

Contenu et Partage du Dossier

Le terme partagé nécessite quelques précisions. La première idée qui vient à l'esprit en lisant ce titre se rapporte à l'existence d'un dossier unique dans lequel, les différents acteurs de santé seraient tour à tour lecteur et rédacteur. L'information serait alors unique et les fonctions seraient accessibles relativement aux droits de chacun des acteurs. Cette approche est actuellement celle retenue dans les entrepôts de données et l'on peut facilement imaginer un "médecin notaire" qui ne participe pas directement au soins mais chez qui le patient demande la dépose de ses informations de santé. A ce "médecin notaire" d'assurer la vie du dossier et d'en préserver les droits d'accès. La mise en place de réseaux informatiques sécurisés à haut débit permet de rendre cette idée opérationnelle.

Mais le plus souvent, le dossier n'est pas unique, il y a des dossiers avec duplication de l'information. Le médecin hospitalier adresse au médecin traitant un dossier synthétique résumant l'hospitalisation du patient, il en garde copie dans le dossier de l'hôpital tandis que le médecin traitant retient dans la synthèse qu'il reçoit les informations qui lui semblent pertinentes. Cette duplication de l'information, si elle permet d'avoir des données cohérentes entre l'hôpital et le médecin traitant au moment de l'échange, ne garantit pas le maintien de cette cohérence dans le temps. Par exemple, la modification d'un élément lors de la consultation suivante par le médecin traitant risque fort de ne pas être transmise au médecin hospitalier.

Quelle que soit l'approche retenue, les systèmes informatiques des différents acteurs doivent permettre l'accès soit au dossier unique soit au dossier transmis. Cela suppose au niveau informatique des normes qui avant la généralisation d'internet étaient rarement partagées ou réservées à des domaines spécifiques comme DICOM pour l'imagerie. Le développement des approches XML ouvre la voie vers des possibilités de partage et d'échanges inenvisageables jusqu'alors.

Tout partage ou communication du dossier impose le respect de la réglementation en vigueur, en particulier l'accord du patient.

Le contenu du dossier du patient :

Pour le **médecin libéral installé, si l'existence d'un dossier est une obligation**, le contenu reste peu précisé dans les textes réglementaires.

Le Code de déontologie médicale mis en place par le décret 95-1000 du 6 septembre 1995 prévoit dans son article 45 : "indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la Loi, le médecin doit tenir pour chaque patient **une fiche d'observation** qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui

participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant."

Dans **les établissements de santé, l'obligation et le contenu du dossier** ont été détaillés au travers de différents textes.

[Décret n° 92-329 du 30 mars 1992](#) relatif au dossier du patient

[Décret n° 94-68 du 24 janvier 1994](#) relatif à l'hémovigilance et au dossier transfusionnel

[Décret n° 98-1001](#) du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation

[Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002](#) relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, pris en application de la [Loi du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades

[Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003](#) relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique

et précisant (art. R 1112-2 du CSP) :

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les documents suivants, ainsi classés :

- **I. - Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment:**
 - a) la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission;
 - b) les motifs de l'hospitalisation ;
 - c) la recherche d'antécédents et de facteurs de risques;
 - d) les conclusions de l'évaluation clinique initiale;
 - e) le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée;
 - f) la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences;
 - g) les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation: état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie;

- h) les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L.1111-4 (accord éclairé du patient à ses soins et information du patient);
- i) le dossier d'anesthésie;
- j) le compte rendu opératoire ou d'accouchement;
- k) le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire;
- l) la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40;
- m) les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et et aux examens complémentaires;
- n) le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers;
- o) les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé;
- p) les correspondances échangées entre professionnels de santé.

- **II. - Les informations formalisées établies à la fin du séjour:**

- a) le compte rendu d'hospitalisation, et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie;
- c) les modalités de sortie (domicile, autres structures);
- d) la fiche de liaison infirmière.

- **III - Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers**

Ces dernières informations ne sont pas communicables

Par ailleurs le code de la santé publique prévoit que :

- le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la

personne de confiance désignée par le patient et celle de la personne à prévenir(art. R1112-3) ;

- chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles (art. R1112-3) .

- dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayant droit en cas de décès (R 1112-4)

- au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale, sauf si le mineur a fait connaître l'opposition prévue à l'article L.1111-5 et, pour les incapables, au tuteur (art. R 1112-5) .

- les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier (art. R 1112-6).

- en cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en ont fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade (art. R 11126-).

Le dossier de consultation est mentionné dans le décret 92-329 et connaît les mêmes contraintes que le dossier du malade hospitalisé.

Au-delà de l'article R. 1112-2 doivent figurer dans le dossier :

- Les autorisations d'opérer pour les mineurs
- Les autorisations d'autopsie et de prélèvements d'organes
- Les procès-verbaux d'autopsie
- Les documents signés par le patient, lorsqu'un consentement écrit est demandé ou souhaitable (notamment recherche clinique « Loi Huriet » 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales)
- Les données médicales réunies dans le cadre d'un protocole de recherche doivent être incluses dans le dossier ainsi que les documents de consentement, en revanche, les cahiers

d'observations destinés au promoteur ne font pas partie du dossier mais doivent être archivés conformément à la réglementation. Si le promoteur de la recherche désire accéder au dossier, les personnes se prêtant à la recherche doivent avoir explicitement donné leur accord. Pour les praticiens, le principe du secret professionnel ne peut être partagé que dans le cadre des personnels ayant participé aux soins. En conséquence, la communication du dossier pour des travaux d'enseignement ou de recherche à un médecin qui n'a pas participé aux soins doit être effectuée avec l'accord du patient ou sur des données anonymes. (Il ne suffit pas d'occulter le nom, prénom pour que les données soient anonymes. Toute combinaison permettant d'identifier le patient est considérée comme indirectement nominative, comme par exemple les listes de correspondance Numéro de patient/Identité...)

- ...

Par ailleurs l'[arrêté du 5 mars 2004](#) portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès recommande de faire figurer dans le dossier les informations suivantes régulièrement vérifiées et actualisées:

- le refus éventuel d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé
- le refus éventuel que ses proches soient informés
- l'identification éventuelle de la personne de confiance
- le refus éventuel de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès
- le refus éventuel de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale

La conservation et l'archivage :

[La Loi n°79-18](#) du 3 janvier 1979 sur les archives dissocie deux niveaux en terme d'archivage

- l'organisation du contenu : tri par les services des documents pertinents à conserver
- archivage du contenant : indexation des dossiers avec préconisation d'un service central des archives

L'arrêté interministériel du 11 mars 1968 définissant contenu, règles, lieu de conservation ainsi que durée de conservation des archives médicales

Le décret [2002-637](#) relatif au dossier et à son accès par le patient précise en terme de conservation et d'archivage du dossier :

Le décret [2003-462](#) relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique

- Dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier, les informations concernant la santé des patients sont conservées conformément à la réglementation relative aux archives publiques hospitalières (art. R 1112-7)

- Dans les établissements de santé privés ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, ces informations sont conservées dans l'établissement sous la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins désignés à cet effet par la conférence médicale (art. R. 1112-7)..
- Dans tous les cas, le directeur de l'établissement veille à ce que les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations de santé conservées dans l'établissement
Lorsque, pour assurer la confidentialité des échanges électroniques des informations contenues dans le dossier visé à l'article R.1112-2, sont utilisées des cartes électroniques, ces cartes sont conformes aux dispositions des articles R.161-52 à R.161-54 du code de la sécurité sociale (art. R. 1112-7).
- Lorsqu'un établissement de santé privé ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier cesse ses activités, les informations concernant la santé des patients peuvent, sous réserve des tris nécessaires, faire l'objet d'un don à un service public d'archives par voie contractuelle entre le directeur de l'établissement et l'autorité administrative compétente (art R. 1112-8).
- Les conditions d'accès aux informations de santé mentionnées à l'article L.1111-7 ainsi que leur durée de conservation et les modalités de cette conservation sont mentionnées dans le livret d'accueil prévu à l'article L. 1112-2. Ces informations sont également fournies au patient reçu en consultation externe ou accueilli au service des urgences (art. R. 1112-9).

Mais sous cet aspect simplificateur, se cachent de nombreux cas de figure. Ainsi, des délais réglementaires d'archivage différents sont établis (arrêté interministériel du 11 mars 1968) en fonction :

- du type de pathologie,
- de l'âge du patient,
- de la nature des pièces

En règle générale c'est :

- **20 ans** (sous réserve de conservation d'un dossier sur 250)
- **70 ans** pour les affections de pédiatrie, de neurologie, de stomatologie et les maladies chroniques
- **70 ans** pour les documents du service social
- **indéfiniment** pour les enquêtes
- **20 ans** pour les dossiers et livres de laboratoires (mais les résultats nominatifs des analyses se conservent 5 ans: arrêté du 26 novembre 1999 GBEA)
- **indéfiniment** pour les maladies héréditaires susceptibles d'avoir des répercussions pathologiques ou traumatisantes sur la descendance
- **40 ans** pour les documents relatifs à la sécurité transfusionnelle (arrêté du 4 août 1994) et 20

ans pour les dossiers de transfusion sanguine

mais aussi:

- 5 ans pour les autorisations d'opérer un mineur
- 5 ans pour les autorisations d'autopsie et de prélèvements d'organes
- 20 ans pour les PV d'autopsie
- 10 ans pour les bons de médicaments, produits chimiques et toxiques

ces modalités concernent également les dossiers de consultation

L'ANAES dans le cadre de ses missions d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé (service évaluation des pratiques) a élaboré en juin 2003 un [guide sur le "dossier du patient"](#) qui traite de l'amélioration de la qualité et du contenu, réglementation et recommandations : ce dossier reprend les règles en vigueur et donne des recommandations pour ce qui concerne la constitution et le contenu du dossier, la communication du dossier, la conservation du dossier, l'utilisation du dossier dans le domaine de la responsabilité, l'évaluation de la qualité de la tenue du dossier et les méthodes d'amélioration de la qualité applicables à la tenue du dossier

Face à l'utilisation médico-légale des dossiers, il y a nécessité de prendre en compte en termes de conservation du dossier la législation en matière de responsabilité

- [La Loi du 4 mars 2002](#) a prévu une procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales avec la mise en place des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation.
- [La Loi du 4 mars 2002](#) a retenu une **prescription spécifique en matière de responsabilité médicale** dans son article L.1142-28: "les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par **10 ans à compter de la consolidation du dommage.**" Cette volonté d'instaurer davantage de cohérence en terme de prescription (prescription administrative et prescription civile) trouve néanmoins une limite avec la notion de consolidation du dommage.

Mais l'accès au dossier par le patient ou les ayant droit n'est pas réglementairement limité dans le temps.

En aucun cas le dossier ne doit quitter l'établissement, hors d'une situation d'archivage organisée qui permette l'identification et le rapatriement du dossier, si nécessaire, dans des conditions assurant la continuité normale des soins. La saisie judiciaire d'un dossier fait échec à l'obligation de l'établissement de conservation de l'original du dossier.

L'élimination d'un dossier doit respecter deux règles:

- le médecin responsable de l'archivage et le directeur doivent donner leur accord pour la destruction

d'un dossier

- toute élimination doit donner lieu à l'établissement d'un procès verbal de destruction qui doit être visé par le directeur des archives départementales (= décharge de responsabilité pour le directeur de l'hôpital)

La conservation du dossier du patient en établissement de santé privé:

Dans les établissements de santé ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, ces informations sont conservées dans l'établissement sous la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins désignés à cet effet par la conférence médicale. Dans tous les cas, le directeur de l'établissement veille à ce que les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations de santé conservées dans l'établissement (art. R. 1112-7)

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel:

La Loi du 4 mars 2002 dans son article L.1111-8 a donné une base légale à l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel.

Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet.

- l'hébergement ne peut avoir lieu qu'avec le consentement de la personne concernée
- l'hébergement doit être réalisé dans le respect de la [Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés](#)
- la prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat
- les hébergeurs de données doivent faire l'objet d'un agrément dont les conditions sont fixées par [décret](#) qui est en projet à avril 2004
- l'accès aux données ainsi hébergées est strictement réservé aux personnes concernées, aux professionnels de santé et établissements de santé prenant en charge les personnes concernées et désignés par elles
- les hébergeurs de données sont soumis au secret professionnel et soumis au contrôle de l'IGAS
- l'ANAES est chargée de formuler un guide de bonnes pratiques qui sera homologué par arrêté du ministre chargé de la santé

Les droits d'accès au dossier :

Les principes posés et/ou rappelés par la Loi du 4 mars 2002

[La Loi du 4 mars 2002](#) rappelle dans son article L.1110-4 la notion de secret professionnel: toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des

informations la concernant. Il est précisé que ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

La Loi redéfinit dans ce même article la notion de secret partagé dans le cadre d'une prise en charge en commun d'un patient et d'un accord tacite (sauf opposition déclarée) du patient au partage de l'information par l'équipe le prenant en charge: "deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe."

La Loi a prévu qu'afin de garantir la confidentialité des informations de santé échangées entre professionnels de santé par voie électronique, un décret pris après avis de la CNIL doit édicter les règles de transmission et en particulier définir les cas nécessitant obligation de l'utilisation de la carte professionnelle de santé

Le principe du droit d'accès direct du patient instauré par [la Loi 2002-303 du 4 mars 2002](#) et son décret d'application [2002-637 du 29 avril 2002](#) repris dans le décret [2003-462 du 21 mai 2003](#).

Par ailleurs la Loi du 4 mars 2002 a prévu dans l'article L 1111-9 que les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'ANAES et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'ANES a élaboré ses "[recommandations pour la pratique clinique; accès aux informations concernant la santé d'une personne; modalités pratiques et accompagnement](#)" en février 2004 et l'[arrêté du 5 mars 2004](#) portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès est paru au journal officiel du 17 mars 2004

La Loi du 31 décembre 1970 prévoyait que: «la communication de ce qui relève du secret médical ne peut être faite que par l'intermédiaire d'un médecin »

La Loi du 4 mars 2002 a instauré par son article L.1111-7 que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé,

- qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention,
- ou, ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé,

notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder selon son choix, à ses informations **directement ou par l'intermédiaire d'un médecin** qu'elle désigne et en obtenir communication au plus tard **dans les huit jours** suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 H aura été observé. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Deux modes d'accès sont proposés: la consultation sur place ou la transmission de copies.

La mise en oeuvre de l'accès direct du patient à ses données de santé :

[Le décret 2002-637 du 29 avril 2002](#) repris par [le décret 2003-462 du 21 mai 2003](#) précise que la demande doit être adressée au professionnel de santé ou à l'hébergeur et, dans le cas d'un établissement de santé, au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés.

[L'arrêté du 5 mars 2004](#) portant homologation des recommandations de bonnes pratiques en la matière précise les modalités de mise en oeuvre de l'accès. Celles ci sont détaillées dans le [guide de l'ANAES de février 2004](#).

Dans les établissements de santé les modalités d'accès doivent faire l'objet d'un chapitre explicatif dans le livret d'accueil de l'établissement

Avant toute communication, le destinataire de la demande s'assure de l'identité du demandeur ainsi que, le cas échéant, de sa qualité de médecin désigné comme intermédiaire, de tuteur du patient, de titulaire de l'autorité parentale, d'ayant droit ayant motivé sa demande d'accès à un dossier d'un patient décédé .

Lorsque le patient choisit un accès indirect à son dossier et passe par l'intermédiaire d'un médecin désigné, ce dernier doit être inscrit au tableau de l'Ordre et ne pas faire l'objet d'une suspension d'exercice, se récuser (art. 46 du code de déontologie) sans avoir à s'en justifier si l'accès au dossier met en jeu ses intérêts (médecin expert, membre de la famille...)

La Loi prévoit pour les établissements de santé l'obligation de proposer un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès par consultation sur place aux informations les concernant. Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux

risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

Dans le cas particulier de la présence d'une tierce personne lors de la consultation du dossier, à la demande de la personne ou du médecin, il est indispensable d'informer:

- le demandeur du fait que la tierce personne aura connaissance d'informations strictement personnelles sur sa santé
- la tierce personne qu'elle est tenue pénalement de respecter la confidentialité des informations de santé de la personne qu'elle accompagne

L'[arrêté du 5 mars 2004](#) précise entre autres l'obligation pour les professionnels de santé, établissements de soins de veiller à ce que les modalités d'accès au dossier assurent la préservation indispensable de la confidentialité vis à vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, etc...) et qu'il convient d'informer la personne des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers qui sont exclus du droit de réclamer directement ces informations aux professionnels, aux établissements de santé, aux hébergeurs. En ce sens il convient de rappeler à la personne le caractère strictement personnel et confidentiel des informations de santé qui la concernent.

L'[arrêté du 5 mars 2004](#) précise également que les informations de santé peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient, par ses représentants légaux (mineur ou patient sous tutelle) ou par ses ayants droit en cas de décès, dès lors que la personne dispose d'un mandat exprès et peut justifier de son identité. La personne mandatée ne peut avoir de conflits d'intérêts et défendre d'autres intérêts que celui du mandant. Il recommande de rappeler au mandant le caractère personnel des informations qui seront communiquées à la personne mandatée.

- le patient psychiatrique:

A titre exceptionnel, la consultation directe par le patient des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risque d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur et doit être rendu dans les 2 mois.

- le patient mineur:

Sous réserve de l'opposition autorisée par la Loi du 4 mars 2002, du mineur à l'information des titulaires de l'autorité parentale sur son état de santé, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Dans ce cas les informations sont au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné ou consultées sur place en présence de ce médecin. La Loi du 4 mars 2002 donne ainsi deux droits aux patients mineurs qui doivent être pris en compte lors des demandes d'accès, un droit d'opposition vis à vis de l'autorité parentale, le droit

d'exiger que l'accès se fasse par l'intermédiaire d'un médecin.

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet dans les conditions prévues par la Loi, peut s'opposer à ce que le le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin fait mention écrite de cette opposition. Tout médecin saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue.

- l'ayant droit:

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical est autorisé dans la mesure où les informations leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. L'ayant droit doit préciser lors de sa demande, le motif pour lequel il a besoin d'avoir la connaissance de ces informations. Le refus d'une demande opposée à cet ayant droit est motivé. Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical. Un débat a séparé les juristes sur le droit d'un ayant droit de disposer de l'ensemble des informations du dossier dès lors que sa demande était motivée ou exclusivement des informations répondant à la motivation présentée. La commission d'accès aux documents administratifs (CADA) dans son avis du 20 novembre 2003 a estimé que l'ayant droit avait accès à l'ensemble du dossier (à l'exclusion des informations recueillies auprès de tiers ou concernant de tels tiers). L'[arrêté du 5 mars 2004](#) a confirmé la position de la CADA.

- le patient sous tutelle:

C'est au tuteur que revient le droit d'accès aux informations médicales du patient sous tutelle.

- les informations déposées auprès d'un hébergeur de données par un professionnel ou un établissement:

Le professionnel ou l'établissement de santé doit donner son accord préalablement à toute communication des informations par l'hébergeur. Si l'hébergeur se voit refuser de communiquer au demandeur des informations par le professionnel ou l'établissement de santé, ce dernier doit assurer l'accès au dossier dans le respect des dispositions applicables au demandeur.

- les frais liés à la communication des informations:

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la

reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents. Les copies sont établies sur un support analogue à celui utilisé par le professionnel de santé, l'établissement de santé ou l'hébergeur, ou sur papier, au choix du demandeur et dans la limite des possibilités techniques du professionnel ou de l'organisme concerné.

- en ce qui concerne les informations nécessaires à la continuité des soins à la fin d'un séjour hospitalier:

A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de 8 jours maximum.

- le dossier médical et les informations médicales qui y sont contenues sont confidentielles et relèvent du secret médical et du secret professionnel.

La violation du secret professionnel constitue :

- une faute déontologique de nature à entraîner une sanction disciplinaire (art 11 code de déontologie médicale)
- une infraction pénale (art 226 du code pénal)

Droit d'accès au dossier médical : des cas légaux d'autorisation d'accès, hors accès des professionnels de santé participant à la prise en charge du patient et hors qualité de médecin désigné par le patient

La « saisie » judiciaire du dossier médical prévue par l'article 81 du code de procédure pénale se fait sur commission rogatoire ou en cas d'enquête de crime et délit flagrant sans autorisation préalable du patient et sans opposabilité du secret médical ou professionnel.

Le médecin expert auprès des tribunaux: il est désigné par un magistrat ou une autorité afin de prêter un concours technique, soit dans une affaire civile pour évaluer un dommage et son accès est alors subordonné à l'accord du patient, soit dans une affaire pénale (saisi par le juge d'instruction) et son accès ne nécessite pas alors une autorisation préalable du patient.

La production en justice du dossier du patient: lorsque le praticien est assigné en justice par un patient ou sa famille, il peut porter à la connaissance du juge tout document utile à sa défense (mais la divulgation doit être limitée à ce qui est strictement utile à sa défense).

Le contrôle médical de l'Assurance maladie: le décret du 28 novembre 1984 donnait accès aux praticiens conseils aux informations médicales des dossiers. La Loi du 4 janvier 1993 reprise par [l'ordonnance n°96-345](#) avait confirmé cette disposition assortie de l'obligation de secret professionnel. La Loi du 4 mars 2002 stipule que les praticiens-conseils du service du contrôle

médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

La circulaire 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du PMSI et à l'organisation de l'information médicale et la Loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social évoquant le partage de l'information et du secret médical, permet au Médecin **Responsable de l'Information Médicale** d'accéder à des informations médicales nominatives (art. L. 6113-7 CSP). Le décret 94-666 du 27 juillet 1994 précise par ailleurs que le médecin responsable de l'information médicale doit veiller à la qualité des informations nécessaires à la production du PMSI.

La Loi du 4 mars 2002 (art.7) pose comme principe légal un droit d'accès aux données de santé à caractère personnel pour les **médecins experts de l'ANAES** mais dans la limite des informations nécessaires à l'exercice de leur mission d'accréditation lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical.

La Loi du 4 mars 2002 (art. 8) édicte que: les **membres de l'Inspection générale des affaires sociales** titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice en France de la profession de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical.

La Loi du 4 mars 2002 modifie l'art. L. 1112-3 CSP en créant dans les établissements de santé une **commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge** en remplacement de la commission de conciliation. La commission peut avoir accès par le biais du médecin conciliateur aux données médicales du patient sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit du patient ou de ses ayant droits en cas de décès du patient.

La Loi du 4 mars 2002 a mis en place (art. L. 1142-5) dans chaque région une **commission régionale de conciliation et d'indemnisation** chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, des affections iatrogènes et des affections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé. dans ce cadre, la commission peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical. Le mode de fonctionnement des CRCI est précisé par le [décret 2002-886 du 3 mai 2002](#).

Le médecin du travail ne peut obtenir l'accès aux données médicales d'un salarié qu'avec son accord express.

Le médecin d'un centre de réforme, dans le cadre de l'instruction d'une demande de pension militaire d'invalidité peut se faire communiquer le dossier médical d'un militaire en activité au moment des faits examinés, sans que l'accord du patient soit requis (accord considéré comme implicite).

En cas de litige entre un patient et un établissement, relatif à la communication du dossier médical, la

saisine de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA). L'avis de la CADA est un préalable obligatoire à l'ouverture d'un contentieux (mise en place par la Loi du 17 juillet 1978 modifiée par la Loi du 12 avril 2000).

Le dossier médical et les compagnies d'assurance :

Le conseil de l'ordre a recommandé à plusieurs reprises de ne transmettre en aucun cas des informations à la compagnie d'assurance. Un certificat est établi à la demande du patient et transmis au patient qui le remet au médecin de la compagnie. La position du conseil de l'ordre estimant possible en cas d'expertise, de fournir au médecin conseil des « pièces médicales pertinentes, adéquates et non excessives » n'a pas été suivie par la CNIL.

La Loi du 4 mars 2002 permet au patient d'accéder à ses informations médicales. Elle n'est en aucun cas créatrice de nouveaux droits pour l'assureur. Toute demande dans ce sens, même indirecte constitue un détournement de la Loi.

Le médecin désigné ne peut être médecin de compagnie d'assurances. Un échange direct d'informations entre médecin traitant et médecin d'assurances, même avec l'accord du patient, ne peut pas être admis.

[Retour](#)

F. KOHLER et E. TOUSSAINT - Avril 2004

Définition du dossier du patient :

Le dossier du patient comporte de nombreuses définitions.

On peut le définir de la manière suivante : « **C'est l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en termes de soins et de santé par les différents professionnels qui en assurent la prise en charge. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge et c'est à partir de vues différentes des données qu'il contient que l'on élabore des bilans d'activité et des travaux de recherche. Enfin, les dossiers servent à l'enseignement.** » (F. KOHLER et E. TOUSSAINT).

De cette définition, on voit se dessiner certains objectifs du dossier du patient :

1) C'est **un aide mémoire** pour le professionnel de santé qui doit lui permettre de retrouver tous les éléments historiques concernant la santé et les soins d'un patient : plainte du patient, données de l'examen, déductions et synthèses faites par le professionnel, actions de prévention et de traitement, facturation, droit vis à vis des assurances.

2) C'est grâce au dossier du patient que les différents professionnels vont **pouvoir coordonner leurs actions** : communication entre professionnels de santé des éléments nécessaires à la prise en charge comme la communication entre le généraliste et le médecin spécialiste, le médecin et l'infirmière, le médecin ou les soignants et les travailleurs sociaux ou encore l'administration pour la gestion et le financement. Cette communication ne nécessite pas toujours la présence physique du patient auprès des différents professionnels : le biologiste hospitalier ne connaît souvent du patient que les tubes et les éléments du dossier par exemple.

Mais elle implique d'une part que les différents professionnels soient certains qu'ils parlent du même patient, c'est à dire qu'ils partagent **une identification commune du patient** soit par la mise en place **d'un système d'identification centralisé national** comme cela existe dans certains pays soit par la mise en place de **systèmes de corrélation d'identifiant** c'est à dire que chacun des partenaires a son propre système d'identification par exemple un numéro permanent spécifique (A) de l'hôpital X qui permet de rattacher dans cet hôpital toutes les informations du patient « Dupond, Marie Nathalie » dans le dossier du patient dans cet hôpital mais qui est différent du numéro permanent (B) utilisé dans la clinique Y pour désigner le même patient et qu'il existe un système de corrélation qui permet de rapprocher (A) et (B) pour indiquer qu'il s'agit du même patient. C'est plus vers cette solution que s'oriente la France.

D'autre part, **les informations transmises** entre les différents professionnels doivent répondre aux exigences réglementaires, secret médical, droits des patients **et être pertinentes** quand à l'objectif de prise en charge du patient : cela ne servirait a priori pas à grand chose que de transmettre à l'ophtalmologiste en vue de la prescription de verres correcteurs toutes les informations comme tous les résultats des numérations globulaires d'un patient par ailleurs suivi pour une leucémie.

- 3) C'est le dossier du patient qui permet **d'assurer la traçabilité** des différentes actions qui le concernent, ce qui est à la base de la politique de qualité des soins et permet par exemple de retrouver rapidement tous les patients ayant été traités par un telle ou tel prothèse ou médicament dont les effets secondaires étaient inconnus jusqu'à ce jour. C'est dans ce cadre que s'effectuent **les aspects médico-légaux** du dossier.
- 4) C'est à partir des données contenues dans le dossier du patient, que l'on peut élaborer **des recueils d'informations standardisées dans un objectif de recherche ou d'évaluation.**
- 5) C'est par **la liaison du dossier du patient à des systèmes à base de connaissances** comme les guides de bonnes pratiques que l'on peut envisager des **systèmes d'alertes.**
- 6) C'est à partir du dossier du patient que l'on peut créer **des cas types utilisés dans l'enseignement.**

Au total, au delà d'un simple entrepôt passif de données concernant un patient, on voit que le dossier, pour répondre aux objectifs sous tendus par la définition, suppose une dynamique et une plasticité importantes vis à vis de la sélection et de la présentation des données qu'il contient.

[Retour](#)

F. KOHLER et E. TOUSSAINT - Mai 2003

Accréditation et Dossier du Patient

Le manuel d'accréditation commence ainsi :

" Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

La procédure d'accréditation constitue un temps particulier d'appréciation réalisé entre professionnels des établissements de santé au sein d'un processus continu d'amélioration de la qualité.

Cette procédure d'accréditation s'inspire des modèles anglo-saxons, développés depuis de nombreuses années à l'initiative de professionnels de santé soucieux de promouvoir la qualité des services rendus aux patients, tout en veillant à les adapter à la culture et aux particularités du système sanitaire français. Le caractère indépendant de la procédure conduite par l'ANAES s'apparente à celui des autres organismes chargés à l'étranger de cette mission. Enfin, le caractère obligatoire de la démarche pour les établissements de santé français n'est pas fondamentalement différent des démarches conduites ailleurs. Une première version du référentiel établie en février 1999 est utilisée pour la première procédure des établissements de santé. Une actualisation a été réalisée en juin 2003 afin de prendre en compte les évolutions légales en particulier introduites par la Loi du 4 mars 2002. La volonté de développer une culture de l'évaluation plus forte des pratiques professionnelles et de médicaliser davantage la démarche est à l'origine d'une deuxième version du référentiel d'accréditation (V2). Cette version fait l'objet d'une validation courant 2004 à l'aide de quelques établissements expérimentateurs ayant déjà fait l'objet d'une première démarche d'accréditation. Après validation, c'est la V2 qui sera utilisée pour les deuxièmes procédures d'accréditation des établissements de santé

Dans le référentiel en vigueur en 2004, le dossier du patient tient une large place. 7 références entières lui sont consacrées mais certains aspects sont présents dans d'autres références comme dans le chapitre Droit et Information du Patient. Nous ne donnons ici que le chapitre DPA : dossier du Patient et les critères correspondants.

Manuel d'accréditation - Le patient et sa prise en charge - ANAES/Direction de l'accréditation/Juin 2003

DPA

2. DOSSIER DU PATIENT (DPA)

· Introduction

Le dossier du patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins. Il comporte l'ensemble des informations concernant le patient, qu'elles soient administratives,

sociales, médicales ou paramédicales.

Des dysfonctionnements dans la gestion des dossiers peuvent entraîner des conséquences allant de la simple perte de temps à des défauts majeurs dans la prise en charge des patients et le fonctionnement de l'établissement.

La gestion des dossiers doit donc reposer sur une bonne organisation, des responsabilités définies et l'enregistrement au quotidien par tous les professionnels des informations pertinentes. Il est rappelé que l'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient est une nécessité et le préalable indispensable à l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles

· Références

DPA - Référence 1

L'établissement définit et met en oeuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.

DPA.1.a. Pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins.

DPA.1.b. Une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement.

DPA.1.c. Une politique vise à assurer la protection de la confidentialité des dossiers et informations concernant le patient, notamment lors de la circulation des informations nominatives liées aux nécessités diagnostiques et thérapeutiques.

DPA.1.d. L'établissement s'organise pour assurer le droit *du patient, ou des titulaires de l'autorité parentale, ou des ayant droits, d'accéder au dossier directement ou par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.*

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 2

La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en oeuvre les instances et les professionnels concernés.

DPA.2.a. La direction, la CME et la DSSI ou le responsable du service des soins infirmiers s'assurent que les modalités de tenue du dossier du patient sont écrites, validées, diffusées et évaluées.

DPA.2.b. La direction, la CME et la DSSI mettent en place et maintiennent l'organisation du circuit du dossier et de l'archivage des dossiers.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

DPA.3.a. Les professionnels sont sensibilisés à la confidentialité.

DPA.3.b. Si son dossier est informatisé, le patient est informé de cette informatisation et de son droit d'accès et de rectification.

DPA.3.c. L'élimination des pièces des dossiers se fait selon des conditions garantissant la confidentialité.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 4

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

DPA.4.a. Le dossier du patient comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification *ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir.*

DPA.4.b. Les responsabilités des différents intervenants (infirmier(ère)s, praticiens, internes, secrétaires médicales, étudiants hospitaliers, autres intervenants) sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit.

DPA.4.c. Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportent le nom et la signature du praticien.

DPA.4.d. Le dossier du patient est organisé et classé.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

DPA.5.a. Le dossier du patient comporte, sous l'autorité du praticien responsable, dans les meilleurs délais après son admission, *les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences et au moment de l'admission*

DPA.5.b. Le dossier du patient comporte des informations actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge.

DPA.5.c. Le dossier du patient permet à tout moment de connaître les traitements, les examens *les informations relatives aux soins infirmiers ou dispensés par d'autres professionnels de santé.*

DPA.5.d. Le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés.

DPA.5.e. Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfico-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

DPA.5.f. Le dossier du patient comporte, *le compte rendu d'hospitalisation ainsi que la lettre et les modalités (retour au domicile, transfert vers d'autres structures, etc.) rédigées à l'occasion de la sortie et également, le cas échéant, les prescriptions, les doubles d'ordonnance de sortie et la fiche de liaison infirmière.*

DPA.5.g. Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.

- L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.
- DPA.5.d. Les éléments d'information spécialisés sont notamment :
 - le dossier anesthésique ;
 - le compte rendu opératoire ;
 - le compte rendu d'accouchement ;
 - le dossier transfusionnel ;
 - la fiche de traçabilité des médicaments dérivés du sang ;
 - le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent.

DPA - Référence 6

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations.

DPA.6.a. Le dossier du patient peut être localisé et accessible à tout moment.

DPA.6.b. Le dossier du patient est conservé dans le respect des délais de conservation et des conditions de sécurité.

- L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue.

DPA.7.a. L'établissement évalue la qualité des dossiers.

DPA.7.b. L'établissement met en place une politique d'amélioration des dossiers.

- L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

Le référentiel reprend les textes réglementaires et y ajoute des notions de politique dossier et d'évaluation de la qualité du dossier. Avant la création de l'ANAES, l'ANDEM (agence nationale

pour le développement de l'évaluation médicale) avait établi une grille d'évaluation du dossier. L'ANAES a élaboré en juin 2003 un guide sur le dossier patient . Celui ci précise la définition du dossier, la constitution et le contenu du dossier, la communication du dossier, la conservation du dossier, le dossier et la responsabilité, comment évaluer la qualité du dossier et propose des méthodes d'amélioration de la qualité applicables à la tenue du dossier patient. Il y a lieu de se référer aux recommandations de ce guide en particulier en matière d'évaluation de la qualité du dossier. Celles ci peuvent servir de canevas à l'établissement pour établir sa propre grille d'évaluation du dossier. L'établissement pourra utilement utiliser ses travaux dans le cadre de son auto-évaluation qui est la première phase du processus d'accréditation. Les comptes rendus d'accréditation présents sur le site de l'ANAES démontrent au travers des recommandations et réserves émises que la qualité du dossier nécessite souvent une réelle amélioration dans les établissements.

[Retour](#)

F. KOHLER et E. TOUSSAINT -Avril 2004

L'information de base et sa représentation

Données de base et synthèses

L'information initiale est composite :

- Données de l'interrogatoire et du discours du patient : ce sont des éléments exprimés dans le langage usuel dans la langue maternelle du patient.
- Données textuelles structurées issues de documents pré-établis comme les données de la carte d'identité nationale ou du passeport.
- Données de l'examen clinique exprimées par le professionnel de santé dans un langage spécialisé utilisant des termes et des expressions spécifiques.
- Données quantitatives : poids, taille, examens biologiques.
- Données non textuelles :
 - Images statiques : issues directement de l'observation clinique (images de lésions cutanées ou muqueuses) ou des examens complémentaires (radiographies).
 - Images dynamiques : tremblements, échographie....
 - Sons : auscultation cardiaque....

L'influence du temps dans la pertinence des données est importante : la pertinence de la valeur d'un dosage de sodium sanguin est de quelques heures alors que celle d'un taux de cholestérol est de quelques semaines. Souvent une mesure isolée ne permet pas de conclure : on est pas diabétique ou hypertendu au vue d'une seule mesure de la glycémie ou d'une seule mesure de la tension artérielle.

A partir des données initiales, un raisonnement hypothético-déductif (ou par analogie à base de cas similaires) va permettre au professionnel d'élaborer une information synthétique. Du tableau suivant : homme de 55 ans, fumeur, ayant présenté des douleurs thoraciques importantes irradiant dans le bras gauche, hospitalisé en urgence avec un tracé électrocardiographique caractéristique et des enzymes cardiaques élevés, on déduit le diagnostic d'infarctus aigu du myocarde dont on peut préciser les caractéristiques (localisation postérieure, accompagné d'insuffisance cardiaque et de troubles du rythme par exemple).

C'est à partir des données initiales que s'élabore la stratégie diagnostique dont la trace doit être retrouvée dans le dossier tandis que c'est à partir des données de synthèse que s'élabore la stratégie thérapeutique et de suivi. Actuellement ces stratégies sont de plus en plus sous-tendues par les données de la médecine basée sur les preuves (evidence based medicine) et les guides de bonnes pratiques cliniques.

Dans le cadre de la recherche, on est souvent amené à recueillir les données analytiques initiales en fonction d'un protocole. Le recueil est alors systématique, détaillé dans un champs limité aux patients ou pathologies concernées par le protocole. De la même manière, certaines contraintes réglementaires comme les maladies à déclaration obligatoire peuvent amener à recueillir systématiquement certaines données élémentaires parfois non directement nécessaires à la prise en charge du patient. C'est à

partir de l'exploitation statistique des données élémentaires que la recherche permettra d'élaborer de nouvelles connaissances, remettant parfois en cause les synthèses précédemment admises.

Dans le cadre d'évaluation de l'activité, les informations recueillies correspondent d'abord à des informations de synthèses exprimées à l'aide d'un langage commun imposé par les classifications et nomenclatures utilisées comme la classification internationale de l'OMS pour les diagnostics, signes, symptômes et motifs de recours autres ou la classification commune des actes médicaux pour les actes des médecins et des dentistes. Dans ce cas, la synthèse initiale n'est pas remise en cause et les statistiques d'évaluation (bilans d'activités) sont le plus souvent réduites à de simples comptages.

Représentations des données

Les données recueillie peuvent être brutes : il pèse 98kg, ou interprétées, compte tenu de sa taille et de son sexe, il a une surcharge pondérale ou encore synthétisée en un diagnostic; il est porteur d'une obésité due à un excès calorique que l'on peut coder dans la classification internationale des maladies de l'OMS en E66.0.

Les données brutes elles mêmes peuvent revêtir différents types de données informatiques : le poids 98kg peut être considéré comme un entier ou un texte. Le stockage et les traitements informatiques possibles dépendent de cette représentation.

Si le dossier du patient ne rassemble que des données brutes le travail d'interprétation et de synthèse devra être réalisé à chaque lecture. De plus cette interprétation pourra être remise en cause au cours du temps en fonction de l'évolution des connaissances médicales. Ne garder que l'information de synthèse aboutit à une perte d'information, mais permet des traitements faciles et la liaison avec les protocoles de bonnes pratiques cliniques.

L'implantation informatique des données, quelque soit leur type va conditionner les possibilités de les traiter automatiquement. La simple mention dans un champs texte ou dans une lettre de sortie établie en traitement de texte de "Poids : 98Kg" permet de garder l'information, de la retrouver pour la lire mais ne permet pas d'élaborer la courbe de suivi du poids du patient en fonction du temps. De même la recherche dans un texte du mot "obésité" permettra de retrouver tous les patients dont le dossier comporte le mot "obésité" c'est à dire des observations comme "le patient est porteur d'une obésité" mais également les patients dont le dossier comporte la mention "le patient n'est pas porteur d'obésité".

L'utilisation des données peut être facilitée par les liens sémantiques que le système peut implanter grâce aux classifications utilisées. Par exemple, dans le cas cité, l'utilisation de la classification internationale de l'OMS et du concept Obésité par excès calorique permet de préciser la filiation suivante :

(E) Maladies endocriniennes et métaboliques -> Obésité et autres excès d'apports -> (E66.0) : Obésité due à un excès calorique.

Ceci permettra de retrouver le dossier de ce patient que l'on interroge la base des dossiers à quelques

niveaux de la filiation que ce soit.

Le passage entre les données brutes, les données interprétées, la synthèse fait appel à des connaissances du domaine et ne peut que très rarement être automatisée. C'est une phase essentiellement humaine.

La liaison entre les concepts médicaux renvoie à l'existence d'ontologies médicales qui peuvent être implantées dans une machine à la condition que la liaison entre le langage utilisé dans le dossier du patient et celui utilisé dans l'ontologie soit établie. Par exemple, UMLS a incorporé la classification internationale des maladies de l'OMS, mais si pour décrire les patients, les praticiens utilisent une classification spécifique comme celles que peuvent élaborer certaines spécialités médicales (MEARI par les orthopédistes français par exemple), il faudra alors établir tous les liens entre la classification spécifique et l'ontologie utilisée avant de pouvoir bénéficier des liens sémantiques qu'elle procure. L'existence d'un traitement sémantique au sein du dossier du patient permet également de prendre en compte les synonymes et les variantes lexicales (obésité, obèse...) mais ne peut pas lever toutes les ambiguïtés rencontrées dans le langage médical ou de la vie courante. Dans un compte rendu d'accident, la phrase "la petite brise la glace" ne peut être interprétée sans une connaissance approfondie du contexte : la petite (fille) brise la glace (de l'étang) (et se noie); la petite (fille) brise la glace (le miroir) (et se coupe), la petite brise (le vent) --la- glace (la petite fille) (et lui provoque des gelures aux mains).

Dans [le cadre de l'évaluation des activités médicales](#), le codage des actes et des pathologies a été rendu obligatoire par les [ordonnances de 1996](#). Dans les établissements de santé, [le PMSI](#) (programme de médicalisation du système d'information) a rendu obligatoire dès 1989 pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier et dès 1997 pour les autres établissements privés le recueil de résumés standardisé de sortie (RSS) pour les activités de soins de courte durée (classiquement dénommées court séjour - Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Depuis, cette obligation a été étendue au soins de suite et de réadaptation et doit prochainement être étendue à la psychiatrie. Dans ce contexte, le codage des pathologies et autres motifs de recours au système de santé est réalisé à l'aide de la CIM10 : Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexe.

Les actes médicaux et dentaires sont codés à l'aide du CdAM : catalogue des actes médicaux qui est en cours de remplacement par la CCAM : classification commune des actes médicaux .

Dans le cadre du PMSI, les actes de rééducation, réadaptation sont codés à l'aide du CdARR : catalogue des actes de rééducation réadaptation.

Les actes réalisés en médecine libérale seront codés à l'aide de la CCAM et pour les paramédicaux à l'aide de la CCAPS : classification commune des actes des professionnels de santé quand celle ci sera disponible.

Les actes de biologie sont codés à l'aide de la NABM : nomenclature des actes de biologie médicale. Actuellement le paiement à l'acte est réalisé en utilisant les lettres clés et la cotation de la NGAP : nomenclature générale des actes professionnels.

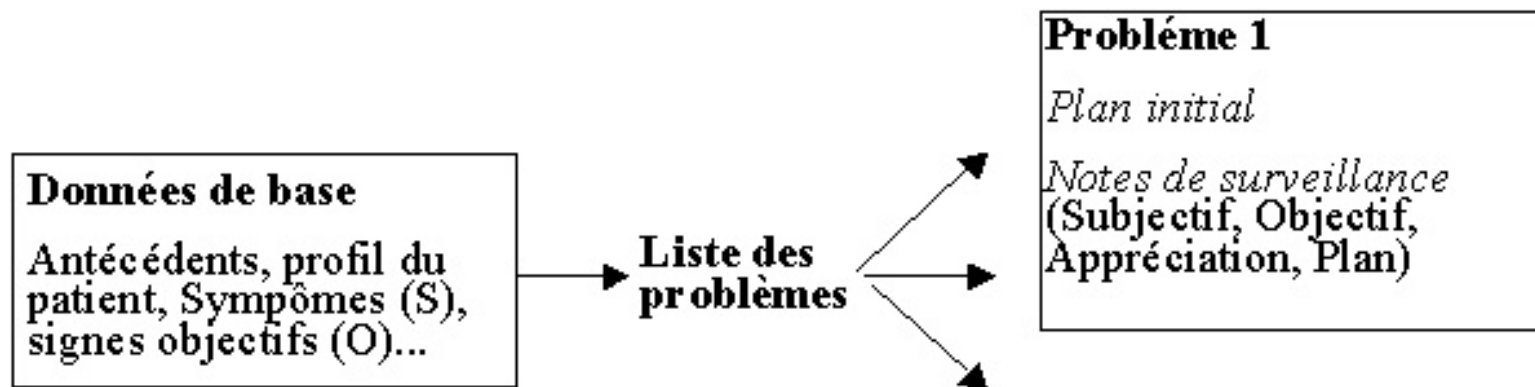
[Retour](#)

F. KOHLER et E. TOUSSAINT – Mai 2003

Structuration du dossier :

La structuration du dossier peut être réalisée suivant différents axes :

- Structuration suivant les acteurs : Dossier médical, Dossier infirmier, Dossier du kinésithérapeute, Dossier de l'assistance sociale, Dossier de l'administration....
- Structuration par type d'information : Lettres, Compte rendus opératoires, Compte rendus d'accouchement, Fiches d'anesthésie, Vaccinations, Examens de biologie, Imagerie....
- Structuration temporelle : les différentes données et informations sont enregistrées chronologiquement comme par exemple dans la fiche d'observation qui enregistre au fil de l'eau les différents éléments concernant le patient. On retrouve ce type de fiche aussi bien dans le suivi du patient par les soignants que par les médecins.
- Structuration par problème médical pris en charge. Par exemple, pour un patient hypertendu et en même temps diabétique on rassemblera sous chacun de ces problèmes les données et informations (médicales, soignantes, administratives...) le concernant .



Cette structuration doit intégrer la notion du temps et des contacts du patient avec le système de santé : consultation chez le généraliste, hospitalisation, consultation chez le dentiste, souscription d'une nouvelle assurance sont autant d'éléments qui s'inscrivent dans le temps.

On voit que si le dossier est l'histoire du patient avec succession d'histoires des épisodes de soins et de prévention, il intéresse une multiplicité d'acteurs : Médecins, Soignants, Travailleurs sociaux, Administratifs, Assurance...

Pour un patient le dossier unique, partagé par les différents acteurs n'est presque jamais rencontré. Le plus souvent il s'agit d'un dossier par médecin (généraliste, spécialiste) et par hôpital ou clinique avec parfois encore trop souvent des dossiers différents par service. Ces différents dossiers sont souvent cloisonnés et leur lecture révèle souvent des incohérences ou des lacunes préjudiciable à des soins coordonnés de qualité.

Sans informatisation la structure est libre même si de grands chapitres sont souvent retrouvés : données d'identification et données générales (date de naissance, sexe, poids, taille, lieu d'habitation, vaccinations, antécédants, personnes à prévenir....). Le dossier est en général orienté à la source et rangé de manière chronologique. On a ainsi la possibilité de feuilleter les différents épisodes en partant des plus récents aux plus anciens. Le dossier est rarement orienté par problème.

Les objectifs de l'informatisation ont souvent d'abord été le stockage et l'accessibilité sans remettre en cause fondamentalement la structuration du dossier. Il ne s'agissait que de changer de support sans modifier l'organisation ni les fonctions mais avec une amélioration de la qualité : écriture lisible, saisie automatique (examens de laboratoire...) intégration des éléments non textuels (images, sons,...). Très vite les praticiens pionniers ont profité du cadre paramétrable du dossier informatique pour l'orienter vers des questionnaires d'enquête spécifique (femme enceinte, diabète, hypertendu...) afin de standardiser l'examen aboutissant à une meilleure complétude du dossier. Par ailleurs, les possibilités aisées d'extraction par "copier" "coller" pour glisser dans une lettre les informations pertinentes ont facilité la communication entre les acteurs. Enfin, par rapport aux dossiers papiers, l'informatisation par la restriction d'accès et le chiffrement améliore la sécurité et la protection de la confidentialité.

Les différents logiciels ont favorisé l'apparition de structurations plus standards. Certains ont gardé la structuration rencontrée dans les dossiers papiers usuels, d'autres se sont orientés vers des questionnaires d'enquêtes, les plus récents ont une approche objets qui permet d'avoir un contenu standardisé mais adapté à chaque cas particulier évitant ainsi l'écueil des deux types précédents. Le texte libre, en dehors de la fonction d'aide mémoire ne permet ni les exploitations ni la liaison du dossier avec des systèmes d'aide à la décision. Les questionnaires d'enquête sont, soit très primaires en ne comportant que peu d'items, ils seront remplis mais insuffisants, soit trop lourds et les nombreux items qu'ils comportent alors ne sont pas remplis.

La transmission des feuilles de soins à l'assurance maladie par voie électronique a largement favorisée l'implantation rapide des logiciels de dossiers dans les cabinets médicaux libéraux alors que celle ci reste encore faible au sein des établissements de soins.

[Retour](#)

F. KOHLER et E. TOUSSAINT - Mai 2003