

Le dossier médical

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 2011-1012

Table des matières

I	Historique du dossier médical.....	3
II	Evolution juridique.....	4
III	Tenue du dossier médical	5
III.1	Composition du dossier médical.....	6
III.1.1	Informations recueillies dès le 1er contact et durant le séjour.....	6
III.1.2	Informations recueillies à la fin de séjour et lors de la sortie.....	7
III.1.3	Informations recueillies par un tiers agissant indirectement	7
III.2	Bénéfice du dossier médical.....	7
III.2.1	L'intérêt pour les professionnels de santé	7
III.2.2	L'intérêt pour le patient.....	8
III.2.2.1	modalités de la demande.....	8
III.2.2.2	délai et mode de communication.....	8
III.2.2.3	Des règles particulières	8
IV	Conservation des dossiers médicaux.....	9
IV.1	Exceptions.....	9
V	Avenir de dossier médical.....	10
V.1	Dossier Médical Personnel (DMP).....	10
VI	Annexes.....	11

PRÉ-REQUIS

- Loi 4 mars 2002
- Recommandation la pratique clinique HAS

INTRODUCTION

Le dossier médical est un outil constitué de documents (physiques ou/et informatisés) qui retrace les épisodes de la maladie et du parcours de soin d'une personne. Il est aujourd'hui considéré comme un outil capital d'exercice pour tout professionnel de santé.

Son enjeu est considérable dans le suivi des soins, la coordination pluridisciplinaire, sa bonne tenue est une obligation pour les professionnels de santé.

I HISTORIQUE DU DOSSIER MÉDICAL

Autrefois, les observations des soignants étaient une simple prise de notes et d'observations. Courant XIV^{ème} siècle apparaît la notion de « dossier patient ». Comme un support écrit, il servait à la réunion et la conservation (archivage) des notes du médecin. Autrement dit, il permettait au médecin de rien oublier de l'histoire de son patient.

Egalement, les informations pouvaient être partagées avec d'autres médecins, équipes soignantes et/ou la famille.

A la fin du XVII^{ème} siècle apparaît « le dossier médical personnel » pour chaque patient. Il était alors utilisé comme un cahier de registre à l'Hôtel-Dieu à Paris. Cependant le contenu était succinct.

La complexité des prises en charges, l'optimisation de la qualité des soins et l'évolution sociétale en terme de droits des personnes hospitalisées ont contribué à la valorisation de dossier médical.

Depuis 1970, les dossiers de soins infirmiers font partie des dossiers médicaux. L'ensemble est devenu un outil de communication et de transmissions des données entre les professionnels de santé et ce quelque soit leurs type d'exercice (secteurs hospitalier et libéral).

En conclusion, le dossier médical comportait des notes prises par les médecins lors des consultations est aujourd'hui un document médico-juridique et administratif.

II EVOLUTION JURIDIQUE

Si l'importance de la traçabilité était déjà mise en avant depuis 1936, le cadre réglementaire pour le dossier médical n'apparaît que dans les années 1990.

En effet, pour la première fois, l'article R.710-2-1 du décret du 30 mars 1992 du code de la santé publique : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006802397&idSectionTA=LEGISCTA000006174655&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=19981106> définit la composition du dossier médical hospitalier : (voir le lien ci-dessous)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000357021&dateTexte=>

En suite, l'article 45 du code de déontologie des médecins paru en 1995 rend la constitution et le contenu du dossier médical obligatoire pour les secteurs hospitalier public, privé et libéral : (voir le lien ci-dessous)

<http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>

A l'heure actuelle, sa composition est définie par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773559&dateTexte=&categorieLien=id> relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-8 :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D346F182D5E4CE5181EAAE0FA2B57DAF.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000021941353&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120901&categorieLien=id et L1112-1 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021941199&dateTexte=20120901> du code de la santé publique : (voir le lien ci-dessous) <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESP0221143D>

Depuis 1997, les professionnels de santé ont un devoir d'information (arrêt Hédreul). Ainsi, le dossier médical s'est transformé en un outil permettant de délivrer les bonnes informations au patient, mais aussi, d'évaluer la qualité des prises en charge médicales.

Par ailleurs, l'article L1111-8-1 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017841975&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090722> du Code de la Santé Publique (Code de la Santé Publique) ainsi que la loi du 4 mars

2002 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
autorisent les patients à accéder directement aux informations les concernant qu'elles soient archivées dans un établissement ou par un professionnel de santé :
« *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 œuvre, 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* ».

(voir le lien ci-dessous)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021941353&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=vig>

Ainsi, la qualité et la tenue du dossier médical sont des enjeux de confiance, de transparence et de responsabilité entre les professionnels et les patients.

III TENUE DU DOSSIER MÉDICAL

Elle est régie et encadrée par de nombreux textes de loi, notamment celle du 04 mars 2002 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> , relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et l'article L1111-8-1 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017841975&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090722> du CSP, modifié par l'ordonnance n° 2012-117 du 23/02/2010 de coordination avec la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé définit le dossier médical en s'appuyant sur l'article R1112-1 du code de la santé publique : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908159&dateTexte=20120616> , comme : « *le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé* ». Il est constitué pour chaque patient lors du 1er contact avec le professionnel, contient des éléments cliniques, para cliniques, biologiques, permettant la bonne prise en charge de la personne dans sa globalité.

III.1 COMPOSITION DU DOSSIER MÉDICAL

Le dossier est composé d'un dossier administratif, du dossier médical du patient, du dossier de soins infirmiers (ou autres professionnels de santé). Les pièces constituant ces dossiers sont :

- Recueillies : au 1er contact et pendant toute la prise en charge
- Etablies : à la fin de séjour et lors de la sortie
- Recueillies : auprès du tiers agissant indirectement

III.1.1 Informations recueillies dès le 1er contact et durant le séjour

Il comprend :

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission,
- Les motifs d'hospitalisation,
- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale,
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée,
- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage
- aux urgences,
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie,
- Les informations sur la démarche médicale,
- Le dossier d'anesthésie,
- le compte rendu opératoire ou d'accouchement,
- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire,
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel,
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires,
- Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers,

- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé,
- Les correspondances échangées entre professionnels de santé.

III.1.2 Informations recueillies à la fin de séjour et lors de la sortie

Il comprend :

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

III.1.3 Informations recueillies par un tiers agissant indirectement

Elles ne sont pas communicables au patient et doivent être conservées à part, pour éviter le risque d'une communication accidentelle.

III.2 BÉNÉFICE DU DOSSIER MÉDICAL

La traçabilité du suivi permet une analyse de la qualité des prises en charge. Il est alors un moyen d'améliorer la qualité des soins, ceci dans le but d'une meilleure gestion de la santé de population.

De plus, l'accès du patient à son dossier médical permet de lui fournir une information éclairée de son état et de sa prise en charge. Par conséquent l'intérêt est double, pour le professionnel et le patient.

III.2.1 L'intérêt pour les professionnels de santé

C'est un moyen permettant le suivi au long cours, une approche globale et la synthèse de toutes les pathologies retrouvées chez le patient et enfin, la transmission des données aux divers intervenants dans le cadre de la continuité des soins. Egalement, la traçabilité exigée dans le dossier favorise la mise en place des actions préventives et éducatives concernant le patient et elle simplifie la gestion du patient dans le système de santé.

Par ailleurs, la bonne tenue du dossier médical oblige les personnels médicaux à adapter leurs pratiques aux contraintes médico-légales.

III.2.2 L'intérêt pour le patient

La loi de 4 mars 2002, relative aux droits des malades et la qualité de système de santé et les recommandations de la Haute Autorité de Santé précisent que toute personne a désormais accès à son dossier médical.

« 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 œuvre, 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 ».

L'accès peut être autorisé directement ou par l'intermédiaire d'un médecin et/ou d'une tierce personne (représentant légal), ceci dans des conditions définies par voie réglementaire.

III.2.2.1 modalités de la demande

Une demande doit être formulée auprès du médecin ou de l'établissement de santé (détenteur des informations). Cette demande peut provenir de la part de la personne concernée, son ayant droit(en cas de décès), la personne ayant l'autorité parentale, le tuteur ou le médecin désigné comme intermédiaire.

III.2.2.2 délai et mode de communication

La communication doit s'effectuer dans un délai de 48 heures à huit jours suivant la demande. Ce délai est prolongé de deux mois si la demande concerne un dossier datant de cinq ans et plus.

Deux modalités de communication sont accessibles :

- consultation sur place avec la remise de copies de documents,
- envoi de copies des documents.

La loi prévoit que les frais de copies des documents sont à la charge du demandeur.

III.2.2.3 Des règles particulières

Accès au dossier d'un patient décédé

La loi précise que :

« le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles 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. »

Cas spécifique de mineur

Elle précise que :

« Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685771&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte>

Hospitalisation sous contrainte

L' article L.1111-7 du CSP : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685778&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=vig> ne prévoit pas de modalités particulières quant à la transmission des informations médicales des personnes sous tutelle. Cependant, le droit à l'accès au dossier médical peut être exercé par le tuteur dans toutes les circonstances. Cet accès est également possible pour la personne sous tutelle, sous réserve que la délivrance de cette information soit adaptée à sa faculté de discernement, en présence d'un médecin détenteur des informations et/ou d'un médecin désigné.

IV CONSERVATION DES DOSSIERS MÉDICAUX

Les dossiers médicaux doivent être conservés pour une durée de 20 ans minimum à compter du dernier passage dans l'établissement et/ou dernière consultation.

IV.1 EXCEPTIONS

- Les personnes décédées : Les dossiers sont conservés pour une durée de dix ans après la date du décès.
- Les durées spécifiques :

- 30 ans, pour les dossiers constitués lors d'assistance médicale à la procréation,
- 40 ans, pour les dossiers transfusionnels,
- 70 ans, pour les dossiers concernant la neurologie, stomatologie et les maladies chroniques,
- Indéfiniment, les dossiers d'affection de nature héréditaire susceptible d'avoir des répercussions pathologiques ou traumatisantes sur les descendants.

V AVENIR DE DOSSIER MÉDICAL

Depuis l'instauration de la loi de 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité des soins, le dossier médical met en exergue la transparence dans le fonctionnement du système de santé, l'information des patients et l'éducation à la santé.

Le dossier médical électronique a vu le jour dans les années 90, ceci dans l'optique d'amélioration de la qualité des soins. La tenue des dossiers médicaux informatisés a permis une amélioration de la transmission d'informations entre professionnels de santé. Grâce aux données informatisées, la communication médecin-patient est devenue plus transparente et plus fluide pour les patients de mieux en mieux informés.

Ainsi, l'application des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé a facilité grandement le traitement des dossiers médicaux. Le terme « e-santé », c'est-à-dire l'usage des outils, des équipements et de services basés sur les TIC et internet, dans le secteur de la médecine et des soins de santé. A l'heure actuelle, « e-santé » couvre plusieurs domaines technologiques comme la télémédecine, l'informatique médicale, la messagerie sécurisée, etc

V.1 DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (DMP)

Le Dossier Médical Personnel a été proposé par la loi du 13 août 2004 pour faciliter les échanges d'information entre professionnels de santé, éviter les actes redondants et agir contre les interactions médicamenteuses. C'est un dossier accessible à tous (professionnels de santé et personnes concernées), grâce à des logiciels spécifiques. Il contient les informations personnelles de santé, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les compte rendus hospitaliers et de radiologie et analyses biologiques.

Le projet de DMP a été relancé par le ministère de la Santé en avril 2009. Il est désormais mis en œuvre par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), créée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009. Ce projet présente une avancée en terme de santé publique, qualité et continuité des soins. Le dossier est mis en ligne après l'accord de la personne concernée.

Son développement et sa mise en place reste l'un des axes prioritaires de la politique de santé en France en matière de la modernisation du système de santé et de l'organisation des soins

Voir aussi les liens suivants : <http://www.dmp.gouv.fr/web/dmp/patient/une-politique-publique>

<http://dmp.gouv.fr/web/dmp/documents/brochure-patient>

VI ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- CSP : Code de la Santé Publique
- DMP : Dossier Médical Personnel