

LA TENUE DU DOSSIER-PATIENT

**Ce document a pour objet de rappeler
l'importance fondamentale de la bonne tenue
du dossier pour assurer la Qualité des soins.
Il rappelle l'intérêt particulier qu'il faut porter
aux indicateurs de pratique.**

Article 45 du Code de Déontologie Médicale, décret 95-1000 du 6 septembre 1995.

Le code de déontologie médicale¹ prévoit que le médecin doit « tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui comporte les éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques ».

Le recueil auprès du patient de ces éléments actualisés et leur notification par écrit sont des facteurs essentiels de la qualité des soins, dans la mesure où ils permettent :

- ▶ d'effectuer des soins appropriés, c'est à dire adaptés en connaissance de cause aux caractéristiques personnelles du patient, sans omettre un fait décisif ;
- ▶ de transmettre aisément ces caractéristiques personnelles et faits décisifs dans le cadre de la continuité des soins.

Pour l'ANAES² la bonne tenue du dossier contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité. Le dossier permet donc des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

■ Objectifs de qualité concernant la tenue du dossier-patient³

Retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier et éliminer les risques d'erreur par homonymie (identité et date de naissance).	[Code de la santé publique]
Pouvoir contacter facilement le patient ou son tuteur, même s'il est de passage (adresse et téléphone actualisés)	[Consensus d'Experts]
Identifier rapidement les allergies et intolérances médicamenteuses	[Grade B]
Disposer d'une synthèse des antécédents médicaux et chirurgicaux, à jour des données significatives et comprenant les facteurs de risque du patient	[Grade B]
Enregistrer les données significatives de chaque consultation et les décisions prises	[Code de la Santé Publique]
Tenir informés le(s) correspondant(s) et le patient	[Code de la Santé Publique]

Afin de répondre aux principaux objectifs de qualité, le dossier-patient doit comporter certaines données générales, qui sont indépendantes du motif de consultation. Il s'agit de données de type administratif, de données qui portent sur la santé générale du patient et de données qui portent sur la catégorie de soins effectués.

Concernant ces données générales, la présence dans le dossier-patient de quelques marqueurs simples témoigne de la pratique du médecin. Ces marqueurs peuvent donc être retenus comme indicateurs de pratique, ces derniers constituant une « check-list » d'utilité quotidienne.

■ Indicateurs de pratique concernant la tenue du dossier-patient³

Données administratives

1. Nom complet
2. Date de naissance
3. Adresse (même temporaire : étudiants, vacances, etc.)
4. Coordonnées téléphoniques

Données de santé

5. Liste actualisée des intolérances et allergies médicamenteuses
6. Antécédents personnels et familiaux significatifs, comprenant les facteurs de risque.
7. Liste clairement visible des pathologies (ex. : risque d'endocardite) ou des traitements (ex. : anticoagulant, ou présentant des possibilités d'incompatibilité thérapeutique), mettant en jeu la sécurité du patient et nécessitant une surveillance particulière.

Données de soins

8. Informations enregistrées lors de la dernière rencontre : résultat de consultation, résultats d'examens complémentaires, justification des décisions prises.
9. Dernières prescriptions médicamenteuses avec leur posologie et leur durée.
10. Mention des informations données au patient et, s'il y a lieu, le double des courriers envoyés au(x) correspondant(s)

On remarquera que, par souci de simplicité, le « référentiel expérimental » publié en 2003 par l'ANAES se limite à 10 indicateurs de pratique. Il ne comporte pas des indicateurs qui témoignent de la recherche par le praticien d'autres données générales utiles telles que :

- ▶ l'activité du patient (notamment sa profession, éventuellement ses conditions de travail)
- ▶ les conditions de vie du patient (notamment familiales et environnementales)
- ▶ la couverture sociale du patient (éventuellement son immatriculation)
- ▶ le poids du patient (voire d'autres données morphométriques : taille, périmètre abdominal)
- ▶ une liste actualisée de tous les médicaments pris régulièrement (qu'ils comportent ou non un risque particulier, qu'ils aient ou non été prescrits, par quelque prescripteur que ce soit récemment ou non).
- ▶ le principal motif de déclenchement du processus de soins en cours.

D'autre part, les indicateurs 8 à 10 concernent les soins effectués lors de la précédente consultation et peuvent être considérés comme des indicateurs de pratique moins généraux que les précédents. Ces indicateurs 8 à 10 sont généralement détaillés dans les listes qui concernent un « processus de soins caractérisé » c'est à dire la pratique dans un contexte pathologique particulier (par exemple le suivi d'un hypertendu non âgé non compliqué).

■ Méthode conseillée pour auto-évaluer la tenue du dossier-patient (3)

Dans le cadre d'une évaluation de ses pratiques professionnelles, le médecin analyse quelques dossiers, en présence des patients concernés afin de pouvoir vérifier la véracité des données et les compléter, le cas échéant. Il choisit des dossiers déjà constitués, c'est à dire des patients pour lesquels il ne s'agit pas de la première rencontre.

Il s'agit donc d'une méthode :

- ▶ **rétrospective**, qui vise à analyser des données précédemment recueillies (et non prospective, qui viserait à analyser un nouveau recueil de données) ;
- ▶ **antérograde**, qui observe des dossiers au fur et à mesure qu'ils se présentent (et non rétrograde, qui préleverait un échantillon de dossiers archivés).

L'ANAES a proposé de retenir chaque jour quelques dossiers, pris aléatoirement et sans biais, jusqu'à en totaliser 20 (par exemple le 3e et le 4e patient de chaque demi-journée, pendant 5 jours consécutifs).

Pour chacun de ces dossiers-patients, le médecin remplira un grille de recueil des indicateurs de pratique, en répondant à deux questions

- ▶ l'indicateur de pratique figure-t-il explicitement dans le dossier-patient ?
- ▶ le patient confirme-t-il sa description ?

Le dossier médical : un outil essentiel

D'après Doumenc M.⁴

Il est certainement difficile, surtout en médecine générale, de bien tenir un dossier à chaque intervention, mais de la bonne tenue du dossier découle la fiabilité de toute évaluation. Le dossier médical construit jour après jour, même s'il n'est pas encore partagé, se révèle incontournable pour évaluer ses pratiques sur des indicateurs fiables, faciles à retrouver et à mesurer. C'est le témoin le plus efficace pour objectiver les démarches et les décisions prises par le médecin face à son patient.

Son organisation même est un gage de qualité qui a fait l'objet de nombreux audits en France et à l'étranger. C'est aussi un outil pour évaluer la pratique d'un médecin sur un thème donné. Où ira-t-on chercher, ailleurs que dans ce dossier, si nos diabétiques de type 2 ont eu la surveillance qu'ils sont en droit d'attendre de tout généraliste ? Quelle est la fréquence des frottis cervicaux chez les femmes que nous suivons régulièrement ? Comment pourrions-nous évaluer les conclusions des différents intervenants ?

Grâce à tous les renseignements qu'il contient, le dossier médical est un outil essentiel de la qualité des soins délivrés aux patients.

Le dossier : un élément de la qualité des soins

D'après HAS⁵

Lorsque le dossier est structuré, exploitable et lisible, en particulier lorsqu'il contient des synthèses régulières, la compréhension en est facilitée. Tout professionnel de santé a l'obligation de veiller à la qualité de cet outil.

La tenue du dossier doit permettre de répondre à toute demande de consultation ou de transmission d'informations, émanant de professionnels de santé comme de la personne.

Le statut des informations qu'il contient, leur évolutivité justifient une hiérarchisation de nature à clarifier leur utilisation et à favoriser l'appropriation de données souvent complexes et provisoires.

Pourquoi évaluer la tenue du dossier du patient ?

D'après ANAES²

La qualité des soins est appréciée classiquement suivant un certain nombre de caractéristiques : acceptabilité, accessibilité, caractère approprié, continuité, délivrance au bon moment, efficacité, efficience, sécurité. Étroitement liée à la qualité des soins, la tenue du dossier influence certaines de ces caractéristiques et plus particulièrement la continuité, la sécurité et l'efficacité :

- ▶ continuité : la coordination entre les différents professionnels intervenant auprès du patient suppose le partage des informations dans un support accessible ;
- ▶ sécurité : la présence d'informations spécifiques facilement identifiables et accessibles permet la prévention des risques pour le patient ;
- ▶ efficacité : la prise de décision médicale est facilitée par la structuration du dossier et les informations qui y sont consignées.

Par ailleurs, la bonne tenue du dossier est un préalable indispensable pour disposer de données nécessaires à l'évaluation qualitative des soins dont l'amélioration doit être un objectif prioritaire.

L'objet de tous les soins

D'après DRAHI E. Lettre de l'Unaformec avril 2006.

Le dossier médical est, depuis toujours, un des principaux outils du médecin. Il remplit plusieurs fonctions :

- ▶ fonction symbolique de la permanence du lien entre le patient et son médecin
- ▶ aide-mémoire des problèmes médicaux du patient
- ▶ garant de la démarche médicale, permettant de rattacher à un problème du patient les soins consécutifs
- ▶ communication entre le médecin, le patient et l'équipe médicale
- ▶ continuité des soins, notamment dans un cabinet de groupe
- ▶ intégration entre le curatif et le préventif, en visualisant les informations concernant la prévention primaire, secondaire et tertiaire
- ▶ synthèse de tous les éléments concernant le patient, dans les domaines bio-médicaux, mais aussi psycho-sociaux
- ▶ fonction médicolégale
- ▶ évaluation des pratiques professionnelles.

Cette dernière fonction est à la base d'une des modalités de l'EPP, qui repose sur la méthode de l'audit ou de l'analyse de cas. Le dossier devient ici un outil pour visualiser les pratiques. Même s'il s'agit un critère de jugement intermédiaire de la qualité des soins, il a été démontré qu'un dossier bien tenu participe à cette qualité.

Dans le cadre du partage des tâches et de la coordination des soins, le dossier médical va devenir un outil au service d'équipes de soins, situées dans les mêmes locaux et surtout dispersées dans des lieux différents.

Si le patient reste l'objet de tous nos soins, le dossier médical mérite aussi toute l'attention des médecins.

Références

1. Article 45 du Code de Déontologie Médicale, décret 95-1000 du 6 septembre 1995.
2. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Service évaluation des pratiques juin 2003.
 - Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dos_pat_version_integrale.pdf
 - Dossier du patient (fascicule 1) : réglementation et recommandations http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dos_pat_reglementation.pdf
 - Dossier du patient (fascicule 2) : réalisation pratique de l'audit clinique http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dos_pat_realisation_audit.pdf
 - Dossier du patient (fascicule 3) : méthodes d'amélioration de la qualité http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dos_pat_methodes_amelioration.pdf
3. ANAES. La tenue du dossier médical en médecine générale.
 - Etat des lieux et recommandations. Service médecine libérale, septembre 1996. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>
 - Référentiel expérimental d'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire. Service Évaluation des Pratiques, juillet 2003 (non disponible).
4. Doumenc M. Qualité des soins
 - (1) Le dossier médical. Rev Prat Med Gen 1999 ;13 :2065-78.
 - (2) Dossier, recommandations... Comment améliorer les pratiques. Un exemple, le diabète de type 2. Rev Prat Med Gen 2000;14,511(16 oct):1765.
5. HAS. Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement. Décembre 2005 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Acces_Info_sante_Dec_2005.pdf

Compléments bibliographiques

- Cosquer M, Turluche M, Le Vu B, Asselain B, Livartowski A. Mise en place d'un plan d'Assurance Qualité du Dossier Patient. <http://www.irisa.fr/manifestations/2005/DKQ2005/cosquer-dkq05.pdf>
- Eveillard P. Dossier médical personnel: l'esprit de la loi du 4 mars 2002. Rev Prat. 2004 Nov 15;54(17):1861-4. http://www.33docpro.com/fonds_documentaire/annexes/rdp2004_17_1861.pdf
- Fieschi M, Merlière Y. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées, mai 2003. <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/fieschi/sommaire.htm>
- GIPSIM / SNIIS. Le Dossier Médical Personnel Outil de la réussite d'une nouvelle gouvernance. Note au gouvernement, Juillet 2004. <http://www.annuaire-secu.com/pdf/note-gouvernement0704.pdf>
- Honnorat C. Le Dossier Médical. Apprentissage de l'exercice médical. Faculté de Médecine de Rennes, 14 novembre 2005. <http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/mg/RMM03.pdf>
- LOI no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>
- Moutel G. Evolution du dossier medical, nouveaux enjeux de la relation médecins-soignants patients : approche historique, médicale, médicolégale et éthique. [http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/E51B59F8549BB019C12570A500515161/\\$File/document.pdf?OpenElement](http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/E51B59F8549BB019C12570A500515161/$File/document.pdf?OpenElement)
- Ormières JJ, Lagarde J. Influence de l'application de l'informatique a la gestion des données médicales: vers une liberté surveillée ? Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins , avril 2001. Recherche en médecine générale, cahier spécial n°530 du 12 mars 2001. <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/influenceinformatique.pdf>
- Ormières JJ, Lagarde J. Evaluation collective des pratiques médicales entre professionnels : du concept à l'action. Propositions méthodologiques et application à la tenue du dossier médical. Rev Prat Med Gen 2001 ;15 (530) :517-22.
- Timmermans B, Gérard B. Le Dossier Medical. Recommandations de Bonne Pratique. Société Scientifique de Médecine Générale (Belgique). http://www.ssmg.be/docs/rbp/textes/dm_dossiermedical.pdf
- URML IdF. Le dossier médical personnel. Actes du Colloque, 13 novembre 2004. http://www.urml-idf.org/urml/actualite/actes_DMP_04.pdf