

Deux grands types de schémas dentaires sont utilisés : les arcades paraboliques et les arcades planes. On y voit apparaître les dents lactéales, définitives et les racines.

La réalisation d'un schéma dentaire revêt une importance considérable lors d'identifications médico-légales : en effet, il permet une compréhension totale entre le praticien traitant et l'odontologiste chargé de l'identification.

Pour remplir le schéma, plusieurs systèmes sont possibles :

- L'utilisation d'un code de couleurs.
- L'utilisation d'une codification par combinaison de lettres et de symboles.
- L'utilisation d'une codification numérique.

Toutefois, il est vrai que la probabilité qu'un praticien ait à produire le schéma dentaire d'un de ses patients afin qu'un cadavre soit identifié est faible, c'est pourquoi il faut souligner deux autres avantages que l'odontologiste peut tirer de la réalisation d'un tel schéma: Tout d'abord, il donne une vision globale de la bouche du patient d'un simple coup d'œil et a le mérite de résumer l'ensemble des actes effectués. Ensuite, il permet au praticien de rédiger ses devis et ses demandes d'entente préalable en l'absence du patient.

La réalisation et le relevé du bilan bucco-dentaire et du motif initial de consultation permettent de déterminer le diagnostic.

2.3.5. Le diagnostic.

Etablir un diagnostic en odontologie, c'est rechercher les caractéristiques et les origines de l'affection odontologique dont souffre le patient. Cette investigation est une étape capitale dans la prise en charge du patient car elle conditionne l'élaboration du choix du traitement. Comme nous l'avons vu précédemment, le diagnostic ne sera valide et ne pourra supporter une critique susceptible d'engager le praticien que si celui-ci a réalisé et consigné consciencieusement l'interrogatoire du patient, l'examen clinique et les examens dits "complémentaires".

2.3.6. Bilan radiologique et stockage des clichés radiologiques.

C'est le chirurgien dentiste qui est seul juge du moment de la prise du cliché radiologique et du type de cliché choisi. Toutefois, on sait que l'utilisation de clichés permet au praticien d'infirmier ou de confirmer un diagnostic basé sur l'examen des signes cliniques.

Lorsqu'un praticien décide de se servir de la radiographie comme outil diagnostique, on s'attend à ce que les clichés respectent un certain nombre d'exigences :

- Les zones pour lesquelles on propose un traitement doivent être visibles sur la radiographie.
- Le contraste et la densité doivent être suffisants.
- Les apex des racines doivent être visibles sur les clichés rétro alvéolaires.
- Les couronnes dentaires ne doivent pas se superposer, sauf en cas de malposition, sur les clichés "bite-wing".

Par ailleurs, le type et le nombre de radiographies devraient être systématiquement enregistrées dans le dossier.

En France, le cliché radiologique est la propriété du patient et il est en droit de le réclamer. Cependant, Milton Lawney [5], dans son article préconise que le dentiste ne devrait jamais se séparer des clichés radiologiques. C'est pourquoi, il recommande de réaliser une copie de l'original certifiée conforme dans le cas où la radiographie serait exigée pour une expertise.

En ce qui concerne le stockage des clichés, on s'assurera que les radios ont été correctement fixées et rincées, puis on les placera dans des pochettes en plastique transparent ou encore sur des supports spécifiques adhésifs et transparents, après les avoir datées et identifiées.

Il faut reconnaître la nette supériorité des clichés numériques au niveau de l'archivage. Le procédé de la radiovisiographie permet aussi au praticien d'imprimer autant d'exemplaires du cliché qu'il le souhaite tout en conservant l'original dans le disque dur de son ordinateur.

2.3.7. Enregistrement chronologique des actes.

Pour chaque séance le praticien doit noter quels actes ont été réalisés, dans quelles conditions et avec quel matériel.

Par exemple il est souhaitable qu'apparaisse sur le dossier, le type d'anesthésique utilisé, l'antibiothérapie mise en place en cas de protocole de prévention d'un risque oslérien ou infectieux ou encore le matériel d'empreinte utilisé. Dans un même ordre d'idées il est conseillé au praticien de consigner par écrit les rendez-vous auxquels le patient ne s'est pas présenté.

2.3.8. Prescriptions médicales et correspondance avec d'autres membres de l'équipe de soins.

2.3.8.1. Les prescriptions médicales.

Les prescriptions devraient être enregistrées dans le dossier exactement de la même manière dont elles ont été écrites sur l'ordonnance; toutefois, il est possible de joindre au dossier une photocopie de l'ordonnance. Il est recommandé de vérifier les posologies et de rédiger la prescription de manière lisible afin d'éviter toute erreur ou confusion. Il est aussi souhaitable de consigner par écrit toute modification de prescription effectuée par téléphone en précisant la date, l'interlocuteur et l'objet de la modification.

2.3.8.2. Correspondance avec les autres membres de l'équipe de soins.

En ce qui concerne les différentes prises de contact avec d'autres membres de l'équipe soignante tels que le médecin traitant, le médecin spécialiste que le patient consulte pour un problème particulier ou encore un confrère sollicité pour un avis secondaire, qu'elles soient écrites ou orales, tous les auteurs s'accordent à penser qu'elles sont confidentielles et donc qu'elles doivent être traitées comme telles.

Bien entendu, le praticien conservera une copie des lettres qu'il envoie, et gardera celles qu'il reçoit ; les conversations téléphoniques concernant le patient devraient, elles aussi être notées ainsi que la date, l'heure, l'objet et le nom de l'interlocuteur. Cependant, les correspondances écrites sont préférables aux entretiens téléphoniques, la preuve que ces derniers ont bien eut lieu étant beaucoup plus difficile à établir.

Par ailleurs au même titre que les correspondances écrites, tous les résultats d'analyses sont à conserver dans le dossier.

2.3.9. Le consentement éclairé du patient.

Le patient et son praticien sont liés par le **contrat de soins** [19]. Dans ce contrat, il est précisé que le praticien a l'obligation d'informer son patient sur son état bucco-dentaire ainsi que sur les soins qu'il va réaliser et d'obtenir le consentement du patient pour la réalisation de ces soins.

Le consentement éclairé du patient peut concrètement se traduire par une signature de plan de traitement ou de devis, toutefois, le fait même de planifier des rendez-vous auxquels le patient se rend est une preuve implicite que le patient accepte les soins.

Dans le cas d'un patient mineur ou sous tutelle, il est recommandé d'obtenir le consentement de la personne majeure responsable du patient.

Nous venons de préciser à travers ces quelques pages, les neuf parties essentielles et indispensables, selon la littérature, que doit contenir toute partie clinique d'un dossier patient, aussi bien dans le but de documenter le cas d'un patient au maximum, de manière à pouvoir travailler sur les meilleures bases possibles, que dans celui d'assurer un risque minimum en matière de santé, et d'un point de vue légal et juridique.

La seconde partie du dossier renferme toutes les informations dites administratives. Il nous semble important que les renseignements médicaux confidentiels contenus dans la première partie du dossier soient séparés des données administratives. En effet, ce système d'individualisation de la partie médicale permet de conserver les informations confidentielles à l'abri des regards de personnes étrangères aux soins, mais qui néanmoins doivent consulter la partie administrative et comptable du dossier. En effet le contrôleur des impôts qui vient

vérifier la comptabilité d'un cabinet dans le cadre d'un contrôle fiscal ne devrait pas avoir accès aux informations concernant l'état de santé d'un patient.

En outre, d'aucuns s'accordent sur le fait que la tenue du dossier est le miroir de l'activité du praticien et de sa manière d'envisager ses patients. Ces mêmes personnes pensent que réunir dans une même partie les informations médicales et comptables tendrait à décrédibiliser le praticien en tant que soigneur en donnant l'apparence, bien qu'involontairement, que la préoccupation première du praticien n'est pas la santé de ses patients mais l'argent qu'il va retirer des soins.

Nous allons donc développer dans une seconde partie les composants du volet administratif et comptable du dossier patient.

3.PARTIE ADMINISTRATIVE ET COMPTABLE DU DOSSIER PATIENT. [1-22]

3.1.ETAT CIVIL DU PATIENT.

Chaque dossier patient devrait contenir les informations spécifiques concernant l'état civil du patient suivantes :

- Nom et prénom et nom de jeune fille pour les femmes mariées.
- Nom du responsable légal pour les mineurs.
- Date de naissance.
- Nom de l'assuré et nom du payeur.
- Adresse et numéro de téléphone.
- Profession exercée.
- Numéro de téléphone du lieu de travail.
- Numéro de sécurité sociale.

3.2.INFORMATIONS CONCERNANT LES PRESTATIONS SOCIALES.

Avec la multiplication des protocoles de remboursements des soins et des actes prothétiques, il est important pour le praticien de connaître la situation de ses patients au niveau de l'aide sociale. En effet dans le cadre de la Convention Mutuelle Universelle, du protocole M.G.E.N. ou encore des protocoles de tiers payant, c'est le praticien qui est chargé de l'envoi des feuilles de soins car il est directement remboursé par les caisses.

Par ailleurs, les tarifs d'actes prothétiques sont plafonnés dans certaines conventions ce qui amène le praticien à réaliser des devis différents en fonction des protocoles.

Enfin, connaître le taux de remboursement de la mutuelle d'un patient permet au praticien de lui indiquer le montant qui va rester à sa charge une fois les remboursements effectués. Certains penseront que ce n'est pas le rôle du praticien d'expliquer à son patient de quelle manière il va être remboursé, toutefois le faire montre que le chirurgien dentiste s'intéresse au bien être de son patient et pas seulement à ses honoraires.

3.3.LES ENTENTES PREALABLES ET LES DEVIS.

3.3.1. Les ententes préalables.

Avant d'entamer tout traitement prothétique pris en charge par la sécurité sociale, le praticien est tenu d'envoyer une demande d'autorisation de réaliser l'acte en question et il doit attendre de recevoir la réponse pour commencer l'acte. En effet, en cas de refus par la caisse, le patient ne serait alors pas remboursé.

La feuille d'entente préalable est envoyée entière par le patient à la Sécurité sociale qui ne lui en renvoie qu'une partie ou une lettre d'accord (ou de refus).

Le praticien ne possède donc pas de trace de cette demande, c'est pourquoi, il est recommandé d'en faire une copie.

3.3.2. Les devis. [17-21]

En avril 1997, a été établie une convention nationale entre les chirurgiens dentistes et les Caisses d'assurance Maladie.

Il est stipulé dans son article 6 :

"Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'un dépassement d'honoraires par entente directe tel que prévu dans la présente convention (article 7), le chirurgien dentiste remet à l'assuré un devis descriptif écrit, établi selon le modèle présenté en annexe et comportant :

1/ la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés.

2/Les montants des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré.

3/Le montant de la base de remboursement correspondant calculé selon la cotation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la Caisse. Ce devis est la propriété de l'assuré. (...)"

En outre, le code de déontologie des chirurgiens dentistes rappelle dans son article 33 : *"...Lorsque le chirurgien dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient."*

Enfin, depuis que la réglementation économique a été jugée applicable aux professions de santé, l'affichage des prix est applicable aux médecins du secteur conventionné à honoraires libres. Le conseil reconnaît que l'affichage est difficilement compatible avec l'individualisation des honoraires qui est la contrepartie de la liberté tarifaire. Sur ce point, l'établissement d'un devis permet de satisfaire aux obligations économiques et donc d'éviter une amende.

Pour résumer, le devis doit comporter :

- Le détail de la prothèse choisie.
- Les matériaux utilisés : précieux, semi-précieux, non-précieux, alliages.
- Les honoraires correspondant à la prothèse choisie par l'assuré.
- Le remboursement auquel le patient peut prétendre auprès des organismes sociaux, sous réserve que l'entente préalable soit accordée.

Le devis doit en outre :

- Etre daté, non raturé et signé par les deux parties.
- Etre rédigé en deux exemplaires.
- Comporter une date limite de validité (généralement 6 mois).
- Etre remis en mains propres à l'intéressé.

Un exemplaire du devis est bien sûr conservé dans le dossier patient du chirurgien dentiste, il devra être respecté et peut constituer une preuve en cas de litige.

Par ailleurs le devis est considéré comme une preuve du consentement du patient.

3.4.LES FORMULAIRES DE TRAÇABILITE. [annexe]

Les prothèses dentaires réalisées par les chirurgiens dentistes sont des Dispositifs Médicaux Sur Mesure, et la fiche de prescription et de traçabilité permet aux praticiens de constituer rapidement un fichier de traçabilité de ces D.M.S.M. et ainsi de faire face aux obligations découlant de la loi inscrite dans le livre Vbis du code de la santé publique, d'application obligatoire depuis le 14 juin 1998.

Cette fiche est réalisée en trois exemplaires (A, B et C) dont un, l'original, devra être gardé par le praticien ; il contient toutes les informations nécessaires qui lui permettront de contrôler le respect des directives qu'il a transmis au(x) laboratoire(s). La fiche est divisée en quatre zones :

- **Une zone d'identification** comportant le cachet du praticien, l'identification du patient au moyen d'un code car la loi interdit aux praticiens de divulguer le nom de leurs patients et enfin, le nom du ou des laboratoires qui vont réaliser les étapes concernées(les copies devront porter le cachet du/ des laboratoire(s)).
- **Un cadre réservé au praticien** où le D.M.S.M. doit être décrit aussi précisément que possible : le type de prothèse, le matériau utilisé et sa référence aux normes, le numéro d'identification du D.M.S.M. et d'autres informations complémentaires si besoin est. Le praticien pourra remplir un schéma dentaire normalisé et indiquer le sexe et l'âge du patient s'il le souhaite.
- **La colonne instruction du praticien** sera utilisée par le chirurgien dentiste pour établir pour décrire les étapes intermédiaires de la fabrication de la prothèse. La première étape n'est portée que sur le premier exemplaire(A), les autres étapes étant portées sur les exemplaires qui suivent le travail (B et C).
- **La colonne laboratoire** indique pour chaque étape, les travaux réalisés, les matériaux utilisés (nom commercial et référence normalisée), les numéros des lots des matériaux utilisés et tout commentaire qui semble utile au technicien de laboratoire.

Le jour de la mise en bouche de la prothèse, le praticien indique la date et appose son cachet dans le cadre réservé à cet effet sur les trois exemplaires. La troisième copie (C) est retournée au laboratoire.

Les volets A et B seront agrafés à la déclaration de conformité aux exigences essentielles annexe 1 du livre V bis du code de la santé publique) renseignée. Ces documents font partie du dossier du patient au même titre que les renseignements décrits précédemment, mais sont conservés dans un dossier annuel de D.M.S.M. regroupant ainsi toutes les fiches établies dans l'année.

3.5.LA FICHE COMPTABLE.

Comme nous l'avons précisé auparavant, il nous semble préférable de séparer la partie comptable de la partie clinique. La fiche comptable peut se présenter sous la forme d'un tableau à plusieurs colonnes indiquant à chaque règlement, la date, le montant, l'acompte, le mode de règlement, et si besoin, l'envoi de lettres de relance. Cette fiche peut se situer en page de garde du dossier ou encore, au dos.

Quant aux correspondances relatives au paiement des honoraires telles que l'envoi de notes d'honoraires, de lettres de relance ou de lettres recommandées, il est préférable qu'elles soient photocopiées et incluses dans le dossier.

3.6.LE CLASSEMENT ET L'ARCHIVAGE.

Le classement et l'archivage des dossiers sont laissés à la discrétion du praticien. En effet, le système de classement, qu'il soit alphabétique, en fonction des soins en cours (traitement terminé, en attente, en cours ou soins non réglés) ou autre, doit être adapté à l'organisation spatiale du cabinet. De nombreux systèmes ont été décrits, nous ne les rappellerons pas ici car il nous semble que la manière de ranger ses dossiers est propre à chaque cabinet et à chaque praticien.

Les clichés radiologiques complémentaires telles que les O.P.T. et les scanners étant trop volumineux pour les ranger dans le dossier il convient de les classer à part.

Par extension, certains auteurs considèrent les modèles d'études en plâtre comme faisant partie du dossier, bien entendu ils doivent être identifiés, datés et rangés.

En conclusion, les éléments constitutifs d'un dossier patient tels qu'ils sont décrits dans la littérature sont multiples et variés. Le recueil de tant d'informations peut sembler exagéré toutefois dans certaines situations, le chirurgien dentiste est amené à rendre compte de ses actes et des soins délivrés et dans ces situations, le cas doit être documenté au maximum. Cependant, cette multiplicité peut entraîner des difficultés de lecture et de gestion de l'information, c'est pourquoi, en situation réelle, il convient de réaliser des compromis et d'établir des dossiers systématiques donc pratiques dans lesquels les informations sont ordonnées et condensées.

Pour terminer cette première partie, nous allons aborder la question du dossier patient en odontologie et de la loi française.

4.LE DOSSIER PATIENT ET LA LOI FRANCAISE. [8]

En France, il existe un décret prévoyant les informations minimum que doit contenir un dossier médical, il n'existe pas de cas particulier pour les dossiers dentaires.

Ce décret n° 92-329 du 30 mars 1992 prévoit qu'un dossier médical soit constitué pour chaque patient accueilli dans un établissement de santé public ou privé, ce dossier doit contenir un certain nombre d'informations. Nous n'énumérerons que les éléments constitutifs applicables aux dossiers patient dont il est question dans ce mémoire.

Le dossier doit contenir :

- Une fiche d'identification du malade.
- Le document médical indiquant le motif de consultation.
- Les conclusions de l'examen clinique initial.
- Les comptes-rendus des examens complémentaires.
- Les comptes-rendus opératoires.
- Les prescriptions d'ordre thérapeutique.

En ce qui concerne la communication à un patient de son dossier, soit le patient peut le consulter sur place, soit le praticien lui en fait une copie, l'original appartenant au praticien qui l'a constitué.

Quant à la durée de conservation des dossiers, il n'y a pas de loi indiquant la durée minimale de conservation des dossiers, toutefois, on sait que la responsabilité du praticien est trentenaire à partir de la majorité du patient, le temps de conservation de ces documents est donc laissé à la discrétion du praticien. Toutefois, il est stipulé que le praticien doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des dossiers.

Les Etats-Unis, certainement en raison du caractère procédurier de ses habitants, ont des lois, variant en fonction des états et de leur jurisprudence, qui décrivent précisément le contenu obligatoire des dossiers patients dentaires (c'est le cas du Texas ou de l'état de New-York).

En France, nous avons la chance, dans notre spécialité, de ne pas encore être trop touchés par cette vague procédurière qui sévit outre-Atlantique, mais si un jour, le problème venait à se poser, il faudrait certainement que la loi française s'adapte et définisse un peu plus clairement le contenu, le droit de regard et le temps de conservation du dossier patient.

DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DES
DOSSIERS PATIENTS DU S.C.T.D. DU
C.H.U.N.

1.INTRODUCTION.

L'objet de cette seconde partie est l'évaluation des anciens dossiers du service de consultation et de traitement dentaire du centre hospitalier universitaire de Nancy. En effet, suite à des constats de mauvaise tenue des dossiers patients, il a été décidé de les évaluer afin de comprendre les problèmes et surtout de les résoudre.

Avant d'exposer cette étude et les résultats, il nous a semblé nécessaire dans un premier temps de décrire les différences de fonctionnement entre un cabinet dentaire traditionnel et un centre de soins universitaire car ces différences ont des répercussions sur le dossier patient de centre de soins qui va présenter des objectifs et des exigences spécifiques. Dans un deuxième temps il faut comprendre le fonctionnement du centre de soins dentaires universitaire de Nancy aussi bien d'un point de vue général que du point de vue de l'ancien dossier patient (celui-là même qui a été évalué).

2.SPECIFICITES D'UN DOSSIER PATIENT DE CENTRE DE SOINS DENTAIRES.

2.1.DIFFERENCES MAJEURES DE FONCTIONNEMENT ENTRE UN CABINET D'EXERCICE LIBERAL ET UN CENTRE DE SOINS DENTAIRES UNIVERSITAIRE.

L'organisation d'un centre de soins dentaires universitaire est, cela va de soi, beaucoup plus complexe que celle d'un cabinet d'exercice libéral. Cette complexité réside dans trois différences principales entre ces deux types de structures d'exercice de la dentisterie. En premier lieu, nous traiterons des différentes personnes ayant accès aux dossiers, puis nous aborderons l'organisation du centre de soins en sections et sous-sections et enfin nous discuterons des vocations d'un centre de soins dentaires et d'un cabinet privé.

2.1.1. Quels sont les acteurs ayant accès aux dossiers patients ?

2.1.1.1. Dans un cabinet d'exercice privé.

Dans un cabinet d'exercice privé, le nombre de personnes ayant accès aux dossiers et participant activement à leur élaboration va être fonction de la taille du cabinet. Toutefois, si important que le cabinet puisse être, le nombre de personnes y travaillant n'est sans commune mesure avec la quantité d'individus qui ont accès à ces dossiers dans un centre de soins universitaire.

2.1.1.2. Dans un centre de traitement et consultation dentaire universitaire.

Au sein des centres de soins dentaires universitaires on peut recenser trois catégories de personnes participant à l'élaboration des dossiers patients :

- Les étudiants en D.C.E.M.2. (D2), en D.C.E.M.3. (D3) et les internes.
- Les enseignants : Attachés d'enseignement, assistants, maîtres de conférences, professeurs 1^{er} grade, 2nd grade, des universités.
- Le personnel administratif.

✓ Les étudiants.

En France, seuls les étudiants ayant validé leur D.C.E.M.1 sont habilités à travailler en clinique. Les étudiants ont la possibilité de réaliser un cycle court, ils restent alors trois ans en clinique, où alors ils peuvent passer l'internat et réaliser un cycle long, auquel cas ils travaillent cinq ans dans un centre de soins. Par conséquent, au maximum, ils ne peuvent suivre leurs patients que pendant cinq ans et il faut noter que bien souvent les étudiants ayant réussi le concours de l'internat changent de centre de soins, donc on peut affirmer que pour une grande majorité, les étudiants restent en clinique trois ans.

✓ Les enseignants.

Les enseignants ont pour vocation d'encadrer les étudiants en clinique, de leur apprendre leur futur métier, de contrôler les actes qu'ils réalisent et de les évaluer. On dénombre différentes catégories d'enseignant en fonction de leurs diplômes et titres et travaux. Selon l'échelon auquel il se situe, l'enseignant pourra rester plus ou moins longtemps en clinique au poste qu'il exerce. Ainsi les professeurs et les maîtres de conférences restent généralement presque toute leur carrière à la faculté, les assistants sont nommés pour deux ans et leur contrat est renouvelable deux fois un an, les attachés quant à eux sont nommés pour un an et peuvent renouveler leur contrat autant de fois qu'ils le désirent. Par conséquent, on peut constater que l'équipe pédagogique qui enseigne en clinique est renouvelée régulièrement.

✓ Le personnel administratif.

Les créations de dossiers, les enregistrements, les facturations, les envois de feuilles de soins sont assurés par le personnel administratif. Généralement, ce sont une ou plusieurs secrétaires qui se chargent de ces tâches. A ce titre elles participent à la création et à l'élaboration du dossier et sont amenées à le consulter régulièrement. Ces personnes ont donc accès à des informations confidentielles concernant l'état de santé des patients, c'est pourquoi il nous semble nécessaire de séparer au maximum la partie comptable et administrative de la partie concernant l'état de santé du patient.

Ainsi, nous remarquons que non seulement, dans un centre de soins universitaire, le nombre de personnes élaborant et consultant les dossiers est beaucoup plus important, mais aussi plus diversifié et plus souvent renouvelé que dans un cabinet privé. Nous allons dans le paragraphe suivant aborder le problème de l'organisation même d'un centre de soins.

2.1.2. L'organisation d'un centre de soins universitaire.

En France les centres de soins universitaires fonctionnent selon deux modes principaux :

- Soit le centre de soins est divisé en plusieurs services ou sections, indépendantes les unes des autres.
- Soit le centre fonctionne en polyclinique.

Dans le premier mode d'organisation, les sections sont indépendantes les unes des autres. C'est à dire que les heures d'ouvertures des différentes sections sont différentes les unes des autres et varient d'un jour à l'autre, d'autre part, souvent, les sections ne se situent pas au même endroit. Bien entendu, les enseignants varient d'une section à l'autre. Ce type d'organisation a des répercussions sur la prise en charge du patient et donc sur le dossier du patient. En effet, si l'emploi du temps de l'étudiant (qui prend en charge un patient pour la première fois) et celui du patient ne correspondent pas, le patient devra être soigné par plusieurs étudiants et donc différents enseignants à des jours différents. Le dossier du patient apparaît ici comme un outil de communication essentiel.

Lorsque le centre de soins fonctionne en polyclinique, la situation est un peu moins compliquée. En effet, généralement un binôme d'étudiants est affecté à un fauteuil à certains jours et au moins un enseignant de chaque matière est présent chaque jour. Donc le patient peut être suivi plus facilement pour tous ses soins, quels qu'ils soient, par le même binôme d'étudiants et par la même équipe pédagogique, du moins pour l'année en cours.

Pour clore cette première partie, nous allons discuter des vocations d'un centre de soins.

2.1.3. Les vocations d'un centre de soins.

Alors que nous ne voyons pas d'autre raison d'être pour un cabinet d'exercice privé que permettre à un dentiste d'exercer sa profession, les centres de soins universitaires eux, ont plusieurs autres vocations.

- La première bien entendue est de former de nouveaux chirurgiens dentistes en achevant leur formation commencée trois ans plus tôt à la faculté.
- La seconde est de soigner les patients demandeurs de ce type de soins.
- La troisième est de promouvoir la recherche grâce à l'élaboration de tests, de thèses et de statistiques.
- La quatrième est d'assurer des séances de formation continue pour des chirurgiens dentistes déjà diplômés.

A travers ces explications, nous venons de préciser certains points de l'organisation d'un centre de soins, ce qui va nous permettre, dans le paragraphe suivant, de détailler les répercussions de ce mode de fonctionnement sur le dossier patient.

2.2. REPERCUSSIONS DES CES DIFFERENCES SUR L'ORGANISATION DU DOSSIER PATIENT.

2.2.1. Objectifs du dossier patient dans un centre de soins universitaire.

Les objectifs du dossier patient d'un centre de soins sont les mêmes que ceux d'un cabinet privé auxquels il faut rajouter ceux résultant de la vocation pédagogique et de la nature hospitalière d'un centre de soins dentaires.

✓ En premier lieu, le dossier doit permettre **d'identifier** le patient et de retrouver son passé médical et dentaire. Cet objectif est commun avec ceux d'un dossier de cabinet privé. En outre, le dossier doit permettre de savoir le **par quels étudiants et quelle équipe**

pédagogique le patient a été suivi, qui a élaboré le plan de traitement, qui a réalisé tel ou tel acte...

✓ Ensuite, le dossier doit jouer son rôle de **protection** :

- Protection de l'état de santé général du patient.
- Protection des patients les uns vis à vis des autres.
- Protection du praticien en jouant son rôle de bouclier juridique.
- Protection de l'accès aux informations médicales confidentielles.

✓ Le troisième objectif du dossier est **la tenue de la comptabilité**. En effet, dans un Centre de soins comme dans un cabinet, les exigences comptables sont les mêmes, il faut veiller à ce que tout soit en ordre d'un point de vue administratif.

✓ Le dossier patient doit être **un outil de communication** :

- D'étudiants à étudiants.
- D'étudiants à enseignants (et inversement).
- D'enseignants à enseignants.
- De praticien au personnel administratif (et inversement).

✓ Le dossier patient est **un outil pédagogique** : il permet d'évaluer l'activité des étudiants ou tout au moins de la vérifier. En outre même si savoir tenir correctement les dossiers n'apparaît pas au premier abord comme étant un objectif pédagogique principal, il nous semble néanmoins que ce souci de collecter et d'organiser un maximum de données concernant le patient doit être appris et acquis dès la première année en clinique.

✓ Enfin le dossier patient est **un outil de recherche** : La codification numérique des informations et leur saisie informatique permettent de réaliser des statistiques et des études afin de définir les nouveaux besoins et d'adapter le fonctionnement du centre de soins à ces nouveaux besoins ou de mettre en évidence des problèmes et de trouver les moyens d'y remédier.

Après avoir décrit les six objectifs principaux d'un dossier patient de centre de soins dentaires, nous allons déterminer quelles vont être les exigences spécifiques de ces dossiers, c'est à dire comment atteindre ces objectifs.

2.2.2. Exigences spécifiques du dossier patient.

Le dossier patient, on l'a vu, doit être organisé de manière à répondre aux objectifs que nous avons décrit précédemment. C'est pourquoi nous allons, pour chaque objectif cité précédemment décrire par quel moyen le dossier va réussir à satisfaire nos exigences.

2.2.2.1. Le dossier comme outil d'identification.

Comme cela a été décrit dans la première partie : "Composition du dossier patient dans le cadre d'un exercice libéral", le dossier du patient, doit contenir, dans un but d'identification du patient: L'état civil, l'historique médical et dentaire (ainsi que tous les documents administratifs s'y rapportant.). Par ailleurs pour chaque acte réalisé on doit pouvoir connaître le nom de l'étudiant qui a pris en charge le patient ainsi que le nom de l'enseignant qui l'a encadré. C'est pour cette raison qu'il nous semble qu'un relevé chronologique des actes par le biais d'un registre à colonnes est préférable à un relevé des actes triés en fonction de leur nature. En effet, avec ce système, d'un simple coup d'œil on sait, par exemple, qui a soigné le patient ainsi que les actes qui ont été réalisés. Toutefois, il est vrai qu'avec cette méthode de classement, le praticien qui voudra par exemple savoir quels ont été tous les actes relevant de la parodontologie aura plus de difficultés que si les actes sont consignés dans le dossier en fonction de leur nature; c'est pourquoi il est possible d'établir un code couleur pour chaque matière grâce à l'utilisation de pastilles collantes colorées.

En ce qui concerne l'identification du dossier par le personnel administratif, le nom du patient doit apparaître sur la page de garde du dossier ainsi qu'un numéro d'identification ces renseignements permettant de faciliter le système de classement et d'archivage. Toujours dans

un but d'identification, il est nécessaire que tous les dossiers des patients soient saisis sur informatique au moins en ce qui concerne les données administratives et comptables.

2.2.2.2. Le dossier comme outil de protection

C'est à plusieurs niveaux que se joue le rôle de protection du dossier et, comme nous allons le voir, ce rôle est souvent dicté par le code de déontologie des chirurgiens dentistes.

Art. 62 2 "..... dans tous les cas doivent être assurés..... la sécurité des patients"

En premier lieu, et surtout dans le cadre d'un centre de soins, il est nécessaire qu'un questionnaire de santé complet et régulièrement actualisé soit réalisé et soit accessible dans le dossier. Une signalisation des risques doit être mise en place soit par le biais d'un code de couleurs, soit par le biais d'un indice indicateur de risque ou de précaution à prendre. Par ailleurs toutes les informations doivent être écrites de la manière la plus lisible afin qu'aucune confusion ne soit possible. Ces mesures visent bien entendu la protection du patient contre l'éventuelle transmission de maladie de patient à patient ainsi que contre la réalisation d'actes pouvant porter préjudice à la santé générale du patient.

En ce qui concerne le rôle de bouclier juridique du dossier, il faut tout d'abord que tout acte soit validé par un enseignant, il faut aussi réserver un encart dans le dossier pour le consentement éclairé du patient, et bien entendu, comme pour un dossier patient traditionnel, les documents administratifs doivent être mis à jour.

Enfin, l'article 5.2 du code de déontologie enjoint les praticiens à ".....veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques....." c'est pourquoi la partie comptable doit être séparée de la partie clinique.

L'objectif de protection du dossier sera donc atteint si le dossier est tenu avec une rigueur encore plus importante que si il s'agisse d'un dossier de cabinet libéral.

2.2.2.3. Le dossier comme instrument comptable.

Comme dans tout dossier, il faut réserver un emplacement pour la partie comptable. Généralement les étudiants se contentent d'inscrire les cotations des actes qu'ils réalisent, ainsi que d'établir les demandes d'ententes préalables. Les facturations, les accords de la sécurité sociale, et les enregistrements des paiements, eux sont assurés par le personnel administratif.

Pour chaque versement, doivent être indiqués, la date, le montant et le mode de règlement.

2.2.2.4. Le dossier comme outil de communication.

Comme cela a été précisé précédemment, de nombreuses personnes sont amenées à consulter des dossiers et participer à leur rédaction. On l'a vu, tous ces acteurs sont mobiles dans le temps et dans l'espace, c'est pourquoi ils ont besoin d'un élément de communication qui soit immuable. Afin que le dossier soit réellement efficace dans sa vocation de transmission de l'information, plusieurs points sont à respecter.

En premier lieu, le dossier doit être rempli de manière lisible et claire, aucune date ni signature ne doivent manquer les étudiants comme les enseignants doivent être sensibilisés au fait que toutes les informations qui sont demandées dans le dossier sont nécessaires, aucune case ni aucune colonne n'est facultative. Par ailleurs le dossier dans sa conception doit être ergonomique afin de rendre son utilisation facile.

Le second point sur lequel nous insisterons est l'organisation des informations concernant les problèmes dentaires du patient. En effet dans certaines universités américaines, il a été mis en évidence un problème récurrent : le fait que beaucoup de dossier étaient incomplets. Des investigations plus poussées ont prouvé que ce défaut était certainement lié à l'absence d'un format standard et facilement utilisable de prise de notes concernant les problèmes dentaires du patient. [23]

Dans la littérature américaine ont été décrits deux systèmes d'organisation des données dans le dossier. [23, 30]

✓ En premier lieu, le système **S.O.A.P.** a été conçu afin de faciliter l'accès aux informations en particulier quand plusieurs praticiens s'occupent du même patient. Cette méthode permet d'obtenir des dossiers clairs et concis, dépourvus de toute information superflue ; ainsi la manière d'enregistrer les données est la même quel que soit le praticien qui remplit le dossier, les abréviations sont identiques quelle que soit la donnée enregistrée.

La première lettre, S, signifie subjective, cela concerne toutes les informations que le praticien peut recueillir sur la manière de vivre du patient qui peut influencer sur la sphère oro-faciale.

La seconde lettre, O, signifie objective, dans cette partie du dossier, le praticien doit réunir le plus grand nombre de données objectives concernant son patient.

La troisième lettre, A, signifie assesment ce qui se traduit en français par évaluation ; cette partie résulte de l'association S+O. La partie A est divisée en quatre sous groupes :

PROB: signifie problèmes, dans ce paragraphe seront consignés tout ce qui peut poser problème dans le traitement. (gingivite...)

IMP: signifie impression, traduit en français par le mot trace, c'est à dire les facteurs relevés en bouche qui entraînent les problèmes relevés dans la partie précédente.

LTG: signifie long term goals traduit par objectifs à long terme.

STG: signifie short term goals traduit par objectifs à court terme.

La dernière lettre P signifie plan, c'est le plan de traitement déterminé par STG+LTG.

Ce système a été mis en place à l'université du Nord de la Louisiane et c'est seulement deux ans après que les utilisateurs ont pu en tirer des bénéfices, en effet ce n'est pas seulement organiser une collection de données, c'est aussi réorganiser une manière d'aborder le traitement.

✓ Le second système d'organisation des données évoqué dans la littérature américaine et testé à l'université de Washington utilise l'acronyme P.A.R.T.S. soit Problem, Assesment, X-Rays/prescriptions, Treatment, Strategy c'est à dire, problèmes, évaluation, examens complémentaires, traitement et stratégie.

2.2.2.5. Le dossier comme outil pédagogique.

L'utilité pédagogique du dossier se fait à deux niveaux :

Tout d'abord en aidant l'étudiant à organiser sa pensée et ceci grâce aux systèmes de comptes rendus décrits précédemment. Mais aussi en créant chez l'étudiant l'habitude de tenir correctement ses dossiers, de réévaluer systématiquement l'état de santé de son patient...

2.2.2.6. Le dossier comme outil de recherche.

Utiliser l'appellation "outil de recherche" pour un dossier patient peut paraître exagéré ou alambiqué, toutefois, c'est une formidable base pour la réalisation de statistiques. En effet, on peut quantifier et qualifier l'activité d'un centre de soins, mais aussi cibler le type de patients qui le fréquentent et ainsi déterminer des objectifs, des priorités et essayer de trouver par la suite des moyens pour améliorer l'offre de soins. Afin d'utiliser le dossier à des fins statistiques, il faut que les informations soient organisées de la manière la plus standard possible, en outre les données doivent être enregistrées en sorte de pouvoir être saisies sur informatique facilement. Pour ce faire, il faut privilégier au maximum l'utilisation d'indices sans toutefois en abuser. En effet souvent, à trop vouloir les condenser, les informations finissent par perdre leurs caractères essentiels.

Après avoir étudié les caractères généraux et d'un centre de soins universitaire, et d'un dossier patient de centre de soins, nous allons nous concentrer sur le centre de soins et de traitement dentaire de Nancy.

3.FONCTIONNEMENT DU CENTRE DE SOINS DENTAIRE DE NANCY.

3.1.ORGANISATION DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU C.H.U.N.

La partie hospitalière du S.C.T.D. de Nancy est divisée en quatre unités fonctionnelles:

- PARO/PROTHESE.
- OC/ENDO.
- PEDO/ODF.
- SAS.

Chaque unité est dirigée par un enseignant, l'ensemble étant sous la houlette du chef de service. A Nancy, les étudiants de D2 et D3 ont des vacations hebdomadaires dans les différentes unités.

Les unités sont situées à différents étages du centre de soins ; ainsi les unités fonctionnelles de parodontologie, et de SAS ont leurs fauteuils propres dans des salles de soins individualisées, tandis que les sous-sections d'OC et de pathologie dentaire se partagent les fauteuils d'une salle de soins et que l'odontologie pédiatrique se situe, en fonction des jours soit dans la salle de soins de prothèse, soit dans la salle de soins d'ODF.

Au niveau universitaire, il y a à Nancy neuf sous-sections coordonnées par Mr le Doyen.

3.2.HISTORIQUE DU CENTRE DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DENTAIRE DE NANCY.

Afin de débiter ce chapitre nous allons brièvement aborder les dates clefs de l'histoire du centre de soins :

1901: création de l'U.F.R. de médecine de Nancy, c'est un établissement public et les soins sont dispensés dans les départements de Dentisterie Opératrice, de pathologie Dentaire et de prothèse.

1955: création sous la direction de M.Heck, du département d'Orthopédie Dento-Faciale.

1973: création du département de pédodontie par M.Vadot et M.Weissenbach.

1975: rattachement de la clinique au C.H.R.U.N.

1977: création du département de parodontologie par M.Ber-Gabel.

1992: création de la polyclinique par le professeur Durivaux.

1994: deuxième tentative par le professeur Mahler de fonctionnement en polyclinique soldée par un échec.

1997: création par le docteur Weissenbach du Secteur Accueil Santé.

3.3.COMPOSITION DE L'ANCIEN DOSSIER PATIENT DE LA CLINIQUE DENTAIRE HEYDENREICH.

L'ancien dossier patient de la faculté de Chirurgie dentaire de Nancy a pour support une feuille cartonnée à deux rabats qui une fois clos confèrent au dossier un format A4. Cet ensemble est conservé dans une pochette cartonnée bleue.

3.3.1. Organisation de l'enveloppe bleue du dossier.

La page de garde de la pochette qui contient le dossier porte l'identification du patient c'est à dire ses noms et prénoms ainsi que le numéro de dossier. Ces informations sont surtout utilisées par le personnel administratif à des fins d'archivage et de classement. Au verso de la page de garde, on trouve la fiche de consultation remplacée il y a quatre ans par la fiche du S.A.S. Cette fiche se composait de sept parties et devait être remplie à la première consultation elle n'est désormais plus utilisée. Par conséquent, la pochette bleue ne remplit plus que des fonctions de rangement et de classement.

3.3.2. Description de l'armature du dossier.

La page de garde de la feuille cartonnée, ne contient que des renseignements administratifs et comptables. En effet on relève l'état civil du patient ainsi que ses coordonnées et des renseignements concernant l'assuré, notamment son nom, son numéro d'assuré social et sa couverture sociale (sécurité sociale et mutuelle). La deuxième moitié de la page est réservée à la comptabilité. C'est à cet endroit que le personnel administratif enregistre les règlements d'honoraires ainsi que les différents courriers envoyés au patient ayant pour objet la facturation des actes.

Le reste du dossier est divisé en huit parties, une pour chacune des spécialités enseignées en clinique. Chaque partie est plus ou moins organisée de la même façon mis à part dans le cas de l'orthopédie dento-faciale car les dossiers ne sont pas traités identiquement par la sécurité sociale.

Ainsi, pour des soins relevant de la dentisterie conservatrice, chaque acte réalisé est consigné dans la partie auquel il correspond de la manière suivante : l'étudiant note la date à laquelle l'acte est réalisé, le numéro de la dent concernée, l'acte en toute lettre, son coefficient N.G.A.P. et enfin une colonne est réservée à l'apposition de la signature d'un praticien responsable. Le nom de l'étudiant doit quant à lui être indiqué en bas de la page.

Les parties où doivent être enregistrées les actes relevant de la pathologie et de la parodontologie sont organisées de manière identique, en effet pour chaque acte apparaît la date, le numéro de dent, les observations, le nom de l'opérateur, la cotation N.G.A.P. et la validation par l'enseignant. On trouve aussi un emplacement pour noter si un devis a été réalisé, ainsi que les dates d'établissement et d'accords d'ententes préalables. Enfin un emplacement est réservé sous le tableau où les actes sont consignés, pour que le personnel administratif note les dates et les références des factures.

En ce qui concerne les parties réservées aux prothèses adjointes et conjointes, on notera la présence d'un schéma dentaire, d'un encart réservé aux ententes préalables, d'un autre à la facturation ; à chaque séance, l'étudiant note la date, l'acte réalisé et en fin de ligne, le praticien responsable appose sa signature. Le nom de l'étudiant apparaît en bas de page comme dans la partie réservée à l'odontologie conservatrice.

Les actes de pédodontie et d'orthophonie sont consignés de manière identique aux actes de prothèse.

Enfin la dernière page du dossier est réservée à l'orthopédie dento-faciale toutefois les renseignements notés dans cette partie sont plus à caractère administratif que clinique.

3.3.3. Pièces jointes au dossier.

En sus des éléments décrits précédemment, l'ancien dossier contenait :

La fiche du S.A.S.

La fiche de pédodontie

La fiche de prothèse

Les devis

Les fiches de classement des radiographies.

3.3.3.1. La fiche du S.A.S.

Comme cela a été précisé, le questionnaire médical situé à l'intérieur de la pochette bleue a été remplacé il y a de cela quatre ans par la fiche du S.A.S. L'unité fonctionnelle secteur accueil santé a pour vocation d'accueillir le patient qui se présente en clinique soit pour une première consultation, soit pour une urgence, soit pour un avis spécialisé. Le déroulement de cette consultation est guidé par la fiche du S.A.S : En effet, au recto, on trouve en premier lieu des informations concernant l'état civil, la couverture sociale et les disponibilités du patient, puis en second lieu des informations à caractère médical et dentaire. C'est ainsi que sont consignés dans cette fiche les antécédents médicaux du patient, résumés grâce à un indice indicateur de risque, l'historique dentaire, la demande initiale, l'examen cranio-facial, et l'examen buccal et dentaire. Tous ces renseignements correspondent à l'examen clinique de base, pour tout nouveau patient, tel qu'il peut être décrit dans la littérature. Par ailleurs on remarquera que dans le but de réaliser des statistiques et de faciliter la saisie informatique, les informations recueillies sont codées.

Quant au verso de la fiche, il concerne l'orientation du patient, c'est à dire qu'il rassemble les conclusions que l'opérateur va tirer de son examen initial. Le profil clinique du patient sera déterminé, puis a été mis en place un système de prise de notes dérivé du système "P.A.R.T.S.". C'est l'acronyme **PER OS** qui a été choisi afin de nommer ce format. L'opérateur consigne :

Sous la rubrique P : les différents problèmes remarqués chez le patient(par ordre d'importance)

Sous la rubrique E : l'évaluation du patient dans sa globalité.

Sous la rubrique R : les recommandations et communications.

Sous la rubrique O : l'orientation principale du patient après l'avoir informé et avoir recueilli son consentement, en précisant les actes à caractère urgent, les actes à réaliser au préalable à la mise en place de tout traitement et enfin la liste complète des actes à réaliser.

Sous la rubrique S : le suivi du patient.

Comme cela a été précisé il faut recueillir le consentement informatif et liberté du patient et par la même occasion, l'opérateur lui fait signer un petit paragraphe expliquant que le patient a donné toutes les informations concernant son état de santé et qu'on l'a informé de son état bucco-dentaire ainsi que des traitements et orientations envisageables.

Enfin la fiche de S.A.S. se termine par un tableau similaire à ceux du dossier blanc, où l'opérateur note la date, son nom, l'acte et la prescription réalisés, la codification NGAP, la date du prochain rendez-vous du patient ainsi que le nom de l'opérateur avec lequel il a rendez-vous.

Tout en bas de la fiche, un encart est réservé à la validation de l'acte. Cet encart indique la date, le nom de l'enseignant d'accueil, celui de l'étudiant, ainsi que la validation (signature de l'enseignant).

3.3.3.2. La fiche de pédodontie.

La fiche de pédodontie comprend des informations beaucoup plus spécifiques aux jeunes patients. Cette fiche est réalisée lors de la première consultation. Nous n'allons pas la détailler toutefois il faut préciser qu'elle a la même vocation que la fiche du S.A.S. mais qu'elle rassemble des informations sur les parents de l'enfant, sur ses habitudes alimentaires,

et que l'examen des parafunctions et dysfonctions est plus détaillé (afin de réaliser des dépistages précoces). Par ailleurs cette fiche réserve une place au plan de traitement ainsi qu'au relevé chronologique des actes. C'est en quelque sorte un dossier dans le dossier, l'encart réservé à la pédodontie dans le dossier traditionnel ayant plutôt une valeur administrative et formelle.

3.3.3.3. La fiche de prothèse.[annexe]

La fiche de prothèse a été instaurée afin de remplir plusieurs objectifs. Tout d'abord c'est, pour les enseignants, un outil de contrôle de la bonne démarche clinique des étudiants ; en effet, sur cette fiche doivent être consignés, les antécédents médicaux et prothétiques du patient, les examens endos- et exobuccaux ainsi qu'un schéma dentaire, une proposition de traitement et un plan de traitement ayant reçu l'aval d'un enseignant et enfin la liste des étapes nécessaires à l'élaboration de la prothèse. Le second objectif de cette fiche est de transmettre les informations concernant le cas d'une vacation à l'autre, d'une sous-section à l'autre ou encore d'une année sur l'autre.

Ces deux additifs au dossier, fiche de pédodontie et fiche de prothèse traduisent des manques existant dans le précédent dossier surtout en ce qui concerne le plan de traitement.

3.3.3.4. Les devis. [annexe]

Les devis dont il est question dans ce paragraphe ne concernent que les actes de prothèse. En effet, les devis d'orthopédie dento-faciale ainsi que les devis concernant les actes de parodontologie se trouvent dans des dossiers spécifiques. En effet ces deux sous-sections ont établi, en plus des traditionnels dossiers bleus, des dossiers plus spécifiques et plus en rapport avec les actes qu'ils réalisent. Ces documents d'ailleurs ne sont pas conservés avec les autres.

Les devis dont il est question ici sont conformes à ceux décrits dans la première partie "composition du dossier patient dans le cadre d'un exercice libéral".

3.3.3.5. La fiche de classement des radiographies.

La fiche de classement des radiographies a été créée à Nancy il y a fort longtemps. C'est une feuille de papier au verso de laquelle on fixe la radiographie au moyen d'une bande de papier adhésif. Au recto, sont indiqués l'identification du patient, la date, le type de radiographie réalisée, la raison de sa réalisation ainsi que le nom de l'opérateur.

Ce système, bien qu'il apparaisse complet et précis s'avère être peu pratique, en effet c'est son manque d'ergonomie qui nous le fait critiquer. Tout d'abord, il est trop volumineux et au bout de quelques années, les radiographies s'accumulent, sont perdues, et finalement il est souvent difficile de déterminer quelle est la radio la plus récente d'une dent.

Maintenant que nous avons décrit la manière dont fonctionne le centre de soins et de consultation dentaire de Nancy, et la manière dont le dossier patient est organisé, nous allons passer à l'étude critique de ces dossiers.

4.EVALUATION DES ANCIENS DOSSIERS PATIENTS DU CENTRE DE SOINS HEYDENREICH.

4.1.POUR QUELLES RAISONS EVALUER LE DOSSIER PATIENT ?

Cette décision d'évaluer les dossiers patients du service de consultation et traitements dentaires de la faculté de chirurgie dentaire de Nancy fait suite à plusieurs observations et constatations.

En premier lieu, nous avons pu observer, en pratique quotidienne, que les dossiers n'étaient pas remplis correctement (documents et contenu inappropriés, notes illisibles) et que bien souvent, des informations importantes faisaient défaut (défaut de plan de traitement, défaut d'historique médical, signatures manquantes). En outre, au fur et à mesure des années, s'accumulent, radiographies, devis, plans de traitements en tous genres.... Et au final, le dossier tient plus d'une pochette "fourre-tout" que d'un système d'informations organisées. Bien entendu, on peut imputer en partie ce désordre à la multiplicité des opérateurs et à leur manque de rigueur cependant l'ancien dossier présentait dans son essence même, des défauts d'organisation.

4.2.MISE EN PLACE D'UN AUDIT AFIN D'EVALUER LES DOSSIERS DES PATIENTS.

[25,26,27,28,29,30,31]

Le développement d'un audit concernant les dossiers des patients se fait en plusieurs étapes.

- Il s'agit tout d'abord d'établir des référentiels concernant la composition d'un dossier patient de manière à ce qu'il remplisse pleinement la vocation à laquelle on le destine. Pour ce faire, il convient d'avoir établi au préalable un cahier des charges résumant ce que l'on attend d'un tel dossier.
- En second lieu, il faut déterminer des moyens d'évaluation de la conformité des dossiers aux référentiels établis précédemment.

- Ensuite, vient la sélection des auditeurs.
- Puis seront sélectionnés les dossiers faisant l'objet de l'audit.
- Une fois tout ceci mis en place on choisit un système d'analyse et d'exploitation des données, de la même manière, on établit un système de compte rendu des résultats.
- Enfin l'audit se termine par la création d'un moyen d'entretien de la qualité et de réponse aux déficiences, dans le cas présent, c'est la création d'un nouveau dossier qui palliera aux déficiences du précédent tout en en gardant les points positifs.

4.2.1. Etablissement des critères.

En cherchant dans la littérature, nous avons essayé d'identifier les éléments qui sont considérés comme essentiels dans la conception et la gestion des dossiers des patients. Ces éléments ont été décrits dans la première partie "Composition du dossier patient dans le cadre d'un exercice libéral". A ces aspects, il faut ajouter les impératifs administratifs, pédagogiques, hospitaliers, de recherche et de contrôle de qualité plus spécifiques, on l'a vu, au S.C.T.D.

Ainsi, il a été établi pour cet audit 11 critères.

- L'état actuel de santé du patient.
- L'état de santé bucco-dentaire et la demande du patient au moment de la consultation.
- L'identification et le diagnostic des problèmes de santé bucco-dentaire du patient.
- Le classement des radiographies ou la présence de comptes-rendus.
- Les comptes-rendus et courriers (consultations effectuées ou adressées).
- Diagnostic et proposition de traitement validés par la faculté.
- Compte-rendu de l'information donnée au patient.
- Acceptation du plan de traitement par la faculté (initial et modifié).
- Compte -rendu chronologique des travaux effectués.
- Pour chaque séance : identité de l'opérateur.
- La présence ou l'absence d'une des fiches additives.

Si ces onze éléments sont retrouvés dans le dossier, le dossier est considéré comme ayant un niveau de conformité élevé. Si ce n'est pas le cas, le dossier est à revoir.

4.2.2. Moyens d'évaluation.

L'audit a été réalisé sous forme d'un questionnaire. La présence, dans le dossier patient évalué, de chacun des dix référentiels est sanctionnée par un codage.

0: la présence du référentiel n'est pas claire.

+: le référentiel est aisément retrouvé.

-: le référentiel est inexistant.

Par ailleurs, l'auditeur devra en plus retrouver l'identité du département de traitement (même système de codage que pour les référentiels), le traitement en cours.

L'auditeur a le choix entre six réponses et ne peut en choisir qu'une seule :

- OC-Endo
- Patho
- Paro
- Prothèse
- O.Ped
- O.D.F.

Et enfin, une question est consacrée à la présence ou non d'une des fiches additives décrites précédemment, de validité inférieure à un an. Pour cette dernière question, l'auditeur a le choix entre cinq réponses :

- SAS
- O.Ped
- Prothèse
- Autre
- Inexistante

Tout en bas de la page, deux cadres ont été laissés vierges afin que l'auditeur puisse mettre une remarque, s'il le souhaite et une conclusion. Le questionnaire original est consigné en annexe.

4.2.3. Sélection des auditeurs.

Les auditeurs sont les étudiants de D.C.E.M.1. de l'année 1999/2000. En effet, le docteur Weissenbach a organisé pour ces étudiants une série de trois séances de travaux dirigés concernant, le dossier des patients du centre de soins, la fiche de SAS et la radiologie en dentisterie. Seule la première séance de T.D. concerne notre étude. Elle se déroulait de cette façon: En premier lieu, les étudiants étaient amenés à réfléchir sur les fonctions du dossier et les éléments qui devaient entrer impérativement dans la constitution du dossier, puis l'ancien dossier patient du centre de soins de Nancy leur était présenté et enfin chaque étudiant recevait un dossier et procédait à son évaluation au moyen du questionnaire décrit précédemment. Il est évident que les étudiants n'avaient jamais eu de contact avec la clinique et les dossiers patients.

4.2.4. Sélection des dossiers.

Les dossiers qui ont été étudiés ont été choisis au hasard au bureau des entrées, le fait qu'ils concernent des patients adultes ou des jeunes patients ne présentait pas de réelle importance puisque dans l'enquête il fallait préciser si le dossier contenait ou non une fiche de pédodontie. Au total, un échantillon de 50 dossiers a été analysé.

4.2.5. Système d'analyse des résultats et d'exploitation des données.

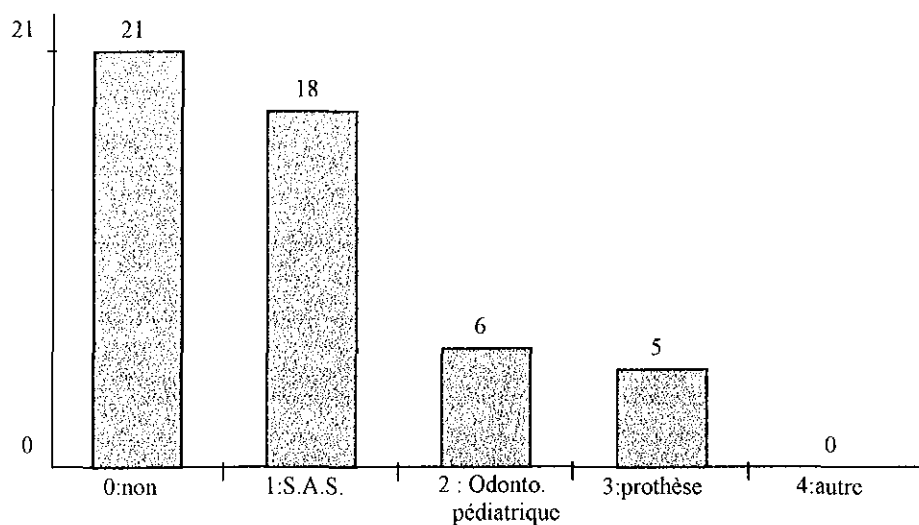
Une fois les questionnaires collectés, ils ont été traités grâce au logiciel "Le sphinx²" version 1995 les différents tableaux et diagrammes en résultant étant présentés dans la partie suivante. Afin de clarifier les résultats, nous avons choisi de les présenter de deux manières différentes: sous forme de tableau où ils sont retranscrits en fréquence et en pourcentage et sous forme de diagramme en bâtons.

5.RESULTATS DE L'AUDIT.

5.1.LE DOSSIER CONTIENT-IL UNE FICHE DE DONNEES MEDICALES GENERALE OU SPECIALISEE D'UNE VALIDITE INFERIEURE A UN 1 AN ?

Fiche de données med et dent	Nb. cit.	Fréq.
0 : non	21	42,0%
1 : S.A.S.	18	36,0%
2 : Odontologie pédiatrique	6	12,0%
3 : prothèse	5	10,0%
4 : autre	0	0,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 1



Cette question a été posée afin de préciser et d'expliquer certains résultats: en effet, ces fiches contiennent des informations complémentaires et spécifiques et leur présence ou leur absence va donc influencer sur les réponses. Globalement, 58% des dossiers évalués contenaient au moins une des trois fiches additionnelles (S.A.S., prothèse, odontologie pédiatrique).

5.2. LE DOSSIER CONTIENT-IL UN COMPTE RENDU DE L'ETAT ACTUEL DE LA SANTE DU PATIENT ?

Etat de santé	Nb. cit.	Fréq.
-:inexistant	14	28,0%
0:pas clair	11	22,0%
+:aisément retrouvé	25	50,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 3

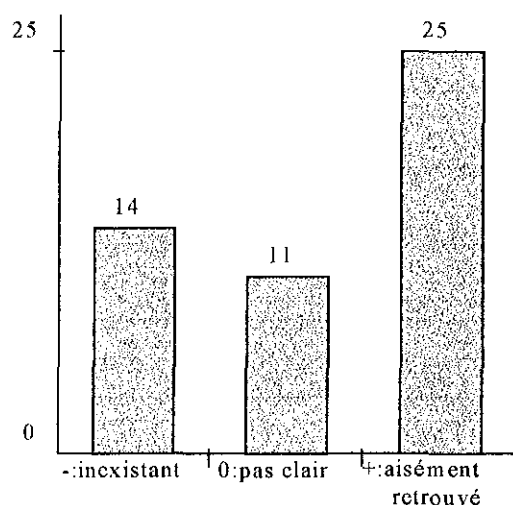


Figure 4

Les figures 3 et 4 nous indiquent que les auditeurs n'ont retrouvé un compte rendu de l'état de santé actuel du patient que dans la moitié des dossiers ; dans 28% des cas il n'y a pas de compte rendu, et dans 22 % des cas ce compte rendu n'est pas clair, c'est à dire soit incomplet soit il n'a pas été remis à jour. On l'a vu lors de la description de l'ancien dossier, le compte rendu de l'état de santé actuel du patient se trouve inscrit sur la fiche de S.A.S.

Les raisons de ce manque peuvent être : l'absence ou la perte de la fiche de S.A.S. ou encore le non-renouvellement de cette fiche .Le compte rendu de l'état actuel de la santé du patient est un élément capital du dossier donc la présence systématique d'un compte rendu renouvelé tous les ans est en tête du cahier des charges du nouveau dossier patient de la clinique dentaire de Nancy.

5.3. LE DOSSIER CONTIENT-IL UN COMPTE RENDU DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE ET LA DEMANDE INITIALE DE SOINS DU PATIENT AU MOMENT DE LA CONSULTATION ?

Santé bucco-dentaire	Nb. cit.	Fréq.
-:inexistant	12	24,0%
0:pas clair	8	16,0%
+:aisément retrouvé.	30	60,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure5

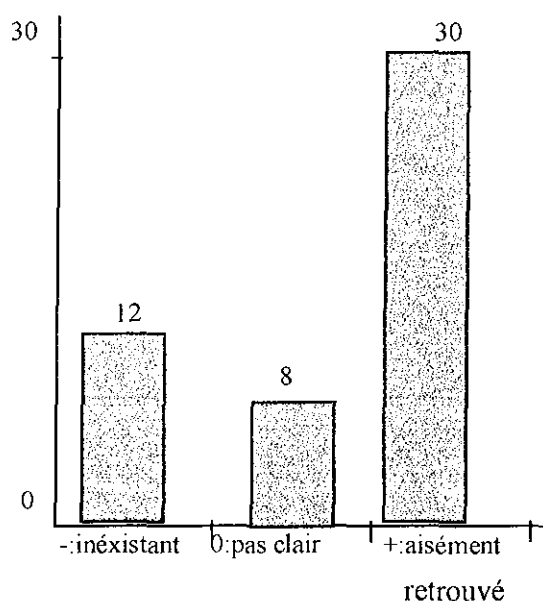


Figure 6

Dans 60% des cas, le compte-rendu de l'état de santé bucco-dentaire du patient a été retrouvé toutefois, dans 24%des dossiers, il n'y a aucun compte-rendu et dans 16% des dossiers ce compte-rendu n'est pas clair. Ces résultats sont à peu près identiques à ceux de l'item précédent car ces renseignements (état de santé général et bucco-dentaire) sont retrouvés lorsqu'ils sont présents, sur la fiche de première consultation du S.A.S. Là encore, il est nécessaire d'améliorer ce pourcentage.

5.4.LES PROBLEMES DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DU PATIENT SONT-ILS IDENTIFIES ET DIAGNOSTIQUES ?

identification	Nb. cit.	Fréq.
-inexistant	9	18,0%
0:pas clair	11	22,0%
+aisément retrouvé	30	60,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure7

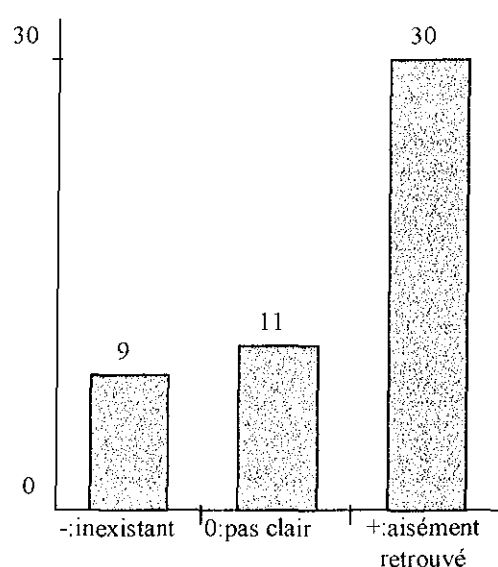


Figure 8

L'identification et le diagnostic des problèmes de santé bucco-dentaire étaient retrouvés dans le dossier dans plusieurs rubriques de la fiche de S.A.S. (demande initiale, profil clinique et problèmes) ainsi que dans la fiche de prothèse. C'est pourquoi les résultats concordent avec ceux des deux précédents items.

En effet, dans 60% des dossiers, on retrouve l'identification et le diagnostic des problèmes bucco-dentaires, dans 22% des dossiers, ils n'apparaissent pas clairement et enfin dans 18% des dossiers, on ne les retrouve pas.

5.5.LES RADIOGRAPHIES SONT-ELLES CLASSEES ?

classement des clichés	Nb. cit.	Fréq.
-:inexistant	12	24,0%
0:pas clair	17	34,0%
+:aisément retrouvé	21	42,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 9

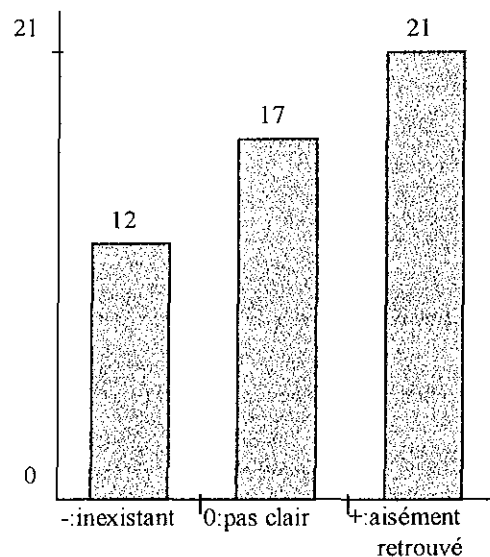


Figure 10

Le système de classement des clichés radiologiques a été décrit précédemment, nous lui reprochions son manque d'ergonomie ainsi que la possibilité de perte des clichés. L'audit confirme ici notre scepticisme à l'égard de ce système puisque dans 24% des dossiers les clichés n'étaient pas classés, dans 34% des dossiers le classement n'était pas évident et enfin, 42% des dossiers ont été qualifiés de clairs. Le classement des clichés tel qu'il est mis en place dans le nouveau dossier répond, on le verra, beaucoup plus à nos attentes.

5.6. RETROUVE-T-ON DES COMPTES RENDUS DE SOINS ET DES COURRIERS ?

courriers	Nb. cit.	Fréq.
-:inexistant	25	50,0%
0:pas clair	9	18,0%
+:aisément retrouvé.	16	32,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 11

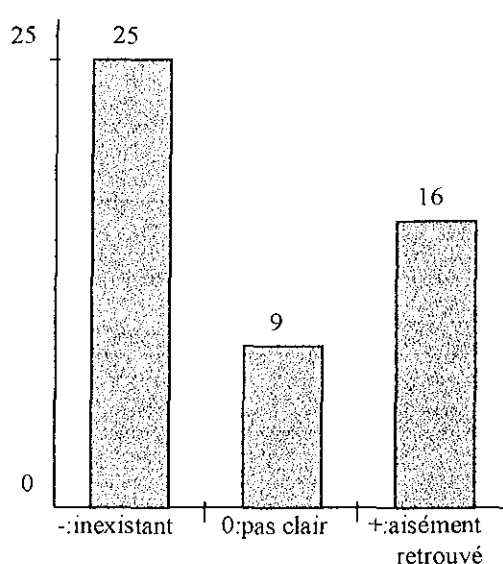


Figure 12

Le tableau de résultats (fig 11) et le diagramme (fig 12), ne doivent pas nous étonner puisque aucune structure n'était prévue dans le dossier pour accueillir ce type de documents. Cela explique que dans 50% des cas on ne retrouve aucun compte rendu de consultation ni de courrier. Toutefois, il faut remarquer que tous les patients ne sont pas adressés et qu'ils ne font pas tous l'objet d'un courrier ou d'un entretien téléphonique avec un médecin généraliste ou spécialiste.

5.7.LE DOSSIER CONTIENT-IL UN DIAGNOSTIC ET UNE PROPOSITION DE TRAITEMENT VALIDES PAR UN ENSEIGNANT

diagnostic	Nb. cit.	Fréq.
-:pas clair	13	26,0%
0:inexistant	19	38,0%
+:aisément retrouvé	18	36,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 13

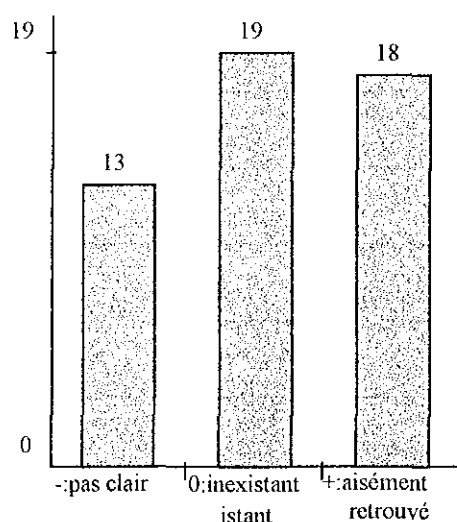


Figure 14

Les dossiers évalués ne contiennent un diagnostic et une proposition de traitement validé par la faculté que dans 26% des cas. Dans l'ancien dossier, ces informations devaient être consignées soit dans la fiche du S.A.S., soit dans la fiche de prothèse ou encore dans la fiche de pédodontie. Or 58% des dossiers évalués contenaient au moins une de ces trois fiches, nous pouvons donc en conclure qu'ici, ce n'est pas seulement le dossier qui est incriminé mais aussi les étudiants qui ne l'ont pas rempli correctement. A ce propos d'ailleurs, dans 38% des dossiers, le diagnostic et la proposition de traitement validés par la faculté n'apparaissent pas clairement (i.e. soit l'un ou l'autre fait défaut, soit ils n'ont pas été validés). Enfin ces derniers n'ont pas du tout été retrouvés dans 36% des dossiers.

5.8. LE DOSSIER CONTIENT-IL UN COMPTE RENDU DE L'INFORMATION DONNÉE AU PATIENT ?

information	Nb. cit.	Fréq.
-: inexistant	25	50,0%
0: pas clair	14	28,0%
+: aisément retrouvé.	11	22,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 15

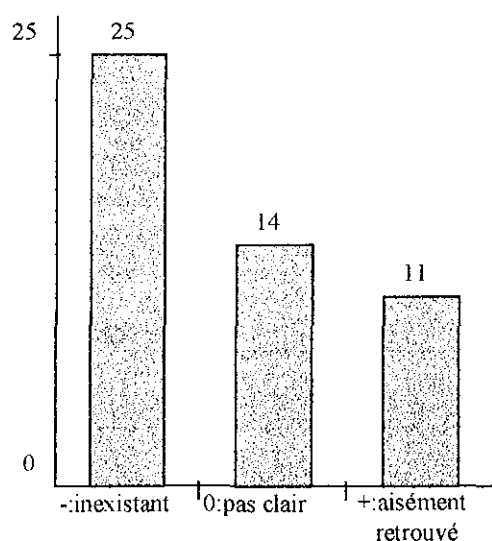


Figure 16

Les figures 15 et 16 nous indiquent que dans 50% des cas, il n'y a pas de compte-rendu de l'information donné au patient, dans 11% des cas, il est aisément retrouvé dans le dossier et enfin dans 14% des cas, il n'apparaît pas clairement. Le premier chiffre ne nécessite pas d'explication; les 11% correspondent aux dossiers dans lesquels le consentement situé au verso de la fiche de S.A.S. a été rempli et signé par le patient; Enfin les 14% restant correspondent aux dossiers dans les quels le consentement et l'information du patient sont implicites: c'est à dire, par exemple, lorsqu'un devis et les travaux portés sur ce devis ont été réalisés. Toutefois, ces consentements implicites n'ont pas de réelle valeur et comme par

ailleurs les données enregistrées sur la fiche de S.A.S. sont saisies sur informatique, il faut recueillir le consentement informatique et liberté du patient. Le premier résultat de cet audit nous indique que 38% des dossiers évalués contenaient une fiche de S.A.S. de validité inférieure à un an ce qui signifie là encore que les étudiants n'ont pas rempli la fiche correctement et que cette dernière n'a pas été vérifiée par l'enseignant responsable.

Il conviendra de sensibiliser l'équipe soignante au devoir d'information qu'elle a envers le patient ainsi qu'à la nécessité de consigner dans le dossier que ce devoir a été rempli.

5.9. LE DOSSIER CONTIENT-IL L'ACCEPTATION PAR LE PATIENT ET PAR LA FACULTE
DU PLAN DE TRAITEMENT (INITIAL ET MODIFIE) ?

consentement éclairé	Nb. cit.	Fréq.
-:inexistant	15	30,0%
0:pas clair	18	36,0%
+:aisément retrouvé.	17	34,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 17

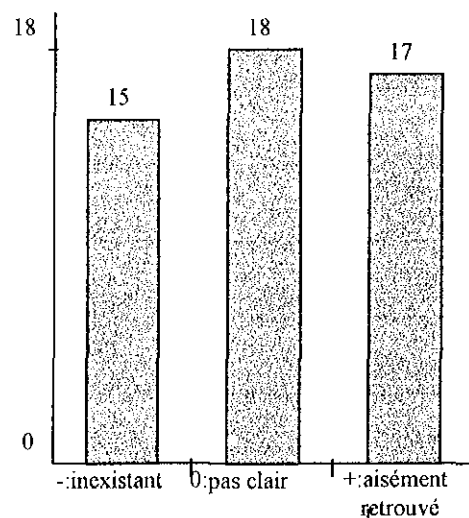


Figure 18

L'acceptation du plan de traitement initial et modifié par le patient et par la faculté est aisément retrouvée dans 30% des cas, qualifiée de pas claire dans 36% des cas et inexistante dans 34% des cas. Le premier résultat nous laisse perplexe puisque dans l'ancien dossier, il n'y avait pas de place pour l'écriture du plan de traitement. Toutefois l'acceptation du plan de traitement et par le patient et par la faculté se manifeste au travers du dossier par le fait que le patient vient à ses rendez-vous et se fait soigner mais aussi parce que ces soins se font au sein de la faculté et qu'ils sont réalisés en présence d'enseignants. Enfin le dernier résultat lui aussi

est étonnant car il ne prend pas en compte le consentement implicite dont il était question précédemment, ceci peut être imputé à la multiplicité des auditeurs.

Quoi qu'il en soit dans un souci d'obtenir, grâce au dossier, un moyen de communication efficace, le plan de traitement initial et modifié doit être consigné clairement dans le dossier, de même que si on souhaite que le dossier joue son rôle de bouclier juridique, le plan de traitement doit être co-signé par le patient et par un enseignant responsable.

5.10. RETROUVE-T-ON DANS LE DOSSIER UN COMPTE RENDU CHRONOLOGIQUE DES SOINS EFFECTUES ?

chronologie	Nb. cit.	Fréq.
-: inexistant	4	8,0%
0: pas clair	4	8,0%
+: aisément retrouvé.	42	84,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 19

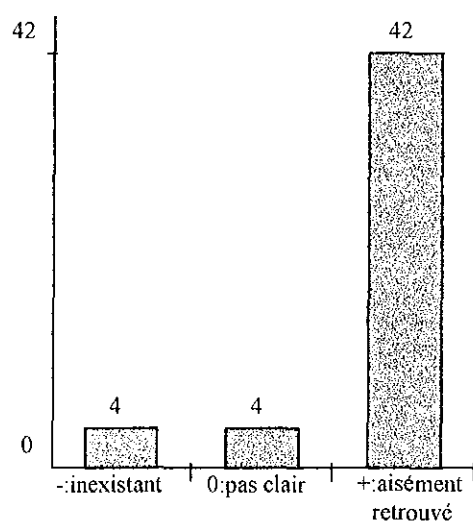


figure 20

Dans la grande majorité des dossiers évalués (84%) les travaux effectués sont consignés de manière chronologique discipline par discipline, les autres résultats concernent des dossiers où seul un acte avait été réalisé ou encore des dossiers particulièrement désordonnés

5.11. L'IDENTITE DE L'OPERATEUR EST-ELLE INDIQUEE POUR CHAQUE SEANCE ?

identité opérateur	Nb. cit.	Fréq.
-:inexistant	4	8,0%
0:pas clair	6	12,0%
+:aisément retrouvé.	40	80,0%
TOTAL OBS.	50	100%

Figure 21

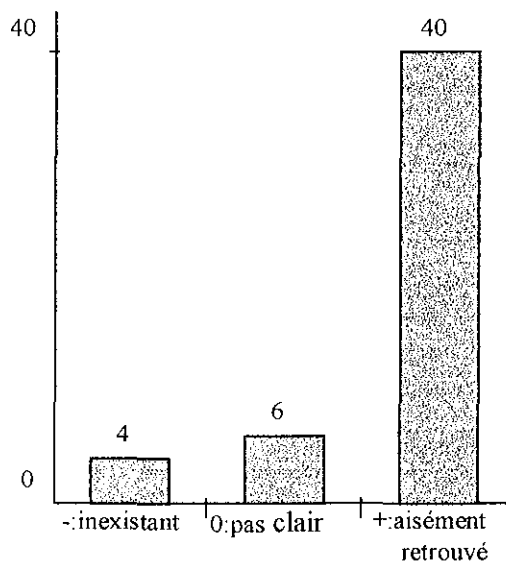


Figure 22

Ces résultats nous ont surpris puisque aucun espace dans l'ancien dossier n'était prévu pour qu'à chaque séance, l'opérateur indique son nom. Cependant, la présence de fiche de prothèse ou de pédodontie peut influencer le résultat.

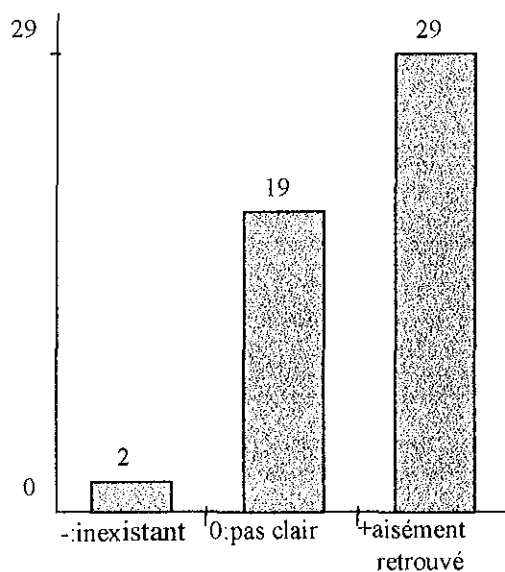
Tout comme dans l'item précédent, une grande majorité des dossiers répondent à nos attentes. Toutefois dans 12% des cas, il subsiste un doute concernant l'identité de l'opérateur et dans 8% des cas elle est inconnue. Ces résultats ne sont pas encore satisfaisants et il faut

agir à deux niveaux : au niveau du dossier en aménageant pour chaque acte un endroit où l'opérateur écrira son nom, et au niveau de l'étudiant en l'obligeant à s'identifier.

5.12. CONNAIT-ON L'IDENTITE DE LA SOUS SECTION DE TRAITEMENT ?

section de traitement	Nb. cit.	Fréq.
-:inexistant	2	4,0%
0:pas clair	19	38,0%
+aisément retrouvé.	29	58,0%
TOTAL OBS.	50	100%

figure 23



Dans 58% des cas le département de traitement est connu, dans 38% cette information n'est pas claire et dans 4% des cas elle est inexistante. Le département de traitement est

aisément retrouvé quand un patient se fait soigner dans un seul département ; quand par contre il est traité pour plusieurs problèmes à la fois, cela devient plus compliqué.

En ce qui concerne les remarques et les conclusions des auditeurs, elles sont très diverses allant d'une simple appréciation à la liste des informations manquantes. Elles correspondent aux résultats et traduisent encore une fois la grande disparité qui existe entre les dossiers.

Dans l'actuel dossier patient, les points sur lesquels l'audit portait ont été revus et modifiés.

NOM :

Epouse :

N° Dossier :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Date de consultation	Objectif du traitement	Secteur thérapeutique	Date du Plan de traitement	Date de mise en route du traitement	Date de fin des travaux	Référence de suivi	Date d'archivage

Figure 1

6. DESCRIPTION DU NOUVEAU DOSSIER PATIENT DU CENTRE DE SOINS HEYDENREICH.

6.1. QUELLES SONT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS REALISEES ?

En premier lieu, le dossier tel qu'il se présente désormais sera archivé tous les ans, ainsi à chaque début d'année universitaire, tous les dossiers seront rangés et on en créera de nouveaux portant les mêmes références (seul le feuillet blanc est archivé, l'enveloppe bleue reste toujours la même).

Ceci va permettre :

- De remettre à jour les informations concernant le patient (état civil, état de santé, état bucco-dentaire).
- D'évaluer de nouveau le plan de traitement en fonction des acquis et des difficultés rencontrées l'année précédente.
- D'éviter, qu'au bout de quelques années, le dossier redevienne une "pochette fourre-tout"

En second lieu, le système de classement des clichés radiologiques a été modifié. En effet, désormais les clichés sont fixés sur une feuille de papier transparent du type de celles utilisées pour le collage des bilans long-cône, selon la présentation de ces bilans. Pour chaque dent, c'est le cliché le plus récent qui sera fixé sur la feuille (les autres étant archivés).

Enfin, c'est tout l'agencement du dossier qui a subi des modifications, que nous allons décrire dans les paragraphes qui vont suivre.

6.2. LA POCHETTE BLEUE.

La chemise dans laquelle est rangé le dossier blanc n'a que très peu changé. Si la page de couverture est toujours la même, en revanche la page intérieure a été modifiée. En effet, on ne trouve plus de questionnaire de santé et d'habitudes de vie, mais un tableau récapitulatif

**Service d'Odontologie CHU de Nancy
Faculté de Chirurgie Dentaire de Nancy**

Rue du Docteur Heydenreich - Nancy - Tél. : 03 83 85 12 40

N° Enregistrement : 1

Nom et prénoms : _____	Nom et prénom de l'Assuré(e) : _____
Nom de jeune fille : _____	Caisse de Sécurité Sociale : _____
Date de naissance : _____	N° de S. Sociale : _____ - Clé -
Adresse fixe : _____	N° Organisme : _____
Code postal : _____	Ouverture des droits : _____
Adresse actuelle : _____	Mutuelle : _____ Type : _____
Code postal : _____	N° Adhérent : _____ Validité : _____
N° de téléphone : 0 _____	Employeurs : _____
Autres renseignements : _____	

Date Archives :

Orientation : OC-ENDO PROTHESES ODF
 PATHO-CHIR OD. PED PARO

N° Dossier :

Secteur	Date devis	Date de la demande	Date de l'accord	Date de fin travaux

Penglobe[®] 600_{mg}

AstraZeneca 

INFECTIONS BUCCO-DENTAIRES

*1 comprimé matin et soir 1 Boîte = 1 traitement
avant, pendant ou après les repas*

des dossiers archivés année après année. La figure 1 nous donne un exemple d'utilisation de ce tableau.

6.3. LE DEPLIANT BLANC.

Le dépliant est une fiche cartonnée à deux rabats de format A4, il comporte donc six pages.

6.3.1. Page 1.

Tout comme l'ancien dossier, la page n°1 a une vocation administrative. Cette page a été reproduite ci-contre. On retrouve :

❶ Deux zones réservées au classement et à l'archivage : en haut à droite, le n° d'enregistrement du dossier et sur le côté, à gauche, le n° du dossier (qu'on retrouve aussi sur l'enveloppe bleue) ainsi que la date à laquelle le dépliant a été archivé.

❷ Une zone réservée à l'état civil du patient.

❸ Une zone concernant la couverture sociale du patient

❹ Dans la zone centrale de la page, on indiquera l'orientation principale du patient(c'est à dire dans quelle sous-section il est principalement traité).

❺ Enfin le bas de la page est réservé à l'enregistrement des dates de devis, d'ententes préalables, d'accords de la sécurité sociale et de fin de travaux.

CHUN - Service d'Odontologie - UF SAS

Journal de consultation
 Jour : Vac : Date : ②

① Patient NOM :

Prénom(s) :

né(e) le : / / Sexe :

④ Clinicien d'accueil Stagiaire d'accueil ④

CMU

CMUc

Mut.

As. priv

Demande initiale

1. Dépistage prévention	2. Soins spécialisés	3. Avis spécialisé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Soulagement souhaité	5. Problèmes fonctionnels	6. Insatisfaction esthétique	
7. Dysmorphose ou croissance	8. Défaillance de traitement en cours	9. Tableau infectieux	
10. Lésion cutanéomuqueuse	11. Recherche foyers infectieux	12. Autre	

Antécédents médicaux Résumé

Médecin traitant, nom et adresse, habitudes de vie, état général ...

• **Indicateur de risque**
 1 = Sans particularité
 2 = Précautions de réalisation
 3 = Contre-indications

⑦

- **Etats à risque**
 - Grossesse
 - Maladie rénale
 - Transplantation d'organe
 - Maladie infectieuse
 - Maladie appareil digestif
 - Diabète et métabolisme
 - Maladie nerveuse
 - Sang et coagulation
 - Manifestations allergiques
 - Cardiopathie
 - Hyperthermie maligne
 - Manif. d'agitation ou anxiété
- **Médications à risque**
 - Radiothérapie
 - Antidépresseurs (IMAO)
 - Salicylate (Aspirine)
 - Immunodépresseur
 - Antibiotique
 - Anti-inflammatoire
 - Stupéfiants et autres
 - Anticoagulants
 - Stérilet

Historique dentaire

Praticien traitant, prévention, traumas, ODF, OC, Prothèse, Chir, Rx ...

⑥ bis

Consultation

A/ Examen crânio-facial * (Répondre : 0 = négatif, 1 = affirmatif) :

Examen gingivo-parodontal

CPITN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 Sain
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 Gingivite
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 Tartre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3 Poche > 3 mm et < 6mm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4 Poche > 6 mm

Plaque visible *

Récession gingivale *

Mobilité dentaire *

Etat dentaire 0 = saine

1 = Carie initiale active

4 = Obturation ≤ 1 face

7 = Prothèse (portée)

A = Temporaire saine

2 = Pertuis < 2 mm

5 = Obturation > 1 face

8 = Définitive perdue, non remplacée

B = Temp. cariée ou soignée

3 = Ouverture > 2 mm

6 = Couronne

9 = Encore incluse ou enclavée

X = Choix impossible

⑥b

18	17	16	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	26	27	28	Proth. non portée * <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48	47	46	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	36	37	38	Proth. inadaptée * <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.3.2. Page 2.

Sur la page numéro 2 du dépliant, on retrouve des éléments qui figuraient sur le recto de l'ancienne fiche du S.A.S., les pages 2 et 3 seront remplies lors de la première consultation du patient.

Ainsi, on retrouve :

❶ Une zone d'identification de la date et de la vacation du jour de la première consultation ou de la remise à jour du dossier.

❷ En haut à gauche, on trouve de nouveau une zone d'identification du patient : nom, prénom sexe et date de naissance.

❸ L'indication des droits du patient en matière de couverture sociale sous forme de tableau.

❹ L'identification du clinicien et de l'étudiant d'accueil; dans ce cadre, ils doivent indiquer **leur nom en toutes lettres**.

❺ La demande initiale du patient présentée sous forme de tableau et retranscrite grâce à un code chiffré.

❻ Les antécédents médicaux du patient et ❻ bis, ses antécédents dentaires.

❼ Un rappel des différents états dits "à risque" et une zone réservée à l'indice indicateur de risque (ce dernier restant identique à celui précédemment mis en place).

Le bas de la page n°2 porte l'intitulé : consultation, cette partie est divisée en 6 étapes et à pour vocation d'orienter l'étudiant dans sa démarche clinique. La première étape se trouve en page 2 et les cinq autres en page 3.

❽ L'examen cranio-facial : ❽a l'examen gingivo-parodontal (CPITN et présence de récession, de plaque visible et constat de mobilités) et ❽b l'état dentaire (schéma dentaire). Toutes les informations sont retranscrites à l'aide de codes chiffrés

① ←

** Indicateur de risque*
 1 = Sans particularité
 2 = Précautions de réalisation
 3 = Contre-Indications

Date :
 Stagiaire :
 Clinicien :

3 → ③
 Visa :

B/ Profil de santé bucco-dentaire :

1. Consultation :
 - Perception d'une anomalie
 - Consultation pour douleur
2. Comportement, vie sociale :
 - Crainte, suivi irrégulier
 - Stress, précarité
3. Facteurs :
 - Locaux : tartre, plaque
 - Risques liés à l'état général
4. Bucco-gingival :
 - Gingivite aiguë ou chronique
 - Paro-pathie active, tumeur
5. Dents, caries ou tissus durs :
 - Lésions superficielles
 - Manifs pulpaire, apicale
6. Edentation :
 - Risque, déplacement dentaire
 - Dystopie, dysharmonie, occlusion
7. Esthétique
 - Demande esthétique
 - Malocclusion, éruption
8. Structure et fonction :
 - Problème avec une prothèse
 - Perte structure, parafonction, dysfonction

C/ Hiérarchie des problèmes :

→ ⑤

D/ Objectifs de santé :

- Prévention
- Urgence
- Interception
- Compensation
- Equilibration
- Réhabilitation

E/ Orientation :

Date	Secteur	Opérateur
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

F/ Suivi : Placé sur liste de suivi (réfs)

Engagement Informatique et Liberté :

Mlle, Mme, Mr :

• Accompagnant :

Certifie avoir donné toutes indications sur mon état de santé, avoir été informé(e) de mon état bucco-dentaire et autorise l'exploitation informatique ainsi que le suivi sous forme anonyme des informations portées sur la fiche.

Date :

Signature :

②

④

⑤

⑥

③

⑤

⑦

6.3.3. Page 3.

La page 3 du dépliant, on l'a vu, comporte les cinq dernières étapes de la consultation.

On retrouve :

- ❶ Un rappel de l'indicateur de risque.
- ❷ La 2^{ème} étape du raisonnement : le profil de santé bucco-dentaire établi à l'aide de huit points.
- ❸ La hiérarchie des problèmes : dans cette partie, l'étudiant classe les problèmes dentaires du patient par ordre d'importance.
- ❹ Les objectifs de santé, à retranscrire en toute lettre et en sélectionnant une ou plusieurs des réponses proposées.
- ❺ L'orientation du patient : à quelle date, dans quelle sous-section et avec quel opérateur.
- ❻ Le suivi du patient dans le cas où il ne pourrait être pris en charge immédiatement, il est placé sur une liste de suivi et on lui attribue des références.
- ❼ Le consentement éclairé et le consentement informatif et liberté : sorte de ratification du contrat de soin à faire signer impérativement par le patient ou par la personne accompagnant dans le cas où le patient serait mineur ou inapte quelle qu'en soit la raison.
- ❽ C'est la zone réservée à la validation de la consultation par le clinicien responsable. Cette validation se fait par l'apposition d'une signature.

Traitement

4

Objectifs

Date : _____ **Date :** _____

Eléments

Prophylaxie																													
Restauration																													
Endodontie																													
Chirurgie buccale																													
Prothèse																													
Chirurgie parodontale																													
Autre	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28													
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38													
Autre																													
Chirurgie parodontale																													
Prothèse																													
Chirurgie buccale																													
Endodontie																													
Restauration																													
Prophylaxie																													

Plan détaillé

Date : _____ **Visa** _____ **Date :** _____ **Visa** _____

Clinique	Etudiant	Date	Enseignant	Visa

PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES : ANTI-BIOTIQUE ANTI-BACTERIEN de la famille des bêta-lactamines, du groupe des aminopénicillines. (J : Antifocbeux). La bacampicilline est un antibiotique bactéricide de la famille des bêta-lactamines du groupe des pénicillines A, prodrogue de l'ampicilline. **Activité antibactérienne :** le spectre antibactérien de la bacampicilline après hydrolyse est le suivant : **Espèces habituellement sensibles :** Plus de 90 % des souches de l'espèce sont sensibles ("S") - Streptocoques A, B, C, F, G ; Streptocoques non groupables - S. pneumoniae pénicilline-sensibles - E. faecalis, L. monocytogenes - C. diphtheriae, E. rhusopathiae, Eikenella - N. meningitidis, B. pertussis - Clostridium sp., P. acnes - Peptostreptococcus, Actinomyces - Leptospira, Borrelia, Treponema - Espèces résistantes : Au moins 50 % des souches de l'espèce sont résistantes ("R") - Staphylococcus, B. californiens, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, C. diversus, C. freundii - P. rettgeri, M. organii, P. vulgaris, Providencia, Y. enterocolitica - Pseudomonas sp., Acinetobacter sp., Xanthomonas sp., Flavobacterium sp., Alcaligenes sp., - Nocardia sp., Campylobacter sp., - Mycoplasmas, Chlamydiae, Rickettsiales, Legionella, Mycobactéries - B. fragilis. **Espèces incertainement sensibles :** Le pourcentage de résistance acquise est variable. La sensibilité est donc imprévisible en l'absence d'antibiogramme. - E. faecium, S. pneumoniae peni-1 ou R - E. coli, P. mirabilis, Salmonella, Shigella, V. cholerae - H. influenzae, N. gonorrhoeae - Fusobacterium, Prevotella. - N.B. : certaines espèces bactériennes ne figurent pas dans le spectre en l'absence d'indication clinique. En France, en 1995, 30 à 40 % des pneumocoques sont de sensibilité diminuée à la pénicilline (CMI > 0.12 mg/ml). Cette diminution de l'activité intéresse toutes les bêta lactamines dans des proportions variables, et devra notamment être prise en compte pour le traitement des méningites en raison de leur gravité et des odes aiguës moyennes ou l'incidence des souches de sensibilité diminuée peut même dépasser 50 %. **PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :** A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité pour les plaquettes thermoformées (PVC/PVDC). A conserver à une température inférieure à 25°C pour le film thermosoudé (Aluminium). **PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE - CONDITION DE DELIVRANCE :** Liste I. PENGLOBE® 400 mg : A.M.M. : 321 057.7 : 12 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/PVDC/Alu). Prix : 36,40 F ou 5,55 euros - Remb. Sec.Soc à 65 %. Collect. A.M.M. : 555 411.1 : 60 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/PVDC/Alu). PENGLOBE® 600 mg : A.M.M. : 327 840.5 : 12 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/PVDC/Alu). Prix : 46,10 F ou 7,63 euros. Remb. Sec.Soc à 65 %. Collect. A.M.M. : 555 415.7 : 60 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/PVDC/Alu). Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal. **EXPLOITANT :** AstraZeneca 1, Place Renault - 92844 Rueil-Malmaison Cedex - Tél. : 01.41.29.40.00. DATE DE REVISION : Mars 1997(PEN400-600MLR/0300.1)



6.3.4. Page 4.

La quatrième page de ce dossier est, selon nous une des améliorations les plus importantes car elle concerne une partie qui était totalement occultée dans l'ancien dossier : le plan de traitement.

On retrouve :

❶ Les objectifs de traitement écrits en toutes lettres et datés.

❷ Le plan de traitement résumé sous forme de **tableau**. Ex: 15 très délabrée et à couronner après avoir réalisé le traitement de racine : l'étudiant cochera dans la colonne 15, les lignes restauration, endodontie et prothèse.

❸ Le plan de traitement détaillé validé par l'enseignant responsable de la sous-section dans laquelle l'acte doit être réalisé.

❹ Un tableau dans lequel sera notée la validation du plan de traitement.

6.3.5. Page5.

La page 5 contient l'enregistrement chronologique des actes. Pour chaque soin, seront notés : la date, le secteur (sous-section), le traitement réalisé et les commentaires, la cotation NGAP, le nom de l'étudiant, le nom de l'enseignant et la signature de l'enseignant.

6.3.6. Page 6.

La page 6 est divisée en deux parties : le haut de la page contient la suite de l'enregistrement chronologique des actes (❶) et le bas de la page est constitué d'un tableau dans lequel seront notés les comptes-rendus des examens complémentaires et des correspondances (❷).

NOM :

Prénom(s) :

Epouse :

5

[Empty box for name]

Soins réussis

Table with 7 columns: Date, Secteur, Traitement réalisé et commentaires, Cotation, Etudiant, Enseignant, Validation. It contains multiple empty rows for data entry.

46m 1450009 X19

Technical text box containing pharmaceutical information for PENGLOBE 400 mg and PENGLOBE 600 mg, including composition, indications, posology, and AstraZeneca logo.

Soins successifs (suite)

Date Archives :

Date	Secteur	Traitement réalisé et commentaires	Cotation	Etudiant	Enseignant	Validation

N° Dossier :

Comptes rendus des examens complémentaires et correspondances

Date :

6.4.CONCLUSION.

Désormais, le dossier tel qu'il est conçu devrait répondre à nos exigences de qualité et de traçabilité. Toutefois des améliorations ne pourront se faire dans ce sens que si des efforts collectifs sont produits. Quant au principe d'archiver le dossier chaque année, si cette solution paraît séduisante, seul l'avenir nous dira si elle est pratique. Il reste un point à insérer dans le dossier, la traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure.

Les deux premières parties de cet ouvrage ont été consacrées au dossier patient sur support papier; mais l'avenir, on le sait réside dans le support informatique. Ce dernier est de plus en plus d'actualité dans les cabinets d'exercice privé, et bientôt ce sont les dossiers papiers qui deviendront "pièces de musée". Toutefois, en France, seul un seul centre de soin universitaire a tenté d'informatiser ses dossiers patients.

Dans la troisième partie, nous allons donc aborder le dossier patient dans sa version informatisée.

**TROISIEME PARTIE : QUEL AVENIR
POUR LE DOSSIER PATIENT ?**

1. INTRODUCTION.

Le dossier patient tend, depuis ces dix dernières années à passer tout doucement d'un support papier à un support informatique. En effet, les ordinateurs ont fait leur apparition dans les cabinets dentaires à la fin des années 60 et ils y ont vraiment trouvé leur place en tant que réel outil de gestion pendant les années 80. Depuis les années 90, cet outil devient de plus en plus performant et les logiciels mis sur le marché se multiplient et rivalisent de convivialité et d'ingéniosité ; c'est pourquoi, on assiste, ces dernières années, à une diversification de la fonction de l'ordinateur au sein du cabinet dentaire : ce n'est plus un simple outil de gestion, il fait désormais partie intégrante du cabinet en tant qu'instrument au même titre qu'une turbine ou un fouloir à amalgame. Nous n'allons pas développer dans cette partie le rôle d'un système informatique complet dans un cabinet, nous nous en tiendrons seulement au dossier patient informatisé, tel qu'on peut le rencontrer actuellement et tel qu'il est appelé à devenir.

2.L'INFORMATIQUE EN CABINET DENTAIRE ET LA LOI.

2.1.INFORMATIQUE ET LIBERTE.

[44, 45]

La dentisterie est particulièrement concernée par les questions de respect des libertés individuelles et de protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel. Notre appartenance au monde médical impose de respecter absolument la législation en vigueur, en particulier :

- La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- La loi du 3 juillet 1985 relative à la protection des logiciels.

C'est la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) qui est chargée de l'application de la loi.

Pour mettre en œuvre un traitement informatisé d'informations nominatives, il est nécessaire de réaliser certaines formalités auprès de la CNIL. Ces dernières sont obligatoires et leur non-respect est passible de sanctions pénales prévues par la loi.

Dans sa thèse, S.DESBOIS [45] nous rappelle les formalités que chaque praticien désireux d'informatiser ses fichiers doit au préalable réaliser. Le dossier de déclaration ordinaire est rempli en deux exemplaires et doit comporter :

- Un formulaire CERFA 99001 à remplir recto verso. Celui-ci est disponible auprès des Chambres de Commerce et d'Industrie, des préfectures et de la CNIL.
- Un ensemble d'annexes explicatives qui sont établies sur papier libre et complètent les rubriques du formulaire. Ces dernières sont signalées par un astérisque et précisent :

- Le service chargé de la mise en œuvre du traitement (R 5).

- La finalité du traitement (R7).

- Les mesures prises pour informer les patients de l'existence du traitement et des modalités d'exercice de leur droit d'accès (R8).

- Les caractéristiques techniques : les moyens informatiques et les cas échéant le type de réseau utilisé (R12.2).

- Les mesures de sécurité adaptées pour garantir la confidentialité des données médicales (R13).

- Le détail des informations traitées ainsi que leurs destinataires et leur durée de conservation.

D'ailleurs, des affichettes d'information des patients créées par la CNIL, pour les professions de santé, résumant ces informations sont disponibles.

Concrètement, dans le cas précis de l'informatisation d'un cabinet dentaire, il importe que les annexes de déclaration jointes au dossier précisent au moins, à quoi sert l'ordinateur, les mesures d'information des patients adoptées en pratique, le type de matériel informatique utilisé, les mesures de sécurité prévues ainsi que la liste détaillée des informations enregistrées et les destinataires.

Toute personne justifiant de son identité a le droit de se faire communiquer et éventuellement de corriger les informations la concernant. Par ailleurs il convient d'assurer la confidentialité du contenu des dossiers à tous les points de vue.

2.2. VALEUR LEGALE DU DOSSIER SUR SUPPORT INFORMATIQUE.

Le droit français est un droit écrit et le dossier informatisé n'a de valeur juridique que s'il est imprimé sur support papier ; dans ce cas seulement il sera recevable.

3. LE DOSSIER PATIENT DANS LES LOGICIELS DENTAIRE.

[35,37,39,41,42,46,48,49]

Un logiciel, selon le petit Larousse est un "ensemble des programmes, des procédés et des règles, et éventuellement de la documentation, relatifs au fonctionnement d'un ensemble de traitement de l'information". Les logiciels dentaires utilisés en cabinet présentent des avantages liés à leur fonctionnalité, et des inconvénients et des contraintes qui eux, résultent surtout de l'informatique en général ; c'est à dire qu'on retrouve ces contraintes dès que l'informatique entre en jeu.

3.1.LES INCONVENIENTS ET CONTRAINTES DE L'INFORMATISATION DU DOSSIER PATIENT.

Le "Journal of American Dental Association" a réalisé et publié en septembre 1999, un sondage auprès de ses lecteurs concernant le support de leurs dossiers patients [43]. 58% des sondés affirmaient utiliser les deux types de supports, réservant l'informatique à la partie administrative et comptable du dossier ainsi qu'à la radiographie numérisée. A la question, quelles sont vos réticences à utiliser l'outil informatique comme unique support de vos dossiers, les réponses les plus fréquemment citées furent : les problèmes de sécurité, de choix du logiciel adéquat, de virus et d'absence de confiance en cette technologie. A ces raisons, on peut aussi ajouter, le manque de formation, la rapidité des évolutions dans ce domaine, le coût de l'investissement. Ces arguments, mis à part la frilosité et la réticence toute naturelle des praticiens qui ont travaillé sur support papier pendant trente ans, sont justifiés et nous allons les développer dans les parties qui suivent.

3.1.1. La nécessité d'une formation.

Sans parler des logiciels, l'informatique, si conviviale qu'elle soit en train de devenir, nécessite de connaître certains principes de base afin d'utiliser correctement les machines et d'éviter de commettre des erreurs : Toute informatisation du cabinet doit être accompagnée d'une formation. Il en va de même pour le logiciel de gestion des patients choisi. En effet, on

a précisé précédemment que quel que soit le support du dossier, les informations qu'il doit contenir sont identiques, donc c'est dans ses fonctionnalités que le dossier sur support informatique est intéressant. En conséquence de quoi, les bénéfices d'un tel système ne seront tirés que si l'utilisateur sait parfaitement s'en servir, sans quoi il ne récoltera qu'ennuis et perte de temps.

3.1.2. L'investissement.

L'acquisition de matériel informatique pose d'emblée le problème du coût, c'est pourquoi, il faut bien étudier le contrat de maintenance. Toutefois, le logiciel en tant qu'amortissement exceptionnel est amortissable sur douze mois, et l'outil informatique sur quatre ans. Par ailleurs, la tendance des prix est à la baisse compte tenu de la fréquence des innovations dans ce domaine.

3.1.3. Le problème de la sauvegarde des informations.

L'absence de sauvegarde des informations entraîne, on le comprend des conséquences catastrophiques pour le cabinet. C'est pourquoi, il faut choisir une méthode de sauvegarde des données simple et efficace. Il est recommandé de sauvegarder les informations une à deux fois par jour.

3.1.4. Le problème des pannes.

Les pannes peuvent se produire à trois niveaux : la panne électrique, la panne du matériel informatique (hardware) et la panne du logiciel (software).

- La panne de secteur : elle peut entraîner la perte de données, pour pallier à cela, il convient de sauvegarder régulièrement ses données et d'acquérir un système électronique

de protection qui permet à la machine de rester sous tension quelques minutes afin que l'utilisateur puisse sauvegarder les données.

- La panne du matériel : elle entraînera des désagréments tant qu'elle n'aura pas été réparée, c'est à ce niveau que le contrat de maintenance prend toute son importance.

- La panne du logiciel : elle paralyse la gestion du cabinet, pour pallier cette panne des systèmes d'aide en ligne (par téléphone) sont mis en place par les fabricants de logiciels. Outre le fait que cette assistance se fait 24h sur 24, cette solution constitue une voie de sortie honorable pour ne pas trop perdre la face vis à vis du patient et pour ne pas rester trop longtemps bloqué.

3.1.5. La pérennité des informations.

La loi française impose aux praticiens de conserver les documents administratifs, médicaux et comptables pendant au moins trente ans. Compte tenu de ce délai, se pose le problème de la pérennité du matériel informatique. Pour faire face à ces contraintes, l'Association Nationale d'Echanges et de Recherche Informatique (ANERIO), en collaboration avec la commission informatique de l'Association Dentaire Française ont créé un concept de transfert des données : DSIO.

Leur objectif est double : la protection des concepteurs de logiciels car le programme est leur propriété et les utilisateurs du logiciel puisqu'ils possèdent les informations.

DSIO permet le transfert du fichier d'un logiciel adhérent à la norme vers un autre logiciel adhérent. Il est donc possible pour un praticien qui souhaite changer de logiciel de transférer son fichier patient vers une nouvelle installation informatique.

Nous allons aborder maintenant les avantages du dossier patient sur support informatique.

3.2.LES AVANTAGES DU DOSSIER PATIENT INFORMATISE.

Dans le cas d'un cabinet informatisé, le dossier patient n'est plus à proprement parlé un outil tel qu'on a put le définir dans la deuxième partie ; il entre dans la composition d'un nouvel outil : le logiciel dentaire. Et les avantages d'un dossier patient informatisé sont ceux du système informatique.

3.2.1. Le gain de place.

Le gain de place réalisé par le praticien qui utilise des dossiers patients informatisés est considérable car il se fait à **deux niveaux** :

En premier lieu, il concerne l'archivage : la comparaison de la taille d'une disquette Zip et de boîtes à archives en carton se passe de commentaires. L'ergonomie du poste de travail s'en trouve donc considérablement améliorée.

En outre les informations contenues dans un dossier patient informatisé sont plus complètes que celles contenues dans les dossiers patients classiques. En effet, rares sont les dossiers sur support papier qui proposent quatre types de schémas dentaires.

3.2.2. La recherche des dossiers patients.

La recherche et le rangement des dossiers n'étant plus liés à la manipulation de dossiers papiers, l'utilisateur réalise un gain de temps certain. Non seulement, l'informatique évite de sortir, classer, rechercher, et ranger les dossiers, mais aussi elle permet de retrouver un dossier d'au moins une dizaine de façons différentes selon le thème de la recherche et ceci grâce aux bases de données qui composent le logiciel.

Ainsi les dossiers peuvent être sortis :

- Grâce aux trois premières lettres du nom
- Par ordre alphabétique
- A partir du cahier de rendez-vous
- A partir d'une base de données.

Les bases de données sont par exemple : recherche de tous les dossiers des patients qui ont consulté à telle date, recherche de tous les patients qui n'ont pas consulté depuis telle date, des patients qui n'ont pas réglé leurs honoraires, de ceux qui n'honorent pas leurs rendez-vous etc.

3.2.3. Le suivi des familles.

Le fait de pouvoir relier les dossiers de membres d'une même famille permet d'éditionner les feuilles de soins pour toute la famille, de réaliser les règlements groupés, de gérer les impayés. Par ailleurs, on peut créer une fiche patient à partir de celle d'un membre de la famille sans avoir à réenregistrer tous les renseignements concernant l'état civil et la couverture sociale.

3.2.4. La pharmacovigilance et la signalisation du risque médical.

Dans un logiciel de gestion des patients d'un cabinet dentaire, il existe une fiche médicale du patient dans laquelle sont saisis les antécédents médicaux, les pathologies et allergies éventuelles du patient ainsi que les traitements médicaux en cours. Dans la plupart des logiciels, lorsque la fiche médicale est remplie, une icône indicatrice de risque apparaît sur l'écran à l'ouverture de la fiche patient. Cette icône clignote parfois et d'autre fois, elle est accompagnée d'un signal sonore.

Quant à la pharmacovigilance, elle se manifeste lors de la rédaction des ordonnances: en cas d'interaction médicamenteuse, de contre-indication ou d'allergie à un médicament, le logiciel avertira le praticien et parfois il empêchera l'impression de l'ordonnance. Cette pharmacovigilance résulte d'une interaction du logiciel avec le Vidal. En outre l'interaction avec le Vidal permet à l'ordinateur de rechercher des médicaments génériques ou ayant un principe actif équivalent ou encore d'obtenir tous les renseignements concernant ce médicament.

3.2.5. L'interaction saisie des actes réalisés, schéma dentaire, feuille de soins, mise à jour du solde.

Les actes réalisés peuvent être saisis de différentes manières et à partir de plusieurs fenêtres du logiciel. Ces actes sont enregistrables, par le clavier, par écran tactile ou par reconnaissance vocale, depuis le schéma dentaire ou depuis la fiche d'enregistrement chronologique des actes.

Une fois l'acte saisi, l'interaction des modules permet de le retrouver, dans la fiche de soins, sur le schéma dentaire (qui ainsi est perpétuellement actualisé) sur la feuille de soins et enfin le montant de l'acte est automatiquement reporté sur le solde du patient.

Par ailleurs, à partir du schéma dentaire il est possible, en cliquant sur une dent, de faire apparaître l'historique des soins réalisés et des clichés radiologiques.

3.2.6. L'interaction schéma dentaire, devis, plan de traitement, demande d'entente préalable et remboursement du patient.

Cette interaction fonctionne de la même manière que la précédente, à savoir que chacun de ces éléments peut être converti en un autre : à partir d'un plan de traitement saisi en toutes lettres, on obtient le plan de traitement sous forme de schéma dentaire, le devis des travaux, les demandes d'entente préalable à la sécurité sociale, et enfin si les prestations des assurances complémentaires du patient sont paramétrées, le montant de remboursement par les caisses du patient. Si le plan de traitement est saisi à partir du schéma dentaire, l'interaction fonctionne toujours.

3.2.7. L'interaction radiographies numériques et schéma dentaire.

Un autre avantage du dossier patient informatisé est de pouvoir réaliser des clichés numériques, et de pouvoir stocker des photos par l'intermédiaire du scanner. Le dossier du patient est alors beaucoup plus documenté et ceci à moindre place.

En outre, les clichés, photos et panoramiques peuvent se superposer au schéma dentaire.

3.2.8. La clarté et la lisibilité des documents.

On l'a vu, le dossier est mis à jour régulièrement, au fur et à mesure de l'évolution du traitement sur un dossier papier, toutes ces modifications entraîneraient surcharges et ratures donc des problèmes de lisibilité. Grâce au logiciel, les documents stockés et imprimés deviennent clairs et lisibles par tous : assistante, praticien remplaçant, associé ou collaborateur et pharmacien. De plus, la rigueur de l'informatique fait que hormis erreur de saisie de l'utilisateur, la machine ne commet ni erreur de classement, ni erreur de calcul.

3.2.9. La télétransmission.

La télétransmission permet par le biais de la carte VITALE du patient, de la carte professionnelle du praticien et d'un modem, d'envoyer directement les feuilles de soin électroniques à la sécurité sociale. La carte VITALE du patient ne contient aucune information médicale.

3.2.10. La correspondance : archivage et courriers types.

Les logiciels dentaires permettent de paramétrer des ordonnances types qui seront archivées dans le dossier du patient, ainsi le praticien en conserve une trace.

Les traitements de texte permettent d'éditer des courriers et d'en garder une copie dans l'ordinateur, ces courriers sont listés et à tout moment le praticien peut les consulter. Il est possible de réaliser des courriers types : relance d'impayés, factures...

Là encore, les bénéfices sont le gain de temps par la diminution de tâches répétitives et le gain d'espace grâce au stockage des données. Les courriers adressés au praticien concernant un patient peuvent eux aussi être stockés dans l'ordinateur, il suffit de les scanner.

Toutefois, les devis, on l'a vu, doivent être réalisés **en deux exemplaires et signés par les deux parties** c'est pourquoi il faut les garder sous forme de papier et les stocker en dehors de l'ordinateur.

3.2.11. La comptabilité et les statistiques.

La comptabilité générale du cabinet ne rentre pas dans notre sujet, c'est pour cela que nous ne l'aborderons que très brièvement : en résumé, un logiciel permet le suivi du solde de chaque patient ainsi que les détails de règlement, mais aussi le suivi de la comptabilité générale du cabinet avec la validation des dépenses, la saisie des recettes, la réalisation de pointages bancaires, l'impression des différents journaux et la simulation en temps réel de la déclaration 2035.

Par ailleurs, le dossier patient traditionnel qui était une mine d'informations pour la réalisation de statistiques, voit ce potentiel se décupler grâce à l'introduction dans le logiciel dentaire d'un programme de traitement des statistiques.

3.2.12. L'accès aux évolutions techniques de notre époque.

L'évolution technique la plus remarquable ces dernières années est internet, nous développerons l'avenir du dossier patient via internet dans une autre partie.

3.2.13. Conclusion.

Le dossier patient jusqu'alors outil indispensable et obligatoire devient un maillon essentiel dans la chaîne de rendement et de productivité d'un cabinet dentaire. L'informatique décuple le nombre et les moyens de mettre à profit les informations contenues dans un dossier patient.

Les inconvénients d'untel système sont faibles par rapport aux bénéfices qu'on peut en tirer. Par ailleurs, les problèmes liés à l'informatique ont tous une solution à condition qu'on veuille y consacrer du temps et de l'argent.

Outre l'impact psychologique de l'utilisation de l'informatique sur le patient (dans notre société, ce n'est plus parce qu'un individu possède un ordinateur qu'il est moderne, mais c'est parce qu'il n'en possède pas qu'il paraît archaïque), le gain de temps, d'espace, de rigueur et de productivité est considérable.

3.3. QU'EN EST-IL DE L'INFORMATISATION DU DOSSIER PATIENT DANS LES CENTRE DE CONSULTATION ET TRAITEMENT DENTAIRE UNIVERSITAIRES EN FRANCE.

Nous savons qu'une seule faculté dentaire en France a tenté d'informatiser la partie clinique de son dossier patient : des étudiants de la faculté d'odontologie de Toulouse ont essayé de mettre au point un logiciel de gestion des patients. Malheureusement ce logiciel présente vraisemblablement des lacunes car il est très peu utilisé (d'ailleurs, il n'a été mis en place que dans un seul des deux centres de soins de Toulouse).

A Nancy, la partie administrative et comptable des dossiers est informatisée c'est le personnel du bureau des entrées qui s'en charge. La fiche du SAS elle aussi est informatisée puisque après l'avoir remplie manuellement, les étudiants sont chargés de l'enregistrer dans l'ordinateur du SAS.

L'informatisation complète des dossiers d'un centre de soins dentaires universitaire demande beaucoup de travail et d'investissement.

- Un important travail de réflexion quant à la conception d'un logiciel de gestion des patients. Tâche d'autant plus dure que les opérateurs et les services sont nombreux.
- Un investissement financier considérable afin de mettre en place un réseau d'ordinateurs connectés les uns aux autres.
- Et enfin un investissement de temps puisqu'il faut former les personnes qui travaillent avec le dossier.

4. INTERNET OU L'AVENIR DU DOSSIER PATIENT.

4.1. QUELQUES RAPPELS CONCERNANT INTERNET.

Internet, c'est plusieurs millions d'ordinateurs répartis géographiquement dans le monde et connectés entre eux par des lignes téléphoniques ou optiques de gros débit. Ce sont ces lignes qu'on appelle les autoroutes de l'information. Internet permet à quiconque se trouvant devant un de ces ordinateurs, d'accéder aux informations stockées dans les mémoires des autres ordinateurs connectés au réseau. Ces informations peuvent être sous forme d'images, de texte, de son ou de films vidéos, et sont toutes sous forme digitalisée : c'est une immense base de données accessible à tous. Pour accéder aux données, il suffit de se connecter, donc d'avoir un ordinateur, un modem, un logiciel "client", une ligne téléphonique et un abonnement à un prestataire de service (qui loue des accès à des particuliers). Une fois connecté à internet, on accède au World Wide Web.[50]

4.2. COMMENT NOTRE PROFESSION UTILISE-T-ELLE INTERNET ?

Le chirurgien dentiste peut se servir d'internet de plusieurs manières :

- En allant chercher des articles et références bibliographiques pour documenter un cas clinique.
- En commandant directement le matériel dont il a besoin pour son cabinet.
- En participant à des forums de discussion avec d'autres confrères.
- En consultant les sites de formation continue.
- En envoyant les dossiers de ses patients par e-mail à un confrère dont il solliciterait l'avis ou les compétences.

4.3. QUEL EST L'AVENIR DU DOSSIER PATIENT ?

[35,36]

Même si on en parle encore peu en France, l'avenir du dossier patient se situe au niveau d'internet. Le Dr Titus Schleyer de l'université de Temple aux Etats-Unis a écrit plusieurs articles concernant ce qu'il appelle "web-based patient record" que nous pouvons traduire approximativement par le dossier patient sur support web (le web étant le vecteur de l'internet le plus médiatisé à l'heure actuelle). Nous expliquerons dans un premier temps comment ce type de dossiers pourrait fonctionner, quels en seraient les avantages et les limites et enfin qu'elles sont les perspectives d'avenir de ce dossier.

4.3.1. Présentation, avantages et limites d'un dossier patient sur support web.

Le dossier patient informatisé serait une application d'internet, et ne dépendrait donc plus d'un logiciel. Ce type d'architecture présente des avantages et des limites. Cela serait un dossier composite formé à partir des dossiers de tous les praticiens soignant ce patient.

4.3.1.1. Avantages.

Les avantages de ce système sont : la pratique de la télédentisterie, la synthèse des informations, le maintien de la confidentialité malgré l'utilisation d'internet, et enfin le moindre coût.

Le web permet d'améliorer les fonctionnalités d'autres systèmes permettant la mise en place de dossiers patients informatisés : le dossier hébergé sur le web est capable d'enregistrer, de gérer et de traiter n'importe quel type d'information constitutive du dossier patient : textes, images, sons, etc..... Par ailleurs, le web permet aux praticiens de travailler sur des modèles en trois dimensions ainsi que de réaliser des vidéoconférences. De plus l'industrie du logiciel consacre de gros moyens au développement d'applications ou logiciels clients (qui permettent de se connecter à des serveurs). Ceci se traduit par la mise en place de prototypes aux fonctionnalités développées.

La télédentisterie : par le mot "télédentisterie", l'auteur veut parler des moyens de communication mis au service de la dentisterie : cela concerne l'échange et le partage d'informations par le biais d'internet. Même si de plus en plus de praticiens stockent des informations sur des ordinateurs, très peu sont connectés entre eux et c'est regrettable. Il est impossible d'accéder à des informations concernant un même patient depuis deux cabinets dentaires différents même si les praticiens utilisent le même logiciel de gestion des patients (sauf bien sûr dans le cas où ils utilisent la même base de données de patients), d'ailleurs ce n'est pas le but de ces produits. Ce partage d'informations ne posera pas de problèmes si les dossiers sont stockés sur le web. Par contre la difficulté va résider dans la définition des autorisations d'accès. Cette définition va englober les points suivants : le patient pourra-t-il accéder à son dossier, si oui, pourra-t-il consulter l'ensemble de son dossier, un praticien pourra-t-il accéder à tout le dossier, et enfin quelles sont les parties du dossier qui pourront être modifiées et de quel ordre seront ces modifications.

La capacité à synthétiser des informations d'origines différentes tout en s'assurant qu'elles gardent leur indépendance les unes vis à vis des autres :

Le cahier des charges d'un tel système est lourd puisqu'on va lui demander de synthétiser toutes les informations concernant le patient en un seul dossier tout en assurant aux différents praticiens de ce patient le contrôle de la partie du dossier qui les concerne.

Par exemple, le dentiste du patient X pourra à tout moment consulter la partie du dossier concernant le traitement d'orthopédie dento-faciale, mais ne pourra rien ajouter dans cette partie. Ce système est particulièrement adapté aux Etats-Unis qui reconnaissent beaucoup plus de spécialités au sein de la dentisterie, qu'on en reconnaît en France. Toutefois, ce système pourrait s'appliquer aussi au dossier médical du patient (médecine générale ou spécialiste).

Le moindre coût de ce système est le dernier avantage dont nous parlerons ici. Avec le développement des systèmes de bases de données stockées sur le web, le coût des serveurs devrait baisser. Par ailleurs, les postes de dépense concernant l'achat, le renouvellement et la maintenance d'un logiciel dentaire sont supprimés. En outre il est plus onéreux d'installer un réseau d'ordinateurs que de les connecter sur le web.

4.3.1.2. Les limites de ce système.

Le défaut le plus important de ce système réside dans le fait qu'à l'origine, le web n'a pas été créé pour développer des applications, c'est pourquoi la mise en place d'un dossier patient sur support web va être difficile. Par ailleurs, les technologies qui permettent la réalisation d'applications basées sur le web sont en constante évolution (c'est le cas par exemple des interfaces).

En fait, il est nécessaire, pour que ces dossiers voient le jour que les politiciens, les associations de professionnels de santé, définissent clairement la manière dont les informations devront être stockées, distribuées et modifiées.

Enfin, un des désagréments d'internet à l'heure actuelle, est le temps d'attente dut à la saturation des lignes, c'est à dire les "embouteillages"(l'internet étant souvent qualifié d'autoroute de l'information) : les images s'affichent lentement, les transmissions sont ralenties, et il faut parfois de la patience pour accéder à un site web.

4.3.2. Perspectives pour l'avenir.

Nous l'avons compris, le dossier patient sur support web n'est pas encore prêt à voir le jour, toutefois, certaines innovations techniques nous autorisent à penser que ce jour n'est peut être pas si loin.

Ces innovations vont contribuer à utiliser le web comme un vecteur d'informations médicales de plus en plus performant. Ces innovations sont :

- Le XML : ou eXtended Markup Language est "une extension de l'HTML (langage de programmation sur le web). Il offre une structure de documents plus complexe et donne la possibilité de définir sa propre syntaxe, de simplifier l'accès à des bases de données et de récupérer aisément des travaux d'agents intelligents".

- On espère que Java ("langage de programmation dont le principal atout est son indépendance vis à vis de la plate forme d'exécution...") deviendra plus standard et certains entrevoient l'intérêt de l'ISO pour Java comme un pas dans cette direction.
- Des universités et des chercheurs travaillent sur internet 2 dont les qualités permettront de recevoir et de transmettre les informations beaucoup plus rapidement.
- Le développement de mécanismes de cryptage des données et d'authentifications des utilisateurs qui assureront la totale sécurité des informations contenues dans ces nouveaux dossiers patients.

Mis à part ces questions d'ordre techniques, il reste à répondre à d'autres interrogations concernant la conception même du dossier.

Tout d'abord, on se demande qui va contrôler le stock d'informations concernant les patients.

Qui va établir les règles concernant l'accès aux informations : Qui y aura accès, de quelle façon, et qui va s'assurer que ces règles vont être suivies. En effet, différents types d'individus ont des droits de regards sur les dossiers, il faut donc les définir dans le cadre d'un dossier sur support informatique.

Puis il va falloir trouver le moyen de réaliser ce dossier composite et synthétique composé à partir de sources d'informations très différentes n'ayant en commun que le patient dont il est question.

Enfin, tout comme le droit de regard, on définira le droit d'apporter des modifications aux informations. Actuellement chaque praticien est libre de modifier les données de ses dossiers avec le dossier sur support web, il faudra établir des règles à ce sujet.

Le dossier patient de demain semble encore très conceptuel et de nombreux points sont à éclaircir avant sa mise au point toutefois ce concept semble être prometteur pour la dentisterie aussi bien du point de vue des praticiens que de celui du bien-être des patients. Le Pr SCHLEYER nous a confirmé que son équipe ainsi que des chercheurs en matière de logiciels, continuaient à travailler actuellement sur ce dossier du futur. Par ailleurs, il nous a confirmé que l'université dans laquelle il enseigne a mis au point un dossier patient sur support web, toutefois, nous n'avons pas pu accéder à ce dossier en raison des dispositifs de cryptage et de sécurité visant à protéger la confidentialité des informations.

CONCLUSION

La valeur d'un excellent dossier patient ne peut être contestée, tant du point de vue de l'exercice de la profession que d'un point de vue juridique. On a vu, dans la littérature, que les critères qui font qu'un dossier patient est idéal sont nombreux et peu de praticiens peuvent affirmer que leurs dossiers réunissent toutes ces informations. Il nous paraît évident que réunir toutes ces informations sur dossier papier est difficilement réalisable et apporterait certainement plus de confusion que d'aide. Toutefois des logiciels de gestion du cabinet dentaire tels que "visiodent" ou "julie" répondent à tous les critères cités dans la littérature ; ils offrent des dossiers complets, interactifs et ergonomiques. Les bénéfices que l'on peut tirer de l'informatique en matière de dossier patient ne sont plus à prouver cependant, les praticiens sont tenus de garder certains documents papiers tels que les devis parafés par le patient et par le praticien et pour que le dossier ait une valeur juridique, il faut l'imprimer, en effet celui-ci n'est pas reconnu sur son support informatique.

L'évaluation et le contrôle de qualité de l'ancien dossier ont permis d'identifier ses faiblesses et ses avantages afin d'en créer un nouveau. Le nouveau dossier patient du centre de consultation et de traitement dentaire de Nancy répond aux critères de qualité relevés dans la littérature ainsi qu'aux exigences dues à la spécificité de la situation. Toutefois pour que des améliorations réelles soient constatées, il ne suffit pas d'avoir conçu un dossier clair et complet il faut aussi que les étudiants, le personnel administratif et les enseignants s'impliquent dans son fonctionnement. Cette implication ne se fera que si on sensibilise les étudiants à l'importance de la bonne tenue d'un dossier tout comme on les sensibilise à l'asepsie dans un cabinet dentaire. En outre, il nous semble nécessaire de bien expliquer aux utilisateurs du dossier pourquoi il a été conçu de cette manière et comment il fonctionne.

Pour terminer, nous soulignons encore une fois que sans effort collectif, les améliorations du fonctionnement du centre de soins quelle que soit leur nature

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : COMPOSITION D'UN DOSSIER PATIENT DANS LE CADRE D'UN EXERCICE LIBERAL	3
1. PARTIE CLINIQUE	4
1.1 Mode d'investigation et saisies des données	4
1.1.1. Les investigations orales.....	4
1.1.2. Les investigations écrites.....	5
1.1.3. Les investigations écrites et orales combinées.....	6
1.2. Typologie de l'information.....	6
1.2.1. En fonction de son niveau d'interprétation.....	6
1.2.2. En fonction de son caractère exceptionnel ou de son relevé systématique.....	7
1.3. Les données médicales du patient.....	7
1.3.1. Historique médical et bilan de santé.....	7
1.3.1.1. Domaine des investigations.....	7
1.3.1.2. Limites des investigations	10
1.3.1.2.1. Le mode d'investigation.....	10
1.3.1.2.2. Le patient lui-même.....	10
1.3.1.3. Rôle et intérêt des investigations concernant l'état de santé général des patients.....	11
1.3.2. Historique bucco-dentaire.....	12
1.3.3. Motif de consultation initiale	12
1.3.4. Le bilan bucco-dentaire et les objectifs de traitement.....	13
1.3.4.1. L'examen clinique.....	13
1.3.4.2. Le schéma dentaire	13
1.3.5. Le diagnostic.....	14
1.3.6. Bilan radiologique et stockage des radios.....	15
1.3.7. Enregistrement chronologique des actes.....	16
1.3.8. Prescriptions médicales et correspondance avec d'autres membres de l'équipe de soins.	16

1.3.8.1. Les prescriptions médicamenteuses.....	16
1.3.8.2. Correspondance avec les autres membres de l'équipe de soins.....	16
1.3.8.3. Le consentement éclairé du patient.	17
2. PARTIE ADMINISTRATIVE ET COMPTABLE.	19
2.1. Etat civil du patient.	19
2.2. Informations concernant les prestations sociales.	19
2.3. Les ententes préalables et les devis.	20
2.3.1. Les ententes préalables.	20
2.3.2. Les devis.	20
2.4. Les formulaires de traçabilité.....	22
2.5. La fiche comptable.	23
2.6. Le classement et l'archivage.....	23

**DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DES DOSSIERS PATIENTS
DU S.C.T.D. DU C.H.U.N. 27**

1. SPÉCIFICITÉS D'UN DOSSIER PATIENT DE CENTRE DE SOINS DENTAIRES.	28
1.1. Différences majeures de fonctionnement entre un cabinet d'exercice libéral et un centre de soins dentaires universitaire.	28
1.1.1. Quels sont les acteurs ayant accès aux dossiers patients ?.....	
1.1.1.1. Dans un cabinet d'exercice privé.....	29
1.1.1.2. Dans un centre de traitement et consultation dentaire universitaire.....	29
1.1.1.2.1. Les étudiants.....	29
1.1.1.2.2. Les enseignants.....	30
1.1.1.2.3. Le personnel administratif.....	30
1.1.2. L'organisation d'un centre de soins universitaire.....	31
1.1.3. Les vocations d'un centre de soins.	32
1.2. Répercussions des ces différences sur l'organisation du dossier patient.....	32
1.2.1. Objectifs du dossier patient dans un centre de soins universitaire.....	32
1.2.2. Exigences spécifiques du dossier patient.	34
1.2.2.1. Le dossier comme outil d'identification.	34

1.2.2.2. Le dossier comme outil de protection	35
1.2.2.3. Le dossier comme instrument comptable.....	36
1.2.2.4. Le dossier comme outil de communication.....	36
1.2.2.5. Le dossier comme outil pédagogique.....	38
1.2.2.6. Le dossier comme outil de recherche.....	38
2. FONCTIONNEMENT DU CENTRE DE SOINS DENTAIRE DE NANCY.....	39
2.1. Organisation de la clinique dentaire Heydenreich.....	39
2.2.Historique du Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire de Nancy.....	39
2.3Composition de l'ancien dossier patient de la clinique dentaire Heydenreich.....	40
2.3.1. Organisation de l'enveloppe bleue du dossier.....	40
2.3.2. Description de l'armature du dossier.....	41
2.3.3. Pièces adjointes au dossier.....	42
2.3.3.1. La fiche du S.A.S.....	42
2.3.3.2. La fiche de pédodontie.....	43
2.3.3.3. La fiche de prothèse.....	44
2.3.3.4. Les devis.....	44
2.3.3.5. La fiche de classement des radiographies.....	45
3. EVALUATION DES DOSSIERS PATIENTS DU CENTRE DE SOINS HEYDENREICH.....	46
3.1. Pour quelles raisons évaluer le dossier patient.....	46
3.2. Mise en place d'un audit afin d'évaluer les dossiers des patients.....	46
3.2.1. Etablissement des référentiels.....	47
3.2.2. Moyens d'évaluation.....	48
3.2.3. Sélection des auditeurs.....	49
3.2.4. Sélection des dossiers.....	49
3.2.5. Système d'analyse des résultats et d'exploitation des données.....	49

4. RÉSULTATS DE L'AUDIT.....	50
4.1. Le dossier contient-il une fiche de renseignements complémentaires d'une validité inférieure à un 1 an ?.....	50
4.2. Le dossier contient-il un compte rendu de l'état actuel de la santé du patient ?.....	51
4.3. Le dossier contient-il un compte rendu de l'état de santé bucco-dentaire et la demande initiale de soins du patient au moment de la consultation ?.....	52
4.4. Les problèmes de santé bucco-dentaire du patient sont-ils identifiés et diagnostiqués ?.....	53
4.5. Les radiographies sont-elles classées ?	54
4.6. Retrouve-t-on des comptes rendus de soins et des courriers dans le cas où les patients sont adressés ?.....	55
4.7. Le dossier contient-il un diagnostic et une proposition de traitement validés par un enseignant ?.....	56
4.8Le dossier contient-il un compte rendu de l'information donné au patient ?	57
4.9. Le dossier contient-il l'acceptation par le patient et par la faculté du plan de traitement(initial et modifié) ?	59
4.10. Retrouve-t-on dans le dossier un compte rendu chronologique des soins effectués ?.....	61
4.11. L'identité de l'opérateur est-elle indiquée pour chaque séance ?.....	62
4.12. Connaît-on l'identité de la sous section de traitement ?	63
5. DESCRIPTION DU NOUVEAU DOSSIER PATIENT DU CENTRE DE SOINS HEYDENREICH.....	65
5.1. Quelles sont les principales modifications réalisées ?.....	65
5.2. La pochette bleue.....	65
5.3. Le dépliant blanc.....	66
5.3.1. Page 1.....	66
5.3.2. Page 2.....	67
5.3.3. Page 3.....	68
5.3.4. Page 4.....	69
5.3.5. Page5.....	69
5.3.6. Page 6.....	69
5.4. Conclusion.....	70
	96

TROISIEME PARTIE :QUEL AVENIR POUR LE DOSSIER PATIENT ?	71
1. INTRODUCTION.....	72
2. L'INFORMATIQUE EN CABINET DENTAIRE ET LA LOI.....	72
2.1. Informatique et liberté.....	72
2.2. Valeur légale du dossier sur support informatique.....	74
3. LE DOSSIER PATIENT DANS LES LOGICIELS DENTAIRES.....	75
3.1 Les inconvénients et contraintes de l'informatisation du dossier patient.....	75
3.1.1. La nécessité d'une formation.....	75
3.1.2. L'investissement.....	76
3.1.3. Le problème de la sauvegarde des informations.....	76
3.1.4. Le problème des pannes.....	76
3.1.5. La pérennité des informations.....	77
3.2. Les avantages du dossier patient informatisé.....	78
3.2.1. Le gain de place.....	78
3.2.2. La recherche des dossiers patients.....	78
3.2.3. Le suivi des familles.....	79
3.2.4. La pharmacovigilance et la signalisation du risque médical.....	79
3.2.5. L'interaction saisie des actes réalisés, schéma dentaire, feuille de soins, mise à jour du solde.....	80
3.2.6. L'interaction schéma dentaire, devis, plan de traitement, demande d'entente préalable et remboursement du patient.....	80
3.2.7. L'interaction radiographies numériques et schéma dentaire.....	81
3.2.8. La clarté et la lisibilité des documents.....	81
3.2.9. La télétransmission.....	81
3.2.10. La correspondance : archivage et courriers types.....	82
3.2.11. La comptabilité et les statistiques.....	82
3.2.12. L'accès aux évolutions techniques de notre époque.....	82
3.2.13. Conclusion.....	83
3.3. Qu'en est-il de l'informatisation du dossier patient dans les centre de consultation et traitement dentaire universitaires en France.....	83

4. INTERNET OU L'AVENIR DU DOSSIER PATIENT.....	85
4.1. Quelques rappels concernant internet.....	85
4.2 Comment notre profession utilise-t-elle internet ?.....	85
4.3. Quel est l'avenir du dossier patient ?.....	86
4.3.1. Présentation, avantages et limites d'un dossier patient sur support web.....	86
4.3.1.1. Avantages.....	86
4.3.1.2. Les limites de ce système.....	88
4.3.2. Perspectives pour l'avenir.....	88
CONCLUSION.....	91
BIBLIOGRAPHIE.....	99
ANNEXES.....	107

BIBLIOGRAPHIE.

1. BATTERSBY.E.M.

Protect yourself with records.

J. Dent tech, 1998, 15, 27-8.

2. BERNONI.L

Dental records.

The Dental Assistant, March-April 1998, 28-32.

3. GEORGE.A.L., HARRISON.L.J.

Patient Record : Growing Importance.

The Journal of the Greater Houston Dental Society, May 1999, 16-9.

4. TEKAVEK.C.

Who can see your records ?

Dental Economics, June 1998, 30.

5. LAWNEY.M.

For the Record.

N.Y. St. Dent. J., May 1998, 34-43.

6. AUVENSHINE.C.R.

Patient Record Keeping.

The Journal of the Greater Houston Dental Society, September 1998, 33-5.

7. POLLACK.R.

Total Quality Records : How to Create the Perfect Patient Chart.

Dentistry today, July 1994, 70-1.

8. Journal Officiel de la république française.

Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de santé publique. NOR-SANH 9200622D.

10. BECK.J.D.
Risk revisited.
Community Dent. Oral. Epidemiol., 1998, 26 : 220-25.

11. ADMIRAAL.W.J.
Risk management in dentistry.
Revue Belge Médicale et Dentaire 1993,48(1) : 66-70.

12. SCULLY. C.
Patient care : A dental surgeon's guide.
1989 ed CDJ.

13. JUDD.P.
Treating the medically compromised patient. Is the record current.
Ont.Dent. 1994 Sep, 71(7) : 21-2.

14. BADER.JD, SHUGARS.DA.
A case for diagnoses.
J. Am .Coll. Dent. 1997 Fall, 64(3) : 44-6.

15. VALENZA.JA.
Medical risk report : improving patient management and recordkeeping through a
problem-oriented approach.
Journal of the Greater Houston Dental Society 1994 April-May;65(9):46-8; quiz 49

16. HOPP.D.I.
A record keeping system addressing future needs.
Dent. Clinic. North. Am. 1997 Jul, 21(3) : 489-503.

17. JERROLD.L.
Litigation, Legislation and Ethics.
Am. J. Orthod. Dent. Orthop., August 2000 : 241-2.

18. BERY.A.
Les honoraires et le devis.
Rev.odonto-stom, 2000, 29 (2) : 101-10.
19. BERY.A.
Le contrat de soin.
Paris 1957. Edition STD.
20. LAYNE-CIBIE.R.
Exercice de l'art dentaire en clientèle privée. Aspects juridiques.
Collection de médecine légale et de toxicologie médicale.
Paris : Masson , 1976.
21. NOSSINTCHOUK.R.
Prévenir le risque conflictuel en cabinet dentaire.
Paris Cdp, 1998.
22. POMPIANS-MINIAC.
Enquête médicale pré-opératoire et responsabilité de l'odontologiste.
Rev odonto-stom 1974, 3(3).
23. RETHMAN.J.
Clean up your records with S.O.A.P.
Dentistry today, August 1995, p80.
24. IRELAND.R.S.
Clinical quality assurance indicators for oral status and treatment of a group of older adults.
Br. Dent. J., August 22 1998, 185 : p 192-5.
25. EILOART.L, COOPER.S.
How to implement an audit to improve records.
Nurs Times, 1994 Aug 31-Sep 6, 90(35) : 48-50.

26. MARSHALL.K.F.

Evaluating quality through records and radiographs- a rationale for general dental practice.

Br. Dent. J, September 23, 1995 : 234-5.

27. LUTKA.RW, THREADGILL.JM.

Correlation of dental-record medical histories with outpatient medical records.

Gen Dent 1995 Jul-Aug, 43(4) : 342-5.

28. BOORMAN.H, DAHLBOM.U, LOYOLA.E, RENE.N.

Quality evaluation of 10 years patient records in forensic odontology.

Int. J. Legal. Med., 1995, 108(2) : 100-4.

29. RASMUSSEN.L, RENE.N, DAHLBOM.U, BORRMAN.H.

Quality evaluation of patient records in swedish dental care.

Swed.Dent. J. 1994, 18(6) : 233-41.

30. CHASTEEN.JE, CAMERON.CA, PHILLIPS.SL.,

An audit system for assessing dental record keeping.

J. Dent. Educ., 1996, 60(12) : 978-86.

31. HELMINEM.SE, VEHKALAHTI.M, MURTOMAA.H, KEKKI.P,
KETOMAKI.TM.

Quality evaluation of oral health record-keeping for Finnish young adults.

Acta. Odontol .Scan., 1998, 56 : 288-92.

32 . HOLT.V.

A clinical audit project. Record-keeping of patient status and monitoring.

Prim Dent.Care, july 1998, 5(3) : 96-9

33. DEGOULET.P, FIESCHI.M.

Systèmes d'informations hospitaliers.

Paris Informatique médicale 3è edition Masson coll abrégés 1998, 91-104.

34. DEGOULET.P, FIESCHI.M.
Informatisation du dossier patient.
Paris Informatique médicale 3è edition Masson coll abrégés 1998, 119-132.
- 35.SCHLEYER.TK.
Digital dentistry in the computer age.
JADA Dec 1999, 130 : 1713-20.
36. SCHLEYER.TK. DASARI.VR.
Computer-based oral health records on the World Wide Web.
Quintessence Inter., 1999 jul, 30(7) : 451-60.
37. DAUMAS.F.
L'informatisation du cabinet.
Inf. Dent. 1^{er} nov 2000, 37 : 3007-10.
- 38.PORTMAN.P, HASLER.M, RORHBACH.M.
Le "cablage universel" d'un cabinet de médecine dentaire.
Schweiz. Monatsschr.Zahnmed., Mai 1998, 108 : 473-77.
39. DELROSE.DC, STEINBERG.WR.
The clinical signifiacnce of the digital patient record.
JADA, June 2000, 131 : 57-60.
40. FREYDBERG.BK, SELTZER.SM, WALKER.B.
Choosing the right computer system.
Compend. Contin .Educ. Dent., 1999 aug, 20(8) : 738-40.
41. LEAKE JL, MAIN PA, SABBAH W.
A system of diagnostic codes for dental health care.
J. Public. Health. Dent., 1999 Summer, 59(3) : 162-70.

42. POPPELSDORF.D.

Critères de sélection d'un logiciel dentaire
Rev. Bel. Méd.Dent., 1996, 51(4) : 227-38.

43. LUND.AE

Do you currently keep patient records electronically-that is on computer? Or do you keep paper files only?
JADA, Sep 1999, 130 : 1278.

44. FISCHER.F.

L'irruption de l'informatique au cabinet dentaire: que faut-il savoir?
Th Chir-Dent Nancy 2000.

45. DESBOIS.S.

Intérêt de l'informatique au cabinet dentaire.
Th Chir-Dent Nantes 1996 : 99p.

46. POIX.B.

Conception d'un logiciel de gestion de patients d'un cabinet dentaire dans le contexte professionnel actuel.
Th Chir-Dent Lille 1998 : 103p.

47. COMER.WR, PASHLEY.LE, TROMBLY.R, SHROUT.KM.

Health and financial records.
J. Dent. Educ, Jan 2000, 64(1) : 17-23.

48. FARR.C.

How to buy the perfect dental computer.
Dent. Tod, sep 1996 : 88-94.

49. BOHIN.F.

Gestion du cabinet dentaire: les logiciels.
Inf. Dent., 27 sept 2000, 32 : 2451-53.

50. COLOMBAIN.J.

Internet.

Toulouse : Milan. 1996-63p.

ANNEXES

Déclaration de conformité aux exigences essentielles
(annexe 1 du Livre V bis du code de santé publique)

Je soussigné, docteur X, chirurgien-dentiste,

fabricant de dispositifs médicaux sur mesure enregistré sous le n° eudamed* :
enregistrement en cours.

déclare que le dispositif médical sur mesure n° 99.12.15PAT99VA1,

mis sur le marché le 3.01.00

dont les caractéristiques spécifiques sont indiquées dans la fiche de
prescription et de traçabilité de dispositif médical sur mesure,

destiné selon ma propre prescription et fabrication, à l'usage exclusif du
patient identifié par le code : PAT99VA

et dont tout ou partie de ce travail a été confié au laboratoire : Laboratoire
Perfect (10, rue ...75012 Paris)

est conforme aux exigences essentielles énoncées dans l'annexe 1 du livre Vbis
du code de santé publique.

** indiquer soit "enregistrement en cours", soit le "n°..."*

DEVIS POUR TRAITEMENT PROTHÉTIQUE

et autres actes pouvant faire l'objet d'une entente directe (les soins ne sont pas compris dans ce devis)

NOM et PRÉNOM DU PATIENT :

ADRESSE :

1) MÉDICAL - Désignation :

- FIXE AMOVIBLE LABORATOIRES VILLE

DESCRIPTION (précise et détaillée)	COEFFICIENT	TARIF

MATÉRIAUX UTILISÉS

- Métal précieux (NF EN 21562) Métal non précieux (NF EN 68711/1**) Résine
 Métal semi-précieux (NF EN ISO 8891) Céramique

Réalisation d'une prothèse transitoire ? Oui Non

Si, oui précisez.....

Nom et signature du praticien :

Nom de l'opérateur :

2) ADMINISTRATIF

Montant des honoraires

Montant de la base de remboursement Sécurité Sociale à 100%

Montant restant à la charge du patient

Le patient accepte le présent devis avant d'avoir eu connaissance de la réponse de la Caisse à la demande d'entente préalable.

Le patient accepte le présent devis après avoir eu connaissance de la réponse de la Caisse à la demande d'entente préalable Avis favorable Avis défavorable.

Tout changement prothétique dans le plan de traitement s'accompagnera d'une révision de ce devis.

Date et signature du patient :

FICHE DE PRESCRIPTION ET DE TRACABILITÉ DE DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR MESURE

identification du praticien	identification du patient <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">Nom</td> <td style="width:50%; text-align: center;">n° de pièce patient</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Date</td> </tr> </table>	Nom	n° de pièce patient	Date		identification du laboratoire
Nom	n° de pièce patient					
Date						
Cadre réservé au praticien						
description précise du (des) dispositif(s) médical (aux) sur mesure - désignation des matériaux constitutifs (normes et références)	numéro(s) d'identification du (des) dispositif(s) médical (aux) sur mesure	informations spécifiques <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F				
18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38					
Praticien instructions et différentes étapes d'élaboration 	Laboratoire travail effectué - désignation des matériaux constitutifs (normes, références) - numéros des lots des matériaux constitutifs - commentaires					
cachet du praticien	date de mise en bouche - mise en service	restrictions d'utilisation éventuelles du fournisseur des matériaux constitutifs				
exemplaire destiné exclusivement au praticien		A				

FICHE DE PRESCRIPTION ET DE TRACABILITÉ DE DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR MESURE

Identification du praticien DENTISTE Dr. Jacques BOUTIER 90 rue de la République 45116 03 75 31 16 11	Identification du patient [REDACTED] N° de code patient 12345678 Date 10/12/99	Identification du laboratoire Laboratoire Dentaire 10 rue de la République 45116 03 75 31 16 11
--	--	---

Cadre réservé au praticien

description précise du (des) dispositif(s) médical (aux) sur mesure - désignation des matériaux constitutifs (normes et références)	numéro(s) d'identification du (des) dispositif(s) médical (aux) sur mesure	Informations spécifiques
Remplacement 47, 46, 45 et 35, 36 37 couronne coulée (Cr.Co) NF EN 6871/1 (cobalto) Châssis métallique PAP (Cr.Co) NF EN 6871/1 (cobalto) Dents porcelaine (porcelina)	99.12.10.1.PSS.401 99.12.10.1.PSS.402	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F Terme B3 Voir trace châssis sur modèle d'usage

18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
--	--

Praticien instructions et différentes étapes d'élaboration appuis occlusaux mésiaux 37 prévoir logement 48 logement réalisé appuis occlusaux distaux 44 et 34 logements réalisés 1- pose couronne le 14/12/99 à 9h 2- enregistrement occlusion le 16/12/99 à 9h 3- essai châssis le 20-12-99 à 9h enregistrement rapports occlusaux-contrôle 4- essai montage le 21/12/99 à 9h	Laboratoire travail effectué - désignation des matériaux constitutifs (normes, références) - numéros des lots des matériaux constitutifs - commentaires 37 couronne coulée (Cr.Co) NF EN 6871/1 (cobalto) lot n° X127AB3 Châssis métallique PAP (Cr.Co) NF EN 6871/1 (cobalto) lot n° X122AC4 Dents porcelaine (porcelina) Forme N2
---	--

cachet du praticien date de mise en bouche : mise en service	restrictions d'utilisation éventuelles du fournisseur des matériaux constitutifs
---	--

exemplaire à retourner au laboratoire à la fin des travaux

Reproduit par autocopiant ou carbone

NOM : PRENOM :	ADRESSE :
DATE DE NAISSANCE :	TELEPHONE :

Date de consultation :

Etat de santé général du patient :

Observations cliniques :

Exobuccales :

Endobuccales :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



Antécédents prothétiques :

Motifs de consultation :

Propositions de traitement :

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Jury : Président : J.P. LOUIS – Professeur des Universités
Juges H. VANNESSON – Professeur de 1^{er} Grade
M. WEISSENBACH – Maître de Conférences des Universités
N. CORDEBAR – Assistant Hospitalier Universitaire

THESE POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par: Mademoiselle KOPPE Julie

n  (e)  : THIONVILLE (Moselle)

le 27 avril 1976


et ayant pour titre : «Le dossier patient : importance en Odontologie. »

Le Président du jury:



J.P. LOUIS

Le Doyen,
de la Faculté de Chirurgie Dentaire

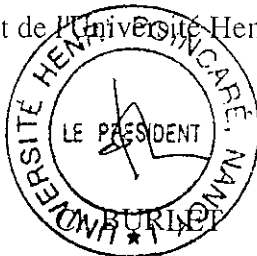


Le Doyen
J.P. LOUIS
UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ NANCY 1
FACULTE DE CHIRURGIE DENTALE
Le Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Autorise à soutenir et imprimer la thèse

NANCY, le 7 mai 2001 n  1046

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1



**KOPPE (Julie). – Le dossier patient : intérêt en odontologie. / par Julie KOPPE –
NANCY 2001.- 106 f : ill. : 30cm**

Th : Chir. Dent. : NANCY : 2001

Mots clés :

Dossier patient
Audit
Informatique



KOPPE (Julie).- Le dossier patient : intérêt en odontologie.

Th : Chir. Dent. : NANCY : 2001

La richesse des informations que contient un dossier patient et le soin et la rigueur avec lesquels ils sont tenus reflètent l'activité et le sérieux d'un cabinet dentaire. Suite à des constats de lacunes dans les dossiers patients du centre de consultation et de traitements dentaires du C.H.U. de Nancy, il a été décidé d'évaluer le niveau de conformité des dossiers afin de déceler les problèmes et de les résoudre. Pour réaliser cette évaluation, il a fallu tenir compte des impératifs pédagogiques, hospitaliers et de recherches propres à un centre de soins universitaire. Cet audit a donné lieu à l'élaboration et à la mise en service d'un nouveau dossier patient répondant en tous points au cahier des charges établi. Désormais le bon fonctionnement et le succès de ce nouveau dossier ne dépendent plus que des efforts que feront les étudiants et les enseignants.

Par ailleurs, de plus en plus de cabinets dentaires informatisent leur dossier patient ; en effet, c'est l'ergonomie de ce système qui séduit les praticiens. L'informatisation totale des dossiers patients d'un centre de soins universitaire reste une gageure en raison de l'investissement de recherche, de temps et d'argent que sa mise en place nécessite.

JURY :	Président :	M. J-P. LOUIS	Professeur des universités
	Assesseurs :	M. H. VANNESSON	Professeur 1 ^{er} grade
		M. M. WEISSENBACH	Maître de Conférences
		M. N. CORDEBAR	Assistant hospitalier.

Adresse de l'auteur :

Julie KOPPE
4 rue de Gournay
57070 Metz Queuleu

KOPPE (Julie). – Le dossier patient : intérêt en odontologie. / par Julie KOPPE –
NANCY 2001.- 106 f : ill. : 30cm

Th : Chir. Dent. : NANCY : 2001

Mots clés :

Dossier patient

Audit

Informatique

KOPPE (Julie). – Le dossier patient : intérêt en odontologie.

Th : Chir. Dent. : NANCY : 2001

La richesse des informations que contient un dossier patient et le soin et la rigueur avec lesquels ils sont tenus reflètent l'activité et le sérieux d'un cabinet dentaire. Suite à des constats de lacunes dans les dossiers patients du centre de consultation et de traitements dentaires du C.H.U. de Nancy, il a été décidé d'évaluer le niveau de conformité des dossiers afin de déceler les problèmes et de les résoudre. Pour réaliser cette évaluation, il a fallu tenir compte des impératifs pédagogiques, hospitaliers et de recherches propres à un centre de soins universitaire. Cet audit a donné lieu à l'élaboration et à la mise en service d'un nouveau dossier patient répondant en tous points au cahier des charges établi. Désormais le bon fonctionnement et le succès de ce nouveau dossier ne dépendent plus que des efforts que feront les étudiants et les enseignants.

Par ailleurs, de plus en plus de cabinets dentaires informatisent leur dossier patient ; en effet, c'est l'ergonomie de ce système qui séduit les praticiens. L'informatisation totale des dossiers patients d'un centre de soins universitaire reste une gageure en raison de l'investissement de recherche, de temps et d'argent que sa mise en place nécessite.

JURY :	Président :	M. J-P. LOUIS	Professeur des universités
	Assesseurs :	M. H. VANNESSON	Professeur 1 ^{er} grade
		M. M. WEISSENBACH	Maître de Conférences
		M. N. CORDEBAR	Assistant hospitalier.

Adresse de l'auteur :

Julie KOPPE
4 rue de Gournay
57070 Metz Queuleu