



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2002 - 2004

**La communication directe du dossier
médical : implications pratiques pour
les professionnels hospitaliers**

**L'exemple du Centre Hospitalier de
Montauban**

Delphine DUSSOL

Remerciements

Située à la croisée des préoccupations médicales et administratives, ma réflexion autour des enjeux de la communication du dossier patient a été pour moi l'occasion de découvrir à quel point la coopération entre le directeur d'hôpital et le corps médical est un élément structurant de la vie hospitalière.

Face aux nouveaux défis que la réglementation impose de relever, les responsables hospitaliers se sont mobilisés afin d'apporter une réponse de qualité aux attentes de patients souvent désarmés du fait de la maladie.

C'est la raison pour laquelle je souhaite particulièrement remercier Monsieur le Docteur Morfoisse, Président de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Montauban, dont la fonction au sein de l'établissement et l'engagement personnel, m'ont dévoilés les nombreuses conséquences pratiques que la nouvelle législation entraîne pour les professionnels de santé.

En ce domaine, Madame le Docteur Boscredon, chef du service de psychiatrie du secteur III, m'a particulièrement sensibilisée aux interrogations quotidiennes qui se posent aux psychiatres. Je lui adresse ici tous mes remerciements ainsi qu'à Madame le Docteur Guibert dont le travail sur le dossier unique en psychiatrie, a été un élément d'approfondissement de ma réflexion.

Par ailleurs, je tiens ici à exprimer toute ma gratitude envers l'équipe de la Direction des Affaires Juridiques du CHU de Toulouse dont la disponibilité et la grande expertise dans le domaine des droits de patients m'ont été d'un grand secours dans mon travail d'analyse de la loi du 4 mars 2002. Je pense ici plus particulièrement à Monsieur Duclos dont la parfaite connaissance du monde hospitalier et la pertinence des remarques ont été un élément moteur de ma réflexion.

Enfin, je ne saurais être complète sans adresser tous mes remerciements à l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Montauban et en particulier à Monsieur Daumur et Madame Blanquet dont la disponibilité à mon égard a été sans faille tout au long de mon stage.

Je souhaite pour finir remercier Madame Peyronnenc, documentaliste, pour l'aide qu'elle m'a apportée dans mes recherches bibliographiques, et Madame Lelong, responsable des Archives Centrales pour l'attention qu'elle m'a accordée.

Sommaire

INTRODUCTION	1
<i>Titre I : L'Accès au dossier médical, la lente émergence de la transparence dans la relation médicale</i>	9
Chapitre 1 : Une législation ancienne et contestée	9
Section 1 : Les textes et leurs évolutions	10
1- Le statut du dossier médical : une difficile officialisation	10
2- Une communication indirecte : la protection du patient par le médecin intermédiaire	14
Section 2 : Les législations européenne et québécoise	18
Chapitre 2 : Une loi de confiance	21
Section 1 : Une définition non exhaustive du dossier médical	22
Section 2 : L'accès direct du patient à son dossier : principes et exceptions	25
1- La consécration du droit d'accès direct du patient à son dossier médical	26
2- La communication des informations médicales aux tiers	28
<i>Titre II : Une application au quotidien, des difficultés qui ne doivent pas faire oublier les impacts qualitatifs escomptés</i>	33
Chapitre 1 : Des gestionnaires hospitaliers confrontés à des difficultés quotidiennes d'application	34
Section 1 : La gestion des archives hospitalières	34
1- Une réglementation complexe et incomplète	34
2- L'organisation et le suivi du circuit des dossiers patient	38
3- Une nécessaire politique de sensibilisation des praticiens hospitaliers	40
4- De la déontologie à la pratique	42
5- Un engagement fort des directions des établissements hospitaliers dans la démarche	44
Section 2 : Des incertitudes persistantes	46
1- Peut on désormais parler de propriété des dossiers médicaux ?	46
2- L'imprécision des textes : une source de difficultés supplémentaires	47
3- Les spécificités de l'information médicale en psychiatrie	52
Chapitre 2 : Un service médical amélioré : des impacts positifs attendus sur la qualité des soins hospitaliers	56
Section 1 : Des craintes plus ou moins justifiées	56

Section 2 : Un rééquilibrage de la relation médicale _____	61
1- Une jurisprudence relative à l'information médicale devenue très contraignante _____	61
2- Une incitation à l'enrichissement de l'information médicale orale _____	63
3- Une responsabilisation accrue des patients _____	64
Section 3 : L'amélioration de la qualité des dossiers Patients _____	65
1- La standardisation des dossiers médicaux, une évolution nécessaire _____	65
2- L'évaluation de la qualité des dossiers médicaux _____	67
Titre III : L'exemple d'une politique active de gestion des dossiers médicaux : le Centre Hospitalier de Montauban _____	70
Chapitre 1 : La mise en place du Dossier Patient Unique _____	71
Section 1 : Genèse et gestion des flux de DPU _____	72
1- L'organisation et le circuit du DPU : un système complexe _____	72
2- Une évaluation régulière de la tenue des dossiers _____	75
Section 2 : La communication directe des DPU : une révolution tranquille _____	79
1- Une mise en place rapide de protocoles de communication _____	79
2- Premiers constats sur l'impact de la loi du 4 mars 2002 au Centre Hospitalier de Montauban _____	82
Chapitre 2 : Améliorer l'accès à l'information médicale, une préoccupation permanente pour l'établissement _____	85
Section 1 : Un projet ambitieux, le lancement du dossier unique en psychiatrie _____	85
1- La formalisation du dossier psychiatrique, un outil de reconnaissance du droit des patients souffrant de troubles mentaux _____	85
2- Des difficultés restent en suspens _____	88
Section 2 : Le projet d'un dossier patient informatisé _____	90
Section 3 : D'autres pistes d'améliorations restent à étudier _____	93
1- La nécessité d'une plus forte implication de l'ensemble des acteurs du centre hospitalier _____	94
2- La qualité de la communication des informations médicales : un axe possible de la stratégie d'établissement _____	95
CONCLUSION _____	99
Bibliographie _____	103
Liste des annexes _____	109

Liste des sigles utilisés

- AJDA : Actualités Juridiques – Droit Administratif
- ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé
- AP-HM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
- AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
- Bull.ord. des médecins : bulletin de l'ordre des médecins
- C.A.A. : Cour Administrative d'Appel
- C.A.D.A. : Commission d'Accès aux Documents Administratifs
- Cass. 1^{ère} Civ. : Cour de Cassation, 1^{ère} chambre civile
- C.E. : Conseil d'Etat
- C.E.C.O.S. : Centre de Conservation du Sperme
- C.C.N.E. : Conseil National d'Ethique
- C.I.S.S. : Collectif Interassociatif sur la Santé
- C.H. : Centre Hospitalier
- C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire
- C.M.E. : Commission Médicale d'Etablissement
- C.M.P. : Centre Médico-Psychologique
- C.N.I.L. : Commission Nationale Informatique et Libertés
- C.O.M. : Contrat d'Objectifs et de Moyens
- C.S.P. : Code de la Santé Publique
- CSSIS : Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé
- D. : recueil Dalloz
- D.I.M. : Département d'Information Médicale
- D.P.I. Dossier Patient Informatisé
- D.P.U. : Dossier Patient Unique
- J.C.P. : Juris Classeur Périodique
- I.G.A.S. : Inspection Générale des Affaires Sociales
- F.J.H. : Fiches de Jurisprudence Hospitalière
- H.D.T. : Hospitalisation à la demande d'un tiers
- H.O. : Hospitalisation d'Office
- P.M.S.I. : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- R.F.D.A. : Revue Française de Droit Administratif
- R.T.D.S.S. : Revue Trimestrielle de Droit Sanitaire et Social
- T.A. : Tribunal Administratif

- U.C.S.A. : Unité de Consultation en Soins Ambulatoires
- U.S.A.C. : Unité de Soins pour Adolescents en Crise
- U.F. : Unité Fonctionnelle
- U.G.D.M. : Unité de Gestion des Dossiers Médicaux

INTRODUCTION

Le Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 proclame : « *la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé* ». Le Conseil Constitutionnel a pour sa part consacré, en 1997, le principe du respect de la dignité de la personne. Ces deux principes fondamentaux se concrétisent dans des textes aussi divers que la loi du 27 juin 1990 relative aux personnes hospitalisées pour des troubles mentaux, celles dites Bioéthiques du 24 juillet 1994 ou encore les lois de 1999 sur l'accès aux soins palliatifs ou sur la couverture maladie universelle.

La reconnaissance des droits des malades répond à la légitime aspiration des personnes souffrantes de passer du rang de malade à celui de patient – citoyen. Le point de départ de ce mouvement peut être situé au milieu du XXème siècle avec l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble des classes sociales. Jusqu'à cette époque, les hôpitaux - dont la vocation était essentiellement l'accueil et l'aide aux indigents - avaient du adapter leur mode de fonctionnement à cette population particulièrement difficile. Or la création des Assurances Sociales en 1928 puis celle de la Sécurité Sociale en 1945 va faire rentrer à l'hôpital des patients solvables qui conduiront à la révision des modalités d'accueil existantes. Mais seul un décret pris le 14 janvier 1974, viendra consacrer officiellement les droits des personnes malades hospitalisées.

Cette reconnaissance, bien que timide et tardive, est le résultat d'une lente évolution sociologique de la relation médecin – patient. En effet, la conception française de la relation médicale est de nature paternaliste : le malade est perçu comme à la fois diminué physiquement mais aussi amoindri juridiquement face au pouvoir médical auquel il doit se remettre. Le postulat d'un malade incapable et fragile justifie une certaine rétention d'informations selon un principe de protection, voire de bienfaisance. Ignorant des choses médicales et affaibli par la maladie, le patient doit être mis à l'abri.

Seul détenteur de la connaissance, le médecin est l'acteur de la décision thérapeutique qui s'impose comme telle au corps souffrant. La relation médicale est par essence asymétrique, c'est à cette condition que la prise en charge sera une réussite.

Ce modèle s'oppose à un autre prévalant essentiellement dans les pays anglo-saxons : le modèle autonomiste. Dans ce dernier, les risques de laisser le patient accéder aux informations le concernant ne sont pas négligés, mais médecin et patient sont considérés comme deux acteurs égaux d'une prise en charge résultant de la rencontre de leurs deux points de vue. Il s'agit d'une vision contractuelle de la relation médicale, la décision médicale est un choix fait à deux.

Les progrès de la médecine, la multiplication des thérapies, et leur caractère souvent risqué pour les plus novatrices, imposent qu'après une présentation des risques connus et des résultats attendus, la décision soit prise en fonction de chaque personne : elle n'est pas préexistante au dialogue qui s'est instauré dans le cabinet du praticien, c'est le fruit d'un arbitrage. Le patient est là acteur de sa prise en charge.

Dès 1936 avec l'arrêt Mercier, une évolution en ce sens s'annonçait en France avec l'introduction d'une dimension contractuelle au cœur de la relation médicale. L'évolution de la société dans son ensemble, le développement des moyens de communication et d'information ont peu à peu transformé les rapports que les Français entretenaient avec le monde de la santé : ils aspirent désormais à y être reconnus tout à la fois comme des citoyens et, fait nouveau, comme des consommateurs de soins ce qui n'est pas sans entraîner des difficultés pour concilier ces deux visions.

La tendance au consumérisme médical est, elle aussi, une donnée récente, à relier avec le fort mouvement en faveur de la contractualisation et du partenariat dans tous les domaines de notre société : l'hospitalisé est le client de l'hôpital entreprise qui doit veiller à la qualité des services qu'il délivre, le patient attend une prestation du médecin... On parle désormais de capital santé, de droit de la santé comme on parle du droit de la consommation auquel les magistrats le rattachent parfois. C'est ainsi qu'a pu être renversée, en 1997, la charge de la preuve de l'information délivrée au patient, cette dernière repose donc désormais sur les professionnels inexorablement conduits à favoriser l'information écrite par crainte de la multiplication de leur mise en cause. Or il faut rappeler que, au moins jusqu'à ce jour, les praticiens sont tenus à une obligation de moyens et non de résultat ce qui exclut de fait de leur part, des prestations «zéro défaut».

Par ailleurs, le symbole d'une société démocratique vivante réside dans le débat entre citoyens égaux et autonomes c'est-à-dire capables de se donner des lois à eux-mêmes afin de guider leur propre action. Appliqué en droit de la santé, le concept d'autonomie, que revendiquent désormais les patients, a pour conséquence pour le médecin le devoir de respecter la dignité et la volonté du patient autant que possible. Le malade n'est plus diminué par sa maladie au point de devoir se remettre totalement aux savants, mais participe à la prise des décisions le concernant comme tout citoyen doté de la liberté de choix. Le patient doit donc consentir aux soins et par-là même en prendre une part de responsabilité.

Le rapport Evin présenté au Conseil Economique et Social en 1996 et relatif aux droits des personnes malades résume ainsi l'ambiguïté du contexte actuel : «*le fondement philosophique de l'obligation d'informer est le droit de chacun d'être traité dans le système*

de soins en citoyen et en adulte responsable...Il s'identifie insensiblement aux droits du consommateur vis-à-vis des fournisseurs de soins et de prestations de services de santé ».

Le rééquilibrage du statut des patients s'est traduit par la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne malade en tant que sujet de droit, le premier d'entre eux étant le droit à l'information, corollaire indissociable du principe de consentement aux soins. En effet, l'article 16-3 du code civil dispose qu'il « *ne peut être portée atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il est hors d'état de consentir* ». Seule la transmission par les professionnels d'une information de qualité peut donner tout son sens à ce principe de consentement libre, éclairé et exprès.

Le code de déontologie médicale consacre dans son article 35, le devoir d'information des médecins à l'égard de leurs patients en ces termes : « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ». Cette obligation d'origine principalement déontologique a été durcie par la jurisprudence qui a complété le contenu de cette information afin qu'elle permette un consentement totalement libre et éclairé.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a repris ces jurisprudences¹ en rédigeant ainsi l'article L.1111-2 du code de la santé publique : « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.[...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables [...]. En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen* ».

Cette information, délivrée oralement et de préférence lors d'un entretien spécifique avec éventuellement le support de documents écrits, porte sur les investigations, traitements, actions de prévention proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents et graves normalement prévisibles, les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. Le praticien devra respecter la volonté de la personne suite à cette information. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer le malade limite cette obligation.

¹ Nous verrons plus loin que, dans certain domaine, la loi n'a repris que partiellement la jurisprudence.

Par ces dispositions novatrices, l'obligation d'informer avant de pratiquer tout acte médical a reçu un statut légal dans des conditions très proches de celles que la jurisprudence exigeait déjà.

Mais le nouveau texte est allé beaucoup plus loin, dans la continuité de la déclaration de Lionel Jospin lors des Etats Généraux de la Santé de 1999, d'après laquelle : « *permettre l'accès direct des personnes malades à leur dossier médical – ne serait-ce que dans la perspective d'obtenir réparation- serait une mesure forte et symbolique. Nous devons travailler ensemble aux conditions de sa mise en œuvre* ». C'est ainsi que l'article L.1111-7 du code de la santé publique prévoit désormais la possibilité pour tout patient d'avoir accès, sans intermédiaire, à son dossier médical. Jusqu'alors cette possibilité n'existait qu'au travers du filtre d'un médecin, désigné par lui mais que la suspicion engendrée notamment par l'affaire du sang contaminé, rendait de plus en plus difficile à tolérer pour bon nombre d'usagers de notre système de santé.

Il ne faudrait toutefois pas croire que cette abondance actuelle de textes sur le dossier médical n'est que le reflet d'une préoccupation récente de notre société de l'information car en réalité ce document, quelque en soit la forme, a une histoire déjà très ancienne. En effet, l'enregistrement des observations au chevet du malade est une constante que l'on rencontre tant chez les Egyptiens que chez les praticiens grecs. Le précurseur de la médecine moderne, Hippocrate, a même établi des rapports très précis sur ses patients et a enseigné l'art de la rédaction des comptes-rendus à ses élèves. Cet outil de travail doit permettre au médecin de transcrire le plus fidèlement possible le profil physiologique et pathologique de ses malades.

Ce savoir s'est transmis aux Romains et on a retrouvé trace de documents contenant des informations relatives aux personnes soignées dans les hôpitaux de Bagdad aux IX^{ème}, X^{ème} et XI^{ème} siècles après J.-C.. Il s'agissait pour l'essentiel de conserver le souvenir des cas les plus intéressants qu'avait eu à connaître le personnel exerçant dans ces établissements.

Dés le X^{ème} siècle un dossier destiné à suivre l'évolution de ses patients sera utilisé par Avicenne (980-1037). Mais ce n'étaient là, le plus souvent, que des pratiques isolées compte tenu du petit nombre et de la faible efficacité des moyens thérapeutiques existants alors. Le plus fréquemment la mémoire du praticien suffisait.

Progressivement rassembler les documents de référence concernant un patient va devenir un souci constant annonçant ainsi l'avènement de la médecine moderne. En effet, à la fin du XVIII^{ème} siècle, la fondation des cliniques visant à regrouper « les cas qui paraissent les plus propres à instruire », ressemble beaucoup aux techniques de constitution des dossiers médicaux. Au début du XX^{ème} siècle, avec les progrès des connaissances scientifiques et médicales, et notamment l'apparition des premiers

examens biologiques et radiographiques, le besoin de disposer de documents complets et structurés permettant l'enseignement et la recherche a donné le signal de la constitution systématique des dossiers médicaux par les médecins. Le dossier médical est né de la nécessité de rassembler au même endroit les résultats d'examens et des observations cliniques.

De nos jours, les avancées technologiques, source de morcellement de la médecine en de multiples disciplines extrêmement spécialisées, ont suscité l'apparition d'une multitude de documents très spécifiques que l'impératif de continuité des soins impose de stocker sous la forme d'un seul dossier afin de rendre ces données accessibles.

Ainsi le contenu du dossier médical a changé : hier réduit à quelques notes et impressions personnelles du médecin destinées à soulager sa mémoire, le dossier médical est aujourd'hui un ensemble de données objectives résultant de l'observation, de l'icongraphie, de paramètres biologiques, sorte de photographie d'une personne qui ne prend son intérêt que par l'interprétation faite par les professionnels, afin d'avancer dans la démarche diagnostique ou thérapeutique menée avec le patient.

Pour les praticiens de santé, le dossier constitue d'abord un instrument de travail et d'échange avec d'autres professionnels, consignait la démarche diagnostique, thérapeutique ou préventive et les soins dont le patient a bénéficié. Utilisable par tous les membres d'une équipe hospitalière², il conserve la traçabilité de l'action effectuée. Pour cela, il se doit d'être complet et compréhensible par tous les acteurs qui se succéderont auprès du patient.

Pourtant, donner une définition du dossier médical reste difficile. En effet, aujourd'hui ce qu'on appelle globalement ainsi regroupe plus que des données médicales : informations issues des consultations des assistantes sociales ou des psychologues, dossier de soins infirmiers, dossier des rééducateurs, des orthophonistes, des sages femmes....

En milieu hospitalier, il est convenu d'inclure dans le dossier patient le dossier médical, le dossier de soins et le dossier administratif et social. C'est ce qu'avait confirmé l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) en définissant le dossier du malade en ces termes : « *support de l'ensemble des informations recueillies concernant la prise en charge du patient et dont les composantes (dossier médical,*

² La loi du 4 mars 2002 a confirmé la notion de secret médical partagé au sein d'une équipe médicale, mais ce concept préexistait à la loi.

dossier de soins infirmiers et dossier administratif) intègrent les éléments communs, voire partagés »³.

C'est pourquoi, le Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé (CSSIS) dans son rapport de juin 1999 préconise d'opter pour l'appellation «dossier de santé » plutôt que de parler de dossier médical, notion trop réductrice.⁴

Le dossier administratif en établissement de santé, se trouve le plus souvent séparé du reste du dossier du patient mais, bien que ne contenant que des données purement administratives telles les informations relatives à l'état civil du patient, à son régime de sécurité sociale ou à une éventuelle mutuelle, il s'agit d'une partie du dossier médical au sens large. Le dossier de soins infirmiers, dont la tenue est rendue obligatoire par la loi du 4 mars 2002, est un document individualisé qui regroupe toutes les informations concernant la personne soignée ou sa famille, utiles à l'ensemble des soignants et nécessaires à la mise en œuvre et à la continuité des soins infirmiers. Outre ces renseignements, le dossier de soins infirmiers contient une fiche de recueil des données administratives, civiles et sociales permettant de mieux connaître le patient et son entourage et d'optimiser ainsi la qualité de sa prise en charge.

Mais aujourd'hui, le dossier établi par les professionnels doit sortir du milieu fermé qui l'a engendré : en effet, notre société a placé le dossier médical au carrefour où se rencontrent les droits des malades désormais reconnus, et les obligations diversifiées et accrues des médecins.

Ce document est pour le patient d'une importance capitale puisqu'il conserve les données relatives à son état de santé ce qui facilite l'établissement de diagnostics ultérieurs. Le dossier médical apparaît ainsi comme le support le plus complet d'informations du médecin, du malade et de la collectivité. Mais c'est aussi un acte juridique : il constitue une preuve en cas de litige entre le médecin et son patient. Servant le médecin, il permet de prouver la réalité de son action. Insuffisant ou incomplet, il gêne le patient dans la recherche de la vérité. Car médecin comme patient doivent trouver dans ce document la preuve de leur démonstration. Dans le contexte de forte judiciarisation des relations entre médecins et patients que nous connaissons et par souci légitime de protéger des personnes reconnues aptes à décider mais souvent déstabilisées par la maladie, les professionnels se sont montrés largement hostiles à la libéralisation de l'accès aux données personnelles de santé vers laquelle la tendance contemporaine en matière de

³ ANDEM, Rapport sur l'évaluation de la tenue du dossier malade, juin 1994.

⁴ Par commodité de langage, tout au long de ce texte seront employés indifféremment les termes de dossier patient, dossier de santé, dossier médical sauf précision particulière.

protection des libertés individuelles poussait fermement les pouvoirs publics. D'après bon nombre de praticiens la volonté de prendre connaissance personnellement de son dossier médical est le prélude à une forte augmentation du contentieux médical ou à une appropriation par des firmes privées du dossier médical de leurs salariés ou de leurs assurés.

Pourtant afin de redonner à la population confiance dans son corps médical, confiance fortement ébranlée ces dernières années, la transparence des relations soignant – soigné avait besoin d'être réaffirmée à l'aide d'une mesure symbolique depuis longtemps réclamée : l'accès direct au dossier médical.

De manière très ambitieuse, la loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'est donnée pour but de susciter l'apparition d'une relation renouvelée entre le médecin et le malade et de consacrer une culture nouvelle. Ce texte s'articule autour de quatre grands titres qu'il est intéressant de rapidement balayer pour mieux situer la place qu'occupe la réaffirmation des droits des patients et notamment leur droit à l'information.

Le Premier titre de la loi « Solidarité envers les personnes handicapées », renvoie à l'arrêt Perruche en proclamant que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance ». Désormais, les coûts de prise en charge du handicap non décelé avant la naissance d'un enfant, suite à une erreur médicale, seront pris en charge par la solidarité nationale.

Le Second titre du texte est celui qui nous intéresse puisqu'il traite de la démocratie sanitaire. La loi souhaite rétablir l'équilibre de la relation de soins, en rappelant des droits tels :

- La protection de la santé ;
- Le respect de la dignité ;
- Le droit aux soins les plus appropriés (notamment la prise en charge de la douleur) ;
- La non discrimination ;
- Le droit à l'éducation scolaire pour les enfants hospitalisés ;
- Le droit au secret (la loi confirme toutefois l'exception du secret partagé au sein de l'équipe médicale et soignante. Cette notion avait été consacrée par la jurisprudence qui l'avait fortement encadrée.) ;
- Le droit à l'information ;
- L'accès direct au dossier médical
- Le droit de désigner une personne de confiance.

Le Troisième titre de ce texte est consacré à la qualité du système de soins.

Enfin, et en relation avec la communication des informations médicales, le titre Quatre de la loi est consacré à la réparation des conséquences des risques sanitaires. Trois instances nouvelles sont désormais en charge du règlement de ces litiges : les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des litiges, la commission nationale des accidents médicaux et l'office national d'indemnisation des accidents médicaux.

Si l'accès direct au dossier médical n'est qu'une disposition de la loi parmi d'autres, elle n'en reste pas moins une mesure phare de ce texte (avec les procédures de prise en charge des accidents médicaux non fautifs). Or une fois le barrage déontologique franchi⁵, restent à la charge des professionnels les problèmes d'ordre pratique et logistique. Les principaux acteurs concernés sont les professionnels hospitaliers dont les difficultés constitueront notre principal domaine de réflexion⁶.

A l'hôpital, l'intérêt du dossier médical a été saisi très tôt et dès 1968, un arrêté interministériel a réglementé la conservation des archives médicales et a fait de l'établissement hospitalier, représenté par son directeur, le gardien légal de ces documents. Mais la diversification des dossiers et donc de règles en vigueur, en a rendu l'application complexe. Pourtant, avec la loi du 4 mars 2002, l'obligation d'assurer une bonne conservation de ces archives est devenue un impératif incontournable pour tous les gestionnaires hospitaliers. Désormais il leur incombe de faire en sorte que les patients puissent exercer sans difficulté leurs droits concernant le dossier médical.

Depuis le milieu du XXème siècle, en réaction aux actes de barbarie qu'a commis le régime nazi, la relation médicale a changé, moins paternaliste plus égalitaire. Les droits des malades, devenus patients afin de marquer leur statut de personne, ont été peu à peu reconnus. Pourtant il fallut attendre les années 70 puis, d'une façon plus éclatante, le début du XXIème siècle pour que leur soit accordé le droit d'accéder librement à des informations qui les concernent en premier lieu (TITRE I).

Mais la loi du 4 mars 2002 en renforçant les droits des patients s'avère d'une application complexe pour les professionnels hospitaliers tant administratifs que médicaux.

⁵ Il est intéressant de noter que si les représentants de professions médicales se sont montrés assez réticents à la reconnaissance de ce droit, en s'appuyant notamment sur des principes déontologiques, les professionnels rencontrés sur le terrain, ont paru plus ouverts à cette possibilité.

⁶ Cette loi concerne bien entendu les professionnels libéraux ainsi que ceux travaillant dans les établissements de santé privés mais seule l'application de la loi au domaine hospitalier sera évoquée ici.

L'imprécision des textes, l'absence de définition exhaustive des pièces communicables, les particularités attachées aux dossiers psychiatriques...sont autant de questions qui, au quotidien, sont sources de difficultés. Pourtant si le changement culturel que la loi veut promouvoir était amorcé avec volontarisme, il est indéniable que la qualité des soins s'en trouverait améliorée (TITRE II).

C'est dans ce cadre que s'inscrira notre réflexion en prenant comme terrain d'application le Centre Hospitalier de Montauban dont le Département d'Informations Médicales a pris conscience, depuis longtemps déjà, de l'importance des enjeux en présence, notamment en instaurant en 1998 un dossier patient unique au sein de l'hôpital général. Un dossier patient unique pour la partie psychiatrique de l'établissement est par ailleurs en cours d'évaluation (TITRE III).

TITRE I : L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL, LA LENTE EMERGENCE DE LA TRANSPARENCE DANS LA RELATION MEDICALE

La loi du 4 mars 2002 est la parfaite illustration d'un domaine où le droit s'est adapté aux changements de notre société plutôt qu'il ne les a initié. Aussi n'est-t-il pas réellement surprenant que se soient écoulées quelques décennies entre l'expression d'une forte demande des citoyens à plus d'égalité dans la relation médicale et sa concrétisation dans les textes. En effet, afin de passer des premiers signes d'une reconnaissance du patient comme un citoyen à part entière ayant droit d'être informé de son état de santé (Chapitre 1) et au droit d'accès direct au dossier médical (chapitre 2), il fallut l'apparition d'une puissante vague de contestation des législations existantes, relayée par une volonté politique forte.

Chapitre 1 : Une législation ancienne et contestée

Face aux législations européennes qui, dans les années 90, ont reconnu à leurs citoyens des droits d'accès assez larges concernant leurs dossiers médicaux, la législation française est apparue nettement en décalage avec les évolutions que connaissaient les grands principes du droit de la santé en Europe.

Section 1 : Les textes et leurs évolutions

1- Le statut du dossier médical : une difficile officialisation

Jusqu'à une période récente, le dossier médical a été conçu comme un outil à usage individuel se réduisant parfois à la fameuse « feuille de températures ». Peu à peu enrichi, ce document est devenu un document essentiel pour le suivi des patients. En règle générale, il contient des informations administratives et sociales, des informations médicales antérieures à la consultation et celles en résultant.

Mais l'obligation de tenir un dossier et la définition précise du contenu de cet outil ne sont apparues que tardivement.

En effet, il faut attendre un décret du 17 avril 1943⁷ pour que soit mentionnée l'obligation de constituer un dossier médical pour chaque patient admis en établissement de santé, sous la responsabilité du médecin chef de service.

Plus tard, la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière affirmera le caractère obligatoire du dossier médical du patient qui, de plus, devra être communiqué « *au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades* ».

Cette disposition fut suivie quelques années après d'une série de textes venant conforter le statut du dossier médical en établissement. Ainsi, le décret du 14 janvier 1974, modifié par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003, relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux posa le principe de la communication de certaines pièces, issues de l'hospitalisation, au médecin traitant afin qu'il puisse assurer la surveillance du malade. Le modèle de règlement de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux (annexé au décret sub-cité), a décrit pour la première fois, le contenu du dossier médical hospitalier.

Apparaît clairement à partir des années 70, la volonté des pouvoirs publics de normaliser le contenu des dossiers médicaux afin de favoriser à la fois la coordination des informations au sein même de l'établissement et la communication avec les médecins de ville.

Dans ce but, une circulaire du 11 août 1978 a incité à l'adoption d'un dossier médical standardisé constitué des documents de base ainsi que de ceux jugés significatifs par le médecin hospitalier, c'est à dire dès lors « *qu'ils ont eu valeur probante dans le diagnostic et la thérapeutique* ». Ce texte invitait les directeurs d'hôpitaux à compléter le règlement intérieur de leur établissement issu du décret de 1974, afin d'y insérer un article relatif à la composition du dossier médical.

⁷ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Par ces nouvelles dispositions, les pouvoirs publics ont tenté de mettre un frein à la trop grande disparité régnant dans le contenu des dossiers patient et à la coordination des informations médicales relatives au patient dans les hôpitaux publics s'en est trouvée renforcée.

La loi du 17 juillet 1978 relative à l'accès aux documents administratifs est venue éclairer un autre domaine du statut du dossier médical. En effet, ce texte qualifie de documents administratifs les dossiers produits ou détenus par une administration publique dont les établissements de santé publics font à l'évidence partie en tant que personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière.

Les dossiers médicaux étant à la fois établis par des praticiens hospitaliers, agents publics et détenus par les hôpitaux publics, en leur qualité de gardien de ces documents, sont donc bien des documents administratifs. Ainsi, le régime juridique de ces dossiers est celui des autres documents administratifs en matière d'archivages, d'accès etc....avec notamment la compétence de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA)⁸

Ce principe a par la suite été confirmé par le Conseil d'Etat dans un Arrêt du 22 juin 1983 par lequel les hauts magistrats ont rappelé qu'en tant que documents administratifs, les dossiers médicaux étaient soumis à la loi du 17 juillet 1978⁹.

La composition du dossier médical prévue en 1978 sera reprise presque intégralement par le décret du 30 mars 1992, complété par la loi du 18 janvier 1994, qui est venu codifier les règles relatives à la tenue et à la composition du dossier médical à l'hôpital.

Ce texte énumère les quelques éléments minimums devant constituer un dossier médical de base puisqu'il précise, après avoir rappelé l'obligation pour tous les établissements de santé de constituer un dossier médical pour leurs patients, que ce dossier contient au moins les documents suivants :

- ✓ Les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour tels la fiche d'identification du patient, les documents médicaux donnant le motif de l'hospitalisation, les conclusions d'examen cliniques initiaux et successifs, les comptes rendus d'examen complémentaires significatifs, la fiche de consultation

⁸ Cet organisme a été mis en place par la loi de 1978 afin d'organiser un recours préalable en cas de litige dans le cadre d'une demande de communication d'un document administratif en possession d'une administration, par une personne privée.

⁹ R.T.D.S.S. 1984, p.75.

pré-anesthésique (avec la feuille de surveillance anesthésique), les comptes rendus opératoires ou d'accouchement, les prescriptions thérapeutiques et, lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers. La législation est venue rajouter à cette liste, en 1994, la mention d'actes transfusionnels.

- ✓ Les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier tels les comptes rendus d'hospitalisation avec le diagnostic de sortie, la prescription établie au départ du patient et la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers (s'il existe).

Mais à cette liste, la pratique et les nécessités médico-légales ont ajouté (sans qu'aucune obligation textuelle formelle n'existe dans ce sens), d'autres pièces telles : les autorisations d'opérer les patients mineurs, les autorisations d'autopsie ou de prélèvement, les procès-verbaux d'autopsie, les documents liés à la transfusion sanguine, les documents signés par le patient pour donner son consentement écrit dans les cas où il est rendu obligatoire....Ainsi peu à peu le dossier patient s'est enrichi au grès des besoins ou de la reconnaissance de l'importance particulière de certains secteurs d'activité.

On peut ici passer en revue quelques exemples de dossiers spécifiques apparus au cours des années 90 dans les services hospitaliers : le dossier transfusionnel, le dossier anesthésique, le dossier de soins infirmiers et plus récemment les dossiers établis en cas d'interruption thérapeutique de grossesse.

Dans ce dernier cas, un décret du 3 mai 2002¹⁰, pris en application de la loi du 4 juillet 2001¹¹ relative à l'interruption volontaire de grossesse pour motif médical, énumère un certain nombre de documents établis par l'équipe médicale (notamment l'attestation indiquant que la poursuite de la grossesse ferait courir un péril grave à la femme) que l'établissement de santé se doit de conserver dans des conditions en garantissant la confidentialité.

Concernant le dossier anesthésique, il s'agit essentiellement du regroupement des documents établis par les médecins anesthésistes avant et après l'opération ayant rendu nécessaire leur intervention. En effet, le décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 prévoit l'obligation avant toute anesthésie d'une consultation pré-anesthésique au cours de laquelle sera établi un document écrit auquel seront joints, le cas échéant, les résultats d'examens complémentaires. Par la suite, le protocole d'anesthésie suivi ainsi que toutes les informations obtenues lors de l'intervention et pendant la surveillance post-interventionnelle sont consignés par écrit. Il en est de même pour les instructions données

¹⁰ Décret n°2002-778, J.O.n°105 du 5 mai 2002, page 8638.

¹¹ Loi n°2001-588, J.O du 7 juillet 2001, page 10823.

au personnel du secteur d'hospitalisation. Peu à peu ces éléments sont venus compléter le dossier médical décrit en 1992.

Il est intéressant de noter que le décret de 1992 n'a pas rendu obligatoire l'existence d'un dossier de soins infirmiers (il ne le sera que 10 ans plus tard) alors même que nombre d'équipes soignantes, sans peut être utiliser cette dénomination, avaient déjà ressenti le besoin de disposer d'un outil de travail de ce type. Les finalités de ce document sont multiples : donner des soins les plus adaptés et individualisés possibles aux patients, pouvoir répondre de manière complète aux médecins, disposer d'informations écrites et fiables. Le personnel soignant peut de cette façon connaître l'état du patient, maîtriser les échanges d'informations entre équipes et par-là valoriser les actes infirmiers.

En général, le dossier de soins infirmiers se compose de cinq grandes catégories d'éléments :

- ✓ Fiche d'identification du patient (informations administratives et sociales afin de mieux situer le malade dans son environnement) ;
- ✓ Fiche de connaissance du patient (bilan infirmier complet : antécédents, groupes sanguins, allergies, habitudes, état physique...) ;
- ✓ Fiches de processus de soins (description des actes relevant de la compétence propre des infirmiers avec les résultats recherchés, les soins à entreprendre et le résultat obtenu) ;
- ✓ Fiche d'ordonnances médicales incluses dans le dossier médical, elle figure dans le dossier de soins pendant l'hospitalisation du patient afin de permettre l'exécution des prescriptions ;
- ✓ Fiche d'observations de l'équipe soignante.

Ces éléments sont à l'évidence des compléments d'informations indissociables du dossier médical. Mais en 1992, moins répandu et moins valorisé qu'aujourd'hui, son existence n'a pas été réellement promue.

Enfin, les documents les plus symboliques du point de vue de l'opinion publique sont probablement ceux relatifs à l'hémovigilance dont les textes imposent depuis 1994 l'établissement et la production. En effet, la circulaire du 26 février 1997¹² a rappelé aux établissements de santé, l'obligation qui leur incombe de conserver les informations permettant de savoir si un patient a été transfusé ou pas et d'identifier, le cas échéant les produits labiles qui lui ont été administrés.

¹² Circulaire DGS/DH/AFS relative à l'accès des patients à l'information dans le domaine de la transfusion sanguine (non publiée au J.O.).

Ainsi, progressivement, au rythme des besoins nouveaux, nés des progrès médicaux et de la multiplication des professions paramédicales, de nouveaux documents sont venus s'ajouter à ceux prévus par le décret du 30 mars 1992 qui, par sa formulation large, a permis cette évolution. Mais la définition du dossier médical n'en a pas été éclairée, bien au contraire.

Arrivé à cet endroit, il est important de noter que l'ensemble de ces règles ne concernait que les établissements de santé¹³, en sont donc exclus les médecins libéraux. En effet, la loi du 18 janvier 1994 avait instauré l'obligation de tenue d'un dossier par patient mais cette disposition a été abrogée par l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Pour autant, dès 1979, le code de déontologie médicale mentionnait l'existence de « *fiches techniques et de documents que le médecin peut détenir concernant ses malades* ». Cette disposition a par ailleurs été reprise par le nouveau code de déontologie de 1995 dans ses articles 45 et 73. En guise d'illustration, on peut rappeler la décision rendue par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, en date du 22 septembre 1993¹⁴. Il a été considéré que le fait, pour un médecin, de ne pas tenir un dossier médical pour ses malades, parce qu'il s'agit d'un moyen pour assurer le suivi correct de leur état de santé, est constitutif d'une insuffisance professionnelle.

Cependant il n'existait pas de prescriptions plus précises sur son contenu.

Il a donc fallu attendre la loi du 4 mars 2002 pour que soit faite obligation à tous les professionnels de santé de tenir un dossier pour leurs patients et pour voir le contenu et le rôle de ce dernier totalement clarifié.

2- Une communication indirecte : la protection du patient par le médecin intermédiaire

Parce qu'il est constitué d'éléments intimes le dossier médical est un document dont le contenu se rattache à la fois au domaine du secret professionnel et à celui de l'information due au malade. Du fait du principe de l'inopposabilité du secret médical au malade lui-même, le droit à communication d'éléments du dossier a été reconnu depuis plusieurs décennies mais la protection du secret médical a entraîné une stricte réglementation de ce droit d'accès.

¹³ Depuis la loi du 31 juillet 1991, le dossier médical a été institutionnalisé dans l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

¹⁴ Bull. Ordre des Médecins, n°12, décembre 1994, p.203.

La réforme hospitalière du 31 juillet 1991 confirmera ce principe de communication du dossier médical à l'article L.710-2-1 C.S.P, principe étendu à l'ensemble des établissements de santé publics et privés : *« les établissements de santé sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, et par l'intermédiaire d'un praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical »*.

Cette médiation n'était pas une nouveauté car la loi du 6 janvier 1978, dite Informatique et Libertés, prévoyait que *« lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des informations à caractère médical, celles-ci ne peuvent être communiquées à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet »*. De même, la loi du 17 juillet 1978 régissant la communication des documents administratifs aux particuliers stipule que *« les personnes qui le demandent ont droit à la communication, par les administrations, des documents à caractère nominatif les concernant sans que les motifs tirés de la vie privée, du secret médical ou du secret en matière commerciale ou industrielle, portant exclusivement sur des faits qui leur sont personnels, puissent leur être opposés. Toutefois, les informations à caractère médical ne peuvent être communiquées que par l'intermédiaire d'un médecin qu'elles désignent à cet effet. »*. Il est nécessaire toutefois de rappeler que certains documents devaient (et doivent toujours) être transmis automatiquement, dans un délai de huit jours après la fin de son hospitalisation au praticien désigné par le patient afin que celui ci puisse assurer la continuité des soins. Une demande de communication n'était requise que pour la consultation des autres documents du dossier médical.

L'intervention d'un médecin entre le patient et son dossier médical répondait à deux préoccupations principales : d'une part permettre une bonne compréhension des informations et, ainsi, éviter les erreurs d'interprétations et, d'autre part, protéger le malade en lui évitant le choc traumatisant de la découverte d'informations graves sur son état. Ceci dans un souci de protection du patient en lui fournissant un accompagnement psychologique.

Si la fonction du médecin intermédiaire n'était pas détaillée dans les textes, le code de la santé publique lui imposait de respecter les règles déontologiques et, dans le cas de communication aux ayant droits, de respecter le secret médical. Le Code de déontologie précise dans son article 46 que le médecin désigné par le patient doit accomplir cette mission *« en tenant compte des seuls intérêts de ce dernier »*.

Sans méconnaître la réglementation, le praticien avait à faire preuve de compréhension et de bonne volonté dans le but de fournir une bonne information c'est à dire *« loyale, claire et appropriée »* telle qu'elle aurait du être antérieurement délivrée.

Pour cela, il lui avait fallu prendre connaissance du dossier pour y discerner les données communicables et les autres (les informations concernant les tiers et, exceptionnellement, un pronostic grave, seront tus), puis transmettre ces données sous une forme intelligible en s'assurant que le demandeur les comprenait. Le praticien, avant tout médecin, devait remplir sa mission avec tact et psychologie.

Le rôle du médecin intermédiaire consistait, finalement, à apporter aux patients les informations qu'il était en droit d'attendre.

La jurisprudence a fait une stricte application de ce principe de médiation. Ainsi le Conseil d'Etat a estimé qu'il ne pouvait être dérogé à l'accès indirect de telle sorte qu'il constitue un principe absolu et non supplétif¹⁵. La Cour de Cassation a eu l'occasion pour sa part d'affirmer que « *pas plus que le malade lui-même, les héritiers ne peuvent exiger la communication directe de son dossier médical* »¹⁶.

Pour autant, la jurisprudence a fermement défendu l'exercice du droit d'accès (indirect) aux informations médicales. Ainsi, le refus de communication non justifié entraînait une mise en jeu de la responsabilité de l'établissement de santé. Par exemple, l'administration hospitalière ne peut pas refuser la communication du dossier médical d'un patient décédé à ses ayants droit au motif qu'elle « *a eu connaissance de l'existence d'un litige entre les ayants droit*¹⁷ ». On peut ici rappeler qu'en cas de refus ou de non-réponse de l'établissement dans un délai d'un mois, le patient peut saisir la CADA qui émettra un avis sur la demande et le transmettra à l'établissement qui à son tour aura un mois pour informer la commission des suites qu'il entend donner à son avis. En cas de confirmation de son refus par l'établissement, le patient a deux mois pour saisir le tribunal administratif compétent.

La CADA a eu à connaître ainsi de la demande faite par un enfant mineur pour laquelle il a été rappelé que seul son représentant légal était habilité à la formuler : CADA, avis du 9 juillet 1992, Bohy.

Elle se prononça aussi sur le contenu du dossier à communiquer : la pratique consistant à différencier dans le dossier médical, la partie objective pouvant être communiquée au malade et la partie subjective, ne devant pas quitter l'établissement de soins et à usage purement interne, ne correspond à aucune base légale. Pour elle, toutes les informations médicales sont communicables dans les conditions fixées par les textes, bien qu'en

¹⁵ Arrêt CE, 13 décembre 1995, CUPAIOLO, F.J.H. 1996,n°7, p

¹⁶ Cass.1^{ère} Civ., 28 décembre 1987.

¹⁷ CAA Paris, 7 octobre 1999, Mme HANSEL (AJDA, 20 avril 2000, p.35) confirmé par CE, 29 janvier 2003 (Les Annonces de la Seine, n°30, 15 mai 2003).

certaines circonstances, la commission se soit montrée sensible à la nécessité de ne pas choquer les personnes demandant des informations.

Toutefois, elle a du rappeler à l'ordre quelques médecins hospitaliers qui, craignant un manque de discernement de la part du médecin intermédiaire, retenaient certaines informations. Or aucune base légale n'autorise ce type de pratique vis-à-vis d'un médecin expressément désigné par le patient.

Cette médiation a pendant longtemps été considérée comme indispensable, le médecin intermédiaire revêtant le rôle d'interprète en expliquant au patient le contenu de son dossier dans le but de remédier à l'asymétrie d'information existant en la matière. Pour autant, il est indéniable que le régime particulier de communication des documents médicaux a fortement nuancé le principe de communication énoncé par la loi de 1978.

Aussi, face aux préoccupations actuelles concernant l'information médicale, la réglementation en vigueur a été de plus en plus vivement contestée tant par les associations d'usagers que par les patients eux-mêmes au nom d'une transparence absolue de la relation soignant-soigné et de la responsabilisation du patient dans le choix de sa prise en charge.

Les médias ont pris leur part dans le débat en dénonçant l'opacité des établissements de santé à l'aide des rapports de la CADA qui a recensé entre 1993 et 1994 une augmentation de près de 52% des problèmes liés à la communication de dossiers médicaux.

Suite aux crises sanitaires des années 80 et 90, la revendication pour la transmission directe de leur dossier aux patients en faisant la demande, est devenue plus forte. Le discours des associations est passé de « comment mieux vivre ma maladie » à un mode plus revendicatif des droits des malades. La création du Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS) illustre cette volonté des usagers de devenir des partenaires des pouvoirs publics. C'est ainsi que depuis le 1^{er} février 2001 et jusqu'à l'adoption de la loi du 4 mars 2002, 23 associations du CISS avaient lancé une vaste opération de demande « d'accès direct » au dossier médical c'est à dire, sans l'intermédiaire d'un médecin.

Dans le contexte d'une volonté politique affirmée de démocratisation du système de santé et d'amélioration de sa qualité, le Premier Ministre a annoncé lors des Etats Généraux de la Santé de 1999, la préparation d'une grande loi de réforme. Lors des nombreuses réunions qui ont précédé la rédaction de ce texte, une demande importante de la part du public est apparue en faveur d'une médecine plus humaine. Ces échanges ont montré que l'ensemble des dispositions existantes ne satisfaisait qu'imparfaitement les attentes des malades et qu'il appartenait aux pouvoirs publics de les développer dans le sens d'une affirmation de leurs droits.

Parmi les nouveaux droits revendiqués figurait le droit à l'accès direct du patient à son dossier.

Selon l'ancien Président du Conseil de l'Ordre des Médecins, Bernard Hoerni, les malades acceptent « *de moins en moins bien de ne pas connaître réellement le contenu de leur dossier. Leurs besoins ne sont pas seulement d'ordre médical, ils veulent également connaître l'évolution possible de leur maladie, les risques d'une thérapeutique envisagée...* »¹⁸.

Commentant les évolutions que connaissent les sociétés contemporaines dans leurs rapports avec la santé, Madame Lambert-Faivre, spécialiste reconnue en droit des assurances, note que l'accès du patient à son dossier médical a longtemps été quasi tabou pour des raisons à la fois déontologique, psychologique et juridique. En effet, le secret médical a longtemps été conçu comme un « droit » du médecin opposable au malade maintenu dans une ignorance infantilisante de son état, et ce, « pour son bien ».

La conjonction de l'aspiration des citoyens à la reconnaissance de leurs droits au sein du système de santé (avec la montée en puissance des associations d'usagers), de la politisation des problèmes de santé publique ces dernières années et des difficultés reconnues par la CADA dans les procédures de communication indirecte des dossiers médicaux ont conduit à l'adoption d'une réforme qui s'inscrit pleinement dans un vaste courant européen.

Section 2 : Les législations européenne et québécoise

En adoptant, avec la loi du 4 mars 2002, le principe du droit à un accès direct des patients à leur dossier médical, la France s'est inscrite dans un mouvement déjà largement engagé et, sur certains points, s'est même montrée plus audacieuse que ses voisins européens.

La réglementation communautaire actuellement applicable ne concerne que les établissements de santé publics ou privés et laisse une assez grande souplesse quant aux modalités de communication des dossiers médicaux au patient. En effet, la Recommandation R 97-5 du 13 février 1997 stipule : « *toute personne doit pouvoir accéder aux données médicales la concernant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé, ou si le droit interne le permet par l'intermédiaire d'une personne désignée par elle* ». Ce texte donne une grande liberté aux Etats afin d'organiser la communication aux patients des informations médicales les concernant.

¹⁸ Interview novembre 1996, bull.Ordre des médecins.

C'est ainsi que selon les pays, ce droit s'est concrétisé soit par la voie législative (cas de la Grande-Bretagne, des Pays-Bas, du Danemark et du Québec) soit par le biais de la jurisprudence (hypothèse de l'Allemagne et de la Belgique).

Le choix de la loi, dans les pays précités, a été fait au cours des années 90 soit à un moment clé de l'émergence des droits des patients – citoyens.

Ainsi, aux Pays-Bas, la loi sur l'accord en matière de traitement médical applicable à partir de 1995, affirme l'existence d'un contrat entre les patients de plus de 16 ans et les prestataires de soins ; ces derniers ayant obligation de tenir un dossier pour chacun de leurs patients et de le leur communiquer à leur demande (à l'exclusion de leurs notes personnelles).

Le Danemark affirme par la loi sur le statut juridique des patients de 1998, le droit pour tous, à partir de 15 ans, d'être informé de son état de santé et des possibilités de traitements et de pouvoir accéder à son dossier médical. La note d'instruction sur les modalités d'application de ce texte précise que ce droit de communication concerne l'ensemble du dossier y compris les notes personnelles des médecins et les documents dont la présence au dossier n'est pas obligatoire. Par ailleurs, si ce droit est personnel, toute personne peut donner délégation à un tiers pour accéder à son dossier médical. Enfin le texte fixe les conditions financières d'accès au dossier (la première demande est en principe gratuite).

La Grande- Bretagne applique actuellement un régime différencié selon que les dossiers médicaux sont informatisés ou pas mais dans les deux cas les patients peuvent en avoir communication dans des délais variant avec le type de support sur lequel est conservé le document (dossier papier ou dossier automatisé).

La seule différence notable entre les deux régimes réside dans la possibilité offerte aux mineurs d'accéder à leur dossier. En effet, pour un fichier papier l'âge légal est fixé à 16 ans quand la loi sur les fichiers automatisés ne pose aucune condition d'âge, seule la capacité de compréhension de l'enfant importe.

La voie choisie par le Québec s'inscrit parfaitement dans cette mouvance européenne, c'est pourquoi sa présentation apparaît intéressante : la loi sur les services de santé et les services sociaux pose fermement le principe, pour tout usager de plus de 14 ans (âge du consentement aux soins) qui en ferait la demande, à la communication et à l'accès à son dossier médical. Le patient peut recevoir ces informations par écrit ou par oral sans avoir à justifier sa demande. Seules sont exclues les informations émanant de tiers et celles pouvant causer un préjudice grave pour la santé du demandeur sur avis de son médecin traitant. Les titulaires de l'autorité parentale peuvent avoir connaissance du dossier médical de leur enfant sauf si ce dernier s'y oppose. Enfin les ayant droit d'une

personne décédée auront communication de son dossier afin de permettre l'exercice de leurs droits ou pour vérifier l'existence d'une maladie génétique ou à caractère familial, ce qui confine l'exercice de ce droit à des circonstances exceptionnelles.

D'autres pays ont affirmé le droit à communication via la jurisprudence.

L'article 810 du code civil allemand stipule : « *toute personne qui a un intérêt légitime à consulter un document qui se trouve en possession d'autrui peut exiger du propriétaire l'autorisation de le consulter, lorsque le document a été établi dans son intérêt...* ». A partir de ce texte, la jurisprudence a déduit l'existence d'un droit d'accès du patient à son dossier médical. Les données médicales doivent être conservées de 10 à 30 ans après la fin du traitement afin de pouvoir être utilisées dans les actions en dommages et intérêts. Sont communicables les seules données objectives, aussi la Cour Fédérale Suprême conseille-t-elle aux médecins d'avoir deux dossiers par patient.

Les droits des mineurs sont exercés par les parents, de préférence de manière conjointe. Actuellement, la situation en Belgique est également fixée par la jurisprudence qui estime qu'est conclu entre les patients et les prestataires de soins, un contrat tacite. Le code de déontologie comporte aussi quelques dispositions sur ce sujet. Ainsi les médecins se doivent-ils de constituer un dossier médical pour chaque patient mais sa consultation n'est pas un droit : le praticien peut, sur demande et s'il l'estime utile, fournir les éléments objectifs du dossier. Le secret médical interdit toute consultation du dossier par le conjoint ou les enfants du patient décédé.

Un avant projet de loi sur les droits des patients prévoit que tout patient peut consulter et copier son dossier médical, à l'exclusion de toutes les annotations personnelles et que ce droit devient personnel à partir de l'âge de 14 ans.

Les auteurs du rapport au Sénat « l'information au malade et l'accès au dossier médical »¹⁹ concluent leur étude par le constat que les pays ayant organisé le droit d'accès au dossier médical par la loi, lui ont donné un champ d'application plus vaste que la jurisprudence n'a pu le faire chez leurs voisins.

De là découle le fait que les éléments consultables soient plus nombreux : la loi prévoit que sont accessibles toutes les informations figurant au dossier (en sont seulement exclues les données pouvant nuire à la vie privée de tierces personnes ou à l'intéressé). Par contre, en Belgique, il appartient au médecin de décider de la transmission de tout ou partie du dossier dans le respect du secret médical (donc opposable au patient lui-même)

¹⁹ Service des Affaires Européennes, les documents de travail du Sénat, Paris, 2000.

et en Allemagne le droit d'accès est limité, par la jurisprudence, aux éléments objectifs du dossier.

La loi permet aussi de fixer limitativement les frais de copie de pièces du dossier pouvant être facturés (maximum 30 euros en Grande – Bretagne) ou le délai de transmission des dossiers (maximum 40 jours en Grande – Bretagne).

Enfin, en cas de refus, les textes ont aménagé des recours : Au Danemark, le patient débouté s'adressera à la Commission d'examen des plaintes des patients, au Pays-Bas, il se tournera vers l'une des commissions chargées d'examiner les plaintes des patients et en Grande – Bretagne, la compétence est celle des tribunaux de droit commun. A contrario, la jurisprudence allemande n'a encore rien prévu en cas de difficulté d'un patient à obtenir son dossier.

Aujourd'hui, les positions des pays européens s'inscrivent dans la tendance libérale contemporaine en faveur de la reconnaissance des droits des patients. Les différents droits reconnus aux patients ces dix dernières années, en Europe et ailleurs, n'ont fait que conforter la position des associations françaises représentatives. C'est dans ce contexte que la France s'est engagée dans l'approfondissement des droits reconnus aux patients, particulièrement dans le domaine de l'information médicale.

La profonde empreinte laissée par les différentes crises sanitaires qu'a connues notre pays, a toutefois eu pour conséquence que les modalités d'accès au dossier médical prévues par la loi du 4 mars 2002 vont plus loin, sur certains aspects, que celles existantes dans les autres pays européens.

Chapitre 2 : Une loi de confiance

La loi du 4 mars 2002 s'est donnée pour objectif de démocratiser notre système de santé, notamment en permettant à toute personne de prendre connaissance personnellement du contenu de son dossier médical.

Pour autant, si cette liberté apparaît comme la plus novatrice, il ne faut pas oublier que l'information délivrée par le professionnel, au cours de sa consultation, reste la plus importante. L'ANAES précise que l'information écrite, si elle reste un élément important, n'est qu'un complément de l'information orale. En effet, la possibilité pour une personne d'accéder directement aux informations formalisées ne fait que compléter son droit à l'information. Elle ne saurait dispenser le professionnel de santé de son devoir de communiquer régulièrement à la personne les informations pertinentes concernant sa santé. C'est pourquoi la loi du 4 mars 2002 consacre plusieurs articles au renforcement de cette catégorie d'informations afin de permettre aux patients de disposer de toutes les

données nécessaires à la compréhension de son état de santé et ainsi de consentir librement et en connaissance de cause aux actes médicaux et traitements proposés. Allant même au-delà, la loi impose désormais de rechercher et d'informer toute personne ayant été soumise à un risque nouveau, identifié postérieurement. Pour sa part, le dossier médical, instrument privilégié de la continuité des soins voit son statut conforté.

Section 1 : Une définition non exhaustive du dossier médical

Le contenu du dossier médical avait été défini pour la première fois par les textes précités de 1974 et 1978 et la loi du 4 mars 2002 n'est venue que rappeler qu'un dossier médical doit être constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement public ou privé. Il appartient dorénavant aux praticiens de se conformer aux consignes fournies par le décret n°2002-637 du 29 avril 2002 modifié par le décret du 21 mai 2003 (articles R.710-2-1 à R.710-2-10 CSP) qui en régleme aujourd'hui la composition. Toutefois, l'exigence d'un contenu minimal posée par les nouveaux textes, s'inscrit dans la droite ligne de l'évolution amorcée dans les années 70 afin de parvenir à uniformiser les dossiers et à rendre plus transparente et cohérente la prise en charge du patient. Selon l'article R.710-2-2 CSP modifié par le décret du 21 mai 2003, le dossier médical comportera, notamment, trois types d'informations :

- les informations formalisées recueillies à l'admission,
- les informations formalisées établies à la fin du séjour,
- et enfin les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers²⁰.

De plus, le dossier devra mentionner l'identification du patient, ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir.

Enfin, chaque pièce devra être datée et comporter l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'immatriculation) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales seront signées et horodatées et comporteront la mention claire du nom du médecin signataire.

²⁰ Pour une énumération plus détaillée du contenu du dossier médical prescrit par le décret du 29 avril et une comparaison avec les textes antérieurs, voir Annexe n°1

Le nouvel article R.710-2-2 CSP modifié, est plus précis qu'en 1982 quant à la définition des informations recueillies à l'admission et en fin de séjour en indiquant qu'il s'agit des « *informations recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences et au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier [...]* ». Il ne s'agit donc plus uniquement des renseignements obtenus à l'entrée et lors du séjour hospitalier mais de toutes les données établies lors des différents examens pendant une hospitalisation ou en dehors. Le rapport de présentation de la loi devant l'Assemblée Nationale indique qu'il peut s'agir des résultats et comptes rendus de consultation ou d'intervention, les feuilles de surveillance, les « notes personnelles » du médecin dès lors qu'elles sont formalisées, les informations ayant fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels (donc les renseignements provenant d'autres praticiens). Cette nouvelle rédaction renvoie en fait à la notion de continuité des soins : la prise en charge du patient débute dès la première consultation externe ou lors du passage aux urgences, et se poursuit éventuellement en hospitalisation.

Parmi les documents formalisés, le texte cite « *la lettre du médecin à l'origine de la consultation ou de l'admission* » et ne parle plus, comme en 1992, « *du document médical indiquant le ou les motifs de l'hospitalisation* ». Au-delà de ce changement sémantique, on peut peut-être voir ici une incitation à la collaboration entre praticiens libéraux et hospitaliers avec notamment l'obligation pour les établissements de santé d'informer, par écrit, le médecin traitant de l'heure et de la date de l'admission de son patient, ce dernier étant invité en retour à fournir tout renseignement utile.

L'indication des conclusions de l'évaluation clinique initiale doit faciliter la traçabilité des observations faites lors de la première prise en charge du malade (en consultation, aux urgences ou en admission programmée).

Enfin, la nouvelle réglementation consacre l'existence d'un véritable dossier d'anesthésie même si l'ensemble des documents nécessaires à ce suivi spécifique existe depuis le décret du 5 décembre 1994.

Une nouveauté importante est constituée par l'obligation d'insérer au sein du dossier médical du patient son « *consentement écrit pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire* » ce qui vient compléter le nouvel article L.1111-4 selon lequel « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne [...]* ». Dans la pratique, cette disposition ne va pas bouleverser les comportements : de nombreux textes prévoyaient déjà un tel dispositif. De même, la mention des « actes transfusionnels pratiqués sur un patient » ne fait que reprendre les termes du décret précité du 24 janvier 1994 relatifs aux règles d'hémovigilance. Seule l'information écrite

des malades auxquels sont administrés des produits sanguins, constitue véritablement un apport de la loi du 4 mars 2002.

Outre le dossier de soins infirmiers dont l'importance est ici enfin reconnue, sont rendues obligatoires, les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé, qui participent à la prise en charge globale du malade.

Après les informations relatives à l'hospitalisation, suivent logiquement les renseignements liés à la sortie du patient : ici aussi, les textes de 2002 veulent élargir le nombre d'éléments que les dossiers médicaux peuvent contenir incitant ainsi les établissements de santé à avoir une vision étendue de ces derniers.

L'obligation de remettre aux patients sortants un compte rendu d'hospitalisation et une lettre de sortie est un rappel d'un principe déjà posé en 1992 mais diversement respecté selon les services. De même, la remise automatique, en fin d'hospitalisation, de la prescription de sortie et du double de l'ordonnance de sortie constitue plus une marque de la volonté des pouvoirs publics de renforcer les liens entre professionnels qu'une obligation nouvelle. Par contre, indiquer les modalités de sortie (domicile ou autres) devrait faciliter l'organisation de la sortie du patient, notamment grâce à l'intervention, pendant l'hospitalisation, de divers travailleurs sociaux.

En employant le terme «notamment », le texte ne fixe pourtant qu'un contenu minimal au dossier médical. Ainsi aux éléments que nous venons d'examiner pourront se rajouter des documents tels les comptes rendus de transfusion autologue, les autorisations d'opérer un mineur, les autorisations d'autopsie ou de prélèvements d'organes ou les informations relatives aux greffes (résultats d'examens du donneur avec le nom du laboratoire les ayant obtenus, nom du receveur, date....).

En effet, alors que la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et son décret du 30 mars 1992, employaient les termes de « dossier médical », la loi du 4 mars 2002 ne reprend pas ces mots et préfère énumérer le type d'informations médicales concernant la santé d'une personne et pouvant lui être transmises. La nouveauté réside essentiellement là avec la notion d'informations formalisées qui suppose une mise en forme minimale de chaque document. Ainsi parler de communication directe du dossier médical est un raccourci de langage plus qu'une réalité : nous verrons d'ailleurs que certains documents appartenant au dossier médical ne sont pas communicables. C'est pourquoi les recommandations émises par l'ANAES, afin d'encadrer l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, précisent, à défaut de définition limitative du contenu du dossier médical, que tout document formalisé est par définition communicable.

Or une grande partie du débat, une fois le principe de la communication directe adopté, a porté sur la communication ou pas des notes personnelles des professionnels et donc sur leur appartenance ou pas aux informations médicales à transmettre au patient. En effet, les objections soulevées par les médecins ne résultaient pas de la fourniture au patient de résultat d'examens, d'analyses, de comptes rendus opératoires puisque ces pièces sont disponibles soit spontanément soit sur demande. Les principales inquiétudes résidaient dans la prise de connaissance par les demandeurs des observations médicales, rédigées par les professionnels pour leur usage personnel.

Pourtant, la jurisprudence de la CADA, s'appuyant sur les dispositions antérieures, était ferme sur ce point puisque, « *les dispositions permettant de réserver les documents considérés comme confidentiels ne s'appliquent pas dès lors que les observations et notes personnelles sont incluses physiquement dans le dossier médical et détenues par l'établissement* ». Il n'était possible de déroger à cette règle que dans le cas de documents conservés, personnellement, par les professionnels et communiqués à aucun tiers, même à d'autres professionnels²¹ ou dans le cas de documents préparatoires puisque la loi du 17 juillet 1978 ne s'applique qu'à des documents définitifs²². Mais la CADA considérait que les notes personnelles ne sont pas des documents préparatoires et seraient donc communicables si elles sont incluses dans le dossier du patient.

Sur ce point, les débats parlementaires viennent nous éclairer puisque le rapport d'information de l'Assemblée Nationale²³ précise que « *les notes préparatoires, telles les notes d'un étudiant, ou les réflexions personnelles du médecin ne font pas partie de ce dossier* » et ne sont donc pas assujetties aux règles de communication issues du décret du 29 avril 2002 modifié. Toutefois, le texte de loi lui-même ne fait pas expressément mention de cette exclusion et comme nous l'avons vu plus haut, les informations recueillies à l'admission ou à la fin du séjour du patient sembleraient pouvoir inclure les notes personnelles formalisées. Cet aspect reste donc pour le moins obscur.

Et face à cette définition ouverte du contenu du dossier, il est probable que d'autres interrogations de cette nature émergeront de la pratique.

Section 2 : L'accès direct du patient à son dossier : principes et exceptions

²¹ CADA, avis du 27 février 1998 à l'attention de la directrice de l'Institut « Mathis Jeune ».

²² CE, section 11 février 1983, Ministre de l'urbanisme et du logement.

²³ C.Evin et B.Charles, Rapport n°3688 sur la loi n°2002-303 du 4 mars 2002

L'article L.1111-7 CSP, issu de la loi du 4 mars 2002, énonce : « *toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels ou des établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels [...]. Elles peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elles désignent et en obtenir communication [...]* ». Le nouveau principe de l'accès direct se présente finalement comme la résultante d'un choix personnel entre la communication directe et l'intervention d'un médecin intermédiaire. Il ne s'agit donc pas d'une révolution mais d'une évolution, dans le droit fil de celle de la société.

Il apparaît évident qu'avec cette nouvelle modalité d'information qui leur est ouverte, les demandeurs risquent d'opter pour cette voie seule capable, le plus souvent, de les rassurer.

C'est pourquoi la mise en œuvre de ce droit est encadrée par les textes. De plus des avancées significatives sont à signaler en direction des personnes bénéficiant habituellement de protections spécifiques.

1- La consécration du droit d'accès direct du patient à son dossier médical

La première personne pouvant faire valoir son droit d'accès direct à son dossier médical est très logiquement le patient lui-même. L'inopposabilité du secret médical au malade devient ainsi absolue puisque l'intervention d'un intermédiaire ne résulte plus désormais que du choix du patient. Pour exercer son droit, le demandeur dispose des deux modalités de communication existant précédemment soit une consultation sur place, dans les locaux de l'établissement soit par l'envoi postal d'une copie des documents du dossier. Il peut s'agir de la totalité des pièces ou de certaines seulement en fonction de la demande.

En cas de consultation sur place, le médecin traitant peut conseiller la présence d'une tierce personne. Mais en cas de refus par le patient, la consultation reste un droit (article L1111-7 CSP). Cette recommandation a été prévue afin de protéger les personnes souhaitant accéder à des informations sensibles ou difficiles à accepter. Il appartient au médecin ayant suivi le demandeur, d'apprécier les circonstances en fonction du contenu du dossier et de la fragilité de la personne. De plus, et par principe, tout établissement de santé a obligation de proposer un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent. Ainsi sont prises en compte dans cette nouvelle réglementation, les situations pénibles que peuvent rencontrer des personnes affaiblies par la maladie.

En pratique, la demande doit être adressée au responsable de l'établissement de santé ou à la personne qu'il a désignée à cet effet (et dont le nom est diffusé auprès du public via le livret d'accueil, par exemple). Il appartient ensuite au destinataire de la demande de s'assurer de l'identité du demandeur ou de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire. Dans ce but, et selon la qualité du demandeur, il sera nécessaire de lui demander la copie d'une pièce d'identité, d'un justificatif de la qualité d'ayant droit ou d'une attestation pour les titulaires de l'autorité parentale ou les tuteurs.

La loi a par ailleurs imposé un laps de temps de réponse très court pour des structures de la taille des établissements de santé. Un délai de 48 heures de réflexion doit s'écouler entre la réception de sa demande et la présentation du dossier. Et pour les dossiers de moins de 5ans, le délai de communication ne peut excéder huit jours. Concernant les dossiers plus anciens, cette échéance est portée à deux mois. Lorsque le demandeur n'a pas exprimé de choix quant aux modalités de communication des informations, l'établissement de santé interroge le demandeur et l'informe des modalités proposées en l'absence de réponse de sa part. A défaut de choix dans les huit jours (ou deux mois), l'établissement devra mettre les informations à disposition du demandeur sous la forme qu'il lui avait précédemment proposée.

En cas de demande de copies, les frais de reproduction, et éventuellement d'envoi, seront laissés à la charge du demandeur. Les copies seront à établir sur un support analogue à celui utilisé par l'établissement de santé ou sur papier dans la limite des possibilités techniques de l'établissement de santé.

Dans l'hypothèse d'un refus ou d'un silence de l'administration hospitalière les modalités de recours (via la CADA) sont les mêmes qu'auparavant. Il est important de rappeler ici que la responsabilité du directeur de l'établissement de santé peut être engagée en cas de dysfonctionnement dans la communication d'un dossier médical (article R.710-2-7CSP modifié).

L'ensemble de ces informations pratiques doit être porté à la connaissance de tous les patients, demandeurs potentiels de leur dossier médical, afin qu'ils puissent exercer leur droit en toute connaissance de cause et obtenir la satisfaction de leur demande. L'ANAES préconise notamment qu'un formulaire soit mis à la disposition des personnes pour qu'elles précisent leur souhait (bien qu'une demande orale semble suffire). Seront ainsi plus facilement renseignées des rubriques telles que l'identification du demandeur, la nature de la demande, les modalités souhaitées de communication, etc....

Bénéficiaire naturel du nouveau droit à l'accès direct à son dossier médical, le patient n'est pourtant plus désormais le seul qui puisse y avoir accès.

2- La communication des informations médicales aux tiers

Les données contenues dans un dossier médical, parce qu'elles relèvent de la vie privée du patient, doivent faire l'objet de précautions importantes. L'existence du délit de violation du secret professionnel (article 226-13 du Code Pénal) est une protection essentielle face aux risques de diffusion d'informations confidentielles. Il ne faut pas oublier que le secret professionnel, d'après le code pénal, s'étend « à toute personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ». Toutefois, il existe des cas dans lesquels la transmission d'informations médicales est autorisée, dans le strict cadre de dérogations légales ou réglementaires. Certaines diffusions d'informations sont obligatoires : déclaration de naissance ou de décès, déclaration de certaines maladies contagieuses ou vénériennes...d'autres restent facultatives : divulgation par le médecin aux autorités administratives de sévices sur mineur de moins de quinze ans ou sur une personne qui n'est pas apte à se protéger ou de violences sexuelles auprès du Procureur de la République (l'accord de la personne concernée sera ici requis).

Depuis les années 70, la communication à des tiers tels les ayants droit, les titulaires de l'autorité parentale sur un enfant ou le tuteur d'un majeur protégé, a été autorisée tout en restant strictement encadrée.

❖ Initialement, la transmission d'informations médicales aux tiers était exclue par la loi du 17 juillet 1978 en raison de leur caractère nominatif. Néanmoins, ce principe avait été rapidement assoupli en ce qui concerne les ayants droit d'un patient décédé.

L'ancien article R.710-2-2 CSP étendait la possibilité de communication du dossier médical d'une personne défunte à « ses ayants droit en cas de décès, par l'intermédiaire d'un praticien qu'ils désignent à cet effet ». C'est pourquoi, la CADA a autorisé l'accès par une veuve au dossier médical de son époux décédé²⁴.

Par la suite, elle a exigé, pour la communication d'un dossier au conjoint survivant la réunion de trois conditions : la personne décédée n'avait pas exprimé de son vivant son opposition à une telle communication, le médecin traitant n'a pas estimé que cette communication était impossible au vu du droit au secret médical dont bénéficie toute personne même décédée et l'administration ne doit pas avoir eu connaissance d'un litige entre les ayants droit du défunt à ce sujet²⁵. La jurisprudence est venue contredire cette dernière condition puisque l'administration hospitalière ne peut refuser la communication

²⁴ CADA, avis du 24 septembre 1981, Mme Pham Khac.

²⁵ CADA, avis du 23 mai 1990, Lecointe.

d'un dossier médical au motif qu'elle « *a eu connaissance d'un litige entre les ayants droit* »²⁶.

Il s'agissait donc d'une appréciation (difficile), au cas par cas. C'est ainsi qu'elle a pu refuser la communication d'un dossier d'une mère décédée à sa fille afin de protéger la vie privée de la défunte²⁷.

Peu à peu cette solution a été élargie puisque la CADA a autorisé la transmission (toujours via un médecin intermédiaire) d'un dossier au conjoint d'un patient plongé dans un coma profond²⁸.

Enfin, cette possibilité de communication ne doit pas être limitée au seul conjoint survivant même si cela nécessite pour l'établissement de santé de vérifier la réalité des liens entre le demandeur et la personne décédée²⁹.

Avec la nouvelle législation, le droit d'accès des ayants droit au dossier médical de leur parent décédé se voit désormais réduit à trois cas :

- Les ayants droit souhaitent connaître les causes du décès de leur parent : cela peut avoir de l'importance notamment en matière de droit des assurances ;
- Les ayants droit peuvent souhaiter défendre la mémoire du défunt ;
- Les ayants droit désirent faire valoir leurs droits d'héritiers.

Les ayants droit qui souhaitent prendre connaissance d'informations médicales concernant leur défunt, doivent motiver dans leur demande. En effet le responsable de l'établissement ne peut permettre l'accès des ayants droit au dossier qu'une fois qu'il a la garantie formelle de la légitimité de la requête et qu'il s'est assuré de l'absence d'opposition du défunt, formulée de son vivant, à cette communication.

En cas de refus opposé par l'établissement à la demande d'un ayant droit, un certificat médical peut toutefois être délivré dans la mesure où il ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical. Mais, bien sûr, le refus de l'administration hospitalière devra être justifié, par exemple par l'absence de la qualité d'ayant droit du demandeur. En effet, il incombe au responsable de l'établissement de s'assurer de l'identité et de la qualité du demandeur. Sa responsabilité pourrait être engagée en cas de délivrance d'informations confidentielles à des personnes non habilitées à les recevoir.

²⁶ CAA Paris, 7 octobre 1999, Mme Hansel (précité).

²⁷ CADA, avis du 12 octobre 1989, Sivy.

²⁸ CADA, avis du 24 octobre 1994.

²⁹ CE, 22 janvier 1982, Administration générale de l'Assistance publique de Paris, AJDA1982, p.395.

Les nouvelles règles posées en 2002 se veulent donc plus respectueuses du secret médical et s'avèrent par la même, plus restrictives que les anciennes dispositions qui ne prévoyaient aucune condition d'accès au dossier d'un défunt. Pour autant, le législateur s'est largement inspiré de la jurisprudence développée par le Conseil d'Etat et la CADA.

Concernant les majeurs protégés et les mineurs, le principe est celui d'un accès direct par leur représentant légal respectif (tuteurs ou titulaires de l'autorité parentale). Par contre rien n'étant explicité pour les personnes placées sous sauvegarde de justice ou curatelle, celles-ci exercent elles-mêmes leurs droits d'accès.

❖ La communication du dossier médical d'un patient mineur : un pas supplémentaire vers l'émancipation des enfants dans le domaine médical.

Le principe applicable à la demande de communication du dossier médical d'un mineur reste celui de l'intervention des titulaires de l'autorité parentale. Cela suppose que le responsable de l'établissement ou son représentant s'assure que le demandeur est bien titulaire de la dite autorité³⁰.

Or la loi du 4 mars 2002 stipule que par dérogation aux règles du Code Civil et dans le cas où le traitement ou l'intervention est impératif pour sauvegarder la santé d'un mineur, qui s'oppose à la consultation des titulaires de l'autorité parentale, dans le but de conserver le secret envers eux de son état de santé, le médecin peut, sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale, procéder aux dits traitements ou interventions si le mineur est accompagné d'une personne majeure.

Ces dispositions viennent renforcer le principe posé par la loi du 4 juillet 2001 en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG) pratiquée sur les mineures. Depuis ce texte, une IVG peut être réalisée sur la seule demande d'une jeune fille mineure, et sans consentement parental, dans la mesure où elle se fait accompagner d'une personne majeure de son choix (article L.2212-7 alinéa 3 CSP).

Il est désormais prévu que tout responsable d'établissement (ou son représentant) saisi d'une demande d'accès à un dossier médical formulée par les titulaires de l'autorité parentale devra vérifier que le mineur ne s'y est pas opposé et éventuellement, s'efforcer (par l'intermédiaire d'un médecin) d'obtenir son consentement à cette communication. Si en dépit de ses efforts, le mineur maintient son refus, la demande parentale ne pourra pas être satisfaite.

³⁰ La liste des pièces à demander pour effectuer ce contrôle figure en annexe n°2

De fait, les nouvelles règles posées en 2002 consacrent d'une part une dérogation à l'autorité parentale et d'autre part, pour lui permettre d'être pleinement efficace, une sorte de droit au secret médical de l'enfant envers ses parents. Auparavant, le secret médical protégeait l'enfant mais pas à l'égard de ses parents puisque ces derniers devaient, dans la plupart des cas, consentir aux soins.

Le mineur est aussi en droit d'exiger que la communication à ses parents d'informations médicales le concernant, se fasse par l'intermédiaire d'un médecin.

Il incombe donc au praticien qui suit le mineur de signaler par écrit dans son dossier son opposition à ce que ses parents soient informés ou son accord éventuel à la condition de l'intervention d'un médecin intermédiaire. La personne en charge de la communication des dossiers médicaux au sein de l'établissement aura donc pour obligation de vérifier ces éléments du dossier.

Entre le principe de l'autorité parentale et celui du secret médical, les nouvelles dispositions semblent privilégier le second face au premier et revenir sur les pratiques en vigueur puisque la CADA a toujours considéré que la communication indirecte du dossier médical d'un mineur ne pouvait avoir lieu que sur demande d'un titulaire de l'autorité parentale, sans possibilité pour le mineur de s'y opposer.

❖ Le cas particulier des malades hospitalisés sous contrainte :

L'article L.1111-7 CSP prévoit : *« à titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur, en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur de l'information comme au demandeur ».*

Il appartient au médecin traitant de recommander ou pas cette mesure. Ce dernier ayant besoin de contrôler la diffusion de l'information sur la pathologie de son patient.

De plus, dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office, le patient ne peut pas accéder au document à l'origine de son hospitalisation, c'est à dire la demande du tiers ou le certificat médical. La position qu'avait déjà du adopter le juge administratif se trouve ainsi confirmée.

Dans un arrêt du 7 octobre 1999, la Cour Administrative d'Appel de Nantes a rejeté la demande d'accès d'un patient à cette pièce. Un tel document, à caractère nominatif et concernant une autre personne que l'intéressé, *« le directeur était légalement tenu de*

refuser la communication de tout élément permettant l'identification de l'auteur de la demande de placement volontaire »³¹.

Il faut toutefois noter que dans le but de ne pas empêcher dans de nombreux cas la communication de documents comportant plusieurs noms, le Conseil d'Etat, suivant en cela la CADA, a défini un document nominatif comme celui qui porte une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique nommément désignée ou facilement identifiable ou incluant le comportement d'une personne dès lors qu'il s'avère que, d'une manière ou d'une autre, la divulgation du comportement pourrait lui porter préjudice.

La loi n'ouvre qu'une possibilité de demander la présence du confrère lors de la consultation de certains dossiers, il s'agit bien d'une mesure d'exception, ce qui implique que l'accès indirect ne doit pas rester une habitude en psychiatrie sous prétexte que le patient a été hospitalisé sous contrainte. Cet aménagement est le résultat des demandes formulées par la profession en raison de la particularité de la psychiatrie.

Mais, a contrario, l'absence de dispositions spécifiques en direction des patients en hospitalisation libre, confirme leur statut de patients ordinaires dotés des mêmes droits que tout patient est en mesure d'exercer, ce qui ne diminue en rien la difficulté pour les psychiatres de déterminer les informations qui leur sont communicables ou pas.

Parmi les différents éléments du dossier médical énumérés dans le décret du 29 avril 2002, apparaissent clairement trois catégories d'informations les unes concernant le diagnostic et le traitement, les autres délivrées en fin de séjour et enfin, une troisième partie consacrée aux informations recueillies auprès de tiers ou concernant de tels tiers. En psychiatrie, particulièrement, de telles données sont fréquentes et peuvent constituer une part importante du dossier auquel le demandeur n'aura donc pas accès. Ce constat pourrait amener certains patients à la conclusion qu'on ne leur communique pas tout ce qu'ils désiraient connaître. C'est pourquoi, plusieurs syndicats de psychiatres avaient demandé en janvier 2002 que l'accès de la personne à son dossier médical demeure limité aux données synthétisées et objectives.

Selon eux, trois niveaux de confidentialité pouvaient être définis : 1- informations directement communicables au patient, 2- informations communicables au patient par l'intermédiaire d'un médecin tiers et communicables au médecin traitant du patient, 3- informations mettant en cause des tiers ou concernant le colloque singulier, éventuellement communicables à l'équipe soignante .

³¹ CAA Nantes, 7 octobre 1999, Melle X ; D.2001, n°2, p.275.

La loi et surtout le décret du 29 avril 2003 n'ont pas adopté ce découpage, pourtant il est admis que certaines informations seront obligatoirement communiquées en cas de demande alors que d'autres ne pourront pas être divulguées. En effet, les textes prévoient clairement que les informations recueillies auprès de tiers ou concernant de tels tiers ne pourront être diffusées. Cette position revient sur celle adoptée antérieurement par la CADA pour qui tout document physiquement inclus dans un dossier était communicable. Mais cette innovation va impliquer pour les professionnels un tri du dossier avant sa communication ou même une réorganisation complète de tous les dossiers afin d'en répartir le contenu en différents groupes au statut différent. Cette nécessité de repenser le dossier médical va demander, dans un premier temps tout au moins, une forte implication de tous les personnels appartenant aux établissements publics de santé.

En optant pour la voie législative, la France a hautement affirmé sa volonté de protection des patients : ainsi les délais imposés sont bien plus courts (de 8 jours à 2 mois) que ceux en vigueur chez nos voisins, de même, aucun âge minimal d'accès à leur dossier médical n'est fixé pour les mineurs ou encore la loi ne prévoit rien d'explicite quant aux notes personnelles des médecins. En effet, la liste des documents constitutifs du dossier d'un patient, fixée par le décret n°2002-637 du 29 avril 2002, n'étant pas limitative, des difficultés d'application sont à prévoir et à anticiper par l'ensemble des professionnels hospitaliers à la fois médicaux et administratifs.

TITRE II : UNE APPLICATION AU QUOTIDIEN, DES DIFFICULTES QUI NE DOIVENT PAS FAIRE OUBLIER LES IMPACTS QUALITATIFS ESCOMPTES

Les pouvoirs publics français ont opté pour la voie législative afin de répondre aux attentes des patients exprimées lors des Etats Généraux de la santé. L'adoption de ce texte dans des délais très courts, juste avant les élections présidentielles, témoigne de l'importance symbolique des mesures qu'il prévoit. Pourtant, dès le commencement des débats autour du thème de la communication directe du dossier médical, les professionnels avaient soulevé un certain nombre de difficultés pouvant gravement entraver l'exercice de leurs droits par les patients et qui n'ont toujours pas reçu à ce jour

de réponse (Chapitre 1). On peut penser à l'extrême célérité de réponse exigée des établissements hospitaliers pour satisfaire aux demandes de communication (huit jours pour un dossier de moins de cinq ans) alors même que les associations d'utilisateurs sont presque unanimes pour dire qu'un délai de trois semaines aurait été plus réaliste.

Pourtant, malgré les obstacles quotidiens que les professionnels tant administratifs que médicaux, ont et auront à connaître, les nouvelles dispositions sont aussi initiatrices de changements profonds tant au sein de la relation médicale elle-même que dans la qualité de la prise en charge des patients (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Des gestionnaires hospitaliers confrontés à des difficultés quotidiennes d'application

Au cœur de la nouvelle possibilité offerte aux patients d'accéder aux informations les concernant, on trouve évidemment le dossier médical. Or nous avons pu constater que sa reconnaissance est relativement récente, que ses modalités d'élaboration et même son contenu restent malgré tout très divers. Aussi désormais, la gestion optimale des archives hospitalières va-t-elle constituer un enjeu de taille pour tous les établissements de santé (Section 1). Mais au-delà même de ces difficultés logistiques, on peut s'inquiéter de l'existence d'importants points d'interrogation quant à la portée de la loi à la fois dans le domaine juridique que d'un point de vue purement médicale : quelle est la définition précise d'un ayant droit ? Quelles peuvent être les conséquences de la révélation d'informations douloureuses à des personnes fragilisées ? (Section 2).

Section 1 : La gestion des archives hospitalières

Au moment même où les archives médicales deviennent un véritable enjeu pour tous les établissements de santé, ces dernières demeurent encore régies par des textes épars dont les lacunes sont mises en lumière par les nouvelles questions engendrées par la loi du 4 mars 2002 qui impose par ailleurs, une grande rigueur d'organisation et de suivi des dossiers patient.

1- Une réglementation complexe et incomplète

Jusqu'à aujourd'hui, l'archivage des dossiers médicaux répondait à une triple finalité. Tout d'abord, la continuité des soins et la communication entre professionnels de

santé exigent de conserver la trace la plus complète possible des actes et soins prescrits. Par ailleurs, la conservation obligatoire d'un certain nombre de documents définis par la réglementation présente un intérêt médico-légal évident dans un contexte de forte augmentation du contentieux médical. Enfin, l'archivage hospitalier autorise la réalisation de recherches et d'études dont l'impact médico-économique peut être important. Désormais à ces trois objectifs assignés aux archives hospitalières s'ajoute l'impératif pour les praticiens (et en termes purement juridiques pour les directeurs d'établissements publics de santé) de pouvoir disposer de dossiers médicaux, en bon état, afin de pouvoir répondre aux demandes de communication formulées par les patients traités dans leur établissement. En effet, chaque hôpital est tenu de prendre toutes les dispositions pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers médicaux.

Cette obligation résulte du premier texte intervenu en la matière : l'arrêté interministériel du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières, qui fixe encore aujourd'hui les grandes règles de conservations des archives médicales. Mais il aura fallu attendre la loi du 3 janvier 1979 sur les archives pour que soit précisée la notion d'archives : *« ensemble de documents quels que soient leur date, leur forme et leur support matériel, produits ou reçus par toute personne physique ou morale et, par tout service ou organisme public ou privé, dans l'exercice de leur activité »*.

Les archives médicales doivent remplir deux objectifs cumulatifs : assurer la continuité des soins afin que les informations contenues dans le dossier médical soient rapidement et aisément accessibles et présenter un intérêt médico-légal (ce qui implique qu'un certain nombre de dossiers est conservé dans l'hypothèse d'actions en justice futures)³².

Le décret du 29 avril 2002 a rappelé la validité de l'arrêté de 1968 (plusieurs fois modifiée par des circulaires de 1993, 1994 et 1999), en ces termes *« dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, les informations concernant la santé des patients sont conservées conformément à la réglementation relative aux archives publiques hospitalières »*.

Or la lecture attentive de l'arrêté de 1968 révèle les lacunes et les imperfections de ce texte trentenaire. En effet, les durées de conservation qu'il prévoit sont fonction à la fois du type de pathologie (neurologique, pédiatrique, maladie héréditaire...), de l'âge du patient et du type de document. Aussi les services en charge des archives hospitalières

³² La loi du 4 mars 2002 a d'ailleurs uniformisé le délai de prescription en imposant un délai de 10 ans à compter de la consolidation du dommage pour pouvoir engager une action devant un tribunal civil ou administratif.

ont-ils à gérer des délais de conservation très éclectiques allant de 3 ans à indéfiniment³³. A titre d'exemple, un dossier de traumatologie d'un patient de 35 ans doit être archivé pendant au moins 20 ans mais s'il a été transfusé, cette durée passera à 40 ans³⁴. Une autre difficulté posée par le texte repose sur l'incohérence de certaines de ces dispositions. Ainsi, pour des analyses d'anatomo-pathologie, les comptes rendus doivent être conservés 30 ans quand le délai fixé pour les lames et les blocs est de 10 ans. Or ces derniers peuvent être amenés, de la même façon que les comptes rendus, à faire partie du dossier médical réclamé par le patient. Par ailleurs, pourquoi le texte a-t-il isolé les maladies stomatologiques ?

On peut également souligner le caractère extrêmement contraignant de la réglementation qui impose aux établissements de conserver 70 ans les dossiers pédiatriques (y compris celui d'un enfant passé aux urgences pour quelques points de sutures....).

Il faut de plus rappeler que l'ensemble de ces durées doit s'accorder avec le délai de prescription de 10 ans que la loi du 4 mars 2002 a posé pour toute action devant une juridiction civile ou administrative. C'est ainsi que pour les maladies chroniques, il est difficile voire impossible de définir la date de consolidation faisant courir le délai de prescription.

Enfin, si le texte de 1968 a posé les grands principes de l'archivage hospitalier, l'évolution des disciplines médicales et paramédicales et les exigences nouvelles de la législation en matière de communication d'informations ont mis en lumière les carences de cette réglementation. Pour illustrer notre propos, on peut s'interroger sur la durée de conservation de certains dossiers de consultations externes tels les dossiers « paillettes » au sein des Centres de Conservation du Sperme (CECOS) : 20 ans, 70 ans ou indéfiniment ?

Concernant les dossiers de consultation externe en pédiatrie ou en stomatologie, faut-il les conserver 70 ans comme pour les dossiers d'hospitalisation ? Doit-on assimiler un dossier d'odontologie à un dossier de stomatologie ? Que faire des dossiers médicaux non envisagés par l'arrêté de 1968 tels les dossiers de neurochirurgie, les protocoles de fécondation in vitro, les dossiers d'hospitalisation à domicile ou d'obstétrique sur lesquels la responsabilité de l'établissement peut être engagée ? Le délai minimum de 20 ans leur est-il applicable ?

³³Pour une présentation synthétique des délais de conservation des archives hospitalières voir Annexe 3.

³⁴ Arrêté du 4 août 1994 portant homologation de l'Agence française du sang relatif aux bonnes pratiques de distribution et pris en application de l'article L668-3 CSP.

Or le juge administratif a déjà considéré que la disparition d'un élément important du dossier médical a pour conséquence de faire reposer sur l'établissement la charge de la preuve de son absence de faute dans le traitement. Le tribunal administratif de Marseille a ainsi pu engager la responsabilité de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP – HM) en raison de l'existence d'un faisceau d'indices indiquant la probable existence d'une faute médicale, en l'absence des pièces du dossier médical qui aurait pu servir à la défense de l'établissement. Le dossier médical avait été détruit alors qu'un complément d'expertise rendait nécessaire sa consultation³⁵.

On peut même envisager que les auteurs de destruction d'archives hospitalières soient pénalement poursuivis, si tant est qu'ils soient identifiés et qu'ils aient agi en toute connaissance de cause (articles 322-1 et 322-2 du nouveau code pénal). C'est pourquoi des procédures très strictes d'élimination de ces archives ont été mises en place. Une première étape consiste à séparer au sein du dossier les éléments à conserver de ceux pouvant être détruits. Ce tri doit être effectué conformément aux indications fournies par le directeur du service départemental des archives par le personnel médical avec toutes les difficultés et les incertitudes que nous venons de souligner. Avant toute destruction, l'accord du chef d'établissement et du médecin chef du service concerné est indispensable. Un procès verbal de destruction sera délivré après validation par le service médical concerné, le directeur de l'établissement et le responsable du Département de l'Information Médicale (DIM). Suite au visa délivré par les archives départementales, ces procès-verbaux seront à leur tour archivés. Il est évident que la complexité de la réglementation en matière de délais de conservation des archives et la lourdeur des procédures constituent des obstacles tels que nombre d'établissements de santé hésitent à procéder à des destructions alors même que l'engorgement des services d'archives est une des causes des retards (ou impossibilité) de communication des informations qui leur sont demandées.

Conscient de ces difficultés, le ministère a engagé voilà déjà plusieurs années une réflexion qui pourrait déboucher sur un délai unique de conservation de 30 ans. Actuellement il est vivement recommandé aux établissements de santé de conserver

³⁵ T.A. Marseille, 16 mars 1993, AP – HP de Marseille contre Lorenzetti : « eu égard à cette argumentation et à l'impossibilité où se trouve l'Assistance publique de Marseille, par sa faute, de fournir au juge, ou à l'expert que ce dernier aurait nommer, des éléments en sens contraire, il y a lieu de tenir pour établi que les troubles que présente Monsieur Lorenzetti résultent de fautes médicales commises lors des interventions du 6 novembre 1986, de septembre 1987 et du 10 février 1988 et qui sont de nature à engager la responsabilité de l'Assistance publique de Marseille ».

leurs archives médicales au moins 10 ans afin de pouvoir organiser leur défense en cas de litige avec un patient. Mais dans l'intérêt du patient, il peut être pertinent de conserver indéfiniment les documents le concernant ce qui se concilie mal avec les possibilités de stockage des établissements.

Conserver des dossiers médicaux n'a de sens, on l'aura compris, que s'ils peuvent être consultés rapidement et facilement c'est dire qu'ils doivent faire l'objet d'une organisation particulière commune à l'ensemble des services afin de faciliter le travail au niveau des archives.

2- L'organisation et le suivi du circuit des dossiers patient

Un dossier médical, contrairement à beaucoup de documents qui ne seront jamais ni modifiés ni consultés, évolue avec le temps. En effet, à partir de sa création, il va être alimenté par les informations médicales produites au cours du séjour hospitalier (ou en consultation) et sera pendant cette période stocké dans le service de soins. Il faudra attendre souvent plusieurs années pour que le dossier ne devienne une archive passive (ni demandée ni remise à jour). Tout en sachant que dans le contexte actuel, il est extrêmement difficile d'affirmer avec certitude qu'un dossier ne sera plus réclamé.

L'archivage des dossiers patient doit donc se penser à deux niveaux. D'une part, le contenu doit être organisé par les services de soins eux-mêmes. Il leur appartient en effet de trier les documents pertinents à conserver et ceux sans intérêt. D'autre part, le service central des archives (s'il existe) après clôture du dossier par le service concerné doit archiver le contenant afin d'indexer les dossiers pour les retrouver aisément. Il s'agit là d'une fonction de gestion des flux de dossiers.

Cette fonction d'archivage n'est donc pas passive et requiert une dynamique de conception et d'amélioration des dossiers. Avec la nouvelle législation, les exigences antérieures se trouvent nettement renforcées : intégrité et intégralité du dossier, rapidité de localisation et de communication sont des impératifs que l'ANAES prend en compte comme critère de qualité des services offerts par l'établissement³⁶.

Aujourd'hui encore moins qu'hier, quand un professionnel intervenait dans la procédure de communication du dossier, le dossier médical ne doit plus être un empilement de documents épars. Une attention rigoureuse doit être portée à sa conception dans les services et à sa conservation. Dans le rapport établi par l'IGAS en 2001, les inspecteurs avaient noté que la conception même du dossier médical variait en

³⁶ ANAES, référentiel d'accréditation n°6 relatif à la gestion du dossier du patient et à l'accès aux informations.

fonction de l'objectif recherché par l'établissement (ou par chaque service) et de son utilisation par les professionnels administratifs ou médicaux. Cette enquête a révélé une grande disparité de conception : un dossier par hospitalisation ou un dossier unique par patient, classement par service ou dans un service d'archives centralisées. Ainsi, au Centre Hospitalier de Montauban, les documents sont regroupés par spécialité, la couverture du dossier unique retraçant la chronologie de l'ensemble des séjours effectués dans l'établissement. Mais les inspecteurs ont noté que les cas de dossiers relativement bien organisés sont rares (absence de certains documents conservés dans les services ou multiplicité de copies d'une même pièce...).

La loi du 4 mars 2002, entre autres conséquences, va imposer aux établissements de réfléchir à la manière la plus adéquate de conserver les pièces utiles à la santé d'un malade (ou lors d'un procès) et de les classer afin de les rendre consultables facilement à la fois par les professionnels mais aussi par les patients eux-mêmes. Chaque établissement public de santé va inexorablement être amené à centraliser l'archivage de ses dossiers médicaux, les archives par service ne permettant pas de répondre de façon satisfaisante aux demandes de communication.

Il va par ailleurs être demandé un effort important aux médecins qui vont se trouver en première ligne : il leur appartient en fin de séjour de trier les documents rassemblés au cours de l'hospitalisation afin de donner aux patients, en cas de demande, uniquement les documents pertinents et d'éliminer les éléments « sans intérêt » pour le suivi du patient (par exemple les résultats biologiques provisoires, les feuilles vierges...). Ce toilettage est actuellement le plus souvent laissé à la charge des secrétariats médicaux qui faute de temps et de consignes claires, archivent les dossiers en intégralité. Certains établissements se sont dotés de protocoles de tri notamment au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (Hôtel Dieu, Henri Mondor, Saint-Louis...) ou au CHU de Toulouse mais une telle pratique reste encore à diffuser plus amplement au sein du monde hospitalier.

La possibilité offerte aux patients d'accéder à leurs dossiers devrait inciter les praticiens à une meilleure tenue de ces documents lors de leur élaboration puisque à défaut il leur incombera de hiérarchiser ces éléments lors de la demande de communication. En effet, comme nous l'avons précédemment explicité, désormais les informations contenues dans un dossier patient se répartissent entre trois catégories : les données recueillies en consultation externe, aux urgences ou au cours d'une hospitalisation, les éléments établis en fin de séjour ces deux catégories étant

communicables aux demandeurs et les informations recueillies auprès des tiers et donc non communicables³⁷. Afin de respecter ces prescriptions, il incombe donc aux praticiens de classer leurs dossiers de façon homogène. Cette hiérarchisation et ce classement des données exigent du temps et de la méthode pour des professionnels peu habitués à travailler de cette façon et dont, par ailleurs, la charge de travail est souvent très importante. On imagine aisément la difficulté que cela représente, sur le plan pratique, dans l'exercice quotidien de beaucoup de médecins.

De plus, il leur est vivement recommandé de faire apparaître clairement dans le dossier les choix de la personne concernant l'accès aux informations sur sa santé et leur transmission. Tout patient pouvant à chaque instant modifier ses souhaits en la matière, il est primordial, afin de préserver la confidentialité de ces informations, d'actualiser et de modifier le cas échéant la volonté qu'il a exprimée³⁸. Les praticiens auront donc lors de l'ouverture d'un dossier à informer les patients de leurs droits, à transcrire l'option qu'ils choisissent, à rappeler le caractère strictement confidentiel du contenu de son dossier vis à vis des tiers, etc...Les médecins sont donc désormais appelés à jouer un rôle médico-légal plus important que ce qui leur était demandé jusqu'à présent.

3- Une nécessaire politique de sensibilisation des praticiens hospitaliers

Par éducation et par tradition, le milieu médical français reste encore assez réfractaire à ce qu'il appelle « ces excès de transparence » qui augmenteraient inutilement l'anxiété du malade, et menaceraient le contrat de confiance le liant à son médecin. Encore aujourd'hui, l'image du médecin tout puissant reste prédominante. Or l'accès des patients aux dossiers médicaux va largement changer la donne.

En dehors de leur rôle purement médical, les professionnels de santé vont devoir informer leurs patients sur leurs nouveaux droits et la façon de les utiliser. Afin de les préparer à cette nouvelle mission, un long travail de sensibilisation et d'acculturation du monde médical devra être mené car certains professionnels restent très réticents à la

³⁷ Par un arrêt du Conseil d'Etat en date du 28 avril 2003, les hauts magistrats ont sanctionné la mauvaise tenue du dossier médical par un praticien (absence des comptes rendus opératoires). C'est une faute déontologique et une violation du Code de la Santé Publique. (bulletin juridique de la santé publique, septembre 2003, n°65, p.20).

³⁸ Les données à réactualiser sont principalement : la demande ou le refus de la personne d'une transmission d'informations le concernant à d'autres professionnels de santé, son refus éventuel que ses proches soient informés, l'identité de la personne de confiance, son refus de communiquer certaines informations à ses ayants droit en cas de décès, le refus d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale....

communication de leurs dossiers médicaux. C'est ainsi que quelques uns avaient clairement fait connaître leur intention de constituer des doubles dossiers : l'un communicable contenant le minimum d'informations, l'autre, personnel, regroupant l'ensemble des données utiles à la prise en charge du patient. Afin de lutter contre ces possibles dérives, il est évident qu'une politique de formation et d'explicitation des textes sera indispensable auprès de tous les professionnels à la fois pour les renseigner sur leurs nouvelles obligations et pour les amener à accepter un changement culturel important dans leur pratique quotidienne.

Ainsi, lors de la conférence inaugurale du Medec en mai 2002, le Docteur Duhes, président de la section éthique et déontologie de l'Ordre des médecins, appelait de ces vœux cette mutation en ces termes : « *il convient d'opérer une véritable transition culturelle, or une transition culturelle ne se décrète pas, elle s'accompagne ; il ne peut en effet être question de forcer les professionnels dans ce domaine intime de leur activité* ».

L'obstacle déontologique n'est malheureusement pas le seul que les professionnels de santé auront à surmonter : leur mode de rédaction des comptes rendus (d'hospitalisation, d'opération, de consultation...) va aussi devoir évoluer afin de rester le plus objectif possible : aucun jugement de valeur sur l'état du patient ou sur le patient lui-même, et pouvant être mal interprété par celui-ci, ne devra transparaître dans les documents formalisés donc communicables. Pour autant, il s'agit d'éviter le piège consistant à ne formaliser que des dossiers très neutres, avec des examens cliniques dépourvus de tout commentaire ou analyse diagnostique qui ne refléterait pas exactement la prise en charge du patient. En effet, de tels dossiers par trop elliptiques pourraient occasionner des ruptures de la continuité des soins dommageables pour les malades.

Un dossier en particulier risque de souffrir de ces dérives, il s'agit du dossier psychiatrique. Un dossier dans cette discipline ne peut pas être une collecte de faits objectifs d'où se dégagerait une vérité sur le malade. Il s'agit plutôt d'un outil de travail où les notes et impressions personnelles du praticien sont essentielles. Ces dernières contiennent la description d'attitudes particulières et des notions perçues péjorativement par le commun des mortels mais qui ont, pour les professionnels, une valeur sémiologique éloignée de tout jugement de valeur.

Les praticiens devront réapprendre à rédiger et organiser leurs dossiers et ce dans un contexte encore incertain puisque seule la jurisprudence semble à même aujourd'hui de préciser des notions telles que celles de données factuelles formalisées (et communicables) ou de données subjectives demeurant personnelles.

Parallèlement aux difficultés nouvelles suscitées dans l'exercice médical, sont apparus d'autres problèmes de nature plus « logistique » dont l'ampleur n'avait pas été concrètement envisagée par le législateur.

4- De la déontologie à la pratique

La première condition à remplir pour permettre à toute personne de consulter son dossier médical est à l'évidence de l'informer de son nouveau droit. Les établissements publics de santé doivent donc mettre en œuvre le plus rapidement possible des moyens d'informer les patients de cette possibilité. Cela suppose une démarche dynamique auprès notamment des personnels soignants et administratifs qui ont le plus souvent à répondre aux questions des hospitalisés. Le livret d'accueil peut aussi être un bon moyen de leur expliquer les modalités d'exercice de leur droit, un formulaire type inséré dans ce document peut permettre ensuite d'initier la démarche. Par contre, si la demande est adressée directement au chef de service, il devra en avertir systématiquement le chef d'établissement ce qui suppose de la part des médecins l'instauration d'un véritable réflexe. De telles dispositions, si elles sont indispensables, exigent du temps et un engagement de l'ensemble du personnel hospitalier tant pour la formation que pour la révision du livret d'accueil.

Une fois le directeur d'établissement ou son représentant saisi d'une demande de communication, il lui revient de vérifier l'identité ou la qualité du demandeur. Cette étape est probablement la plus inhabituelle pour les établissements hospitaliers. En effet, cette tâche peut s'avérer particulièrement difficile dans le cas de demande formulée par des tiers au dossier médical concerné. C'est notamment les hypothèses de demande formulée par les titulaires de l'autorité parentale ou par des personnes se prévalant de la qualité d'ayant droit. Les personnels qui auront à effectuer ces vérifications auront un rôle particulièrement important pour décider de la recevabilité de la demande. En cas d'erreur, le chef d'établissement sera considéré comme ayant violé la confidentialité des informations médicales dont il est le gardien. Or dans ce domaine, nous verrons plus loin que la réglementation n'est pas parfaitement claire notamment en ce qui concerne la qualification d'ayant droit et l'appréciation des motivations de leur demande.

Tout comme pour les décisions de destruction d'archives médicales, l'appréciation de la qualité des tiers demandeurs est une tâche difficile pouvant avoir des conséquences importantes pour l'établissement et son directeur. Ne pourrait-on pas imaginer ici une protection particulière des personnels administratifs? Il ne serait évidemment pas question ici de déresponsabiliser ces agents mais de permettre qu'ils ne soient pas inquiétés s'ils ont mis en place tous les moyens de contrôle à leur disposition.

Les hôpitaux vont aussi avoir à connaître une autre difficulté en matière de délai de communication. En effet, concernant les dossiers de plus de 5 ans, deux mois sont

laissés au service compétent. Par contre, pour un dossier de moins de 5 ans, la demande doit être satisfaite dans un délai de huit jours ce qui n'est actuellement que rarement le cas, comme ont déjà pu le constater nombre d'associations d'usagers. En faisant le choix d'un délai aussi court, le législateur a voulu faire un geste symbolique fort mais dans la pratique, et particulièrement dans les grands établissements ou ceux ayant recours à des prestataires extérieurs, cette rapidité de réponse apparaît très difficile à atteindre. Toutefois les nouveaux textes n'ont prévu aucune sanction en cas de retard ce qui tendrait à montrer que les difficultés des établissements hospitaliers pour respecter ces délais ont été indirectement prises en compte. Mais en l'absence de certitude claire dans ce domaine, tous les établissements publics de santé se doivent de mettre en place une gestion optimale de leur archives ce qui passe aussi par une élaboration des dossiers médicaux la plus pertinente possible afin de ne pas avoir à demander aux praticiens de reclasser leurs dossiers à chaque demande de consultation.

Selon la teneur de la demande, la communication du dossier peut se faire soit par envoi postal soit sur place. Dans cette hypothèse, un accompagnement médical doit obligatoirement être proposé par l'établissement et l'ANAES recommande qu'un dispositif d'accueil soit mis en place, dans un espace adapté et permettant la préservation de l'intégralité du dossier. En cas de besoin, un suivi de la personne après consultation de son dossier devrait pouvoir être mis à sa disposition. Si ces précautions ont été inspirées par le souci d'atténuer les chocs psychologiques que pourrait avoir subi certains patients, il apparaît difficile de proposer systématiquement un tel dispositif d'accompagnement.

Dans tous les cas, des copies de l'ensemble du dossier ou de certaines pièces peuvent être demandées. Chaque patient doit avoir été informé que les coûts de reproduction et d'envoi en recommandé avec accusé de réception lui sera facturé. Mais il n'en demeure pas moins que cette nouvelle mission assignée aux établissements de santé représente une dépense non négligeable dans le contexte actuel de tension budgétaire. En effet, ne peuvent pas être pris en compte dans la facture adressée au demandeur les frais de personnel résultant du temps consacré à la recherche, à la reproduction et à l'envoi des documents.

Ainsi, les frais pouvant être réclamés aux patients ne peuvent inclure, outre les coûts de reproduction et d'envoi, que le coût du support fourni au demandeur, le coût d'amortissement et de fonctionnement du matériel utilisé pour la reproduction des documents. L'arrêté ministériel du 1^{er} octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copies d'un document administratif vient préciser qu'en cas de délivrance de copies sur support papier ou électronique, les frais autres que le coût de l'envoi postal ne peuvent excéder « *0.18€ par page de format A4 en impression noir et blanc, 1.83€ pour une disquette et 2.75€ pour un cédérom* ». Par ailleurs il

appartient à chaque responsable d'établissement de définir le tarif de reproduction des contre types. Outre que ces dispositions ne permettent pas de couvrir les frais les plus importants, c'est à dire ceux de personnel formé qu'il faut mettre à disposition pour cette tâche délicate, le service de l'établissement en charge de la facturation devra prendre en charge l'émission de ces nouveaux titres de recettes. Il est fort probable que le coût de personnel généré à cette occasion sera supérieur aux recettes perçues. D'autant que sous la législation précédente, le principe de faire peser le coût de reproduction d'un dossier médical sur le demandeur n'était que très rarement appliqué et il est peu probable que cette attitude change considérablement malgré la nouvelle loi. D'autant que de nombreux patients s'étonnent toujours d'avoir à payer pour accéder à leur dossier.

Ce principe de facturation risque aussi d'être diversement appliqué en fonction des politiques d'établissement. Ainsi au CHU de Toulouse, le choix semble être fait pour une facturation au poids, quant au Centre Hospitalier de Montauban, les contre types ne sont pas facturés aux demandeurs.

Concernant le personnel en charge de la reproduction, il s'avère que de nombreuses structures ont opté pour l'affectation des personnels sous contrat « emploi jeune », moins coûteux, mais n'offrant pas la même garantie de confidentialité que des agents hospitaliers soumis à l'obligation de secret professionnel.

L'ensemble des coûts supplémentaires induits par la nouvelle législation (formation des personnels, informations et accueil des patients, recherche, reproduction et envoi de dossiers médicaux...), n'a pas, à ce jour, été pris en compte, et risque de ne jamais l'être. Or c'est une des principales conditions du plein exercice de leur droit par les patients. De telles difficultés ne doivent pas être ignorées et il faut espérer que les jurisprudences à venir en ce domaine sauront en tenir compte.

Malgré toutes ces incertitudes, il est très important de mobiliser l'ensemble du personnel hospitalier autour de ce nouvel objectif de transparence et ce par un engagement fort des directions d'établissement.

5- Un engagement fort des directions des établissements hospitaliers dans la démarche

La conséquence immédiate de la nouvelle législation pour les établissements hospitaliers est de leur imposer de réorganiser le circuit de leurs dossiers, de la conception à la facturation des coûts de reproduction en passant par la sensibilisation des personnels administratifs, médicaux et paramédicaux ou par la gestion des archives hospitalières.

L'administration hospitalière, avec à sa tête le directeur d'établissement, doit impulser les changements engendrés par la loi du 4 mars 2002. Une importante communication

notamment institutionnelle est à prévoir autour de la nécessité de modifier les modes d'élaboration des dossiers. On peut imaginer la création de groupes de travail par spécialité en charge de rédiger des protocoles pour faciliter la conception et la compilation des données en fonction des spécificités de chaque discipline. De même une veille juridique doit permettre aux professionnels d'être tenus régulièrement informés des modifications intervenant dans la composition obligatoire des dossiers. Ces mesures ne peuvent qu'être initiées par la direction.

Une centralisation des demandes de communication des dossiers (au sein d'une cellule spécialisée) apparaît par ailleurs judicieuse au vue des nombreuses responsabilités encourues (délais, modalités de communication, appréciation de la qualité d'ayant droit ou vérifications administratives diverses...). De plus cette cellule pourrait permettre de faciliter l'orientation des patients et de répondre aux interrogations des professionnels concernés.

Mais cette cellule ne saurait travailler de manière isolée et une collaboration étroite avec la communauté médicale est un préalable incontournable. Ces professionnel seront probablement amenés, un jour ou l'autre, à donner leur avis sur la nécessité ou pas de conseiller un accompagnement médical ou à renseigner la cellule sur l'opposition éventuelle du patient à une communication de son dossier à ses ayants droit. La présentation aux instances d'un bilan annuel relatif à ce travail peut aussi être un signe fort de l'engagement de la direction sur ce thème.

La législation du 4 mars 2002 est novatrice et sa mise en œuvre mérite une attention particulière. Pourtant les difficultés tant culturelles que logistiques sont indéniables. Mais La gestion et la communication des dossiers médicaux ne doivent pas être considérées comme un problème du ressort des seuls médecins ou des seuls personnels administratifs.

Afin de ne pas compromettre l'exercice de leur droit par les patients, un engagement fort et unificateur de la part de la direction auprès de l'ensemble du personnel hospitalier (administratif comme médical), tous concernés par la nouvelle réglementation, conditionne la réalisation optimale de cette mission.

Toutefois, si les difficultés ci-dessus évoquées ont été assez tôt identifiées et des propositions de solutions élaborées, d'autres points d'interrogation importants subsistent.

Section 2 : Des incertitudes persistantes

L'acquisition du droit à communication directe des dossiers médicaux par les patients est une victoire pour les associations d'usagers qui militaient ardemment en ce sens depuis plusieurs années, pourtant la loi du 4 mars 2002 suscite un certain nombre de questions auxquelles les établissements hospitaliers sont d'ores et déjà confrontés.

1- Peut on désormais parler de propriété des dossiers médicaux ?

La propriété d'un dossier médical peut être revendiquée par trois acteurs : le médecin qui l'a écrit, l'établissement de santé responsable de sa conservation ou le malade dont les données ont servi à constituer le document. Il existe donc une réelle ambiguïté entre l'identité du propriétaire et celle du détenteur du dossier et le décret du 29 avril 2002 n'apporte aucune réponse à cette question récurrente. En vertu de la réglementation issue du décret n°43-891 du 17 avril 1943, le dossier médical est conservé dans le service de l'hôpital sous la responsabilité du chef de service. En application de ce texte une circulaire n°44-24 du 1^{er} février 1944 dispose que le dossier médical demeure la propriété de l'établissement qui en assure à ce titre la constitution, la transmission et la bonne conservation dans l'intérêt du patient. Or juridiquement une circulaire n'est pas opposable aux usagers tiers à l'égard de l'administration.

Le décret du 29 avril 2002 ne fait que rappeler les devoirs de conservation auquel est assujéti l'établissement de santé ce qui renvoie à l'obligation de stockage dans de bonnes conditions et de communication aux patients qui le désirent, comme nous l'avons précédemment exposé. Or ce pouvoir ne signifie pas, selon certains juristes³⁹, que l'hôpital doit être considéré comme propriétaire des dossiers médicaux dont il est dépositaire. En effet, le droit de propriété suppose l'existence de prérogatives d'usus, d'abusus et de fructus ce qui n'est pas le cas d'un établissement de santé. Pourtant dans un arrêt rendu en 1972⁴⁰, le Conseil d'Etat avait considéré qu'un organisme pouvait être considéré comme propriétaire des documents médicaux qui ont été établis d'une manière collective, ce qui est le cas des dossiers médicaux hospitaliers.

³⁹ Thouvenin, le secret médical en droit français, Thèse de droit Lyon III(1977) et Dupuy, le dossier médical, les Etudes Hospitalières, 2002.

⁴⁰ CE Crochette, 11 février 1972, Revue de Droit Public 1972, p.958.

Or aujourd'hui, avec la consécration du droit d'accès direct des patients à leur dossier médical, cette situation ambiguë ne va-t-elle pas devoir évoluer ?

Depuis plusieurs années déjà, les patients conscients d'être à la source de l'élaboration de leur dossier médical comprenaient de moins en moins de ne pas y avoir accès directement. Avec la loi du 4 mars 2002, cet obstacle est tombé et aux yeux de certaines associations d'usagers, la revendication d'un droit de propriété sur leur dossier se trouve légitimée. Bien sur, en l'absence de disposition expresse en ce sens, cette demande relève plus du sentiment selon lequel la communication directe a pour conséquence automatique la reconnaissance du droit de propriété des patients sur leurs dossiers, que d'une réalité formelle. On peut en effet noter qu'en aucun cas l'établissement ne doit fournir des documents originaux aux demandeurs. Toutefois, il y a fort à parier que la question se trouvera très prochainement posée à certains établissements publics de santé. Dés à présent, certaines demandes concernent des documents originaux et non des copie.

2- L'imprécision des textes : une source de difficultés supplémentaires

Comme de nombreux textes, la loi du 4 mars 2002 et les décrets qui l'accompagnent demeurent silencieux sur des points essentiels. En effet, si dans un premier temps les dispositions concernant la communication directe des dossiers patient aux demandeurs peuvent apparaître aisément applicables, une lecture plus attentive en révèle le caractère imprécis.

· Il en est ainsi de la définition d'un document formalisé, terme central de la loi, s'il en est. Que doit-on entendre par cette formulation ? S'agit-il comme dans la jurisprudence de la CADA de considérer que peuvent être communiqués tous les documents inclus physiquement dans un dossier ? Faudra-t-il exclure du dossier communiqué aux patients tous les documents ne portant pas la signature, la date, le nom en caractère lisible du prescripteur ? ces indications étant indispensables à l'authentification de chaque pièce d'un dossier.

Certes dorénavant, les médecins devront avoir à cœur de veiller à la qualité d'élaboration de leurs dossiers médicaux mais la question risque de se poser pour les documents établis avant la loi : avec l'accès direct, les établissements de santé voient renforcés leurs responsabilités tant sur la qualité de la forme que du fond du dossier.

On peut probablement s'accorder pour entendre par informations formalisées, les documents présentant un certain degré d'élaboration et de validation (dans le cas des CHU par un médecin senior pour les éléments rédigés par les internes).

C'est la position développée par l'ANAES dans ses recommandations sur ce thème. En effet, la définition la plus simple semble devoir prévaloir puisqu'on doit comprendre par

cette expression : « *les informations auxquelles a été donné un support avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles* ». Par ailleurs, selon ces experts, le terme de dossier ne doit pas être entendu dans une acception restrictive car toutes les informations de ce type détenues par un professionnel, un établissement de santé ou un hébergeur, même en dehors du dossier, sont communicables.

On se contentera de constater que cette définition pourrait inclure les notes personnelles des médecins (exclues de la communication aux patients lors des débats parlementaires) qui sont bien des documents écrits portés par un support (papier ou électronique) dans le but d'être conservées....Ici aussi les sources de discussion pourraient s'avérer nombreuses.

· Un autre aspect reste en suspens concernant la communication d'un dossier médical aux ayants droit d'un patient décédé. En effet l'article L1110-4 CSP stipule : « *le secret médical ne fait pas obstacle à ce que des informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* ». Par ailleurs, le décret du 29 avril 2002 dispose : « *l'ayant droit d'une personne décédée qui souhaite accéder aux informations médicales concernant cette personne [...] doit préciser, lors de sa demande, le motif pour lequel elle a besoin d'avoir connaissance de ces informations. Le refus d'une demande opposé à cet ayant droit doit être motivé[...]* ».

Ces textes restent assez flous au regard des situations complexes qu'ont à gérer au quotidien les personnels hospitaliers. En effet, quelle personne bénéficie de la qualité d'ayant droit ? Comment l'établissement va-t-il vérifier cette qualité ? De quels éléments du dossier l'ayant droit peut-il se prévaloir ?

Globalement, la notion d'ayant droit se définit comme le fait pour une personne d'être titulaire d'un droit c'est à dire « *une personne ayant par elle-même ou par son auteur vocation à exercer un droit* »⁴¹. Ainsi, en droit successoral, on ne parle pas d'ayant droit mais d'ayant cause, personne définie comme celle tenant un droit ou une obligation d'une autre appelée son auteur. Cela signifie donc qu'un concubin au moment du décès ne sera titulaire d'aucun droit particulier s'il ne bénéficie d'aucun legs. En pratique, seul le conjoint

⁴¹ Lexique des termes juridiques, Dalloz, édition n°12.

survivant, les enfants ou en leur absence les père et mère du défunt ont systématiquement la qualité d'ayant droit.

Par contre, en droit des assurances, un ayant droit est celui qui bénéficie d'un contrat dont seule l'annulation par le juge peut faire perdre la qualité d'ayant droit à celui qui s'en prévaut.

En tout état de cause, la notion d'ayant droit n'est pas nouvelle en droit médical. Ce vocable est apparu dès 1973 dans une circulaire relative au secret professionnel dans les établissements⁴² sans précision particulière. Or l'expression d'ayant droit peut s'avérer assez large, les exemples d'ayant droit potentiels sont nombreux : enfants, conjoints survivants, bénéficiaire d'un contrat d'assurance, d'un régime de protection sociale... Pourtant, cette qualité pouvant avoir des sources très diverses (volonté du défunt, état civil,...), son interprétation mérite une attention particulière. La vérification de l'effcience de la qualité d'ayant droit par les professionnels hospitaliers est un impératif préalable à toute communication. Et en présence d'une pluralité de demandes émanant d'ayants droit avérés, il incombe à l'établissement de santé de transmettre les informations à chacun.

Afin de s'assurer de la qualité d'ayant droit des demandeurs, une pièce d'identité et un extrait d'acte de naissance ou une copie de livret de famille suffisent dans le cas du conjoint survivant, des enfants du défunt ou, à défaut, des ascendants. Par contre pour les autres personnes, la tâche des établissements hospitaliers peut se révéler plus difficile car la preuve de la qualité d'ayant droit ne pourra être apportée que par un acte de notoriété établi par un notaire ou par un certificat d'hérédité établi par le maire. Ce dernier document n'est cité que dans l'instruction n°82-156 B du 12 septembre 1982 de la direction de la comptabilité publique, sa délivrance engageant la seule responsabilité du maire ce qui explique qu'à ce jour nombre d'entre eux refusent la production d'un tel document. En pratique, le certificat d'hérédité est établi par un officier d'état civil en présence de deux témoins au vu de certains documents notamment une attestation sur l'honneur portant sur le montant du patrimoine du défunt, le livret de famille du défunt assorti d'éventuels actes de naissance.

En dehors du droit successoral, la preuve de la qualité d'ayant droit peut se faire par tout moyen (attestation...).

Au vu de la complexité des situations familiales et des textes applicables, il est évident que le travail d'appréciation à mener au cas par cas va se heurter à des difficultés pour lesquels des personnels en charge de ces dossiers n'ont bien souvent ni le temps ni les

⁴² Circulaire n°1796 du 20 avril 1973.

connaissances juridiques nécessaires à leur règlement. Car il faut bien rappeler qu'il n'existe, à ce jour, en droit médical, aucun élément particulier d'appréciation sur l'identification de l'ayant droit.

L'ANAES a dressé un tableau synthétique des principales hypothèses que les professionnels de santé pourraient avoir à gérer⁴³ mais il est évident que des cas non envisagés par les experts ne tarderont pas à se manifester.

Cette imprécision est inquiétante, d'autant qu'un ayant droit peut être une personne avec laquelle le défunt a rompu volontairement tout contact de son vivant. Ce constat mérite donc une attention particulière au regard du droit à la confidentialité de la relation médicale....

Par ailleurs, le texte semble vouloir limiter le champ d'application du droit d'accès des ayants droit au dossier médical de leur défunt en exigeant qu'ils motivent leur demande (défense de la mémoire du défunt, connaissance des causes de la mort ou revendication d'un droit) et que les informations qui leur seront délivrées permettent uniquement de répondre à leurs interrogations. Donc un établissement peut considérer qu'une demande est injustifiée et la rejeter ou ne communiquer que certaines informations. Ainsi si un patient est décédé des suites d'un pontage coronarien, les ayants droit ne devront pas avoir accès à la partie de son dossier concernant sa prise en charge psychiatrique. Par contre que recouvre l'expression « défense de la mémoire du défunt » ? Comment apprécier les documents à communiquer à la famille dans ce cas précis ? Il reviendra encore une fois aux établissements hospitaliers d'apprécier au cas par cas les situations individuelles et en engageant leur responsabilité via leur directeur.

Une analyse précise de la motivation de la demande puis des documents pouvant être communiqués va exiger des établissements de soins la mise en place de formation du personnel aux contraintes juridiques, de circuits internes de communication (entre praticiens et personnels administratifs) bien connus de tous et d'une politique claire en la matière : Mieux vaut peut-être recourir à la CADA en cas d'hésitation sur une demande que de courir le risque de divulguer des informations confidentielles à des personnes non habilitées.

Enfin la lecture des textes fait apparaître d'autres zones d'ombre que l'existence constatée de pratiques divergentes semble confirmer. Dans le domaine particulier de la communication de leur dossier aux mineurs, le plus souvent, les titulaires de l'autorité parentale font une demande à laquelle le mineur ne s'oppose pas et il n'y a aucun problème

⁴³ Pour une présentation des principales situations où la qualité d'ayant droit est reconnue, voir Annexe 4.

dès lors que l'établissement s'est assuré de l'identité et de la qualité de ce demandeur. Mais les textes prévoient par ailleurs que les mineurs peuvent s'opposer à la communication à leurs parents (entendu ici au sens large) d'informations médicales les concernant. L'article 6 du décret du 29 avril 2002 précise que dans le cas où un mineur voudrait conserver le secret sur un traitement ou une intervention (qu'il a subi sans l'accord de ses parents), il peut s'opposer à ce que son médecin communique aux titulaires de l'autorité parentale les informations qui ont été rassemblées à ce sujet. Comme nous l'avons dit le praticien doit avoir fait mention de ce refus. Si malgré ses efforts, le praticien ne parvient pas à faire revenir le mineur sur sa décision, il n'y aura pas communication de son dossier à ses parents. Par contre, le mineur peut aussi exiger que ses parents soient accompagnés par un médecin pour prendre connaissance des informations qu'ils souhaitent consulter.

En pédopsychiatrie, les spécialistes soulignent qu'un accès direct au dossier d'un enfant par ses parents peut se révéler inopportun. En effet, dans ce domaine portant souvent sur les troubles de l'affectivité, un secret confié par l'enfant à son médecin et divulgué aux parents pourrait venir bouleverser le psychisme du patient et la relation de confiance établie par le thérapeute. Par exemple, des dessins réalisés par un enfant en psychothérapie ne devraient pas pouvoir être communiqués aux parents, de même pour les ouvrages réalisés en atelier thérapeutique qui n'appartiennent qu'au patient. Or, selon les spécialistes, le régime mis en place ne semble adapté qu'à la protection des grands adolescents capables de décider de s'opposer à la volonté de leurs parents.

Par ailleurs, le refus du mineur doit-il avoir été exprimé au moment du traitement ou de l'acte ou peut-il être postérieur à la demande des parents ? Ce refus peut-il porter sur l'ensemble du dossier ou uniquement sur les actes accomplis sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale? L'ANAES préconise de demander l'avis du mineur dès lors que les parents ont été tenus à l'écart des soins ou lorsque l'âge, le contexte familial, la pathologie présentée paraissent le justifier. Encore ici il s'agira d'appréciation au cas par cas que les services administratifs et médicaux auront à mener conjointement

Mais la question la plus épineuse risque d'être celle concernant les demandes d'accès direct formulées par les mineurs eux-mêmes. L'évolution qu'a connue le droit médical ces dernières années montre une tendance à l'émancipation des mineurs vis à vis de leurs parents. Ils détiennent d'ailleurs une sorte de secret médical à leur égard puisque dans certain cas leur consentement n'est plus requis, la présence d'une personne majeure au côté du mineur suffisant. Dans certains établissements une telle demande peut recevoir un avis positif dès lors que la maturité de l'enfant est considérée comme suffisante ce qui reste toujours difficile à juger. Mais l'ANAES a rappelé que la loi du 4 mars 2002 ne prévoit pas cette possibilité. Toutefois, le mineur a droit de recevoir lui-

même les informations le concernant et de participer aux prises de décision, « en fonction de son degré de maturité ». Une demande d'accès direct devrait donc être étudiée puisqu'il peut être l'occasion pour le mineur de compléter les éléments d'information précédemment reçus et d'accéder à des explications complémentaires. Reprendre avec un mineur son dossier et lui expliciter les incidences sur sa vie d'adulte peut lui permettre de mieux accepter sa pathologie et de (ré-) instaurer une relation de confiance forte avec son médecin.

Donc ces recommandations semblent indiquer que même si la loi n'autorise pas formellement un mineur à consulter son dossier, il peut être opportun de lui en laisser l'occasion puisqu'il est désormais considéré comme le premier acteur de sa santé. Pour autant, les experts semblent se placer dans l'hypothèse d'une communication médicalement accompagnée et non directe. Une grande incertitude n'en demeure pas moins, qu'il ne faut pas négliger d'autant qu'aucun âge à partir duquel un mineur devient apte à se déterminer, n'est expressément défini.

Dans d'autres pays européens, les législateurs ont pris le risque d'être plus explicites. Ainsi, aux Pays-Bas, tout mineur de plus de 16 ans dispose des mêmes droits qu'un adulte sur les informations médicales le concernant : il a la possibilité d'accéder à la totalité des documents constituant son dossier médical et même d'exiger la suppression totale de ce document.

Au Danemark, les parents du mineur comme le mineur lui-même ont la possibilité de consulter son dossier.

Les imprécisions de la loi laissent certes une marge de manœuvre intéressante aux praticiens à même de décider si un mineur, au vu de sa maturité et de son état de santé (tant physique que psychique), peut consulter son dossier. Mais l'absence de dispositions plus précises peut exiger des établissements publics de santé et de leurs dirigeants, des prises de décisions difficiles. A moins qu'un réflexe de recours systématique auprès de la CADA ne s'instaure au risque d'allonger largement les délais de communication que le législateur a voulu réduire au minimum.

Parmi les inquiétudes des professionnels de santé, celles des psychiatres apparaissent particulièrement sensibles tant leur spécialité touche au plus secret de la vie privée de leurs patients. Aussi convient il de revenir sur leurs difficultés.

3- Les spécificités de l'information médicale en psychiatrie

Au sein des informations psychiatriques, on distingue classiquement les données objectives des données subjectives.

Les données objectives correspondent au contenu minimal et réglementaire du dossier médical défini par l'article R.710-2-2 CSP modifié. Il s'agit d'éléments purement médicaux, symptomatiques et syndromiques. L'observation des comportements et attitudes du patient, le recueil de ses propos sont des données objectives participant à la démarche diagnostique tout comme l'électrocardiogramme est un élément objectif pour le cardiologue. Certes, la qualité du recueil de ces informations reste subjective mais comme dans toutes disciplines médicales, la médecine demeurant, depuis Hippocrate, un art. Le premier obstacle découle de la spécificité du soin psychiatrique qui s'intéresse au psychisme et aux troubles de la relation : les informations concernant les tiers sont donc la matière première du psychiatre et de son équipe. La mission psychiatrique implique le recueil objectif d'éléments objectifs concernant potentiellement des tiers. Donc, le résultat du travail de recueil de données objectives mené par le praticien est communicable quand concomitamment certains éléments objectifs recueillis ne le sont pas car concernant des tiers.... Par exemple, la nouvelle réglementation impose que figurent aux dossier la recherche d'antécédents et de facteurs de risques : informations concernant typiquement les tiers dans cette discipline.

Les données subjectives participent directement à la qualité et à la mémoire des soins sans être purement indispensables à la qualité strictement médicale du dossier. Il s'agit d'une part moins médicalisée du dossier mais une part vivante et concrète de la vie psychique du patient : affects, paroles, représentation, fantasmes ...du patient. Or le décret du 29 avril 2002 ne donne qu'une liste indicative d'éléments devant appartenir au dossier. Les informations supplémentaires que ce dernier peut contenir appartiennent-elles à la catégorie des éléments communicables ou non communicables ? Si on suit l'esprit du texte, il semblerait que seuls les éléments objectifs supplémentaires soient communicables mais rien n'indique clairement que les éléments subjectifs soient toujours non communicables.

Prenons l'exemple d'un patient qui explique sa détresse par le fait que sa mère trompait son père alcoolique qui s'est suicidé. Il s'agit d'éléments subjectifs ne pouvant pas disparaître dans le dossier médical sous peine de ne pas permettre le choix de la meilleure thérapie. Pourtant, si l'alcoolisme et le suicide du père sont des antécédents objectifs communicables, l'adultère ne l'est pas, car impliquant un tiers. Le recueil objectif de ces éléments subjectifs est indispensable aux praticiens alors même que leur statut légal reste incertain.

Or on ne saurait demander aux psychiatres de rédiger aujourd'hui son observation en fonction d'une future et hypothétique demande de communication par tel ou tel proche du

patient ou par le patient lui-même. La liberté du professionnel de santé s'en trouverait aliénée en contradiction même avec les principes déontologiques de base⁴⁴.

Une autre série de difficultés découle de la spécificité du dossier psychiatrique. En effet, les données d'un dossier psychiatrique sont des informations médicales au sens légal du terme, mais différentes de celles recueillies en médecine somatique. Dans ces disciplines, un dossier est principalement constitué d'éléments objectifs : même un doute sur un diagnostic est une information objective. Les éléments subjectifs pénètrent évidemment au sein de la relation médicale mais ne nécessitent aucune inscription au dossier. Or il en va tout autrement en psychiatrie. Pour cette raison, nombre de psychiatres appellent de leurs vœux la reconnaissance de la spécificité du dossier psychiatrique et la possibilité pour eux de communiquer ou pas les éléments subjectifs qu'ils ont collectés.

Ces derniers insistent sur le danger de la constitution de double dossier avec le risque que s'instaure une présomption de dissimulation. Un second risque pourrait être la réduction du contenu du dossier aux seuls éléments objectifs, la conséquence extrême de ce choix serait d'en revenir à la communication orale des informations aux partenaires de soins. Tout l'enjeu de ces interrogations sera de parvenir, établissement par établissement, à défaut de directives nationales, à structurer le dossier psychiatrique afin qu'il réponde à l'ensemble des contraintes qui s'imposent à lui : continuité des soins et informations des patients.

Enfin pour en terminer sur les innombrables questions que suscite la communication des dossiers de psychiatriques, un dernier point mérite d'être souligné. L'article L.1111-7 CSP prévoit qu' « *à titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risque d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur* ». Si le patient revient sur son refus d'accompagnement médical, après la saisine de la commission départementale, la communication de son dossier peut avoir lieu avec l'aide d'un médecin, le détenteur du dossier devant seulement en avvertir la commission.

⁴⁴ Les articles 5 et 8 du Code de déontologie médicale font interdiction aux médecins d'aliéner leur pratique et leur imposent de rester libres dans leurs prescriptions.

De plus on peut rappeler qu'il a déjà été jugé non souhaitable qu'un patient accède au document à l'origine de son hospitalisation c'est-à-dire la demande du tiers⁴⁵. Quelques aspects demandent à être précisés. Tout d'abord, ce dispositif d'accompagnement obligatoire ne joue qu'à titre exceptionnel et uniquement en cas de demande de consultation d'éléments recueillis lors d'une hospitalisation sous contrainte. Donc en cas d'hospitalisation libre, le dispositif de liberté de communication s'applique.

Ensuite, la proposition d'accompagnement ne doit jouer qu'à titre exceptionnel et ne pas devenir systématique dès lors qu'un patient a été hospitalisé sans son consentement. Aussi peut se poser la question suivante : à partir du moment où un patient a subi une hospitalisation sous contrainte, l'ensemble de son dossier peut-il donner lieu à une obligation d'accompagnement ? Les textes ne parlent que des éléments recueillis lors d'une telle hospitalisation mais sont-ils facilement isolables des autres informations ? Par exemple, les premières constatations du médecin ayant accueilli le patient aux urgences lui sont-elles librement communicables car l'hospitalisation sous contrainte n'a pas encore eu lieu ou font-elles déjà partie de cette procédure ?

Ces questions font partie du quotidien des professionnels de psychiatrie et chacun semble avoir sa propre interprétation des textes. Interprétation stricte : seuls les éléments inclus officiellement dans la procédure d'hospitalisation sous contrainte peuvent donner lieu à communication avec accompagnement médical obligatoire et toute autre demande de consultation reste libre. Interprétation défensive : dès lors qu'un patient a fait l'objet d'une hospitalisation non libre, la consultation de l'ensemble de son dossier sera assujettie à la présence d'un médecin de son choix.

Autant d'aspects qui demandent à être précisés rapidement afin que tout patient traité pour des troubles psychiatriques ait accès de la même façon aux informations médicales qu'il souhaite consulter.

L'ensemble des difficultés évoquées ci-dessus n'est que la résultante d'une application récente de la loi du 4 mars 2002. Il apparaît clairement que le caractère novateur de ce texte exige de chacun des professionnels concernés une période de production et d'appropriation de nouvelles procédures. Toutefois, la jurisprudence aura indéniablement à leur venir en aide pour harmoniser les pratiques administratives et médicales en cours.

⁴⁵ CAA Nantes, 7 octobre 1999, Mademoiselle X, précité.

Chapitre 2 : Un service médical amélioré : des impacts positifs attendus sur la qualité des soins hospitaliers

La loi du 4 mars 2002 est l'aboutissement de longs mois de débats notamment entre associations et professionnels de santé, ces derniers ayant fait part d'inquiétudes qui apparaissent, avec un peu de recul, moins fondées qu'elles ne le semblaient initialement (Section1). Par ailleurs, le texte en conférant un statut légal à l'obligation d'information a aussi permis de répondre à la demande formulée, à la fois par les soignés et les soignants de voir leurs droits et obligations réciproques précisés (Section 2). Et cela ne va pas manquer d'entraîner une accélération de l'harmonisation des dossiers médicaux dont le caractère disparate a été souvent dénoncé et ainsi devrait permettre d'améliorer la qualité du suivi médical (Section 3).

Section 1 : Des craintes plus ou moins justifiées

La société française, suivant en cela l'évolution des sociétés anglo-saxonnes, connaît actuellement une forte tendance à la judiciarisation de toutes ses composantes : le droit de la famille ou le droit médical en sont les meilleurs exemples. Aussi, lors des discussions sur le thème de la communication directe des informations médicales aux patients, de nombreux praticiens hospitaliers ont exprimé leurs craintes d'une multiplication des recours contentieux à leur encontre. A titre d'illustration, en 1999 (soit sous le régime de la consultation indirecte des dossiers médicaux), sur 4,5 millions de consultations et 1 million de journées d'hospitalisation enregistrées par l'AP-HP, 19 dossiers pénaux ont été enregistrés. L'accès facilité au dossier médical ne devrait, selon eux, qu'accroître sensiblement cette tendance et mettre en difficulté l'ensemble des personnels médicaux. De plus, dans le rapport publié par l'Académie de Médecine sur la loi du 4 mars 2002, cette dernière déplore qu'« *un texte législatif contribue à substituer une attitude consumériste de l'usager à la tradition hippocratique et humaniste de la médecine française* ».

Pourtant, lors de l'audition du conseil de l'ordre des médecins par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, ce dernier a clairement souligné que la majeure partie des litiges entre professionnels de santé et usagers résulte d'une incompréhension entre le malade et le praticien et qu'un dialogue plus approfondi aurait pu l'éviter. C'est ainsi qu'un sondage IPSOS réalisé à la demande du CISS a fait apparaître que 40% des personnes interrogées attribuaient à un manque important

d'information sur la maladie, le traitement ou leurs conséquences, les causes des dysfonctionnements dont ils ont été victimes.

Ce constat n'est pas nouveau car dès la fin des années 70, la commission Mac Aleese avait conclu à la responsabilité prépondérante d'un manque d'information à l'origine des poursuites engagées contre les médecins. Elle avait suggéré pour pallier cette carence de mettre en place un médiateur, en particulier dans les hôpitaux.

On peut aussi citer le Professeur Eric Fouassier, Docteur en droit et en pharmacie, membre du conseil de l'ordre des pharmaciens : *« il convient de ne pas succomber à la psychose judiciaire. Il est loin d'être certain que l'accès direct au dossier médical se traduise par une extension des recours contentieux. Il se pourrait même que le phénomène inverse se produise. D'une part, le contenu même du dossier médical suffira à répondre aux doutes et aux interrogations à la base d'une partie des recours contentieux. D'autre part, certains recours contentieux sont motivés par l'impression d'une rétention d'information, donc par le sentiment que certains éléments sont volontairement dissimulés ; le dossier médical pourra être source d'apaisement et de rassérènement de ce point de vue ».*

On peut de plus rappeler que les médecins restent toujours assujettis à une obligation de moyen et non de résultat.

Si actuellement on ne peut encore disposer d'aucune donnée chiffrée globale sur les conséquences contentieuses de l'accès direct aux dossiers médicaux, les premiers chiffres du DIM de Montauban montre que les principales causes de demande de dossier sont soit le besoin d'assurer un suivi médical (40 cas) soit les exigences d'une expertise pour une compagnie d'assurance (35 cas) nettement devant les demandes exprimées dans le cadre d'une procédure judiciaire ou administrative (16 cas). Ces premières données très localisées, et à prendre évidemment avec beaucoup de précaution, ne montrent aucune tendance contentieuse forte. Par contre, dans le même temps, le rapport 2002 de la CNIL signale un net recul des plaintes fondées sur les difficultés d'accès aux informations médicales.

Un autre point pourrait néanmoins s'avérer inquiétant : en permettant à tout demandeur d'avoir copie des pièces l'intéressant dans son dossier, il y a de forts risques pour que ces données soient demandées sous la pression d'une compagnie d'assurance ou, éventuellement d'un employeur. Ainsi on a pu voir se développer des pratiques inquiétantes via des questionnaires médicaux. Certains employeurs ont pu exiger des candidats sélectionnés qu'ils ne signent leur contrat de travail qu'après la remise de leur carnet de santé. Une quelconque affection du candidat durant sa petite enfance pourrait-elle porter préjudice à l'entreprise ? Il est très difficile ici d'empêcher un patient de

transmettre son dossier médical mais il doit le faire en toute connaissance de cause et être au fait des risques qu'il encourt, l'intégralité des éléments qu'il aura communiqués pourra se retourner contre lui.

Concernant les assurances, la jurisprudence considère depuis longtemps que le secret médical ne doit être invoqué que pour défendre un intérêt moral légitime et non dans le but de faire échec au code des assurances (articles L113-2 et L 113-8) qui impose à tout souscripteur d'assurance l'obligation, à peine de nullité, de fournir à l'assureur toutes les indications nécessaires à l'appréciation du risque⁴⁶. L'assuré ne doit donc pas s'opposer à la levée du secret professionnel dès lors que son opposition tend non à faire respecter un intérêt moral légitime mais à faire écarter un élément de preuve ou à faire échec à l'exécution de bonne foi du contrat.

On peut donc espérer que les communications d'informations médicales aux compagnies d'assurance seront liées à la nécessité de conforter la validité d'un contrat. Mais il est aussi probable que d'autres pratiques moins légitimes verront le jour. Il convient alors de rappeler que la politique de transparence menée à l'égard des informations médicales s'inscrit dans un mouvement de responsabilisation des patients soucieux d'une plus grande implication dans leur prise en charge médicale. Cette responsabilisation passe probablement par une protection accrue du secret médical par le patient lui-même.

D'autant que le secret médical a connu ces dernières années de notables évolutions. La CADA avait déjà admis qu'une épouse consulte le dossier médical de son conjoint plongé dans un coma profond⁴⁷. De même l'accès des ayants droit au dossier de leur parent est une entorse, depuis longtemps admise, au secret médical le plus absolu. Avec la consécration officielle du secret médical partagé au sein d'une équipe médicale, la loi du 4 mars 2002 n'a fait qu'entériner une pratique déjà ancienne et rendue plus présente avec la multiplication des réseaux de soins.

Une illustration de ce changement peut être trouvée dans l'apparition de la notion de personne de confiance. A l'origine, un avis du 12 juin 1998 émis par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) avait mis l'accent sur les difficultés, en certaines circonstances ou pour certaines personnes, de consentir valablement aux soins. Le CCNE avait donc proposé que toute personne puisse désigner d'elle-même un représentant chargé d'être l'interlocuteur des médecins au moment où elle serait hors d'état d'exprimer ses choix. Une autre proposition était d'instaurer une sorte d'aide au consentement pour les

⁴⁶ Cass., 17 novembre 1969, J.C.P., 1970, II, 16507, note R.Savatier.

⁴⁷ CADA, 20 octobre 1994.

personnes en perte d'autonomie ou celles n'ayant pas la force d'exprimer un consentement certain.

Depuis la loi du 4 mars 2002, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui sera consultée en cas où elle-même ne serait pas en d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information nécessaire à cette prise de décision. La personne de confiance peut accompagner le patient, si ce dernier le souhaite, dans ses démarches et entretiens médicaux afin de l'aider dans ses choix. De la sorte, la personne de confiance dispose par la volonté du patient de toutes les informations médicales personnelles le concernant. Et désormais, lors d'une hospitalisation, il doit être proposé au malade de désigner une telle personne. En cas de diagnostic ou de pronostic grave le secret médical ne s'opposera pas à ce que la personne choisie par le patient reçoive les informations destinées à lui permettre de le soutenir. Enfin, cette même personne peut être présente lors de la consultation du dossier médical par celui-ci.

Encore une fois cette dérogation au secret médical est légitime et bien venue mais c'est un nouvel affaiblissement d'un principe déontologique fort, mis en balance avec les exigences d'un autre principe, celui de transparence et du libre consentement très présent dans notre société de communication. C'est ainsi que l'Académie de médecine s'est déclarée « *profondément préoccupée par les diverses dispositions du texte législatif qui risquent de menacer le respect absolu du secret médical* ».

Mais la répercussion la plus négative occasionnée par les nouveaux droits du patient pourrait être la multiplication des dossiers ou plus exactement, le dédoublement du dossier médical avec d'un côté un dossier purement technique et objectif dépourvu de toute autre précision et un dossier personnel au thérapeute où seraient consignés ses notes personnelles, ses interprétations, ses hésitations ou ses doutes. Ainsi lors de l'enquête menée par l'IGAS, en 2001, les praticiens interrogés sur ce sujet avaient indiqué qu'en cas de libéralisation de l'accès des patients à leur dossier, ils seraient amenés à modifier leur mode de rédaction et le vocabulaire employé dans les documents qu'ils y intègrent. Certains d'entre eux avaient même indiqué qu'ils pourraient créer deux dossiers l'un pour le patient l'autre pour le suivi. Ils exprimaient ainsi la nécessité pour eux de tenir pour leur usage personnel un document peu différent de l'observation médicale actuelle afin de disposer d'un support mémoire alors que le document officiel serait plus succinct et à l'usage du patient. Mais outre que si le patient avait connaissance de l'existence de ce second dossier il pourrait y avoir accès puisqu'il s'agit d'un document nominatif, une telle hypothèse irait à l'encontre de l'esprit même de la loi qui est de conforter une relation de confiance entre patient et médecin.

Le conseil de l'ordre des médecins s'est exprimé très clairement sur ce sujet en déconseillant aux médecins de s'orienter vers un dossier « à deux vitesses ». Un dossier médical unique et clair lui apparaît préférable car il constitue un gage de qualité. Par ailleurs, il n'est pas souhaitable que certaines données médicales soient sorties du dossier au seul motif que le médecin estime qu'il n'a pas à les communiquer. Le Conseil réaffirmant à cette occasion que la clarté, la précision et le caractère scientifique de la réflexion médicale doivent permettre d'éviter toute réclamation.

Par contre, il est certain que la nouvelle réglementation va occasionner pour les professionnels de santé un surplus de travail, au moins dans un premier temps, afin de trier, classer et hiérarchiser les informations à conserver dans le dossier. Pour cela la connaissance des règles de composition et de communication de ces documents est un préalable incontournable. Afin de parvenir à une certaine homogénéisation des dossiers médicaux, les établissements vont rapidement devoir amorcer (si ce n'était pas encore le cas) une réflexion poussée sur leurs dossiers médicaux existants et à venir : comment trier avant communication les dossiers antérieurs à la loi ? Faut-il que chaque praticien se charge de ses dossiers ou mieux vaut-il qu'un médecin ayant la confiance de tous s'en occupe (c'est le choix qu'a fait le CHU de Toulouse avec la désignation de médecins correspondants hospitaliers ou le Centre hospitalier de Montauban en la personne du médecin DIM)?

Après la mise en place de protocoles et de procédures de rédaction et de composition des dossiers médicaux (qui demandera à tous du temps et du travail), la recherche d'informations pour chaque dossier en sera facilitée. Pour que cela soit possible, là encore, l'engagement de la direction au côté des médecins afin de mener ensemble ce travail difficile sera un symbole fort.

D'autant que la réflexion ainsi amorcée peut conduire dans un second temps à une mise en place plus aisée du dossier médical informatisé que le volume de documents à stocker par les établissements publics de santé rend inéluctable à moyen, voire court terme.

Finalement, les premières difficultés que semblaient poser la réforme occasionnée par la loi du 4 mars 2002 paraissent se révéler moins importantes que ce que présageaient certains professionnels de santé. On ne constate ainsi pas (encore) d'augmentation notable du contentieux à l'encontre des médecins, les atteintes au secret médical apparaissent acceptables au regard d'enjeux comme la nécessité de consentir en toute connaissance de cause. Restent des incertitudes sur l'attitude que pourraient adopter quelques praticiens pour se protéger.

Des dérives de ce type sont à combattre afin de ne pas anéantir ce que la loi du 4 mars 2002 laisse augurer de positif pour la qualité des soins et la relation médicale.

Section 2 : Un rééquilibrage de la relation médicale

Le statut législatif conféré à l'information médicale intervient à un moment difficile pour les praticiens dont les obligations en ce domaine ont été considérablement alourdies ces dernières années par une jurisprudence très évolutive. Les nouveaux textes en clarifiant ces éléments veulent aussi promouvoir une plus forte communication entre professionnels de santé et replacer la confiance au sein de la relation médicale. Mais une telle volonté ne pourra se concrétiser que par une responsabilisation accrue des patients et un réel changement culturel des praticiens.

1- Une jurisprudence relative à l'information médicale devenue très contraignante

Afin de resituer le nouveau statut de l'information médicale, il convient de rappeler ici que ce principe, protecteur des patients, a toujours eu un fondement déontologique même si la jurisprudence lui a donné depuis longtemps ses structures fondamentales. On l'a vu, le code de déontologie médicale en son article 35 précise que l'information délivrée par le médecin doit être « *claire, loyale et appropriée* ». De même la charte du patient hospitalisé invite le médecin à donner « *une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous ses patients* ». L'article L.1111-2 CSP en reprenant ce droit du patient à être informé, lui donne désormais valeur légale tout en refusant, conformément aux inflexions jurisprudentiels survenus en 2000, d'aller au-delà de la solution que la déontologie médicale reconnaissait déjà.

Par principe tout acte médical est subordonné au consentement libre du patient. Or avant le revirement opéré par la Cour de Cassation dans son arrêt en date du 7 octobre 1998, le juge considérait qu'un médecin ne devait informer son patient que des risques habituels attachés aux soins envisagés. Le revirement de 1998 a mis fin à ce principe trop largement dépendant de la volonté des médecins en décidant que ces derniers devaient informer leur malade sur tous les risques « *et qu'ils n'étaient pas dispensés de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement* »⁴⁸. Pourtant cette position a été nuancée par trois arrêts rendus en 2000. Les magistrats se sont montrés très réticents à engager la responsabilité du médecin pour ne pas avoir réussi à convaincre un patient du danger de l'acte médical qu'il sollicitait⁴⁹. Dans le même esprit les hauts magistrats ont accepté qu'un psychiatre ait

⁴⁸ Cass. Civ. 1^{ère}, 7 octobre 1998, J.C.P., 1998, II, 10179.

⁴⁹ Cass.Civ.1^{ère}, 18 janvier 2000, Bull.civ.I, n°13, p.8.

limité l'information sur un pronostic grave dès lors que l'intérêt du patient le justifie⁵⁰. Enfin dans l'arrêt Hédreul du 20 juin 2000, il a été décidé que si le praticien se doit d'informer le patient des risques inhérents à son traitement, ce dernier ne peut demander réparation du fait qu'il n'a pas été informé dès lors que, quand bien même il aurait été averti des risques, il est improbable qu'il ait refusé l'intervention⁵¹.

Afin de ne pas trop alourdir le risque contentieux pesant sur les médecins dont les choix se révèlent souvent difficiles à faire, les juges judiciaires ont diminué l'ampleur de l'information que les patients sont en droit d'attendre, tout en maintenant l'obligation d'information en matière de risques exceptionnels. Le juge administratif n'a d'ailleurs pas tardé à suivre sur ce point son homologue. Après avoir lui aussi cantonné l'obligation d'information aux dangers prévisibles, les hauts magistrats l'avaient étendue aux risques exceptionnels par deux arrêts rendus le 5 janvier 2000⁵². Mais la loi du 4 mars 2002 est venue contrecarrer cette jurisprudence extensive en limitant l'information à délivrer « *aux risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent* »⁵³.

Le législateur a donc choisi de ne pas imposer aux médecins de détailler l'ensemble des risques qui pourraient survenir suite aux soins envisagés, donnant en cela raison à ceux craignant qu'une telle énumération ne dissuade certains malades de se soigner.

Concernant la preuve de la délivrance de l'information, pendant longtemps, il a incombé au patient de l'apporter, ce qui se révélait souvent très difficile voire impossible pour lui. Or le juge judiciaire par sa décision du 25 janvier 1997⁵⁴ puis le juge administratif en 2000 sont revenus sur ce principe en posant qu'il incombe désormais au praticien de faire la preuve de l'exécution de son obligation d'information en vertu de l'article 1315 du code civil selon lequel : « *celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation* ». La loi du 4 mars 2002 a repris ce principe en introduisant l'article L.1111-2 alinéa 7 CSP qui précise que la preuve demandée peut être rapportée par tous moyens. Les médecins risquent pour cela d'avoir à se munir d'une preuve écrite attestant de l'information communiquée au patient, même si leur conseil de l'ordre ne s'est jamais déclaré favorable à une telle solution, un dialogue constructif et confiant devant permettre d'éviter le recours

⁵⁰ Cass.Civ.1^{ère}, 23 mai 2000, Bull.civ. I, n°159, p.103.

⁵¹ Cass.Civ.1^{ère}, 20 juin 2000, Bull.civ. I, n°193, p.125.

⁵² CE, 5 janvier 2000, AP-HP contre Guilbot et Consorts Telle contre Hospices Civiles de Lyon, RDSS, 2000, 357.

⁵³ Article L.1111-2 alinéa 1 CSP.

⁵⁴ Cass.Civ.1^{ère}, 25 janvier 1997, Bull.civ.I, n°75.

à ces précautions purement formelles (en effet, la signature d'un document ne signifie nullement qu'il a été compris...).

La communication du dossier médical aux patients en faisant la demande, n'est donc conçue que comme une prolongation de cette obligation d'information a priori, corollaire indispensable du consentement aux soins.

En effet, la nouvelle législation ne vise pas tant à renforcer l'importance de l'écrit dans la relation médicale qu'à rappeler le rôle de l'échange oral entre médecin et patient afin d'éviter que ce dernier n'en arrive à réclamer son dossier pour connaître ce qu'il a la sensation qu'on lui cache. Le recours aux dispositions de cette loi de modernisation ne sera effectif que lorsque la bonne information n'aura pas été délivrée durant les soins.

2- Une incitation à l'enrichissement de l'information médicale orale

Les recommandations pour la pratique clinique que l'ANAES a formulées en ce sens, il y a quelques années, sont plus que jamais d'actualité. L'agence rappelle le rôle central de cette information qui doit éclairer le patient sur son état de santé, lui décrire la nature et le déroulement des soins et lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause. L'information, actualisée dès que besoin, est un élément central de la relation de confiance unissant le médecin à son patient qui peut ainsi pouvoir contribuer activement aux soins. Outre les réponses aux questions posées, tout praticien doit prendre en compte la situation de chaque personne pour l'informer sur son état et son évolution prévisible, la description et le déroulement des examens, leur objectif et leur utilité, leurs conséquences ou inconvénients, leurs complications ou risques éventuels, les précautions recommandées aux patients...

Cette information délivrée oralement (éventuellement avec l'aide de supports écrits), doit être hiérarchisée, et reposer sur des données validées. Sa présentation doit exposer les bénéfices attendus avant les risques et permettre une bonne compréhension. Ces explications nécessitent l'instauration d'un dialogue et une grande disponibilité des professionnels. Selon les experts de ce domaine, l'information écrite est un bon complément de l'information orale qui demeure, elle, incontournable, le dossier médical devant porter la trace des éléments transmis au patient afin de permettre à l'équipe soignante d'en prendre connaissance.

C'est dans cet esprit que le Docteur François Aubart, président de la coordination médicale hospitalière, se place quand il affirme : « *la base documentaire que constitue le dossier médical doit être affirmée comme profondément indissociable, indivisible de l'information orale entre le médecin et le malade. Cette information loyale, véritable*

langage de médiation, doit permettre le partage des informations sur la base de la compétence, l'explicitation des avantages thérapeutiques avant l'explicitation des risques éventuels ».

Ce colloque singulier où le médecin écoute autant qu'il explique, où sont partagés les doutes et les conseils doit fonder une relation de confiance partagée. Sur cette base, le dossier médical ne sera pas un document étranger au patient mais un lieu de formalisation et d'analyse de ce dialogue. L'enjeu de la réforme est bien de resserrer les liens entre praticien et malade et non de créer un climat de suspicion où tout patient serait un plaideur en puissance, bien au contraire, l'information orale doit sortir renforcée de cette réforme. Il est utile ici de rappeler que dans la plupart des cas les demandes sont motivées par la volonté de savoir et non par une quelconque volonté contentieuse. Autoriser aux patients l'accès direct (voire la copie) à leur dossier leur impose en retour d'en être les gardiens vigilants.

3- Une responsabilisation accrue des patients

Les associations d'usagers du système de santé ont longtemps milité pour permettre à tout citoyen d'accéder sans obstacle à son dossier médical afin de lui donner un véritable statut d'acteur dans la démarche de soins. Cette lutte contre une forme d'infantilisation du malade dans une relation conçue comme asymétrique, a entraîné l'extension de l'obligation d'information incombant aux praticiens et la libéralisation de l'accès aux dossiers médicaux. Cette évolution des mentalités ne saurait toutefois se faire sans un important développement de la culture médicale. A défaut, les patients « rompus » au vocabulaire médical pourront comprendre les documents médicaux qu'on leur communique, d'autres devant l'hermétisme des termes demanderont l'aide d'un praticien, les derniers risquant de mal interpréter ces données ce qui en dernière extrémité peut conduire au contentieux, à l'opposé du but avéré de la loi. Il est important ici d'insister sur le fait qu'un droit s'accompagne toujours de devoirs et que pouvoir accéder à son dossier médical implique que les patients auront un travail d'éducation et de compréhension à mener pour que la relation médicale ne soit pas compromise par un excès de volonté de tout savoir.

Un autre écueil de la réforme est à éviter par la sensibilisation des personnes exerçant leur droit d'accès, au caractère strictement personnel des informations de santé communiquées. Ici les professionnels et établissement de santé doivent veiller à ce que les modalités d'accès au dossier assurent la préservation indispensable de la confidentialité vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...). Parallèlement, le patient doit être conscient des risques d'un usage non maîtrisé de son

droit d'accès notamment via les sollicitations de tiers non habilités à réclamer ces informations.

Si les patients ont obtenu un rééquilibrage de la relation médicale, il leur incombe donc de protéger leur dossier médical afin que leur position plus équitable face aux professionnels de santé n'ait pas pour contrepartie leur fragilisation en dehors de la sphère médicale. Les spécialistes des maladies psychiatriques, vénériennes ou héréditaires sont particulièrement inquiets des dérives pouvant survenir une fois qu'ils auront donné copie de « leurs dossiers ».

La réforme introduite par la loi du 4 mars 2002 peut finalement être appréhendée comme un acte fort favorable à la fois aux patients, mieux informés et responsabilisés et aux médecins dont les obligations en matière d'information sont précisées. Des conséquences qualitatives sur le dossier médical lui-même sont appelées à court terme à se concrétiser.

Section 3 : L'amélioration de la qualité des dossiers Patients

Lors des auditions que les parlementaires ont menés pour la préparation du texte qui deviendra la loi du 4 mars, il a été souligné que la qualité variable des dossiers médicaux était devenu un sujet de préoccupation majeure. Les experts auditionnés à cette occasion se sont accordés pour dire que le droit d'accès direct à son dossier constituerait une forte incitation à l'amélioration de la qualité de ces documents. Le mécanisme d'accréditation mis en place en 1996 devrait permettre une évaluation complète de cet aspect.

1- La standardisation des dossiers médicaux, une évolution nécessaire

L'enquête menée en 2001 par l'inspection générale des affaires sociales a dressé un panorama inquiétant de la tenue des dossiers médicaux en France.

En effet, la rédaction de document aussi basique que l'observation médicale, est très variable d'un professionnel à un autre. Ainsi, si la date de l'examen est le plus souvent indiquée, ce n'est pas le cas pour l'identification de l'auteur et de sa fonction. Or l'absence de cette dernière mention peut priver un autre médecin appelé au chevet du même patient, d'une partie des informations lorsque des diagnostics sont évoqués ou des examens complémentaires demandés. Concernant les examens de laboratoire, de nombreux documents ne sont pas signés ce qui pose le problème de la responsabilité des responsables de ces services qui fournissent des résultats exploités sans validation. Pour

les prescriptions et leur modification, l'identification de leur auteur est souvent manquante ce qui contrevient aux règles de base de la prescription. Il arrive même qu'un dossier aussi sensible que le dossier transfusionnel soit manquant ou incomplet (absence de l'information écrite du patient sur l'administration de produits sanguins labiles, par exemple).

Il a de plus été constaté que le dossier de soins infirmiers, seul document permettant de connaître la vie du patient, en continu, dans le service, est très diversement composé. La mission a pu noter que les comptes rendus d'hospitalisation varient beaucoup d'un établissement à l'autre, certains utilisant des canevas à compléter, d'autre laissant toute liberté au praticien. Certains dossiers mentionnent l'identité du médecin référent, la date de la prochaine consultation quand d'autres ne précisent même pas l'identité du signataire. Les inspecteurs prennent même l'exemple d'un dossier composé d'une quinzaine de sous-dossiers où aucune synthèse n'est présente : toutes les exigences réglementaires remplies, la lecture et la compréhension du document se sont révélées très complexes.

Sur tous ces points, il est indéniable qu'une évolution voire une révolution, va devoir s'opérer rapidement. En effet, la nouvelle réglementation est très précise sur les indications à porter sur tout acte ou prescription médicale. Ainsi, chaque pièce du dossier doit être datée et comporter l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que celle du professionnel de santé qui a produit ou recueilli les informations. Les prescriptions médicales doivent quant à elles être horodatées et signées lisiblement (article R.710-2-3 CSP modifié). Ces dispositions ne sont qu'un rappel puisque l'article 76 du code de déontologie médicale prévoyait déjà que « *tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement, en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui* ». Un praticien engagerait sa responsabilité dans l'hypothèse où une erreur serait commise en raison d'une prescription mal écrite. Ce fut le cas à propos d'une prescription de 25 gouttes écrites « XXV gtes »⁵⁵. Or actuellement, dans les établissements hospitaliers, ces mentions ne sont que partiellement présentes comme a pu le signaler la mission IGAS.

Toute une pratique professionnelle reste donc à bâtir dans les services pour ramener les dossiers aux seules pièces pouvant à la fois justifier de la qualité des soins (et permettre leur suivi) et imposer l'apposition des mentions légales sur ces mêmes

⁵⁵ Angers, 11 avril 1946.

documents. Il convient qu'un dossier recèle l'ensemble des documents rendus obligatoires par la loi mais sans redondance, dans un esprit synthétique afin d'en faciliter la communication. L'objectif est bien de conserver toutes les pièces utiles à la santé d'un malade, sur toute sa vie, de les classer de manière à les rendre aisément consultables à la fois par le médecin qui les a établies, mais aussi par celui qui aurait à reprendre le traitement ou à traiter une autre pathologie⁵⁶.

La place nouvelle donnée par le législateur à l'information médicale est aussi une incitation à l'amélioration des pratiques et des relations entre professionnels, entre médecine spécialisée et médecine générale, entre médecine hospitalière et médecine de ville. L'obligation de joindre la lettre du médecin à l'origine de la consultation ou de l'hospitalisation et d'informer ce dernier, par écrit, de la date et de l'heure de l'admission de son patient traduit cette volonté.

Pour remplir sa seconde mission, celle d'information, le dossier devra être clair et de lecture aisée. Si le patient entretient quelques arrières pensées judiciaires, c'est par cette communication qu'il pourrait recueillir des preuves susceptibles de mettre en cause la responsabilité du médecin. Il sera donc primordial tant sur le fond que sur la forme de veiller à ce que le dossier soit d'une approche plus facile pour le patient (afin d'éviter tout malentendu). Pour que le dossier médical soit un véritable miroir reflétant une vision objective de la réalité, la rigueur et la qualité de sa tenue devront s'améliorer car, on l'a vu, des efforts sont encore à faire sur ce point.

Chacune des fonctions du dossier médical comporte un rappel à l'importance de la dimension qualitative du dossier médical : outil de suivi du patient, il doit être complet et synthétique, outil d'information, il doit être clair et aisément compréhensible. Ces impératifs sont des éléments forts de l'évaluation de la qualité de ce document.

2- L'évaluation de la qualité des dossiers médicaux

L'évaluation de la qualité du dossier médical est devenue une obligation dès la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. L'ANDEM avait proposé dans ce cadre une méthode d'évaluation de la tenue du dossier du malade basée sur deux questionnaires l'un concernant le dossier médical et l'autre le dossier de soins infirmiers, chacun composé de 30 à 40 questions. Le questionnaire sur le dossier médical tentait de

⁵⁶ L'ANAES vient de publier en septembre 2003, un nouveau document intitulé « le dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations », afin d'aider les professionnels hospitaliers à améliorer la qualité des dossiers médicaux en vue de l'accréditation.

cerner l'accessibilité et la présentation du dossier et la qualité des informations médicales, le dossier de soins infirmiers était quant à lui analysé sous cinq angles différents : la présentation du dossier, les éléments de l'état civil et social, les informations et prescriptions médicales, l'exécution des prescriptions médicales et les soins relevant du rôle propre de l'infirmière.

Avec la nouvelle réforme hospitalière amorcée en 1996, un nouveau cadre d'évaluation de la qualité a été posé : l'accréditation. S'agissant du dossier du patient, l'ANAES (qui a alors remplacé l'ANDEM) précise que le dossier patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins. La gestion des dossiers doit donc reposer sur une bonne organisation, des responsabilités définies et l'enregistrement au quotidien par tous les professionnels des informations pertinentes. On voit bien ici que si ces exigences sont antérieures à la loi du 4 mars 2002, leur portée n'en a été que renforcée par la nouvelle possibilité offerte aux patients de consulter directement leur dossier. Pour les directions d'établissement, l'impératif de mettre en place des procédures claires de circulation de ces dossiers n'est donc pas une réelle nouveauté mais la pression que suscite sur cet aspect les nouveaux droits du patient et les critères de l'accréditation ne font que rappeler cette obligation.

En effet, le référentiel concernant le dossier patient comporte sept références pour évaluer leur qualité :

- L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité (continuité des soins, regroupement d'informations protection de la confidentialité, organisation de l'accès au dossier par les patients).

Cette nécessité d'une politique de l'établissement en faveur d'une gestion administrative et médicale optimale des dossiers médicaux est encore soulignée par la réforme récente.

- La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et professionnels concernés : la difficile mise en place de procédure de communication directe de leur dossier au patient ne peut se faire sans la collaboration de tous les acteurs du monde hospitalier.
- Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au règles de confidentialité : il est évident que dans le cadre de la communication des dossiers médicaux aux demandeurs, le personnel administratif n'a pas accès aux informations médicales confidentielles d'où se pose le problème du choix du personnel habilité à faire les copies des documents demandés.

- La tenue du dossier permet une gestion fiable des informations : on retrouve ici la difficulté pour authentifier l'ensemble des documents médicaux compris dans le dossier patient. C'est donc ici un important travail d'information et de « persuasion » du personnel médical et paramédical qu'il faudra mener.
- Le contenu du dossier permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité : faire une synthèse des éléments contenus dans un dossier est un réflexe que chacun devra acquérir dans un souci de continuité et de qualité des soins.
- La gestion du dossier est organisée de façon à assurer l'accès aux informations. Ici la responsabilité en incombe au personnel administratif plus particulièrement compétent dans la gestion des flux de dossiers qui cependant ne pourra être optimale sans la collaboration du corps médical et soignant.
- Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue : l'accréditation n'est qu'une étape d'un processus continue d'amélioration de la qualité.

A travers la grille d'évaluation proposée en vue de l'accréditation, toutes les dimensions constitutives d'un dossier médical sont analysées : accessibilité, circulation, composition et qualité du contenu. Le dossier médical est véritablement considéré comme un élément essentiel de la qualité de la prise en charge et de l'information du patient. Le souci de sa bonne tenue va devoir, aujourd'hui plus que jamais, s'imposer à tous les praticiens imprégnés des nécessités de l'évaluation et de la communication des dossiers médicaux.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades est assurément un texte novateur par la reconnaissance qu'il accorde aux patients et à leurs droits. Comme toute réforme d'envergure, son application va nécessairement passer par une phase d'expérimentation afin de résoudre les questions tant logistiques que juridiques ou culturelles, qu'elle ne manque pas déjà de susciter. Pourtant si tous les acteurs hospitaliers se mobilisent autour de ce thème, ce texte pourrait être la source d'une amélioration du suivi des patients à la fois par une meilleure tenue des dossiers et par la possibilité d'en obtenir copie.

Depuis plusieurs années, le Centre Hospitalier de Montauban s'est engagé dans une démarche dynamique de gestion de ses archives médicales, aussi la loi du 4 mars 2002 n'y a-t-elle pas été ressentie comme un bouleversement des pratiques existantes.

TITRE III : L'EXEMPLE D'UNE POLITIQUE ACTIVE DE GESTION DES DOSSIERS MEDICAUX : LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN

La principale caractéristique du Centre Hospitalier de Montauban est certainement la variété des soins (tant MCO que psychiatriques) qu'il propose à la population du Tarn et Garonne (206 000 habitants au dernier recensement).

En effet, le CHM comprend 278 lits et places de MCO répartis comme suit :

- 167 lits et places de médecine (neurologie, cardiologie, gastro-entérologie; pneumologie, pédiatrie, rhumatologie...);
- 8 lits de néonatalogie;
- 12 lits de réanimation ou de surveillance continue;
- 66 lits de chirurgie;
- 25 lits de gynécologie obstétrique.

Le service de moyen séjour/ rééducation fonctionnelle compte 85 lits dont 20 lits d'hospitalisation de semaine et 5 places d'hospitalisation de jour.

L'établissement est chargé pour l'ensemble du département de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. Les soins délivrés à ces derniers sont organisés sur la base de trois secteurs Adulte d'une capacité totale de 261 lits et places dont 49 places d'hospitalisation de jour et 8 d'hospitalisation de nuit. Par ailleurs fidèle à la tradition d'intégration des patients souffrant de pathologies psychiatriques dans la société, le centre hospitalier dispose de nombreuses antennes disséminées dans tout le département. Depuis peu, deux appartements thérapeutiques ont vu le jour sur Montauban. Pour sa part, la psychiatrie infanto juvénile est dotée de 8 lits d'hospitalisation complète et de 36 places d'hospitalisation de jour. Mais du fait la spécificité de la population à traiter, l'activité de ce service est essentiellement tournée vers les consultations et les ateliers thérapeutiques ou centres d'accueil de jour.

D'autre part, le CHM dispose de 30 lits de long séjour et de 166 lits de maison de retraite dont 33 lits en maison de retraite spécialisée.

Enfin, le service d'accueil des urgences (SAU) qui a comptabilisé en 2002 plus de 23 000 passages, comporte 6 boxes de surveillance de très courte durée.

L'ensemble de ces services est complété par une importante activité de consultation y compris dans les secteurs ne disposant pas d'unité d'hospitalisation (ophtalmologie, dermatologie...).

Près de 1300 personnels non médicaux et 130 médecins concourent à la délivrance des soins au sein de l'établissement ou dans ses services extra muros.

Le centre hospitalier (C.H.) a ainsi comptabilisé en 2002 près de 14 000 entrées en hospitalisation de court séjour (soit 71 688 journées) et 894 admissions en moyen séjour et rhumatologie (soit près de 15 000 journées). Parallèlement, les secteurs de psychiatrie Adulte ont enregistré 3622 patients pris en charge en ambulatoire, 388 à temps partiel et 1299 patients hospitalisés. Dans les services de long séjour et d'hébergement, 62 926 journées ont été effectuées en 2002.

A tous ces chiffres, il faut rajouter les 41 744 consultations externes recensées en 2002. Or à ces données se rattache un nombre presque aussi important de dossiers soit à créer par les services de soins soit à rechercher par le service des Archives. Il y a donc ici une importante gestion des flux à organiser.

L'établissement a fait le choix il y a quelques années de centraliser ses archives médicales dans un service particulier afin de supprimer les archives de service. Cette structure est désormais en charge du difficile travail de communication (interne et externe) des dossiers médicaux, en liaison avec la Direction de l'établissement.

Si la réforme introduite en 2002 n'a pas soulevé de gros problèmes d'organisation, cette transformation en douceur est à mettre au crédit de la mise en place dès 1998 du Dossier Patient Unique (DPU) (chapitre 1). Toutefois, la qualité devant être conçue comme un processus d'amélioration continue, le système actuel est appelé à se perfectionner (Chapitre 2).

Chapitre 1 : La mise en place du Dossier Patient Unique

Comme tous les établissements publics de santé, le Centre Hospitalier de Montauban a vu son volume d'archives médicales augmenter de façon anarchique au sein des services de soins au point qu'il se révélait parfois difficile de retrouver un dossier ou de transmettre des éléments permettant un suivi médical à un autre service de l'établissement ou lors du transfert du patient. C'est ainsi que l'idée de collecter dans un document unique et hiérarchisé l'ensemble de ces informations est née. Toutefois, au vu de la particularité de l'organisation et de l'activité des secteurs de psychiatrie ces derniers n'ont pas été inclus dans la première expérience de DPU (section 1). Grâce à ce travail de sensibilisation des praticiens de l'établissement, la mise en place des circuits de communication des dossiers patient n'a pas causé à ce jour de grandes difficultés (section 2).

Section 1 : Genèse et gestion des flux de DPU

Les travaux menés par l'établissement ont permis l'adoption d'un système efficace de gestion de ses dossiers médicaux afin d'allier circulation des informations et suivi de leur qualité.

1- L'organisation et le circuit du DPU : un système complexe

Dans les résultats de son enquête, l'IGAS remarquait que : « *seul le centre hospitalier de Montauban a réussi à mettre en place, pour les dossiers des services actifs (médecine – chirurgie et gynécologie obstétrique) un dossier médical unique* ».

En effet depuis le 2 mars 1998, les dossiers de service ont disparu au profit d'un dossier unique par patient regroupant tous les documents relatifs à ses différents passages dans l'établissement : hospitalisations, consultations externes, examens biologiques ou radiologiques, passages aux urgences. Ainsi chaque fois qu'une personne a besoin de soins au sein de l'établissement son dossier est abondé des résultats obtenus lors de leur délivrance. Désormais tous les services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) ainsi que les services de moyen et long séjour utilisent le même document.

Dès sa création chaque DPU est indexé avec le mois et le jour de la naissance du patient ainsi que l'année de sa dernière hospitalisation. Ainsi par exemple, Monsieur Martin Jean né le 11 février 1940 et hospitalisé en 1997, aura un dossier portant le chiffre 11 suivi du signet de couleur jaune (pour le mois de février) complété de l'indication 1997.

Ce dossier se compose pour les hospitalisations d'une chemise cartonnée sur laquelle figurent les éléments d'identification du patient ainsi que le récapitulatif de ses différents séjours, renseignés au fur et à mesure. Une colonne est aussi prévue pour indiquer au DIM si chaque séjour a fait l'objet d'une saisie PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).

Les éléments contenus dans cette pochette sont divisés en huit rubriques distinctes, chacune classés par ordre chronologique décroissant :

- Correspondance ce qui inclut les lettres du (et au) médecin traitant, les comptes rendus d'hospitalisation, les comptes rendus de consultation externe. Il est rappelé aux praticiens que l'ensemble de ces documents doit être signé. Pour le service de pédiatrie, une page récapitulative des hospitalisations figure en complément.
- Observations médicales : par exemple, le service de neurologie fera figurer ici les évaluations de la marche, la cotation de l'état du patient sur l'échelle des accidents vasculaires cérébraux, la cotation de l'état d'avancement d'une sclérose en plaque ou le bilan de motricité....

- Consultations internes ;
- Bloc opératoire : sont ici classées les feuilles de consultations pré anesthésiques, les feuilles de surveillance anesthésique, les comptes rendus opératoires et les comptes rendus d'anatomo-pathologie.
- Laboratoire : doivent y figurer les résultats (signés) des examens biochimiques, bactériologiques, virologiques, parasitologiques et hématologiques.
- Comptes rendus d'explorations : cette rubrique contient les interprétations des examens d'imagerie médicale, d'endoscopie et d'explorations fonctionnelles.
- dossier de soins infirmiers (feuille de température, fiche d'alimentation, fiche diabétique, fiche d'évaluation de la douleur ou de l'autonomie...), dossier obstétrical (surveillance nourrisson, fiche nouveau-né) et dossier transfusionnel :
- autres : cette dernière partie renferme des documents de nature plus juridique tels les autorisations de soins, les certificats médicaux, les documents relatifs aux accidents du travail, les prises en charge à 100% et les documents administratifs.

Une pochette grand format contient le dossier radiologique regroupant tous les clichés issus des techniques d'imagerie médicale (scanner, IRM...) conservés dans leur enveloppe de protection et portant des mentions obligatoires (service, date, nature du cliché). Le classement doit être chronologique par ordre décroissant. C'est le dossier le plus encombrant et le plus fragile. Les comptes rendus figurant dans le dossier d'hospitalisation, sa manipulation n'est pas automatiquement requise.

Ces deux dossiers (hospitalisation et radiologique) sont suspendus, pendant l'hospitalisation du patient, sur le chariot de visite du service. Au moment de la sortie du patient, pendant le temps de rédaction des documents finaux, ces dossiers sont conservés dans le secrétariat du service.

Pour les dossiers d'hospitalisation les plus encombrants, un dossier de toilettage est ouvert : il contient tous les documents volumineux (type tracés d'électrocardiogramme ou d'électro-encéphalogramme). Ce dossier ne sortira plus de l'unité de gestion des dossiers médicaux (UGDM), seuls les documents qu'il contient peuvent être consultés sur demande expresse du service.

Enfin, les documents établis lors des consultations externes sont regroupés dans un dossier séparé de celui concernant les hospitalisations mais conservé dans le DPU. Lors de l'hospitalisation du patient, le contenu de ce dossier « consultations externes » est intégré dans le dossier médical.

Les services ont obligation à la sortie du patient de trier le contenu du dossier avant de le rendre à l'UGDM: les documents obligatoires ou pertinents pour le suivi du

patient sont conservés dans le DPU ; les tracés, les résultats volumineux de certaines explorations (EEG, EMG...) sont placés dans le dossier de toilettage. Les documents inutiles doivent définitivement disparaître : sont considérés comme tels les feuilles vierges, les feuilles n'apportant aucune information (prélèvement coagulé par exemple), les bilans biologiques intermédiaires, les résultats d'examens en plusieurs exemplaires, les documents médicaux (ou non) appartenant au patient, amenés par lui et non réalisés pendant son séjour (à rendre à ce dernier en fin de séjour).

Le Centre Hospitalier de Montauban ayant une unité de soins à la maison d'arrêt du département (l'Unité de Consultation en soins ambulatoires), chaque détenu a un dossier médical propre. En cas d'hospitalisation, le médecin de l'UCSA effectue un tri des éléments pertinents à insérer dans le DPU créé à cet effet.

En fin de détention, le dossier médical du patient est transmis par navette, sous enveloppe fermée, à l'UGDM. Ce dossier sera conservé dans une armoire sécurisée.

L'UGDM ou « les archives » selon les termes du personnel de l'établissement, est le centre névralgique du circuit des dossiers médicaux. Situé au sous-sol de l'établissement, ce service de 200 m² se compose d'une zone d'accueil, d'une zone de gestion des mouvements, d'une zone « radio » et d'une zone « papier ». Il est placé sous la responsabilité du médecin du DIM. Deux agents à temps plein et un agent à mi-temps ainsi qu'une secrétaire médicale à temps plein travaillent avec lui.

Ces agents sont en charge des flux de dossiers au sein de l'établissement, et désormais en dehors de celui-ci comme nous le verrons un peu plus loin. Deux systèmes de distribution des dossiers existent parallèlement afin de faire face à toutes les sollicitations même hors des heures d'ouverture de l'UGDM (8h00-18h00).

Dès la saisie d'une entrée au bureau des admissions de l'établissement, s'édite automatiquement une liste de dossiers à fournir par unité fonctionnelle. Si l'hospitalisation est enregistrée entre la veille 14h30 et le lendemain 8h30, le dossier sera distribué avant 13h. Par contre si l'entrée n'est signalée qu'entre 8h30 et 14h30, le dossier sera fourni avant 17h.

Pour les hospitalisations programmées, les consultations ou les admissions aux urgences, les demandes se font par mail (pour en garder une trace écrite) ou par téléphone (en cas d'urgence) auprès de l'UGDM. La distribution interviendra dans la demi-journée suivante ou en cas d'urgence le service demandeur peut venir le récupérer auprès des archives.

Dans l'hypothèse d'une demande en dehors des heures d'ouverture ou le week-end, le service peut détacher un de ses personnels formés au mode de classement des dossiers, pour récupérer le ou les dossier(s) indispensable(s). Il lui suffira de compléter un registre prévu à cet effet en consignnant : la date et l'heure de l'emprunt, le nom de l'emprunteur et

de son service, les noms, prénoms, date de naissance et code du patient, le type de dossier emprunté (hospitalisation, consultation ou radiologie) et le motif de la demande.

Les retours de dossiers s'effectuent au moment de la nouvelle distribution (deux par jour). En cas de retard (soit au-delà de huit jours après la sortie du patient), l'UGDM adresse une liste des dossiers manquant au service. De tels retards surviennent essentiellement du fait des secrétariats qui n'ont pas le temps de rédiger les derniers documents nécessaires pour compléter le dossier.

En cas de prêt de DPU entre service, le service prêteur devra soigneusement classer et toiletter son dossier, noter le numéro de l'UF (unité fonctionnelle) du demandeur qui le récupérera lui-même.

L'ensemble de cette organisation a fait l'objet d'évaluations régulières qui ont conduit à l'affiner. Ainsi, la consigne est désormais de toiletter systématiquement le dossier de soins infirmiers et la rubrique Laboratoire. Mais il faut bien remarquer que ce réflexe n'est pas encore toujours acquis et que l'UGDM doit régulièrement renvoyer dans les services les dossiers trop volumineux pour en demander le nettoyage.

C'est grâce à une politique d'évaluation périodique et systématique que ce constat a pu être fait.

2- Une évaluation régulière de la tenue des dossiers

Le département des archives médicales a basé sa politique d'évaluation des dossiers médicaux sur trois aspects. Tout d'abord sont conduites des études ponctuelles sur le degré de satisfaction des secrétariats médicaux quant à la qualité des services rendus par l'UGDM. Globalement, il ressort des réponses obtenues un réel climat de satisfaction quant à l'organisation mise en place, notamment grâce aux réajustements régulièrement apportés.

En parallèle, des audits biannuels des volumes de stockage par service sont menés afin de quantifier le nombre de dossiers en attente par service. Le seuil de tolérance a été fixé à deux fois le nombre de patients hospitalisés. Ainsi ressortent les secteurs ayant le plus de retard dans le retour de leurs dossiers. Il s'agit rarement des mêmes mais la principale explication de ces délais reste le manque récurrent de secrétaires médicales ou les absences ponctuelles de ces personnels pour congés maladie, maternité, etc.... Un retour de ces résultats est toujours fait auprès de chaque chef de service et de chaque cadre afin de les sensibiliser à l'importance de respecter les délais de rédaction des documents de sortie.

Enfin, une évaluation de la qualité des dossiers médicaux est effectuée chaque année sur la base d'un questionnaire interne à l'établissement construit grâce à la grille

proposée par l'ANDEM en 1994⁵⁷. Cette dernière n'ayant pas été réactualisée, l'outil utilisé par l'UGDM a été reformulé en 1999. Suite à la loi du 4 mars 2002, l'ANAES est en train de travailler à de nouvelles modalités d'évaluation, les nouveaux besoins qu'a souligné la réforme et la pratique des évaluations antérieures ayant rendu pressante cette réflexion.

La première enquête menée un an après la mise en place du DPU a témoigné d'une nette amélioration de la qualité des dossiers Patients mais des efforts restent à faire sur de nombreux points comme en témoignent les résultats de l'évaluation conduite sur le premier semestre 2002.

Cette étude a été menée sur une centaine de dossiers arbitrairement tirés au sort dans le fichier informatique. Ce sont ces mêmes dossiers qui serviront aux contrôles de saisie PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).

Le premier point positif à remarquer est que l'ensemble des dossiers tirés au sort informatiquement a été retrouvé aux archives. Il n'y a donc pas de perte de dossiers lors de leur transmission dans les services et l'identité du patient y est correctement renseignée.

Par ailleurs, dans 89% des cas, les dossiers sont en bon état et 74% ne sont pas trop volumineux ou le sont du fait de séjours nombreux. La politique de toilettage systématique fonctionne donc assez bien.

Par contre la page de garde du DPU n'est complète que dans 80% des cas, pour 20% des dossiers l'historique n'est pas complet.

Sur le contenu du dossier et par rubriques,

- ✓ concernant les courriers, 68% des séjours sont clôturés par un courrier de sortie mais dans 22% des cas ces derniers ne sont pas signés.
- ✓ pour les observations médicales, 48% des dossiers comportent une observation systématique pour chaque séjour mais seul 84% d'entre elles portent l'identification du patient.
- ✓ Les bons de consultations internes figurent toujours au dossier mais seul 46% portent la date et 29% le motif de la consultation. Le service demandeur n'est indiqué que dans 60% des cas. Le principal problème ressort de l'absence d'identification du médecin consultant sur 44% des bons, signés par contre à 67%.

- ✓ Le dossier « bloc » est relativement mieux tenu car le patient est toujours identifié, la feuille d'anesthésie est présente dans 96% des cas et le compte-rendu

⁵⁷ Evaluation de la tenue du dossier du malade, Rapport de Juin 1994, ANDEM.

opératoire à 88%. Néanmoins ces derniers ne sont signés que dans 43% des dossiers.

- ✓ Les résultats biologiques de 4/5^{ème} des dossiers ont été épurés. Et pour les examens complémentaires, la signature du praticien est présente à 63%.
- ✓ Les comptes rendus d'exploration sont présents dans 90% des cas mais dans 10% des dossiers, ils sont restés avec les clichés.
- ✓ Le dossier de soins infirmiers existe à 99% et les 2/3 sont épurés.
- ✓ Enfin, les documents complémentaires semblent faire l'objet de moins d'attention avec l'identification des patients qu'une fois sur deux et un toilettage de cette partie dans seulement 34% des dossiers. L'autorisation de soins des mineurs, majeurs sous tutelle ou curatelle ne figure que dans 70% des dossiers concernés.

Comme le dossier médical, le dossier radiologique a toujours été retrouvé en bon état. Pourtant seuls 44% d'entre eux comportaient tous les comptes-rendus radiologiques.

Quelques remarques peuvent aussi être formulées sur le classement au sein de ces différentes rubriques : l'ordre chronologique décroissant est majoritairement respecté sauf pour les examens biologiques (80%). Par contre certaines rubriques contiennent des documents qui n'y sont pas rattachés : près de 15% des dossiers de soins infirmiers, des dossiers « bloc », des dossiers correspondances et des dossiers radiologiques sont concernés par ces erreurs de classement.

En conclusion, certains points apparaissent devoir faire l'objet d'actions d'information et de sensibilisation des professionnels surtout au vu des rappels à leurs obligations formulés par la loi du 4 mars 2002.

Ainsi, la réalisation des comptes rendus de sortie après chaque séjour est une obligation. Or les demandes de communication de dossier par les patients concernent assez souvent des pièces qui auraient du leur être automatiquement transmis. L'acquisition du réflexe par les praticiens de toujours établir ce type de documents est aussi une voie à développer afin d'alléger le travail du service central des archives.

Les observations médicales ne sont pas toujours incluses dans le dossier. Or c'est pourtant une obligation afin d'assurer une bonne continuité des soins. C'est pourquoi, elles doivent notamment comporter le motif de l'hospitalisation et les conclusions de l'évaluation initiale suivis du compte-rendu de l'évolution de l'état clinique et de la prise en charge du patient. On l'a vu l'absence de telles pièces en cas de contentieux pourrait empêcher l'établissement de se défendre, ne pouvant pas faire la preuve d'une prise en charge adéquate, évaluée au vu de l'observation médicale initiale et de son évolution.

Par ailleurs, il ressort de cette étude ponctuelle, un aspect régulièrement souligné par de nombreux rapports officiels à savoir l'absence fréquente du nom du patient avec des risques de confusion pour l'administration des traitements ou l'interprétation de résultats d'examens et l'absence d'identification claire du prescripteur. Or les textes récents, reprenant en cela les dispositions antérieures, ont souligné l'obligation pour tous les documents du dossier médical d'être établis par un praticien identifiable prenant la responsabilité de signer ses prescriptions ou ses observations. Ici aussi des documents non datés ni signés n'ont aucune valeur. On peut même se demander s'ils sont « formalisés » c'est à dire communicables...

Enfin, la fiche d'identification du patient avec les mentions de l'identité des personnes à prévenir devrait faire l'objet de plus d'attention. C'est encore plus vrai pour les autorisations de soins puisque le principe d'intégrité du corps humain fait obligation, avant tout acte de soins, d'obtenir l'accord du patient, des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur.

En l'état actuel, le choix de l'UGDM est d'axer sa prochaine campagne de sensibilisation des services sur l'obligation de signature et de datation des documents médicaux. Par ailleurs, un groupe de travail va être mis en place afin de perfectionner la grille d'évaluation des dossiers de soins infirmiers. En effet, la grille actuelle ne mesure que son existence et sa taille sans se pencher sur son contenu propre. La reconnaissance législative de ce document devrait inciter cette réflexion à aboutir.

Un autre type d'évaluation porte sur une partie bien spécifique du DPU à savoir le dossier transfusionnel. Or sur cet aspect précis, et faute d'une politique active en direction des services prescripteurs, les résultats obtenus en 2001 sont moins bons qu'en 2000 malgré l'importance médicale de ce document. En effet, dans 98% des dossiers des patients transfusés, le dossier transfusionnel existe mais dans 2% des cas cet élément primordial n'existe pas. Et dans le cas des dossiers existants, l'identité du patient n'apparaît pas dans 10% (5% en 2000) des dossiers : seule l'inclusion du document dans un dossier médical identifié laisse supposer qu'il concerne la même personne. Le groupage sanguin n'y figure que dans un tiers des hypothèses (contre 2/3 en 2000) et le classement chronologique des documents n'est respecté qu'à 25% (60% en 2000).

La comparaison de ces enquêtes menées à un an d'intervalle prouve qu'il ne s'agit pas de faire des formations ponctuelles mais que seuls des rappels à l'ordre réguliers peuvent permettre de maintenir une bonne qualité de tenue des dossiers. L'évaluation du dossier médical dans son ensemble fait l'objet d'une communication annuelle auprès de tout le personnel des services pour ne jamais laisser les bons réflexes se perdre et faire en sorte

que l'ensemble des documents assure à la fois le suivi et une bonne information des patients.

Le Centre Hospitalier de Montauban s'est donc doté d'un outil performant testé depuis près de 5 ans dans les secteurs MCO et moyen séjour. Une amélioration qualitative a été visible lors du passage des dossiers par service au DPU même si des efforts restent à faire mais il est fort possible que la loi du 4 mars 2002 y incite fortement les équipes.

Grâce à cette organisation des DPU, l'obligation de faire droit aux demandes de communication des patients n'a pas été vécue comme un bouleversement des pratiques, la gestion des dossiers étant déjà largement déconcentrée.

Section 2 : La communication directe des DPU : une révolution tranquille

1- Une mise en place rapide de protocoles de communication

Le livret d'accueil du centre hospitalier est en cours de réactualisation afin d'y faire figurer les nouveaux droits du patient et donc leur possibilité d'accéder à leur dossier médical. Par ailleurs, une formation a été délivrée aux praticiens de l'établissement pour les renseigner sur ces nouveaux droits et obligations notamment sur l'obligation d'information, sur les modalités de rédaction et d'inclusion des documents médicaux dans le DPU et sur le droit pour les patients d'accéder à leurs dossiers médicaux ou à celui de leur proche décédé. Une formation similaire auprès des secrétariats médicaux et des cadres est prévue afin de permettre à ces dernier(ère)s de renseigner les patients sur les modalités de communication et d'enregistrer directement les demandes via leur poste informatique.

Les formulaires de demande de dossier sont disponibles au service des archives centrales ou par courrier et très prochainement directement dans les services de soins. Toutefois, toute demande même en dehors du formulaire existant doit être pris en compte. La demande se fait auprès du Directeur de l'établissement. Celles reçues par l'UGDM comme celles reçues à la direction sont enregistrées dans un fichier partagé afin de diminuer les délais, les demandes écrites étant ensuite centralisées par l'UGDM.

Le formulaire revu en janvier 2003 pour prendre en compte l'expérience de 6 mois de pratique se compose d'une partie d'information sur le demandeur (« qui peut faire la demande ? »), sur le destinataire de la demande (le directeur), sur les modalités possibles de communication du dossier (soit consultation sur place et sur rendez-vous de 11h30 à 14h30 avec éventuellement remise ou envoi de copies) et les tarifs applicables (0,18€ par

page plus les frais de port) et sur les délais de transmission. La seconde partie du formulaire recueille les coordonnées et qualité du demandeur (via un justificatif d'identité), les motifs de la demande (si nécessaire) et le dossier demandé. Sont ensuite renseignées les rubriques sur le mode de communication désiré, les documents souhaités (surtout en cas d'envoi postal) et les dates d'hospitalisation concernées par la demande.

Ces dernières informations ont pour but de limiter au maximum le nombre de documents à rechercher et à reproduire dans le souci de répondre le plus précisément possible aux demandes tout en limitant les coûts de reprographie et de personnel.

En effet, l'expérience a montré que chaque demande occasionne au moins une heure de travail de recherche puis de copie de documents. Or l'établissement a fait le choix de ne confier ce travail qu'à la responsable ou à la secrétaire médicale des archives médicales.

Mais le médecin DIM en charge de ce secteur, au vu d'une augmentation de près de 60% de l'activité de ce secteur en 5 ans, constate qu'en l'absence de personnels supplémentaires affectés au UGDM, de graves dysfonctionnements dans la gestion d'ensemble des dossiers médicaux de l'établissement risquent de survenir.

Une fois la demande réceptionnée et transmise à la direction des Affaires Générales et de la Qualité, le fichier partagé est renseigné⁵⁸. La consultation quotidienne de cet outil par l'UGDM permet une grande réactivité des différents intervenants. Intervient ensuite la phase de vérification du caractère complet et valide de la demande par les archives centrales. En cas de refus de donner satisfaction à la demande (pas de preuve de la qualité d'ayant droit, demande de communication d'un dossier d'un patient vivant par une autre personne...) un courrier explicatif est adressé au demandeur par le médecin DIM.

Pour les dossiers antérieurs à 1998, une demande de recherche est adressée au service concerné, si le dossier est postérieur à la mise en place du DPU, une requête sur la base de données des archives suffira pour localiser le dossier. Quand le dossier demandé a été retrouvé, le médecin DIM en tant que référent pour l'organisation de la communication des dossiers médicaux prévient son confrère de la demande et de sa motivation (si elle est connue), à l'aide d'un formulaire spécifique. Cette étape a été prévue afin d'instaurer un climat de totale transparence : tout médecin dont les documents ont fait l'objet d'une demande de consultation doit être averti. Le médecin DIM parcourt ensuite le dossier ou les éléments demandés pour en contrôler la cohérence et la rédaction. Dans certains cas des éléments ont du être reformulés.

⁵⁸ Une présentation complète de la procédure figure en Annexe 5.

Ensuite, pour les demandes de consultation sur place, un rendez vous est fixé au sein du service des Archives : Toute consultation se fait en présence d'un agent afin de préserver l'intégrité du dossier et veiller sur la personne, venue consulter seule son dossier. Un médecin se tient toujours à proximité pour pouvoir répondre à toute demande d'explications complémentaires. Des copies sont éventuellement faites sur requête du patient.

Pour les envois par courrier, les copies sont faites par des agents soumis au secret médical et envoyées en recommandé avec accusé de réception.

Les frais de copie des documents consultés sur place sont réglés au bureau des admissions. Pour les documents envoyés, une facture est établie par la direction des Finances, le paiement ayant lieu auprès de la trésorerie.

A ce jour cette procédure fonctionne relativement bien, mais dès à présent il convient de faire quelques remarques.

Tout d'abord, l'ensemble du personnel n'a pas été sensibilisé à la nouvelle loi et peu nombreux sont ceux qui pourraient répondre avec conviction aux questions des patients désireux de demander leur dossier d'autant que le livret d'accueil réactualisé n'est pas encore disponible. De plus, le formulaire de demande n'est actuellement disponible qu'auprès du service des archives dont la position en sous-sol ne facilite pas vraiment la démarche. Cependant, il est prévu de mettre ce formulaire à disposition dans les services. L'hypothèse d'insérer ce document dans le livret d'accueil a pour l'instant été écartée en raison de l'existence d'un risque de multiplication des demandes « de curiosité ».

Par contre, l'existence d'un fichier partagé Direction/UGDM est un plus indéniable en matière de gain de temps vu la rapidité de réponse exigée des établissements publics de santé.

Mais l'évaluation de la validité de la demande et de la qualité des demandeurs par les seuls agents du service des archives et le médecin DIM, en connaissant la complexité des cas pouvant se présenter et des lacunes de la réglementation en la matière, peut susciter quelques inquiétudes, d'autant que ces derniers n'ont aucune formation juridique particulière. Actuellement, en cas de difficultés ou d'hésitation, ils ne recourent qu'à leurs propres moyens d'information pour prendre une décision qui, il faut le rappeler, engage la responsabilité de l'établissement en la personne de son directeur.

Lors de la phase de communication sur place, l'UGDM s'impose de toujours permettre un accompagnement du patient si le besoin s'en ressentait. Cette attitude se situe dans la droite ligne des recommandations de l'ANAES. De même, l'exclusivité du travail de reprographie des éléments demandés par du personnel titulaire du service démontre l'importance accordée à la préservation de la confidentialité des données médicales : tous les établissements de la région n'ont pu hélas opter pour cette voie.

Le médecin DIM a reçu toute la confiance de ses confrères pour l'exécution de cette tâche délicate et la procédure d'information de ses derniers a permis de pallier les principales angoisses qu'aurait pu faire naître chez certains praticiens la transmission de leurs écrits aux patients. C'est l'un des points qui ressort des premiers mois d'application de la loi du 4 mars.

2- Premiers constats sur l'impact de la loi du 4 mars 2002 au Centre Hospitalier de Montauban

Si le vote d'une disposition permettant au patient de consulter librement leur dossier médical a ému le monde médical, au CH de Montauban comme ailleurs, l'existence d'une organisation bien réglée pour la gestion des flux de dossiers a permis un relatif apaisement des esprits. Les connaissances sur le contenu du dossier médical, que la loi de 2002 n'a pas bouleversé, et les habitudes d'élaboration des documents médicaux ont favorisé cette transition.

Au 22 mai 2003, le service des archives médicales avait enregistré 148 demandes⁵⁹ soit une moyenne de deux à trois par semaine. Et cette tendance semble se maintenir sans augmentation notable. On peut aussi remarquer que ces requêtes concernent pour l'essentiel les dossiers de moins de 5 ans donc à communiquer dans les 8 jours de la réception de la demande. En 2002, il y a eu 6 demandes de dossiers de plus de 5 ans pour un délai de communication allant de 8 à 72 semaines (soit entre 2 et 18 mois). Ce dernier cas était un peu particulier mais la moyenne de délai de communication de ces dossiers anciens, qui sont encore classés par service, reste élevée même si le petit nombre de requêtes ne permet pas encore de dresser un bilan représentatif. Concernant les dossiers récents (de moins de 5 ans) ce délai passe à 4 semaines soit près de quatre fois le délai légal de huit jours. Bien entendu ce sont des chiffres à prendre avec précaution puisqu'ils ne concernent que la moitié de l'année 2002. Mais il faudra encore attendre quelques années pour avoir un éclairage plus objectif.

Une autre observation peut porter sur le statut des demandeurs. Dans un échantillon de 126 demandes, 81 provenaient des patients eux-mêmes, 15 des parents d'un enfant mineur, 2 d'un tuteur, 13 d'un médecin désigné à cet effet par le malade, 10 par des ayants droit (enfants : 5, conjoint : 3 et fratrie : 2). On peut tenter ici d'en conclure que les cas où les ayants droit vont réclamer le dossier de leur proche ne sera pas la

⁵⁹ Les statistiques concernant le nombre de demande de dossiers et les délais de communication du Centre Hospitalier de Montauban sont présentées en Annexe 6.

majeure partie des demandes à traiter ce qui allège d'autant le (complexe) travail de vérification de leur qualité.

Ce constat est par ailleurs étayé par les motifs de ces demandes : 40 pour assurer un suivi médical, 35 pour des expertises demandées par les assureurs, 16 pour des procédures administratives ou contentieuses (pas nécessairement dirigé contre le centre hospitalier ou l'un de ses médecins). Les demandes concernant des successions sont au nombre de 4.

Les demandes motivées par des requêtes des assurances sont peut-être les plus inquiétantes puisque le risque de voir les documents confiés au patient, passer dans le champ contractuel représente un risque pour le secret médical. Ici il pourrait être nécessaire de prévoir d'informer tous les demandeurs sur le secret médical et sur le droit à la confidentialité des données qui en découle. Cet aspect pourrait être une piste d'amélioration à étudier. Ces demandes sont parmi les plus lourdes à traiter puisqu'il s'agit très souvent de requêtes portant sur l'intégralité du dossier dont l'ensemble des pièces (papier et contre-types) doit être reproduit.

Mais l'étude des documents demandés démontre que dans la majorité des cas les demandes des patients concernent des documents qu'ils auraient du recevoir à la fin de leur hospitalisation : comptes-rendus opératoires ou comptes rendus d'hospitalisation sont obligatoirement transmis au moins au médecin traitant du patient. Sur ce point, une information circonstanciée auprès de médecins et de secrétariats médicaux, devrait conduire à une réduction de ce type de démarches.

Grâce aux formulaires de demande, les patients ont la possibilité de formuler une requête très précise sur le type de document désiré ce qui a permis de constater que le plus souvent le recours à la procédure médico-administrative de communication aurait pu être évité.

Aux dires des agents de l'UGDM, certains aspects de leur mission de communication des dossiers Patient restent flous et demandent des éclaircissements. Il en est ainsi de la définition des documents formalisés. Qu'en est-il des observations médicales non signées ? Si on s'appuie sur la théorie mathématico philosophique du formalisme, seuls les documents remplissant un certain nombre de critères extrêmement précis (restant à préciser), peuvent rentrer dans cette définition. Si on opte pour cette conception, de nombreuses pièces médicales ne pourront pas être communiquées car non signées ou non datées...alors qu'elles auraient pu être la source des renseignements recherchés par le demandeur. A défaut de précisions réglementaires ou jurisprudentielles sur ce point, il appartiendra à l'établissement, dans le cadre offert par la démarche Qualité, de définir le formalisme attendu des documents communicables (quid des dessins d'enfants dans les dossiers de pédopsychiatrie ?).

Les réflexions de l'établissement devront aussi porter sur la meilleure manière de recueillir les éventuels refus des patients de voir leur dossier communiqué à leurs ayants droit. Les médecins sont en effet très réticents à aborder ce point sensible lors de leur consultation. Ces moments sont consacrés à la préservation de la vie et l'évocation de la mort simultanément, met nombre de praticiens mal à l'aise et très peu de dossiers voient la rubrique de refus de communication renseignée même dans le cas de mineurs (où pourtant il n'est nullement question de décès). Il y a donc bien là une question à étudier tant ici les nécessités de préserver à la fois la confidentialité des données médicales et la relation de confiance médecin/patient se trouvent mêlées.

Enfin, la question de la demande de communication d'un dossier par un mineur ne s'est pas encore posée au Centre Hospitalier de Montauban. Pourtant, ce cas risque bien de se présenter et le médecin DIM semble prêt, à partir d'un certain âge et en s'assurant de la maturité de l'enfant à autoriser cette communication. Dans cette hypothèse, un recours auprès de la CADA apparaît pourtant comme une solution plus sûre en terme de responsabilité pour l'établissement.

Pour finir, on notera que le centre hospitalier n'a jamais reçu de réclamations concernant d'éventuelles difficultés de communication de dossiers : en 1998, un dossier très ancien n'a pu être retrouvé et un autre dossier antérieur au DPU a été présenté en très mauvais état à l'ayant droit demandeur mais aucun de ces deux cas n'a eu de suites contentieuses.

Les premières observations issues d'une année d'application de la loi du 4 mars 2002 ne démontrent pas, sur un échantillon réduit et local, de grands changements de comportements : les patients tentent prioritairement d'avoir accès à des informations sur leur santé sans arrière pensée contentieuse particulière et les praticiens, du fait de l'existence d'un DPU depuis plusieurs années et de la confiance placée dans le médecin DIM, n'ont pas modifié considérablement leurs attitudes. Le risque de voir surgir des doubles dossiers semble être considérablement réduit du fait de l'expérience du DPU qui imposait déjà des règles d'élaboration assez précises.

Pourtant, la loi du 4 mars 2002, par l'obligation qu'elle impose aux hôpitaux de faire droit aux demandes de communication de leur dossier par les patients, a relancé la réflexion de l'établissement sur l'organisation de la gestion des dossiers médicaux.

Chapitre 2 : Améliorer l'accès à l'information médicale, une préoccupation permanente pour l'établissement

A ce jour, le Centre Hospitalier de Montauban grâce à une prise de conscience ancienne des enjeux que représentent les dossiers médicaux, ne connaît pas de réels problèmes de communication de ses dossiers médicaux. Pourtant, la loi, par la publicité qu'elle a reçue, a accru le besoin de savoir de la part des patients y compris des personnes soignées pour troubles psychiatriques. Or il n'existait jusqu'à présent, aucun dossier unique aux différents secteurs de psychiatrie, cette situation a changé en juin 2003 (Section 1).

Par ailleurs, le volume de stockage qu'engendre la conservation des archives médicales et la nécessité de toujours pouvoir consulter ces documents, ont conduit à une importante réflexion sur l'informatisation du dossier Patient (Section 2).

En dehors de ces deux projets, d'autres propositions peuvent être faites pour améliorer les outils dont dispose déjà l'établissement (Section3).

Section 1 : Un projet ambitieux, le lancement du dossier unique en psychiatrie

Les impératifs de la loi du 4 mars 2002 ont rendu cette évolution indispensable afin que les personnes atteintes de pathologie mentale bénéficient des mêmes droits que les autres patients. Néanmoins, la très récente mise en place de cet outil est déjà la source de difficultés restant à évaluer.

1- La formalisation du dossier psychiatrique, un outil de reconnaissance du droit des patients souffrant de troubles mentaux

La prise en charge de la pathologie mentale est un exercice particulier de la médecine. Cela explique que les dossiers qui sont tenus sur ces patients révèlent une bonne partie de leur vie privée et de celle de leur entourage ce qui n'est pas sans susciter des formidables difficultés quand il s'agit de distinguer les éléments objectifs des éléments subjectifs et les informations concernant les tiers (n'intervenant pas dans la prise en charge) de celles nécessaires à la compréhension de la souffrance du patient.

Aussi, lorsque la réflexion sur le DPU a été amorcée, l'expérience n'a pas été étendue aux quatre secteurs de psychiatrie (trois secteurs Adulte et un secteur de pédo-psychiatrie) rattachés à l'établissement. Ces services ont ainsi continué à fonctionner sur l'ancien système de sorte que chaque secteur assurait la conservation et la gestion de

ses propres dossiers. Ce système avait sa justification puisque chaque patient (à moins d'un déménagement au sein du département) est rattaché à un seul secteur.

Pourtant les contraintes de formalisation des documents médicaux et l'impact de l'obligation de communication des dossiers aux patients le souhaitant ont amené le corps médical à revoir cette position. Sans intégrer l'organisation mise en place pour le DPU (l'éclatement géographique des sites de psychiatrie aurait rendu cette centralisation absurde), les quatre secteurs ont travaillé sur une structuration unique de leurs dossiers (avec des éléments particuliers pour la pédo-psychiatrie).

L'auto-évaluation que l'établissement a conduite en 1999 a fait ressortir que l'absence d'une homogénéisation des dossiers psychiatriques était un point très négatif pour le centre hospitalier. Aussi, parmi les onze plans d'action prioritaires à ce moment-là figurait la mise en place d'un dossier commun aux secteurs de psychiatrie. L'instauration d'un dossier médical unique devait satisfaire trois objectifs : assurer la coordination des soins (au sein même des secteurs entre les médecins prescripteurs), regrouper des informations actualisées et spécialisées sur l'évolution du malade et de sa prise en charge et enfin responsabiliser les différents intervenants.

La contrepartie de l'existence d'un tel outil est à l'évidence que ces dossiers devront passer d'un secteur à un autre (par exemple en cas de placement en urgence d'un patient dans un secteur qui n'est pas le sien), alors même que quelques praticiens y sont jusqu'à présent assez réticents.

Le groupe de travail chargé de ce projet a été composé du personnel volontaire des quatre secteurs sous la direction d'un psychiatre. Les résultats de cette réflexion ont été communiqués à chaque étape, à tous les médecins et agents concernés afin qu'ils puissent donner leur avis ou formuler des suggestions. Ce gros travail d'élaboration et de concertation sur les différents projets s'est achevé à la fin de l'année 2002. La commission Qualité et la Commission Médicale d'Etablissement ont validé le document en janvier 2003.

La présentation du document final aux cadres des différents services de tous les secteurs de psychiatrie a eu lieu fin mai pour un début d'utilisation selon les secteurs pendant le mois de juin 2003. Mais la mission du groupe de travail n'en est pas terminée pour autant puisqu'il est prévu dans six mois une évaluation du dispositif pour laquelle il va falloir définir des critères.

Le dossier utilisé depuis juin 2003 se présente sous la forme d'une chemise cartonnée sur laquelle sont portés les nom et prénom du patient. A l'intérieur de ce dossier figurent 7 rubriques identifiables par des fiches de couleurs différentes :

- ❖ Fiche d'identification où sont notamment indiquées les protections légales dont bénéficie la personne ou la nature de ses ressources. Pour les mineurs une fiche de signalement est prévue.
- ❖ Le dossier médical se décompose en quatre sections (chacune portant toujours l'identification du patient concerné)
 - Les observations médicales : observations aux urgences, observations médicales psychiatriques (hospitalisation libre ou sous contrainte) ou somatiques et une fiche de désignation de la personne de confiance. Pour la pédopsychiatrie, ont été rajoutées les autorisations de soins et les autorisations de sortie sous responsabilité.
 - Les prescriptions médicales : traitements, transmissions et consignes, consultations, examens et bilans biologiques. Pour les enfants sont précisées les modalités d'accueil et de soins.
 - Résultats biologiques, comptes rendus d'examens et de consultations.
 - Correspondance : lettres d'admission ou de transfert inter-service....
- ❖ Le dossier des autres professionnels a été conçu avec leur aide :
 - Dossier psychologique
 - Fiche de transmission du service social

Chez les mineurs, les intervenants para-médicaux sont plus nombreux aussi a-t-il fallu prévoir des dossiers pour les orthophonistes, les psychomotriciens, les éducateurs et les institutrices spécialisées.

- ❖ Le dossier de soins infirmiers comprend :
 - La fiche d'inventaire
 - Les observations infirmières et les diagrammes de soins
 - Une synthèse.
- ❖ Le dossier relatif à la loi du 27 juin 1990 (H.O./H.D.T.) comporte les arrêtés, les certificats et les protocoles H.O./H.D.T.

Cette partie n'existe pas pour les mineurs puisqu'ils ne sont pas visés par ces procédures exceptionnelles.

- ❖ Le dossier de fin de séjour doit regrouper les comptes rendus d'hospitalisation et les lettres de sortie, les prescriptions et les modalités de sortie...
- ❖ Les informations recueillies auprès des tiers sont à rassembler à part, dans la dernière section, afin de ne jamais les communiquer.

Un archivage de ces dossiers dans un lieu unique n'ayant pas été prévu, le principe a été adopté que le dernier secteur d'hospitalisation serait celui responsable de la conservation du dossier. Les archives de service ne sont donc pas abolies mais l'uniformisation de sa composition permettra une recherche plus aisée des informations

utiles pour le suivi du patient par tout praticien appelé à intervenir auprès de lui. De plus les pièces communicables (ou pas) seront nettement identifiées, le processus de communication s'en trouvera facilité.

En effet, pour les patients déjà traités avant la mise en place du nouveau dispositif, en cas de demande de communication, les documents devront être reclassés selon le modèle fourni par le dossier commun (en cours d'expérimentation) ce qui va exiger des personnels un travail considérable : certains patients suivis depuis des années ont des dossiers de plusieurs dizaines de centimètres d'épaisseur...De plus, comment dans ces dossiers enlever quelques lignes non transmissibles dans un document transmissible ? Deux solutions sont envisageables : mentionner le retrait de pages ce qui ne modifie pas le document mais peut susciter de la méfiance ou bien masquer sur les copies les passages non communicables ce qui demandera beaucoup de travail pour une qualité de communication là aussi discutable.

Par ailleurs, il semble que le choix fait par les psychiatres de l'établissement soit celui d'imposer un accompagnement médical à tout patient demandeur de son dossier dès lors qu'il a fait l'objet d'une hospitalisation sous contrainte. Il s'agit donc d'une interprétation extensive de la loi rendue nécessaire, semble-t-il, par la complexité d'isoler, pour certains patients, les différentes phases de l'évolution de sa pathologie. Mais d'autres interrogations restent encore sans réponse.

2- Des difficultés restent en suspens

Le principal problème engendré par l'instauration d'un dossier commun au quatre secteurs de psychiatrie se trouve posé pour les éléments établis lors de soins sans hospitalisation c'est à dire dans des structures extra-hospitalières. En effet, la sectorisation psychiatrique repose sur le principe d'éviter au maximum le recours à l'hospitalisation en développant des structures d'accueil au plus près des patients. Ainsi, le centre hospitalier dispose de plus d'une dizaine de ces unités dans le département : Centre Médico-Psychologique (CMP), ateliers thérapeutiques, jardin d'enfants thérapeutique...il y a donc une masse importante de dossiers de suivi ambulatoire ou de suivi à temps partiel. Se pose donc la question de leur lieu d'archivage.

Aujourd'hui, les points de vue et les pratiques sont divers : le secteur I préfère disposer de dossiers complets qui sont conservés dans les structures extérieures. Ce choix pose donc un problème de suivi si le patient est subitement hospitalisé de nuit ou durant un week-end. Le dossier n'est pas accessible rapidement.

Les secteurs II et III ont opté pour une autre solution en divisant le dossier en deux l'un restant dans les structures extra-hospitalières, l'autre étant archivée dans le secteur

d'hospitalisation. De la sorte, une partie du dossier est immédiatement accessible mais il est tronqué d'une part non négligeable du suivi.

Pour la pédo-psychiatrie, les hospitalisations sont bien moins fréquentes : le centre hospitalier dispose depuis 2001 de huit lits de ce type dédiés à la prise en charge des adolescents (USAC : unité de soins aux adolescents en crise). Le choix est donc d'archiver le dossier de suivi extérieur dans ces structures amenés à côtoyer l'enfant le plus fréquemment, une partie du dossier restant, s'il y a lieu, à l'USAC. Mais ici le service a mis en place une organisation permettant en cas d'hospitalisation d'un mineur, même pendant les heures de fermeture des unités extra-hospitalières, d'accéder au dossier. Seule la pratique dira laquelle de ces solutions est la plus adaptée bien qu'aucune ne semble parfaite. Toutefois, il apparaît de plus en plus évident qu'une informatisation des dossiers médicaux permettrait de résoudre nombre de ces difficultés pratiques.

Un autre écueil a été involontairement créé en ne prévoyant pas une gestion centralisée de ces dossiers, même dissociée de celle des DPU. En effet, va rapidement se poser le problème des doublons si le patient signale que le médecin qui le suit habituellement communique son dossier à un autre secteur ou si le patient ne prévient pas qu'il a déjà un dossier ... les hypothèses d'erreurs de ce type sont légion et diminueraient sensiblement l'apport du dossier unique. Ici aussi le raccordement informatique de toutes les structures de psychiatrie (ce qui n'est pas encore le cas) permettrait au moins de vérifier l'existence d'un éventuel dossier.

Tout comme pour l'utilisation du Dossier Patient Unique, une importante campagne de sensibilisation des praticiens va devoir porter sur l'usage du dossier commun et sur les nouveaux droits du patient (y compris psychiatrique) notamment quant à leur demande de communication de leur dossier.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades est un texte qui ne différencie pas les malades psychiatriques des malades somatiques (hormis pour les dispositions indispensables à la prise en compte de la spécificité de leur pathologie). C'est la raison pour laquelle le groupe de travail sur Droit et Information du Patient a proposé la mise en place de formation pour tous les personnels de l'établissement (puisque des services somatiques peuvent recevoir des patients atteints de troubles mentaux) afin que la loi du 27 juin 1990, la charte du patient hospitalisé (et la charte de l'utilisateur en santé mentale) ainsi que la loi du 4 mars 2002 soient connues de tous.

Sur le plan pratique, l'utilisation du nouveau dossier va demander un certain temps d'adaptation afin que les médecins s'habituent notamment à cloisonner les informations en fonction de leur caractère transmissible ou pas. Cette gymnastique ne sera pas facile à acquérir et pour ne pas nuire à la qualité des soins, il a été proposé d'accoler un

astérisque aux informations devant être complétées par des éléments concernant les tiers. De la sorte, les professionnels sauront que des données complémentaires sont consignées dans le dossier et les transmissions en seront facilitées puisqu'il n'y aurait plus de feuilles à enlever ou de passages à masquer.

La prochaine évaluation devrait apporter des renseignements complémentaires sur les choix de rédaction qui auront été fait tout en sachant qu'inéluctablement, les habitudes des médecins seront appelées à se modifier puisque désormais «leurs» dossiers seront consultés à la fois par les autres praticiens et par les patients.

Cette évolution risque d'être difficile en psychiatrie, discipline dans laquelle les écoles de pensée sont nombreuses et divergentes ce qui peut se concrétiser par des prises en charge différentes de pathologie identique.

De même la communication (indirecte) de leur dossier aux patients de psychiatrie était une pratique assez peu répandue et la loi du 4 mars 2002 ne semble pas avoir modifié considérablement cette attitude. Néanmoins, au Centre Hospitalier de Montauban, seules quelques demandes de communication de dossiers psychiatriques ont été reçues.

Pourtant ces transmissions d'informations extrêmement confidentielles doivent être organisées de façon très rigoureuse à l'aide de protocoles communs précis. C'est cet impératif qui explique que la procédure de communication, spécifique aux dossiers de psychiatrie, n'a pas encore été validée par les instances de l'établissement. Le projet actuellement en préparation s'inspire largement des modalités prévues pour la communication des dossiers de l'hôpital général tout en tenant compte de la spécificité de la gestion déconcentrée de ces dossiers.

L'instauration du dossier médical commun en psychiatrie témoigne, malgré les difficultés à venir, d'un réel dynamisme de l'établissement sur la question de l'information médicale dans son ensemble. Le projet d'informatisation du dossier patient en est le prolongement.

Section 2 : Le projet d'un dossier patient informatisé

Apparu il y a quelques années, le dossier patient informatisé est devenu aujourd'hui une nécessité, notamment du fait de la fragmentation des informations médicales et de l'augmentation du nombre de données recueillies pour chaque pathologie. Cet outil a donc vocation à faciliter (et améliorer) le travail quotidien des professionnels en permettant un classement pertinent des données ainsi qu'une gestion et une communication des dossiers optimisées. Toutefois, les établissements de santé

désireux de se lancer dans cette démarche ont à respecter un certain nombre de contraintes imposées par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) afin d'assurer la sécurisation des données de santé informatisées.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a mis à la charge de ceux souhaitant exploiter des informations nominatives, l'obligation d'effectuer une déclaration auprès de la CNIL et d'en assurer la sécurité et la confidentialité afin de garantir le respect de la vie privée des personnes qui ont permis de constituer le fichier. La loi s'appliquant aux données à caractère nominatif, la collecte de données médicales est donc libre dès lors qu'elle a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL et qu'elle ne porte pas sur des données telles la race, la religion, les mœurs.... Néanmoins, l'informatisation du dossier patient doit aussi se concilier avec le respect absolu du secret médical. Aussi, la loi du 4 mars 2002 insiste-t-elle sur la nécessité d'assurer la confidentialité des dossiers médicaux informatisés en soumettant les règles de leur conservation et de leur transmission par voie électronique à un décret pris en Conseil d'Etat après avis de la CNIL (article L.1110-4, alinéa 4 CSP). Cette disposition vient rappeler l'obligation impérative de sécurité et de confidentialité des informations nominatives, imposées par ailleurs par la loi Informatique et Libertés de 1978. Toute personne traitant informatiquement des données nominatives doit s'engager vis-à-vis des personnes concernées à prendre toutes les précautions utiles pour préserver la sécurité de ces informations en empêchant notamment qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés.

La nécessité impérieuse d'imposer des normes de sécurité dans un domaine aussi sensible que le traitement des données médicales, consacrée par la loi du 4 mars 2002, répond au vœu exprimé à plusieurs reprises par la CNIL.⁶⁰

De plus, le respect des droits de la personne passe par l'obligation faite à tous les professionnels de santé souhaitant traiter informatiquement les données médicales de leurs patients, de les en informer. En effet, ces derniers doivent connaître les finalités du système d'information et l'existence des dispositifs de sécurité utilisés pour assurer leur confidentialité. Aussi, les établissements de santé recueillant sur leurs patients des données nominatives destinées à être informatisées sont-ils tenus d'informer ces derniers « *du caractère obligatoire ou facultatif des réponses, des conséquences à leur égard du*

⁶⁰ 22^{ème} Rapport d'activité de la CNIL (site : www.cnil.fr).

défaut de réponse, des personnes physiques ou morales destinataires des informations, de l'existence d'un droit d'accès et de rectification »⁶¹.

Le recueil des informations médicales par les professionnels de santé, dans le but de les informatiser, doit répondre au principe général de loyauté des médecins à l'égard de leurs patients. Aucune donnée ne doit être recueillie à l'insu de la personne soignée. Dans les établissements de santé, une affichette doit avertir les patients que leurs informations médicales peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé et que la loi leur confère des droits sur ce point.

Face à l'ensemble de ces obligations, chaque établissement désirant utiliser cet outil doit avant tout réfléchir sur les données à collecter et les traitements à effectuer. Le Centre Hospitalier de Montauban a amorcé cette réflexion dès la rédaction de son projet d'établissement en 1999. La démarche choisie s'est basée sur de grands principes, notamment le choix d'outils faciles d'utilisation et autorisant les importants développements à venir ainsi que l'association des usagers au choix du matériel.

Les principales attentes formulées envers ce dossier informatisé se résument en trois points : l'informatisation du DPU papier avec un noyau commun d'information avec la psychiatrie, l'amélioration du suivi de la localisation du dossier patient papier et l'informatisation du dossier de soins infirmiers (unifié au sein du DPU pour l'hôpital général).

Suite aux travaux de groupes projet, trois scénarii ont été élaborés sur la base de critères tels le niveau de mobilisation exigée de l'établissement, l'adéquation de la réponse aux besoins et la faisabilité.

Le scénario minimal vise à regrouper les données existantes autour de l'identité du patient dans une logique d'intégration : localisation du patient, informations médico-administratives, liste des séjours, diagnostics, actes, courriers... La mise en place de cette organisation, en se basant uniquement sur l'existant, demanderait assez peu de moyens en hommes et en temps.

La deuxième hypothèse repose sur un Dossier Patient Informatisé (DPI) plus vaste et autorisant une communication entre services. En effet dans ce cas, le DPI contiendrait tout le DPU papier (et quelques dossiers spécifiques) ainsi que les relations avec les services médico-techniques (demandes et retours d'examens, gestion des rendez-vous...) et les services logistiques (commande de repas...). Les changements organisationnels à mener seront importants car touchant les principaux circuits de communication. En terme de faisabilité, ce projet bien qu'ambitieux, reste réaliste si

⁶¹ Loi du 6 janvier 1978.

l'établissement parvient à dégager les moyens humains nécessaires (une dizaine de personnes qualifiées).

Le troisième scénario consacrerait une forte informatisation de la gestion des soins : un DPI exhaustif couvrant des données non disponibles aujourd'hui dans tous les services (fiches de transmissions ciblées, résumé en soins infirmiers...). Un tel changement est difficile à mener car il toucherait l'organisation interne des unités de soins et impliquerait une mobilisation très importante des ressources de l'établissement sur un délai très court.

Dans un premier temps, le scénario médian avait été retenu car répondant au mieux aux attentes des services sans en modifier fondamentalement l'organisation. Mais les difficultés auxquelles a dû faire face l'établissement sur la période 2000-2002 et le manque de coordination entre la Direction et le DIM n'ont pas permis que ce projet se développe dans les délais initialement prévus. Toutefois, pendant cette période, l'ensemble de l'établissement a été équipé d'ordinateurs inter-connectés et le personnel a été formé à leur utilisation au quotidien.

De plus, le choix a été fait d'utiliser des logiciels existants sur le marché et dont la fiabilité, au regard des nombreuses contraintes qui s'imposent aux professionnels de santé, a été testée et non de construire un outil propre au CHM comme cela avait pu être évoqué au cours des réflexions avec les services utilisateurs.

Suite à un récent appel à projet, deux entreprises ont proposé des produits correspondant aux attentes du CHM. L'un d'eux serait un prolongement de l'outil informatique déjà en place dans l'établissement et l'autre demanderait d'importantes modifications du système informatique existant mais pour un champ d'application plus vaste. A ce jour la question n'est pas encore tranchée mais la volonté d'innovation existant entre la Direction et le corps médical a été symbolisée par la création récente d'un Groupe d'administration des systèmes d'information (GASI) au début 2003.

Section 3 : D'autres pistes d'améliorations restent à étudier

Le dynamisme de la démarche du Centre hospitalier de Montauban ne doit toutefois pas cacher que certains aspects, au delà des procédures et outils existants, méritent une attention plus soutenue sous peine de voir l'ensemble de l'organisation mise en place au prix de beaucoup d'efforts, peiner à atteindre les objectifs poursuivis.

1- La nécessité d'une plus forte implication de l'ensemble des acteurs du centre hospitalier

Si actuellement les circuits de communication du dossier médical fonctionnent bien, le personnel médical ou soignant semble assez peu impliqué dans cette évolution. En effet, l'existence ancienne du DPU lui a déjà donné l'habitude de s'en remettre à l'UGDM pour tout ce qui concerne la gestion de ces documents. Certes, la partie conception du dossier leur appartient toujours mais il est dissocié de l'aspect communication au patient. La confiance que les praticiens de l'établissement placent dans le médecin DIM (qui est par ailleurs le président de la Commission Médicale d'Etablissement, C.M.E.) qui contrôle les dossiers avant de les transmettre au demandeur et en informe les services, a permis que la réforme se mette en place sans inquiétude excessive.

L'ensemble du corps médical a reçu une formation de quelques heures qu'il faudrait renouveler tous les ans pour maintenir et réactualiser les acquis, mais le personnel soignant n'a pas encore été officiellement informé. Or ces derniers sont les plus à même d'avoir à répondre aux questions des patients, de même pour les secrétaires médicales dont le rôle est central dans la tenue des dossiers médicaux.

Ce travail de formation/information doit intervenir rapidement et porter à la fois sur les procédures en cours dans l'établissement et sur la législation. De plus les personnels de l'UGDM qui ont à apprécier la validité des demandes, devraient bénéficier d'une initiation au droit dans les domaines du droit de la famille ou du droit successoral notamment afin de garantir la validité de leurs décisions de communication.

Cet aspect conduit à une autre remarque plus délicate. En effet, la direction de l'établissement a largement laissé ces dernières années le corps médical s'organiser pour faire face aux exigences de l'information médicale. C'est ainsi que certaines questions relatives à cette problématique ont été résolues par les médecins de l'établissement avec l'accord tacite de la direction. C'est ce qui explique que, par exemple, sur l'élaboration des procédures de communication, la direction ne soit présente que par le biais de la cellule Qualité alors même qu'il y a là des enjeux non négligeables en termes de responsabilité pour l'établissement. De même des points encore flous de la réglementation reçoivent déjà des réponses de la part des praticiens sans l'aval explicite de l'administration. Or il serait indispensable que l'UGDM ait la possibilité de poser leurs questions de nature juridique, en particulier, à une personne qualifiée pour leur répondre, quand actuellement ils recherchent par eux mêmes les solutions, occasionnant ainsi une importante perte de temps sans garantie réelle d'efficacité.

A une autre échelle, le CHU de Toulouse a créé une cellule juridique composée de quatre personnes, uniquement spécialisée dans les questions relatives aux droits des patients. Mutualiser l'expérience de cette structure, dans le cadre de la région par exemple, pourrait permettre de répondre aux interrogations que se posent les établissements ne pouvant disposer de compétences aussi spécifiques.

Dans le but d'impliquer tous les acteurs du centre hospitalier dans la démarche, il pourrait s'avérer porteur de développer une culture par objectifs. Il faut entendre par-là que suite aux évaluations annuelles portant sur la tenue du dossier patient et sur leurs modalités de communication, il serait fixé après concertation entre le corps médical et la Direction des objectifs de perfectionnement. Ces derniers n'ont pas besoin, pour commencer, d'être ambitieux : il pourrait s'agir de viser un taux de 80% à 90% de documents médicaux signés ou de diminuer le délai de communication des dossiers médicaux aux patients, sans là non plus, tenter immédiatement de respecter les délais légaux. Présenter des objectifs clairs après avoir rappelé les enjeux de la démarche est un moyen de faire participer tous les personnels. La communication des résultats lors des instances et particulièrement en CME, montrerait l'engagement des médecins et de la Direction dans le processus. Publier ces données dans le journal interne ou faire un compte rendu dans les services a un intérêt à la fois pédagogique et managérial à ne pas sous estimer⁶².

Pour aller plus loin, on peut même avancer que si l'établissement faisait le choix d'affirmer sa volonté de développer une politique ambitieuse de gestion et de communication de ses dossiers médicaux, il pourrait disposer d'un outil stratégique pertinent.

2- La qualité de la communication des informations médicales : un axe possible de la stratégie d'établissement

Pour parvenir à cet objectif ambitieux, plusieurs pistes de perfectionnement des systèmes existants devront être rapidement explorées.

Il en est ainsi dans le domaine de l'informatisation des dossiers Patient sur l'ensemble de l'établissement et non sur le seul site de l'hôpital. Ce projet va nécessiter la mobilisation de gros moyens financiers et techniques : l'éparpillement des structures notamment de psychiatrie dans tout le département rend très ardue la tâche de les connecter à l'établissement. Mais les obligations qu'impose la mise en place du PMSI psychiatrique en

⁶² Un exemple de tableau de bord de ce type est présenté en Annexe 7.

janvier 2004 ont permis que dès à présent une réflexion s'amorce afin de pallier cette difficulté majeure. Dans un second temps, les deux dossiers communs (hôpital général et hôpital psychiatrique) auront à se rapprocher au moins dans la gestion de leur archivage en permettant ainsi de ne pas dissocier les soins somatiques des soins psychiatriques. C'est ici aussi un gage de qualité du suivi médical.

De tels changements d'organisation vont à l'évidence exiger beaucoup du personnel de l'établissement, aussi doivent-ils être accompagnés d'un solide plan de formation comportant plusieurs volets distincts. Le premier domaine concerné est à l'évidence le domaine juridique. On l'a vu il est indispensable que l'ensemble du personnel médical, soignant, administratif et même technique soit sensibilisé à la législation sur les droits de malades (Charte du patient hospitalisé de 1995, loi du 27 juin 1990 relative à la lutte contre les maladies mentales, loi du 4 mars 2002 notamment). Et pour les personnels du département des Archives, une formation poussée leur permettant de prendre position en toute connaissance de cause sur les demandes de communication des dossiers au patient mais aussi sur les autres types de demandes comme celles provenant de médecins des compagnies d'assurance, par exemple. L'élaboration de fiches précisant le processus de vérification à suivre dans tous les cas de demande de dossier est un bon moyen d'assurer la régularité de la démarche de communication. Il s'agira parfois de la part des rédacteurs de choisir entre plusieurs interprétations possibles des textes : il peut y avoir là des prises de position fortes de la part de l'établissement notamment concernant l'accompagnement des demandeurs pour la consultation de dossier psychiatrique ou sur l'autorisation faite aux mineurs d'accéder à leur dossier.

Dans les cas où aucune solution évidente ne s'impose, une procédure devra prévoir la consultation de la Direction qui à son tour pourra décider d'en référer à la CADA afin de disposer d'arguments solides dans sa prise de décision.

Cette sensibilisation au droit devra être complétée par une large diffusion des protocoles d'élaboration et de communication des dossiers médicaux. Chaque agent doit connaître les démarches à engager et pouvoir les indiquer aux personnes désireuses d'accéder à ces documents. Parallèlement, la diffusion des résultats des évaluations annuelles portant sur la qualité des dossiers mériterait d'être renforcée à l'aide d'une information auprès des instances suivie d'une fixation officielle des objectifs à atteindre l'année suivante. De la sorte, le personnel médical et paramédical sera responsabilisé quant au contenu des dossiers qu'il établit. C'est particulièrement vrai pour les dossiers transfusionnels pour lesquels l'absence de retour d'informations sur les évaluations semble avoir provoquée une baisse inquiétante de la qualité de ces dossiers.

L'ensemble de ces mesures prendra du temps à se mettre en place et à modifier les pratiques quotidiennes. Mais le centre hospitalier a amorcé cette politique il y a déjà quelques années et seul le manque de coordination entre la Direction et le corps médical a empêché qu'elle ne se développe plus rapidement. Un engagement explicite de ces deux acteurs majeurs de la vie hospitalière ne peut qu'accélérer les changements nécessaires.

Parvenir à une amélioration importante de la qualité de communication des dossiers médicaux et de la qualité des informations qu'ils contiennent est un objectif ambitieux et particulièrement coûteux. Pourtant, il peut s'avérer un outil de négociation intéressant à l'égard des tutelles. En effet, depuis plusieurs années le droit des patients est une préoccupation forte des pouvoirs publics. Or pour pouvoir lui donner sa pleine dimension, des moyens essentiellement financiers et humains sont nécessaires. Aussi l'idée d'inclure au sein du projet d'établissement une politique Qualité relative aux informations médicales (dans les deux dimensions : contenu des dossiers et communication) est un moyen d'afficher la volonté du centre hospitalier en ce domaine. Le Contrat d'Objectif et de Moyens (COM) qui est l'outil de concrétisation des objectifs que s'est fixé l'établissement sera l'occasion de demander les ressources indispensables à cette politique à laquelle la population est particulièrement sensible. En effet, les investissements en vue de l'informatisation de l'ensemble de l'établissement, les plans de formation, la logistique exigée pour la tenue et la communication des dossiers médicaux sont autant de dépenses peu prises en compte par les budgets hospitaliers. La présentation de cet aspect en tant qu'axe prioritaire constitue pour l'établissement un outil à utiliser dans le cadre de négociations budgétaires toujours difficiles.

Enfin, mener une politique active en faveur de la promotion de la qualité des documents médicaux peut avoir un impact positif sur les primes d'assurance. En effet, depuis plusieurs années, au vu du durcissement de la jurisprudence sur l'information et les accidents médicaux, les assureurs se sont vus obligés d'augmenter dans des proportions très importantes les sommes qu'ils demandent aux professionnels de santé donc aux établissements publics de santé. Aussi peut-on imaginer utiliser la bonne qualité de tenue des dossiers médicaux (éventuellement appréciée par un organisme extérieur au choix de la compagnie d'assurance) afin de négocier à la baisse ces tarifs. Un dossier médical bien tenu permettrait à l'établissement d'être mieux armé pour se défendre dans le cadre d'un contentieux et donc de demander des indemnités moindres à son assureur. Bien évidemment là aussi, les évolutions sont lentes et obtenir des baisses de ces primes se conçoit à moyen terme avec probablement un engagement collectif dans cette démarche de nombreux hôpitaux. Mais déjà à cours terme, informer les assureurs de la

démarche engagée, leur en faire valoir tout l'intérêt est un premier pas. Mais obtenir puis maintenir un haut niveau de qualité des dossiers médicaux exigera aussi du temps et un engagement de chacun.

Cette proposition vaut pour l'avenir mais mérite d'être étudiée dès à présent afin de ne pas perdre un temps précieux tant les changements à conduire seront importants.

CONCLUSION

A l'heure de la transparence et de la recherche d'une nouvelle citoyenneté, le dossier médical ne pouvait plus demeurer une archive banale servant d'aide-mémoire aux médecins. Résumant à la fois l'histoire pathologique d'un individu et l'ensemble des moyens déployés par les professionnels de santé pour combattre ou limiter les conséquences de la maladie, le dossier médical se devait de devenir accessible aux patients en tant qu'outil de communication et "médiateur" au sein de la relation médicale et entre les professionnels de santé .

La définition donnée par Alain Rey, auteur du dictionnaire historique de la langue française, témoigne de la nature particulière du dossier médical : *"résumant la situation médicale d'un patient avec des chiffres, des rapports en langage codé et des images également indéchiffrables, son dossier donne du malade une image partielle, toute physique et pour lui assez obscure avant qu'elle ne soit commentée par un thérapeute bienveillant. En attendant l'objet humain du dossier médical, remâchant des termes mystérieux et inquiétants, en est réduit à faire le gros dos et à se mettre en boule ; mais le réflexe du porc-épic est inutile, car le dossier, précisément, est fait pour déplier l'organisme et rendre sa pathologie lisible. Insensible, objectif, le dossier médical est le double efficace et calme d'un sujet souffrant, mais ce dernier parfois en a plein le dossier"*.

Instrument essentiel du suivi médical et soignant du patient, le dossier est pourtant vécu aujourd'hui comme un enjeu de pouvoir. En effet, reflet fidèle du fonctionnement d'un service, réceptacle des faits et gestes d'une équipe, de la vie de l'hospitalisé et des remarques subjectives sur son comportement, le dossier médical se trouve placé au coeur du fonctionnement quotidien de tout établissement de santé.

La convergence de ces éléments explique les réticences du monde médical envers le nouveau droit donné aux patients d'accéder à ces informations. Pourtant, les pratiques déviantes tant annoncées (double dossier ou dossier vide...) apparaissent quelque peu excessives eu égard au rôle pédagogique que doit jouer ce document et à l'ensemble de la législation rappelée par la loi du 4 mars 2002.

Cette loi constitue par ailleurs un outil de qualité pour le dossier médical car elle met l'accent sur la grande variabilité de l'organisation et du contenu des dossiers médicaux hospitaliers. Le rappel du contenu minimum obligatoire du dossier médical et la nouvelle hiérarchisation des données qui s'impose aujourd'hui à tous les professionnels de santé

tout en permettant d'informer pleinement les patients, va dans le sens d'une incontestable amélioration de l'information médicale.

Par ailleurs, il convient de relativiser la crainte d'une judiciarisation croissante de l'activité médicale. Tout d'abord, obtenir une information complète et intelligible suffit, le plus souvent, aux patients et d'autre part, de nombreux recours sont initiés du fait d'un sentiment de rétention d'informations de la part du corps médical : l'accès au dossier médical sera alors une source d'apaisement. Par contre, en cas de recours médico-légaux, un dossier médical complet et objectif est un instrument primordial pour la défense du praticien ou de son établissement de santé.

Pourtant, afin de concrétiser au quotidien les nouvelles dispositions, il devient urgent que les pouvoirs publics répondent aux nombreuses interrogations qu'elles ont fait naître afin de ne pas conduire le corps médical à adopter une position défensive ce qui nuirait gravement à la relation médecin – patient et le personnel administratif à prendre des décisions juridiquement mal fondées, ces deux types de réactions nées de l'inquiétude face à l'incertitude allant à l'encontre de l'esprit du texte.

L'exemple du centre hospitalier de Montauban témoigne, dans un contexte depuis longtemps favorable à la communication des informations médicales et au développement des moyens destinés à en améliorer la qualité, que la mise en place des nouvelles règles est difficile car génératrice de changements et d'interrogations importants.

“Les lois ont besoin de textes d'application pour être concrètement mises en oeuvre, mais elles ont aussi et surtout besoin que les populations concernées, en l'occurrence les professionnels de santé et les usagers, s'en emparent.” Bernard Kouchner.

Une nouvelle culture de l'information doit donc naître ce qui nécessite une réflexion plus globale sur ce thème : plus l'information est bien faite, en respectant l'individu malade, moins le risque de voir la confiance entre le praticien et son patient rompue aura des chances de se concrétiser.

La nouvelle loi reflète surtout un changement de mentalité de la part des malades qui souhaitent désormais prendre part aux décisions médicales les concernant et être de véritables acteurs de leur prise en charge. Une information régulièrement délivrée ne peut être qu'une source de confiance supplémentaire. Mais encore faudrait-il que les professionnels de santé voient en la personne malade non pas un consommateur ou un plaideur en puissance mais un véritable partenaire de travail. Et au final, les patients seront prêts à accepter la distinction entre les éléments communicables et ceux réservés aux praticiens, s'ils ont le sentiment que c'est dans leur intérêt et en partenariat avec eux qu'ils agissent.

A cette nouvelle culture de l'information médicale doit répondre une nouvelle fonction "logistique" au sein de l'hôpital, celle de gérer avec professionnalisme les documents médicaux et de les rendre facilement disponibles. Il n'est donc pas étonnant que cette mutation s'accompagne de soubresauts. Ils seront d'autant mieux surmontés que les hospitaliers, comme d'ailleurs les patients, sauront voir dans l'accès aux documents un acte faisant partie de la prise en charge thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

I. LEGISLATION :

- Code de la Santé Publique
- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal (J.O. du 18 juillet 1978) modifiée par la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le publics (J.O. du 12 juillet 1979)
- Loi n°79-18 du 3 janvier 1979 relative aux archives, J.O. du 5 janvier 1979.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, J.O. du 2 août 1991.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité dus système de santé, J.O. du 5 mars 2002, pp 4118.
- Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, J.O. du 25 avril 1996.
- Décret n° 43-89 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, J.O. du 27 avril 1943.
- Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés, J.O. du 1^{er} avril 1992
- Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, J.O. du 8 septembre 1995, pp 13305.
- Décret n° 2001-493 du 6 juin 2001 pris en application de l'article 4 de la loi 78-753 du 17 juillet 1978 et relatif aux modalités de communication des documents administratifs, J.O. du 10 juin 2001.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la Santé Publique, J.O. du 30 avril 2002 , pp 7790.
- Arrêté Interministériel du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières, J.O. du 25 octobre 1968, pp.10039.
- Arrêté du 1^{er} octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif, J.O. du 2 octobre 2001, pp.15496.

- Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.
- Circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information et à l'organisation de l'information médicale des hôpitaux publics.
- Circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.

II. OUVRAGES ET ETUDES :

- PONCHON F., les droits du patient à l'hôpital, PUF, 1999, 126 p, Collection Que sais je ?
- Manuel d'accréditation, Direction de l'accréditation, ANAES, février 1999. Disponible sur le site : <http://www.anaes.fr>
- Le dossier médical, Cahier pratique Tissot, Cahier Santé Publique Trimestrielle n°1. Tissot Editions, mars 2000, 31p.
- CALINAUD C., DUPONT M., 20 questions sur la communication du dossier médical, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 2001, 100p., Collection Les guides de l'AP-HP.
- DUPONT M., FOURCADE A., L'information médicale du patient, Règles et Recommandations, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, 2001, 140p, Collection Les guides de l'AP-HP.
- CLEMENT J.M., Les droits des malades et la loi du 4 mars 2002, Les Etudes Hospitalières Editions 2002, 254 p, Collection Tout Savoir Sur.
- CLEMENT J.M., Les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier, Les Etudes Hospitalières Editions, 2002, 98p.
- Les relations entre médecins et patients, Les principaux textes de loi. Les éditions des Journaux Officiels, 2002, 164 p., Collection La Loi au Quotidien.
- DUPUY O., Le dossier médical, Les Etudes Hospitalières Editions, 2002, 119 p.
- Recommandation pour la pratique clinique, Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement. (Texte établi par le groupe de Travail après le groupe de lecture – confidentiel, à ne pas diffuser). Service des recommandations professionnelles, ANAES, 20 février 2003. Disponible sur le site internet <http://www.apf-moteurline.org>

III. COLLOQUES ET RAPPORTS OFFICIELS :

- Les Droits de la personne malade, CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, Avis juin 1996, J.O. avis et rapports du CES, 1996, n°16.
- Rôle du médecin intermédiaire dans l'accès à un dossier médical par un malade, son représentant légal ou ses ayants droit, CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Avril 1997. Disponible sur le site internet <http://www.conseil-national.medecin.fr>
- La relation médecin – malade face aux exigences de l'information, Colloque organisé par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris sous la direction d'Emmanuel Hirsch, Paris, 1999, Les guides de l'AP-HP.
- Secret médical et compagnies d'assurance, CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Avril 2000, Paris. Disponible sur le site internet <http://www.conseil-national.medecin.fr>
- L'information des malades et l'accès au dossier médical. Les documents de travail du Sénat, Série législation Comparée, n°LC 78, Octobre 2000, 19p.
- L'information médicale et le patient citoyen, Vième ASSISES NATIONALES QUALIBIO, 17-18 mai 2001, Paris. Techniques Hospitalière, Janvier-Février 2002, n°663, pp.9-24.
- ASSEMBLEE NATIONALE, Rapport de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et sociales n°3262, Septembre 2001.
- ASSEMBLEE NATIONALE, Rapport de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales n°3263, Septembre 2001.
- Les institutions sociales face aux usagers, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport annuel 2001, la Documentation Française, 117 p.
- Le dossier médical, journée d'information de l'AP-HP, mars 2002, Paris. Disponible sur le site internet : <http://www.angh.org>
- Le dossier médical, enjeu de transparence et de qualité des soins, Quel cahier des charges ?, Conférence Inaugurale du MEDEC (Ordres des Chirurgiens-dentistes, des Médecins, des Pharmaciens et des Sages-femmes). 12 mars 2002, Paris. Disponible sur le site internet <http://www.conseil-national.medecin.fr>
- Les droits du patient dans la loi du 4 mars 2002, Guide méthodologique des droits des usagers. Fédération Hospitalière de France, 2002. Disponible sur le site internet <http://www.fhf.fr>
- COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE ET LIBERTE, 23ème rapport d'activité, 2002, La Documentation Française, pp.121-137.

- Délai de conservation de certaines archives hospitalières, note juridique JuriSanté, CNEH, FHF, 5 mars 2003, 53 p.

IV. ARTICLES ET DOSSIERS THEMATIQUES :

- DOUMENC M., Qualité des soins, Le dossier médical. La Revue du Praticien – Médecine Générale. 13 décembre 1999, Tome 3, n°481, pp. 2065-2086.
- COUMAU C., Accès direct au dossier médical, Comment s'y préparer. Impact Médecin Hebdo, 12 mai 2000, n°492, pp.40-45.
- CETTOUR-BARON G., BEAU D. et al., Restructuration d'archives hospitalières. Gestions Hospitalières, Avril 2001, pp.270-277.
- Bou C., Accès direct au dossier médical : la nouvelle donne. La Revue du Praticien – Médecine Générale. 8 avril 2002, Tome 16, n° 570, pp.540-545.
- CHABROL A., Le dossier médical : un enjeu de transparence. Bulletin de l'ordre des médecins, mars 2002, n°3, pp.8-13.
- CHARLERY A., Protéger les archives Hospitalières. Décision Santé, novembre 2002, n°189, pp. 26-27.
- CHICHE P., PROVILLE S., Le dossier médical du patient : son contenu à la lumière de la loi du 4 mars 2002. Bulletin Juridique de la Santé Publique, Juin 2002, n°52, pp. 14-18.
- GENOT-POK I., L'accès au dossier du patient : la logique juridique de l'accès direct à l'épreuve des pratiques médicales et professionnelles. Actualités JuriSanté, Juin 2002, n° 37, pp.4-10.
- JONAS C., La loi du 4 mars 2002 et la pratique médicale quotidienne : apports et incertitudes. Droit et Médecine, 2002, n°56, pp.1-7.
- RAMEIX S., Information et consentement des patients : du paternalisme à l'autonomie ? Actualités JuriSanté, Juin 2002, n°37, pp.11-16.
- DUPONT M., L'accès du patient aux documents médicaux personnels détenus par les établissements et les professionnels de santé. Ses aspects pratiques à l'hôpital. Actualités JuriSanté, Décembre 2002/Janvier 2003, n°39/40, pp.4-9.
- CORDIER B., LACHAUX B. et al. Information du patient en psychiatrie, Enjeux de la nouvelle loi, Mars 2003, 27 p.
- GODET P.-F., La structure du dossier hospitalier en psychiatrie face aux nouvelles exigences. Le journal de Nervure, nouvelle formule, mai 2003, supplément à Nervure, le journal de Psychiatrie, n°2, Tome XVI, avril/mai 2003, 12 p.
- Le dossier médical, Gestion Hospitalière, Avril 2003, Cahier 117, pp. 301-329.
- ARCHIMEDE L., Le secret médical risque d'être affaibli. Le Quotidien du médecin, n°7384, 17 septembre 2003.

Liste des annexes

- **ANNEXE 1** : Contenu minimal obligatoire du dossier médical : tableau comparatif (décret n°92-329 du 30 mars 1992 et décret n°2002-637 du 29 avril 2002).
- **ANNEXE 2** : Synthèse des règles concernant l'exercice de l'autorité parentale.
- **ANNEXE 3** : Présentation des grandes règles de conservations des archives hospitalières.
- **ANNEXE 4** : Synthèse des pièces à présenter pour toute demande de communication de dossier médical de la part d'un ayant droit.
- **ANNEXE 5** : La procédure de communication des D.P.U. au Centre Hospitalier de Montauban.
- **ANNEXE 6** : Statistiques sur l'évolution du nombre de demandes et des délais moyens de communication en 2002 pour les dossiers de moins de 5 ans (Centre Hospitalier de Montauban).
- **ANNEXE 7** : Exemples de tableaux de bords annuels pour le suivi des demandes d'accès aux informations médicales.

ANNEXE 1

Contenu minimal obligatoire du dossier médical : tableau comparatif
(décret n°92-329 du 30 mars 1992 et décret n°2002-637 du 29 avril 2002)

Décret n°2002-637 du 29 avril 2002	Décret n°92-329 du 30 mars 1992
1°) Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil aux urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :	Les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour
*la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission;	Le document médical indiquant le ou les motifs d'hospitalisation
*les motifs de l'hospitalisation;	
*la recherche d'antécédents et de facteurs de risques;	
*les conclusions de l'évaluation clinique initiale;	Les conclusions de l'évaluation clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient;
*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 imagerie;	Les comptes rendus des explorations para-cliniques et des examens complémentaires significatifs, notamment les résultats des examens d'anatomie et de cytologie pathologiques;
*les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L.1111-4 CSP;	
*le dossier d'anesthésie;	La fiche de consultation préanesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique;
*le compte-rendu opératoire ou d'accouchements;	Le ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchements;
*Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire;	
*la mention d'actes transfusionnels pratiqués sur le patient, et le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnées à l'article R.666-12-24 CSP;	la mention d'actes transfusionnels pratiqués sur le patient, et le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnées à l'article R.666-12-24 CSP;
*les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires;	Les prescriptions d'ordre thérapeutique
*le dossiers de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers;	Lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers
*les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé;	
*la correspondance échangée entre professionnels de santé;	
Le dossier comporte l'identification du patient et, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir (article R.710-2-3 CSP)	La fiche d'identification du malade

Décret n°2002-637 du 29 avril 2002	Décret n°92-329 du 30 mars 1992
2°) Les informations formalisées établies à la fin du séjour : Elles comportent notamment	Les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier
*le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie;	Le compte rendu d'hospitalisation avec, notamment, le diagnostic de sortie;
*la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie;	Les prescriptions établies à la sortie du patient;
*les modalités de sortie (domicile, autres structures...);	
*la fiche de liaison infirmière.	Le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers.

Décret n°2002-637 du 29 avril 2002	Décret n°92-329 du 30 mars 1992
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.	

Source : le dossier médical, O.DUPUY, Les Etudes Hospitalières, pp.20-22

ANNEXE 2

Synthèse des règles concernant l'exercice de l'autorité parentale

Règles concernant l'exercice de l'autorité parentale	Pièces à fournir
<p>Pour exercer l'autorité parentale, les parents doivent être dans l'une des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ils sont mariés et aucune décision judiciaire modifiant l'exercice de l'autorité parentale n'est intervenue• Ils sont divorcés ou séparés de corps et la mention d'un exercice commun de l'autorité parentale figure sur la décision rendue.• Ils ont reconnu l'enfant avant l'âge d'un an.• Ils ont fait une déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale devant le greffier en chef du tribunal de grande instance.• Une décision du juge aux affaires familiales ou de la cour d'appel leur a donné l'exercice de l'autorité parentale.	<ul style="list-style-type: none">• Pièces d'identité dans tous les cas• Livret de famille• Le cas échéant, jugement ou arrêt rendu • Ordonnance, jugement ou arrêt rendu • Livret de famille ou extrait de naissance• Déclaration conjointe • Jugement ou arrêt rendu
L'autorité parentale est exercée par un tiers	Pièces d'identité dans tous les cas Jugement ou arrêt rendu

N.B. : la conclusion d'un PACS et l'existence d'une procédure d'assistance éducative auprès du juge des enfants n'a pas d'incidence sur la dévolution de l'autorité parentale.

Source : ANAES, Recommandations pour la pratique clinique, l'accès aux informations concernant la santé d'une personne. Texte établi par le groupe de travail après le groupe de lecture (document confidentiel).

ANNEXE 3

Présentation des grandes règles de conservations des archives hospitalières

Registres d'entrées et de sorties des malades	Indéfiniment	Arrêté interministériel du 11 mars 1968
Dossiers médicaux des malades : <ul style="list-style-type: none"> - dossiers d'affections de nature héréditaire susceptible d'avoir des répercussions pathologiques ou traumatisantes sur la descendance; - dossiers de pédiatrie, neurologie, stomatologie et de maladies chroniques; - autres dossiers (gérontologie, rhumatologie...) 	Indéfiniment 70 ans 20 ans	Arrêté interministériel du 11 mars 1968
Documents du service social Enquêtes	70 ans Indéfiniment	Arrêté interministériel du 11 mars 1968
Dossiers et livres de laboratoires Relevés chronologiques des analyses Résultats nominatifs des analyses	20 ans 10 ans 5 ans	Arrêté interministériel du 11 mars 1968 Arrêté du 26 novembre 1999 relatif au GBEA (modifié le 26/04/02)
Dossiers de transfusions sanguines	20 ans	Circulaire 97-149 du 26 février 1997
Procès-verbaux d'autopsie	20 ans	Arrêté interministériel du 11 mars 1968
Dossiers de consultation externes Dossiers radiologiques (ils appartiennent au dossier médical)	20, 70 ans ou indéfiniment selon la pathologie	Arrêté interministériel du 11 mars 1968 Décret n°2002-637 du 29 avril 2002
Résultats d'examens de caractéristiques génétiques	30 ans	Article R 145-15-15 Code de la santé publique

Etats des préparations pharmaceutiques Bons de médicaments, produits chimiques et toxiques	20 ans 10 ans	Arrêté interministériel du 11 mars 1968
---	------------------	--

ANNEXE 4

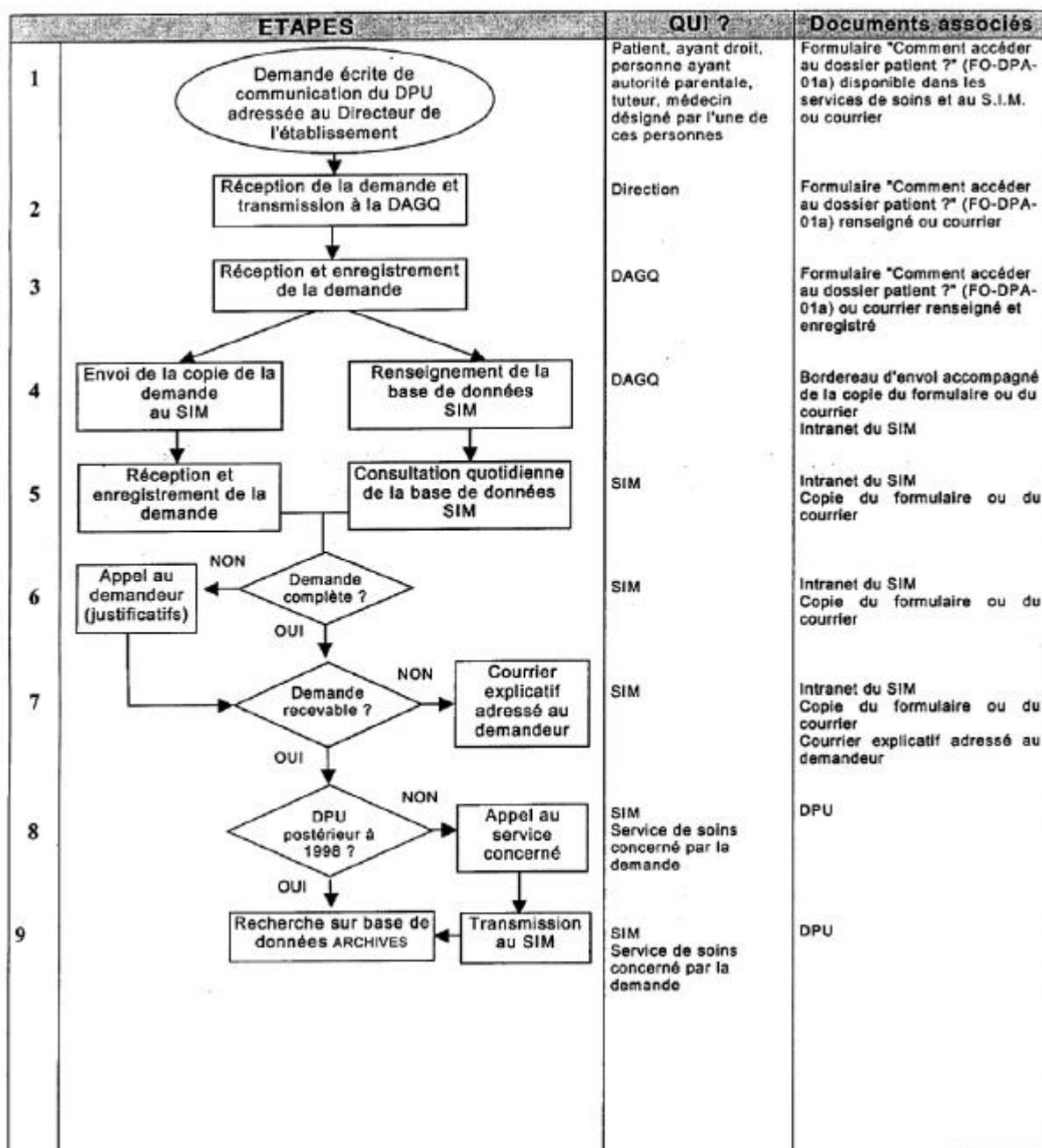
Synthèse des pièces à présenter pour toute demande de communication de dossier médical de la part d'un ayant droit

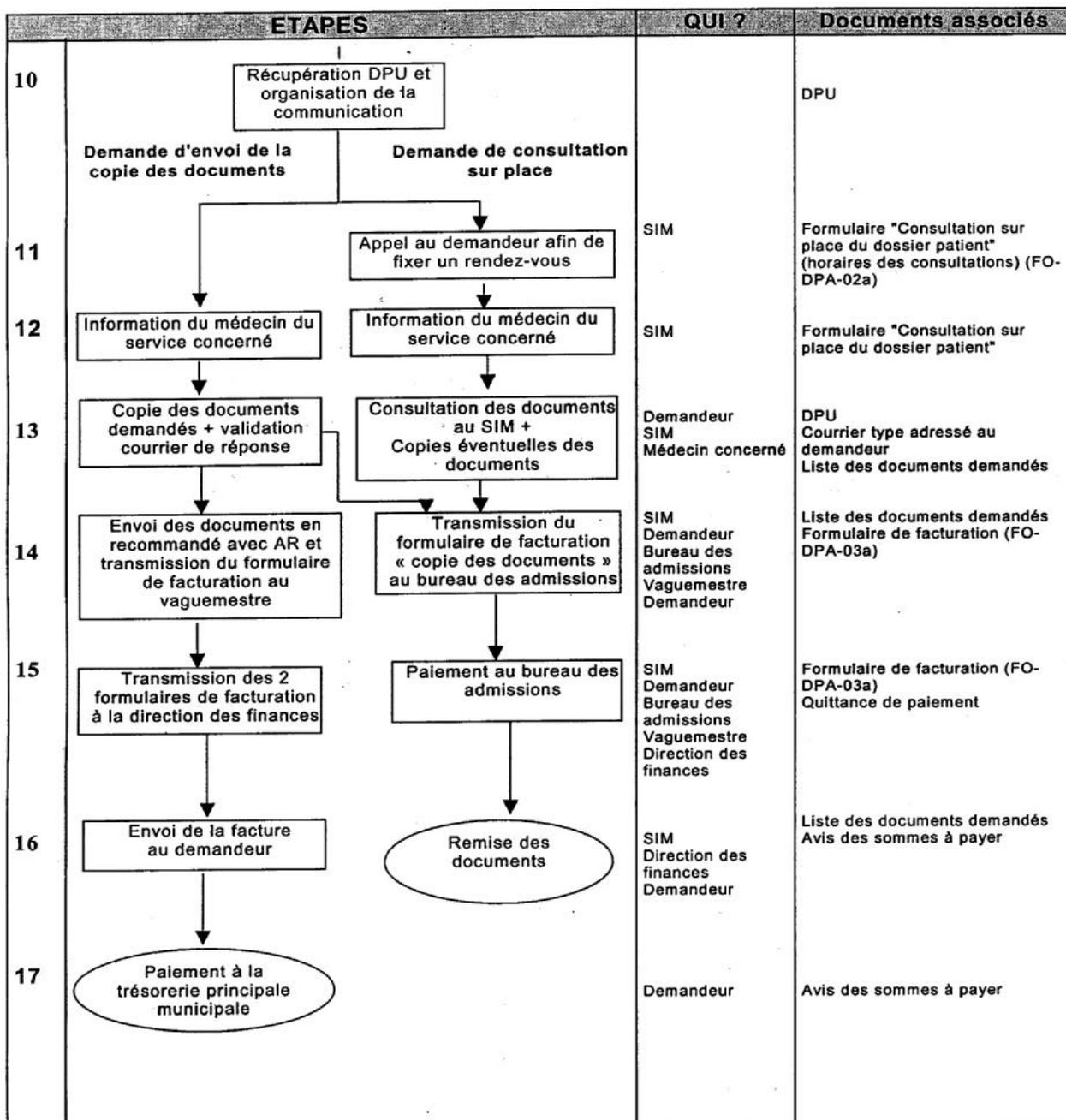
Personnes Concernées	Pièces demandées	Commentaires
<p>Un ayant droit peut être défini comme une personne titulaire d'un droit venant du défunt. Les ayants droits sont les ascendants, les descendants, le conjoint (i.e. les héritiers le plus souvent). Mais il peut s'agir d'autres personnes ayant des droits à faire valoir en raison du décès, tels que le concubin ou la personne ayant conclu un PACS avec le défunt.</p> <p>Le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie peut être assimilé à un ayant droit.</p>	<p>Il est nécessaire de demander aux ayants droit de justifier de leur qualité par la production d'un document en attestant et qui peut être obtenu notamment auprès d'un notaire ou de l'Etat Civil.</p>	<p>Dans le cas particulier d'un contrat d'assurance, un certificat médical permet le plus souvent à lui seul de satisfaire la demande.</p>

Source : ANAES, Recommandations pour la pratique clinique, l'accès aux informations concernant la santé d'une personne. Texte établi par le groupe de travail après le groupe de lecture (document confidentiel).

ANNEXE 5

La procédure de communication des D.P.U. au Centre Hospitalier de Montauban





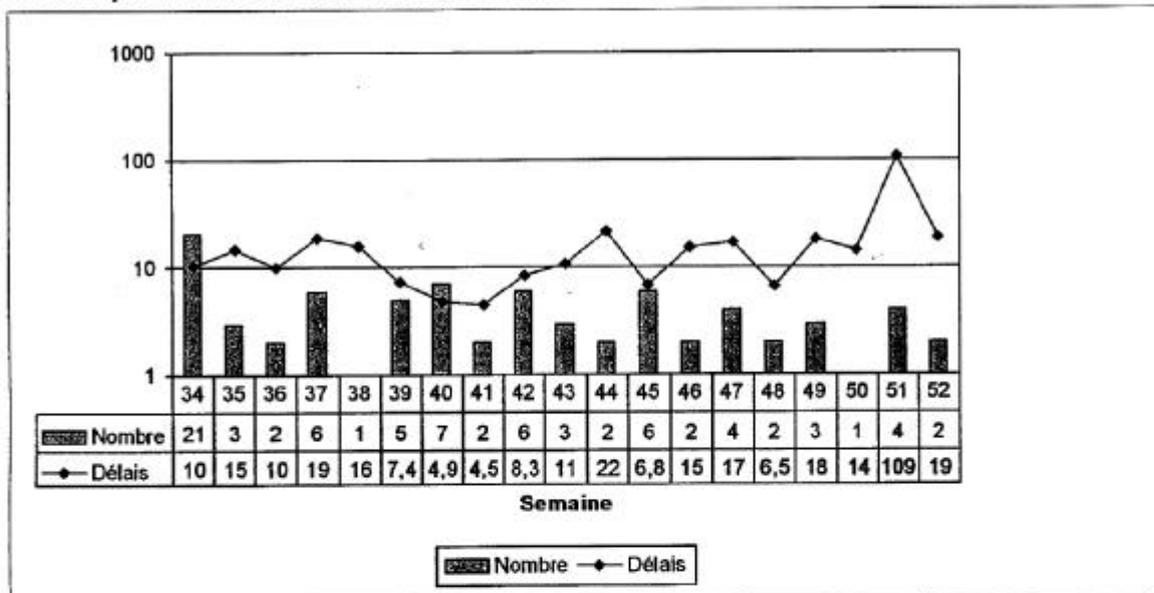
Source : DIM Montauban.

ANNEXE 6

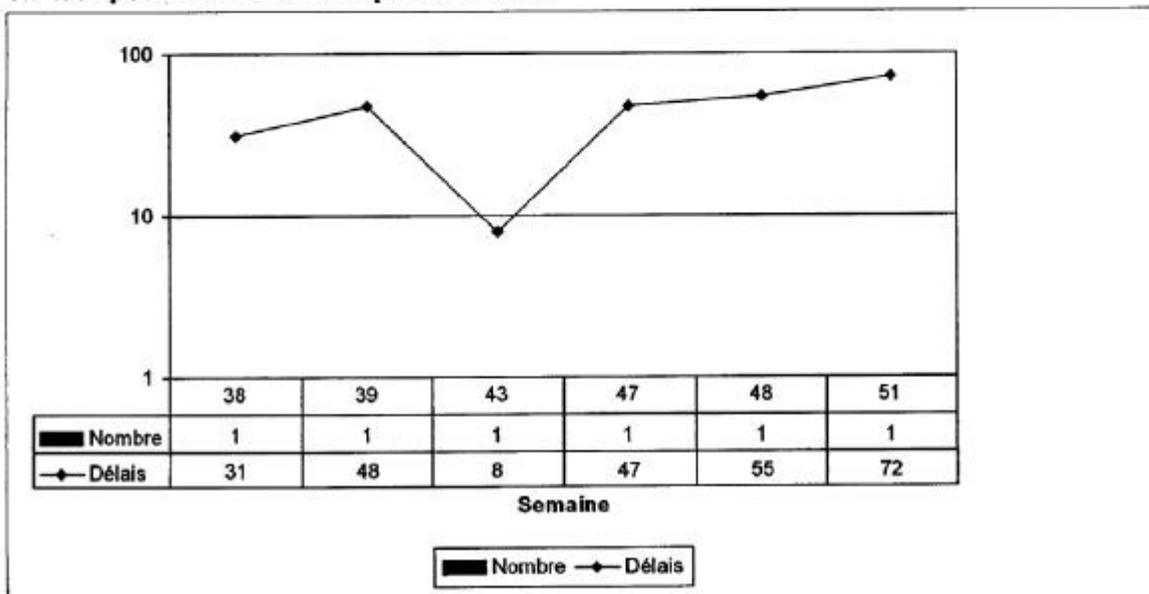
Statistiques du Département d'Informations Médicales

Centre Hospitalier de Montauban

Evolution par semaine du nombre de demandes et des délais moyens de communication en 2002 pour les dossiers de moins de 5 ans:



Evolution par semaine du nombre de demandes et des délais moyens de communication en 2002 pour les dossiers de plus de 5 ans:



ANNEXE 7

Exemples de tableaux de bords annuels pour le suivi des demandes d'accès aux informations médicales

Eléments d'activité

Auteur de la demande	Nombre de demandes	Rappel n-1	Taux d'évolution
Patient	50	40	+25%
Ayant droit	30	25	+20%
Autres (avocat, employeur...)	5	2	+150%
TOTAL	85	67	+27%

Suites données aux demandes de communication de dossiers

Nature de la réponse	Nombre	% sur total des demandes
Favorable	78	92%
Defavorable	7	8%

Délais moyens de communication

Ancienneté du dossier	Délai maximal prévu par la loi	Délai moyen de communication	Ecart par rapport à la norme maximale
Moins de 5 ans	8 jours	9,8 jours	+1,8 jours
Plus de 5 ans	2 mois	46 jours	-14 jours

Modalités de communication du dossier

Mode de communication	Nombre	% sur total demandes
Envoi postal	70	82%
Retrait sur place	10	12%
Consultation sur place avec proposition d'accompagnement médical	5	6%

Répartition des demandes par services

Service concerné	Nombre de demandes	% sur total demandes	Délai moyen de communication (dossier de moins de 5 ans)	Délai moyen de communication (dossier de plus de 5 ans)
Médecine A	10	12%	10 jours	3 jours
Médecine B	15	17%	6 jours	9 jours
Chirurgie	20	24%	9 jours	15 jours
Gynécologie	30	35%	8 jours	46 jours

Source : L'accès direct au dossier médical, de l'approche juridique à la communication interne de l'hôpital, M.GALY, Gestion Hospitalière, Avril 2003.