

LE POINT DE VUE DE L'ASSUREUR

➤ **Le dossier patient :
outil de soins et mode de preuve**

Collection Sham



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE



Destiné aux
professionnels
des établissements
de santé



Ce guide est une édition Sham.
Date de parution : octobre 2014
Rédaction : Conseil Médical Sham
Crédits photos : Fotolia, Romain Étienne/Item Corporate, Sham
Réalisation : EKNO
Impression : Lamazière imprimeur (69)
Diffusion : 4 000 exemplaires
Copyright Sham®



Le Conseil Médical Sham

Composition

Le Conseil Médical regroupe des experts de terrain, représentant les spécialités dites «à risques», issus de différents secteurs de la santé :

- **Dr Jean-Claude DUCREUX** (Président)
Médecin Anesthésiste-Réanimateur
et Médecin Légiste, Roanne
- **Dr Bertrand FAVIER**
Pharmacien Hospitalier au Centre de lutte
contre le cancer Léon-Bérard, Lyon
- **Dr Jean-Jacques LALAIN**
Chirurgien Orthopédiste, Lyon
- **Pr Jean-Nicolas MUNCK**
Cancérologue, Saint-Cloud
- **Dr Jacques RAGNI**
Anesthésiste-Réanimateur, Marseille

ainsi que des experts Sham :

- **Dr Frédéric FUZ**
Directeur du Pôle Services
- **Mme Isabelle ROZÉ-NIEF**
Responsable de l'activité Audit
- **Mme Marianne HUDRY**
Juriste
- **Dr Ghislaine MONTMARTIN**
Médecin-conseil

Mission

Produire des informations et formuler des recommandations en matière de gestion des risques avec pour ambition de sécuriser les pratiques des établissements et des professionnels de santé.

Les recommandations du Conseil Médical sont élaborées à partir :

- des constats réalisés lors des visites de risques menées par Sham ;
- de l'analyse des sinistres gérés par Sham ;
- de l'expertise de ses membres.



PAROLE D'EXPERT



Marianne Hudry
Juriste Sham

« Cette année, l'ouvrage du Conseil Médical porte sur la traçabilité au sein du dossier patient. À la fois outil de soins et mode de preuve, le dossier patient est au cœur des préoccupations des établissements de soins. L'objectif de cette publication est d'apporter au lecteur le point de vue de l'assureur sur les questions que soulève le dossier patient ; un point de vue à la fois juridique et médical afin d'aider les professionnels de santé dans leur démarche. Cet ouvrage s'appuie sur les informations que contiennent nos dossiers, sur la connaissance de nos experts juristes et médecins-conseils, sur ce que nous avons observé chez nos sociétaires, et enfin sur l'avis d'experts reconnus. »



Sommaire

1	LE CADRE JURIDIQUE	6
1.1	Mise au point terminologique	7
1.2	Contexte	7
1.3	Définition et contenu réglementaire du dossier patient	8
1.4	Le dossier patient, outil de soins	11
1.5	Le dossier patient, mode de preuve	14
2	VU DANS LES DOSSIERS Sham	18
2.1	La preuve des échanges d’informations relatives à la prise en charge	19
2.2	Une allergie au nickel	21
2.3	L’information du patient en chirurgie programmée	22
3	VU DANS LES ÉTABLISSEMENTS	24
3.1	Les visites de risques	25
3.2	Les résultats	26
3.3	Le référentiel de visite (extrait des critères traitant du dossier patient)	29
4	LE POINT DE VUE DES EXPERTS	31
4.1	Le Docteur Ghislaine MONTMARTIN	32
4.2	Le Professeur Cyrille COLIN	35
5	LES RECOMMANDATIONS DE L’ASSUREUR	37
	GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS	38



1 Le cadre juridique



6



1.1 Mise au point terminologique

Le terme «dossier médical» est fréquemment utilisé de manière générique alors que «dossier patient» devrait être privilégié.

D'un point de vue réglementaire, concernant notamment la communication ou l'archivage, on utilise généralement l'expression «informations relatives à la santé du patient» pour désigner le «dossier patient» dans son ensemble.

Dans cette étude, nous emploierons le terme «dossier patient» étant précisé qu'il inclut aussi bien le «dossier soignant» que les éléments relatifs à la prise en charge strictement médicale ou chirurgicale.



1.2 Contexte

Le dossier patient, en établissement de santé, est **au cœur de la prise en charge**. Gage de continuité et de qualité des soins, de coordination entre les différents acteurs, il est le gardien des informations les plus fondamentales concernant la santé du patient (antécédents, allergies, suivi médical et paramédical tout au long de l'hospitalisation, prescriptions...).

À ce titre, qu'il soit encore au format papier, qu'il soit totalement informatisé ou en phase mixte à titre provisoire (papier pour certaines informations, informatisé pour d'autres), il doit s'agir d'un outil «facilitateur» au service du soin :

- sa structure doit être pensée de manière à ce que les informations sensibles n'échappent à personne au sein de l'équipe et que chacun ait une vision globale du patient aisément accessible ;
- et surtout, «un bon dossier est un dossier bien tenu». Sans la bonne volonté des professionnels de santé et la conviction partagée que la sécurité de la prise en charge passe par une traçabilité fiable, le dossier du patient demeure insatisfaisant et, par là même, source d'erreurs potentiellement dommageables (non prise en compte d'une allergie, erreur de côté à opérer, répétition

Ce qui est tracé est fait, ce qui n'est pas tracé n'est pas fait.

d'examen en raison de comptes rendus introuvables, retards de prise en charge...).

On retrouve ce même dossier **au cœur de l'expertise**, lorsque le patient, mécontent de sa prise en charge (à tort ou à raison), use des diverses voies de recours lui permettant d'être indemnisé¹ et/ou de provoquer des sanctions à l'égard des fautifs².

L'expertise diligentée dans le cadre de ces différentes procédures doit notamment permettre au médecin expert désigné de retenir ou d'écarter le caractère fautif de la prise en charge invoqué par la victime. Or, *a posteriori*, parfois en l'absence même du principal intéressé (patient décédé), l'expert se trouve contraint de baser son appréciation quasi exclusivement sur le contenu du dossier patient. En résumé : « *ce qui est tracé est fait, ce qui n'est pas tracé n'est pas fait* ».

Finalement, l'enjeu d'une bonne traçabilité dans le dossier patient est double puisqu'elle est déterminante tant sur l'issue de la prise en charge que sur l'issue du contentieux susceptible d'en découler.

¹ Action en responsabilité civile devant les tribunaux ou en Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI)

² Plainte pénale

7



1.3 Définition et contenu réglementaire du dossier patient

C’est l’article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique (CSP) qui impose la constitution d’un «dossier médical» et en détermine également le contenu non exhaustif pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé.

1.3.1 La composition minimale du dossier patient

A minima, les informations suivantes doivent figurer dans le dossier patient et être classées en trois parties distinctes, telles que détaillées dans l’article R. 1112-2 :

1° Les informations formalisées recueillies lors des **consultations externes** dispensées dans l’établissement, lors de l’accueil au **service des urgences** ou au moment de **l’admission** et au cours du **séjour hospitalier**, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l’origine de la consultation ou de l’admission ;
- b) Les motifs d’hospitalisation ;
- c) La recherche d’antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l’évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l’entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d’hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d’imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l’article L. 1111-4¹ ;
- i) Le dossier d’anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d’accouchement ;

k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire² ;

l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d’incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l’article R. 1221-40 ;

m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;

n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;

o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;

p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

q) Les directives anticipées mentionnées à l’article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

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

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

3° Les informations mentionnant qu’elles ont été recueillies auprès de **tiers n’intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique** ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°. »

¹ Article L. 1111-4 relatif au consentement et au refus de soins
² Au terme de l’article R. 1112-2 1°k du CSP, le dossier du patient hospitalisé doit contenir son consentement écrit lorsqu’il est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire. Or, les dispositions légales ou réglementaires en question sont éparées au sein du Code de la Santé Publique.

LISTE DES ACTES POUR LESQUELS UN CONSENTEMENT ÉCRIT EST EXIGÉ

NATURE DES ACTES		TEXTES APPLICABLES
Assistance Médicale à la Procréation (AMP)	Fécondation d’ovocytes	L. 2141-3 CSP
	Recherche sur les embryons non susceptibles d’être transférés ou conservés	L. 2141-3 CSP
	Accueil des embryons par un autre couple Recherche sur les embryons (décès d’un membre du couple ou fin du projet parental) Arrêt de la conservation des embryons	L. 2141-4 et L. 2141-5 CSP
	Accueil de l’embryon	L. 2141-4 à L. 2141-6 CSP R. 2141-2 CSP
	Étude sur les embryons <i>in vitro</i>	L. 2151-5 R. 2141-20 et R. 2141-17 CSP
	Recherches sur l’embryon	L. 2151-5 et R. 2151-4 CSP
	Intervention d’un tiers donneur ¹	L. 2141-10 dernier alinéa CSP 1157-2 CPC 311-20 Cciv
	Diagnostic d’anomalie génétique ² et examen des caractéristiques génétiques	
Diagnostic prénatal	Diagnostic prénatal	L. 2131-1 et R. 2131-16 CSP
	Diagnostic préimplantatoire	L. 2131-4 et L. 2131-4-1 CSP
	Diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l’embryon	L. 2131-4-1 et R. 2131-25 CSP
Don de gamètes		L. 1244-2 et R. 1244-5, 6° CSP
Intervention Volontaire de Grossesse (IVG)		L. 2212-5 et R. 2212-12 CSP
Intervention chirurgicale sur un mineur en établissement public de santé		R. 1112-35 CSP
Prélèvement d’organe sur un mineur ou un majeur sous tutelle décédé		L. 1232-2 CSP
Prélèvement de tissus, cellules et collecte de produits du corps humain		L. 1241-1 CSP
Prélèvement d’organe sur une personne vivante		L. 1231-1 CSP
Prélèvement de tissus et cellules embryonnaires ou fœtales après interruption de grossesse ³		L. 1241-5 CSP
Prélèvement de cellules issues de la moelle osseuse ^{3&4}		L. 1241-1 CSP
Recherche BioMédicale (RBM)		L. 1122-1-1 CSP
Sang	Prélèvement de sang sur personne mineure (don de sang) ⁵	L.1221-5 CSP
	Modifications des caractéristiques du sang avant le prélèvement	L. 1221-6 CSP
Stérilisation à visée contraceptive		L. 2123-1 CSP
Éducation thérapeutique : programmes d’apprentissage		L. 1161-5 CSP

¹ Le consentement doit être exprimé devant le juge ou le notaire.
² L’écrit atteste en l’espèce de l’information du patient et de la remise d’un écrit relatif aux risques de l’anomalie génétique diagnostiquée.
³ Le consentement doit être exprimé devant le président du TGI ou un magistrat.
⁴ Article L. 1272-4 CSP ; le non-respect des exigences requises en matière de consentement est passible de sanctions pénales prévues à l’article 511-5 du Code Pénal.
⁵ Le prélèvement sur une personne mineure est subordonné au consentement écrit de chacun des titulaires de l’autorité parentale.

1.3.2 La nécessaire identification des proches et des professionnels de santé « impliqués » dans la prise en charge

Outre la composition minimale du dossier patient, le Code de la Santé Publique détermine des éléments d'identification dont la traçabilité doit être assurée.

À ce titre, on doit retrouver au sein du dossier patient l'identification de **la personne de confiance**, si le patient en a désigné une, ainsi que celle de **la personne à prévenir** [article R. 1112-3 alinéa 1 du CSP].

Chaque pièce du dossier doit être datée et comporter l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que **l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations**. De même, les prescriptions médicales doivent être horodatées et signées, le nom du médecin signataire mentionné en caractères lisibles [article R. 1112-3 alinéa 2 du CSP].

Pour assurer la coordination des prises en charge hospitalière et dite « de ville », l'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique impose à tout établissement de santé de recueillir auprès du patient hospitalisé **les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie**. En effet, cet échange d'informations qui doit certes être favorisé ne peut se faire qu'avec l'autorisation du patient [article R. 1112-1 du CSP].

À noter également que l'arrêté du 5 mars 2004 « portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès » recommande de centraliser, au sein du dossier patient, **les choix de ce dernier quant à l'accès aux informations le concernant** (annexe Point II de l'arrêté du 5 mars 2004) étant précisé qu'ils doivent régulièrement être vérifiés et actualisés.

Il s'agit :

- du refus de la personne d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé (médecin traitant par exemple) ;
- du refus éventuel que des proches soient informés ;
- de l'identification de la personne de confiance qui sera informée et consultée au cas où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin [article L. 1111-6 du CSP] ;
- du refus de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès ;
- du refus de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale.



1.4 Le dossier patient, outil de soins

Le dossier patient, garant de la sécurité de la prise en charge, doit être au service du soin et non l'inverse. Il doit permettre d'éviter au maximum les erreurs, oublis, incompréhensions... Il doit être compris par tous et faciliter la coordination des soins. Il doit permettre d'aller à l'essentiel en cas d'urgence et tendre vers l'exhaustivité pour une prise en charge globale optimale.

1.4.1 Un dossier unique pour chaque patient

En application de l'article L. 1110-4 al.3 du CSP, « lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». Cette notion de « secret partagé » permet à l'ensemble des intervenants, au sein de l'équipe de soins, d'échanger librement pour les besoins de la prise en charge et de partager toutes informations utiles.

Or, ce partage passe, avant tout, par un dossier unique accessible à l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès du patient (médecins, sages-femmes, auxiliaires médicaux...).

Si ce point ne pose généralement aucune difficulté en établissement public de santé comme en ESPIC, tel n'est pas le cas en clinique où les informations concernant la prise en charge du patient sont parfois cloisonnées et dispersées dans le dossier d'hospitalisation (dossier soignant notamment), d'une part, et le dossier médical strictement dit, d'autre part.

Pourtant, la réglementation impose bel et bien un dossier unique quel que soit le type d'établissement puisque l'article R. 1112-2 du CSP dispose : « un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants ainsi classés... ». Or, l'énumération *a minima* du contenu du dossier vise le dossier de soins infirmiers au même titre que le dossier d'anesthésie, le compte rendu opératoire, le consentement écrit du patient, etc.

Ainsi, l'ensemble des éléments relatifs à la prise en charge du patient doit nécessairement être centralisé et structuré au sein d'un seul et unique dossier afin de pouvoir aisément suivre le parcours de soins.

1.4.2 Une structure commune toutes spécialités confondues

Pour qu'un dossier soit efficacement partagé par tous les intervenants à la prise en charge, une structure commune (« tuteur ») doit être utilisée, dans la mesure du possible, par l'ensemble des services de l'établissement.

Cette structure doit guider les professionnels qui alimentent le dossier et faire en sorte que la « bonne tenue » ne soit pas laissée au bon vouloir de chacun.

Attention toutefois à ne pas adopter un modèle trop standardisé qui pousserait les professionnels de santé à cocher des cases sans trop y réfléchir et, finalement, à ne plus rien écrire.

À titre d'exemple, certains Comptes Rendus Opératoires (CRO) deviennent vides de sens faute d'informations personnalisées. On doit parfois se contenter d'une simple mention indiquant « *Tout s'est bien passé* ». Or, il apparaît essentiel de rappeler *a minima* de manière succincte l'indication opératoire avec l'examen clinique préopératoire.

La structure du dossier doit notamment :

- **Inciter à la traçabilité des informations relatives à la prise en charge** tout en rappelant les règles (identification du professionnel, horodatage, mention des actes de surveillance même si les résultats sont normaux...) afin que chacun ait une idée claire sur les obligations en la matière.
- **Mettre en évidence les informations essentielles en cas de prise en charge en urgence** (antécédents...) et le cas échéant prévoir un système d'alerte (allergies...).

➤ **Isoler les informations non communicables au patient :**

Par obligation réglementaire¹ et souci d'efficacité lors de la communication de copies aux patients qui les réclament, les informations non communicables doivent être regroupées et identifiées au sein du dossier.

Il s'agit des « informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tel tiers ». En pratique, il s'agit généralement des informations obtenues à l'occasion d'un échange avec un proche du patient ou de celles dévoilées par le patient lui-même à propos d'un proche. Hormis ces éléments « impliquant » un tiers dont le droit au secret est protégé au même titre que celui du patient lui-même, l'ensemble des informations concernant la santé du malade est, le cas échéant, communicable au patient qui le demande ou à son représentant légal s'il est mineur/sous tutelle.

S'agissant des notes dites personnelles des médecins, si elles sont aujourd'hui réglementairement non communicables², elles présentent l'énorme inconvénient de ne pas être précisément définies. Or, depuis 2007, l'article L. 1111-7 du CSP garantit au patient un droit d'accès à « l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quelque titre que ce soit par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé... ». Hormis le problème de la définition, on se trouve en présence d'une contradiction entre la loi et le règlement qui rend le sort des notes personnelles très incertain en cas de contentieux engagé par un patient qui exigerait leur communication. Pour prévenir toute difficulté à l'occasion d'une éventuelle demande de communication, aucune note considérée comme personnelle ne doit donc être inscrite au sein du dossier patient.

➤ **Empêcher toute mention inappropriée étrangère au diagnostic ou au soin :**

À ce titre, les commentaires subjectifs sur le patient ou sa famille n'ont pas leur place au sein du dossier. À titre d'exemple, on a pu lire « fa-

Les informations non communicables doivent être regroupées et identifiées.

mille pénible et envahissante », « attention, patient procédurier qui prétend connaître le Ministre de la Santé »... Rappelons qu'en application de l'article 6 de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, seules les informations pertinentes et non excessives au regard des finalités poursuivies peuvent être recueillies et traitées.

▶ **POUR ALLER PLUS LOIN**

Articles à lire sur le Portail de la Prévention Sham rubrique Droits & pratiques/Le point sur :

- « Dossier médical : notion de tiers à la prise en charge »
- « Les notes personnelles des médecins : communicables ou non ? »

accessibles sur www.sham.fr

1.4.3 Un passage du papier au numérique le plus rapide possible

L'informatisation des dossiers des patients est inégalement mise en œuvre dans les établissements de santé. En fonction des volontés et des moyens mobilisés, le passage du papier au numérique est plus ou moins facilité.

Quoi qu'il en soit, la période transitoire durant laquelle coexistent des données sur papier et des données « nées numériques » doit être la plus courte possible.

En effet, durant cette période, le risque de perte d'information est réel. Faute de partager un dossier unique centralisant l'ensemble des informations relatives au parcours de soins, les professionnels de santé peuvent à tout moment « passer à côté » d'une donnée primordiale.

Durant cette période également, on peut constater des retranscriptions potentiellement sources d'erreurs.

▶ **CONDUITE À TENIR EN CAS DE NUMÉRISATION DE DOCUMENTS EN PAPIER**

En fin de prise en charge, pour faciliter l'archivage des dossiers, certains établissements scannent l'intégralité des documents en papier et reconstituent un dossier au format numérique. Se pose alors la question de savoir si les originaux au format papier peuvent être détruits ou s'ils doivent être conservés. La prudence recommande de conserver les papiers originaux et ce, pour deux raisons :

- la première tient au fait que la réglementation impose aux établissements de conserver les informations de santé dans leur version originale durant 20 ans¹ à compter du dernier séjour ou de la dernière consultation externe (article R. 1112-7 du CSP), seule la saisie pénale les autorisant à s'en dessaisir ;
- la seconde tient à des impératifs de preuve. En effet, la version numérisée de l'original papier est une copie électronique admise comme mode de preuve à la condition d'être une « reproduction fidèle et durable » (article 1348 al.2 du Code Civil). Or, si le critère de durabilité² ne pose pas de difficulté particulière, le critère de fidélité, en revanche, est plus problématique puisqu'il exige que la copie « porte en elle les traces de toutes modifications ou altérations intervenues soit sur l'original avant sa reproduction soit sur la copie elle-même »³. En pratique, aucun procédé n'est suffisamment fiable pour écarter toute possibilité de montage avant la numérisation (ex : modification d'un élément rendu invisible une fois le document scanné). À l'occasion d'un contentieux, si la partie adverse remet en cause l'intégrité de la copie par rapport à l'original, seule la présentation de ce dernier serait à même d'établir l'absence d'altération.

Si toutefois un établissement décidait de détruire les originaux au format papier par manque de place pour leur conservation, il est fortement recommandé d'établir, en interne, un « processus de reproduction » effectué avec soin et garantissant au maximum la crédibilité de la numérisation : description des opérations et sécurités mises en œuvre (accès strict aux locaux et au logiciel réservés à quelques personnes seulement...).

▶ **POUR ALLER PLUS LOIN**

Article à lire sur le Portail de la Prévention Sham rubrique Droits & pratiques / Le point sur : « Archivage électronique de documents numérisés »

accessible sur www.sham.fr

¹ Article R. 1112-2 du CSP

² Le décret 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de Déontologie médicale est venu compléter l'article R. 4127-45 I du CSP : « Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles aux patients et aux tiers ».

¹ En application de l'article L. 1223-3 du CSP, les établissements de transfusion sanguine et les établissements de santé disposant de dépôts de sang sont soumis aux bonnes pratiques issues de la décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (devenue Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, ANSM) du 6 novembre 2006 qui préconisent la conservation des éléments de traçabilité des produits sanguins labiles transfusés (N° lot, identité receveur, date transfusion...) durant 30 ans. Il est donc recommandé aux établissements ayant pris en charge le receveur d'une transfusion sanguine de conserver durant ce même délai les éléments du dossier patient liés à la transfusion.

² « Est réputée durable toute reproduction indélébile de l'original qui entraîne une modification irréversible du support », article 1348 al.2 Code Civil.

³ Débats parlementaires ayant donné lieu à l'introduction de l'article 1348 dans le Code Civil.



1.5 Le dossier patient, mode de preuve

Lorsque le «patient» s'en remet à la justice, on retrouve le dossier au cœur de l'expertise judiciaire. Missionné par le juge pour l'éclairer sur les aspects techniques du litige (notamment sur le caractère fautif ou non de la prise en charge), l'expert ne peut baser son appréciation que sur «ce qu'il reste», à savoir, le dossier patient.

Il en est de même dans le cadre des procédures de règlement amiable en Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI) qui, elles aussi, reposent sur les conclusions de l'expert.

C'est pourquoi, l'enjeu de la traçabilité se résume très simplement au regard des contraintes de preuve. Pour l'expert, et donc pour le juge, ce qui est noté est fait, ce qui n'est pas noté n'est pas fait.

Ainsi, le dossier d'un patient doit porter la trace de tous les actes prodigués quand bien même ils apparaîtraient parfois insignifiants, la seule parole du soignant n'étant le cas échéant pas admise comme mode de preuve. Il doit également refléter la démarche de réflexion et d'élaboration qui a conduit à une prise en charge.

1.5.1 Une traçabilité exhaustive des consignes de prévention

À l'occasion de certaines prises en charge, des consignes de prévention, voire des contre-indications médicales, peuvent être mentionnées par le médecin pour éviter certaines complications ou réduire les risques.

Exemple : préconisation de l'arrêt du tabac dans le cadre d'un suivi de grossesse, suite au diagnostic d'une pathologie ou en amont d'une intervention chirurgicale.

Si ces préconisations ne sont pas suivies par le patient malgré les mises en garde du médecin et qu'une complication survient en lien direct avec le non-respect de la consigne médicale, la négligence du patient pourra être retenue pour exonérer, ne serait-ce que partiellement, la responsabilité du médecin.

Mais, attention, aucune négligence ne pourra être démontrée à l'encontre d'un patient qui prétend

ne pas avoir été clairement informé des risques encourus. C'est pourquoi, il est essentiel de tracer au sein du dossier patient les consignes de prévention qui ont été portées à sa connaissance ainsi que les risques découlant d'un non-respect de ces consignes. Une attestation d'information signée par le patient peut s'avérer souhaitable, d'une part pour le responsabiliser et, d'autre part pour démontrer, le cas échéant, qu'il avait connaissance des risques encourus en cas de non-respect des consignes de prévention.

1.5.2 Une traçabilité exhaustive du suivi du patient

Pour être en mesure de démontrer la régularité du suivi du patient, chaque professionnel de santé doit tracer, au sein du dossier, son intervention.

La surveillance tant médicale que paramédicale est essentielle. **Chaque contrôle doit être tracé, y compris, et surtout, lorsque les résultats obtenus sont normaux.**

En effet, en cas d'aggravation subite de l'état de santé du patient, l'expert recherchera dans les heures et les jours précédents si des signes d'alertes ont été négligés. Pour sa défense, l'établissement ou le professionnel de santé devra démontrer que la surveillance a été réalisée de manière rigoureuse et régulière et surtout que rien ne justifiait une intervention plus précoce. Ainsi, chaque acte de surveillance doit nécessairement être noté dans le dossier, le cas échéant, par un simple « RAS » suivi d'une signature, d'une date et d'un horaire.

Le passage du chirurgien dans la chambre du patient en postopératoire n'est pas un acte anodin. Il doit être mentionné quand bien même il se résumerait à un bref échange avec le malade sans prescription ni consignes particulières.

À noter également, l'importance de mentionner, au sein du dossier, les comptes rendus de staff et les avis des confrères quand bien même l'intervention de ces derniers serait non formalisée. L'ensemble de ces démarches tend à prouver la qualité des soins ainsi que leur caractère consciencieux et attentif.

LA NÉCESSAIRE TRAÇABILITÉ VUE PAR LE JUGE

«En l'absence dans le dossier, par la faute [du médecin], d'éléments relatifs à l'état de santé et à la prise en charge de [l'enfant], entre le moment de sa naissance, où une hémorragie cérébrale a été constatée, et celui de son hospitalisation, il appartenait au médecin d'apporter la preuve des circonstances en vertu desquelles cette hospitalisation n'avait pas été plus précoce, un retard injustifié étant de nature à engager sa responsabilité.»

Cour de Cassation, 1^{re} Chambre Civile,
9 avril 2014 N° 13-14964

1.5.3 Une traçabilité exhaustive des traitements prescrits et administrés

La prescription et l'administration des traitements médicamenteux doivent également être tracées de manière exhaustive.

Attention aux protocoles de prophylaxie (antibiotiques, anticoagulants...) pour lesquels la traçabilité est parfois négligée. Il arrive, dans le cadre d'un contentieux, qu'on se trouve dans l'incapacité de prouver que l'antibioprophylaxie a été conforme au protocole du CLIN, faute de toute mention dans le dossier patient. Tout comme les traitements ordinaires, la mise en œuvre des protocoles de prophylaxie doit être tracée au sein du dossier, de la prescription à l'administration.

Sauf circonstances particulières, cette traçabilité, pour être fiable, doit être réalisée en temps réel. Effectuée *a posteriori*, elle risque d'être remise en cause.

1.5.4 L'identification des différents intervenants

Lorsqu'un professionnel de santé mentionne son intervention auprès du patient, il est essentiel qu'il s'identifie distinctement et qu'il horodate son acte.

Il s'agit d'une obligation réglementaire imposée par l'article R. 1112-3 du CSP :

«...Chaque pièce du dossier est datée et comporte

l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées. Le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.»

Lorsque l'intervenant est un interne, bien qu'il exerce ses fonctions par délégation et sous la responsabilité d'un senior¹, l'obligation de traçabilité s'impose de la même manière. Il doit donc s'identifier et tracer son intervention étant précisé que la validation par le médecin senior doit également être formalisée par ce dernier lorsqu'elle a lieu.

POUR ALLER PLUS LOIN

Article à lire sur le Portail de la Prévention Sham rubrique Droits & pratiques/Le point sur : «Compétences et responsabilités des internes»

accessible sur www.sham.fr

1.5.5 La traçabilité de l'évaluation des risques spécifiques au patient

En application de l'article L. 1110-5 du CSP, tout patient a «compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés...».

En cas d'incident dommageable survenu dans le cadre d'une prise en charge, l'expert, missionné par le juge saisi du litige, a pour mission première de rechercher l'existence éventuelle de manquements ou négligences, lesquels sont caractérisés dès lors que l'instruction révèle l'absence de prise en compte de risques spécifiques, soit parce qu'ils n'ont pas été identifiés, soit parce qu'ils l'ont été sans avoir été accompagnés de mesures préventives adaptées.

À titre d'exemple, certains patients, notamment en psychiatrie ou gériatrie, peuvent présenter des **risques de chute, de fugue, de suicide ou d'agression** qui nécessitent des mesures de surveillance adaptées et proportionnées. L'identification et l'évaluation de ces risques s'appuient sur les antécédents connus des patients ainsi que sur l'évolution de leur état de santé.

¹ Article R. 6153-2 et R. 6153-3 du CSP

En cas d'incident, l'obligation de surveillance n'étant que «de moyens» et en aucun cas «de résultat», l'établissement ou le professionnel de santé a la possibilité de se défendre et, par là même, de s'exonérer de sa responsabilité en prouvant que le risque était correctement évalué, d'une part, et que des mesures de surveillance adaptées avaient été mises en œuvre pour en prévenir la survenance, d'autre part. Mais, faute de traçabilité permettant cette démonstration, le défaut de surveillance risque fort d'être retenu par le juge comme étant à l'origine de l'incident et, ainsi, source de responsabilité tant civile que pénale.

Le même raisonnement peut être appliqué au **risque d'escarres** ou au **risque infectieux**.

Dans tous ces cas, il importe de montrer au juge que le risque a été évalué et qu'il a été pris en compte par des mesures adaptées.

1.5.6 La traçabilité de l'information préalable et du consentement éclairé

En application de l'article L. 1111-2 du CSP, tout patient «a le droit d'être informé sur son état de santé» étant précisé que cette information doit porter sur «les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.»

Cette information a pour but de permettre au patient de prendre une décision éclairée au regard de l'évaluation bénéfices/risques qui lui est présentée. C'est l'article L. 1111-4 du CSP qui en prévoit le principe : « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

En cas de litige, la charge de la preuve de la délivrance d'une information loyale, claire et adaptée au degré de compréhension du patient pèse sur l'établissement ou le professionnel de santé, le patient pouvant, quant à lui, se contenter de soulever le manquement (article L. 1111-2 CSP).

C'est pourquoi il est indispensable, d'un point de vue médico-légal, de préconstituer des preuves en

Bien que l'écrit ne constitue pas nécessairement une preuve parfaite, il est essentiel d'organiser la traçabilité de la délivrance de l'information.

la matière. Celles-ci pouvant être apportées «par tous moyens» (article L. 1111-2 du CSP), aucun mode de preuve n'est à exclure.

De manière générale, en cas de contentieux, il est recommandé de fournir un maximum d'éléments convergents vers une information de qualité comprise par le patient :

- mention de l'information et du délai de réflexion dans le dossier patient (dates et heures des rendez-vous, réaction particulière du patient le cas échéant) ;
- courrier au médecin traitant (mentionnant la délivrance de l'information) dicté devant le patient en fin de consultation ;
- formulaire de recueil du consentement éclairé complété et signé par le patient ;
- témoignages ;
- tout élément circonstancié démontrant que l'information a été donnée et comprise [...].

Il faut avoir à l'esprit que le juge se trouve dans l'obligation de vérifier *a posteriori*, sans avoir assisté à l'entretien entre le médecin et son patient, si l'information délivrée oralement l'a été d'une manière adaptée de sorte qu'elle ait été comprise. En cas de décès du patient, le principal intéressé n'est même plus là pour témoigner de ce qu'il a retiré de l'information, puisque c'est face aux ayants droit que la défense s'organise.

Aussi, bien que l'écrit ne constitue pas nécessairement une preuve parfaite, il est essentiel d'organiser la traçabilité de la délivrance de l'information afin de disposer, au minimum, d'un commencement de preuve.

À cet égard, le formulaire de recueil du consentement éclairé signé par le patient constitue une pièce, certes ni suffisante ni obligatoire, mais essentielle. Rappelons qu'il ne s'agit pas d'un mode d'information, mais d'un mode de preuve de la déli-

EXEMPLES DE CLAUSES À FAIRE FIGURER, A MINIMA, DANS UN FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné(e)... atteste avoir été reçu(e) par le Dr..., au centre hospitalier/à la clinique/à son cabinet, le jj/mm/aa.

Lors de cette consultation, le Dr... m'a informé(e) sur :
- mon état de santé (ma pathologie et son évolution prévisible) ;
- les actes, interventions et traitements envisagés (différentes alternatives thérapeutiques) ;
- les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements (risques fréquents et risques graves) ;
- les risques que j'encours du fait de l'évolution de ma pathologie en cas de refus d'intervention thérapeutique.

Le Dr... a également procédé à une « évaluation bénéfices/risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.

J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

Le Dr... m'a également remis des documents d'information en me recommandant de les lire « à tête reposée » [Quand elles existent, il est fortement recommandé d'utiliser les fiches d'information proposées par les sociétés savantes]

Il m'a incité(e) à le recontacter, le cas échéant, si certaines de ces informations appelaient de ma part de nouvelles questions,
- ce que j'ai fait.
- ce que je n'ai pas fait car je n'en ai pas ressenti le besoin.

Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte l'intervention préconisée par le Dr... .

vance d'une information adaptée. Il doit être complété et signé par le patient en double exemplaire, l'un lui étant remis et l'autre étant conservé au sein du dossier patient par l'établissement de santé.

En outre, il est essentiel de prévoir, dans ce type de formulaire, un espace libre permettant au médecin comme au patient de noter toutes les remarques qu'ils jugent nécessaires.

1.5.7 La traçabilité des consignes de sortie

La sortie est une étape clé du parcours de soins qui vise notamment à garantir la coordination des différents acteurs. Toutes les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient en ville doivent donc être tracées. Le patient doit être informé des modalités de sa sortie ainsi que de son suivi, du traitement à suivre et des risques à surveiller.

Enfin, lors de sa sortie de l'établissement, le patient doit se voir remettre la copie de toutes les informations utiles à la continuité des soins (compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire, etc.) Et, avec son accord, ces informations doivent être transmises directement à son médecin traitant ou au professionnel de ville qu'il désigne, dans les huit jours de sa sortie (article R. 1112-1 al. 4 CSP).

POUR ALLER PLUS LOIN

Article à lire sur le Portail de la Prévention Sham rubrique Droits & pratiques/ Le point sur : «Préparer au mieux la sortie du patient hospitalisé»

accessible sur www.sham.fr



2 Vu dans les dossiers Sham

18



2.1 La preuve des échanges d'informations relatives à la prise en charge

Dans le cadre d'un contentieux ou plus simplement dans celui de la recherche de la vérité, les éléments contenus dans le dossier médical du patient permettent de suivre le fil d'Ariane des décisions prises au cours de la prise en charge. Notamment, il permet de retrouver les échanges d'informations entre les différents acteurs. Ces échanges tracés rendent limpide la démarche de diagnostic.

Les faits

Madame R., âgée de 43 ans, présente des antécédents médicaux de syndrome dépressif, de l'hypertension artérielle et du tabagisme. Le 17 mai 2005, elle ressent des douleurs abdominales. Le 24 mai, elle se rend au centre hospitalier, où le diagnostic de douleurs ulcéreuses est retenu. Elle bénéficie, le 26 mai, d'une gastroscopie et une béance cardiale est diagnostiquée. La patiente regagne son domicile le lendemain.

Devant la persistance des douleurs, son médecin traitant l'adresse de nouveau au CH le 1^{er} juin. Elle y restera jusqu'au 5 juin. Pendant cette hospitalisation, il est réalisé une échographie abdomino-rénale et uro-scanner. Le compte rendu d'hospitalisation mentionne «une crise douloureuse épigastrique et lombaire d'origine psychogène chez une patiente dépressive ne souhaitant pas de traitement médicamenteux».

Le suivi est alors assuré par le médecin traitant. Celui-ci est alerté par l'amaigrissement, les diarrhées et les douleurs de sa patiente et l'adresse alors le 15 juin au CH pour suspicion d'infarctus du mésentère. Madame R. est admise le 16 juin, une échographie abdominale et une coloscopie sont réalisées. Les médecins concluent à une maladie de Crohn. Puis, une biopsie et un scanner sont effectués le 4 juillet, ainsi qu'une ponction-biopsie du foie le 13 juillet.

Il est décidé de transférer la patiente le 15 juillet, afin qu'elle soit prise en charge dans le service des maladies de l'appareil digestif dans un centre hospitalier universitaire. Malheureusement, la veille de son transfert, Madame R. présente une crise abdominale avec vomissements de sang, émission de selles sanglantes et un état de choc nécessitant une réanimation cardiaque. Elle est transférée en

réanimation où elle décède des suites de la survenue d'un infarctus mésentérique.

Le rapport d'expertise

Il ressort du rapport d'expertise que :

«La tenue du dossier médical est de très mauvaise qualité et ne permet absolument pas d'apprécier si une discussion médico-chirurgicale argumentée a été menée face à ce cas sérieux (...). Le diagnostic de pathologie vasculaire mésentérique, pourtant rare et difficile, avait été évoqué par le médecin traitant le 15 juin. Le diagnostic pouvait être fortement évoqué par les reconstructions de scanner réalisées début juillet. En raison de la tenue incorrecte du dossier, il n'a pas été possible de retrouver la motivation de la demande d'examen, la demande d'opérations complémentaires sur le scanner et les conclusions des radiologues sur l'aspect artériel. Il n'est donc pas possible de savoir avec certitude si le diagnostic a été évoqué par les médecins et s'il a été éliminé après avoir pris connaissance des résultats de l'imagerie (...). Les équipes médicales et radiologiques se partagent la responsabilité de l'erreur de diagnostic sans qu'il soit possible, en l'absence de discussion collégiale retranscrite sur le dossier, d'attribuer plus précisément la responsabilité des fautes.»

Le jugement du tribunal

Le tribunal administratif retient que «la reconstruction effectuée début juillet à partir du scanner du 3 juin permettait d'établir le diagnostic d'infarctus mésentérique. Il devait nécessairement être mis en œuvre des examens complémentaires et un avis chirurgical devrait être demandé, ce d'autant que le médecin traitant avait adressé Madame R. au CH en évoquant le bon diagnostic. Les examens ne se sont toutefois pas concentrés sur cette analyse, l'hypothèse d'autres symptômes étant privilégiée». Par ailleurs, il ressort que le dossier médical de la patiente a été mal tenu et que cette circonstance «a nui inévitablement à la compréhension du diagnostic».

«L'erreur de diagnostic, quand bien même celle-ci ne serait pas fautive du fait d'une maladie rare dont le diagnostic est difficile, engage, dans les circons-

19

tances de l'espèce, la responsabilité du CH compte tenu de l'absence d'investigation et de concertation suffisantes, de l'absence de relais et de partage d'informations qui ont contribué à la survenance du dommage. (...) Toutefois, la pathologie dont a souffert Madame R. comportait des risques importants de mortalité, la perte de chance s'évaluant à 25 % ».

Commentaires

Cette décision appelle plusieurs commentaires :

- La question de l'information doit s'entendre de manière plus large que la simple information du patient. En effet, la circulation des informations entre acteurs de la prise en charge est primordiale.
- Le Code de Santé Publique (article L. 1110-4) dispose que « lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concer-

nant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». La transmission de ces informations doit être réalisée oralement mais également par écrit, cet écrit devant être conservé dans le dossier médical.

- En effet, rappelons que le dossier médical est composé, pour partie, par les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou lors de l'admission. À la lecture de l'article R. 1112-2 du CSP, il s'agit, notamment, des informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques (notamment d'imageries) et des informations sur la démarche médicale.
- N'oublions pas que si le dossier médical est un outil de preuve indispensable, il est avant tout un outil de soins collectant tous les éléments expliquant les choix thérapeutiques et les soins réalisés.



2.2 Une allergie au nickel

Dans la même thématique que précédemment, une autre affaire pose ici la question de la qualité du recueil et de la transmission des informations relatives à la prise en charge de chaque patient.

Les faits

Une patiente de 29 ans, sportive, souffrant de douleurs au genou depuis près de deux ans, bénéficie, dans le cadre d'une chirurgie programmée, d'une ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure.

Les suites de l'intervention sont marquées par une fracture de ladite tubérosité sur les deux vis de maintien et justifient une reprise chirurgicale à J+2.

Devant la persistance des douleurs, des tests allergiques sont réalisés quatre mois plus tard. Ces dernières mettent en évidence une allergie importante de la patiente au nickel. Il est alors procédé à l'ablation des matériels d'ostéosynthèse et à leur remplacement par différentes vis en titane.

Une quatrième intervention est pratiquée, dix mois plus tard, pour ablation des vis et excision de la cicatrice douloureuse.

Le rapport d'expertise

Il ressort du rapport d'expertise que :

- « L'indication chirurgicale ne paraissait pas vraiment fondée pour un genou qui n'était que douloureux. Toutefois, la douleur et la gêne ressenties par la patiente présentaient un caractère invalidant pour une grande sportive, et les soins de kinésithérapie et de physiothérapie n'ont pas permis de soigner sa pathologie. Il n'est donc pas démontré que l'opération n'était pas fondée.
- Il est possible que les complications liées à la première intervention soient liées à un serrage trop important lors de l'opération ou à une manipulation de kinésithérapie un peu forcée.
- Le chirurgien reconnaît, dans un second temps, que la patiente avait fait part aux équipes de cette allergie lors de la consultation d'anesthésie. »

Le jugement du tribunal

Le tribunal administratif a considéré qu'il n'était pas démontré que la première opération n'était pas fondée.

Néanmoins, le tribunal condamne l'établissement en considérant que « les divergences de vues sur l'origine de la fracture qui a nécessité la première reprise chirurgicale sont sans incidence sur la responsabilité du centre hospitalier qui doit dès lors être engagée. L'erreur (non identification de l'allergie au nickel) à l'origine de la troisième intervention engage également la responsabilité du centre hospitalier. Il résulte de tout ce qui précède que la responsabilité du centre hospitalier est engagée à l'égard de la patiente ».

Commentaires

Ce dossier appelle trois commentaires :

- Le dossier d'anesthésie est le support permettant de renseigner les antécédents, le traitement et les éventuelles allergies du patient. Encore faut-il que celles-ci soient bien indiquées et efficacement transmises. En pratique, le questionnaire d'anesthésie soumis au patient doit être contrôlé lors de la consultation. De même, le dossier d'anesthésie doit être intégré au dossier d'hospitalisation, dont il fait partie intégrante.
- Quelle que soit la qualité de sa consultation, la recherche d'allergies ou de contre-indications ne doit pas rester l'affaire du médecin anesthésiste. En effet, elle concerne également le chirurgien.
- Ce type de dossier illustre tout l'intérêt de la check-list du bloc opératoire créée en 2010 sous l'impulsion de la HAS.



2.3 L'information du patient en chirurgie programmée

Les condamnations pour défaut d'information sont souvent mal comprises et surtout mal vécues par les professionnels de santé et, plus particulièrement, les médecins qui y voient une mise en cause de leur dévouement et de leur loyauté envers leurs patients. Mais, depuis la loi du 4 mars 2002, obligation est faite d'informer le patient sur les risques liés à son intervention et d'en apporter la preuve. Le cas présent confirme que la démonstration de la preuve n'est pas toujours aisée.

Les faits

Un patient de 50 ans est opéré d'une ablation totale de la thyroïde en raison de la présence de deux nodules. À la suite de l'intervention, il ne recouvre sa voix que huit mois plus tard, après plusieurs séances d'orthophonie. Il conserve depuis des séquelles de l'intervention.

Le rapport de l'expert

Il ressort du rapport de l'expertise que :

- «Lors de l'intervention chirurgicale, le nerf récurrent est apparu plaqué contre un des deux nodules thyroïdiens, ce qui a rendu la dissection difficile. Même si au cours de cette dissection, une plaie a été faite sur le nerf récurrent, l'intervention a été réalisée conformément aux données de la science».
- Concernant l'information du patient, l'expert a mis en avant une lettre du chirurgien, adressée au médecin traitant, dans laquelle il précise avoir informé son patient des complications possibles de l'intervention. Par ailleurs, l'expert confirme que dans le cas précis, il n'y avait pas d'autres options thérapeutiques possibles.

Le jugement du tribunal

Le tribunal administratif rejette la requête du plaignant. Il considère «qu'en égard aux difficultés que présentait cette intervention, la circonstance que la plaie dont le patient a été victime soit imputable à l'action du praticien qui l'a opéré, ne peut être regardée comme constitutive d'une faute, (...) que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli

conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé. Si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité, de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leurs obligations. Si le patient soutient ne pas avoir été informé des risques liés à l'intervention qu'il a subie, il résulte de l'instruction, notamment de la lettre en date du 27 octobre, adressée par le praticien qui a réalisé l'intervention au médecin traitant du patient, que les risques parathyroïdiens et récurrentiels ont été expliqués au patient avant l'intervention. Ainsi, le requérant ne peut se prévaloir d'un manquement du centre hospitalier à son obligation d'information. Au surplus, il n'y avait pas, selon l'expert véritablement de solution alternative raisonnable. Il en résulte que le CH n'a commis aucune faute de nature à engager sa responsabilité».

Commentaires

Le défaut d'information représente 8 à 10% du motif de condamnation devant les juridictions. Par ailleurs, il ne représente que 2% des motifs de réclamation des patients. C'est notamment la raison pour laquelle Sham accorde une importance particulière à ce sujet lors des visites de risques.

Il n'y a pas de solution unique pour bien informer le patient. Les supports qui permettent d'attester qu'un patient a bénéficié d'une information claire, détaillée et compréhensible concernant les conséquences éventuelles de son intervention sont multiples :

- le dossier patient dans lequel peuvent figurer des notes ou des dessins présentés au patient ;
- des supports d'information : fiches, CD-ROM, cassettes (sur ce point, la plupart des sociétés savantes proposent des supports d'information type et par pathologie) ;
- le recueil écrit du consentement éclairé du patient ;

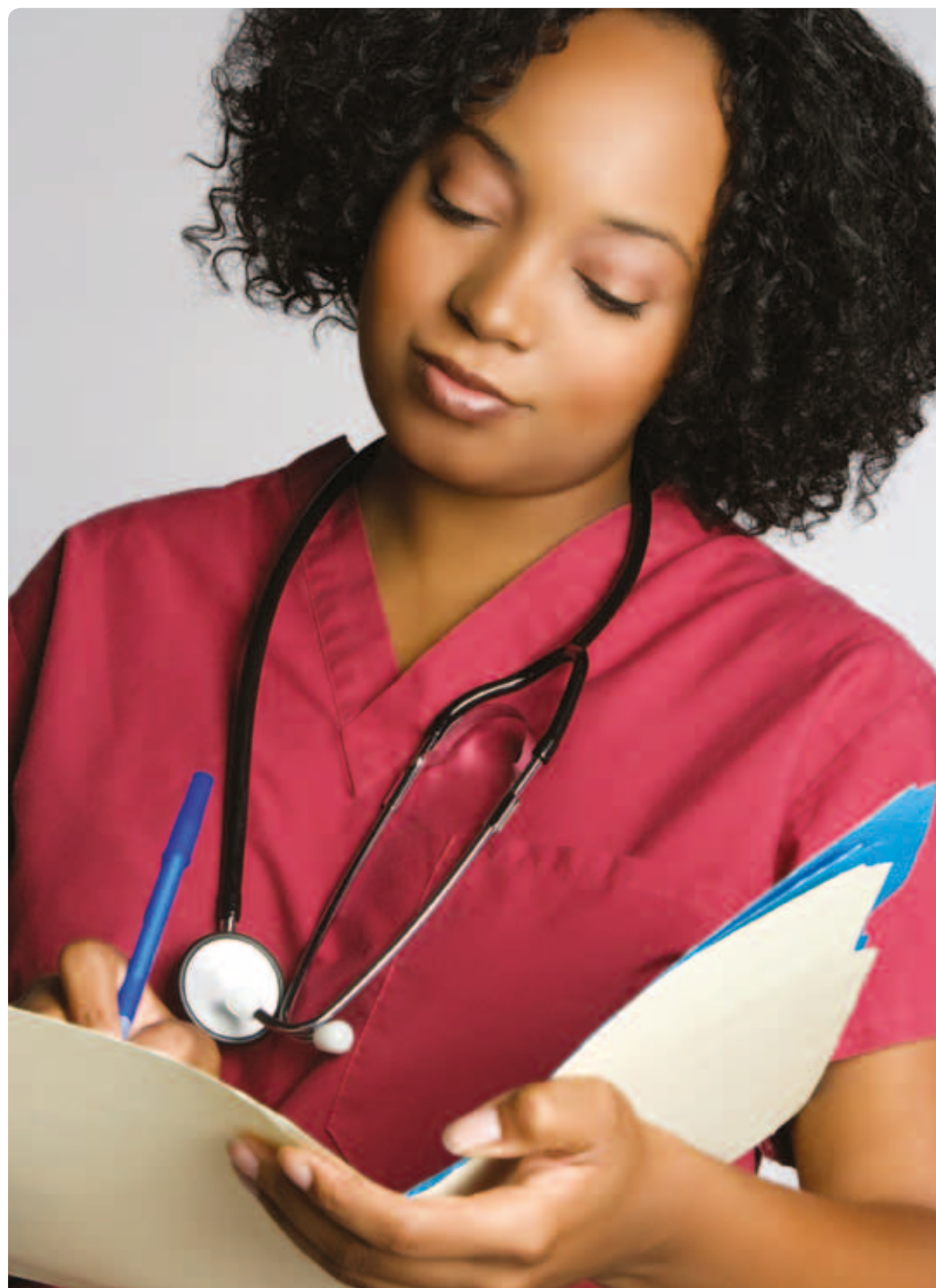
- la lettre au médecin traitant, comme dans le cas présent, une copie de cette lettre peut être remise au patient ;
- le compte rendu de consultation.

En outre, il est important de rappeler que la notion de défaut d'information est liée à la nécessité pour le patient de comprendre les choix de la prise en charge et d'avoir également la possibilité de s'y soustraire. À noter qu'il ne peut y avoir de défaut d'information dans un contexte d'urgence.





3 Vu dans les établissements



3.1 Les visites de risques

Depuis 2005, Sham réalise des visites de risques afin de mieux connaître le niveau de maîtrise des risques dans les établissements de santé assurés. Ces audits appréhendent les principales activités à risque des établissements.

Les éléments d'appréciation sont classés selon les processus : gestion des risques, obstétrique, urgences, secteurs opératoires.

Les critères analysés cherchent à évaluer :

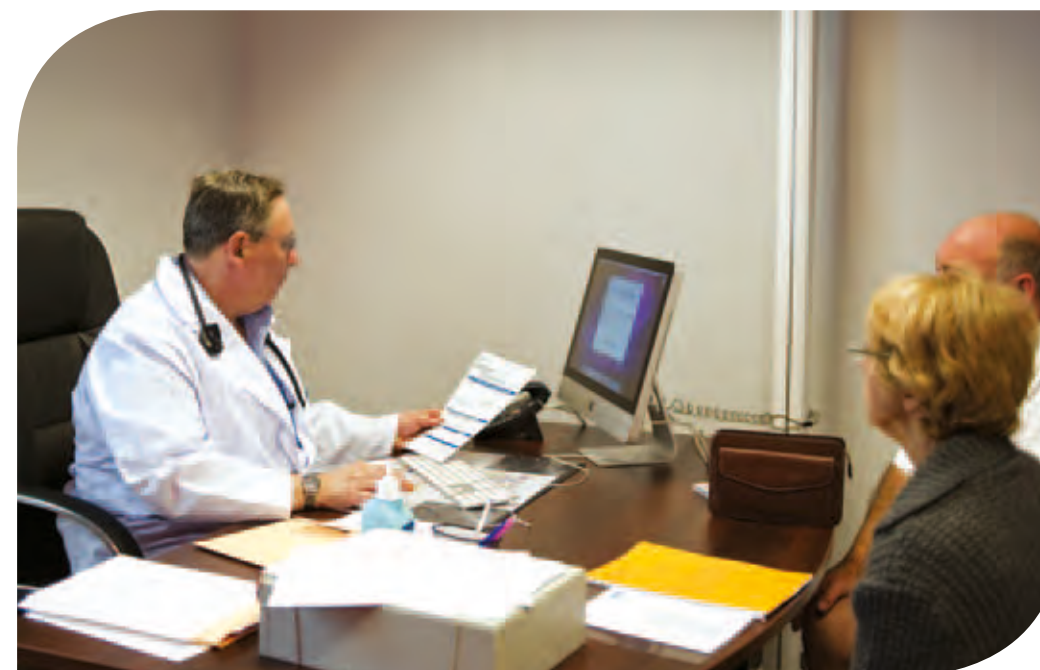
- › la capacité de l'établissement à prévenir les événements indésirables (sécurisation des pratiques) ;
- › la politique de l'établissement en matière de formation du personnel et en matière d'évaluation ;
- › les éléments de traçabilité dans les dossiers qui permettront d'assurer une bonne défense des dossiers (bonnes pratiques médico-légales).

Nous avons extrait les critères ayant trait au dossier patient dans notre référentiel de visite et nous avons analysé les résultats selon trois axes :

› **La sécurisation des pratiques** : les critères portent sur la fiabilité des données dans le dossier et sur la mise en place de points de contrôle ou de vérification à des moments clés de la prise en charge ;

› **Les bonnes pratiques médico-légales** : les critères portent sur la traçabilité d'éléments de preuve recherchés de façon récurrente par les experts, et qui nous apparaissent importants pour défendre la responsabilité de l'établissement ;

› **Les démarches d'évaluation** : nous nous assurons qu'une politique d'évaluation et d'amélioration de la tenue du dossier est en place.





3.2 Les résultats

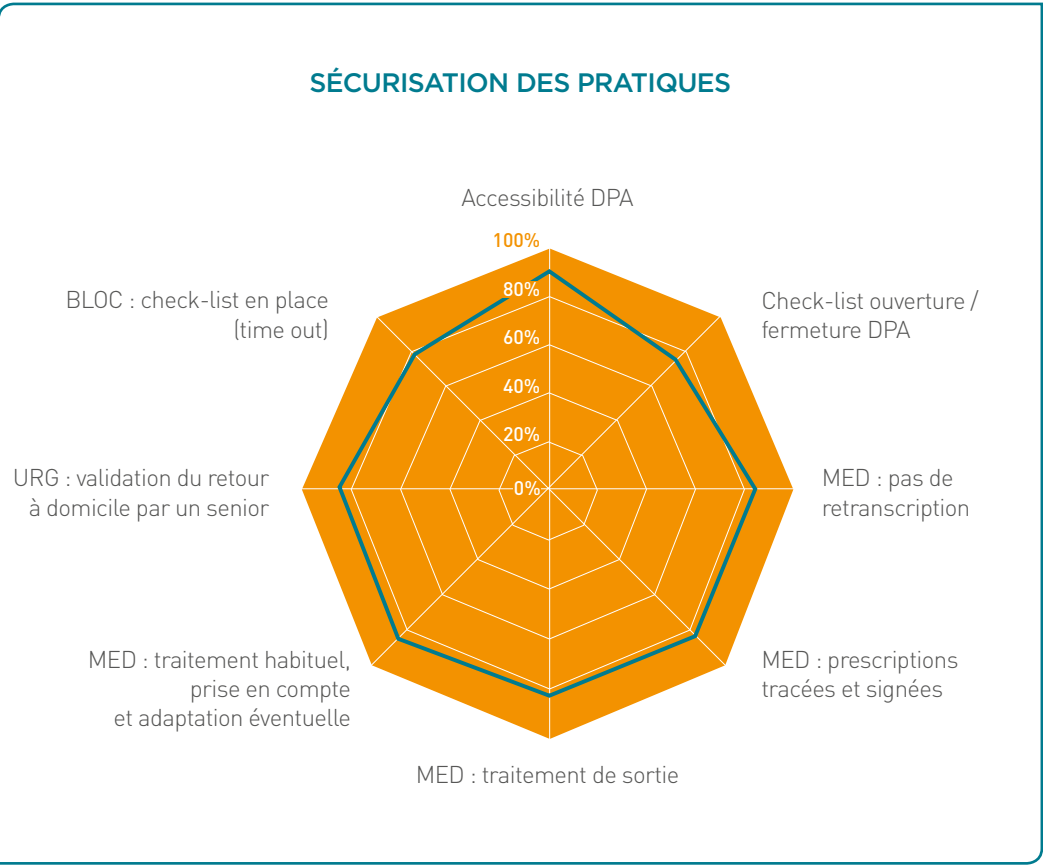
3.2.1 La sécurisation des pratiques

Différentes incitations réglementaires conduisent les établissements à travailler sur la sécurisation des pratiques. Ces critères sont donc majoritairement bien notés dans nos visites de risques.

Cependant des points restent encore à améliorer :

- le contrôle de l'exhaustivité des pièces du dossier patient (check-list d'ouverture et de fermeture du dossier patient) ;

- la check-list HAS au bloc opératoire, qui, si elle est en place dans les établissements, ne fait pas toujours l'objet d'une évaluation portant à la fois sur la traçabilité dans le dossier et sur la manière dont elle est mise en œuvre (respect du time out).

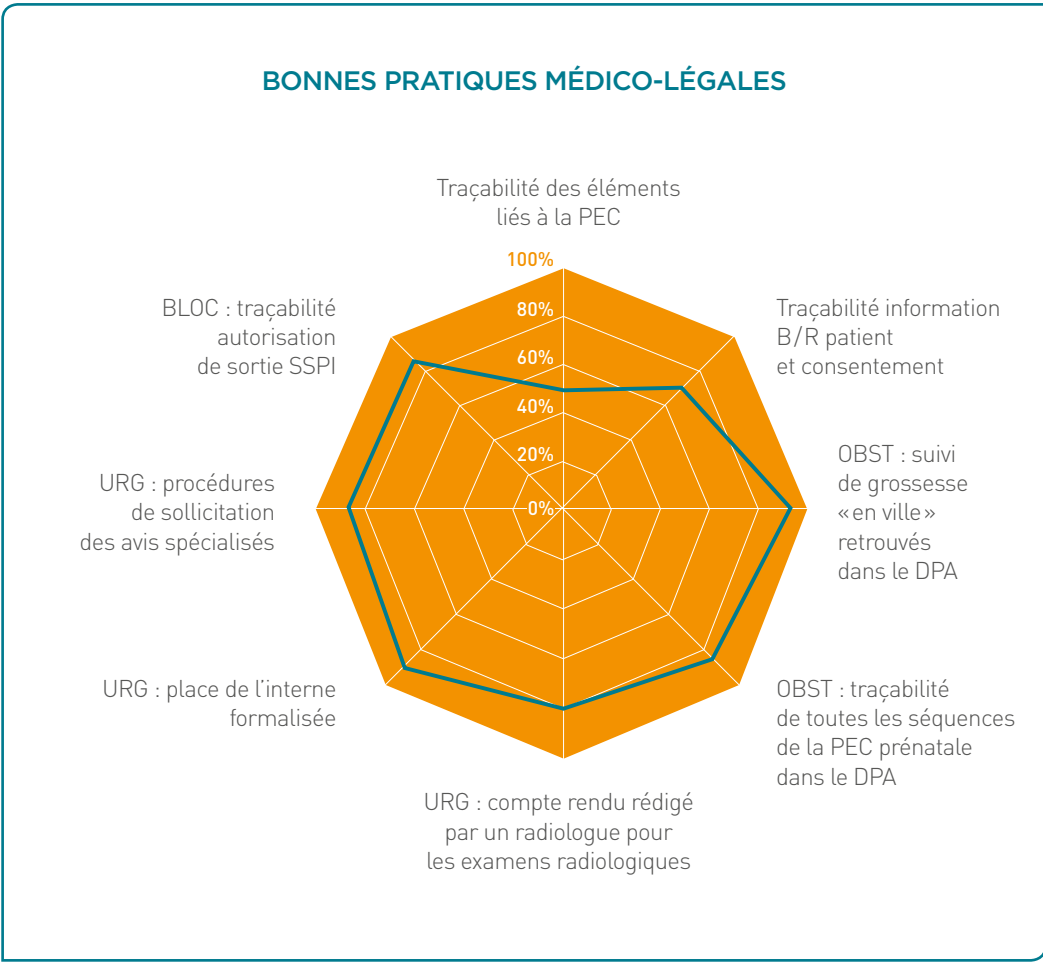


3.2.2 Les bonnes pratiques médico-légales

Concernant les bonnes pratiques médico-légales identifiées dans le référentiel de visite, on constate les points suivants :

- des éléments spécifiques bien tracés dans les secteurs à risques (traçabilité de toutes les séquences de la prise en charge per natale en obstétrique, traçabilité des avis spécialisés aux urgences, traçabilité de la sortie de SSPI sur les secteurs interventionnels) ;

- des points de progrès majeurs :
 - la traçabilité des éléments liés à la prise en charge, et notamment du suivi médical en post-opératoire (la moitié des établissements doivent s'améliorer sur ce point) ;
 - la traçabilité de l'information bénéfices/risques et un consentement du patient qui restent insuffisants dans 30% des établissements.



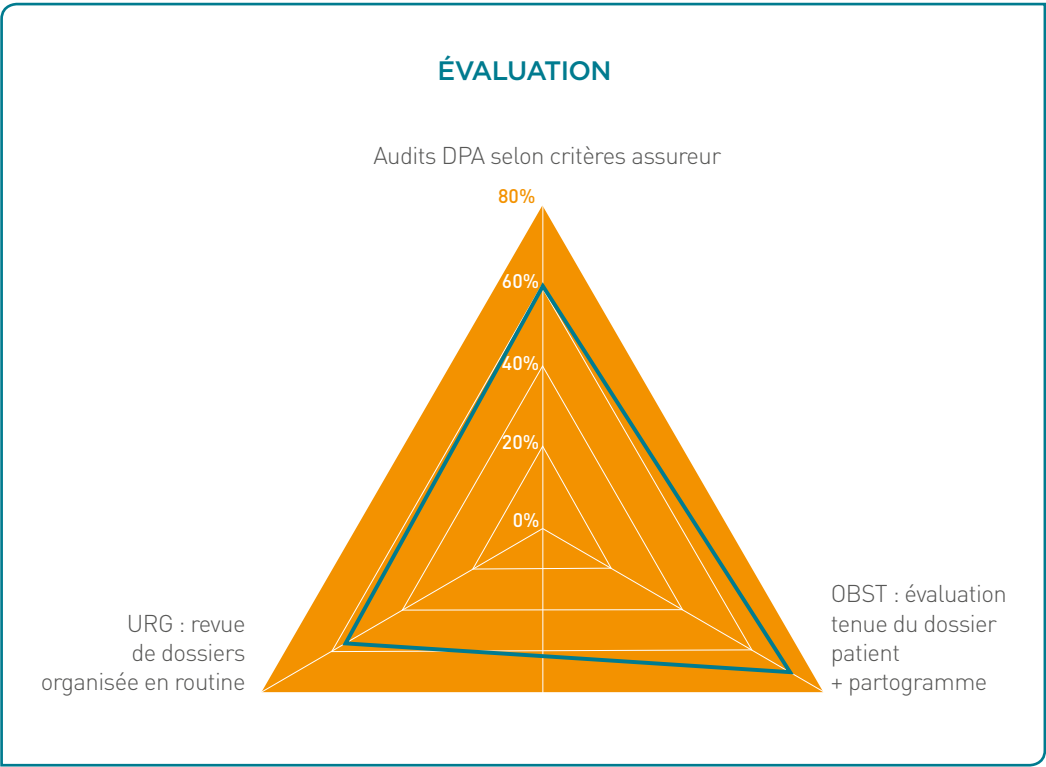
3.2.3 L'évaluation

En ce qui concerne l'évaluation, la mise en place des indicateurs IPAQSS sur la tenue du dossier patient (DPA) et du dossier d'anesthésie (DAN) a indéniablement instauré une culture de l'évaluation régulière, ce qui a conduit à une vraie dynamique d'amélioration de la tenue du dossier. Néanmoins, les critères évalués ne couvrent pas la totalité des éléments permettant d'assurer une bonne défense des dossiers en cas de contentieux (trace du suivi médical, recueil du consentement, bilan infectieux préopératoire, présence des comptes rendus des examens complémentaires, qualité de l'archivage).

40% des établissements devraient donc compléter les critères IPAQSS pour évaluer la «robustesse» de leurs dossiers patients face à un risque de contentieux.

Dans les secteurs à risques, des évaluations peuvent être conduites de façon spécifique, soit périodiquement, soit en continu. En obstétrique, on constate qu'une très grande majorité des services réalise une évaluation spécifique. Aux urgences, la mise en place de revue de dossiers en routine n'est pas généralisée, puisqu'elle concerne moins de 60% des équipes. De telles démarches d'évaluation sont pourtant riches d'enseignements pour l'analyse pédagogique des pratiques vis-à-vis des équipes en vue d'améliorer en continu la tenue des dossiers patients.

28



Concernant la formation, nous constatons, dans 83% des visites, un dispositif de formation ou d'accompagnement des professionnels sur la tenue du dossier.

Un retour d'expérience régulier sur ce référentiel de visite de risques nous permet de faire évoluer les critères. L'une des thématiques amenée à se développer prochainement concerne l'informatisation du dossier et tous les risques associés.



3.3 Le référentiel de visite (extrait des critères traitant du dossier patient)

Chapitre dossier patient (DPA) :

- Le DPA suit le patient tout au long de son parcours de soins et est accessible à tout praticien responsable de la prise en charge du patient.
- Il existe une check-list d'ouverture et une check-list de fermeture du dossier patient.
- L'information donnée au patient — en cas de chirurgie ou d'acte invasif programmé — et le recueil du consentement éclairé du patient sont tracés dans son dossier.
- Tous les éléments liés à la prise en charge du patient sont tracés dans le DPA : indication opératoire, visite préanesthésique, bilan préinfectieux, CRO, avis spécialisés, visites médicales et suivi postopératoire...
- Une formation (et/ou une information) aux règles et enjeux de la bonne tenue du DPA est proposée aux médecins et aux équipes soignantes.

➤ Des audits du dossier patient sont réalisés selon les «critères de l'assureur» (trace du suivi médical, recueil du consentement, bilan infectieux préopératoire, présence des comptes rendus des examens complémentaires, qualité de l'archivage). Les résultats sont satisfaisants et/ou en progrès d'une année sur l'autre.

Circuit du médicament :

- Les prescriptions médicamenteuses et les administrations sont toutes tracées et signées.
- Il existe un support unique, papier ou informatique, «prescription-administration» qui évite les retranscriptions.
- La prise en compte et l'adaptation éventuelle du traitement habituel du patient est réalisée par un médecin, en amont de l'hospitalisation, et tracée dans le DPA.
- La traçabilité du traitement de sortie est présente dans le dossier.

29



Processus Obstétrique :

- La tenue du dossier obstétrical permet de retrouver la traçabilité de toutes les séquences de la prise en charge per natale dont :
 - tous les enregistrements du rythme cardiaque fœtal (de l'admission à l'expulsion) ;
 - tous les items du partogramme renseignés (examens cliniques et complémentaires, heures d'appel et d'intervention des intervenants médicaux) ;
 - la mesure systématique du pH et/ou des gaz du sang au cordon ;
 - le compte rendu de l'accouchement comprenant si nécessaire les indications d'extraction instrumentale ou de césarienne.
- Les éléments du suivi de grossesse réalisé « en ville » ou en secteur privé sont retrouvés dans le dossier de l'établissement.
- Une évaluation est réalisée périodiquement sur la bonne tenue du dossier obstétrical, dont le partogramme.

Processus Urgences :

- Le retour à domicile du patient est sécurisé et validé par un senior : des critères de validation de la sortie du patient (check-list) sont établis et évalués.
- La place de l'interne dans l'organisation et le fonctionnement du service sont formalisés, sachant que, sur le plan médico-légal, l'interne garde le statut d'étudiant hospitalier.
- Le service évalue la qualité du dispositif d'accueil et d'orientation (enregistrement de tout patient se présentant, délai de prise en charge, évaluation de la pertinence du tri à partir d'une grille...).
- Les examens radiologiques font l'objet d'un compte rendu rédigé par un radiologue. Si ce dernier est rédigé ultérieurement à la prise en charge, une procédure formalisée impose le rappel du malade si nécessaire.
- Les procédures de sollicitation des avis spécialisés sont formalisées.

- Le service s'est organisé pour réaliser des revues de dossiers en routine :
 - traçabilité de la prise en charge médicale et soignante, du diagnostic, des avis et CR spécialisés... ;
 - pertinence des décisions au regard des protocoles et des bonnes pratiques.

Processus Secteurs opératoires :

- La check-list (V2011) « sécurité du patient au bloc opératoire » est évaluée selon les modalités préconisées par la HAS (audit de pratique, traçabilité, observation).
- L'autorisation et l'heure de sortie de la SSPI du patient sont systématiquement validées et tracées par le médecin anesthésiste.

EXEMPLES DE PRATIQUES INNOVANTES VUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS LORS DES VISITES DE RISQUES

- **L'existence d'une check-list d'ouverture du dossier médical qui permet notamment de vérifier la présence du consentement éclairé du patient**
- **L'existence d'un « livret patient » qui regroupe toutes les informations que doit connaître le patient sur son séjour mais aussi sur sa pathologie**
- **La mise en place d'une consultation infirmière, pour répondre notamment aux éventuelles questions des patients restées sans réponses**
- **La traduction en différentes langues des fiches d'information et autres recueils du consentement, pour les patients étrangers**
- **L'évaluation par le chirurgien de la bonne compréhension du patient sur les risques encourus, pouvant le cas échéant conduire à repousser l'intervention**
- **La présence d'un proche au cours des consultations qui accueillent des personnes très âgées**

4

Le point de vue des experts





4.1 Le Docteur Ghislaine MONTMARTIN



Sham : En tant que médecin-conseil Sham, en quoi consiste votre travail ?

Dr Ghislaine Montmartin : Le rôle des médecins-conseils au sein de Sham est d'assurer la gestion médico-légale des dossiers de sinistres corporels en responsabilité médicale.

En termes de volume, nous avons enregistré en 2013 plus de 5500 réclamations de sinistres liées à des accidents médicaux. Plus de 1100 décisions des juridictions administratives ou judiciaires ont été rendues. L'activité contentieuse est donc soutenue.

Nous intervenons dès le stade initial de la déclaration de sinistre adressée par nos sociétaires. Nous devons alors évaluer le préjudice corporel prévisionnel, c'est-à-dire les séquelles liées à l'acte de soin litigieux afin que le gestionnaire sinistre Sham puisse déterminer les enjeux financiers potentiels du dossier (provisionnement).

Nous prenons connaissance des pièces de procédure et notamment des pièces médicales transmises et rédigeons une note de synthèse résumant l'histoire médicale avec une analyse médico-légale de la qualité des soins effectués. C'est ainsi que nous sommes amenés à constater une traçabilité de l'information plus ou moins satisfaisante dans les dossiers des patients.

Nous supervisons ensuite le dossier au cours de la procédure qui suit et notamment lors de l'expertise médicale. La préparation de l'expertise est le temps essentiel du dossier car tout se joue lors de l'expertise. Nous sommes alors amenés à travailler en lien avec les médecins-conseils de notre réseau qui assistent aux expertises et avec les professionnels de santé impliqués. Notre réseau est constitué d'environ 340 médecins (185 généralistes et 155 spécialistes) répartis sur l'ensemble du territoire français. Nous les sélectionnons en fonction de leur spécialité et du lieu géographique de l'expertise.

À l'issue de cette étape déterminante, nous étudions le rapport d'expertise et donnons un avis critique (ou non) au gestionnaire Sham pour l'élaboration de l'argumentaire et des instruc-

tions à l'avocat. Nous travaillons ainsi en étroite collaboration pour une meilleure compréhension mutuelle de la problématique médicale et juridique de chaque dossier.

Sham : En quoi un dossier médical mal tenu peut-il être préjudiciable dans le cadre d'un contentieux et quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer ?

Dr Ghislaine Montmartin : En matière de responsabilité médicale, l'expertise est l'étape déterminante où l'expert médecin désigné, par un magistrat, doit, conformément à sa mission, apprécier la qualité des soins délivrés à un patient. C'est un exercice particulier dans la mesure où l'expert dispose des pièces du dossier médical qui lui ont été transmises comme seul support objectif de sa réflexion et de son analyse. L'expertise est donc fondée sur des faits constatés dans le dossier médical, seul ce qui est écrit compte.

Les difficultés sont de plusieurs ordres :

- Le bon accomplissement de la mission confiée à l'expert impose de disposer de toutes les pièces du dossier patient de façon exhaustive. Il s'agit souvent de la première difficulté. Il est parfois difficile d'obtenir auprès des professionnels de santé l'ensemble des pièces du dossier patient.
- Au-delà de cet impératif d'exhaustivité existe une exigence de qualité. Les experts n'aiment pas le « vide » et ce qui n'est pas tracé, ce qui n'est pas noté, n'est, faute de preuve contraire, pas fait. C'est là, le deuxième écueil rencontré.

Un dossier incomplet ne permet pas de préjuger favorablement de l'absence de négligence. Comment démontrer la qualité de la surveillance post-opératoire lorsque le dossier est lacunaire sur plusieurs heures ? À l'inverse, un dossier complet et bien tenu est souvent le reflet d'une implication importante des équipes soignantes et, même si cela n'est qu'une question de forme, il n'en reste pas moins que la première impression donnée concernant l'organisation d'un service et la qualité des soins passe par la tenue du dossier patient.

- La qualité de l'écriture d'une observation, sa lisibilité ont également leur importance. Cela traduit la volonté du rédacteur de communiquer et de faire en sorte que son message soit lu et compris. L'informatisation du dossier patient a permis de répondre à ce problème.
- Certaines spécialités sont allées plus loin en uniformisant le dossier patient qui conserve la même structure et présentation quel que soit le service ou l'établissement concerné. L'atout, outre l'aspect très complet des informations répertoriées, est d'avoir une lecture rapide, chacun sachant parfaitement où trouver l'information recherchée. C'est une sécurisation importante de l'information et, de fait, de la traçabilité des soins lorsqu'il y a un litige.

Cependant, *a contrario*, selon le logiciel utilisé, la mécanisation des données et leur standardisation par l'outil informatique limitent parfois l'information en ne laissant pas un espace suffisant pour l'écrit qui peut être indispensable à la démonstration de la qualité des soins. Par exemple, lorsqu'il y a une discussion pluridisciplinaire ou une réunion de service pour décider de la meilleure prise en charge possible, bien souvent la traçabilité n'est pas retrouvée dans le dossier.

CAS PRATIQUE

Dans un dossier de rupture utérine au cours d'un accouchement par voie basse, l'expert a relevé le manque de traçabilité d'une cicatrice utérine qui, certes, figurait au chapitre des antécédents chirurgicaux de la parturiente mais qui n'était pas très explicitement reprise dans les consignes de modalités d'accouchement. L'expert a conclu à une méconnaissance du caractère cicatriciel de l'utérus qui, s'il avait été connu et pris en compte, aurait certainement alerté l'équipe obstétricale sur la signification des anomalies du rythme cardiaque fœtal et aurait probablement amené cette équipe à choisir une naissance par césarienne plus précocement.



► Un autre écueil lié à l'utilisation d'un dossier informatisé est la qualité de la version imprimable qui peut être d'une grande complexité de lecture. Ainsi lorsque le dossier est imprimé pour les besoins d'une expertise, la compréhension du dossier devient extrêmement ardue et il peut être pratiquement inexploitable dans certains cas.

Aujourd'hui, si l'outil informatique est une aide précieuse à la qualité des soins et à la traçabilité des informations patient, indispensable en cas de contentieux, nous commençons à voir émerger des dysfonctionnements liés à l'utilisation de cet outil. Par exemple, les logiciels de prescription des médicaments peuvent parfois être perfectibles.

CAS PRATIQUE

Un accident a été lié à l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription chez un patient opéré du rachis et bénéficiant de l'administration de la première injection d'anticoagulants à titre préventif de la thrombose en salle de soins intensifs vers 18h. Transféré peu après dans le service de chirurgie, il est reçu par l'interne qui prescrit à 19h55 la poursuite de ce traitement avec une injection quotidienne à 20h. Cette prescription est inscrite sur le planning de soins et l'infirmière va l'effectuer. Le patient reçoit alors une seconde injection le jour même au lieu du lendemain 20h. Son évolution va se compliquer d'un hémato rachis.

Sham : Si l'on devait retenir une ou deux idées essentielles, à quoi ressemblerait finalement le dossier médical idéal ?

Dr Ghislaine Montmartin : Le dossier patient reste la seule trace objective de l'information délivrée, des soins réalisés, des démarches diagnostique et thérapeutique. Ainsi, si des hypothèses diagnostiques peuvent être évoquées, elles doivent être écrites, argumentées et permettre la compréhension de la démarche médicale.

Le dossier patient ne doit contenir que des faits et faire abstraction de toutes considérations subjectives, opinions ou commentaires personnels.

La technicité toujours plus importante des soins confie aux machines la surveillance d'un certain nombre de paramètres. Il est essentiel de reporter sur un document la traçabilité des mesures effectuées.

En cas d'incident, il faut écrire ce qui a été constaté et ce qui a été fait. Lorsqu'il y aura une expertise plusieurs mois ou années plus tard, la mémoire se révèlera alors bien volatile et imprécise. Les déclarations étayées par des éléments objectifs du dossier seront alors déterminantes.

Toute lacune peut conduire l'expert à élaborer une réflexion basée sur son ressenti, son expérience, voire son intuition.

En résumé, le dossier médical est avant tout un outil d'aide aux soins et à la sécurité du patient, mais c'est aussi, *a posteriori*, lorsqu'une réclamation indemnitaire se présente, le seul moyen d'attester des faits sans aucun doute possible.



4.2 Le Professeur Cyrille COLIN



Cyrille Colin est Professeur de santé publique, Responsable du Pôle Information Médicale, Évaluation et Recherche aux Hospices Civils de Lyon et Président du CEPPrAL (Comité d'Évaluation des Pratiques Professionnelles en Rhône-Alpes). Il nous livre son point de vue d'universitaire, de chercheur mais aussi d'homme de terrain sur le dossier patient.

Sham : Le dossier patient a beaucoup évolué ces dernières années. Qu'en pensez-vous ?

Pr Cyrille Colin : Je suis tout à fait d'accord, et ce d'abord dans l'information qu'il contient. Autrefois très hiérarchisée et rapidement lisible, avec le mot de l'externe, de l'interne puis celui du médecin senior, cette information est aujourd'hui plus riche, plus dense. Étant donné la complexification des prises en charge, la surspécialisation de la médecine et les enjeux de reconnaissance professionnelle, beaucoup d'acteurs déposent de l'information dans le dossier patient, une information qui compte. En quelque sorte, le dossier est devenu plus démocratique.

Le dossier patient fait aussi l'objet, ces dernières années, de nombreuses incitations réglementaires, avec la production et la diffusion obligatoire des indicateurs de la tenue du patient dans le cadre des enquêtes IPAQSS. Ces démarches qui visent à préciser et structurer le contenu du dossier n'ont pas toujours un impact réel sur le quotidien des professionnels de santé, mais ont incontestablement contribué à mieux structurer les dossiers patients et à améliorer la traçabilité des éléments essentiels du dossier.

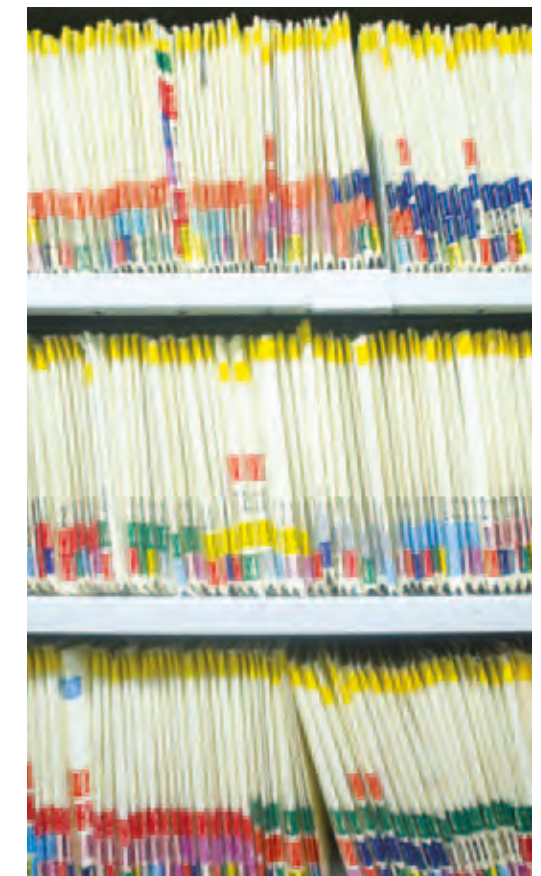
Sham : Le « dossier médical personnalisé » a évolué vers le « dossier patient ». Quelle en est la signification ?

Pr Cyrille Colin : Oui, c'était toute l'ambition du Dossier Médical Personnel (DMP) qui a été conçu comme un véritable dossier pour le patient qui est sa propriété : un outil de continuité des soins, accessible en urgence, partagé par tous les professionnels via un accès web sécurisé.

Cette ambition repose sur le constat fait dans de nombreuses études qu'un dossier partagé détenu par le patient, rassure ce dernier, améliore son

autonomie, augmente sa satisfaction et est une aide dans sa prise en charge.

Même si le DMP a connu de nombreuses difficultés, il y a de bonnes raisons d'être optimiste pour un dossier médical partagé si l'on prend en compte l'informatisation croissante des médecins de ville, l'amélioration de l'informatisation hospitalière, l'interopérabilité des logiciels, la culture des professionnels et des patients, le succès de certaines expériences étrangères et enfin une volonté politique maintenue.



Sham : Quelles sont les dernières évolutions sur le dossier patient ?

Pr Cyrille Colin : Le document de sortie du patient, à l’initiative de la HAS. L’enjeu est d’assurer la continuité des soins et la sécurité du patient à l’issue d’une hospitalisation de plus de 24 heures. Ce document, grâce aux nouvelles technologies en santé, doit pouvoir être élaboré rapidement et systématiquement et être remis, le jour de la sortie, au patient et transmis aux équipes médicales de ville.



Les éléments «exigibles» du document de sortie seront probablement les suivants :

CONTENU	STATUT
1. Traitement de sortie	Obligatoire
2. Suite à donner	Obligatoire
3. Motif d’hospitalisation	Obligatoire
4. Synthèse médicale du séjour	Obligatoire
5. Résultats pertinents normaux et anormaux des actes cliniques, paracliniques et techniques réalisés	Obligatoire
6. Histoire de la maladie	Optionnel
7. Antécédents	Optionnel
8. Allergie et événements indésirables	Optionnel
9. Mode de vie	Optionnel
10. Examen clinique et statut fonctionnel	Optionnel
11. Évolution dans le service	Optionnel
12. Autres résultats des actes cliniques, paracliniques et techniques réalisés	Optionnel
13. Liste des éléments remis au patient	Optionnel

Sham : Comment voyez-vous le dossier patient de demain ?

Pr Cyrille Colin : Du point de vue technique, l’objectif cible est une informatisation complète et sécurisée du dossier, un accès pour tous les professionnels concernés, la disponibilité pour le patient, le codage pour la facturation, l’anonymisation pour les transferts, la transmission des images et des vidéos, et des règles d’accès sur internet.

Quant au patient, il doit devenir propriétaire et acteur de son dossier en l’alimentant, en participant à la qualité de son contenu, en exigeant la traçabilité de certaines informations clés, en vérifiant la sécurité de sa prise en charge, **la confidentialité et la sécurité des accès. C’est un beau défi pour les professionnels et les usagers du système de santé.**

5

Les recommandations de l’assureur



1. Tenir, pour chaque patient, un dossier unique regroupant, sur un seul et même support, l’ensemble des informations relatives à sa prise en charge tant médicale que paramédicale.
2. Concevoir une trame commune (structure/tuteur) comprise et utilisée par l’ensemble des professionnels de l’établissement pour que la qualité du dossier patient ne dépende pas exclusivement de la bonne volonté de chacun.
3. Limiter au maximum la période de transition du papier au numérique durant laquelle les éléments de la prise en charge risquent d’être disséminés sur différents supports.
4. Tracer en temps réel et de manière exhaustive les actes de la prise en charge en veillant à l’identification de chaque intervenant (signature et identité lisibles).
Le dossier du patient est le reflet de sa prise en charge : il doit apparaître comme un ensemble cohérent et porter la trace de la réflexion médicale.
5. Tracer la délivrance de l’information et le recueil du consentement.
6. Tracer les consignes de sortie.

Glossaire des abréviations

CCI	Commission de Conciliation et d'Indemnisation	HAS	Haute Autorité de Santé
Cciv	Code Civil	IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	OBST	Obstétrique
CP	Code Pénal	ONIAM	Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux
CPA	Consultation préanesthésique	MED	Médicament
CPC	Code Procédure Civile	PEC	Prise en charge
CRH	Compte Rendu d'Hospitalisation	SSPI	Salle de surveillance postinterventionnelle
CRO	Compte Rendu Opératoire	TA	Tribunal administratif
CSP	Code de la Santé Publique	TGI	Tribunal de Grande Instance
DAN	Dossier d'anesthésie	URG	Urgences
DMP	Dossier Médical Personnel	VPA	Visite préanesthésique
DPA	Dossier patient		
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif		





Sham, l'assureur spécialiste du secteur et des acteurs de la santé et du médico-social.

Sham accompagne les acteurs de la santé, du social
et du médico-social depuis plus de 85 ans.
Par son approche globale, Sham offre à ses sociétaires
des solutions d'assurance et de management des risques
adaptées à leurs besoins et spécificités.

Sham
18 rue Édouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - Fax : +33 (0)4 72 74 22 32
www.sham.fr

Société d'assurance mutuelle
Entreprise régie par le Code des Assurances



Sham est certifiée ISO 9001 pour ses prestations
(assurance, formation, gestion des risques)
délivrées aux acteurs de la santé, du social et du médico-social



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE