

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Elève Directeur D'Hôpital

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**Repenser la gestion du Dossier
Patient :
L'exemple du Centre Hospitalier de
La Rochelle**

Sophie LEONFORTE

Remerciements

A l'issue de la rédaction de ce mémoire, je tiens à adresser mes remerciements :

- A Monsieur AMAT, Directeur Général du Centre Hospitalier de La Rochelle, pour m'avoir permis de débiter dans mes fonctions de directeur d'hôpital au sein d'une équipe accueillante et dans un établissement dynamique.
- A Monsieur BRU, Directeur du site Lafond et Maître de stage pour son écoute et son encadrement tout au long de mes deux stages à La Rochelle.
- A Monsieur CUZIN, Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, pour m'avoir suggéré ce sujet de mémoire et conseillé tout au long de ma réflexion.
- A Madame TURPIN, Directeur des Ressources Humaines et Monsieur BOFFARD, Directeur du Site Saint Louis pour la confiance qu'ils m'ont accordée, leurs encouragements et leur bonne humeur.
- A Madame MARGARIT, encadrant mémoire et consultante pour le CNEH, pour sa contribution bibliographique, ses remarques pertinentes et sa relecture attentive.
- A Madame TOURANCHEAU pour son aide technique et sa relecture.

A tous, merci.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	1
PARTIE I : L'évolution juridique relative au dossier médical a eu un impact organisationnel sur la gestion du cycle de vie du dossier du patient.....	1
1.1 Le dossier médical : une archive publique particulière.....	1
1.1.1 Le dossier médical : une archive publique.....	1
1.1.2 Le régime de conservation du dossier patient est ancien et particulièrement encadré.....	1
A) Propriété et responsabilité du dossier du patient	1
B) La question des délais de conservation	1
1.1.3 Le support d'archivage le plus courant reste le papier.....	1
1.2 La loi du 4 mars 2002 a eu des implications organisationnelles majeures sur la gestion du dossier patient.....	1
1.2.1 La loi du 4 mars 2002 consacre le droit d'accès au dossier du patient	1
A- La fin du principe d'indisponibilité du dossier médical	1
B - L'obligation pour les hôpitaux d'assurer un accès direct, exhaustif, et rapide aux dossiers médicaux.....	1
1.2.2 Les implications directes de la loi de 2002 sur la gestion des dossiers hospitaliers.....	1
A) Une sollicitation plus grande des services d'archives hospitalières.....	1
B) De nombreux projets de restructuration pour les services hospitaliers d'archives.....	1
C) La lente reconnaissance du métier d'archiviste hospitalier	1
1.3 La gestion du cycle de vie du dossier	1
1.3.1 Le cycle de vie du Dossier patient et ses enjeux	1
A) La notion de dossier unique et circulant.....	1
B) La redéfinition du cycle de vie des dossiers de patient.	1
1.3.2 L'élimination : une phase mal maîtrisée du cycle de vie du dossier	1
A) Une phase nécessaire confrontée à des obstacles culturels, techniques et juridiques.....	1
B) Le décret du 4 janvier 2006 : une tentative pour encourager la destruction. .	1

2	PARTIE II : Une gestion défectueuse des dossiers de patient au Centre Hospitalier de La Rochelle	1
2.1	Une organisation insatisfaisante de la gestion du dossier patient au Centre Hospitalier de La Rochelle.....	1
2.1.1	Une organisation fondée sur des lieux et des acteurs multiples.....	1
A)	Une organisation multi-sites.....	1
B)	Trop d'acteurs impliqués dans la gestion.....	1
2.1.2	Une maîtrise partielle du cycle.....	1
2.2	La mise en place récente d'une politique institutionnelle autour du Dossier du Patient.....	1
2.2.1	Une gestion plusieurs fois critiquée	1
A)	La V1 comme première mise en garde.....	1
B)	La V2 : une réserve avec suivi relative au Dossier du Patient.....	1
2.2.2	La formalisation d'une politique institutionnelle autour du DPA.....	1
A)	Deux grands objectifs.....	1
B)	Le management du projet DPA.....	1
C)	Une dynamique en marche.....	1
2.3	Diagnostic des principaux dysfonctionnements persistant dans la gestion actuelle des dossiers au CHLR.....	1
2.3.1	Une commande à l'élève directeur relative à la gestion du cycle de vie du dossier patient.....	1
2.3.2	Les dysfonctionnements majeurs de la gestion des Dossiers Patient au CHLR ...	1
A)	La méconnaissance et le caractère incomplet des règles institutionnelles.....	1
B)	L'absence d'outil de traçabilité du Dossier Patient.....	1
C)	L'absence d'élimination de dossiers.....	1
3	Partie III : Plan d'action pour une meilleure gestion du Dossier Patient au Centre Hospitalier de La Rochelle	1
3.1	Quatre objectifs pour un plan d'actions	1
3.1.1	Objectif 1 : Développer le bon usage du dossier commun informatisé.....	1
A)	L'objectif.....	1
B)	Les actions à mettre en place	1
3.1.2	Objectif 2 : Mettre en place un processus de traçabilité des dossiers médicaux...	1
A)	L'objectif.....	1
B)	Les actions à mettre en œuvre	1
3.1.3	Objectif n°3 : Mettre en place un processus de destruction des dossiers morts...	1
A)	L'objectif.....	1

B) Les actions à mettre en œuvre	1
3.1.4 Objectif 4 : Repenser l'utilisation des sites de conservation de Dossiers de Patient.....	1
A) L'objectif	1
B) Les actions à mettre en œuvre	1
3.2 Le Management du projet : choisir un pilote capable de mobiliser	1
3.2.1 Le choix du pilote de projet.....	1
3.2.2 Un important travail de mobilisation des acteurs.....	1
A) Convaincre l'ensemble de l'équipe de direction et le corps médical.....	1
B) Mobiliser les acteurs opérationnels.....	1
Conclusion.....	1
Bibliographie	1
Liste des annexes	1

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé

CHLR : Centre Hospitalier de La Rochelle

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CSP : Code de la Santé Publique

DIM : Département d'Information Médicale

DPA : Dossier du Patient

DQGR : Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques

DSIO: Directeur du Système d'Information et d'Organisation

EPP : Évaluation de Pratiques Professionnelles

ETP : Equivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

Introduction

Le dossier du patient, appelé également dossier médical, est une obligation réglementaire. L'article R 1112-2 du Code de la Santé Publique prévoit qu'un dossier doit être constitué pour chaque patient pris en charge dans un établissement de santé.

Pourtant le dossier du patient ne doit pas être considéré comme une simple contrainte réglementaire. Au contraire, c'est d'abord un élément au service du patient, du corps médical et du management des établissements de santé. D'une part au service du patient parce que le dossier participe directement à la qualité et à la sécurité des soins. Il constitue ainsi la principale source d'information du patient concernant sa prise en charge. D'autre part au service du corps médical parce que c'est un outil de travail qui permet l'information et la communication. Il permet la coordination entre les différents acteurs de soins intervenant dans une prise en charge pluri-professionnelle et multidisciplinaire. Il s'impose d'autant plus dans un contexte de raccourcissement des durées de séjour, de complexification des soins et de plus grande technicité. Enfin le dossier du patient est au cœur du management des établissements de santé. Son contenu constitue en effet la matière à l'évaluation des pratiques professionnelles et donc à la qualité de l'activité hospitalière. Dans le cadre de la tarification à l'activité, il contribue de plus, à la facturabilité des séjours et donc au financement de l'établissement.

Par conséquent, on peut affirmer que le dossier du patient constitue un élément central du système d'information hospitalier. En effet, on définit le système d'information comme « l'outil permettant la fourniture, juste à temps, en tout point de l'organisation, des informations nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise¹ ». L'ensemble des dossiers de Patient constitue alors une des principales sources d'alimentation de ce système.

¹ GUENIER Daniel, *Qualité et sécurité des systèmes d'information*, Masson, 1992

Ce rôle majeur dans le système d'information souligne toute la nécessité d'assurer une bonne gestion du Dossier Patient à chacune des étapes de son cycle de vie : création, diffusion, conservation et élimination.

Ce mémoire s'intéresse principalement à la gestion de l'information médicale sous forme papier. Le choix d'un tel support peu étonner ou sembler anachronique. On parle d'informatisation et de dématérialisation du Dossier Patient depuis 20 ans. Pourtant, dans les faits, c'est le papier qui demeure le principal vecteur d'information dans les établissements hospitaliers français. On peut certainement le regretter au vu des problèmes d'espaces, de sécurité ou d'accessibilité que cela pose aux responsables d'archives. Mais cela demeure la réalité de la vie hospitalière.

Se poser la question de la gestion des dossiers médicaux sous forme papier s'est donc s'inscrire dans la réalité. Cela est d'autant moins inutile que, comme le souligne, G. CETTOUR-BARRON², Directeur d'Hôpital, il existe un paradoxe étonnant entre la place déterminante occupée par le dossier patient dans nos institutions et le faible intérêt porté aux projets de réorganisation de sa gestion. Pour lui, *« s'il est un domaine dans lequel les hôpitaux ont dans la plupart des cas des efforts et des possibilités de restructuration à conduire c'est à l'évidence dans celui de la diffusion et la conservation des dossiers médicaux »*.

Ce constat, le Centre Hospitalier de La Rochelle (CHLR) n'a pu que l'établir lors de sa réflexion relative au développement de son système d'information. Le projet d'établissement 2006-2010 a en effet défini comme priorité institutionnelle la mise en place d'un dossier du patient unique et circulant. Dans ce projet, l'informatisation totale du dossier du patient n'est pas envisagée dans l'immédiat en raison de la complexité et du changement culturel qu'elle implique. La dématérialisation ne sera que progressive. Par conséquent, la gestion du cycle de vie des dossiers médicaux sous leur forme papier reste une problématique d'actualité à l'hôpital de La Rochelle. D'autant plus problématique que celle-ci a récemment été critiquée par la Haute Autorité de Santé qui a émis une réserve avec suivi sur cette question.

² CETTOUR-BARRON G., 2001, « Restructuration d'archives hospitalières : Quand la belle endormie devient une unité logistique à part entière », *Gestions Hospitalières*, n°405, pp. 207-277

Pour y répondre, le Centre Hospitalier a récemment formalisé une politique institutionnelle autour du Dossier Patient. Reste aujourd'hui des dysfonctionnements majeurs en termes de respect des normes, de traçabilité des mouvements et d'élimination. Une organisation globale de gestion des dossiers médicaux doit être proposée et c'est l'objet de ce mémoire.

Cette restructuration s'inscrit naturellement dans un contexte financier difficile où les priorités en matière de système d'information sont nombreuses et pas spécialement orientées vers le format papier du dossier patient.

Dans un premier temps, une réflexion concernant les évolutions juridiques récentes relatives au dossier patient et à sa conservation sont nécessaires. En effet, le dossier médical est une archive publique qui de part son caractère particulier doit répondre à un cadre réglementaire bien spécifique en matière d'archivage. La loi du 4 mars 2002 en reconnaissant un droit d'accès direct au patient à son dossier a eu un impact majeur sur la gestion du cycle de vie du Dossier Patient (1^{ère} partie).

Cette évolution de la place du dossier patient dans la vie hospitalière n'a pas toujours été bien anticipée par les établissements de santé. C'est notamment le cas au Centre Hospitalier de La Rochelle. Le diagnostic de la situation et les réserves émises lors de la deuxième accréditation ont favorisé l'émergence d'une vaste réflexion concernant la gestion des dossiers médicaux (2^{ème} partie).

Cette réflexion a conduit à l'élaboration d'un plan d'action devant permettre une maîtrise de la circulation de l'information médicale au CHLR. Le développement du dossier informatisé, la traçabilité des dossiers papier, la mise en place d'une procédure d'élimination et la réorganisation des sites de conservation sont les quatre objectifs de ce projet. Au vu du travail qu'il reste à accomplir, celui-ci devra être confié à un pilote qui saura convaincre, rassembler et mobiliser les multiples acteurs de la gestion des dossiers de patient (3^{ème} partie).

Méthodologie

A l'origine, la maîtrise du cycle de vie du dossier du patient au Centre Hospitalier de La Rochelle ne devait pas faire l'objet de mon mémoire de fin d'étude. Cette thématique ne devait constituer qu'un des dossiers sur lequel en tant qu'élève directeur j'étais placée en position de responsabilité.

La commande initiale s'avérait d'ailleurs nettement moins ambitieuse que ce qu'elle est devenue par la suite. Lors de mon premier mois de stage long, le Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques m'a en effet sollicitée afin d'élaborer les procédures s'inscrivant dans le cycle de vie du dossier patient. En s'appuyant sur le travail déjà réalisé en amont, il s'agissait alors de formaliser les procédures de création, de transmission interne à l'établissement, d'archivage et d'élimination du dossier patient au CHLR. Ce n'est qu'au cours de l'avancement de ce travail que j'ai pris conscience de l'intérêt et de l'ampleur du dossier qui m'avait été confié.

La méthodologie de ce mémoire est donc largement basée sur une démarche inductive : le cadre de l'investigation s'est construit progressivement à travers des phases successives d'observations de terrain et d'analyse de données. Les hypothèses de travail n'étaient pas initialement définies dans le projet.

Ma démarche s'est déclinée autour de deux axes complémentaires: une recherche bibliographique et un travail de terrain.

La démarche bibliographique a eu lieu en amont du sujet mais également tout au long de la réflexion. En effet, l'approche technique était nécessaire pour éclairer certains aspects du sujet. Ce travail de recherche a été mené à la fois en interne et en externe. En externe d'abord, en m'appuyant sur les textes réglementaires pour définir le cadre législatif, sur les ouvrages généraux afin de définir certaines grandes notions, sur des articles de périodiques spécialisés et sur les rares mémoires traitant de cette question. En interne par ailleurs, je me suis concentrée sur les documents institutionnels récents tels que le projet d'établissement, le guide de gestion du dossier patient ou le plan d'amélioration de la Qualité. Les notes plus anciennes traitant de ce sujet m'ont permis de retracer l'historique de la question au Centre Hospitalier de La Rochelle.

Il faut néanmoins souligner que c'est davantage le travail de terrain qui a nourri cette réflexion. En effet c'est notamment grâce à l'animation d'un groupe de travail réunissant le responsable des archives centrales, les attachés des affaires générales des différents

sites, deux agents admissionnistes, deux secrétaires médicales et un responsable du département d'information médicale que la problématique globale a émergé et mûri jusqu'à fournir de vraies perspectives d'analyse. J'ai complété cette démarche participative par des entretiens individuels auprès des cadres et de la direction de l'établissement. Ces entretiens m'ont certes apporté un éclairage technique mais m'ont surtout permis de comprendre la vision du problème et le positionnement de chacun des acteurs majeurs en jeu dans un tel projet de restructuration.

PARTIE I : L'évolution juridique relative au dossier médical a eu un impact organisationnel sur la gestion du cycle de vie du dossier du patient

L'origine historique du dossier du patient est difficile à déterminer. En revanche, il est possible d'affirmer que celui-ci est d'abord né à l'hôpital public. C'est en effet la loi du 31 décembre 1970³ portant réforme hospitalière qui institutionnalise le dossier médical dans les établissements publics d'hospitalisation. Sa généralisation aux établissements de santé privés ne sera effective que vingt ans plus tard avec la loi du 30 mars 1992⁴.

La définition du dossier médical n'est pas non plus facile à établir de façon synthétique. Le Professeur F.H Roger-France offre une tentative lorsqu'il affirme que « *le dossier du patient est la mémoire écrite de toutes les informations concernant le malade, constamment mises à jour et dont l'utilisation est à la fois individuelle et collective* ». A défaut d'être exhaustive, cette définition du dossier du patient rappelle qu'il est le support de l'ensemble des informations médicales et administratives concernant la prise en charge de l'usager. A ce titre, il est constitué de trois volets distincts. Le volet administratif, d'une part qui rassemble toutes les données nécessaires à l'identification du patient et à sa prise en charge administrative. Le volet médical qui regroupe l'ensemble des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques du patient. Et enfin le dossier de soins infirmiers qui trace les aspects préventifs, curatifs, éducatifs ou même relationnels des soins.

L'objectif de cette première partie est de montrer que les évolutions juridiques nombreuses et récentes concernant le dossier du patient ont eu un impact direct sur son cycle de vie et notamment sur sa conservation. Ainsi le dossier médical est certes une archive publique mais son caractère spécifique a généré un encadrement réglementaire particulier concernant son archivage (A). La loi du 4 mars 2002, en institutionnalisant le droit d'accès du patient à son dossier a eu un impact majeur sur la gestion des archives hospitalières (B). Mais au delà, c'est aujourd'hui toute la question de la gestion du dossier médical dans ces différentes phases de vie qui se pose (C).

³ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et décret du 7 mars 1974

⁴ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

1.1 Le dossier médical : une archive publique particulière

La gestion du dossier du patient s'est longtemps résumée à sa conservation. C'est pourquoi dans un premier temps, il est important de rappeler les bases réglementaires de l'archivage hospitalier.

Selon *Le guide d'amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient* publié en juin 2003 par l'ANAES⁵, l'archivage du dossier du patient répond aujourd'hui à une triple finalité :

- la traçabilité des actes médicaux et des soins prescrits, pour assurer la continuité des soins au patient et une communication aisée entre les différents acteurs qui interviennent auprès du malade.
- Un intérêt médico-légal en conservant Les documents définis par la réglementation. Ces documents constituent une preuve utilisable en cas d'introduction d'une action en justice notamment dans le domaine de la responsabilité médicale.
- Un intérêt médico-économique enfin, le dossier archivé autorisant des études ou des recherches.

Cette triple finalité est certainement un élément d'explication à l'instauration d'une réglementation ancienne et rigoureuse concernant la conservation du dossier patient.

1.1.1 Le dossier médical : une archive publique.

L'article R 1112-7 du Code de la Santé Publique dispose que « *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 hospitalière* ». Avant d'être hospitalière, les archives constituées de dossiers de patient sont donc des archives publiques.

Le caractère d'archive publique est défini dans la loi du 3 janvier 1979. Les archives publiques sont les documents qui par leur origine ou leur intérêt sont constitués,

⁵ ANAES, *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé- Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu*. Juin 2003

organisés et conservés par une collectivité chargée d'une mission de service public. Les archives hospitalières des établissements publics de santé s'inscrivent donc dans ce cadre légal.

Le caractère public des archives hospitalières a une conséquence importante : elles sont placées sous l'autorité indirecte de la Direction des Archives de France. Ce qui signifie notamment que les documents ayant plus de 100 ans doivent être l'objet d'un versement aux archives départementales. D'autre part, toute élimination de dossiers médicaux doit faire l'objet d'un procès verbal de destruction visé par le directeur des archives départementales.

Pour autant, si le dossier médical revêt le caractère d'archive publique celui-ci occupe un statut particulier. En effet on constate qu'il bénéficie d'un cadre réglementaire spécifique. Par exemple, si la loi précise que la durée de conservation des archives publiques est de 30 ans⁶, celle des dossiers médicaux est tout autre.

1.1.2 Le régime de conservation du dossier patient est ancien et particulièrement encadré.

La réglementation relative à la conservation du dossier du patient en établissement de santé est ancienne et a reposé sur différents textes successifs. Le décret du 17 avril 1943⁷ est le plus ancien et a eu pour objet de poser simplement le principe de la conservation du dossier médical. Par la suite, l'arrêté ministériel du 11 mars 1968⁸ a longtemps été la référence en matière d'archivage hospitalier. Ce texte fixait le règlement des archives hospitalières en définissant le contenu, les responsables, la durée et les règles de conservation. Il est encore d'actualité sur bien des aspects puisqu'il a fait l'objet d'une codification en avril 2002 en étant intégré à l'article R1112-7 du CSP. Néanmoins, jugé complexe, le cadre législatif des archives médicales a été récemment modifié par un décret du 4 janvier 2006⁹ relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel. Ce nouveau texte s'est principalement attaché à simplifier la question de la durée de conservation. Pour le reste, ce sont les bases définies par l'arrêté de 1968 qui restent en vigueur.

⁶ Art. L 211-1 du code patrimoine

⁷ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique, JO du 27 avril 1943

⁸ Arrêté interministériel du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières,

⁹, décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique, journal officiel, n°4 du 5 janvier 2006, p 174

A) Propriété et responsabilité du dossier du patient

La question de la propriété du dossier patient n'est pas réellement problématique, c'est pourquoi les textes les plus récents ne s'y attachent guère. Potentiellement, la propriété du dossier peut être revendiquée par trois acteurs : celui qui l'a constitué (le médecin), celui qui fait l'objet du dossier (le patient) et celui qui en assure la conservation (l'établissement).

Finalement il semble que le législateur est tranché pour une propriété du Dossier Patient attribuée à l'établissement. En effet, elle confie la responsabilité du dossier au directeur de l'établissement. Le Code de la Santé Publique dispose¹⁰ ainsi que « *le directeur de l'établissement veille à ce que les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations médicales conservées* ». Le directeur est donc identifié comme responsable de la conservation du DPA. A ce titre, il doit « *affecter aux archives un local fermé à clefs et rayonné dont la construction et l'aménagement sont conçus de façon à assurer aux documents les conditions les plus favorables de conservation, de salubrité et de sécurité* ».

Nous verrons plus loin, que concernant le patient, sa qualité de « propriétaire » a été garantie par la loi du 4 mars 2002¹¹ qui lui confère un droit d'accès direct à son dossier.

B) La question des délais de conservation

La durée de conservation des archives médicales est une question cruciale pour le gestionnaire hospitalier : elle conditionne en partie les modalités pratiques d'organisation de l'archivage.

Longtemps régit par l'arrêté ministériel du 11 mars 1968, la durée de conservation a été que récemment modifiée par le décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel dans l'objectif de simplifier un régime ancien et relativement complexe. En effet, dans le régime antérieur coexistaient plusieurs délais définis par pathologie ou par la nature des pièces. Le tableau suivant donne l'aperçu de l'hétérogénéité du dispositif réglementaire de conservation avant 2006 :

¹⁰ Article R. 1112-7 du Code de la Santé Publique,

¹¹ MINISTERE DE LA SANTE, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel, n°54 du 5 mars 2002, p102

Nature des pièces médicales	Délais de conservation
Registre d'entrée et de sortie de patients	Indéfiniment
Eléments de diagnostic	
Enquêtes	
Dossiers d'affection héréditaires	
Dossier de pédiatrie, de neurologie, de stomatologie et de maladies chroniques	70 ans
Documents du service social	
Dossiers et livres de laboratoire	20 ans
Dossier de transfusion	
PV d'autopsie	
Etat des préparations pharmaceutiques	
Bons de médicaments, produits chimiques et toxiques,	10 ans
Autorisation d'autopsie et de prélèvement d'organe	5 ans

Le nouvel article R1112-7 du CSP modifie ces durées de conservation pour les unifier. Cet article ne fait plus de distinction fondée sur la pathologie. Le principe posé est qu'il existe un délai unique de conservation quelle que soit la pathologie ou la forme du dossier (papier ou électronique). Ce délai est de 20 ans à compter du dernier passage dans l'établissement qu'il s'agisse d'un séjour ou d'une consultation. Ce nouveau délai de conservation a pris effet le 5 janvier 2007.

Il existe tout de même deux exceptions. Pour les mineurs âgés de moins de 8 ans lors de leur dernier passage dans l'établissement, on doit conserver le dossier médical jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire. Les dossiers des personnes décédées sont conservés pendant une durée de 10 ans à compter de la date du décès. Ces délais de conservation sont naturellement suspendus pendant toute procédure gracieuse ou contentieuse.

A l'issue de ce délai, le dossier médical peut légalement être éliminé mais nous verrons dans la suite de l'analyse que dans les faits cette étape du cycle de vie du patient est complexe à mettre en œuvre.

1.1.3 Le support d'archivage le plus courant reste le papier.

En droit français le pilier de la preuve est l'écrit¹². Ainsi selon le Code civil, les conditions que doivent remplir les documents pour constituer une preuve valable sont¹³ :

- la certitude de l'identification de la personne auteur du document
- la garantie de l'intégrité du document

Ces deux critères sont remplis par les deux supports que sont le microfilm et le support électronique. Le microfilmage parce qu'il est fidèle, durable et indélébile répond aux critères légaux de conservation des dossiers médicaux. Les instructions ministérielles¹⁴ à ce propos sont claires « *il n'y pas d'obstacle juridique à ce que les dossiers médicaux soient détruits après avoir été microfilmés* ». Le microfilm constitue donc un support d'archive médical tout à fait valable.

De même, l'informatique est venue apporter une dimension intéressante à l'archivage en permettant de condenser sur de faibles surfaces une masse considérable d'information. L'archivage sur disque optique numérique non réinscriptible est aujourd'hui également autorisé parce qu'il répond à la définition du support fidèle, durable et indélébile. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, précisée par le décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé, est allée encore plus loin dans la dématérialisation de l'archivage. Aujourd'hui la conservation est également possible auprès d'espace de stockage électronique appelé « hébergeur ». Le Code de la Santé Publique prévoit la possibilité pour les professionnels de santé ou les établissements de santé de déposer des données médicales à caractère personnel auprès de tiers. « *Les informations concernant la santé des patients sont soit conservées au sein des établissements de santé qui les ont constituées, soit déposées par ces établissements auprès d'un hébergeur agréé en application des dispositions à l'article L. 1111* ». La dématérialisation des dossiers pour leur stockage est donc possible. Elle doit seulement s'entourer des mesures de sécurité et de confidentialité répondant aux exigences de la conservation et de la reproduction des informations.

Pourtant dans les faits la dématérialisation des dossiers médicaux reste encore rare dans les établissements de santé en France. C'est le support papier qui reste le plus utilisé. Le recours au microfilm est rare parce qu'on lui reproche un coût trop élevé et une qualité d'image, notamment pour les clichés radio, insuffisante. Concernant le support numérique (CD-ROM), c'est davantage l'écueil technologique que l'on craint. Compte tenu de

¹² Art 1341 du Code civil : « *Seul l'acte authentique fait foi.* »

¹³ Art. 1316-1 du Code civil

¹⁴ BO du ministère de la Santé n° 80-39 bis « *fiches techniques d'organisation hospitalières* »

l'évolution rapide des technologies, les capacités des futurs systèmes à relire de tels supports sont inconnues. La complexité et le caractère récent de la réglementation relative à l'hébergement expliquent que ce mode de conservation reste marginal.

Elle impliquerait par ailleurs une informatisation totale du DPA. Or les obstacles techniques et surtout culturels sont nombreux à un tel changement. Relativement peu d'établissements envisagent à court ou moyen terme l'informatisation totale de leur dossier. L'enquête réalisée par le CNEH en 2006 intitulée « Archives Hospitalières » révèle que seuls 10 établissements sur les 246 qui ont répondu à l'enquête considèrent que « *l'informatisation du dossier médical constitue un axe d'optimisation envisagé pour l'avenir* ». Dans un futur proche, c'est donc la question de l'archivage des dossiers papier qui reste problématique.

1.2 La loi du 4 mars 2002 a eu des implications organisationnelles majeures sur la gestion du dossier patient

1.2.1 La loi du 4 mars 2002 consacre le droit d'accès au dossier du patient

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est à l'origine d'un véritable bouleversement au sein de la culture médicale et hospitalière. En consacrant des droits au patient, elle lui permet d'acquérir un véritable pouvoir de décision concernant sa santé.

Dans le cadre de notre analyse, c'est plus particulièrement l'impact de cette avancée législative sur la gestion du dossier patient qui va nous intéresser ici. En effet, en instaurant une véritable obligation légale d'information à la charge de tout professionnel de santé, cette loi a eu le bénéfice d'inciter à la mise en place d'une importante réflexion concernant la gestion du dossier médical.

A- La fin du principe d'indisponibilité du dossier médical

Pendant longtemps, le secret médical a été envisagé comme un droit du médecin opposable au patient et permettant d'invoquer un principe d'indisponibilité du dossier médical. Les dispositions réglementaires sont d'ailleurs longtemps allées dans ce sens.

La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière¹⁵ prévoyait que, dans les établissements publics de santé, la communication de ce qui relevait du secret médical ne

¹⁵MINISTERE DE LA SANTE, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

pouvait se faire que par l'intermédiaire d'un médecin désigné par la direction de l'hôpital. Ce n'est que vingt ans plus tard, avec la loi du 31 juillet 1991¹⁶, qu'un effort de transparence a été fait. La tenue d'un dossier médical dans tous les établissements de santé privés et publics est alors rendu obligatoire. Le décret d'application de cette loi, prévoyait que le patient puisse y avoir accès en présence du médecin qu'il aura lui-même choisi.

Mais c'est seulement la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹⁷ qui constitue un réel tournant dans la réglementation hospitalière. Elle seule offre la possibilité aux patients d'avoir accès à leur dossier médical sans passer par l'intermédiaire d'un médecin. Pour Jean François Ségard, avocat et spécialiste du contentieux hospitalier¹⁸, « *cette loi a levé le voile qui éludait les mises en responsabilité des professionnels de santé. La disparition de ce principe « d'indisponibilité » du dossier médical nous a permis de passer du modèle paternaliste bienfaisant à un modèle d'autonomie et d'autodétermination du patient* ». Les établissements ont donc été priés de s'adapter à ce nouveau modèle

B - L'obligation pour les hôpitaux d'assurer un accès direct, exhaustif, et rapide aux dossiers médicaux.

Les dispositions prévues par la loi de 2002 sont claires : l'accès au dossier médical lorsqu'il est demandé doit être large, quasiment exhaustif, direct, rapide et gratuit.

Les informations auxquelles il est possible d'avoir accès sont nombreuses : elles concernent l'élaboration et le suivi du diagnostic, le traitement choisi ou l'action de prévention, les résultats d'examen, les compte-rendu de consultation, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques, les feuilles de surveillance et les correspondances entre professionnels. Seules les notes personnelles des médecins n'ont pas l'obligation d'être communiquées. Le contenu du dossier auquel l'accès est rendu possible est donc quasiment exhaustif¹⁹.

L'accès au dossier se fait sur demande mais n'est pas restreint au seul patient. En effet la communication du dossier intervient sur demande, écrite de préférence, de la personne qui a été hospitalisée ou de son représentant légal. Néanmoins en cas de décès du patient, la loi ne s'oppose pas à l'accès au dossier par les ayant droits dans la mesure où les informations qui y sont contenues leurs sont nécessaires pour connaître les causes de

¹⁶ Décret d'application du 30 mars 1993

¹⁷ Décret d'application du 29 avril 2002

¹⁸ J.F SEGARD, Commentaire pratique du texte de la loi du 4 mars 2002, www.spps.com

¹⁹ Article L.1111-7 du Code de la Santé Publique

la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits (sauf si une volonté contraire a été exprimée par la personne avant son décès).

Par ailleurs, l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique insiste sur le caractère direct de l'accès de la personne à son dossier. Désormais « *Toute personne peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin si elle le désire* ». La formule « accès direct » signifie juridiquement que la personne peut avoir le dossier en main et n'a pas besoin d'un médiateur qui lui restituerait oralement l'information.

De la même façon, le législateur a pris les précautions nécessaires pour que le délai de transmission ne fasse pas obstacle au désir d'information des demandeurs. L'établissement de santé qui détient les informations doit en effet transmettre le dossier au plus tard dans les huit jours suivant la demande. Lorsque les informations datent de plus de 5 ans, le délai est allongé à deux mois.

Enfin, la communication du dossier au demandeur se fait au choix par consultation gratuite sur place ou par délivrance de copie et envoi contre perception de frais.

Naturellement ces dispositions n'ont pas été sans implication en termes de gestion et d'organisation pour les établissements de santé.

1.2.2 Les implications directes de la loi de 2002 sur la gestion des dossiers hospitaliers.

En consacrant un droit d'accessibilité direct aux usagers, la loi Kouchner a eu pour conséquence un recours plus systématique aux services d'archives. Cela a nécessairement incité les hôpitaux à entamer une réflexion sur leur organisation interne.

A) Une sollicitation plus grande des services d'archives hospitalières

Lors de mon stage au Centre Hospitalier de la Rochelle, j'ai assuré l'intérim du directeur des affaires générales qui gérait notamment les nombreuses demandes d'accès aux dossiers médicaux. Les usagers sont donc informés sur ce droit et n'hésitaient pas à y avoir recours. La médiatisation dont a bénéficié la loi de 2002 n'est pas étrangère à ce phénomène. Considérée comme une victoire pour le patient, le contenu du texte a été largement relayé par les médias. Aujourd'hui encore, le droit d'accès à l'information fait l'objet d'une publicité importante dans les établissements de santé par l'intermédiaire de la « Charte du Patient Hospitalisé » et du livret d'accueil. A La Rochelle, comme dans de nombreux centres hospitaliers, ce dernier rappelle les modalités pratiques organisant l'accès au dossier médical.

La notoriété de ce nouveau droit a eu pour conséquence un recours aux archives médicales plus systématique qu'avant 2002. Ainsi Astrid Charlely²⁰, dans un article intitulé « Accès au dossier du patient : réalité ou fiction », constatait que « *depuis la loi Kouchner, le nombre de consultations de dossiers ne cesse de progresser* ». Pourtant, cette augmentation est difficile à quantifier. Très peu de services d'archives se sont dotés d'indicateurs d'activité permettant d'avoir des données précises sur le nombre des demandes et son évolution. L'enquête CNEH, consacrée aux archives hospitalières en décembre 2006 montrait que moins de la moitié (39%) des services pouvaient quantifier leur activité à l'aide d'indicateurs chiffrés. Cette absence de données est symptomatique du manque d'anticipation des conséquences des évolutions juridiques sur la gestion du DPA.

Le Centre Hospitalier de La Rochelle fait partie des établissements ne disposant pas d'indicateurs. Il s'est néanmoins adapté récemment puisqu'une procédure a été formalisée au début de l'année 2007 afin de clarifier le rôle de chacun des services (secrétariats de direction de sites, secrétariats médicaux, service central des archives) et de répondre aux demandes dans les délais réglementaires.

Les organisations hospitalières s'adaptent donc lentement à la nouvelle notoriété du Dossier Patient. La Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA) publie tous les ans un rapport d'activité concernant les litiges relatifs aux demandes de dossiers médicaux. En 2005, ce rapport révélait qu'une grande majorité des refus était le fait d'une mauvaise organisation hospitalière. Ces dysfonctionnements ont des conséquences lourdes pour l'établissement. La perte d'un dossier médical par un établissement de santé est assimilée dans la jurisprudence²¹ à « une perte de chance pour le patient d'un suivi médical approprié », on comprend donc mieux pourquoi de nombreux hôpitaux ont des projets de restructuration visant à intégrer les services d'archives au système d'information.

²⁰ CHARLELY A., 2005, « Accès au dossier du patient. Réalité ou fiction. », *Décision Santé*, n°212, p10

²¹ TA Clermont Ferrand, 27 février 1990, CHAPAT.

B) De nombreux projets de restructuration pour les services hospitaliers d'archives

Les récentes évolutions du régime juridique encadrant le dossier patient a posé des difficultés d'organisation pour des unités hospitalières d'archives qu'on qualifiait jusque là « *de belles endormies*²² ». Raccourcissement des délais et charge de travail supplémentaire ont incité les établissements de santé à réfléchir sur leur réorganisation.

Dans un article intitulé « *Traitement de choc pour les dossiers médicaux* », Caroline Buscal, Responsable du Cabinet de conseil SERDA spécialisé dans le domaine de la gestion documentaire, explique que « *depuis la loi du 4 mars 2002 de nombreux centres hospitaliers ont eu recours à des spécialistes pour les aider à réfléchir sur une réorganisation de la gestion des dossiers médicaux. En effet, de façon générale en France on constate que le fonctionnement des services d'archives hospitalières n'offrait pas un cadre favorable à l'application de la nouvelle loi. La fonction archive, trop souvent cantonnée dans son rôle de stockage est encore en recherche de reconnaissance dans les établissements. Les pratiques de gestion sont empiriques, le papier reste souvent l'unique support de conservation et les aspects de sécurité sont rarement pris en compte* ».

Ce constat a été fait par les centres hospitaliers qui ont eu à restructurer leurs services d'archives. Ils en ont généralement tiré deux axes majeurs de travail :

- la mise en place d'un dossier patient unique
- la traçabilité du dossier tout au long de son cycle de vie

C'est ce qu'a fait Agnès Masson, alors directeur des archives de l'AP-HP²³ au moment du lancement d'un vaste projet autour du dossier patient : « *la loi Kouchner insiste sur la nécessité de connaître le contenu des archives et d'en assurer leur traçabilité. Nous avons donc décidé une remise à plat dans ce domaine et créé une direction de projet archive. Cette direction travaille autour de trois axes : la normalisation du dossier, son informatisation et sa traçabilité* ».

Ce sont les mêmes axes de projet qui ont été mis en lumière dans l'enquête CNEH réalisé en décembre 2006 auprès des établissements de province. Néanmoins comme le rappelle le cabinet SERDA, de tels projets nécessitent une réelle professionnalisation du métier d'archiviste hospitalier.

²² CETTOUR-BARON, « Restructuration d'archives hospitalières : quand la belle endormie devient une unité logistique à part entière », *Gestion hospitalière*, Avril 2001.

C) La lente reconnaissance du métier d'archiviste hospitalier

L'univers des archives hospitalières est en pleine évolution ce qui permet aux archivistes hospitaliers de sortir de l'ombre, comme l'écrivait récemment Lydie Watremetz dans un article d'*Hospimédia*²⁴.

Dans cet article la journaliste insiste sur la méconnaissance de ce métier. « *Souvent sans formation archivistique, les archivistes ont longtemps été isolés dans leur service* ». D'ailleurs, au regard d'une autre enquête intitulée « Les services d'archives et les archivistes²⁵ » diffusée en novembre 2006 par le GIP ASCODOPSY, on peut constater qu'il existe une très grande disparité dans le statut des archivistes hospitaliers. Cette fonction est assurée indifféremment par des agents de catégorie A, B, C sans lien réel avec le niveau de responsabilité exercée. Un responsable de service d'archives peut aussi bien être agent administratif, attaché, secrétaire médicale ou embauché sur un contrat précaire.

Mais les récentes évolutions de la réglementation ont incité ce corps professionnel à s'organiser. Aujourd'hui, l'association des archivistes français a créé une section spécifique aux archivistes hospitaliers « *afin de reconnaître les spécificités de ce métier et de l'aider à se structurer pour mieux le représenter*²⁶ ». De la même manière, un groupe de travail d'archivistes hospitaliers a créé le GIP ASCODOPSY afin d'enrichir la doctrine en matière d'archivage hospitalier et fournir régulièrement des outils de gestion à l'ensemble de leur profession.

En conclusion on peut dire que les récentes évolutions législatives ont généré une petite révolution dans le monde de l'archivage hospitalier : elles ont favorisé l'émergence d'une volonté de restructuration des services d'archives et permis aux archivistes hospitaliers de sortir de l'ombre. Reste aujourd'hui à mener dans un grand nombre d'établissement une réflexion plus sur le cycle de vie du dossier patient. Ce n'est plus seulement la phase de conservation qu'il faut maîtriser mais l'ensemble de la trajectoire du dossier de sa création à son élimination.

²³ MASSON, « Toute la difficulté pour l'AP-HP est de connaître ses besoins de stockage », *Archimag*, n° 161, Février 2003 ;

²⁴ WATREMETZ, « Les archivistes hospitaliers sortent de l'ombre », *Hospimédia*, 7 septembre 2006 ;

²⁵ ASCODOPSY, « *Les services d'archives et les archivistes. Résultats de l'enquête* », novembre 2006, 29p

²⁶ Rosine Lheureux, chef de service des archives de l'AP-HP et membre de l'AAF.

1.3 La gestion du cycle de vie du dossier

Les récentes évolutions du cadre réglementaire relatif au dossier du patient ont renforcé la nécessité d'avoir une organisation rigoureuse autour de la gestion du dossier du patient tout au long de ses différentes phases de vie. L'intérêt accordé par l'HAS à cette thématique est révélateur de l'importance de l'enjeu. On constate en effet que si cet organisme accordait une référence succincte²⁷ avec seulement deux critères d'évaluation à la gestion du DPA dans le manuel de la V1, la procédure de certification (V2) laisse une place beaucoup plus large à cette problématique organisationnelle avec 6 critères différents à évaluer.

Il est donc nécessaire ici de définir ce qu'est le cycle de vie du Dossier patient et quels sont ses enjeux en terme de gestion.

1.3.1 Le cycle de vie du Dossier patient et ses enjeux

Pendant longtemps la simple distinction entre archives vivantes et archives mortes était suffisante pour décrire la vie d'un dossier médical. De façon caricaturale, les archives vivantes étaient constituées des dossiers d'utilisation courante donc en circulation, les archives mortes rassemblaient la masse considérable des dossiers qui dormaient dans les locaux de stockage d'archives. La reconnaissance d'un droit d'accès direct du patient à son dossier ainsi que la mise en place d'un dossier unique et circulant ont rendu cette dichotomie simpliste moins pertinente. Nous ne reviendrons pas sur les conséquences du droit d'accès au dossier médical qui font du dossier patient une archive semi-vivante jusqu'à la fin du délai de conservation de 20 ans. C'est sur la notion de Dossier Unique qu'il est intéressant de se pencher.

A) La notion de dossier unique et circulant

Cette notion peut être synthétisée simplement : un bénéficiaire, un lieu, un dossier. De façon plus précise, le principe du dossier unique repose sur l'idée qu'une personne prise en charge dans un établissement de santé bénéficie d'un seul dossier rassemblant l'ensemble des documents administratifs, médicaux et infirmiers relatifs à ses différentes prises en charge quelles qu'en soient leur nature (consultation ou consultation externe), leur spécialité et le nombre d'épisodes de soins. Ce dossier circule entre les secteurs d'activité au fil du temps et des différents parcours de soins.

²⁷ DPA Référence 6, Manuel d'accréditation, Juin 2003

L'unicité du dossier est un outil de la continuité et de la sécurité des soins et garantit une bonne coordination des différents acteurs de soins. Depuis la première accréditation, l'HAS a formulé de nombreuses recommandations en faveur de la mise en place du dossier unique dans les hôpitaux. Le manuel d'accréditation V1 précisait déjà « l'établissement doit établir une politique visant à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement²⁸ ».

Le Centre Hospitalier de la Rochelle a donc inscrit au cœur de son projet d'établissement, le projet de mise en place d'un dossier unique et circulant. Ce principe est rappelé dans le guide de gestion du dossier rochelais : « *il existe un seul dossier physique pour un patient donné et pour un même séjour* ». Aux vues de cette définition, on note que le CHLR a adapté le principe d'unicité à son profil d'activité. En effet, le dossier n'est ici pas réellement unique puisque physiquement, il ne rassemble pas l'ensemble des informations de santé concernant un patient. Le dossier unique s'entend par épisode de soins. C'est-à-dire que si le patient, après être venu une première fois dans l'établissement, revient quelques années plus tard pour une seconde série de soins dans une spécialité différente, on lui créera un nouveau dossier. Ce choix de déroger marginalement au principe d'unicité du dossier se justifie par la variété des activités exercées à l'hôpital de La Rochelle. Il ne serait pas pertinent de faire suivre l'intégralité du dossier lorsque celui-ci concerne un patient suivi en psychiatrie depuis 20 ans qui est hospitalisé en chirurgie orthopédique pour une fracture du tibia. Ce choix institutionnel nécessite toutefois une organisation bien en place de la gestion de l'information médicale, ce qui ne nous le cachons pas n'est pas tout à fait le cas au Centre Hospitalier de La Rochelle.

B) La redéfinition du cycle de vie des dossiers de patient.

On peut considérer que le cycle de vie du dossier est constitué de 4 étapes essentielles : la création, la diffusion, la conservation et l'élimination. Avant la loi de 2002 et la généralisation du dossier unique, la phase vivante du dossier s'avérait relativement courte : elle se résumait généralement aux deux premières étapes que sont la création et la diffusion. Cette dernière ne concernant d'ailleurs souvent qu'une seule spécialité ou même qu'un seul épisode de soins. La phase de conservation ne posait pour sa part que peu de problème de gestion puisque le dossier une fois placé aux services des archives n'en ressortait que rarement.

Aujourd'hui la situation est plus complexe. Le caractère actif d'un dossier est beaucoup plus difficile à évaluer. Le dossier parce qu'il est unique et accessible est potentiellement

²⁸ Référence DPA 1.b, Manuel d'accréditation, ANAES, Juin 2003

vivant jusqu'à la fin de son délai de conservation soit 20 ans. L'établissement doit donc être capable de le faire ressortir des archives semi-vivantes à chaque venue du patient dans l'établissement.

Cette redéfinition du cycle de vie du dossier patient soulève donc un nouvel enjeu : celui de la traçabilité des dossiers. La traçabilité des mouvements à chaque étape de la vie du dossier est une garantie de la sécurité de l'information médicale. Le mot traçabilité doit s'entendre ici comme la capacité de retrouver et de localiser le dossier à chaque étape de son processus de vie. Dans un établissement de santé où le dossier est informatisé, la traçabilité est relativement facile à organiser puisque les acteurs en réseau peuvent facilement effectuer leurs recherches dans le système et faire remonter le dossier. La localisation n'est pas un problème puisque le dossier est accessible sur écran.

En revanche, sans les organisations hospitalières où le support du dossier reste le papier, et c'est le cas dans un grand nombre d'établissements, la problématique de la traçabilité et de la localisation des dossiers est aiguë. Il n'existe pas toujours de base de données des dossiers enregistrant les créations et les mouvements internes (entre les services) ou externes (auprès des autorités judiciaires) par conséquent les recherches de dossiers peuvent s'avérer laborieuses.

1.3.2 L'élimination : une phase mal maîtrisée du cycle de vie du dossier

La dernière phase du cycle de vie du dossier patient (DPA) que constitue l'élimination est essentielle. Elle reste, pourtant, et ce malgré un récent décret de simplification, largement inappliquée.

- A) Une phase nécessaire confrontée à des obstacles culturels, techniques et juridiques.

« *L'hôpital croule sous une paperasse dormante* » signalait une responsable d'archives d'un centre hospitalier de taille moyenne dans un article d'*Hospimédia*²⁹ relatif à la gestion des archives. Confrontée à ce problème lors de mon stage, j'ai pris conscience que la destruction des Dossiers Patient dont la durée légale de conservation est échu est essentielle.

Elle est essentielle parce que l'accumulation de dossiers d'archives est coûteuse pour les établissements publics de santé à la fois en espace et en temps de travail. Elle est

²⁹ WATREMETZ L, 2007, « De nouvelles règles pas évidentes à appliquer », Hospimédia, disponible sur Internet : www.hospimedia.fr

improductive parce que plus un dossier est ancien, moins il a de chance d'être consulté. Cela a été démontré dans une étude réalisée par le CHU de Montpellier établie dans le cadre de la restructuration de son service d'archives : après 20 ans, seulement 0.66% des dossiers sont consultés. La conservation au-delà du délai légal semble donc inutile. Par ailleurs la destruction est indispensable car l'accumulation est nécessairement synonyme de dégradation des conditions de conservation des dossiers vivants. L'accumulation met en effet en difficulté les établissements par rapport aux normes de la Haute Autorité de Santé et aux dispositions réglementaires concernant les conditions de conservation et de sécurité.

Pour autant, actuellement, trois établissements sur quatre ayant répondu à l'enquête CNEH avouent n'avoir formalisé aucune procédure de destruction des archives mortes. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que les chefs d'établissements sont confrontés à de nombreux obstacles en la matière.

Le premier obstacle est culturel. Certains médecins apparaissent réticents à la destruction au bout de 20 ans des dossiers médicaux. « *La peur du contentieux ou celle de se priver de sources historiques reste forte chez eux* » explique la présidente de l'association française des responsables et archivistes de dossiers médicaux. Par ailleurs certains établissements ne possèdent pas les outils techniques permettant une bonne connaissance de leur fond d'archives. Dans ce cas, le risque lors de la destruction est celui de l'élimination de dossiers encore vivants. Le Centre Hospitalier de La Rochelle qui ne possède pas de base de données concernant l'ensemble des dossiers conservés est dans ce cas de figure. Par conséquent, aucun dossier n'a été détruit depuis sa création ! Enfin l'absence d'obligation légale de destruction des archives mortes ne facilite pas la tâche des directeurs qui désirent mettre fin à l'accumulation d'archives médicales. Malgré tout, les évolutions récentes de la réglementation récente ont apporté des précisions concernant la procédure à suivre en la matière.

B) Le décret du 4 janvier 2006 : une tentative pour encourager la destruction.

Ce décret relatif à l'hébergement de données de santé fixe le nouveau délai de conservation des dossiers médicaux à 20 ans à compter de la date de la dernière venue du patient dans l'établissement. Ce raccourcissement et cette simplification des délais avaient pour principal objectif de favoriser la destruction des dossiers les plus anciens. Par ailleurs, ce texte a pour intérêt de stipuler clairement les modalités de destruction des dossiers médicaux ce qui n'avait jusqu'ici jamais été fait.

Comme le précise le texte, la décision d'éliminer doit être prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale. Pour autant la procédure reste complexe puisque dans les établissements publics, cette élimination est subordonnée au visa de l'administration des archives qui détermine les dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêts scientifiques, statistiques ou historiques.

L'intention du législateur de préciser les modalités d'élimination était louable mais comme le titrait *Hospimédia* en juin dernier « *Ces nouvelles règles ne sont pas évidentes à appliquer* ». D'ailleurs un an après l'instauration de ces règles, le nombre de visas de destruction reste stable et donc très faible.

La phase « élimination » du cycle de vie du dossier semble donc encore réellement problématique pour les établissements publics de santé.

En guise de transition vers la deuxième partie de ce mémoire, on peut dire que des évolutions récentes, à la fois sociales et juridiques, ont placé le dossier patient au cœur de la vie hospitalière. Elles ont profondément modifiés le cycle de vie du DPA rendant sa gestion plus complexe. Malheureusement ces évolutions ont rarement été anticipées par les établissements si bien qu'aujourd'hui bon nombre d'entre eux doivent réfléchir à une réorganisation de leur gestion des dossiers médicaux. Le Centre Hospitalier de La Rochelle se trouve aujourd'hui dans cette situation.

2 PARTIE II : Une gestion défectueuse des dossiers de patient au Centre Hospitalier de La Rochelle

Le Centre Hospitalier de La Rochelle est une structure sanitaire d'importance. Il est défini au sein du SROS III de Poitou-Charentes comme plateau technique de recours sur le territoire de la Charente Maritime Nord. Avec 1615 lits, il emploie 3112 agents, 256 médecins et 57 internes.

Dans le cadre de notre problématique, il est intéressant de souligner trois éléments.

Le premier concerne l'organisation géographique du CHLR. Elle repose sur trois sites distincts et géographiquement éloignés :

- L'Hôpital Saint Louis accueillant les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) situé en centre ville.
- L'Hôpital Marius Lacroix regroupant les activités de psychiatrie pour adultes, adolescents et enfants ainsi qu'une Maison d'Accueil Spécialisée.
- Le Centre de Soins pour Personnes Agées (CSPA) accueillant les Soins de Suites et Réadaptation et les Unités de Soins Longue Durée.

L'éloignement géographique est de l'ordre de seulement cinq kilomètres mais il a nécessairement un impact sur la gestion des dossiers puisqu'il constitue un frein à la centralisation des archives.

Le deuxième élément est relatif aux performances du Centre Hospitalier de La Rochelle. Celui-ci a réalisé en 2006, 202 056 journées d'hospitalisation complète. Cela constitue une augmentation d'environ 4% de l'activité par rapport à l'année précédente. Cette évolution positive s'inscrit dans la continuité des résultats du centre hospitalier. Il est donc dans une situation financière satisfaisante.

Enfin le nombre d'entrées réalisées dans l'année est également une indication importante quant aux créations et aux mouvements de dossiers. En effet, dans une organisation fondée sur un dossier unique, chaque passage d'un patient fait l'objet soit d'une création de dossier (si c'est une première venue) soit d'une recherche de dossier si le patient est déjà passé dans l'établissement. A La Rochelle, le système d'information a comptabilisé 68000 entrées pour une durée moyenne de séjour de 5.05 jours. L'ampleur de ces chiffres montre la nécessité d'une gestion efficace des dossiers tout au long de leur cycle de vie.

Or il s'avère que l'organisation du Centre Hospitalier en termes de gestion du Dossier patient est insatisfaisante. Basée sur une multiplicité de lieux et d'acteurs, elle n'offre qu'une maîtrise partielle du cycle de vie du DPA (I).

Ce problème, principalement organisationnel a été plusieurs fois pointé par l'HAS. C'est pourquoi, la gestion du Dossier Patient fait l'objet d'une réflexion institutionnelle qui a d'ors et déjà permis d'atteindre certains objectifs (II).

Il est toutefois nécessaire de poursuivre ce travail afin de repenser globalement l'organisation de la trajectoire du dossier dans l'institution. Avant d'aboutir, ce projet nécessite un diagnostic des dysfonctionnements persistant dans la gestion des dossiers au CHLR (III).

2.1 Une organisation insatisfaisante de la gestion du dossier patient au Centre Hospitalier de La Rochelle

Associée très tôt, lors de mon stage, à la réflexion institutionnelle en cours autour du Dossier Patient, j'ai du m'intéresser à cette problématique complexe. J'ai découvert au CHLR, une organisation diffuse caractérisée par la multiplicité des lieux et des acteurs. Cela explique en partie pourquoi la gestion des dossiers médicaux est une problématique partiellement maîtrisée dans cet établissement.

2.1.1 Une organisation fondée sur des lieux et des acteurs multiples.

Il existe un paradoxe étonnant entre l'appellation de l'unité chargée de la gestion des dossiers médicaux, « le Service Central des Archives », et le nombre important d'espaces concernés par leur stockage.

A) Une organisation multi-sites.

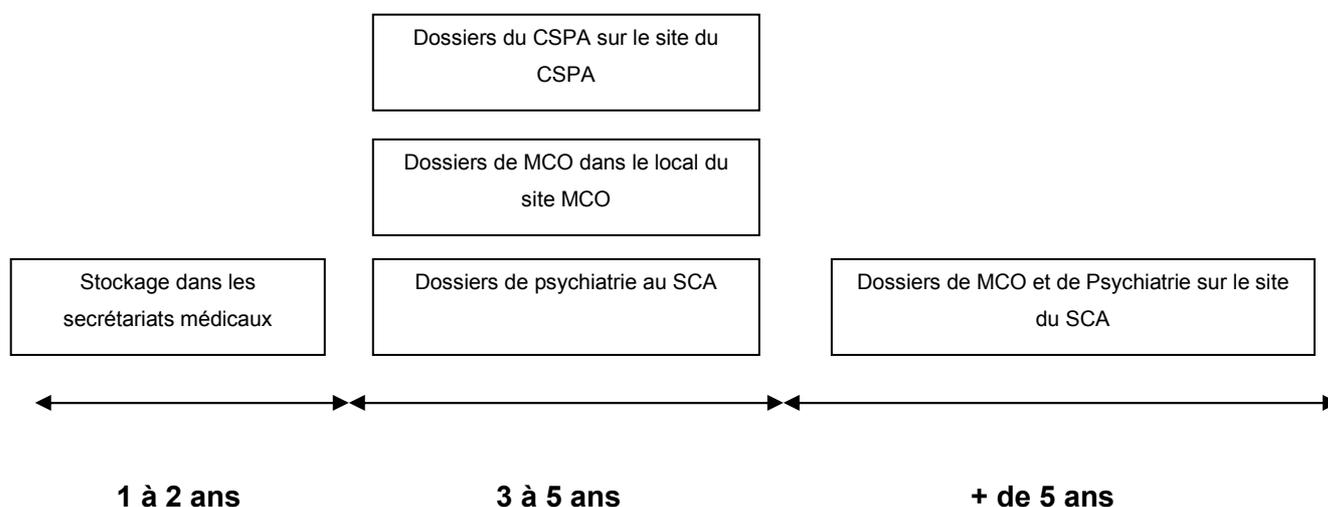
Avant la fin des années 90, la gestion des mouvements et la conservation des dossiers médicaux étaient, au CHLR, laissés à la responsabilité de chaque service. Aucune règle institutionnelle n'était posée. Ce n'est qu'avec l'augmentation du nombre de dossiers et le durcissement du cadre réglementaire que ce problème de gestion des dossiers est apparu.

En 2000, nous indique Francis Bru, Directeur du Site de psychiatrie, « *le Centre Hospitalier de La Rochelle a pris conscience de la situation de saturation des lieux d'archivages dans l'ensemble des services de la maison. La direction a alors pris l'initiative de la construction d'un bâtiment permettant de doubler la capacité de stockage de l'établissement* ». Ce bâtiment, construit sur le site de psychiatrie, a été alors

l'occasion de poser une organisation institutionnelle autour de la conservation des dossiers. « Pour utiliser ce nouveau bâtiment, on a réfléchi, avec le directeur de l'autre site, à un mode de répartition des espaces de stockage. Il a été alors décidé de laisser à proximité des secrétariats médicaux les dossiers très vivants (moins de 2 ans). On a conservé dans le local archives du site de MCO les dossiers de ces disciplines âgés de 3 à 5 ans. Enfin le nouveau bâtiment appelé Service Central des Archives (SCA) a été consacré aux dossiers les plus anciens ».

C'est cette organisation multi-sites qui prévaut encore aujourd'hui : on peut la synthétiser sous cette forme :

Lieux de stockage en fonction des disciplines et de l'âge du dossier



Par conséquent dans cette organisation, il n'existe pas de réelle centralisation des archives dans un lieu unique géré par une seule équipe d'archivistes comme ce peut être le cas dans certains établissements. Ce n'était d'ailleurs pas l'objectif initial puisque « à l'époque, la centralisation des archives n'était pas du tout à l'ordre du jour. On n'y a même jamais vraiment pensé. La construction du SCA était une disposition qui visait seulement à fournir un espace de stockage supplémentaire » explique Francis Bru. Ces propos sont révélateurs du fait que l'équipe de direction a longtemps eu une vision statique de la gestion des dossiers. Celle-ci était alors envisagée uniquement sous l'angle du stockage.

Cette répartition sur plusieurs sites présente des inconvénients.

Premièrement, aujourd'hui les mouvements de rapatriement de dossiers d'un site vers l'autre ne se font pas bien. C'est pourquoi certains secrétariats médicaux sont aujourd'hui complètement saturés. Comme il n'y a pas de mutualisation des espaces de stockage,

certains services croulent sous les dossiers tandis que d'autres sont encore à l'aise dans les locaux qui leur ont été attribués. Lors de mes fonctions d'intérim aux affaires générales du site de MCO, j'ai été régulièrement saisie sur ce problème par des secrétaires médicales excédées par le manque de place.

Deuxièmement, la conservation d'un espace tampon sur le site Saint Louis était à l'origine justifiable. Elle devait éviter de multiplier les transferts de dossiers d'un site à l'autre. L'erreur a été de ne pas doter cet espace en personnel. C'est donc un espace en totale autogestion : les secrétaires médicales à la recherche d'un dossier descendent au sous sol, entrent librement dans ce vaste local et peuvent accéder à l'ensemble des dossiers de MCO stockés à cet endroit. Aucune règle n'a été formalisée concernant l'accès aux locaux, la gestion des espaces linéaires ou la traçabilité des dossiers mouvementés.

On constate que dans cette organisation, seuls, les dossiers les plus anciens et donc les moins mouvementés font l'objet d'une véritable gestion au sein du Service Central des Archives.

Ce service assure le reconditionnement avant archivage, la conservation, les recherches de dossiers et la traçabilité des mouvements. Il est le seul acteur de la gestion des dossiers à garantir une traçabilité des dossiers. Ce service a développé sur sa propre initiative un travail d'inventaire afin de faciliter les recherches et de tracer les sorties d'archives. Les conditions de conservation et de traçabilité sont donc largement meilleures au SCA que sur les autres sites de stockage.

Néanmoins, comme le soulignait une secrétaire médicale, « *il est dommage qu'on ne soit capable d'offrir ces conditions de conservation qu'aux archives mortes ou presque* ». Par ailleurs le SCA n'est pas situé sur le site où les besoins de stockage sont les plus importants son impact est donc relativement marginal.

L'organisation de la conservation des dossiers au CHLR montre donc ces limites.

Aujourd'hui, cinq années après la construction d'un premier local de stockage, le Centre Hospitalier est de nouveau confronté à une saturation globale de ces espaces de stockage : les secrétariats médicaux, les locaux du site St Louis, le SCA tous sont envahis par la paperasse. C'est pour cette raison que dès 2005, il a fallu envisager de nouveau le doublement de la surface construite en 2000. Ce nouveau bâtiment en cours de construction sera situé à coté de l'actuel SCA. Sa livraison est prévue pour juillet 2008. Aux vues de l'actuelle saturation, cela constituera un appel d'air nécessaire. J'ai en effet constaté pendant mon stage qu'on assistait depuis quelques mois à une multiplication des sites sauvages de stockage. N'obtenant pas de solution satisfaisante de la part de la direction, les services de soins s'octroient des espaces inoccupés pour entreposer leurs envahissants dossiers. Le problème est que ces locaux (d'anciennes caves ou des

locaux désaffectés) ne répondent pas aux normes de sécurité. D'autre part cette dispersion de l'information médicale va à l'encontre d'une politique de gestion raisonnée autour du Dossier Patient.

B) Trop d'acteurs impliqués dans la gestion

Comme nous l'avons vu en première partie, suite aux évolutions juridiques autour du DPA, un certain nombre d'établissements de santé ont entamé la restructuration de leur service d'archives. Ces projets, comme le révèle l'enquête du CNEH relative aux archives hospitalières, ont généralement pour objectif de centraliser la gestion des archives autour d'un groupe restreint d'opérateurs. Cet effort de centralisation nécessite que l'organisation soit bien en place mais présente l'avantage d'identifier clairement les responsabilités de chacun dans le processus et d'homogénéiser les pratiques.

Ce type d'organisation n'est pas en place actuellement au CHLR. Au contraire, on constate qu'un trop grand nombre de personnes sont impliquées dans le cycle de vie du Dossier Patient.

On trouve d'une part, **l'équipe du Service Central des Archives**. Celle-ci n'est composée que de 2,60 ETP ce qui est nettement inférieur à la moyenne³⁰ des établissements de plus de 1000 lits qui est de 12 ETP. Ces trois personnes sont employées sur des grades de brancardier ou de maître ouvrier. Deux d'entre eux font l'objet d'un reclassement mais n'ont jamais bénéficié de formation en archivage. Ce type de profil d'agent correspond à la tendance générale, puisque comme le rappelait la responsable du Cabinet SERDA³¹, « *les services d'archives sont peu valorisés dans la culture hospitalière, c'est pourquoi on y trouve des agents à faible performance sans véritable rattachement hiérarchique et avec des perspectives professionnelles inexistantes* ». Isolée géographiquement, relativement peu encadrée, cette petite équipe s'est largement autonomisée. Son implication dans un projet institutionnel nécessite un effort de pédagogie certain.

L'effectif faible du SCA explique qu'on est du faire appel aux compétences des secrétaires médicales pour assurer une partie de la gestion des dossiers.

Les **114 secrétaires médicales** du site de MCO sont largement impliquées à chacune des étapes de la gestion des dossiers médicaux. Comme dans la plupart des hôpitaux, elles gèrent le classement et la conservation des dossiers médicaux des patients de la file

³⁰ CNEH, « *Résultat de l'enquête Archives hospitalières 2006* », mars 2007

³¹ Spécialiste de l'archivage hospitalier

active du service. Cette tâche entre dans leurs attributions naturelles. Ce qui pose problème d'un point de vue organisationnel, c'est que leur rôle va bien au delà au CHLR. Elles assument les recherches de dossiers dans les archives semi vivantes conservées dans le local d'archives au sous-sol. Elles se répartissent de façon arbitraire les linéaires disponibles. Elles gèrent les mouvements de dossiers et en assurent les transferts à pied (et non par courrier interne !).

Le réel problème au CHLR est qu'aucune règle institutionnelle n'est posée en matière d'archivage. Par conséquent, les secrétariats médicaux ont développé des pratiques très hétérogènes. Les modes de classement peuvent selon les services être numérique, alphabétique, alphanumérique ou basés sur un numéro d'archivage créé par le service lui-même. Les consultations externes peuvent ne pas être incluses dans ce classement, ce qui vient rompre le principe d'unicité du dossier.

Finalement on peut dire que le problème se situe dans le fait que les secrétaires assument le double rôle d'utilisateur et de gestionnaire du dossier. Influencées par leur pragmatisme de terrain, elles sont tentées d'adapter la règle institutionnelle aux besoins de leur propre service. Elles entravent alors la bonne gestion du système.

Enfin, même en termes de rattachement hiérarchique, les acteurs responsables en matière de gestion des dossiers sont nombreux. Théoriquement, le SCA est rattaché en raison de sa situation géographique au directeur du site de psychiatrie, Monsieur BRU. Néanmoins sur le site de MCO, l'équipe du SCA n'étant pas présente, c'est finalement la direction de ce site qui gère les propres problèmes de saturation des espaces d'archives. Enfin, l'organisation actuelle ayant été fortement critiquée par l'HAS, le Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques s'est intéressé de près à cette problématique. Trois directions différentes sont donc impliquées dans cette gestion. Constat étonnant, le médecin DIM est lui complètement absent du processus alors que sa responsabilité devrait naturellement le conduire à s'intéresser à ce sujet.

Cette gestion diffuse explique pourquoi la maîtrise du cycle de vie du dossier n'est que partielle.

2.1.2 Une maîtrise partielle du cycle.

Comme l'explique M. Bru, Directeur du site de psychiatrie et responsable du Service Central des Archives, « *la direction s'est rapidement rendue compte que le fonctionnement qui avait été établi en 2000 était vicié. Aujourd'hui on ne peut toujours pas parler de gestion satisfaisante des dossiers médicaux au CHLR* ». Il est vrai que si l'on fait

l'analyse du cycle de vie du DPA, on constate des dysfonctionnements à chacune des phases.

Concernant **la création des dossiers**, le problème est que la règle du Dossier Unique pourtant formalisée au Centre Hospitalier de La Rochelle dans un « *Guide de Gestion du Dossier du Patient* » n'est pas respectée. Ainsi au cours du transfert d'un patient, les secrétariats médicaux ont tendance à créer un nouveau dossier. Certains médecins préfèrent en effet utiliser un dossier spécifique à leur seule spécialité. On a alors deux dossiers pour un même séjour.

Ce phénomène est très dommageable, car il augmente inutilement le stock de dossiers, rompt la continuité du dossier, et complexifie le travail de recherche des secrétaires médicales et de l'équipe du SCA.

Concernant la phase de **diffusion du dossier**, c'est-à-dire la phase pendant laquelle le dossier est amené à être en circulation entre les services afin d'être réactualisé, le problème majeur est celui de la traçabilité. En effet, il est difficile au CHLR de localiser un dossier. C'est une des raisons qui explique pourquoi les secrétariats médicaux créent des doublons. Cette absence de traçabilité est liée au fait que les secrétaires n'ont pas accès à un outil d'enregistrement des mouvements de dossiers. L'idéal serait de fournir une base de données rassemblant l'ensemble des dossiers et de la mettre en réseau. Il serait ainsi possible d'enregistrer chaque prêt, transfert ou sortie d'archives en précisant le service d'hébergement et la date du mouvement. La mise en réseau de ces renseignements est nécessaire pour que l'ensemble des acteurs concernés (SCA et secrétariats médicaux) soit informé.

Cet outil de traçabilité n'existe pas à l'hôpital de La Rochelle. Par conséquent chaque secrétariat utilise des techniques rudimentaires (cahiers, fiches cartonnées, tableurs EXCEL) afin de se souvenir que tel prêt a été fait à tel service. Ce n'est pas satisfaisant. Pire ce manque de traçabilité engendre de mauvaises pratiques : les secrétaires médicales inquiètes de perdre un dossier lors d'un prêt à un service voisin réalisent parfois une copie intégrale du dossier avant son transfert ... créant ainsi un doublon inutile.

La phase de conservation est, elle aussi, mal maîtrisée en raison de la saturation des espaces actuels de stockage dans les services ou sur le site Saint Louis. Amas de dossiers à terre ou conservés en cartons dégradent le contenu du dossier et en complexifient les recherches.

Mais c'est certainement **la phase d'élimination** qui est la plus critique. Tout simplement parce qu'elle n'existe pas. A l'heure actuelle aucune procédure d'élimination des dossiers dont le délai légal de conservation est dépassé n'est en place. Cela signifie qu'aucun dossier n'a été détruit depuis l'ouverture du nouveau bâtiment du SCA en 2001. Sont donc actuellement conservé au SCA, l'ensemble des dossiers de psychiatrie depuis 1971, l'ensemble des dossiers de pédiatrie depuis 1973 et l'ensemble des dossiers de MCO depuis 1980. Un certain nombre d'entre eux entreraient dans le cadre du décret de janvier 2006 relatif à la procédure d'élimination. Cette accumulation est nécessairement à mettre en parallèle avec le fait que la direction ait été obligée en 2005 de financer la construction d'un nouveau bâtiment pour doubler la capacité de stockage. Pour M. Bru, le fait que la question de l'élimination n'ait pas émergé à cette époque réside tout simplement dans la bonne situation financière de l'établissement. S'offrir un nouveau bâtiment était plus facile que de réfléchir à une organisation rigoureuse de la gestion des dossiers. L'HAS ne l'a pourtant pas entendu de cette façon.

2.2 La mise en place récente d'une politique institutionnelle autour du Dossier du Patient.

La gestion des dossiers de patients au Centre Hospitalier de La Rochelle a été plusieurs fois critiquée par la Haute Autorité de Santé en l'espace de cinq années. C'est pourquoi, depuis plus d'un an, l'établissement s'est fixé pour objectif la mise en œuvre d'un dossier unique, homogène et circulant.

2.2.1 Une gestion plusieurs fois critiquée

A) La V1 comme première mise en garde

Concernant la gestion en matière de dossiers médicaux, le compte rendu d'accréditation publié en 2005 a constitué une première mise en garde pour le CHLR. Bien que les experts aient jugé que l'établissement satisfaisait aux références relatives à la mise en œuvre d'une politique du dossier du patient³² et que le contenu et la tenue du dossier étaient en cours d'amélioration³³, la gestion de l'archivage avait été pointée du doigt. Les

³² DPA - Référence 1 et 2, Manuel d'accréditation, ANAES, Juin 2003

³³ DPA- Référence 3 et 4, Manuel d'accréditation, ANAES, Juin 2003

experts ont ainsi considéré que la référence³⁴ du manuel concernant l'accès aux dossiers médicaux n'était pas entièrement satisfaite.

Le rapport insistait notamment sur la complexité du dispositif de conservation : « *le circuit d'archivage des dossiers est actuellement complexe : centralisé pour les dossiers de plus de 5 ans, archivage intermédiaire pour les dossiers entre 3 et 5 ans et délocalisé dans les services pour les plus récents* »³⁵. Concernant l'accessibilité aux dossiers médicaux, les experts-visiteurs notaient également « *qu'en cas d'absence momentanée de l'archiviste, l'accès aux dossiers médicaux n'est pas sécurisé* ».

Malgré ces critiques, aucune recommandation ou réserve concernant spécifiquement la question du Dossier Patient n'a été formulée par l'HAS dans son rapport final. Néanmoins pour David Cuzin, l'actuel Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, « *la V1 a permis une prise de conscience, au moins au niveau de la cellule qualité, concernant la nécessité de réfléchir à une politique institutionnelle autour du DPA. D'ailleurs, très vite des axes de travail ont été présentés par mon prédécesseur devant la CME et le Collège du Département d'Information Médicale (DIM). Le problème est que ces propositions sont vite passées au second plan avec la réforme des 35 heures et l'ouverture de grands chantiers tels que celui de la création d'un centre d'oncologie public/privé au CHLR. Le dossier, beaucoup moins sexy, de la gestion du cycle de vie du Dossier Patient est alors passé à la trappe* ». On comprend donc pourquoi les experts ont été beaucoup plus sévères lors de la visite de certification (V2).

B) La V2 : une réserve avec suivi relative au Dossier du Patient

La phase d'auto-évaluation de la deuxième accréditation a été menée de septembre à décembre 2006 par l'actuel Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, David Cuzin, alors tout juste nommé en poste à La Rochelle. Celui-ci, découvrant l'établissement s'est vite rendu compte des insuffisances en matières de gestion des dossiers médicaux : « *A l'issue de l'auto-évaluation, j'ai pris conscience qu'il y avait alerte rouge sur deux dossiers : Les Évaluations de Pratiques Professionnelles(EPP) et le Dossier Patient ce qui était réellement inquiétant* ».

L'auto-évaluation révèle à travers les cotations de réels dysfonctionnements. Les références relatives à la connaissance des règles de tenue³⁶, de communication³⁷, de

³⁴ Référence DPA-6, Manuel d'accréditation, ANAES, Juin 2005

³⁵ Rapport d'autoévaluation de certification, janvier 2006

³⁶ Référence 24a,

³⁷ Référence 24b

conservation³⁸ ou à l'organisation de l'accès aux dossiers³⁹ étaient toutes cotées « C » par l'établissement. « C » constituant la moins bonne note. Les commentaires de l'établissement dans le rapport indiquent textuellement « *qu'aucune évaluation n'a été réalisée en matière de DPA depuis la première accréditation* ».

Pour Sandrine Azoulai, Directrice du Système d'information, « *l'auto-évaluation nous a permis de nous rendre compte qu'il n'y avait aucune procédure, ni aucune politique formalisée en matière de gestion du DPA. C'est-à-dire que chaque service faisait ce qu'il voulait, avec les supports, les agents et selon le fonctionnement qu'il voulait. Rien n'était uniformisé ou homogénéisé à l'échelle de l'établissement* ».

Aux vues de ces éléments, on comprend pourquoi les conclusions des experts visiteurs ont été sévères à la fois lors de la restitution plénière et dans le rapport final. L'HAS a prononcé une certification avec suivi portant sur 7 points dont deux concerne directement la gestion du dossier patient : la définition d'une politique du DPA (04 e) et l'élaboration des règles définissant le contenu, la tenue du dossier du patient ainsi que sa conservation et sa communication (24a, 24b, 24c).

La réserve émise par l'HAS et la visite ciblée à 1 an qui en découlait, n'a pas constitué une surprise pour les équipes administratives et médicales du Centre Hospitalier de La Rochelle. Comme l'indique Sandrine Azoulai, « *Quand on a eu à disposition le rapport final des experts visiteurs, ce qui est drôle c'est que personne n'a été surpris de leurs conclusions. Tout le monde avait pris conscience avec l'autoévaluation qu'il y avait un grave manque en matière de gestion du DPA* ». David Cuzin explique pour sa part que « *les conclusions de la V2 ont été plus sévères pour deux raisons. La première est que le référentiel était plus précis sur le dossier du patient. On ne pouvait plus passer entre les mailles du filet. La deuxième est que la situation n'avait pas suffisamment évolué depuis la V1. Le peu qui avait été fait en matière de DPA entre la V1 et la V2 n'avait pas été réellement formalisé et donc n'était pas suffisamment lisible pour les experts* ».

Les critiques sévères émises par l'HAS en 2006 ont eu un effet intéressant : elles ont lancé une dynamique positive dans l'établissement permettant la mise en place d'une véritable politique institutionnelle autour du dossier du patient. Pour la directrice du système d'information, « *c'est la sanction qui a permis de déclencher un processus vertueux. Finalement, on peut dire que c'est l'HAS qui nous a mis sur les rails* ».

³⁸ Référence 24c

³⁹ Référence 24e

2.2.2 La formalisation d'une politique institutionnelle autour du DPA

Suite aux conclusions des experts visiteurs dans le cadre de la V2, un vaste projet institutionnel autour du Dossier Patient a vu le jour. Celui-ci a permis la formalisation d'objectifs clairs et la mise en place d'un plan d'action autour d'un comité de pilotage.

A) Deux grands objectifs.

Comme le précise le projet d'établissement 2006-2011 du CHLR, « *la mise en œuvre d'un dossier patient unique et circulant constitue une priorité institutionnelle* ». Cette priorité s'articule aujourd'hui autour de deux objectifs distincts.

Le premier objectif est **la mise en place d'un dossier patient unique, circulant et homogène dans sa forme papier**. L'homogénéité des supports et des contenus font actuellement l'objet d'un vaste travail de réflexion au CHLR. De la même façon, les règles d'accès, de communication, de conservation et de circulation du dossier papier ont été formalisées récemment dans le guide de gestion. Concernant le caractère unique du dossier, nous avons vu que celui-ci a été aménagé au Centre Hospitalier de La Rochelle. L'important est de pouvoir retrouver l'ensemble des dossiers papier se référant à un patient et d'effectuer une recherche systématique d'antériorité.

Le deuxième objectif est **la dématérialisation progressive du dossier**.

Comme nous l'indiquait Mademoiselle Azoulai, « *l'informatisation du DPA est un projet ancien au CHLR puisqu'il est inscrit au schéma directeur du système d'information depuis longtemps. Bien avant que je sois nommée ici, c'était déjà une priorité de l'établissement* ». D'ailleurs lors de notre entretien, M. Bru l'actuel directeur des archives, avançait l'idée que c'est ce retard dans la dématérialisation du dossier expliquait en partie la mauvaise gestion actuelle des flux de dossiers. « *On a pensé à tort pendant 5 ans que le dossier informatisé allait considérablement alléger notre problème de gestion du cycle de vie des dossiers médicaux. Résultat : la direction ne s'est pas intéressée à cette problématique organisationnelle* ».

Comme nous l'indiquait, Claire Margarit, consultante au CNEH au cours d'un entretien, de nombreux établissements ont une vision idéalisée de l'informatisation du dossier patient. « *Ils considèrent que les problèmes vont disparaître avec la dématérialisation des dossiers. C'est faux. L'informatique n'est qu'un outil et il ne résout pas les problèmes organisationnels de fond* » précise-t-elle.

Actuellement le Centre Hospitalier de La Rochelle ne possède pas de grand outil intégré informatique consacré au dossier du patient. « *On utilise simplement un outil bureautique*

appelé GIBUS, explique la DSI. C'est un embryon de dossier médical partagé qu'on a fait développer spécialement pour l'établissement. Il permet de compiler des documents bureautiques de type WORD comme les comptes-rendus d'hospitalisation ou les lettres de sortie ».

Il est vrai que par rapport à d'autres établissements, on pourrait considérer l'hôpital de La Rochelle comme en retard : certains d'entre eux utilisent déjà des outils totalement intégrés et commercialisés par de grands concepteurs comme Mac Keyson. Mais, comme le précise Madame AZOULAI, « *notre outil n'est ni fantastique ni très intelligent mais il fonctionne. Tous les secteurs ont accès au minimum d'informations nécessaires à la prise en charge grâce à GIBUS. Certains services bénéficient en plus de fonctionnalités propres à leur spécialité. L'outil n'est donc pas mauvais en soi* ».

Il est intéressant de noter que le projet d'établissement précise que « *le processus d'informatisation ne pourra se faire que sur le fondement de la réflexion relative à la gestion du dossier papier* ». Une bonne maîtrise des flux de dossiers papier apparaît donc ici clairement comme un préalable nécessaire à l'informatisation. « *On s'est rendu compte à nos dépens en 2006 qu'on était absolument incapable d'alimenter et de gérer correctement un DPA qu'il soit papier ou informatisé. Maintenant que les règles de gestion ont été pensées, que les usagers ont 5 années d'expérience de GIBUS, on est prêt à se lancer dans l'informatisation totale du dossier⁴⁰, précise la DSIO*».

Les étapes à venir en la matière sont l'élaboration d'un cahier des charges pour acquérir, courant 2007, un outil totalement intégré de gestion des Dossiers Patient. En se montrant optimiste, La Directrice du Système d'Information espère que cet outil sera opérationnel fin 2009. Cela permettra alors l'intégration du Dossier Médical Personnel (DMP) si ce projet est encore d'actualité. En attendant, un comité de pilotage à été constitué afin d'avancer sur la gestion du contenu et des flux du dossier papier.

B) Le management du projet DPA

La démarche d'amélioration continue de la qualité du dossier du patient au CHLR est fondée sur une conduite de projet structurée. Elle s'inscrit dans une dynamique de concertation étroite associant les principales catégories professionnelles rencontrées à l'hôpital (médecins, cadres, paramédicaux, personnels sociaux, personnels

⁴⁰ Entretien avec S. AZOULAI, Directeur du Système d'Information

administratifs...). Parallèlement un travail conjoint de la CME et de la direction au sein du Conseil Exécutif a été mené sur le sujet.

C'est pour cette raison que la conduite du projet DPA a été confiée à un binôme médico-administratif en associant le médecin responsable du DIM et le directeur adjoint chargé de la qualité.

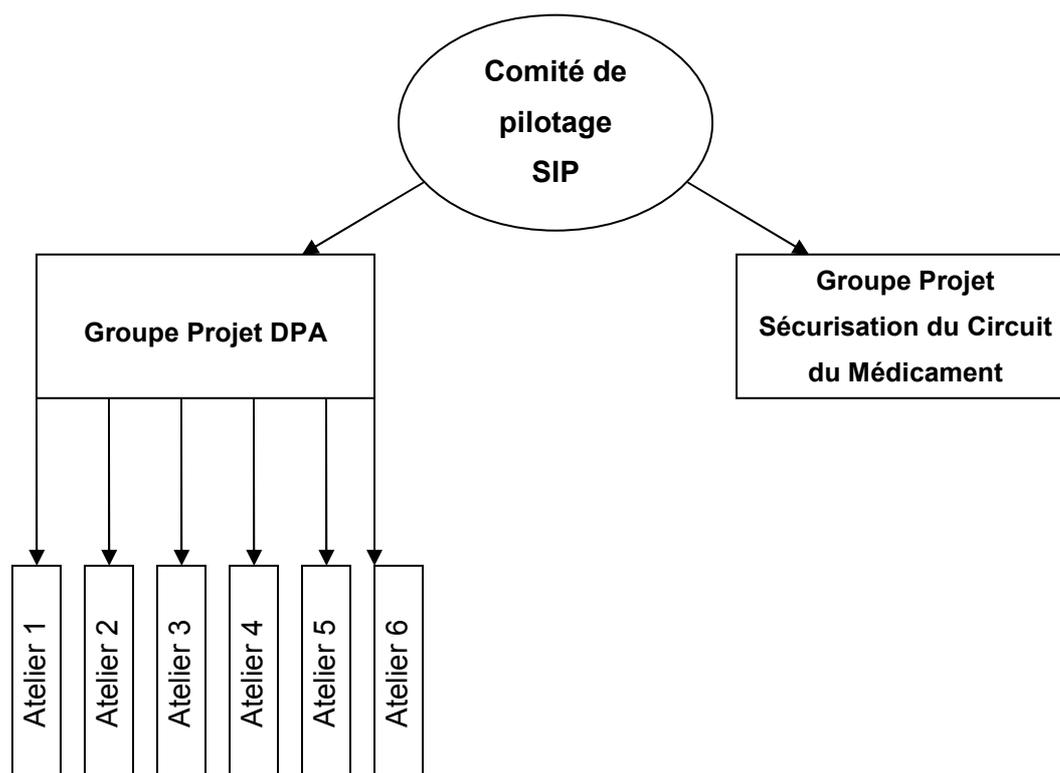
Le rapport de certification de l'HAS avait soulevé deux réserves majeures en rapport avec le Système d'Information du Patient (SIP) : le dossier du patient et la sécurisation du circuit du médicament. Dans le but d'assurer une cohérence entre ces deux projets relatifs à l'amélioration du système d'information patient, un comité de pilotage unique a été constitué. Le rôle de ce comité de pilotage est de valider les étapes majeures de ces deux projets, d'en assurer l'articulation et d'en faire respecter les échéances.

Un groupe projet spécialisé sur la question gestion du DPA a été constitué en juin 2006. Ils intègrent médecins, paramédicaux, administratifs et direction. Ce groupe a réalisé un état des lieux global. Six ateliers ont été constitués début septembre 2006 et ont travaillé jusqu'en décembre 2006 sur les thématiques suivantes :

- Atelier 1 : La tenue du dossier médical
- Atelier 2 : La tenue du dossier de soins
- Atelier 3 : Circulation des informations de santé entre les services administratifs et les services de soins
- Atelier 4 : Circulation des informations de soins entre les services de soins
- Atelier 5 : Communication des informations de santé avec les correspondants extérieurs
- Atelier 6 : Accès au dossier du patient- conservation du dossier du patient

A l'issue des travaux des ateliers, le groupe projet DPA et le comité de pilotage ont validé les principes généraux de la gestion et de la tenue du DPA.

La démarche projet



C) Une dynamique en marche

Ce management de projet a été efficace puisque il a d'ors et déjà permis d'atteindre un certain nombre d'objectifs en matière de gestion du Dossier Patient.

Sur la base des orientations dégagées par les ateliers thématiques, le groupe projet a élaboré le premier « **Guide de gestion du dossier du patient** »⁴¹ du **Centre Hospitalier de La Rochelle**. Celui-ci constitue le référentiel institutionnel en la matière. A ce titre, il a été présenté et validé en Commission Médicale d'Établissement en mai 2007.

Ce guide a le grand intérêt de présenter de façon synthétique (trente pages) les grands principes (homogénéité, unicité, partage et circulation de l'information) qui s'appliquent au Dossier du Patient à l'hôpital de La Rochelle. Il revient à travers 4 chapitres sur chacune des phases du cycle de vie (création, circulation, conservation et communication) et précise les règles en vigueur dans l'établissement. D'ailleurs, lors d'une visite d'analyse de risques⁴² réalisée par la SHAM, l'assureur du Centre Hospitalier de La Rochelle,

⁴¹ Voir annexe

⁴² Cette visite a eu lieu le 12 septembre. Elle avait pour but d'analyser la dynamique d'amélioration de la qualité afin d'individualiser les primes d'assurance par établissement.

l'expert a exprimé sa satisfaction devant ce nouvel outil en insistant sur son caractère complet et novateur.

Néanmoins, la publication de ce guide n'est qu'une première étape. Celui-ci reste évasif sur certains points et nécessitera d'être précisé quant aux modalités pratiques de mise en œuvre des principes institutionnels qu'il érige. Il implique également un effort de communication important pour faire passer son contenu auprès des acteurs en prise avec le Dossier Patient.

Le deuxième élément qui vient à l'appui de la dynamique d'amélioration de la qualité autour du Dossier Patient à La Rochelle est **la levée de la réserve émise par L'HAS**.

La visite de suivi à un an, prévue par le rapport des experts visiteurs à l'issue de la première visite, a eu lieu le 12 avril 2007. Au cours de celle-ci, deux experts se sont rendus sur site afin de rencontrer les différents acteurs du projet DPA et ainsi d'évaluer la dynamique du projet. A l'issue de cet entretien, ils ont fait part de leur satisfaction quant aux démarches engagées par le CHLR soulignant le caractère structuré de la démarche projet et la rapidité de l'élaboration de règles institutionnelles. Dans ce contexte, la réserve de l'HAS a été levée et le Centre Hospitalier certifié V2.

Pour autant, il reste du chemin à parcourir en matière de DPA à La Rochelle. La certification n'est pas un aboutissement en soi, elle ne fait qu'apprécier une démarche d'amélioration de la qualité. Par conséquent, c'est d'abord la dynamique engagée par le Centre Hospitalier de La Rochelle qui a été saluée davantage que l'atteinte d'objectifs concrets concernant la gestion du dossier patient. Le diagnostic établi au cours de mon stage montre qu'il existe des marges de progression importantes.

2.3 Diagnostic des principaux dysfonctionnements persistant dans la gestion actuelle des dossiers au CHLR.

Comme nous l'avons vu, la première phase du projet avait pour objectif de poser les grands principes d'une gestion du Dossier Patient. A l'issue de ce travail positif et salué par l'HAS, il demeurait toutefois des dysfonctionnements pratiques dans la gestion des dossiers. Afin de faire avancer le travail du groupe projet DPA, j'ai été missionnée en tant qu'élève directeur en stage au Centre Hospitalier de La Rochelle pour faire un diagnostic et dégager des pistes de travail permettant de compléter le guide de gestion rédigé en amont.

2.3.1 Une commande à l'élève directeur relative à la gestion du cycle de vie du dossier patient.

A la demande de la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques, j'ai été chargée dès le premier mois de mon stage de l'animation d'un groupe de travail⁴³ chargé d'élaborer et de formaliser les procédures s'inscrivant dans le cycle de vie du Dossier Patient. Il s'agissait notamment de préciser les relations entre les secrétariats médicaux et le service des archives centrales.

En s'appuyant sur les règles identifiées dans le guide de gestion, ce groupe constitué de 7 personnes (responsable des archives, secrétaires médicales des deux sites, agent administratif du bureau des entrées, responsable de l'information médicale et attaché aux affaires générales) devait préciser les procédures de création de dossier, de transmission intra-établissement, de saisie de dossier par les autorités judiciaires, d'archivage et d'élimination du dossier. Ces axes de travail ont été identifiés par le Directeur de la Qualité.

Le groupe s'est réuni à plusieurs reprises dans des configurations multiples et a travaillé selon une méthodologie précise. Dans un premier temps, il a semblé important de faire un état des procédures en vigueur. La publication du guide n'étant que très récente les pratiques ne s'étaient pas encore adaptées. Ces (mauvaises) pratiques ont été formalisées sous la forme de logigramme retraçant les 5 étapes de la trajectoire du dossier tout en présentant les interactions entre les acteurs. Cette première phase de travail a eu le bénéfice de mettre en lumière l'hétérogénéité des procédures et les nombreux dysfonctionnements qui perdurent dans la gestion des dossiers médicaux.

Dans un deuxième temps, le groupe de travail s'est efforcé d'apporter des éléments afin de mettre en adéquation les procédures existantes et les règles identifiées par le guide institutionnel de gestion du dossier patient.

Ce travail a été synthétisé dans une note à l'attention du Directeur de la Qualité présentant le diagnostic et proposant une série d'actions par niveau de faisabilité (court, moyen, long terme). M. Cuzin, le DQGR, a été relativement étonné par le nombre de dysfonctionnements repérés par le groupe et l'ampleur du travail qu'il restait à abattre pour atteindre l'objectif d'une gestion maîtrisée des dossiers au CHLR. « *Dans mon esprit, révèle-t-il, cette étude avait juste pour objectif de compléter le travail des ateliers qui s'étaient déroulés en amont de l'élaboration du guide de gestion. Il semblait se dégager une impression de relative facilité dans la mise en place d'une organisation efficiente de*

⁴³ La fiche de mission du groupe est disponible en annexe 2

gestion des dossiers. Le diagnostic plus poussé que vous avez mené a révélé des dysfonctionnements et des manques importants dans le guide de gestion ».

Il me semble que si la première phase de travail n'a pas abouti complètement, s'est que le chantier était réellement important. Les participants ont été mobilisés sur le projet pendant une période de presque un an et demi (de la phase d'autoévaluation dans le cadre de la certification jusqu'à la publication du guide gestion). Après la levée de la réserve de L'HAS, la dynamique s'est essoufflée et les aspects plus pratiques de mise en œuvre des principes de gestion ont été négligés. Le Directeur de la Qualité a profité de l'arrivée de l'élève directeur et de deux nouveaux attachés pour relancer la mobilisation autour de ce projet.

2.3.2 Les dysfonctionnements majeurs de la gestion des Dossiers Patient au CHLR

A l'issue de la formalisation des pratiques sous forme de logigramme, on pouvait identifier trois sources de dysfonctionnements majeurs dans la gestion du cycle de vie des dossiers au CHLR.

A) La méconnaissance et le caractère incomplet des règles institutionnelles

Nous l'avons vu plus haut, la mise en place d'une politique institutionnelle en matière de dossier patient est récente à l'hôpital de La Rochelle. Jusqu'à la mise en garde de l'HAS, les services de soins jouissaient d'une autonomie importante concernant les modalités de tenue, de conservation et de transfert des dossiers médicaux. L'élaboration du guide de gestion est venue poser les bases d'une gestion homogène et raisonnée des dossiers médicaux.

Pour autant, l'analyse de pratiques menée par le groupe de travail a révélé une réelle méconnaissance par les utilisateurs des principes institutionnels posés dans ce guide. Ainsi à chacune des étapes du cycle de vie du dossier, des dysfonctionnements sont repérés en raison de l'ignorance des règles institutionnelles.

A l'étape de la création, par exemple, on constate que les secrétariats médicaux ne font pas systématiquement une recherche des antécédents du patient dans l'établissement. Ce sont les habitudes personnelles de chaque secrétaire qui prévalent en la matière. La conséquence directe de cette hétérogénéité des pratiques est la création de doublons de dossier. Aucun lien n'est réalisé entre le dossier antérieur et le dossier créé à l'occasion de la ré-hospitalisation : le principe d'unicité du dossier est donc rompu. Pourtant le nouveau guide de gestion précise bien dans son chapitre II intitulé « *Création et contenu*

du Dossier du patient » que « l'existence de séjour ou de consultation antérieur doit être systématiquement recherché ». Ce type de dysfonctionnement qu'on retrouve d'ailleurs à d'autres étapes de la vie du dossier, est lié au manque de notoriété du guide de gestion. Par ailleurs, le groupe a constaté un réel manque d'exhaustivité des règles édictées dans le guide. L'objectif de celui-ci, à l'origine, était de formaliser les principes de la gestion du Dossier Patient au CHLR. Il ne s'est donc pas appesanti sur les modalités pratiques de mise en œuvre de ces règles. Cela constitue un manque car il ne fait pas de ce guide un outil pratique à l'usage des acteurs du dossier patient. Le caractère très général des règles explique en partie la méconnaissance de celles-ci par les utilisateurs. Mais ce n'est pas la seule source de dysfonctionnement.

B) L'absence d'outil de traçabilité du Dossier Patient.

La seconde source de défaillance dans la gestion des dossiers est aujourd'hui technique. Actuellement, le Centre Hospitalier ne possède pas de base de données référençant l'ensemble des dossiers archivés. Seul le serveur de gestion administrative des patients, *Référence*, peut permettre d'enregistrer la date et le service d'accueil de chacun des passages de patient. Cet outil est l'unique base de travail des secrétaires médicales lorsqu'elles effectuent une recherche d'antériorité.

Il présente pourtant deux inconvénients majeurs. Le premier est sa date récente de mise en place. *Référence* est en fonction dans l'établissement depuis seulement 1993. Il ne permet donc un accès à l'historique des patients que depuis cette date. L'estimation faite par le groupe de travail montre qu'environ 190 000 dossiers antérieurs à 1993 ne font l'objet d'aucune traçabilité car ils ne sont pas référencés. Le deuxième inconvénient est le manque d'ergonomie de l'outil : celui-ci n'a pas pour objet le dossier du patient mais la facturation des séjours. Il n'est utilisé que par défaut par les secrétaires médicales pour retracer le parcours du Dossier Patient. Par conséquent, il ne constitue pas une source de traçabilité fiable du dossier : il ne permet pas d'enregistrer les mouvements de dossier (date et service hébergeur). Cette absence de traçabilité est gênante pour la gestion des phases de diffusion et de conservation mais également pour la phase d'élimination.

C) L'absence d'élimination de dossiers.

La saturation récurrente de l'ensemble des lieux de conservation des dossiers médicaux de l'établissement est problématique pour la sécurité des données médicales, pour l'accessibilité aux dossiers et parce qu'elle génère de mauvaises pratiques chez les utilisateurs.

Cette saturation des espaces de stockage est la conséquence de l'absence totale d'élimination de dossiers médicaux au Centre Hospitalier. En effet aucun dossier n'a été détruit depuis 1980. Cette incapacité actuelle du service central des archives à éliminer des dossiers médicaux trouve trois facteurs d'explication

Le premier est **l'hétérogénéité des classements** qui a profondément complexifié le travail d'élimination des dossiers dont le délai légal de conservation est dépassé. Rappelons que l'équipe du SCA doit jongler avec 7 modes de classement différents.

Le deuxième facteur d'explication est **l'absence d'outil informatique** de traçabilité des dossiers. En effet en l'absence de base référençant les dossiers archivés, il est très compliqué de connaître les dossiers qui n'ont jamais été mouvementés durant la période de conservation légale de 20 ans et qui peuvent donc être détruits sans risque juridique. L'idéal serait de bénéficier d'une base de données référençant l'ensemble des dossiers conservés par l'établissement et permettant d'enregistrer les mouvements de chacun d'entre eux. Il serait alors possible d'émettre chaque année une requête nous indiquant quels sont les dossiers définitivement morts.

Enfin, l'absence de procédure d'élimination constitue une troisième explication. La formalisation d'une telle procédure n'est pas complexe en soi. Ce qui est plus problématique c'est qu'elle nécessite de rétablir une relation forte entre le Département d'Information Médicale et le service des archives. Dans le décret du 4 janvier 2006, il est prévu que « la décision d'élimination est prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin DIM ». Or actuellement le service du DIM et celui des archives vivent dans une indifférence mutuelle niant de fait les rapports logiques, pratiques et juridiques qui les lient.

La construction d'un espace de stockage d'une surface équivalente à celui déjà existant rend le problème de l'élimination des dossiers moins prégnant. Pourtant aux vues de l'évolution du nombre de dossiers enregistrés chaque année, il n'est plus envisageable de continuer à stocker sans éliminer. Cela d'autant que le volume du dossier est voué à augmenter avec l'augmentation du nombre d'examen par prise en charge.

Le diagnostic établi par le groupe de travail, dont j'ai assuré l'animation, s'inscrivait dans la continuité de la réflexion qui avait été menée en amont au niveau de l'institution.

Il a permis d'identifier trois sources de dysfonctionnements majeurs : la méconnaissance des règles par les acteurs de la gestion du Dossier Patient, le manque de traçabilité et l'absence totale d'élimination des dossiers morts.

Le plan d'action élaboré en collaboration avec la Direction de la Qualité tente d'apporter une réponse à ces trois problématiques.

3 Partie III : Plan d'action pour une meilleure gestion du Dossier Patient au Centre Hospitalier de La Rochelle

Les conclusions du groupe de travail ont montré que malgré la formalisation d'un guide de gestion du Dossier Patient, il demeurerait un certain nombre d'actions à mener au Centre Hospitalier de La Rochelle afin de maîtriser totalement la trajectoire de vie des dossiers médicaux dans l'établissement.

A ce titre, la construction en cours d'un espace supplémentaire de stockage d'archives, doit constituer une opportunité. En effet, comme l'affirme David Cuzin, Directeur de la Qualité, *« si le diagnostic avait été fait à ce moment là, on aurait pu décider il y a deux ans, d'investir plutôt sur des moyens d'exploitation en matière d'archivage. Au lieu de cela, faute de vision globale du problème de la gestion des dossiers dans l'institution, on a préféré investir dans l'immobilier. Il s'agit aujourd'hui de faire de ce nouveau bâtiment une opportunité pour repenser l'organisation actuelle qui est défailante »*.

Pour le directeur de la qualité, l'utilisation des 500.000 € investis dans ce nouveau bâtiment aurait donc pu être tout autre. Pourtant, la construction de ce nouvel espace peut s'avérer opportune parce qu'elle rend à court terme le problème de la saturation des lieux de conservation moins prégnant. Elle offre donc la possibilité de prendre le temps nécessaire pour faire des choix organisationnels cruciaux et élaborer les outils techniques actuellement manquant à la bonne gestion de l'information médicale sous forme papier.

Sur cette base, un plan d'actions permettant de répondre à quatre objectifs complémentaires a été élaboré en concertation avec les deux directions de site et celle de la qualité (3.1)

Ce projet parce qu'il concerne l'ensemble de l'institution nécessite la désignation d'un pilote capable d'agir de façon transversale et de mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués dans la gestion du dossier patient. Sans cette dynamique managériale, la maîtrise du cycle de vie des dossiers médicaux restera imparfaite au CHLR (3.2).

3.1 Quatre objectifs pour un plan d'actions

Ce plan d'actions a été présenté au Directeur Général qui l'a validé entièrement. Il n'a pas été présenté en instances. Il a pour ambition de répondre aux dysfonctionnements majeurs repérés par le groupe de travail dans l'actuelle gestion des dossiers de patient.

Il a été élaboré en intégrant deux contraintes. La première, nous l'avons vu plus haut, est le choix du site de psychiatrie pour construire le nouvel espace de conservation des dossiers. Bien qu'opportune, la livraison de ce nouveau bâtiment pouvait constituer une contrainte dans notre réflexion consacrée à la réorganisation de l'archivage. En effet, cela impliquait de fait la centralisation des dossiers sur le site de psychiatrie. Ce n'est pas le rassemblement en un lieu unique qui pose problème car il suit la tendance nationale de gestion centralisée des dossiers. C'est davantage le choix du site – celui où les mouvements de dossiers sont les moins importants - qui pouvait sembler le plus difficile à intégrer dans une nouvelle organisation.

Le deuxième préalable à notre réflexion est la volonté du Directeur Général de ne dégager aucun crédit supplémentaire d'exploitation à la gestion des archives. En bref, la restructuration ne doit s'appuyer que sur les moyens humains actuels (soit 2.60 ETP). Ces deux contraintes ont été entièrement intégrées au plan d'actions qui est ici présenté.

Par ailleurs, d'un point de vue personnel, il m'a fallu convaincre les acteurs en présence de repenser la gestion des dossiers de patients sous un angle nouveau. En effet, la problématique de maîtrise des mouvements de dossiers est ancienne à La Rochelle. On en parle depuis désormais 5 ans. Par conséquent, chacune des directions concernées avait construit sa propre analyse du problème. Chacune avait son idée, plus ou moins réfléchie, sur la façon de résoudre les dysfonctionnements.

La Direction de la Qualité, par exemple, proposait une solution consistant en l'organisation d'une vaste opération d'inventaire des 350.000 dossiers conservés dans l'établissement. Celle-ci aurait ainsi permis d'alimenter une base de données exhaustive du fond d'archives. On aurait alors pu créer un outil de traçabilité des mouvements et gérer la destruction des dossiers morts. Cette idée avait bien sûr séduit le responsable des archives qui ne voyait que le bénéfice à tirer d'une telle opération. Ce projet a pourtant un écueil : son coût. Les moyens humains à mobiliser pour le réaliser sur une période courte sont considérables. Cet obstacle freinait nécessairement toute velléité du gestionnaire de restructurer la conservation des dossiers.

Nous avons donc construit un plan d'actions novateur répondant à quatre objectifs réalisables et intégrant ces deux contraintes.

3.1.1 Objectif 1 : Développer le bon usage du dossier commun informatisé

Nous l'avons vu, le dossier commun informatisé reste l'avenir en matière de vecteur d'information médicale. Son utilisation constitue donc naturellement un objectif de notre plan d'action. Elle implique une vraie opération de communication concernant l'usage de Gibus, le logiciel DPA utilisé au Centre Hospitalier de La Rochelle.

A) L'objectif

Le comité de pilotage du Projet « Dossier Patient » a établi le bon usage de GIBUS comme priorité institutionnelle pour l'année 2007-2008 afin de favoriser l'homogénéisation et la dématérialisation du dossier médical.

GIBUS est, comme nous l'avons vu en deuxième partie, l'outil informatique de gestion du dossier Patient à l'hôpital de La Rochelle. Il permet la mise en réseau des informations médicales absolument nécessaires à la prise en charge d'un patient. Il offre à chaque acteur de soins l'accès à des documents WORD comme les comptes-rendus d'hospitalisation ou d'examen et les lettres de sortie.

L'usage de cet outil, installé depuis 3 ans, reste encore modeste dans l'établissement. Cela s'explique par deux éléments. Le premier est avant tout culturel : les praticiens hospitaliers et leurs secrétaires ont des difficultés à s'adapter à cet outil novateur. L'informatisation du Dossier Patient reste une révolution culturelle difficile à faire accepter. Certains médecins restent peu convaincus de leur intérêt à se former et à utiliser un dossier commun informatisé. Le deuxième élément d'explication est le manque d'ergonomie de GIBUS. Ce n'est pas un logiciel vendu clé en main par un concepteur spécialisé dans l'informatisation hospitalière. C'est un outil « maison » qu'il faut adapter aux spécificités de chaque spécialité médicale. Il connaît par ailleurs des dysfonctionnements techniques récurrents qui agacent les services de soins.

Paradoxalement, dans le cadre de notre réflexion sur la gestion des dossiers médicaux sous format papier, il nous est apparu important, d'insister sur la nécessité d'utiliser GIBUS. Le raisonnement est simple, si le dossier minimum informatisé est accessible à tous et offre un contenu satisfaisant, le recours au dossier papier n'en sera que plus limité. La gestion de la « paperasse » sera alors de l'histoire ancienne.

Pour cela il faut favoriser l'usage du dossier informatisé. Cela implique d'alimenter correctement et suffisamment GIBUS et d'insister sur la consultation systématique du dossier informatisé avant tout recours au dossier papier.

B) Les actions à mettre en place

Pour atteindre cet objectif, deux types d'actions ont été ou sont en cours de mise en œuvre.

La première d'entre elles est la poursuite active de **l'amélioration de l'outil GIBUS**. La Direction du Système d'Information travaille au développement de l'ergonomie du dossier informatisé. La standardisation des documents en ligne et l'élaboration d'un ordonnancement clair et pratique dans GIBUS est en cours afin de faciliter les recherches. Cet axe de travail est une des priorités du schéma directeur du système d'information 2006-2011

La deuxième action que nous avons mise en œuvre est l'organisation d'**une session de formation auprès des secrétariats médicaux**. L'objectif était de démontrer aux utilisateurs du dossier, le rôle de GIBUS dans sa gestion.

Ces formations ont été organisées pendant mon stage en séance de deux heures. Elles étaient animées par le Directeur Qualité, pour le rappel de la politique globale en matière de DPA et moi-même pour présenter les implications pratiques de cette politique sur la fonction de secrétaire médicale.

Ces sessions ont réuni des agents de services et de pôles différents. Le but de ce brassage était de donner une dimension institutionnelle à cette thématique et de favoriser la rencontre et le dialogue entre les utilisateurs du même dossier.

Les séances avaient un double objectif. Le premier était d'informer sur les règles institutionnelles en matière de dossier patient. En début de séance, chaque secrétaire se voyait remettre un exemplaire du nouveau guide de gestion du DPA. Celui-ci formalise pour la première fois la norme institutionnelle en la matière. Le rappel des règles en séance a permis à chacun d'évaluer ses pratiques au regard de cette norme. De plus, le guide insiste largement sur la nécessité d'alimenter et de consulter GIBUS. Les agents ont donc pris conscience, à la lecture de celui-ci, de la place désormais centrale qu'occupe le dossier informatisé dans leur quotidien.

Bien entendu ces séances ont soulevé des questions voire des réclamations. Mais cela constituait le deuxième objectif : créer le dialogue avec des actrices majeures de la gestion des dossiers.

Ce temps d'échange nous a permis de soulever les imprécisions du guide qui, il est vrai, se sont révélées nombreuses. À l'issue de cette session de formation, il a donc été décidé de créer un forum de dialogue entre la direction de la qualité et les secrétariats afin de

répondre aux interrogations relatives à la gestion des dossiers et de gérer les réclamations au cas par cas.

3.1.2 Objectif 2 : Mettre en place un processus de traçabilité des dossiers médicaux

Les dossiers du Centre Hospitalier de La Rochelle ne font l'objet d'aucune traçabilité ni lors de leur création ni lors de leurs mouvements dans l'institution. Cela doit constituer un objectif majeur de la restructuration à venir. Pour cela il est nécessaire de mettre en place un outil informatique de traçabilité, alimenté par l'ensemble des acteurs de la gestion du dossier, et d'homogénéiser rapidement le classement des dossiers archivés.

A) L'objectif

La traçabilité du dossier du patient est un des fondements d'une gestion maîtrisée de l'information médicale. Chaque partie prenante de la gestion du DPA (secrétariat, SCA, DIM) doit pouvoir accéder à des informations actualisées concernant les dossiers créés dans l'établissement, leur localisation et les mouvements associés à chacun d'entre eux.

L'accessibilité à ces informations est indispensable :

- pour permettre une recherche efficace des antécédents de dossiers.
- pour localiser les dossiers recherchés.
- pour savoir chaque année quels sont les dossiers dont le délai légal de conservation est arrivé à échéance et peuvent donc être détruits.

Jusqu'ici la direction de l'établissement, appuyée par le Service Central des Archives, était partie de l'hypothèse que la mise en place d'un outil de traçabilité était forcément conditionnée par la réalisation d'un inventaire exhaustif des 350 000 dossiers conservés sur les multiples lieux de stockages. Ce projet, difficile dans sa réalisation, a longtemps freiné la réorganisation de la gestion du cycle de vie des dossiers. Dans le cadre de ma mission, je me suis attachée à trouver d'autres alternatives moins coûteuses pour bâtir un outil de traçabilité.

J'ai pour cela évalué la faisabilité de plusieurs scénarios.

Il m'a fallu dans un premier temps évaluer celui de la DQGR constituant en la réalisation d'un inventaire, sur une période courte, menée en interne par du personnel recruté pour cette mission. Cette hypothèse présente l'avantage de la rapidité et de la possibilité de formater l'opération selon les objectifs qu'on lui attribue : du simple enregistrement des dossiers à leur reconditionnement ou même à leur reclassement. Les inconvénients sont évidents : le coût et le manque de compétence interne pour gérer une telle opération.

La deuxième possibilité est l'externalisation de l'opération d'inventaire à une société spécialisée dans ce domaine. Cela présentait les avantages de l'efficacité, en temps et en compétence. Mais l'obstacle du coût reste le même.

Le troisième scénario est certes moins ambitieux mais plus réaliste. Il consiste à ne rien faire c'est-à-dire à laisser mourir les dossiers antérieurs à 1993.

Le raisonnement est le suivant : nous ne connaissons pas faute de base de données le caractère vivant des dossiers antérieurs à 1993. Pour ne prendre aucun risque juridique, il est possible de conserver ces dossiers jusqu'en 2013 (date d'échéance du délai de conservation). Si à ce moment là, on ne trouve aucune trace de la venue du patient dont on a conservé le dossier jusqu'en 2013 (grâce à une recherche sur *Référence*, le logiciel de gestion des admissions en place depuis 1993) on sera alors certain de pouvoir détruire le dossier. Ce scénario a un avantage majeur : il ne coûte rien puisque le nouveau bâtiment est déjà entièrement financé. Son inconvénient est qu'il s'envisage sur le moyen terme (5 ans). C'est ce scénario qui a été retenu dans notre plan d'actions.

Dans cette organisation, une opération coûteuse d'inventaire est inutile à court terme. La traçabilité des dossiers anciens n'est plus une priorité. C'est celle des dossiers nouveaux qu'il faut assurer. Pour cela il est nécessaire de mettre en place un outil informatique et un classement homogène des dossiers archivés.

B) Les actions à mettre en œuvre

La mise en place d'un outil de traçabilité efficace n'est donc plus conditionnée par un inventaire.

Elle nécessite néanmoins **la mise à disposition d'un outil référençant l'ensemble des dossiers créés depuis 1993 dans l'établissement permettant le suivi de leur cycle de vie**. La première étape est la création d'un outil qui ne peut être qu'informatique. Elle a fait l'objet d'une longue réflexion par le groupe de travail qui a élaboré une première ébauche de son cahier des charges. Sans rentrer dans les détails techniques, cet outil doit se présenter sous la forme d'une base de données dynamique. Celle-ci doit enregistrer les dossiers nouvellement créés. Elle doit être en réseau afin d'être alimentée par les acteurs de la gestion du dossier (date des mouvements, localisation...). La structure de cette base de données a été ébauchée⁴⁴ et présentée à la DSIO pour qu'elle expertise la faisabilité du projet.

⁴⁴ Voir annexe « note de synthèse du groupe de travail relatif à la gestion du Dossier Patient », p 19-20

Il est à noter que cette base de données ne sera alimentée, au départ, que par les créations de dossiers. Or dans notre réorganisation de la gestion des dossiers, il est nécessaire d'avoir une vision globale sur les dossiers créés depuis 1993.

On n'échappe donc pas à un travail d'inventaire sur les dossiers des 14 dernières années qui sont les plus actifs du CHLR. En réalité, ce travail a déjà été en partie réalisé. C'est pour cela que nous avons opté pour ce type de réorganisation. En effet, le responsable des archives a pris l'initiative, il y a 4 ans, d'entamer ce travail de référencement informatique des dossiers issus des services les plus demandeurs d'archives. Cette initiative était motivée par les difficultés rencontrées par le SCA lors de ses recherches. Cette mission n'a fait l'objet d'aucune commande de la part de la direction. Elle est le fruit d'une initiative personnelle du responsable des archives.

Aujourd'hui, il existe donc déjà une base EXCEL enregistrant 75.000 dossiers dont la date de création est comprise entre 1993 et 2007. Il ne s'agit pas aujourd'hui de récompenser cette prise de liberté mais d'intégrer ces données à l'outil de traçabilité afin de ne pas les perdre.

Le travail fastidieux abattu par le SCA depuis 4 ans prouve le caractère indispensable d'un outil de traçabilité. Il reste à poursuivre ce travail qui devrait trouver une échéance à court terme aux vues de la quantité de dossiers qu'il reste à enregistrer.

3.1.3 Objectif n°3 : Mettre en place un processus de destruction des dossiers morts.

L'élimination des dossiers est devenue une étape incontournable de la gestion du cycle de vie du dossier patient. Sans elle, les espaces de conservation que sont le Service Central des Archives ou les services de soins sont sous la menace permanente de la saturation.

Deux actions doivent être mises en place au CHLR pour permettre l'élimination des dossiers morts : L'homogénéisation du classement des archives et le rétablissement du lien fonctionnel entre le service du Département d'Information Médicale et le Service Central des Archives.

A) L'objectif

La construction d'un nouvel espace de stockage rend moins urgente la nécessité de détruire. De plus comme nous l'avons vu plus haut, ce plan d'action prévoit la conservation jusqu'en 2013 des dossiers antérieurs à 1993 afin de ne pas prendre le risque d'éliminer un dossier encore vivant mais non réactivé.

Pourtant il est nécessaire de mieux anticiper les choses que cela n'avait été fait en 2001 lors de la livraison du premier bâtiment d'archives. A l'époque aucune initiative n'avait été prise pour entamer la destruction. La conséquence directe est que, quatre ans plus tard, on décidait de construire un nouveau local de stockage pour un coût de 500.000€. C'est cette erreur qu'il faut éviter en prévoyant deux types d'actions.

B) Les actions à mettre en œuvre

La première est l'homogénéisation du classement des dossiers archivés. La détermination d'un mode de classement unique est nécessaire : à l'heure actuelle cohabitent 7 modes de classement différents au sein du Service Central des Archives. Ces classements peuvent être numérique, alphabétique, alphanumérique, par année de création, par année de classement, par année et par ordre alphabétique... Ils varient d'un service à l'autre voire d'une unité à l'autre. Ils sont le fruit des décisions de chaque secrétariat.

Cet état de fait est symptomatique de l'inexistence, par le passé, d'une politique institutionnelle concernant la gestion des archives. Il génère des difficultés de recherche certes, mais complexifie également largement le processus d'élimination des dossiers morts.

D'après le responsable des archives, l'idéal pour remplir l'objectif de destruction serait un mode de classement par année de dernière venue dans l'établissement. Celui-ci permettrait d'identifier clairement chaque année les dossiers morts. Par exemple, avec un tel classement, en 2008, le Service Central des Archives sait que les dossiers classés à l'année « 1988 » sont automatiquement destructibles car cela signifie que les patients ne sont pas revenus depuis.

Néanmoins, sur ce point, le groupe de travail n'a pas tranché réellement. Le choix du mode de classement est en effet lourd de conséquences. Il a des implications pratiques cruciales en termes d'utilisation des surfaces, de facilité des recherches et de gestion des linéaires. Par ailleurs, une fois le mode de classement institutionnel déterminé, il faut encore gérer les difficultés liées à la période de transition induite par ce changement.

Après de longues séances de réflexion, le groupe a été forcé de constater l'absence de compétences suffisantes en interne de l'établissement pour effectuer un choix définitif du mode de classement. Les principaux intéressés, les membres de l'équipe des archives, n'étaient pas capables de percevoir l'impact d'une telle décision et de justifier réellement le choix de tel ou tel classement. Cela s'explique par le faible niveau de compétences spécialisées des membres de cette équipe. Par conséquent, le groupe a préféré préconiser le recours à l'expertise d'un spécialiste de l'archivage afin de présenter les différentes alternatives.

La deuxième action à mettre en œuvre est **le rétablissement du lien fonctionnel entre le Service Central des Archives et le Médecin chef de service du DIM**. Le décret du 4 janvier 2006 stipule clairement les modalités de destruction des dossiers médicaux.

Il précise que la décision d'éliminer doit être prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale. Ce dernier est donc largement impliqué dans la gestion de la phase d'élimination des archives.

A l'heure actuelle, il n'existe aucune relation entre le DIM et le responsable des archives. Le service de l'information médicale semble relativement peu informé des difficultés de fonctionnement du SCA. Le médecin DIM ne s'est même jamais déplacé dans les locaux du SCA. Ce manque d'intérêt de la part de l'équipe du DIM est mal vécu par les archivistes. La direction de la qualité, parce qu'elle occupe une place centrale dans le projet Dossier Patient et qu'elle a de bonnes relations avec le médecin DIM peut servir d'interface. Elle peut ainsi permettre de recréer le lien fonctionnel et juridique naturel qui existe entre ces deux services de gestion de l'information médicale

3.1.4 Objectif 4 : Repenser l'utilisation des sites de conservation de Dossiers de Patient

A) L'objectif

L'archivage des dossiers médicaux repose actuellement sur trois types d'espaces : le local de chaque service de soins, l'espace tampon du site de MCO, le vaste espace du Service Central d'Archives.

Seuls les locaux du SCA font l'objet d'une réelle gestion de l'accessibilité, de la sécurité et de la répartition des linéaires. La multiplicité des sites et l'absence de modalités de fonctionnement définies génèrent des dysfonctionnements dans la gestion des dossiers.

L'objectif est donc double :

- A court terme, la direction doit redéfinir clairement la mission de chaque espace et mettre en place des modalités de fonctionnement qui permettent l'accomplissement de cette mission.
- A moyen terme, l'objectif est d'opérer un regroupement de l'ensemble des dossiers archivés dans un site unique de conservation. Ce mouvement de centralisation est une tendance que l'on retrouve dans de nombreux établissements. Il s'explique par la généralisation du dossier informatisé qui permettra de rendre exceptionnel le recours au dossier papier. L'ensemble des informations nécessaires à une prise en charge urgente deviendra accessible à l'ensemble des acteurs de soins par le réseau. L'ensemble immobilier en cours de construction offrira alors une capacité de stockage suffisante. L'espace tampon qui

occupe actuellement sur le site Saint Louis des locaux nobles sera alors rendu à ses fonctions de soins.

B) Les actions à mettre en œuvre

La première démarche est de **rappeler à chaque acteur de la gestion des dossiers le rôle des différents espaces de conservation.**

La règle veut que les dossiers médicaux doivent être stockés :

- dans le service, pour les patients dans la file active (c'est-à-dire revenant une fois au moins dans l'année en cours).
- dans la zone tampon sur le site de MCO pour les dossiers n'ayant pas été réactivés durant la période 2001-2007.
- au Service Central des Archives pour ceux datant de plus de 5 ans et non réactualisés

Cette règle a été rappelée à l'ensemble des secrétaires médicales et aux agents des archives à l'occasion de la session d'information relative au guide de gestion.

Par ailleurs, le directeur de la qualité souhaite **effectuer régulièrement une évaluation des pratiques** en matière de conservation des dossiers. Cette évaluation a été inscrite comme objectif qualité dans les contrats de pôles établis pour l'année 2007. Elle sera donc organisée en décembre. Son objectif est de vérifier la bonne utilisation des lieux de stockage et la consultation systématique du dossier informatisé avant toute demande du dossier papier aux archives.

La troisième démarche est de réorganiser l'espace-tampon du site de MCO.

A court terme, il est nécessaire de conserver cet espace le temps de la montée en charge du dossier informatisé. Pour autant, il faut poser certaines règles de fonctionnement le concernant. Ces règles doivent permettre d'améliorer la gestion actuelle des dossiers papier en MCO. L'objectif non avoué est de rendre plus rigide les possibilités d'accès à ce local pour favoriser le recours au dossier informatisé. Ce n'est pas du machiavélisme mais juste du réalisme : Avant d'adresser une demande écrite au SCA, les secrétaires médicales iront certainement consulter GIBUS pour voir si les informations en ligne sont suffisantes.

Pour cela les modalités d'accès qui doivent être mises en place sont tous simplement les mêmes que celles existants pour le Service Central des Archives. L'accès au dossier ne pourra se faire que sur demande écrite, par souci de traçabilité, et pendant le créneau horaire de la journée. Il devient alors nécessaire de positionner un agent archiviste au

niveau du site d'archivage intermédiaire. Sa fonction est de traiter les demandes de dossiers, d'assurer l'enregistrement des entrées et des sorties, de gérer les espaces linéaires, de faire l'inventaire des dossiers non-répertoriés et de rassembler les doublons. Elle peut, semble-t-il, être assurée sur les effectifs actuels du SCA compte tenu de la charge actuelle de travail qui est par définition vouée à diminuer avec l'informatisation du dossier.

Objectifs	Actions	Responsable	Mise en œuvre	Echéances
Développer le bon usage du dossier commun informatisé	Organisation d'une session d'information auprès des secrétariats médicaux	DQGR	Directeur Qualité Elève Directeur	Sept. 2007
	Amélioration de l'outil GIBUS	DSIO	Service informatique	
Permettre la traçabilité des dossiers médicaux	Création d'un outil informatique référençant les dossiers nouvellement créés	DSIO	Responsable SCA Services informatiques	Décembre 2007
Permettre l'élimination des dossiers médicaux morts	Homogénéisation du classement des dossiers archivés	DSIO	Responsable SCA Aide extérieure	Décembre 2007
	Rétablissement du lien fonctionnel SCA / DIM	DQGR	SCA DIM	Décembre 2007
Repenser l'utilisation des sites de conservation de Dossiers de patient	Evaluation des pratiques concernant l'usage des lieux de conservation	DQGR		Juin 2008
	Affectation d'un agent opérateur des archives sur le site Saint Louis/ réflexion sur la création d'un poste aménagé	DRH	SCA Direction de site Médecin du travail	Juin 2008
	Aménagement d'un bureau sur le site des archives Saint Louis	Direction de site	Service technique SCA	Juin 2008

Ce plan d'action a été présenté à l'ensemble des directions parties prenantes de la gestion dynamique du Dossier Patient. Les deux directions de site, la direction des services de l'information et la direction de la qualité et de la gestion des risques l'ont toutes validé successivement. Il a été ensuite présenté sous la forme d'une note synthétique au Directeur Général du Centre Hospitalier de La Rochelle qui a donné son accord pour sa mise en œuvre.

Pour être efficace celle-ci implique la désignation d'un pilote du projet capable de mobiliser l'ensemble des acteurs de la gestion des dossiers de patient.

3.2 Le Management du projet : choisir un pilote capable de mobiliser

La maîtrise du cycle de vie du Dossier Patient est complexe à mettre en œuvre parce qu'elle a des implications à la fois techniques, organisationnelles et culturelles. Pour y répondre, un plan d'action ambitieux a été élaboré. Les objectifs qu'il cherche à atteindre doivent s'envisager à moyen terme. Cela nécessite de confier ce projet à un pilote capable de mobiliser les différents intervenants de la gestion des dossiers médicaux au Centre Hospitalier sur un temps relativement long.

3.2.1 Le choix du pilote de projet

La réussite d'un projet est en partie conditionnée par l'identification d'un pilote capable de coordonner ses différentes phases et de mobiliser les acteurs en présence jusqu'à l'atteinte des objectifs fixés.

La réorganisation de la gestion des dossiers de patient est un projet transversal qui nécessite de faire collaborer des acteurs multiples. Néanmoins, comme l'explique David Cuzin, « *pour aboutir, le projet DPA doit nécessairement être piloté de façon centralisée. Cela ne signifie pas que les décisions seront centralisées mais que la vision de l'organisation à mettre en place doit être globale* ».

La transversalité du projet rend donc peu pertinente le choix d'un directeur de site comme pilote de projet. Or, jusqu'à présent, le responsable du Services Central des Archives était le directeur de l'hôpital de psychiatrie parce que cette unité est localisée sur ce site. Ce n'est, me semble-t-il pas à lui de piloter un tel plan d'action.

En effet, aux vues des actions à piloter dans le cadre du projet, le choix d'une direction fonctionnelle apparaît plus opportun. Deux d'entre elles semblent plus directement concernées par la réorganisation de la maîtrise du cycle de vie du Dossier Patient.

La première est la **Direction du Système d'Information et d'Organisation** (DSIO). Celle-ci est par nature placée au cœur de la circulation de l'information médicale dans l'établissement. Mademoiselle Azoulai, Directrice du système d'information à l'hôpital de La Rochelle, a donc vocation à prendre part de façon active au projet. Elle bénéficie par ailleurs d'importants leviers d'action pour le faire aboutir. Elle est notamment la responsable de la montée en charge du dossier informatisé dont on a vu l'influence qu'il exerçait sur la maîtrise du dossier papier.

Cependant, la Directrice du Système d'Information est actuellement en charge de nombreux dossiers lourds tels que la réflexion sur le DMP ou l'amélioration de l'outil GIBUS. C'est pourquoi son implication a été relativement modeste dans la phase d'élaboration de ce plan d'action. Par ailleurs au Centre Hospitalier de la Rochelle, la DSIO a d'abord une orientation informatique : la majorité de ses prérogatives porte d'abord sur des outils informatiques et non sur des problèmes d'organisation ou de communication comme cela peut être le cas dans d'autres établissements. Enfin, comme l'explique Melle Azoulai, *« il se trouve que le directeur de la qualité est arrivé dans l'établissement deux ans avant [elle], c'est donc lui qui a piloté le dossier DPA depuis ses débuts. Il a une vision très exhaustive du problème »*.

Le choix du Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques comme pilote du projet est en effet totalement justifiable. Celui-ci exerce une mission très transversale qui lui permet d'avoir une approche systémique du problème. Etant à l'origine du diagnostic établi dans le cadre de la certification, il a été un des principaux investigateurs de la formalisation d'une politique institutionnelle autour du projet Dossier Patient. Par ailleurs, le plan d'action qui est ici présenté est le fruit d'une collaboration étroite entre le groupe de travail et la DQGR. Enfin, David Cuzin entretient de bonnes relations avec le Médecin responsable du Département d'Information Médicale ce qui s'avère intéressant dans le contexte du nécessaire rapprochement entre le DIM et le Service Central des Archives pour permettre l'élimination des dossiers. Pourtant M. Cuzin défend l'idée que le rôle du directeur de la Qualité est de fournir des outils techniques et méthodologiques pour accompagner et non mener des projets organisationnels. Il considère que c'est la DSIO qui est la plus à même de manager cette restructuration

Dans tous les cas c'est le Directeur Général de l'établissement qui choisira le pilote le plus à même de mobiliser les acteurs principaux du projet.

3.2.2 Un important travail de mobilisation des acteurs

Dans un article publié dans *Gestion Hospitalière*⁴⁵, le directeur des services logistiques du CHRU de Tours expose la teneur du projet de restructuration du service d'archives hospitalières de cet établissement. Concernant le management du projet, il explique que trois paramètres ont facilité la réalisation du projet : une volonté politique clairement affichée de la part de la direction, la mobilisation du corps médical et la participation des équipes de soins à l'amélioration du dossier commun informatisé.

Ces trois éléments facilitateurs ne sont pas réellement réunis au Centre Hospitalier de La Rochelle. Le pilote du projet devra donc être capable de convaincre et de mobiliser.

A) Convaincre l'ensemble de l'équipe de direction et le corps médical.

Au sein de l'équipe de direction de l'établissement, la mobilisation m'a semblé contrastée autour de la thématique de la gestion du dossier patient. Un des membres de l'équipe m'affirmait ainsi que « *pour certains des directeurs, la maîtrise des dossiers médicaux dans leur forme papier s'envisage seulement comme la construction d'espace de stockage* ». En réalité et c'est compréhensible, les directeurs sont plus ou moins convaincus de la nécessité de s'atteler à ce problème selon leur propre implication et responsabilité dans la gestion des dossiers. Le pilote de projet aura donc nécessairement à convaincre afin de faire émerger une volonté politique de moderniser et de repenser l'organisation.

L'affichage de la volonté de la direction est primordial pour impliquer le corps médical sur cette question. Aujourd'hui, les médecins participent plutôt – mais cela reste encore modeste - à la réflexion en cours sur le dossier informatisé, son contenu et son ergonomie. Le pilote de projet doit donc avoir pour mission d'informer au maximum la Commission Médicale d'Etablissement de la teneur du projet et de son avancement. Pour favoriser la participation des praticiens peut être est - il envisageable comme cela a été fait à Tours d'activer une sous-commission de la CME consacrée à la gestion du dossier patient dans globalité. Le rôle du médecin DIM est ici crucial : il peut susciter l'adhésion médicale. « *Là où la direction piétine depuis trois mois, le DIM peut convaincre en 20 minutes* » révèle Mme AZOULAI, la DSIO. Ce sera toute la difficulté de mener ce projet au CHLR : un travail de conviction est impératif auprès des trois médecins DIM.

⁴⁵ CETTOUR-BARON G., 2001, « Restructuration d'archives hospitalières : Quand la belle endormie devient une unité logistique à part entière », *Gestions Hospitalières*, n°405, pp. 207-277

B) Mobiliser les acteurs opérationnels

Pour la réussite du projet, les acteurs de terrain doivent être mobilisés.

Cela implique d'abord de remotiver les agents du service central des archives. Ceux-ci ont été beaucoup sollicités par le passé pour réfléchir aux évolutions possibles de l'organisation autour du dossier médical sans que cela n'ait jamais réellement abouti à des actions concrètes. A mon arrivée sur le groupe projet, j'ai été surprise par le discours du responsable des archives qui exprimait un manque de reconnaissance de l'institution mais également une lassitude face aux promesses non tenues. Il existe par ailleurs, la crainte de perdre l'autonomie dont l'équipe a bénéficié jusqu'ici dans son fonctionnement. Remobiliser l'équipe d'archivistes nécessite la mise en place de formations spécialisées à leur égard leur permettant d'accroître leurs compétences et de se voir reconnaître dans leurs fonctions. La mise en place d'une réunion régulière avec le pilote de projet afin de les associer à l'élaboration de l'outil de traçabilité et au choix du mode de classement paraît indispensable. Il s'agit aussi de les rassurer sur les perspectives d'avenir de leurs services qui n'a pas vocation à être externalisé mais simplement à évoluer.

Enfin la mobilisation des secrétaires médicales est une des clés du projet. Elles sont les interlocutrices naturelles et permanentes du service d'archivage, elles sont les actrices du mouvement du dossier dans l'institution et surtout elles ont l'écoute des médecins. Elles représentent donc un levier du projet. C'est à ce titre que nos efforts se sont très vite concentrés sur elles et que nous avons mis en place la session d'information sur le guide de gestion du dossier patient. Cela a permis de leur donner une vision du projet à moyen terme et de les associer ce qui n'avait pas été réellement fait jusqu'ici. Pour la réussite du projet, ces opérations d'information pourraient être renouvelées dans l'avenir.

Aux vues du travail de conviction qu'il reste à mener auprès des acteurs, le choix du directeur générale concernant le pilotage du projet doit nécessairement prendre en compte la capacité de mobilisation de la personne qui aura à mener le projet « Gestion du cycle de vie du dossier patient ».

Conclusion

La mise en place d'une organisation permettant l'accessibilité, la sécurité et la traçabilité des dossiers de patient sur papier est complexe à deux titres.

Le premier est que cette problématique est ancienne et qu'elle a des implications à la fois techniques, organisationnelles et humaines. Sa réussite ne peut donc s'envisager que sur le moyen terme et nécessite la conviction et la mobilisation des acteurs à la fois stratégiques et opérationnels. Or justement ceux-ci sont d'ors et déjà mobilisés sur d'autres fronts.

En effet, le deuxième élément de difficulté est que ce projet doit être mené en parallèle du de l'informatisation du dossier médical. Cela rend la mobilisation autour de notre projet d'autant plus aléatoire puisque les hospitaliers ont une vision idéalisée de la dématérialisation. Pour la plupart d'entre eux les difficultés disparaîtront avec le support papier. C'est faux. Un dossier de patient, informatisé ou non, a besoin d'être alimenté, consulté, tracé, conservé ...et éliminé. Les préalables à une bonne gestion de l'information médicale sont les mêmes.

A La Rochelle comme ailleurs, il s'agit donc avec ce plan d'action, de répondre à une problématique ancienne, la question des archives, en préparant l'avenir celle de la bonne gestion du dossier patient informatisé.

Bibliographie

OUVRAGES

GUENIER Daniel, *Qualité et sécurité des systèmes d'information*, Masson, 1992

CHEVALIER François, *Les archives des Hôpitaux*, ENSP édition, 1975

FAVIER Jean, *Les archives*, Que sais-je ?, PUF, 2001

MEMOIRES

CIBIEL L., L'intégration des archives dans le système d'information, Mémoire ENSP de directeur d'Hôpital, 1995, 99 p.

ROMAN N., *Le dossier médical : les enjeux de l'archivage*, Mémoire ENSP de directeur d'hôpital, 1992, 104 p.

ARTICLES ET PERIODIQUES

CETTOUR-BARON G., 2001, « Restructuration d'archives hospitalières : Quand la belle endormie devient une unité logistique à part entière », *Gestions Hospitalières*, n°405, pp. 207-277

CHARLELY A., 2005, « Accès au dossier du patient. Réalité ou fiction. », *Décision Santé*, n°212, p10

CHICHE P., 2004, « Sanction de la mauvaise tenue du dossier médical », *Gestions Hospitalières*, n°469, p 284-285.

CORMIER M., 1994, « *l'informatisation des archives médicales hospitalières*, *Revue de droit sanitaire et social* », n°3, p456-465

DIEBOLT V., WEY M.C, 2000, "Mise en œuvre d'une politique prospective de gestion des archives dans un grand établissement hospitalier », *Gestions Hospitalières*, n° 392, pp.60-63

FAVIER J., 1994, « Le patrimoine hospitalier. Conservation et valorisation de nos archives », *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, n°76, avril 1994, pp 7-13

MANAOUIL C., GRASER M., JARDE O., 2003, « Le dossier médical du patient majeur : contenu et gestion de l'accès », *Droit, déontologie et soin*, vol. 3, n°4, pp 462-493

REMIZE M., MONTANT F., « Hôpitaux : la révolution du dossier patient », *Archimag*, n°161, pp.21-30

ROUSSET G., 2003, « La réforme du dossier patient », un enjeu médical et juridique essentiel », *Droit, déontologie et soin*, vol.3, n°2

SEGUI-SAULNIER S., 2006, « Les nouvelles règles d'archivage du dossier médical. Entre clair et obscur. », *Gestions Hospitalières*, n°460, pp.653-656.

WATREMETZ L., 2006, « Les archivistes hospitaliers sortent de l'ombre », *Hospimédia*, disponible sur Internet : www.hospimedia.fr

WATREMETZ L., 2007, « De nouvelles règles pas évidentes à appliquer », *Hospimédia*, disponible sur Internet : www.hospimedia.fr

RAPPORTS ET DOSSIERS DE PRESSE

ANAES, « *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé- Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu* », Juin 2003, 64p.

CNEH, « *Résultat de l'enquête Archives hospitalières 2006* », mars 2007, 12p.

FHF, « *Les Droits du patient dans la loi du 4 mars 2002. Guide méthodologique* », Juin 2003, 30p.

MARTIN C., RODRIGUEZ Stéphane, « *Les missions d'un service central d'archives dans un établissement de santé public. Les préconisations techniques des archives de France* », décembre 2005, 52 p.

VAISMAN O., « *Approche méthodologique de l'organisation d'un service d'archives et mise en œuvre du changement dans un service d'archives* », Septembre 2004, 48 p.

ASCOODPSY, « *Les services d'archives et les archivistes. Résultats de l'enquête* », novembre 2006, 29p.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DES AFFAIRES CULTURELLES Arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières, JO, du 25 octobre 1968

MINISTERE DES AFFAIRES CULTURELLES, Code des archives de France- règlement des archives hospitalières, 1969

MINISTERE DE LA SANTE, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

MINISTERE DE LA SANTE, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

MINISTERE DE LA SANTE, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel, n°54 du 5 mars 2002, p102

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique, journal officiel, n°4 du 5 janvier 2006, p 174.

MINISTERE DE L'INTERIEUR, Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique, JO du 27 avril 1943

DOCUMENTS INTERNES

Projet d'établissement 2006-2011

Programme d'amélioration de la qualité, mars 2007

Schéma directeur du système d'information 2006-2011

Compte rendu d'accréditation comportant le suivi des décisions de la HAS de juin 2005

Rapport d'autoévaluation de certification, janvier 2006

Rapport d'auto-évaluation ciblée, avril 2007

Liste des annexes

Annexe I	Liste des entretiens réalisés et réunions du groupe de travail
Annexe II	Exemples de logigrammes réalisés par le groupe de travail dans le cadre de l'analyse des pratiques
Annexe III	Ebauche de cahier des charges de l'outil de traçabilité des dossiers de patient
Annexe IV	Guide de gestion du dossier du patient du Centre Hospitalier de La Rochelle - Juin 2007

Annexe I : Listes des entretiens réalisés et réunions du groupe de travail

Entretiens réalisés dans le cadre du mémoire :

- S. AZOULAI, Directeur du système d'information
- F. BRU, Directeur du site de psychiatrie au CHLR et du Service Central des Archives
- J-P. COUGOULE, DIM, Chef de projet Dossier du Patient
- D. CUZIN, Directeur de la qualité et de la gestion des risques
- C. MARGARIT, Consultante au CNEH
- F. IGIER, Responsable du Service Central des Archives

Réunions réalisées dans le cadre du groupe de travail « Règles de gestion du cycle de vie du Dossier Patient » :

Participants :

Melle COUTHURES, attachée aux affaires générales du site Lafond

Mr IGIER, Responsable des Archives Centrales

Melle LEONFORTE, Elève Directeur

Mr QUINCONNEAU, agent administratif, Bureau des entrées, site Lafond

Mme PINET, secrétaire médicale, service de chirurgie D, site Saint Louis

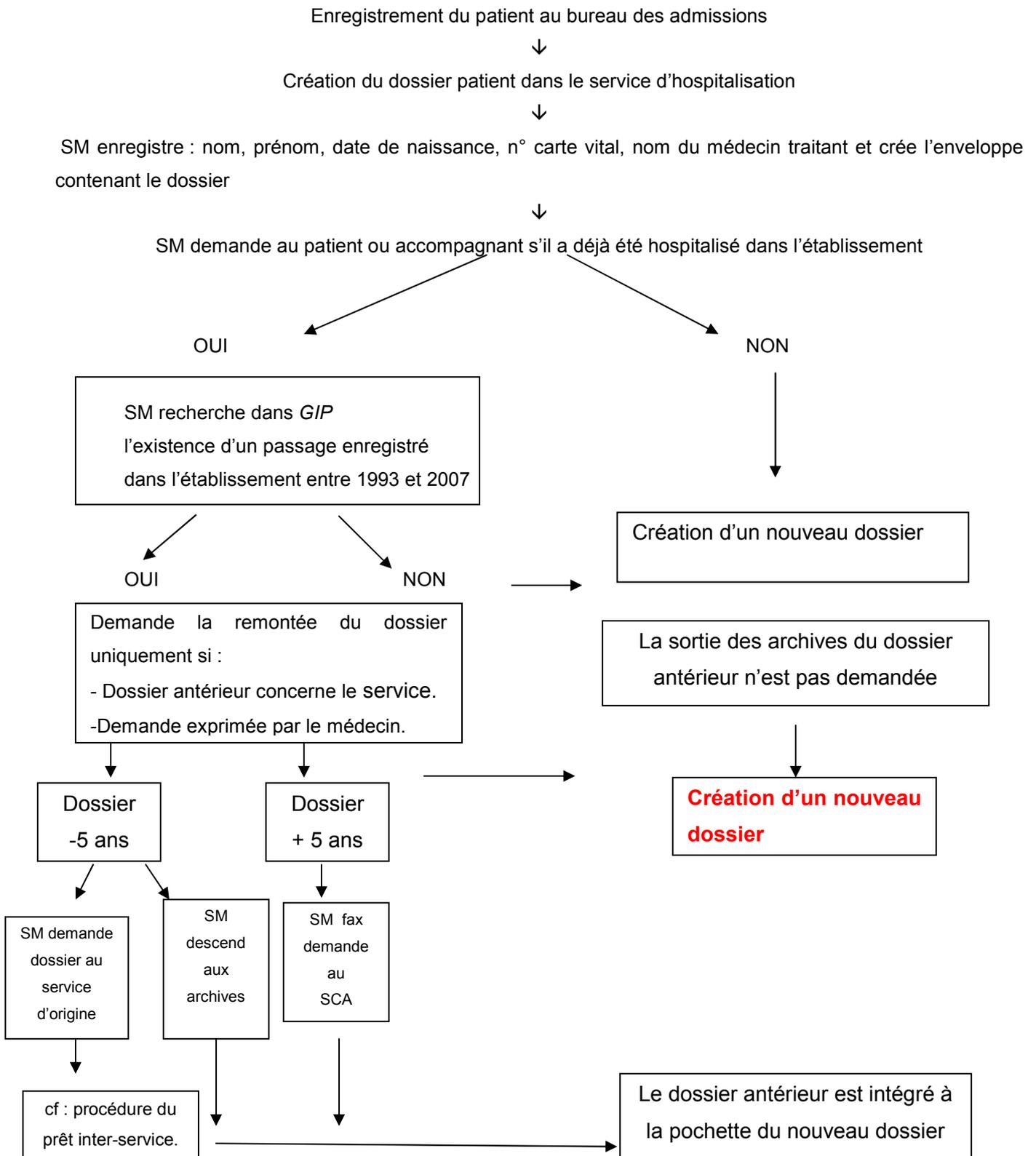
Mr STAPF, département de l'information médicale

Mr VRAND, attaché aux affaires générales du site Saint Louis.

- Réunion « cadrage de la mission », le 6 avril 2007
- Réunion « logigrammes : création, transmission, saisie judiciaire, archivage, élimination », le 18 avril 2007
- Réunion « Analyse des dysfonctionnements dans les pratiques actuelles », le 25 avril 2007
- Réunion « Propositions et hiérarchisation des priorités », le 2 mai 2007
- Réunion « Cahier des charges de l'outil de traçabilité », le 16 mai 2007
- Réunion « Mode de classement homogène », le 29 mai 2007

Annexe II : Exemples de logigrammes réalisés par le groupe de travail dans le cadre de l'analyse des pratiques

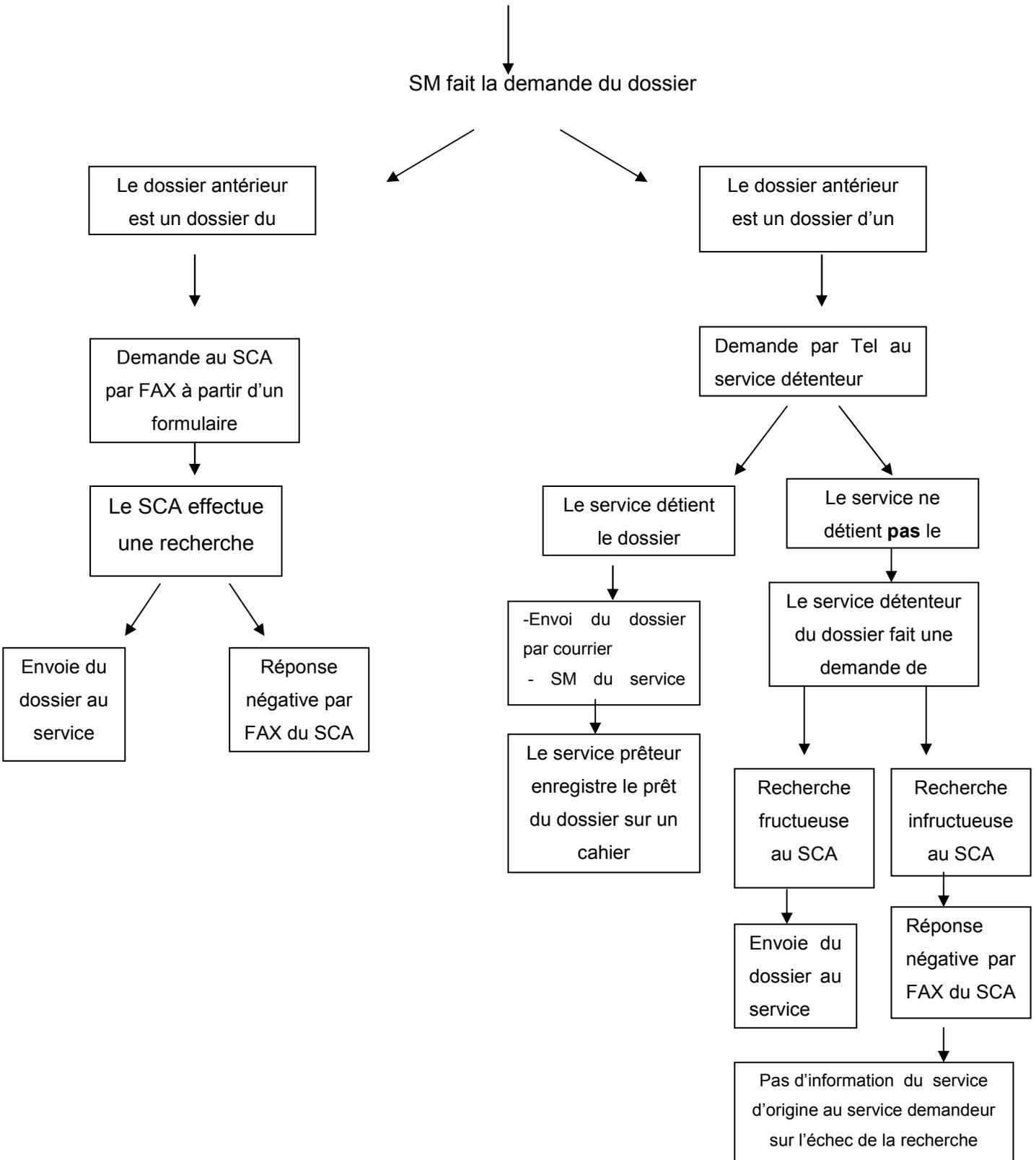
**PROCEDURE DE CREATION DU DOSSIER PATIENT
(Le cas de l'hospitalisation du patient)**



**TRANSMISSION DOSSIER INTRA ETABLISSEMENT
ET PRET INTER SERVICE**

Existence d'un dossier antérieur nécessaire à la PEC du patient

SM fait la demande du dossier



- **Annexe III : Ebauche de cahier des charges de l'outil de traçabilité des dossiers de patient**

Les raisons justifiant la création d'une telle base de données sont multiples :

- Permettre la connaissance des dossiers conservés au sein des archives de l'établissement. Cela est indispensable non seulement au travail des secrétariats médicaux qui recherchent les antécédents des patients, mais également au travail du personnel des archives pour effectuer les recherches de dossiers.
Par ailleurs, si le mode de classement décrit plus haut est acté, il devient alors indispensable de pouvoir retrouver et ressortir l'ensemble des épisodes de soins constituant le dossier d'un patient. En effet dans ce type de classement le dossier n'est plus physiquement regroupé à la dernière date d'hospitalisation. La base de données des archives doit alors être capable de fournir les différents épisodes de soins pour un patient donné et les situer dans les locaux des archives grâce aux années et aux numéros d'archivage. Rappelons simplement qu'à l'heure actuelle l'établissement n'est pas toujours capable de dire si un patient est déjà venu dans son établissement (si sa venue est antérieure à 1993) et où est classé son dossier.
- Assurer la traçabilité des prêts entre les services (quel service a fait la demande de sortie des archives et où est conservé le dossier sorti). Actuellement, ces informations quand elles existent, sont très diffuses (cahier du service, repère constitué par une feuille jaune intégrée dans le linéaire des archives, tableau Excel tenu par Mr Igier).
- Bénéficier chaque année d'une liste des dossiers dont le délai légal de conservation est arrivé à échéance et pouvant donc être détruits.

Cette base de données s'avère donc réellement indispensable. C'est pourquoi, **le responsable actuel des archives a élaboré un premier outil** qui bien que partiel et artisanal constitue un outil de travail utile au SCA comme aux secrétariats médicaux qui y ont pour les services référencés déjà accès. Cette première base de données est bâtie dans un simple tableau Excel. L'annexe 2 vous présente l'architecture de ce tableau. Son élaboration a demandé un travail de plusieurs années aux membres du personnel du SCA qui ont inventorié et référencé dans celui-ci les dossiers de:

- Médecine B depuis 1993
- Médecine E depuis 1993
- Pneumologie depuis 1993
- Chirurgie A depuis 1993
- Chirurgie D depuis 1993
- L'oncologie
- L'ensemble de la psychiatrie (secteur 1, 2, 3 et pédopsy) depuis 1971

→ Soit une base de données de 75 000 dossiers

Le groupe de travail a réfléchi à **une première ébauche de cahier des charges d'une base de données institutionnelle.**

Contraintes de la base de données

- La base de données devra être initialisée par reprise de l'inventaire déjà réalisé par le service des archives. De plus, les autres inventaires nécessaires devront être intégrés au fur et à mesure.
- Il serait souhaitable que cette base de données soit mise à jour automatiquement en étant relié au logiciel « Référence ». En effet la moitié des informations contenus dans ce tableau (colonne 1,3,4,5,6) sont des informations intégrées à la création d'un dossier d'admission. On pourrait alors envisager un lien entre le logiciel *Référence* et cette base de donnée qui

permette de créer automatiquement une ligne dans la base à chaque nouvelle admission d'un patient. De plus, lorsqu'une admission est annulée, la ligne correspondante doit être invalidée. Ces liens, et donc la base de données, ne pourront être mis en place que par le service informatique, au besoin en faisant appel à un prestataire extérieur.

- Il est souhaitable de pouvoir sélectionner les dossiers selon plusieurs critères, différents selon les utilisateurs et les usages (secrétariats, prêt d'un épisode de soins ou du dossier complet, ...).
- Il est souhaitable qu'il soit possible d'émettre des requêtes.
 - La première (et la plus importante) est celle visant à sélectionner les dossiers antérieurs à l'année n-20, et pour lesquels il n'existe ni consultation, ni hospitalisation postérieure (années n-20 à n). Cette comparaison se fondera sur le N° d'IPP sauf pour les dossiers déjà inventoriés.
 - Une liste des dossiers prêtés, par services, permettra de rapatrier ceux-ci au service central des archives au delà d'un certain temps.
 - D'autres requêtes peuvent être nécessaires (Nombres de dossiers / année ou par travée, ...).
- Cette base de données doit nécessairement être mise en réseau entre les secrétariats médicaux et le SCA. En effet, le SCA pourra alors enregistrer dans la base de donnée les informations permettant de tracer les mouvements de celui-ci (archivage, sortie des archives). Alors que les services, qui bénéficieront de ces informations sur le réseau pour situer les dossiers concernant leurs patients, devront enregistrer les mouvements de prêt intra-établissement.

• **Structure de la base de données :**

Afin d'être réellement opérationnel, celle-ci devra recueillir les éléments d'information suivants :

Année de l'épisode de soins	N° archivage	N° Etiq. (IEP)	N° IPP	Nom	Prénom	Date de naissance

Site de conservation	Travée	linéaire n°	Service emprunteur	Date d'emprunt	Service Accueillant physiquement le dossier	Année de destruction

Les deux premières colonnes représentent l'indexation (unique) des dossiers, incrémentale par année et épisode de soins.

- Pour les dossiers déjà inventoriés, afin d'éviter une renumérotation fastidieuse, le N° d'archivage sera de la forme **SERVICE-Numéro**, (CHIRA-1).
- Pour les dossiers qui vont être inventoriés et ceux générés automatiquement (voir ci dessous), le numéro sera incrémental.

Les colonnes 3 à 7 contiennent l'identité du patient :

- pour les dossiers déjà inventoriés, seules les colonnes 5 à 7 (nom, prénom et date de naissance) seront renseignés ;
- pour les dossiers incorporés automatiquement (voir ci dessous), le n° d'étiquette IEP et d'IPP (Référence) seront eux aussi renseignés. Il est envisageable que, pour les dossiers inventoriés à partir de la mise en place de cette base, les numéros d'étiquette et d'IPP soient recherchés et saisis.

Les sept dernières colonnes représentent l'état et la localisation du dossier (stocké, prêté, détruit). Ces informations sont indispensables pour retrouver les différents épisodes de soins en vue de reconstituer le dossier du patient. En détail :

- les trois premières concernent la localisation du dossier, lorsqu'il est stocké ;
- les trois suivantes concernent la désignation du service qui a demandé le dossier au service central des archives, à quelle date et éventuellement le service à qui le premier service l'a prêté ensuite ;
- la dernière contient l'année éventuelle de destruction du dossier

Annexe IV : Guide de gestion du dossier du patient du Centre Hospitalier de La Rochelle



GUIDE DE GESTION DU DOSSIER PATIENT_CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE

HISTORIQUE :

Indice 1 Adopté par la CME le 22 mai 2007

Validé le : 1^{er} juillet 2007

Création

DOMAINE :

Cette procédure est applicable aux services de soins, secrétariats médicaux, bureaux des entrées, directions de sites, DIM, services des archives

Personnes concernées :

Médecins, Sages femmes, personnels paramédicaux, secrétaires médicales, cadres de santé, admissionnistes, personnels administratifs

FINALITE :

Cette procédure a pour objet d'établir les règles de tenue, de conservation et de communication du dossier applicables dans l'ensemble des secteurs d'activité clinique, médico-technique, administrative et logistique de l'établissement.

REFERENCES :

- Code de la Santé Publique
- Manuel de certification – deuxième version – septembre 2004
- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Dossier du Patient - Règlements et recommandations - HAS - juin 2007

Chapitre 1 - Principes généraux

Le dossier du patient, un élément de la qualité des soins

Le dossier du patient participe directement à la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et multidisciplinaire.

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, au Centre Hospitalier de La Rochelle.

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. C'est un outil de travail qui permet la communication, la coordination et l'information entre les acteurs de soins et avec les patients.

Le dossier du patient favorise la coordination qu'impose l'évolution de l'organisation des soins du fait du raccourcissement des durées de séjour, de la multiplicité des intervenants dans la prise en charge, de la complexité des soins, de l'accroissement du risque iatrogène et de la plus grande technicité des actes.

Les fonctions du dossier du patient sont multiples :

- mise à disposition d'informations nécessaires et utiles à la prise en charge et au suivi ;
- traçabilité des soins et des actions entreprises vis-à-vis du patient ;
- coordination des intervenants et continuité des soins ;
- aide à la décision thérapeutique par son contenu ;
- lieu de recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices/risques et de la traçabilité de la décision ;
- évaluation de la qualité des soins et de la tenue du dossier ;
- enseignement et recherche ;
- extraction des informations nécessaires à l'analyse médico-économique de l'activité, notamment à la médicalisation du système d'information (PMSI) et à ses contrôles de qualité ;
- rôle juridique important dans le cas d'une recherche de responsabilité.

Le dossier du patient est ainsi un élément central de l'activité hospitalière, qui participe à l'évaluation et à la valorisation de l'activité de l'établissement.

Son contenu constitue la référence en matière d'évaluation des pratiques professionnelles et progressivement de mesure de la qualité de l'activité hospitalière.

Dans le cadre de la tarification à l'activité, il contribue, en attestant de la situation du patient et des actes réalisés, directement à la facturabilité des séjours et donc au financement de l'établissement.

La gestion du dossier du patient repose sur une organisation formalisée et validée au niveau institutionnel, précisant le rôle et les responsabilités de chacun, et sur un enregistrement rigoureux des informations pertinentes par les professionnels concernés.

Le dossier du patient, une obligation réglementaire. L'article R 1112-2 du code de la santé publique prévoit qu'un dossier est constitué pour chaque patient pris en charge dans un établissement de santé. Aux termes de cet article, ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° 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 en établissement de santé, et notamment :

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 para cliniques, notamment d'imagerie ;
Les informations sur la démarche médicale adoptée dans le respect de la volonté de la personne, après lui avoir donné une information claire et loyale et s'être assuré de son consentement ;
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 (recherche biomédicale, examen génétique, assistance médicale à la procréation) ;
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.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

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.

3° 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.

La réglementation précise que sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Cette énumération n'est pas exhaustive, le dossier pouvant aussi comporter d'autres documents :
les copies de certificats médicaux ;
les procès-verbaux d'autopsie ;
les documents permettant la traçabilité des actions et de l'information du patient concernant de nombreuses vigilances sanitaires, notamment en ce qui concerne l'hémovigilance (dossier transfusionnel : information pré et post-transfusionnelle du patient et du médecin traitant, les infections nosocomiales, la pharmacovigilance, les médicaments dérivés du sang...).



L'ensemble des événements indésirables liés à la prise en charge du patient et pouvant avoir une incidence sur la qualité et la sécurité des soins qui lui sont dispensés fait l'objet d'une traçabilité dans le dossier du patient, qu'il s'agisse de l'information du patient sur ces événements et leurs conséquences ou des actions entreprises depuis l'identification et le signalement de l'évènement indésirable.

En aucun cas le dossier du patient doit comprendre des pièces se rapportant à des actions qui n'intéressent pas directement sa prise en charge dans l'établissement.

La notion de dossier du patient

L'ensemble des documents définis par la réglementation constitue le dossier du patient, qu'ils soient organisés et conservés sur support papier ou électronique.
Les règles de gestion du dossier du patient s'appliquent ainsi quels que soient les supports du dossier du patient.
Le dossier du patient et les informations qu'il contient sont confidentiels et relèvent du secret professionnel.

Le dossier du patient, propriété du Centre Hospitalier de La Rochelle, ne peut quitter l'établissement que dans les cas prévus par le présent guide.

Un dossier homogène

Tous les documents constituant réglementairement le dossier du patient sont présents dans le dossier du patient ;

Les documents sont classés dans le dossier selon un ordre prédéfini (nature des informations, chronologie...);

Le dossier est composé de supports homogènes (prescription, administration...) et de documents dont le contenu est défini (compte rendu d'hospitalisation, d'examens, opératoire...);

La tenue du dossier est placée :

pour le dossier administratif, sous la responsabilité du bureau des entrées

pour le dossier médical, sous la responsabilité du médecin chef de service ou responsable de structure interne

pour le dossier de soins, sous la responsabilité du cadre d'unité

Les règles de gestion définies dans le présent guide sont applicables dans l'ensemble des secteurs d'activité clinique et médico-technique de l'établissement.

Toutefois ces règles pourront faire l'objet d'adaptations dans les services et établissements sociaux ou médico-sociaux compte tenu de la nature des activités réalisées. Ces adaptations sont formalisées dans le règlement intérieur du service ou de l'établissement.

Un dossier unique

Il existe un seul dossier physique pour un patient donné :

constitué des volets administratifs, médicaux et de soins ; toutefois, au cours du séjour, ces deux derniers volets peuvent être distincts lorsque cet éclatement ne fait pas obstacle à la continuité des soins et ne conduit pas à des retranscriptions d'informations ;

dans un même secteur d'activité quels que soient la nature (consultations, hospitalisation) et le nombre d'épisodes de soins ;

pour un même séjour, quel que soit le nombre de secteurs dans lesquels le patient a été admis.

Un dossier partagé

Les informations pertinentes pour la continuité des soins sont disponibles sur le système d'information hospitalier et constituent le dossier minimum commun du patient. Il s'agit notamment :

des résultats et comptes rendus d'examen (biologie et imagerie notamment),

des comptes rendus opératoires,

des comptes rendus d'hospitalisation,

des lettres et des prescriptions de sorties.

La mise à disposition des données médicales est organisée selon les principes définis dans la charte d'utilisation et les modes d'emploi de l'application GIBUS (Gestion Informatisée de la Bureautique de l'Unité de Soins).

L'ordonnancement des informations saisies et conservées dans l'application GIBUS doit permettre la recherche et la consultation de ces informations selon des modalités et dans un délai adaptés aux besoins de la prise en charge.

Ces informations sont en effet destinées à l'usage de leurs producteurs comme à celui des autres secteurs d'activité (clinique ou médico-technique) qui auront en charge le patient au cours de son séjour ou à l'occasion d'un séjour ultérieur.

Un dossier unifié

Lors de leur archivage au service des archives centrales, les dossiers physiques d'un même patient sont regroupés et classés à l'année du dernier épisode de soins (hospitalisation ou consultation), facilitant ainsi la gestion dynamique des archives et l'élimination des dossiers selon les dispositions réglementaires en vigueur.

Un dossier circulant

Le dossier du patient, unique pour un même séjour, circule entre les secteurs d'activité (cliniques et médico-techniques) au fil du parcours du patient

Un dossier actualisé

L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également à la sortie, tant en ce qui concerne les informations administratives, que les informations médicales et de soins.

La sécurité des informations de santé

Les informations nominatives relatives à la santé sont des informations sensibles qui relèvent du secret professionnel. La réglementation exige de prendre à leur égard des précautions particulières permettant d'en assurer la sécurité.

La sécurité de ces informations implique le respect de la confidentialité, et une vigilance particulière pour assurer leur intégrité et leur disponibilité.

Le caractère personnel des informations de santé contenues dans le dossier du patient implique une vigilance particulière de tous et à tout moment, afin de préserver la confidentialité de ces informations, quel que soit le support concerné (dossier papier ou électronique).

Les informations relatives au patient ne peuvent être partagées qu'entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et la continuité des soins. La seule qualité de médecin ou de professionnel de santé n'autorise pas ce partage.

Lorsqu'il s'agit d'un professionnel de santé extérieur à l'établissement, la communication des informations concernant le patient n'est possible qu'avec l'accord de ce dernier.

Toutefois, lors d'une prise en charge en hospitalisation ou en consultation, les informations de santé sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe de soins hospitalière intervenant auprès de lui.

L'intégrité des informations contenues dans le dossier du patient est assurée par l'identification dans le dossier du patient, des professionnels intervenants dans la prise en charge, et la traçabilité des accès au système d'information hospitalier.

La disponibilité de ces informations doit être garantie, dans des délais adaptés aux nécessités de la prise en charge. Pour ce faire, des informations relatives aux épisodes de soins antérieurs, constituant le dossier minimum commun, sont accessibles à tout moment aux professionnels habilités, à partir du système d'information hospitalier. Une attention particulière doit être portée à la saisie et au classement des informations dans les supports existants du dossier du patient, pour faire du dossier minimum commun un vecteur pertinent et adapté de la coordination et de la continuité des soins.

L'ensemble des professionnels de l'établissement est tenu au respect des règles définies dans le présent guide et dans les chartes d'utilisation des applications constituant le système d'information hospitalier.

Chapitre 2 - Création et contenu du dossier du patient

La constitution du dossier du patient

Un dossier doit être constitué pour tout patient admis en hospitalisation ou en consultation.

L'existence de séjours ou de consultations antérieures doit être systématiquement recherchée et les données accessibles par le système d'information hospitalier ou dans le dossier du patient papier, systématiquement vérifiées.

L'identité du patient doit être précisément renseignée dans le dossier du patient, et régulièrement contrôlée aux différentes étapes de la prise en charge.

Certaines informations ne concourant pas directement à la prise en charge médicale et paramédicale (couverture sociale complémentaire, parcours de soins, affections de longue durée) doivent être recueillies au moment de l'admission, ou à défaut dès que possible et avant la fin du séjour (ou lors des formalités préalables lorsqu'il s'agit d'une admission programmée) et régulièrement actualisées au cours du séjour.



Un seul dossier doit être constitué à l'occasion d'un même séjour du patient, quel que soit le nombre et la nature des secteurs de prise en charge.

Ce dossier prend en compte les informations déjà détenues dans le système d'information hospitalier après qu'elles aient été vérifiées avec le patient.

Lorsque le patient a déjà été pris en charge en hospitalisation ou en consultation dans le même secteur d'activité, le dossier médical existant est complété des informations relatives à la prise en charge en cours.

Lorsque les conditions et les modalités d'admission le justifient, un nouveau dossier de soins peut être ouvert ; il prend en compte les informations relatives aux épisodes de soins antérieurs.

Si les informations contenues dans le dossier minimum commun informatisé ne sont pas considérées suffisantes par le médecin en charge du patient, il peut solliciter la transmission du dossier papier constitué à l'occasion d'un séjour antérieur dans un autre secteur d'activité.

Cette demande est formulée sous la responsabilité du médecin en charge du patient auprès du secteur d'activité identifié à partir des renseignements fournis par le patient et des données du système d'information hospitalier, ou le cas échéant auprès du service des archives centrales.

La transmission s'opère pendant les heures ouvrables à partir des secrétariats médicaux ou du service des archives centrales.

Le dossier transmis est alors joint au dossier ouvert pour le nouvel épisode de soins.

A l'issue du séjour, il peut être retourné dans le secteur d'activité d'origine. Son contenu peut être également fusionné avec celui du dossier en cours ; cette fusion est sous la responsabilité du médecin en charge du patient, qui en informe le secteur d'activité initialement détenteur du dossier.

Dans le but d'assurer un suivi des mouvements des dossiers de patients, le service des archives centrales est informé par les secrétariats médicaux des secteurs demandeur et receveur, de cette demande et des suites données.

Contenu et tenue du dossier administratif

Pour chaque patient accueilli en consultation ou admis en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour, une fiche administrative est établie et intégrée au dossier de soins.

Cette fiche, établie à partir des informations saisies par les agents des bureaux des entrées dans le système d'information hospitalier, doit comporter les informations suivantes, recueillies au moment de l'admission du patient ou complétées au cours du séjour :

État civil du patient
nom usuel
nom marital
prénom
date et lieu de naissance
situation de famille
profession
adresse et téléphone du patient
Personne à prévenir : lien avec le patient et coordonnées de la personne à prévenir
Informations complémentaires :
nom de la caisse d'assurance maladie assurant le patient
n° de sécurité sociale du patient
type de prise en charge
nom de la mutuelle
Informations diverses :
nom du médecin traitant
nom de l'ambulance ayant assuré le transport vers l'établissement

Les règles de création ou de recherche d'identité dans le système d'information hospitalier sont définies dans les procédures mises en œuvre par les agents responsables des formalités d'admission administrative.

Afin de garantir l'exactitude des informations administratives concernant le patient, ces informations sont régulièrement mises à jour :

lors de toute nouvelle admission du patient, qu'il s'agisse d'une admission programmée ou non ;
Pour ce faire, le patient, son entourage ou les ambulanciers qui l'ont acheminé, accomplissent les formalités administratives nécessaires auprès des agents qui en sont chargés (bureaux des entrées du site Saint Louis ou de l'hôpital Marius Lacroix, admissionnistes du service des urgences, de la maternité, de la pédiatrie, du centre d'oncologie, du centre de soins pour personnes âgées).
Dans le cas d'une hospitalisation programmée, les formalités administratives peuvent être réalisées au préalable à l'admission ; la convocation intégralement renseignée doit alors être parvenue aux services d'admission dans les jours précédents l'hospitalisation ou déposée le jour même aux bureaux des entrées ; ces démarches doivent être connues du patient et lui être rappelées à l'occasion des consultations préparatoires à l'hospitalisation.

dès lors que ces informations sont modifiées au cours du séjour ;
La mise à jour est effectuée par les agents des bureaux des entrées ou les admissionnistes présents dans certains secteurs d'activités, à la demande des personnels de soins ou de l'entourage du patient, au vu des pièces établissant ces modifications.

Si le contrôle de l'information recueillie doit se faire aux différents stades de la prise en charge du patient, seul les agents des bureaux des entrées sont habilités à modifier les informations administratives du patient dans le système d'information hospitalier (erreur ou changement). Il est à noter que toute demande de modification importante du patient sur son identité (autre prénom, modification du nom, ...) doit faire l'objet d'une vérification sur pièce officielle avant tout changement (le patient devant apporter la preuve de son identité).

Contenu et tenue du dossier médical

Un dossier médical est constitué pour chaque patient pris en charge, en hospitalisation ou en consultation, dans un établissement de santé public ou privé.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son 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."

Les écrits doivent être lisibles et ne prêter à aucune interprétation. Les écrits sont datés et comportent l'heure, comme c'est la règle pour les prescriptions médicales.

Les comptes rendus d'examens d'imagerie médicale doivent être horodatés pour permettre de les situer précisément dans la chronologie des soins.

Les écrits doivent être indélébiles.

Chaque feuille constituant le dossier doit non seulement être identifiée au nom du patient mais aussi à l'épisode de soins concerné, pour permettre notamment une consultation aisée des informations pertinentes à distance de cet épisode.

Le dossier est divisé en trois parties

Les informations communicables au patient.

Les informations obtenues auprès de tiers, non communicables au patient.

Les notes personnelles, non communicables et détruites à la fin du séjour

Le dossier médical du patient contient 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 :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) Les antécédents et 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 paracliniques ;
- h) Les informations sur la démarche médicale adoptée dans le respect de la volonté de la personne, après lui avoir donné une information claire et loyale et s'être assuré de son consentement,
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) le consentement écrit du patient lorsque la réglementation le prévoit ;
- l) la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel ;
- m) les éléments relatifs à la prescription médicale et à son exécution et aux examens complémentaires (par convention au Centre Hospitalier de La Rochelle, les prescriptions médicales, écrites, datées et signées, sont conservées dans le dossier de soins) ;
- n) les correspondances échangées entre les médecins hospitaliers et d'autres professionnels de santé (notamment les correspondants extérieurs).

Les certificats médicaux et les autres documents établis dans le cadre de procédures judiciaires extérieures au fonctionnement hospitalier ne font pas partie du dossier du patient tel que défini par le code de la santé publique. Ces documents, archivés dans les dossiers constitués auprès des tribunaux concernés, ne constituent pas des documents administratifs et ne sont donc pas communicables comme tels (à l'inverse du dossier du patient conservé par un établissement de santé).

Il n'appartient pas au médecin hospitalier ayant établi un tel certificat, ni *a fortiori* à l'établissement de santé, de satisfaire directement à la demande d'accès. Le demandeur doit être orienté vers le greffe du tribunal concerné.



L'observation médicale d'entrée

L'observation médicale d'entrée est structurée de la façon suivante :

Date et heure d'admission ;
Mode d'entrée et motif d'hospitalisation ;
Nom de l'observateur, sa fonction, sa signature ;
Date et heure de l'observation ;
Antécédents du patient et thérapeutique en cours ;
Anamnèse ;
Compte rendu de l'examen des différents organes ;
Conclusion posant le problème médical, les hypothèses diagnostiques et thérapeutiques soulevées, la stratégie de prise en charge et les examens complémentaires envisagés.

L'évaluation initiale comporte le projet thérapeutique qui définit les soins cliniques (diagnostiques et thérapeutiques), psychologiques et sociaux que l'état du patient nécessite.

L'évaluation initiale comprend la description de l'état fonctionnel et des éventuelles dépendances du patient dans les gestes de la vie quotidienne, et, éventuellement, l'estimation du risque suicidaire.

L'évaluation initiale comprend l'identification des situations nécessitant une prise en charge adaptée :

Etat nutritionnel et besoins spécifiques,
Conduites addictives,
Prévention de la maladie thromboembolique dans les situations à risques
Prévention des chutes,
Risque suicidaire,
Prévention des escarres,

L'évaluation initiale comprend l'évaluation de la douleur.

L'observation médicale d'entrée prise par un étudiant doit être validée par un senior et signée par lui.

Le compte rendu opératoire

Le compte rendu opératoire doit contenir les informations suivantes :

Données administratives :
Identification du patient ;
Date de l'acte ;
Nom de l'opérateur ;
Nom de l'anesthésiste.
Données médicales :
Descriptif de l'état pathologique et des lésions rencontrées ;
Choix thérapeutique ;
Mode d'anesthésie ;
Exécutions et techniques réalisées ;
Complications ou difficultés opératoires ou péri opératoires ;
Matériel prothétique utilisé avec ses caractéristiques précises ;
Drainage ;
Type de fermeture et nature des ligatures ;
Prélèvements anatomopathologiques ou bactériologiques ;
Plâtre ou contention particulière ;
Heures de mise en place et de levée du garrot ;
Transfusions effectuées (nombre de flacons, numéro du lot, etc.).
Données complémentaires ;
Diagnostic préopératoire ;
K opératoire et anesthésique ; (codes CCAM actuellement) ;

Heures de début et de fin d'intervention ou durée de l'intervention ;
Nom de l'aide opératoire et/ou de l'instrumentiste.

Information du patient et consentement aux soins

Le consentement du patient est formalisé par écrit pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire (assistance médicale à la procréation, examens génétique, recherche biomédicale) ;

Les modalités selon lesquelles l'information a été délivrée au patient (et à son entourage ou ses représentants légaux) et son consentement recueilli (ou celui de ses représentants légaux) sont tracées dans le dossier du patient.

Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfique risqué, de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

En cas de refus de soins de la part du patient, le médecin devra faire signer par le malade une attestation de refus de soins, qui sera versée au dossier du patient. Le médecin devra réunir dans le dossier du patient, les éléments de preuves attestant qu'il a donné une information appropriée, en particulier sur les conséquences du refus, et qu'il s'est efforcé de convaincre dans l'intérêt du patient. Ces éléments devront rendre compte de la démarche : consultation datée, lettre au malade et à un autre médecin sollicité le cas échéant, intervalle de réflexion, information de la famille (hors le cas d'une opposition du patient), consultation éventuelle d'un autre médecin, refus écrit daté et signé.

En cas de sortie contre avis médical, les démarches effectuées sont tracées dans le dossier du patient ; un exemplaire de la décharge signée du malade est conservé dans le dossier du patient.

La prise en charge de la fin de vie fait l'objet d'une traçabilité particulière dans le dossier du patient, selon des modalités qui feront l'objet de procédures spécifiques.

Les interventions des psychologues

Le dossier médical du patient comporte les informations relatives aux interventions des psychologues dès lors que ces informations sont utiles à la coordination et à la continuité des soins.

Les soins dispensés par les sages femmes

Le dossier médical du patient comporte des informations relatives aux soins dispensés par les sages femmes, en complément des informations figurant dans le dossier de soins.

En particulier, les fiches de suivi pré et post natal font partie du dossier médical, de même que l'examen de sortie.

Compte rendu d'hospitalisation et lettre de sortie

Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie constituent des informations essentielles à la continuité et à la coordination des soins, formalisées à la fin du séjour ;

La lettre de sortie est un modèle préétabli et est donnée au patient à la sortie ; un double est conservé dans le dossier du patient

Le compte rendu d'hospitalisation est structuré de la façon suivante :

- identification du patient ;

- identification des dates du contact (date de la consultation, dates d'entrée et sortie d'hospitalisation) ;
- lieu du contact ;
- mode d'entrée ;
- motif du contact ;
- antécédents du patient ;
- mode de vie ;
- histoire de la maladie ;
- examen clinique ;
- résultats biologiques significatifs ;
- résultats des examens complémentaires ;
- traitements réalisés, y compris les transfusions ;
- évolution dans le service et discussion ;
- mode de sortie (destination du patient), y compris la date et l'heure de sortie, le moyen de transport et l'accompagnement éventuel, ainsi que la liste des éléments remis au patient ;
- traitement de sortie ;
- suites à donner (surveillance à instituer, reconvoction, etc.) ;
- conclusion sous forme de synthèse. En cas d'hospitalisation, cette synthèse doit être cohérente avec les informations portées en court séjour, sur le résumé d'unité médicale (RUM), en soins de suite et de réadaptation sur le résumé hebdomadaire de sortie (RHS) et en psychiatrie sur le résumé d'information médicale en psychiatrie (RIMP).

Seules les rubriques pertinentes au regard de la nature du contact et de la prise en charge seront remplies.

En cas d'hospitalisations itératives, pour une pathologie chronique nécessitant un traitement répétitif, une synthèse périodique complète est réalisée à un rythme adapté à celui de la prise en charge, de l'évolution de la pathologie et aux conséquences potentielles.

Les notes personnelles

Il s'agit de notes prises par le professionnel pour son seul usage, non transmises à des tiers, professionnels ou non, détruites lorsque le professionnel cesse d'intervenir dans la prise en charge et si elles n'ont pas contribué à cette prise en charge. Ces notes ne sont pas accessibles au patient ni à des tiers.

Une attention particulière doit être accordée à ces notes personnelles qui dès lors qu'elles sont conservées dans le dossier du patient, deviennent un élément constitutif de celui-ci et sont ainsi soumises aux mêmes règles de conservation et de communication (notamment au patient et aux ayants droits ou dans le cadre d'une procédure administrative ou judiciaire).

Contenu et tenue du dossier de soins

Le dossier de soins, commun dans sa conception générale à toutes les unités de soins du Centre Hospitalier de La Rochelle, répond aux spécificités de chacune d'entre elles.

Le dossier de soins comporte :

le dossier infirmier,
d'autres informations paramédicales,
les informations relatives à la prise en charge sociale.

Le contenu et la gestion du dossier de soins s'appuie sur les normes de qualité définies par la Haute Autorité de Santé. L'utilisation des transmissions ciblées répond à un référentiel préétabli au sein de l'établissement

Si l'infirmière est réglementairement responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est directement concerné et impliqué dans son utilisation au quotidien.

Le dossier de soins est unique et suit le malade dans les différentes unités de soins du Centre Hospitalier de la Rochelle. Il est ouvert dans le service qui accueille le patient : soit aux urgences, soit dans l'unité de soins pour l'hospitalisation programmée ou directe.

Ce dossier utilise, entre autre, comme méthode de recueil de l'information et d'analyse « les transmissions ciblées ».

Celles-ci ont comme objectifs principaux :

d'assurer la continuité et la qualité des soins pour une meilleure prise en charge de la personne soignée,

d'améliorer la communication des informations importantes pour les membres de l'équipe pluridisciplinaire,

d'adopter une démarche commune dans la formalisation du processus de soins,

d'intégrer le raisonnement diagnostique.

Les règles d'utilisation de chacune des fiches composant le dossier de soins sont définies dans un guide d'utilisation référencé dans le dispositif de gestion documentaire de l'établissement et disponible dans chaque unité de soins..

Etat du dossier du patient à la fin du séjour

Les informations formalisées établies à la fin du séjour comportent notamment

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les ordonnances de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;
- e) La fiche de liaison post-natale.

Ces informations composent le dossier de sortie qui fait l'objet d'une transmission aux professionnels de santé désignés par le patient et dont une copie intégrale est conservée dans le dossier hospitalier.

A la demande du médecin hospitalier, le dossier de sortie peut comprendre d'autres documents utiles à la continuité des soins. Dans ce cas, une copie des éléments transmis est également conservée dans le dossier hospitalier.

La transmission de ces informations s'effectue dans le respect des règles relatives au secret professionnel (cf. chapitre 5).

Chapitre 3 - Circulation du dossier du patient au sein de l'établissement

Lors d'une prise en charge en hospitalisation ou en consultation, les informations de santé sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe de soins intervenant auprès du patient.
Le cadre général

Au cours du séjour, le dossier du patient circule d'un secteur à l'autre au fil du parcours hospitalier du patient.



Le dossier du patient circule en particulier entre les secteurs d'activité clinique et médico-technique et entre les secteurs de court séjour, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée et de psychiatrie de l'établissement. L'intégralité du dossier du patient (volets administratif, médical et de soins) est transférée dans le secteur d'accueil sous la responsabilité du secteur d'origine.

Chaque fois que le patient quitte un secteur d'hospitalisation pour être admis dans un autre, il est établi une fiche de liaison infirmière selon les modalités et le modèle définis dans le guide d'utilisation du dossier de soins infirmiers. Cette fiche de liaison est conservée dans le dossier du patient et circule d'un secteur à l'autre.

Après la sortie du patient, le dossier est conservé dans le dernier secteur d'hospitalisation, jusqu'à son versement aux archives centrales.

La circulation du dossier du patient entre les secteurs d'activité de l'établissement peut le rendre vulnérable au regard des exigences de sécurité.



Lors de la circulation du dossier du patient, toutes les précautions sont prises par le secteur d'origine, le secteur d'accueil et les professionnels en charge du transport du patient et/ou du dossier, pour assurer le respect de la confidentialité et de l'intégrité des informations contenues dans le dossier du patient.

En particulier, aucune donnée individuelle relative au patient ne doit être visible au cours du transport. A cette fin, les secteurs d'activité utilisent les pochettes de transport mises à leur disposition.

Les cas particuliers

Le médecin responsable de l'information médicale accède aux informations médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité de l'établissement sans qu'il soit nécessaire de recueillir au préalable l'accord du patient.

Le médecin médiateur hospitalier peut accéder au dossier du patient sous réserve d'un accord préalable et écrit de ce dernier. La procédure est coordonnée par le secrétariat de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Chapitre 4 - Conservation du dossier du patient

Règles de conservation du dossier du patient

Les règles définies sont applicables à l'ensemble des supports constituant le dossier du patient ; elles s'appliquent donc au dossier papier et au dossier électronique dans toutes ses composantes (GIBUS, serveur d'imagerie et serveur des laboratoires).

Dans chaque service ou structure interne des pôles d'activité clinique et médico-technique, la conservation des dossiers des patients est organisée et assurée sous la responsabilité du médecin chef de service ou responsable de la structure interne, de façon à garantir la confidentialité, l'accessibilité et l'intégrité des informations à caractère nominatif.

Seuls les documents réglementaires (tel que définis au chapitre 2) ou nécessaires à la continuité des soins, constituent le dossier du patient, et sont soumises aux règles de conservation définies ci-dessous.

Une attention particulière doit être accordée aux notes personnelles qui dès lors qu'elles sont conservées dans le dossier du patient, deviennent un élément constitutif de celui-ci et sont ainsi soumises aux mêmes règles de conservation et de communication (notamment aux patients et aux ayants droits ou dans le cadre d'une procédure juridique).

Un tri sélectif des pièces présentes dans le dossier du patient détenu par le secteur d'activité doit donc être effectué à l'issue de l'épisode de soins (lors du classement du dossier dans le secteur d'activité ou avant sa transmission à un autre secteur d'activité au moment du transfert du patient). Ce tri est opéré sous la responsabilité du praticien en charge du patient.

Le tri opéré permet de supprimer du dossier du patient les éléments qu'il n'est pas obligatoire ni utile de conserver, et de différencier au sein du dossier lui même les informations relatives à la prise en charge, de celles formalisées à la fin du séjour (telles que décrites au chapitre 2), et de celles recueillies auprès des tiers et de ce fait non communicables au patient, à ses représentants légaux ou à ses ayants droits.

Les documents comportant des informations nominatives et qui ne sont pas conservées dans le dossier du patient, sont éliminés dans des conditions garantissant la confidentialité de ces informations. A cet effet, les secrétariats médicaux doivent prendre contact avec le service déchets du site concerné en vue de procéder à l'élimination de ces documents dans la filière spécifique mise en place au Centre Hospitalier de La Rochelle.

S'ils ne peuvent être physiquement distingués du reste du dossier du patient, les éléments non communicables sont signalés comme tels par une mention spécifique apposée sur les documents concernés.

La conservation des dossiers de patients dans les secteurs d'activité doit être limitée aux dossiers des patients constituant la file active. En particulier, les dossiers des patients décédés sont transférés dans les meilleurs délais au service des archives centrales.

Au préalable à tout versement du dossier au service des archives centrales, le contenu du dossier du patient est vérifié sous la responsabilité du médecin chef de service ou responsable de la structure interne.

Lors de l'archivage, tous les éléments constituant le dossier du patient sont regroupés et classés à la date de fin du dernier séjour ou de la dernière consultation dans l'établissement.

Durée de conservation du dossier du patient

La durée de conservation du dossier du patient est par principe fixée à vingt ans à compter de la date de fin du dernier séjour ou de celle de la dernière consultation au sein de l'établissement.

Par exception :

le dossier d'un patient mineur doit être conservé jusqu'à la date de son vingt huitième anniversaire.

Le dossier d'un patient décédé doit être conservé pour une durée maximale de dix ans après son décès.

Les délais de conservation sont suspendus en cas de recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité de l'établissement ou d'un professionnel de santé ; à l'issue du recours, la durée de conservation déjà écoulée est prise en compte pour calculer celle restant à courir.

Elimination du dossier du patient

A l'expiration du délai de conservation tel que défini ci-dessus, il est procédé à l'élimination du dossier du patient.

La décision d'élimination est prise par le directeur sur proposition du service des archives centrales et après avis du médecin responsable de l'information médicale.

Les modalités d'élimination du dossier du patient garantissent le respect de la confidentialité des informations nominatives. Une filière spécifique d'élimination est mise en place.

Les pièces contenant des informations nominatives de santé et qui ne sont pas conservées dans le dossier du patient à la fin du séjour et à l'issue du tri opéré sous la responsabilité du médecin en charge du patient, sont éliminées en préservant le caractère confidentiel des informations qu'elles contiennent.

Ces pièces sont détruites en utilisant les équipements disponibles dans certains secteurs de l'établissement ou en faisant appel aux services déchets.

Chapitre 5 - Communication du dossier du patient

Sauf en cas de décès du patient ou de réquisitions judiciaires, l'accès d'un tiers à son dossier est subordonné à l'accord préalable, écrit, daté et signé du patient (ou de son représentant légal).

Le patient peut ainsi refuser que les détenteurs de l'autorité parentale (lorsqu'il est mineur) ou ses ayant droits accèdent à toute ou partie du contenu de son dossier. Le cas échéant, ce refus est tracé dans le dossier du patient.

Accès du patient à son dossier

Les dispositions du présent paragraphe concernent l'accès au dossier du patient par le patient lui-même, les représentants légaux ou les ayant droits.

Elles s'appliquent au contenu du dossier tel qu'il a été conservé par l'établissement et quel que soit le support de conservation des informations nominatives de santé (dossier papier ou électronique).

En particulier, les notes manuscrites des professionnels hospitaliers qui sont intervenus dans la prise en charge du patient, et qui sont conservées dans le dossier du patient, sont communicables au patient.



Les informations concernant des tiers ou recueillies auprès des tiers et conservées dans le dossier du patient ne sont pas communicables.

S'ils ne peuvent être physiquement distingués du reste du dossier du patient, les éléments non communicables sont signalés comme tels par une mention spécifique apposée sur les documents concernés.

Les modalités d'accès au dossier du patient font l'objet d'une procédure spécifique.

Le cadre général

Le patient accède directement à son dossier après en avoir fait la demande écrite auprès de la direction de l'établissement.

L'accès du patient (ou de ses représentants légaux) à son dossier peut avoir lieu par l'intermédiaire ou en présence d'un médecin lorsque le patient en fait la demande, ou dans les cas prévus par la réglementation (hospitalisation sous contrainte, mineur).

La demande d'accès est dans la plupart des cas formulée à la suite du séjour hospitalier.

La demande peut être également formulée au cours du séjour ; dans ce cas et lorsque la demande est exprimée auprès de l'équipe soignante, un entretien avec le médecin hospitalier en charge du patient ou à défaut le médecin chef de service ou responsable de la structure interne doit être systématiquement proposé au patient. Si le patient refuse cet entretien ou s'il maintient sa demande à l'issue de cet entretien, il doit confirmer sa demande par courrier adressé à la direction. Il est alors fait application des modalités définies ci-dessous.



En aucun cas, le patient (ou son représentant légal) ne peut consulter directement et pendant son séjour, le dossier ouvert dans le service où il est pris en charge, dans la mesure où ce dossier comporte des éléments non communicables au patient (notes personnelles qui seront détruites à l'issue du séjour, informations communiquées par des tiers ou concernant des tiers).

Le patient peut consulter son dossier sur place ou demander à disposer de copies de tout ou partie du contenu de son dossier.



Dans le cas d'une consultation sur place de son dossier, un accompagnement médical est systématiquement proposé au patient. Cet accompagnement médical, dès lors qu'il est souhaité par le patient, est assuré par l'un des médecins du secteur d'activité concerné.

La demande d'accès et l'accès au dossier du patient font l'objet d'une traçabilité, en ce qui concerne l'identité du demandeur, le motif de la demande, l'absence d'opposition du patient lorsque la demande émane des détenteurs de l'autorité parentale ou des ayants droits, et la nature des pièces remises ou consultées.

Cette traçabilité, de même que la vérification préalable de l'identité du demandeur et de ses droits d'accès, et le suivi des délais d'accès, sont organisés sous la responsabilité des directions de site.

La communication de tout ou partie du dossier du patient est sous la responsabilité du médecin chef de service ou responsable de la structure interne.

Le majeur protégé

Le patient majeur placé sous tutelle ne peut accéder directement à son dossier. La demande d'accès émane du tuteur lui-même, qui est autorisé à accéder au dossier du patient, dans les mêmes conditions que le patient lui-même lorsqu'il ne bénéficie pas d'une mesure de tutelle.

Le patient majeur placé sous une mesure de protection autre que la tutelle accède directement à son dossier comme tout autre patient majeur. Le curateur n'a pas accès au dossier du patient.

Le patient hospitalisé en psychiatrie

Les malades hospitalisés en psychiatrie, y compris les malades hospitalisés sans leur consentement, ont un accès direct à leur dossier dans le respect des règles générales définies dans le présent guide.

A titre exceptionnel et en cas de risque d'une gravité particulière, le médecin en charge d'un patient hospitalisé d'office ou à la demande d'un tiers peut subordonner cet accès à la présence d'un médecin désigné par le patient. Le patient doit en être informé au préalable. Si le patient refuse de désigner un médecin, la direction saisit la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. La commission est destinataire des informations relatives à l'état de santé du patient et motivant la présence d'un médecin. La décision de la commission s'impose au médecin, à la direction et au patient. La communication du dossier doit s'effectuer dans les deux mois suivants la décision de la commission.

Les mineurs

Le droit d'accès au dossier d'un mineur est exercé par les titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur peut toutefois demander que l'accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Les informations contenues dans le dossier sont alors transmises au médecin désigné par les détenteurs de l'autorité parentale, ou consultées sur place en présence de ce médecin.

Le mineur qui souhaite garder le secret et a obtenu que le médecin accepte de pratiquer des soins nécessaires pour sauvegarder sa santé sans obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale, peut s'opposer à la communication à ces derniers des informations relatives à cette prise en charge. Cette demande est alors consignée dans le dossier du patient, et les informations concernées ne peuvent faire l'objet d'une communication aux détenteurs de l'autorité parentale.

Les ayants droits

Les ayants droits disposent, hors du cas d'un refus exprimé de son vivant par le patient, d'un accès aux pièces du dossier du patient leur permettant de faire valoir leurs droits, connaître les causes de la mort ou défendre la mémoire du défunt ; l'accès au dossier du patient n'est donc pas total mais au contraire limité à la réalisation de ces objectifs.

L'objectif poursuivi doit être précisé par les ayants droits au moment du dépôt de la demande d'accès au dossier du patient ;

Le patient peut de son vivant refuser à ses ayants droits l'accès à tout ou partie de son dossier ; ce refus est tracé dans son dossier.

Le médecin en charge du patient, ou à défaut le médecin chef de service ou responsable de la structure interne détermine les pièces communicables aux ayants droits au regard des objectifs poursuivis.

La qualité d'ayant droits est appréciée au sens du code civil et vérifiée sous la responsabilité de la direction du site, au vu des pièces jointes à la demande d'accès. Il s'agit dans tous les cas des successeurs légaux du défunt.

Le mandataire

Le patient peut également désigner un mandataire sous réserve que cette désignation soit formalisée par écrit. Le mandat peut préciser les conditions dans lesquelles le mandataire accédera au dossier du patient et la nature des pièces auxquelles il aura accès.

La famille, les proches et la personne de confiance

La famille et les proches ne disposent d'aucun droit d'accès au dossier du patient, à l'exception des cas où le demandeur est également représentant légal ou mandataire du patient.

La personne de confiance n'a pas accès au dossier du patient mais seulement aux informations délivrées par le médecin lorsque l'état du patient ne lui permet pas de recevoir directement ces informations et de consentir aux soins. Elle peut également accompagner le patient dans ses démarches et notamment lorsqu'il consulte son dossier, dès lors que le patient lui en a fait la demande.

Accès des tiers au dossier du patient

Hors des cas prévus par la réglementation, l'accord du patient est requis pour la transmission des informations de santé le concernant :

au médecin traitant

aux autres professionnels extérieurs à l'établissement, qui assureront la prise en charge à domicile
aux médecins exerçant dans un établissement où le patient sera transféré à l'issue du séjour hospitalier

à la personne de confiance lorsqu'elle a été désignée

A cet effet, une fiche spécifique, actualisée lors de chaque épisode de soins, est établie sous la responsabilité du médecin en charge du patient, et recueille les choix du patient quant aux destinataires de ces informations et à la désignation éventuelle d'une personne de confiance.

Cette fiche est signée du patient et conservée dans le dossier du patient.

Les médecins habilités par la loi

En application des dispositions du code de la santé publique :

les médecins inspecteurs de santé publique, médecins conseils de l'assurance-maladie, et médecins experts de la Haute Autorité de Santé ont accès aux informations contenues dans le dossier du patient lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect de la déontologie médicale ;

les médecins siégeant à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques peuvent accéder au dossier du patient ;

les médecins experts mandatés par une juridiction civile ou administrative bénéficient de l'accès au dossier du patient sans nécessité d'une autorisation préalable du patient ou de son représentant légal ;

les médecins experts désignés par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation peuvent obtenir communication d'informations nominatives à caractère médical, dans le cadre de leurs missions d'expertise.

N'ont pas accès au dossier du patient et plus généralement aux informations nominatives à caractère médical (sauf accord écrit et préalable du patient ou de son représentant légal) :
les médecins conseils d'un organisme d'assurance privée
les médecins du travail

Les professionnels de santé désignés par le patient

Dès lors que le patient a donné son accord, des informations concernant sa prise en charge peuvent être communiquées à des professionnels de santé extérieurs, notamment au médecin traitant, au cours du séjour hospitalier.

A la fin de chaque séjour, le médecin hospitalier en charge du patient doit transmettre au(x) professionnel(s) de santé désigné(s) par le patient lui-même ou son représentant légal, les informations utiles à la continuité des soins. Cette transmission doit s'effectuer dans un délai adapté aux besoins et aux nécessités de la prise en charge. La transmission d'informations nominatives de santé à des professionnels de santé extérieurs à l'établissement, est ainsi subordonnée à l'accord préalable du patient (ou de son représentant légal).

Ces informations composent le dossier de sortie qui fait l'objet d'une transmission aux professionnels de santé désignés par le patient et dont une copie intégrale est conservée dans le dossier hospitalier.

La transmission de ces informations s'effectue dans le respect des règles relatives au secret professionnel :

La transmission de ces informations aux professionnels de santé concernés se fait sous pli fermé portant la mention « *confidentiel* », et en aucun cas par fax ou téléphone (sauf urgence).

La fonction et / ou le service émetteur et destinataires doivent être identifiés sur l'enveloppe.

En cas de communication de ces informations par voie électronique, l'utilisation d'une messagerie sécurisée et le cryptage des données confidentielles sont exigés.

Dans le cas où l'ensemble des informations utiles à la continuité des soins, définies au chapitre 2, ne pourrait être transmis au plus tard le jour de la sortie du patient, les informations contenues dans la fiche de liaison infirmière synthétisant le séjour et les objectifs de sortie du patient, constituent le minimum obligatoire à transmettre au moment de la sortie du patient. Les modalités d'utilisation et le modèle de fiche de liaison sont définis dans guide d'utilisation du dossier de soins.

La transmission de ces informations est tracée dans le dossier du patient. En particulier, une copie de l'ensemble des documents transmis est conservée dans le dossier du patient

L'organisation de la transmission des informations utiles à la continuité des soins est sous la responsabilité du médecin hospitalier en charge du patient.



En aucun cas, le dossier original ne doit être transmis à des tiers extérieurs à l'établissement, quelle que soit la nature des relations entretenues entre les professionnels de santé.

Les juridictions

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'autorisation du patient n'est pas nécessaire lorsque la saisie intervient sur réquisition judiciaire. Cette saisie, à laquelle ni le directeur ni le médecin hospitalier ne peuvent s'opposer, intervient en présence d'un officier de police judiciaire, d'un représentant du conseil département de l'ordre des médecins et d'un représentant de la direction de l'établissement.

Une copie du dossier du patient faisant l'objet d'une telle saisie est systématiquement effectuée, et conservée en lieu et place de l'original remis à l'officier de police judiciaire.

L'ensemble de la procédure de saisie est placée sous la responsabilité de la direction de site.

Chapitre 6 - Evaluation de la tenue du dossier du patient et de l'application des règles de gestion

Une évaluation périodique du dossier du patient est organisée à fréquence au moins trimestrielle sous la responsabilité du département d'information médicale dans le cadre du contrôle qualité de l'information médicale issue du P.M.S.I.

Des évaluations régulières de la tenue du dossier de soins sont diligentées par la direction de la coordination générale des soins.

Une évaluation rétrospective de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient est réalisée tous les deux ans selon des modalités définies conjointement par le département d'information médicale, la direction de la coordination générale des soins, la direction du système d'information et la direction de la qualité et de la gestion des risques.

Des évaluations de la connaissance par les professionnels hospitaliers des règles de gestion du dossier du patient pourront être menées ponctuellement ou à l'occasion des évaluations décrites ci-dessus.

De même, la satisfaction des correspondants externes à l'égard de la nature des informations transmises sera régulièrement évaluée, notamment en ce qui concerne la nature des informations transmises (fiche de liaison infirmière, lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation) et les délais dans lesquels ces informations leurs parviennent.

Les résultats de ces évaluations sont régulièrement communiqués aux responsables des pôles d'activité clinique et médico-technique.

La synthèse annuelle de ces résultats est transmise aux responsables des pôles et à la direction, et prise en compte dans le suivi de l'exécution des contrats de pôles.

Les résultats des évaluations réalisées sont pris en compte dans le suivi du plan d'actions institutionnel relatif au dossier du patient.