

# LE DOSSIER DU PATIENT

## **OBJECTIFS : être capable de :**

- Définir le dossier patient
- Citer les 3 parties qui composent le dossier patient
- Indiquer l'intérêt du dossier patient
- Définir le dossier de soins
- Indiquer l'intérêt du dossier de soins
- Citer les éléments du dossier de soins
- Nommer les avantages du dossier informatisé
- Indiquer qui peut avoir accès au dossier
- Indiquer la démarche à suivre et à quelles informations la personne peut accéder

## **I – Définition**

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

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus.

## **II – Cadre législatif**

**Décret du 29 juillet 2004**, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier « l'IDE est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmier » s'agissant du rôle propre, une participation de l'aide-soignant(e) ou auxiliaire de puériculture est possible.

**Loi du 4 mars 2002** relative aux droits des personnes soignées titre : « permet l'accès direct au dossier médical »

**Décret du 21 mai 2003** relatif à la constitution du dossier patient.

### **III – Le contenu du dossier du patient**

#### **3.1 Le dossier administratif**

- Il se compose de la fiche administrative (identité, adresse, état civil)
- les personnes à prévenir,
- la prise en charge financière (assurance, mutuelle, AAH...)
- La personne de confiance
- l'autorisation d'opérer pour un mineur
- les protections juridiques éventuelles,
- le nom du médecin traitant

#### **3.2 Le dossier médical**

C'est le médecin qui le remplit.

Il comprend :

- La pathologie de la personne (diagnostic, suspicion de maladie, antécédents médicaux, évolution, observations médicales)
- Les résultats d'examens (radiologiques, biologiques, anatomopathologiques)
- Compte rendu : opératoire, d'hospitalisation, consultations spécialistes...
- Différents courriers à des confrères.
- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire.
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel (ouverture d'un dossier transfusionnel)
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires.

### **3.3 Le dossier de soins**

Il est rempli par l'infirmier et par l'aide-soignant(e).

Il comprend :

- La fiche des besoins fondamentaux : la fiche d'autonomie (GIR), des habitudes de vie
- La macro cible d'accueil : présentation synthétique de la personne (motif d'admission, habitude de vie, autonomie...)
- Les supports de prescriptions médicales (datées, signées et nom du prescripteur lisible)
- Les supports de prescriptions d'examen complémentaires
- Les fiches spécifiques : le suivi de pansements, échelle de Braden, escarres, douleur, kiné, fiche diététiques, le suivi social
- La fiche de planification
- La fiche de surveillance ou diagramme de soins (alimentation, selles...)
- La fiche de transmissions ciblées (datées, signées, et nom du soignant lisible)
- La fiche de liaison (bloc...)
- Le résumé de soins et de séjour.

## **IV – Le dossier de soins**

C'est un document unique et individualisé qui regroupe l'ensemble des informations qui concerne la personne soignée. Il prend en compte l'aspect **préventif, éducatif, curatif et relationnel du soin**.

### **4.1 Législation**

**Décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles (Art 28) :** « l'infirmier peut établir pour chaque patient, un dossier de soins infirmier contenant tous les éléments relatifs à son rôle propre et permettant le suivi du patient. »

**Décret du 29 juillet 2004 (Art. R 4311-3)** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : « L'infirmier est chargé de la conception de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmier » S'agissant du rôle propre de l'IDE, **une participation de l'aide-soignant(e) est possible.**

## **4.2 Le contenu**

Aucun texte ne règlemente le contenu du dossier de soins. C'est l'équipe qui réfléchit sur les informations nécessaires et indispensables à la prise en soin de la personne soignée.

## **4.3 L'intérêt**

Le dossier de soins est un support pour

- le raisonnement clinique,
- la traçabilité des soins,
- la transmission des informations.

Il permet :

- de mieux connaître la personne soignée et d'être le support du projet de soins,
- de constituer un ensemble de documents utiles et utilisables par les différentes personnes intervenant auprès de la personne soignée,
- une plus grande sécurité dans l'organisation, du suivi des soins faits et à faire,
- le suivi de la personne soignée en cas de transfert.
- de valoriser le travail du personnel, en tant que support de l'activité pluridisciplinaire,
- une meilleure organisation du travail et une meilleure coordination,
- de faciliter l'intégration du personnel de remplacement ou en formation,
- une traçabilité des soins effectués et des prescriptions,
- d'être un moyen d'évaluation de la qualité des soins et de les réajuster si nécessaire.

## **4.4 La tenue du dossier**

Le dossier de soins doit être lisible et compréhensible.

Chaque feuille de soins doit être identifiée par l'étiquette du patient.

Les transmissions doivent être horodatées et signées.

L'existence et la bonne tenue du dossier de soins sont essentielles. Ce qui n'est pas noté est considéré non fait par les juges.

## **V – Le dossier de soins informatisé**

La valeur juridique de l'écrit électronique est maintenant reconnue: article 1316-3 du CSP, loi n°2000-230 du 13 mars 2000 «L'écrit sur le support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier »

Il est conservé 25 ans selon les cas et parfois jusqu'à 10 ans après le décès, dans 3 endroits différents (ordinateur, disque dur et bande magnétique).

Avec l'informatisation du dossier du patient, l'obligation de dater, signer et nommer de façon lisible un document est simplifiée puisque chaque information est automatiquement inscrite dans le temps et reliée au soignant qui l'a inscrite du fait de son code d'identification.

Les avantages du dossier informatisé :

- Traçabilité rigoureuse des actes effectués
- Suppression des recopies
- Lisibilité des données
- Travail en réseau des différentes unités de soins, plateau technique, services administratifs...
- Meilleure lisibilité du circuit patient à l'hôpital

Chaque personne possède un identifiant. Veiller à toujours se déconnecter à la fin de votre service. Il est interdit de travailler sous l'identifiant de sa collègue.

## **VI – L'accès au dossier**

L'accès au dossier de soins est soumis comme le dossier médical au décret n°2002-637 du 29 avril 2002

**L'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique** autorise les patients à accéder directement aux informations les concernant (sauf, dans certains cas, en ce qui concerne les données recueillies lors d'une hospitalisation sans consentement)

*« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et établissement 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 entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ».*

### **6.1 Qui peut demander le dossier**

L'accès au dossier médical peut être demandé auprès du professionnel de santé ou de l'établissement de santé,

- par la personne concernée,
- son ayant droit en cas de décès de cette personne,
- le titulaire de l'autorité parentale,
- le tuteur ou le médecin désigné comme intermédiaire.

### **6.2 Quelles informations**

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, c'est à dire à toutes les données qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment les résultats d'examen, les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, les feuilles de surveillance, les correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

### **6.3 Quelles modalités**

La demande est adressée au professionnel de santé ou au responsable de l'établissement ou à la personne désignée à cet effet par ce dernier.

L'accès aux données se fait, au choix du demandeur, soit par consultation sur place avec éventuellement remise de copies, soit par l'envoi des documents (si possible en recommandé avec accusé de réception). Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur et ne sauraient excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

### **6.4 Cas particulier**

Une procédure particulière existe pour les dossiers de psychiatrie (commission départementale des hospitalisations psychiatrique)

Si le mineur reçoit des soins à l'insu de ses parents, il peut s'opposer à ce que le médecin transmette son dossier. Le médecin, la sage-femme ou l'infirmier doivent encourager le mineur à communiquer ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Ils doivent faire mention écrite de cette opposition.

La famille et les ayants droits :

L'accès est possible qu'après le décès du patient, sauf si celui-ci s'y est opposé de son vivant. Les ayants droits devront, par écrit, motiver la demande. (Informations

nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir un droit)

Seuls les éléments permettant de répondre au motif de la demande seront communiqués.

## **VII – Conclusion**

Le dossier du patient est un outil important pour les professionnels. Il est la seule trace écrite des prescriptions médicales, des observations, des actes réalisés par les soignants.

Tout professionnel a l'obligation de veiller à la qualité de cet outil.

L'aide-soignant(e) doit connaître l'ensemble des documents constituant le dossier afin de bien les utiliser (ne pas écrire la même information à plusieurs endroits)

Le dossier du patient a une valeur juridique: document écrit qui est la seule trace des actes réalisés par les soignants. En cas de litige, il peut être saisi pour comprendre ce qui est arrivé.