

Le Dossier Médical

Apprentissage de l'exercice médical
Pr Charles HONNORAT
Lundi 14 novembre 2005

Introduction

Nous allons maintenant envisager un outil capital de notre exercice, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier : Le dossier médical. Nous verrons combien ce sujet évolue très rapidement en ce moment, du fait des possibilités de l'informatique, permettant de remettre le patient comme sujet premier de notre exercice médical.

1. Historique du dossier médical

Longtemps, le dossier médical a été la simple matérialisation d'un besoin du médecin qui, craignant la trahison de sa mémoire, conservait les notes personnelles qui lui permettaient de ne rien oublier de l'histoire de son patient. Il a pu s'y adjoindre les écrits échangés avec d'autres confrères ou avec les proches ou la famille des malades. Tout au plus ce dossier embryonnaire pouvait il être partagé avec d'autres médecins au sein d'équipes soignantes. La morale professionnelle la plus élémentaire interdisait qu'il en fût autrement.

Le Code de déontologie a constaté que la tenue d'un dossier constituait un gage de la qualité de l'exercice professionnel. Il précise dans son article 45 que :

- *... le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle; cette fiche est confidentielle et comporte des éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.*

Il précise que ce dossier doit permettre la transmission à un autre médecin des informations recueillies par le premier et qui concourent à la bonne prise en charge du patient :

- *Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.*
- *Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant".*

Ce dossier est destiné par essence à comporter la trace d'éléments personnels et intimes concernant le malade et donc, à ce titre, couverts par le secret médical. Le juriste s'est donc rapidement penché sur les conditions de sa conservation, de sa transmission et de sa divulgation.

La loi du 4 mars 2002 sur les « Droits des malades », prend acte d'une longue jurisprudence dispersée et précise les conditions de transmission de ce dossier au patient.

L'informatisation des cabinets médicaux a permis d'envisager un recueil plus exhaustif des informations, une analyse plus fine des éléments qui le composent et une rapidité plus grande d'accès aux informations qu'il comporte. Sous format informatique, sa duplication et son transfert à autrui est grandement facilité. La rigueur qu'il suscite ouvre des perspectives nouvelles pour la recherche ou pour le fonctionnement des réseaux de soins.

2. L'utilité du dossier médical

Le dossier médical doit rester en premier lieu un outil d'amélioration de la qualité du travail du médecin pour une meilleure gestion de la santé de son patient. Il est donc fonction du type de malade que l'on suit et du type d'exercice professionnel que l'on développe.

1. Le dossier médical pour le médecin

L'utilité du dossier médical dépend des fonctions professionnelles du médecin. Nous verrons tout d'abord quelles sont ces fonctions à **partir de l'exemple du médecin généraliste** qui a le champ d'exercice le plus varié.

- a. Le premier recours. Noter les demandes du patient à chaque consultation
- b. Le suivi au long cours du patient
- c. L'approche globale du patient et la synthèse de ses pathologies
- d. La prévention et l'éducation pour la santé
- e. La gestion du patient dans le système de soins. L'adaptation aux contraintes médico-légales de son exercice

2. Le dossier médical pour les partenaires du médecin

- a. Le pharmacien.

La rédaction des ordonnances par ordinateur a bien évidemment l'avantage de pouvoir transmettre des ordonnances lisibles et éviter ainsi des facteurs d'erreurs parfois catastrophiques. Elles pourraient, à moyen terme, être transmises par courrier informatique pour améliorer la délivrance du médicament

- b. Les « correspondants »

Les courriers adressés aux auxiliaires médicaux et aux confrères d'autre spécialité peuvent être préformés et inclure automatiquement l'ordonnance en cours, les notes de consultation ou les antécédents du patient. Le classement de ces courriers peut se faire rapidement par date ou par destinataire. Les courriers reçus peuvent facilement être scannés et incorporés directement dans le dossier du patient. A court terme, ces échanges devraient se faire par courriel sécurisé.

- c. Les remplaçants et les associés du médecin

Il est parfois difficile de se retrouver dans les dossiers de ses propres patients lorsque ceux-ci deviennent un peu importants. Il est nécessaire de faire alors régulièrement des allègements de dossiers en archivant une partie de ses données et en rédigeant des fiches de synthèse. La tâche devient quasiment impossible lorsqu'il s'agit du dossier médical d'un confrère associé ou que l'on remplace. L'outil informatique oblige à une certaine rigueur dans l'enregistrement des données et classe automatiquement ses divers éléments selon des procédures propres à chaque logiciel. Cela favorise indubitablement la circulation de l'information entre les médecins d'un même cabinet médical.

3. Le dossier médical pour le patient

- a. Les ordonnances

Le médecin rédige des ordonnances et trop souvent on oublie qu'elles sont avant tout à matérialiser le résultat de notre consultation pour le patient lui-même. Une ordonnance ne sert que secondairement à la délivrance de médicament. Il comporte donc qu'elle soit complète et parfaitement lisible. Elle doit également comporter les prescriptions médicamenteuses, certes, mais aussi les prescriptions d'examens complémentaires et surtout les conseils de vie, les conseils d'hygiène, les conseils de diététiques.

L'informatique permet, par des banques de textes divers, la rédaction de vraies ordonnances complètes, réfléchies, structurées, correctement écrites et adaptées à chaque malade, telles que tous les médecins auraient dû, de tout temps, les rédiger.

- b. La communication des informations médicales le concernant.

Notre société exige de plus en plus de transparence et de communication entre le médecin et son patient. Nous allons voir les récentes évolutions du cadre juridique en ce domaine. Le médecin doit en tous cas être susceptible de transmettre à son patient l'essentiel des données le concernant, du diagnostic aux résultats d'explorations et au rappel des récentes prescriptions dont il a fait l'objet.

3. La structuration du dossier médical

La description des éléments du dossier médical prend tout son sens avec l'informatisation de ce dossier. Cette évolution très récente est inéluctable et en 2005, la quasi totalité des cabinets médicaux dispose de l'outil informatique et les médecins utilisent des logiciels médicaux informatisés pour la gestion du dossier de leurs patients.

Voici la constitution d'un tel fichier tel qu'il est préconisé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) :

La fiche Identification

Nom complet actualisé	Indispensable
Sexe	Indispensable
Date de naissance	Indispensable
Numéro du dossier	Souhaitable
Symbole pour signaler les homonymes	Souhaitable

La fiche administrative

Adresse	Indispensable
Téléphone	Indispensable
Profession	Indispensable
Numéro de Sécurité Sociale	Souhaitable
Affection de longue durée (ALD)	Souhaitable
Tuteur, curateur, tiers payeur	Souhaitable
Mutuelle	Souhaitable

La fiche consultation

Nom du médecin	Indispensable
Date de la rencontre	Indispensable
Type de contact	Souhaitable
Données significatives de la rencontre	Souhaitable
Conclusion / synthèse de la rencontre	Indispensable
Décisions	Indispensable

La fiche de consultation doit ainsi comporter des éléments de diagnostic et les principaux actes techniques de diagnostic ou de soins qui ont été pratiqués au cours de cette consultation. Ces éléments peuvent servir à des travaux de recherche et de contrôle à la condition qu'ils soient codés de façon adéquate. La plus ancienne codification employée en médecine est celle des maladies (**Classification Internationale des Maladies CIM10**). Cette classification ne permet de codifier que ce qui a trait à la maladie. D'autres modes de codifications ont été développés pour prendre en compte les différents aspects de l'acte médical. C'est notamment le cas de la **Classification Internationale de Soins Primaires (CISP2)** destinée à coder à la fois :

- le motif de consultation,
- les observations du médecin,
- les actes techniques qu'il réalise
- ainsi que ses prescriptions.

Les fiches d'antécédents

Antécédents personnels	Indispensable
Antécédents familiaux	Indispensable
Allergies et intolérances médicamenteuses	Indispensable
Facteurs de risque	Indispensable
Vaccinations et autres actions de prévention	Indispensable
Prévention et de dépistage	Souhaitable
Événements biographiques significatifs	Souhaitable

Les systèmes d'alerte

Ces systèmes d'alerte doivent bien sûr concerner les allergies, mais aussi certains facteurs de risque, certains antécédents et les rappels d'actions de prévention.

La fiche de synthèse et de communication

Idéalement cette fiche de synthèse devrait être renseignée automatiquement par les données recueillies dans les autres fiches. Elle doit comporter bien sûr les antécédents personnels et familiaux, les allergies et intolérances médicamenteuses, les facteurs de risque, les éléments biographiques majeurs, les traitements en cours. En attendant que les fichiers médicaux atteignent le niveau de qualité que nous sommes en droit d'attendre, il est indispensable que les médecins consacrent régulièrement un certain temps à la mise à jour du dossier de leurs patients. Le médecin doit à tout moment pouvoir communiquer à certains de ses partenaires (dont le patient) une synthèse du dossier de ses patients. Par ailleurs, cette fiche permet une construction plus rapide, plus pertinente et plus informative de ses courriers.

Les outils informatiques annexes

L'informatisation des plateformes professionnelles des médecins a eu d'autres impacts annexes.

Différents outils informatiques ont vu le jour. Ouverts en permanence sur l'ordinateur des médecins, ils peuvent l'aider au recueil des données nécessaires au remplissage du dossier de son patient. Il seront bien évidemment différents selon le médecin, sa spécialité et les spécificités de sa pratique professionnelle. Citons à titre d'exemples :

- Le Vidal électronique qui permet au cours de la consultation de retrouver immédiatement toutes les caractéristiques de chaque médicament. La « Banque Claude Bernard » permet quant à elle de contrôler automatiquement l'absence de contre indication médicamenteuse en fonction de l'âge du patient, de ses antécédents ou de ses allergies, de la nature des autres médicaments prescrits.
- Un logiciel de description des conseils aux voyageurs, décrivant les mesures de prévention, les prophylaxies, les vaccins obligatoires, la liste des maladies endémiques et leurs répartitions, pays par pays, région par région.
- Un logiciel de calcul automatique de certaines données (IMC, MMT, Ruffier-Dickson, clearance de la créatinine, etc.)
- Une connexion Internet aux bases de données concernant les Recommandations de Pratique Clinique.
- Etc...

4. L'avenir du dossier médical : le Dossier Médical Personnel.

Les dossiers médicaux sont actuellement stockés dans les ordinateurs des hôpitaux, des cliniques et des médecins libéraux. Une autre logique est en train de se développer : celle d'un dossier médical unique, hébergé sur un centre serveur et consultable par chaque professionnel autorisé, voire par le patient. Ces deux modalités ont leurs avantages et leurs inconvénients et le choix qui est en cours constitue un vrai choix de société.

Actuellement est en cours de discussion la création d'un **Dossier Médical Personnel** (DMP).

Ce dossier est créé par la loi du 13 Août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie. Il est explicitement mis en place dans l'optique d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il sera hébergé sur des sites informatiques déjà prévus dans la loi du 4 mars 2002. Il constituera une des pièces maîtresses des dispositifs conventionnels à partir du 1^{er} janvier 2007 : les patients devront, pour bénéficier d'un remboursement maximal de leurs dépenses de santé, autoriser leur médecin à en prendre connaissance. Le médecin, pour être conventionné, devra accepter de l'utiliser et de le tenir à jour avec l'accord de son patient.

Les protocoles de soins dont bénéficie le patient dans le cadre des affections de longue durée figureront obligatoirement dans ce dossier et le médecin traitant devra le consulter et inscrire dans ce dossier qu'il en a pris connaissance.

L'accès de ce dossier est étroitement encadré. Il est subordonné à l'autorisation que donne le patient à chaque consultation aux personnels soignants auxquels il a recours. Il ne peut être utilisé que dans le cas des soins apportés au patient. Il est en particulier strictement interdit de le communiquer, même avec l'accord du patient lors de la conclusion de contrats, ni par la médecine du travail.

Bibliographie

La tenue du dossier médical en médecine générale

ANDEM septembre 1996-1998

Fonction du dossier médical informatisé du médecin généraliste

Ministère des Affaires sociales du royaume de Belgique. 1998

Loi relative à aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 4 mars 2002

Loi relative à la réforme de l'assurance maladie 13 août 2004

HOUSSET B. (sous la direction de) Dossier médical, information du malade et secret médical.

In Apprentissage de l'exercice Médical. Abrégé Masson Paris 2002 Chapitre 6

Le dossier médical, enjeu de transparence et de qualité des soins Quel cahier des charges

Conférence inaugurale du Medec - 12 mars 2002 Ordres des chirurgiens-dentistes, des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes : www.conseil-national.medecin.fr