

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2007

N°36

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

– Qualification en médecine générale

Par

Anne GREAU-CHAUCHET

Née le 03 décembre 1978 à La Roche sur Yon (85)

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2007

**EXHAUSTIVITE DU REMPLISSAGE DU DOSSIER MEDICAL
PAPIER DES CONSULTATIONS EXTERNES
- AUX URGENCES DE LA ROCHE SUR YON - EN 2006**

Président du Jury :
Monsieur le Professeur Gilles POTEL
Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Daniel JUVIN

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
EVOLUTION DU CONTENU DU DOSSIER MEDICAL	7
1 - La loi avant 1995	7
2 - 1995 : nouvelle version du Code de Déontologie Médicale	8
3 - Travaux de l'ANDEM en 1996	9
4 - Loi n° 303-2002 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner et son décret d'application n° 2002-637 du 29 avril 2002	10
5 - Travaux de l'ANAES en 2003	12
5.1 - Partie administrative	13
5.1.1 <i>Légale</i>	13
5.1.2 <i>Recommandée par l'ANAES</i>	14
5.2 - Partie médicale	14
5.2.1 <i>Constitution et tenue du dossier</i>	14
5.2.1.1 <i>Légale</i>	14
5.2.1.2 <i>Recommandations de l'ANAES</i>	14
5.2.2 <i>Contenu du dossier</i>	15
5.2.2.1 <i>Légal</i>	15
5.2.2.2 <i>Recommandations de l'ANAES</i>	16
MATERIEL ET METHODES	17
1 - La recherche bibliographique	17
2 - Lieu de l'étude	18
3 - Méthode de sélection	18
4 - Méthode d'observation	19
5 - Méthode d'évaluation	20
6 - Exploitation des données	22
RESULTATS	23
1 - Données générales	23
2 - Résultats concernant le dossier vierge	23
3 - Résultats des 94 dossiers - exploitation de la grille de recueil	27
3.1 – <i>Caractéristiques du dossier</i>	27
3.2 – <i>Qualité de la tenue des données administratives</i>	29
3.3 – <i>Contenu recommandé</i>	30
3.4 – <i>Contenu légal</i>	32
3.5 – <i>Résultats en fonction de la période (jour ou nuit) de consultation</i>	34
3.5.1 – <i>Données administratives</i>	34
3.5.2 – <i>Contenu médical recommandé</i>	35
3.5.3 – <i>Contenu médical légal</i>	36

3.6 – Résultats en fonction de la discipline (médecine ou traumatologie) de consultation	38
3.6.1 – <i>Données administratives</i>	38
3.6.2 – <i>Contenu médical recommandé</i>	39
3.6.3 – <i>Contenu médical légal</i>	41
3.7 – Résultats en fonction du professionnel (interne ou senior) remplissant les dossiers	43
3.7.1 – <i>Données administratives</i>	44
3.7.2 – <i>Contenu médical recommandé</i>	45
3.7.3 – <i>Contenu médical légal</i>	46
DISCUSSION	48
1 – Les biais ou faiblesses	48
2 – Les forces	48
3 – Les résultats	49
3.1 – Les dossiers étudiés	49
3.2 – Le dossier papier proposé par les urgences du CHD	49
3.3 – L'exhaustivité du remplissage	52
3.3.1 – <i>Données administratives</i>	52
3.3.2 – <i>Contenu médical recommandé</i>	53
3.3.3 – <i>Contenu médical légal</i>	54
3.4 – Conclusion	56
4 – Implications sur la pratique	56
5 – Perspectives	57
6 – Conclusion	59
CONCLUSION	60
ANNEXES	61
BIBLIOGRAPHIE	73

INTRODUCTION

La bonne tenue du dossier médical contribue à la continuité, la sécurité, et l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle, le dossier constituant un support privilégié de l'évaluation des pratiques ¹. Son contenu est défini par le Code de Santé Publique, et précisé par des recommandations ajoutées par l'ANAES.

Le dossier médical doit être « un support formel écrit ou informatisé de l'ensemble des informations concernant un patient, qu'il s'agisse des données administratives, médicales et nécessaires à sa prise en charge. Il doit également s'agir d'un outil d'analyse, de synthèse, de planification, d'organisation, de traçabilité des soins et de l'ensemble des prestations dispensées à un patient. Il doit contenir toutes les informations utiles et nécessaires pour justifier les choix thérapeutiques, la nature des actes effectués, les conditions et circonstances dans lesquelles les soins ont été dispensés ; enfin, il doit assurer la connaissance des résultats obtenus.

Le dossier médical ne peut satisfaire de telles exigences que s'il est bien structuré, si les données qu'il contient sont précises, bien rédigées, contrôlables, facilement disponibles et aisément accessibles. La fiabilité des informations contenues dans un dossier médical doit être sans faille. L'ensemble implique la définition et le respect de règles précises, qui doivent être portées à la connaissance des professionnels. Les recommandations de l'ANAES font partie de ces règles ⁶ . »

L'exhaustivité du remplissage de ce dossier, en accord avec les données légales requises, conditionne la responsabilité médicale en cas de litige.

Actuellement, le dossier médical aux urgences du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de la Roche sur Yon est disponible sur support papier. Le projet d'informatisation de ce dossier est en cours de réalisation et doit être effectif en novembre 2007.

Nous avons décidé d'observer le remplissage de ces dossiers afin de pouvoir répondre aux interrogations suivantes :

- Les dossiers papiers des urgences du CHD de la Roche sur Yon proposent-ils de répondre aux exigences légales ?
- Ces dossiers sont-ils remplis de façon exhaustive par l'équipe médicale ?
- Quelles sont les améliorations à apporter, afin de paramétrer le futur logiciel de création des dossiers, de manière à ce que les données légales soient automatiquement présentes ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective, sur 100 dossiers papiers des consultations externes des urgences du CHD de la Roche sur Yon, sur l'année 2006. A terme, ce travail doit permettre d'aider au paramétrage du logiciel permettant l'informatisation du dossier médical dans ce service.

EVOLUTION DU CONTENU DU DOSSIER MEDICAL

Le dossier médical constitue un outil capital de notre exercice, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier.

Longtemps, le dossier médical n'a servi qu'à conserver des notes personnelles afin de ne rien oublier de l'histoire de ses patients. Ce dossier était partagé avec d'autres médecins au sein d'équipes soignantes, partage régit par une morale professionnelle uniquement.

Au fur et à mesure du temps, le contenu du dossier médical est devenu une source d'informations médico-légales et un outil d'évaluation des pratiques. Ce contenu et sa tenue ont donc été progressivement définis par des lois.

1 – La loi avant 1995

En 1970, on voit apparaître la première obligation légale pour les établissements publics ou privés de tenir un dossier médical (article 28 de la loi hospitalière n° 70-1318 du 31 décembre 1970, depuis totalement abrogée).

L'article L.710-2 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 ¹⁰ portant réforme hospitalière, reprend cette obligation :

« Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. »

En 1992, l'article L.710-2-1, ancien, du Code de Santé Publique (CSP) issu du décret n° 92-329 du 30 mars 1992 ⁵, relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique, énumère les documents que le dossier médical doit contenir a minima :

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les documents suivants:

I. - Les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour, à savoir:

- a) La fiche d'identification du malade;*
- b) Le document médical indiquant le ou les motifs de l'hospitalisation;*
- c) Les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient;*
- d) Les comptes rendus des explorations para-cliniques et des examens complémentaires significatifs, notamment le résultat des examens d'anatomie et de cytologie pathologiques;*
- e) La fiche de consultation pré anesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique;*
- f) Le ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchement;*
- g) Les prescriptions d'ordre thérapeutique;*
- h) Lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers.*

II. - Les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier, à savoir:

- a) Le compte rendu d'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie;*
- b) Les prescriptions établies à la sortie du patient;*
- c) Le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers. »*

2 – 1995 : nouvelle version du Code de Déontologie Médicale

En 1995, l'article R.4127-45 du CSP, issu du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 ⁵ portant sur le code de déontologie médical, notamment l'article 45, est le premier texte officiel régissant la tenue du dossier en médecine libérale :

« Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. »

3 - Travaux de l'ANDEM en 1996

Suite à la nouvelle version de Code de Déontologie médical en 1995 et à la demande de la Direction Générale de la Santé, l'ANDEM (l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale) rédige des recommandations sur le dossier médical, en médecine ambulatoire, en septembre 1996 ² afin de rattraper le retard dans ce domaine et d'améliorer la qualité des actes médicaux par le biais d'une meilleure tenue des dossiers. Les données à recueillir pour le dossier sont résumées dans le tableau ci-dessous :

1. Tableau synthétique des informations à recueillir

Identification	
Nom complet actualisé	indispensable
Sexe	indispensable
Date de naissance	indispensable
Numéro du dossier	souhaitable
Symbole pour signaler les homonymes	souhaitable
Informations administratives	
Adresse	indispensable
Téléphone	indispensable
Profession	indispensable
Numéro de Sécurité Sociale	souhaitable
Affection de longue durée (ALD)	souhaitable
Tuteur, curateur, tiers payeur	souhaitable
Mutuelle	souhaitable
Données d'alerte	
indispensable	
Rencontre	
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
Histoire médicale actualisée et facteurs de santé	
Antécédents personnels	indispensable
Antécédents familiaux	indispensable
Allergies et intolérances médicamenteuses	indispensable
Facteurs de risque	indispensable
Vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage	indispensable
Evénements biographiques significatifs	souhaitable

4 - Loi n° 303-2002 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner et son décret d'application n° 2002-637 du 29 avril 2002 ⁹.

L'article L.1111-7 du CSP ⁴, issu de l'article 11 de cette loi, sous-entend des éléments obligatoires du contenu du dossier médical en donnant des éléments auxquels le patient doit pouvoir avoir accès :

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

Cet article est modifié par l'article 6 de la loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 ¹⁰, relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé :

*« Le premier alinéa de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :
1° Après le mot : « détenues », sont insérés les mots : « , à quelque titre que ce soit, » ;
2° Les mots : « et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, » sont supprimés. »*

L'article R.1112-2 du CSP ⁴, ancien article R.710-2-2 du CSP, issu de l'article 9 du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 ⁵, relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, donne le contenu minimum du dossier médical précisément :

« 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 :

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. 1111-4 ;*
- 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 réglementaire ;*
- 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. 666-12-24 ;*
- 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.*

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° 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°.* »

Cet article est modifié par l'article 2 du décret n° 2006-119 du 6 février 2006 ⁵ :

« 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. »

L'article R.1112-3 du CSP ⁴, ancien article 710-2-3, précise que :

administrativement :

« Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 et celle de la personne à prévenir. »

et sur le plan médical :

« 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. »

5 - Travaux de l'ANAES en 2003

En 2003, l'ANAES rédige des recommandations s'ajoutant au texte légal issu de la Loi du 4 mars 2002 pour le dossier médical hospitalier. L'objectif de ce travail est d'accompagner les établissements qui désirent évaluer et améliorer la qualité de la tenue du dossier de leurs patients et de structurer la démarche commune.

Ces recommandations séparent la partie administrative et médicale du dossier.

5.1 - Partie administrative

5.1.1 Légale

Cf. l'article R. 1112-3 du CSP

Le dossier doit aussi comporter les autorisations suivantes si nécessaire :

- Autorisation d'opérer un patient mineur (arrêté interministériel du 11 mars 1968 et décret du 14 janvier 1974)
- Refus d'autoriser une autopsie ou un prélèvement d'organes sur une personne décédée (article R. 671-7-6 du CSP)
- Décharge pour sortie contre avis médical
- Constat de fugue

Le décret n° 2002-780 du 3 mai 2002 ⁵, dans l'article 7, précise les documents médico-administratifs obligatoires :

« Le gestionnaire s'engage à tenir les documents suivants, dans le respect des règles du secret professionnel, à la disposition des personnels habilités à procéder à des contrôles, notamment en application des dispositions de l'article R. 162-32-2 code de la sécurité sociale

I. - Une fiche administrative d'admission comportant, pour chaque malade hospitalisé, le nom et l'adresse du malade, son numéro d'immatriculation, sa caisse d'affiliation, la date et l'heure de son entrée. La fiche du malade comporte également mention de la discipline d'admission ainsi que, le cas échéant, des transferts qui ont pu intervenir au cours du séjour entre les différentes disciplines de l'établissement, ou de façon définitive ou provisoire vers d'autres établissements. La date et l'heure de la sortie du malade sont mentionnées, accompagnées de la fiche d'aptitude de retour au domicile pour les patients traités en structure alternative. »

5.1.2 Recommandée par l'ANAES

Le dossier peut contenir :

- la profession du patient
- l'employeur du patient
- les coordonnées du médecin traitant

5.2 - Partie médicale

5.2.1 Constitution et tenue du dossier

5.2.1.1 Légale

Cf l'article 9 du décret n° 2002-637.

Cf l'article R.1112-3 du CSP.

5.2.1.2 Recommandations de l'ANAES

Le dossier peut contenir :

- la trace d'un contact avec le psychologue ou le travailleur social mentionné
- le rapport d'un psychologue ou d'un travailleur social s'il est un professionnel au sein d'une équipe dirigée par un médecin et si son rapport est joint au dossier du patient.

Un document unique peut réunir les prescriptions, la planification et les dispensations médicamenteuses ou d'examens complémentaires.

Tous les écrits doivent être horodatés.

Les écrits doivent être indélébiles.

5.2.2 Contenu du dossier

5.2.2.1 Légal

Cf l'article 9 du décret n°2002-637 suscité.

Cette énumération n'est pas exhaustive, il faut y ajouter :

- La copie des certificats médicaux
- Les procès-verbaux d'autopsie (arrêté interministériel du 11 mars 1968)
- Les documents permettant la traçabilité des actions et de l'information du patient
- Les vigilances :

* hémovigilance : information pré et post-transfusionnelle du patient et du médecin traitant, dossier transfusionnel (circulaire DGS/DH/AFS n° 92 du 12 décembre 1994, circulaire n° 98-231 du 9 avril 1998 et décret n° 99-150 du 4 mars 1999),

* biovigilance : suivi et traçabilité de produits du corps humain (arrêtés des 9 octobre 1995 et 1^{er} avril 1997), consentement écrit du patient en matière de recherche biomédicale (articles L. 1122-1, L. 1122-2 et L. 1122-4 du CSP), consentement écrit du patient en matière d'assistance médicale à la procréation (articles L. 2141-1 et suivants du CSP),

* nosocomiovigilance : désinfection des endoscopes (circulaire DGS/DH n° 236 du 2 avril 1996), utilisation du matériel médico-chirurgical et affections transmissibles non conventionnelles (circulaire DGS/DHOS n° 2001-138 du 14 mars 2001), infections nosocomiales (circulaire DGS/DHOS n° 645 du 29 décembre 2000),

* pharmacovigilance : stupéfiants (arrêté du 31 mars 1999), médicaments dérivés du sang (articles R. 5144-23 à R. 5144-39 du décret 95-566 du 6 mai 1995), effets indésirables (décret du 4 mars 1999), recommandations concernant les pharmacies à usage interne (décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000).

5.2.2.2 Recommandations de l'ANAES

Au dossier médical doivent être joints :

- Une fiche spécifique comportant le recueil des choix du patient relatifs à la transmission des informations de santé et à l'accès aux informations de santé le concernant :

« Les données de cette fiche doivent être vérifiées et actualisées lors de chaque contact. Elles comprennent :

- la demande ou le refus de la personne d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé (médecin traitant par exemple) ou à des proches ;*
- le refus éventuel que des proches soient informés ;*
- l'identification de la personne de confiance ;*
- le refus de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès ;*
- le refus de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale¹. »*

- Un bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier (si le dossier est informatisé)

- Un formulaire d'échange de données avec les plateaux médico-techniques

- Les examens biologiques validés par le laboratoire (au mieux fiche de synthèse des résultats de l'hospitalisation)

- Une liste, signée par le patient, des examens radiologiques qui lui sont remis

- Une copie du certificat médical de décès

Le mode d'entrée, les thérapeutiques en cours, les circonstances et causes du décès doivent être précisés.

L'observation et les examens d'imagerie doivent être horodatés.

L'observation d'entrée, prise par un interne, doit être validée par un médecin senior.

MATERIEL ET METHODES

Le travail qui suit est une étude descriptive rétrospective, des dossiers de 94 patients, concernant l'exhaustivité du remplissage des dossiers médicaux papiers des consultations externes dans le service d'accueil des urgences du CHD de La Roche sur Yon en 2006.

1 – La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été centrée sur les mots-clefs suivants : dossier médical, contenu, législation.

Les moteurs et systèmes de recherche utilisés ont été :

<http://www.legifrance.fr/>

<http://www.has-sante.fr/>

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dos_pat_version_integrale.pdf

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>

<http://www.conseil-national.medecin.fr/>

<http://www.web.ordre.medecin.fr/colloque/medec2002.pdf>

La littérature dite « grise » a été apportée par le concours de Melle DAFFARA (bibliothécaire-documentaliste du CHD)

2 – Lieu de l'étude

Sur l'année 2006, l'accueil des urgences du CHD a compté 31 452 admissions (moyenne annuelle sur les 3 dernières années : environ 30 000) dont 21 514 consultations externes.

Le service d'accueil des urgences est constitué d'un secteur de médecine ou de chirurgie générale comprenant 4 salles de soins et 3 salles de déchoquage et d'un secteur de traumatologie comprenant 4 salles de soins. L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) est constituée de 10 lits. Il existe une zone dite « d'attente », susceptible d'accueillir 10 patients ayant été examinés, stables, et en attente d'examens complémentaires ou de transfert vers les autres services. Sont situées à part : les zones d'accueil des urgences pédiatriques médicales (les urgences traumatologiques, chirurgicales et vitales étant prises en charge au niveau de l'accueil des urgences adultes) et des urgences gynéco-obstétricales.

Deux médecins seniors (dont un médecin assurant le rôle de Médecin d'Accueil et d'Orientation ou médecin référent) sont présents sur l'accueil des urgences de 8h30 à 23h30. Un troisième médecin assure la visite à l'UHCD. La garde de nuit (23h30-8h30) est assurée en totalité par un seul médecin les 6 jours de la semaine autres que le samedi. Le samedi, la garde est assurée par 2 médecins seniors sur les 24h. Deux internes sont présents 24h sur 24. Le secrétariat de l'accueil est assuré jusqu'à 21h.

3 - Méthode de sélection

Nous avons sélectionné, avec l'aide du Docteur BERCELLI du SIM (Service d'Information Médicale) du CHD, un échantillon de 100 patients, tirés au sort dans l'ensemble de la population des patients se présentant aux consultations externes des urgences de la Roche sur Yon, au cours de l'année 2006.

Pour déterminer la taille de cet échantillon, nous avons privilégié la méthode habituellement utilisée sur le CHD pour les études de qualité de la tenue du dossier médical. Nous l'avons appliqué à l'étude de la tenue du dossier médical pour l'accueil des urgences. Cette méthode est celle préconisée dans le programme qualité COMPAQH (COordination

pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière), INSERM⁸ (2005), concernant les études de conformité de la tenue et du contenu des dossiers médicaux. Cette méthode est appliquée sur l'ensemble du CHD tous les ans par le SIM. Elle permet d'identifier les écarts par rapports aux bonnes pratiques ou aux recommandations, et elle présente l'avantage d'être reproductible.

Seules les consultations externes ont été retenues. En effet, l'activité majoritaire du service d'accueil des urgences est constituée de consultations externes. De plus, les dossiers d'hospitalisation voient se redistribuer, dans chacun de leur compartiment, les éléments du dossier de consultation aux urgences et il n'est donc pas possible de reconstituer le dossier du passage aux urgences.

Les critères d'inclusion étaient les dossiers de consultation externe, de médecine ou de chirurgie générale d'une part et les dossiers de traumatologie d'autre part, établis entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les dossiers non retrouvés.
- Les dossiers d'hospitalisation mal répertoriés.

4 - Méthode d'observation

Ce travail a consisté en une enquête descriptive rétrospective. Nous avons appliqué la grille de recueil, constituée d'après les données, au dossier papier vierge du service d'accueil des urgences. Nous l'avons ensuite appliquée aux dossiers remplis de l'échantillon sélectionné.

5 - Méthode d'évaluation

Nous avons retenu, pour notre grille de recueil, les éléments du Code de Santé Publique et les recommandations de l'ANAES concernant le contenu des dossiers médicaux, applicables aux dossiers des consultations externes des urgences. Nous avons ensuite comparé ces critères aux données possibles à renseigner sur les dossiers vierges. Enfin, nous avons comparé ces données aux données renseignées sur les dossier médicaux de l'échantillon sélectionné.

Les éléments de contenu du dossier médical retenus pour notre grille de recueil étaient :

- pour le contenu administratif légal :
 - nom et prénom du patient
 - adresse du patient
 - numéro IST d'identification
 - caisse d'affiliation
 - date et heure d'entrée
 - discipline d'admission
 - s'agit-il d'un transfert
 - date et heure de sortie
 - fiche d'aptitude au retour à domicile
 - personne de confiance
 - personne à prévenir
 - autorisation d'opérer les mineurs
 - refus d'autopsie
 - certificat de sortie contre avis médical
 - constat de fugue

- pour le contenu administratif recommandé :
 - profession du patient
 - coordonnées de l'employeur
 - coordonnées du médecin traitant

- pour le contenu médical légal :
 - lettre du médecin adresseur
 - motif d'hospitalisation
 - étiquette sur chaque pièce du dossier
 - identification du professionnel de santé recueillant les informations
 - antécédents et facteurs de risque du patient
 - conclusion de l'évaluation clinique initiale
 - type de prise en charge prévue
 - prescriptions lors du passage aux urgences (horodatage, nom et signature lisible du médecin prescripteur, exécution de la prescription)
 - soins dispensés aux urgences
 - prescription d'examens complémentaire
 - soins par un autre professionnel de santé
 - compte-rendu de la consultation
 - prescriptions de sortie
 - copie des certificats médicaux
 - dossier d'anesthésie
 - compte-rendu opératoire
 - actes transfusionnels
 - documents de vigilance
 - consentement du patient

- pour le contenu médical recommandé :
 - mode d'entrée
 - traitement en cours
 - horodatage de l'observation
 - validation de l'observation médicale d'entrée par un senior quand elle est prise par un interne
 - intervention du travailleur social
 - fonction des différents intervenants
 - résultats de laboratoires validés par le biologiste
 - horodatage de l'imagerie
 - compte-rendu d'imagerie
 - fiche spécifique de choix de transmission de l'information

- bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier
- observations recueillies auprès de tiers notées à part
- formulaire d'échange de données avec les plateaux médico-techniques
- circonstances et causes du décès
- copie du certificat médical de décès

Les données suivantes n'ont pas été retenues pour notre études car elles n'étaient pas applicables au contexte de consultation externe ou de l'urgence :

- procès-verbaux d'autopsie
- prise en charge en cours d'hospitalisation
- information sur la démarche médicale
- fiche de liaison IDE en cas de transfert
- modalités (lieu) de sortie
- correspondance entre les professionnels de santé
- directives anticipées
- dossier de soin IDE

6 – Exploitation des données

Avec l'aide du Dr BERCELLI (SIM), nous avons réalisé une exploitation des données, un croisement de certaines données et une analyse statistique de certains critères.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du test du Khi 2, en utilisant un Khi 2 corrigé (correction de Yates) ou un test exact de Fischer, lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5. Les tests statistiques viennent en appui à l'analyse pour confirmer la réalité des différences constatées au sein de l'échantillon.

RESULTATS

1 - Données générales

Sur 100 dossiers tirés au sort, la grille de recueil a été appliquée à 94 dossiers.

6 dossiers ont été exclus :

- 1 dossier était répertorié en consultation externe et était en fait un dossier d'hospitalisation.
- 1 dossier n'a pas fait l'objet d'un remplissage par un médecin, le patient ayant choisi, après avoir fait l'objet d'une entrée administrative et après 10 minutes d'attente, de se diriger vers un autre centre hospitalier.
- 4 dossiers n'ont pu être retrouvés, ni au secrétariat des urgences, ni dans les dossiers d'hospitalisation des patients, ni aux archives.

2 - Résultats concernant le dossier vierge

Nous avons comparé les données requises par le Code de Santé Publique et l'ANAES aux données présentes dans les dossiers médicaux papiers proposés actuellement aux urgences du CHD de la Roche sur Yon.

Dans les tableaux suivants :

- « PRESENT » signifie que le critère étudié est possible à renseigner dans le dossier.
- « NON PRESENT » signifie que le critère étudié n'est pas prévu pour être renseigné dans le dossier.
- « NON PRESENT initialement » signifie que le critère étudié fait partie des éléments possible à ajouter, si nécessaire, à un dossier rempli et qu'en conséquence on ne peut le trouver dans un dossier vierge.

Résultats concernant le contenu administratif légal

PRESENT	NON PRESENT
Numéro d'identification	Caisse d'affiliation
Nom et prénom	Fiche d'aptitude au RAD
Adresse	Personne de confiance
Date et heure d'entrée	Refus d'autopsie
Discipline d'admission	Constats de fugue
S'agit-il d'un transfert ?	
Date et heure de sortie	
Personne à prévenir	
Autorisation d'opérer les mineurs	
Décharge pour sortie contre avis médical	

Le dossier papier des urgences ne propose pas de renseigner la caisse d'affiliation du patient, la fiche d'aptitude au retour à domicile (pour les patients traités en structure alternative), la personne de confiance, et ne contient pas de formulaire de refus d'autopsie et de constat de fugue.

Résultats concernant le contenu administratif recommandé

PRESENT	NON PRESENT
Nom et coordonnées du médecin traitant	Profession
	Employeur

Le dossier papier des urgences ne propose pas de renseigner la profession et l'employeur du patient.

Le contenu médical recommandé

PRESENT	NON PRESENT initialement
Mode d'entrée	Résultats des examens de laboratoire validés par le biologiste
Traitement en cours	Compte-rendu d'imagerie
Horodatage de l'observation	Copie du certificat de décès
Validation de l'observation d'entrée par un senior	Intervention du travailleur social
Fonction des différents intervenants	Circonstances et causes du décès
Horodatage des examens d'imagerie	

Le dossier papier des urgences ne comporte pas de plage de remplissage spécifique pour renseigner l'intervention ou non d'un travailleur social et les circonstances et causes du décès s'il a lieu.

Les résultats d'examens biologiques validés par le laboratoire, les comptes-rendus d'imagerie et la copie du certificat de décès, s'ils ont lieu, peuvent être ajoutés au dossier.

Le contenu médical légal

PRESENTS	NON PRESENT initialement
Motif d'hospitalisation	Lettre du médecin adresseur
Identification du professionnel de santé recueillant les informations	Étiquettes sur tous les éléments du dossier
Antécédents	Double des ordonnances de sortie
Conclusion de l'évaluation clinique initiale	Copie des certificats médicaux
Prescription lors du passage aux urgences	Compte-rendu opératoire
Horodatage de la prescription	Actes transfusionnels
Présence du nom du prescripteur	Documents de vigilance
Signature du prescripteur	Type de prise en charge proposée
Compte-rendu de la consultation	Soins par un autre professionnel de santé
Dossier d'anesthésie	

Le dossier papier des urgences ne propose pas de plage de remplissage spécifique pour renseigner le type de prise en charge proposée et la réalisation de soins (et avis spécialisés) par d'autres professionnels de santé.

La lettre du médecin adresseur, les étiquettes d'identification, les doubles des ordonnances de sortie, la copie des certificats médicaux (descriptifs des lésions, arrêt et accident de travail), le compte-rendu opératoire, le dossier transfusionnel et les documents de vigilance (thérapeutiques spécifiques) peuvent être ajoutés au dossier.

3 - Résultats des 94 dossiers - Exploitation de la grille de recueil

3.1 – Caractéristiques des dossiers

94 questionnaires ont été traités.

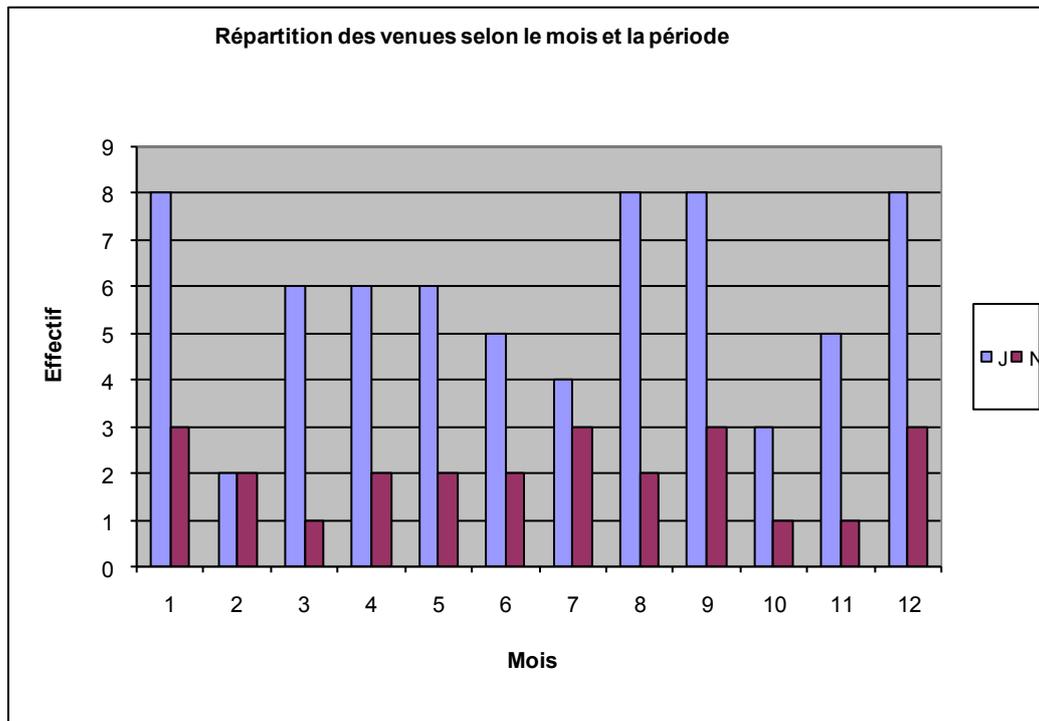
L'âge moyen est de 33,4 ans +/- 23,9.

Le sex ratio (Nombre d'hommes/Nombre de femmes) est de 1.41

La durée de présence est de 118,7 mn +/- 99,2 (sur 94 questionnaires : 1 non renseigné).

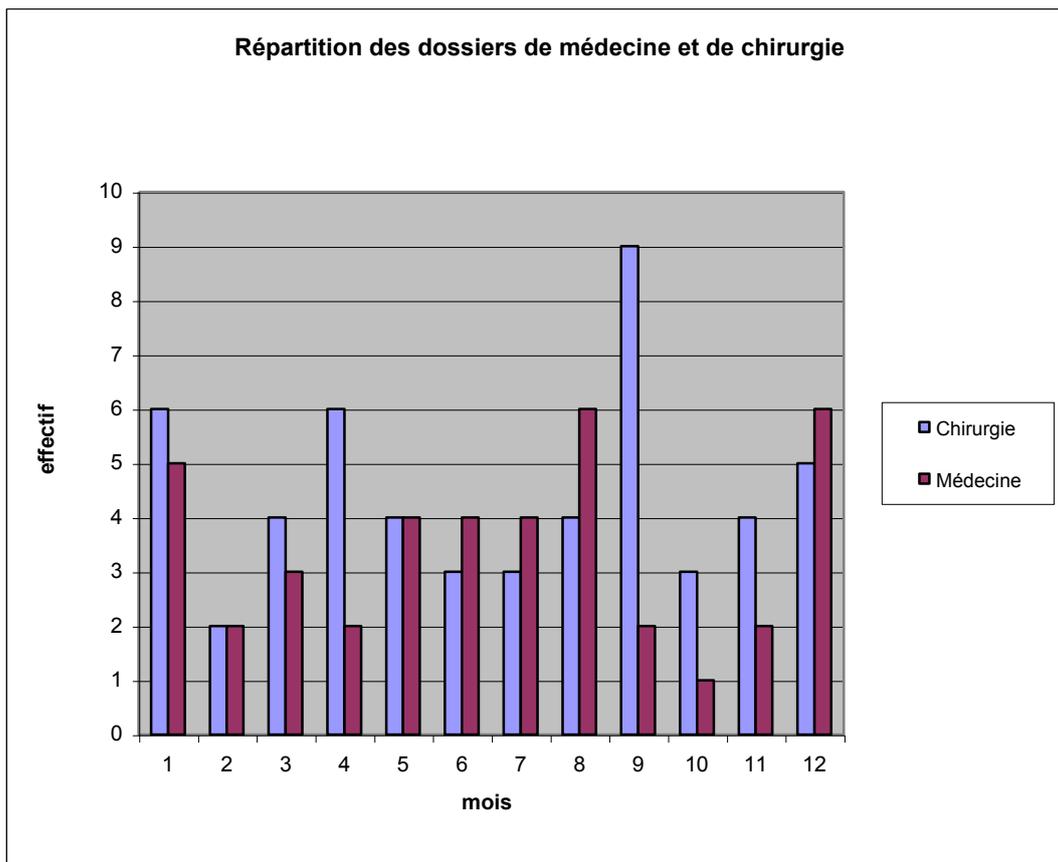
Le temps moyen de présence le jour est de 126.5 minutes.

Le temps moyen de présence la nuit est de 98.6 minutes.



69 (73%) patients ont consulté le jour (8h-20h) dont 27 en médecine et 42 en traumatologie.

25 (27%) patients ont consulté la nuit (20h-8h) dont 14 en médecine et 11 en traumatologie.



53 (56%) dossiers sont des consultations de traumatologie (chirurgie)

41 (44%) dossiers sont des dossiers de médecine

3.2 – Qualité de la tenue des données administratives

Dans ce tableau et les suivants :

- « PRESENT » signifie : donnée devant être renseignée et présente dans le dossier.
- « NON PRESENT » signifie : donnée devant être renseignée mais ne l'étant pas.
- « NON ADAPTE » signifie : donnée n'ayant pas lieu d'être dans le dossier.

Les pourcentages calculés dans les tableaux ne prennent pas en compte les dossiers pour lesquelles la donnée recherchée n'était pas adaptée. Ils relatent donc le pourcentage de dossiers concernés par le remplissage de la rubrique.

	PRESENT	NON PRESENT	NON ADAPTE
<i>Contenu légal</i>			
Nom et Prénom	94 (100%)	0	0
Adresse	92 (98%)	2 (2%)	0
Numéro d'identification	36 (38%)	58 (62%)	0
Date d'entrée	94 (100%)	0	0
Heure d'entrée	93 (99.9%)	1 (0.1%)	0
Discipline d'admission	40 (43%)	54 (57%)	0
Notion de transfert	0	1 (100%)	93
Date de sortie	80 (85%)	14 (15%)	0
Heure de sortie	74 (79%)	20 (21%)	0
Personne à prévenir	34 (36%)	60 (64%)	0
Autorisation d'opérer les patients mineurs	0	0	94
Décharge pour sortie contre avis médical	0	0	94
Constat de fugue	0	1 (100%)	93
<i>Contenu recommandé</i>			
Profession du patient	7 (11%)	58 (89%)	29
Employeur	0	65 (100%)	29
Nom et coordonnées du médecin traitant	75 (80%)	19 (20%)	0

En ce qui concerne le contenu administratif légal du dossier médical, les noms et prénoms et la date d'entrée sont renseignés dans les 94 dossiers. La notion de transfert et le constat de fugue ne sont pas renseignés dans les seuls dossiers concernés. L'adresse n'est pas renseignée dans 2 dossiers, le numéro d'identification du patient dans 58 dossiers, l'heure d'entrée dans 1 seul dossier, la discipline d'admission dans 54 dossiers, la date de sortie dans 14 dossiers, l'heure de sortie dans 20 dossiers, la personne à prévenir dans 60 dossiers.

En ce qui concerne le contenu administratif recommandé du dossier médical, la profession du patient est renseignée dans 7/65 dossiers concernés, l'employeur dans aucun dossier, les coordonnées du médecin traitant dans 75 dossiers.

3.3 – Contenu médical recommandé

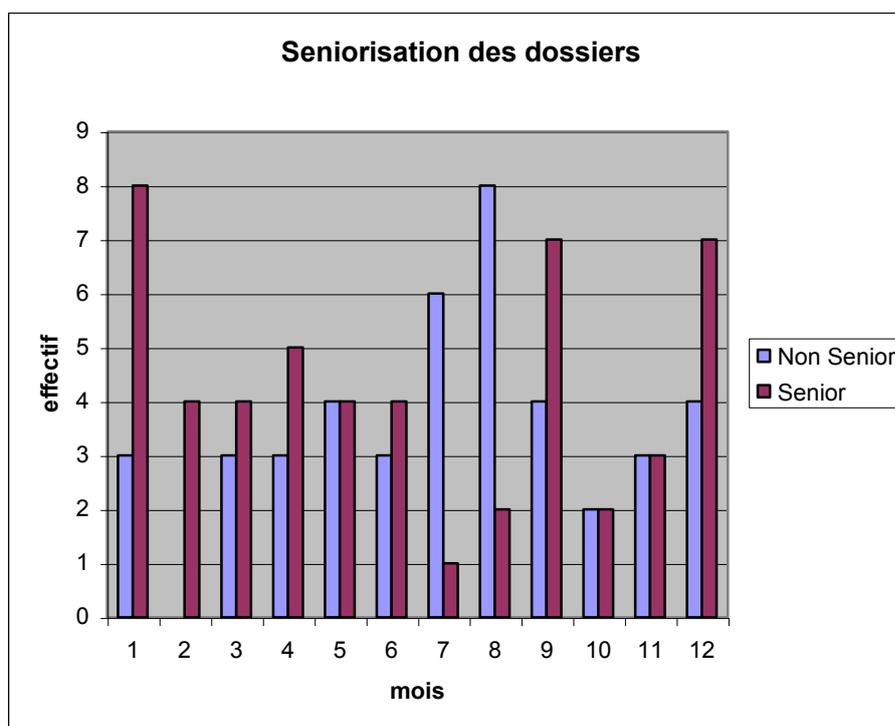
	PRESENT	NON PRESENT	NON ADAPTE
Mode d'entrée	93 (99.9%)	1 (0.1%)	0
Traitement en cours	60 (64%)	34 (36%)	0
Horodatage de l'observation	28 (30%)	66 (70%)	0
Validation par un senior de l'observation médicale initiale	84 (89%) (51 (54%) remplis par le senior)	10 (11%)	0
Intervention d'un travailleur social	0	0	94
Mention de la fonction des différents intervenants	82 (87%)	12 (13%)	0
Présence des résultats d'examens de laboratoire validés par le Biologiste	18 (86%)	3 (14%)	73
Horodatage des examens d'imagerie	8 (23%)	27 (77%)	59
Présence du compte-rendu d'examen d'imagerie	1 (100%)	0	93

En ce qui concerne le contenu médical recommandé du dossier, le mode d'entrée n'est pas renseigné dans 1 seul dossier et le traitement en cours dans 34 dossiers.

L'observation n'est pas horodatée dans 66 dossiers, la fonction des différents intervenants n'est pas mentionnée dans 12 dossiers, les prescriptions des examens d'imagerie ne sont pas horodatées dans 27/35 dossiers concernés.

Les résultats d'examens biologiques validés par le laboratoire sont absents dans 3/21 dossiers concernés, les résultats des examens d'imagerie sont présents dans le seul dossier concerné.

51 dossiers sont remplis par des seniors et 43 dossiers par les internes dont seulement 33 dossiers présentant une validation écrite par un senior.



3.4 – Contenu médical légal

	PRESENT	NON PRESENT	NON ADAPTE
<i>CONTENU NON GERE PAR LE MEDECIN</i>			
Lettre du médecin adresseur	12 (55%)	10 (45%)	72
Motif d'hospitalisation	82 (87%)	12 (13%)	0
Etiquette sur chaque pièce du dossier	94 (100%)	0	0
Identification du professionnel recueillant l'information	81 (86%)	13 (14%)	0
Double des ordonnances de sortie	53 (83%)	11 (17%)	30
Double des certificats médicaux	22 (85%)	4 (15%)	68
Dossier d'anesthésie	1 (100%)	0	93
Compte-rendu opératoire	0	0	94
Dossier transfusionnel	0	0	94
Documents de traçabilité (vigilances)	2 (100%)	0	92
Mention de l'exécution d'une prescription	16 (84%)	3 (16%)	75
Mention de soins (ou avis) dispensés par d'autres professionnels de santé	17 (94%)	1 (6%)	76
<i>OBSERVATION ET PRESCRIPTIONS DU MEDECIN</i>			
Antécédents et facteurs de risque	66 (70%)	28 (30%)	0
Conclusion de l'évaluation clinique initiale	41 (44%)	53 (56%)	0
Conduite à tenir	65 (69%)	29 (31%)	0
Compte-rendu ou lettre de sortie	34 (36%)	60 (64%)	0
Existence d'une prescription	19 (95%)	1 (5%)	74
Datation de la prescription	6 (32%)	13 (68%)	75
Horaire de la prescription	8 (42%)	11 (58%)	75
Présence du nom du prescripteur	7 (37%)	12 (63%)	75
Signature du prescripteur	6 (32%)	13 (68%)	75
Mention des soins dispensés aux Urgences	36 (72%)	14 (38%)	44
Mention prescriptions d'examens de biologie	17 (81%)	4 (19%)	73

En ce qui concerne le contenu médical légal du dossier, le motif d'hospitalisation n'est pas renseigné dans 12 dossiers, l'identification du soignant recueillant les données dans 13 dossiers, les antécédents et facteurs de risques dans 28 dossiers, les conclusions de l'évaluation clinique initiale dans 53 dossiers, la conduite à tenir dans 29 dossiers, les soins dispensés aux urgences dans 14/50 dossiers concernés, la prescription des examens de biologie dans 4/21 dossiers concernés, la mention de soins (ou avis) dispensés par d'autres professionnels de santé dans 1/18 dossiers concernés.

Le lettre du médecin adresseur n'est pas présente dans 10/12 dossiers concernés (lettres non rédigées par le médecin adresseur... communication par téléphone ou par le patient), le compte-rendu (ou lettre) de sortie n'est pas présent dans 60 dossiers, le double des ordonnances de sortie ne sont pas présents dans 11/64 dossiers concernés, le double des certificats médicaux n'est pas présent dans 4/26 dossiers concernés, le dossier d'anesthésie est présent dans le seul dossier concerné, les documents de traçabilité de thérapeutiques spécifiques sont présents dans les 2 dossiers concernés.

Les étiquettes d'identification du patient sont présentes sur toutes les pièces du dossier dans les 94 dossiers.

20 dossiers comportent une prescription médicamenteuse. La prescription n'est pas rédigée dans 1 dossier. La date est précisée dans 6 dossiers, l'heure dans 8 dossiers. Le nom du prescripteur n'est pas lisible dans 12 dossiers. La signature du prescripteur n'est pas présente dans 13 dossiers. L'exécution de la prescription n'est pas signalée dans 3 dossiers.

NB : Pour le dossier comportant un dossier d'anesthésie, il n'y a pas eu de passage en salle de bloc opératoire et l'anesthésie n'est pas codée (seul l'acte interventionnel a eu lieu sous anesthésie locale) ; il n'y a donc pas de compte-rendu opératoire.

3.5 – Résultats en fonction de la période (jour ou nuit) de consultation (les nombres du tableau définissent le nombre de dossiers correctement remplis pour chaque rubrique)

Nous avons recensé 69 dossiers remplis le jour et 25 la nuit.

3.5.1 – Données administratives

	JOUR (n=69)	NUIT (n=25)	NON ADAPTE
Contenu légal			
Nom et Prénom	69 (100%)	25 (100%)	0
Adresse	69 (100%)	23 (92%)	0
Numéro d'identification	28 (41%)	8 (32%)	0
Date d'entrée	69 (100%)	25 (100%)	0
Heure d'entrée			
Discipline d'admission	35 (51%)	5 (20%)	0
Notion de transfert	0	0/1	93
Date de sortie	60 (87%)	20 (80%)	0
Heure de sortie	58 (84%)	16 (64%)	0
Personne à prévenir	27 (39%)	7 (28%)	0
Autorisation d'opérer les patients mineurs	0	0	94
Décharge pour sortie contre avis médical	0	0	94
Constat de fugue	0	0/1	93
Contenu recommandé			
Profession du patient			
Employeur			
Nom et coordonnées du médecin traitant	59 (86%)	16 (64%)	0

En ce qui concerne le contenu légal, les noms et prénoms des patients, la date de leur entrée sont renseignés dans tous les dossiers. La discipline d'admission ($p=0.007$ significatif), l'heure de sortie ($p=0.03$ significatif) sont mieux remplies le jour. Les 2 adresses manquantes,

le dossier dans lequel la notion de transfert n'est pas précisée, le dossier dans lequel il manque le constat de fugue sont des dossiers de nuit.

En ce qui concerne le contenu recommandé, les coordonnées du médecin traitant sont mieux renseignées le jour (p=0.02 significatif).

3.5.2 – Contenu médical recommandé

	JOUR (n=69)	NUIT (n=25)	NON ADAPTE
Mode d'entrée	68 (98.5%)	25 (100%)	0
Traitement en cours	43 (62%)	17 (68%)	0
Horodatage de l'observation	21 (30%)	7 (28%)	0
Validation par un senior de l'observation médicale initiale	24 (35%) (+ 39 (56%) remplis par le senior)	9 (36%) (+ 12 (48%) remplis par le senior)	0
Intervention d'un travailleur social	0	0	94
Mention de la fonction des différents intervenants	62 (90%)	20 (80%)	0
Présence des résultats d'examens de laboratoire validés par le Biologiste	13/15 (87%)	5/6 (83%)	73
Horodatage des examens d'imagerie	7/31 (23%)	1/4 (25%)	59
Présence du compte-rendu d'examen d'imagerie		1 (100%)	93

Aucune donnée n'est renseignée dans tous les dossiers.

48% des observations sont rédigées par les seniors la nuit contre 56% le jour.

Les observations sont validées selon le même pourcentage, environ, la nuit et le jour.

3.5.3 – Contenu médical légal

	JOUR (n=69)	NUIT (n=25)	NON ADAPTE
CONTENU NON GERE PAR LE MEDECIN			
Lettre du médecin adresseur	10/20 (50%)	2/2 (100%)	72
Motif d'hospitalisation	64 (93%)	18 (72%)	0
Etiquette sur chaque pièce du dossier	69 (100%)	25 (100%)	0
Identification du professionnel recueillant l'information	61 (88%)	20 (80%)	0
Mention de soins (ou avis) dispensés par d'autres professionnels de santé	11/12 (94%)	6/6 (100%)	76
Double des ordonnances de sortie	42/51 (82%)	11/13 (85%)	30
Double des certificats médicaux	15/16 (94%)	7/10 (70%)	68
Dossier d'anesthésie	1 (100%)	0	93
Compte-rendu opératoire	0	0	94
Dossier transfusionnel	0	0	94
Documents de traçabilité (vigilances)	1 (100%)	1 (100%)	92
OBSERVATION ET PRESCRIPTIONS DU MEDECIN			
Antécédents et facteurs de risque	48 (70%)	18 (72%)	0
Conclusion de l'évaluation clinique initiale	29 (42%)	12 (48%)	0
Conduite à tenir	49 (71%)	16 (64%)	0
Compte-rendu ou lettre de sortie	27 (39%)	7 (28%)	0
Existence d'une prescription	15/15 (100%)	4/5 (80%)	74
Datation de la prescription	5/15 (33%)	1/4 (25%)	75
Horaire de la prescription	7/15 (47%)	1/4 (25%)	75
Présence du nom du prescripteur	5/15 (33%)	2/4 (50%)	75
Signature du prescripteur	5/15 (33%)	1/4 (25%)	75
Mention de l'exécution de la prescription	13/15 (87%)	3/4 (75%)	75
Mention des soins dispensés aux Urgences	28/40 (70%)	8/10 (80%)	44
Mention prescriptions d'examens de biologie	13/15 (87%)	4/6 (67%)	73

Seul le fait d'identifier chaque pièce du dossier est réalisé pour tous les dossiers.

Les pourcentages concernant les prescriptions sont peu élevés, plus de 50% des dossiers comportent des prescriptions pour lesquels il n'y a pas de date, d'heure de nom lisible ou de signature du prescripteur.

3.6 – Résultats en fonction de la discipline (médecine ou traumatologie) de consultation (les nombres du tableau définissent le nombre de dossiers correctement remplis pour chaque rubrique).

Nous avons recensé 41 dossiers de médecine et 53 dossiers de traumatologie.

3.6.1 – Données administratives

	MEDECINE (n=41)	TRAUMATOLOGIE (n=53)	NON ADAPTE
<i>Contenu légal</i>			
Nom et Prénom	41 (100%)	53 (100%)	0
Adresse	40 (98%)	52 (98%)	0
Numéro d'identification	24 (59%)	12 (23%)	0
Date d'entrée	41 (100%)	53 (100%)	0
Heure d'entrée	41 (100%)	52 (98%)	0
Discipline d'admission	15 (37%)	25 (47%)	0
Notion de transfert	0/1	0	93
Date de sortie	36 (88%)	44 (83%)	0
Heure de sortie	32 (78%)	42 (79%)	0
Personne à prévenir	8 (20%)	26 (49%)	0
Autorisation d'opérer les patients mineurs	0	0	94
Décharge pour sortie contre avis médical	0	0	94
Constat de fugue	0	0/1	93
<i>Contenu recommandé</i>			
Profession du patient	5/34 (15%)	2/31 (1%)	29
Employeur	0	0	29
Nom et coordonnées du médecin traitant	33 (80%)	42 (79%)	0

Les noms et prénoms des patients sont renseignés dans tous les dossiers de médecine et de traumatologie. Les dates et heures d'entrée et sortie sont renseignées dans quasiment tous les dossiers.

L'adresse est absente dans 1 dossier de médecine et dans 1 dossier de traumatologie.

La personne à prévenir est renseignée dans plus de dossiers de traumatologie que de médecine (20% des dossiers de médecine et 49% des dossiers de traumatologie ; $p=0.003$ significatif).

Le constat de fugue concernant seulement un dossier de traumatologie est absent.

Les coordonnées du médecin traitant sont renseignées dans 80% des dossiers toutes discipline confondues.

3.6.2 – Contenu médical recommandé

	MEDECINE (n=41)	TRAUMATOLOGIE (n=53)	NON ADAPTE
Mode d'entrée	41 (100%)	52 (98%)	0
Traitement en cours	30 (73%)	30 (56%)	0
Horodatage de l'observation	15 (37%)	13 (25%)	0
Validation par un senior de l'observation médicale initiale	15 (37%) (+ 19 (46%) remplis par le senior)	18 (34%) (+ 32 (60%) remplis par le senior)	0
Intervention d'un travailleur social	0	0	94
Mention de la fonction des différents intervenants	38 (93%)	44 (83%)	0
Présence des résultats d'examens de laboratoire validés par le Biologiste	16/19 (84%)	2/2 (100%)	73
Horodatage des examens d'imagerie	4/24 (17%)	4/11 (36%)	59
Présence du compte-rendu d'examen d'imagerie	1/1 (100%)	0	93

Aucune donnée n'est renseignée dans tous les dossiers.

Le taux de validation des observations par les seniors est équivalent en fonction des dossiers de traumatologie ou de médecine.

46% des observations de médecine contre 60% des observations de traumatologie sont remplies par les seniors.

Les résultats de laboratoire validés par le biologiste sont quasiment joints à tous les dossiers. Un compte-rendu d'imagerie est présent dans le seul dossier concerné.

3.6.3 – Contenu médical légal

	MEDECINE (n=41)	TRAUMATOLOGIE (n=53)	NON ADAPTE
CONTENU NON GERE PAR LE MEDECIN			
Lettre du médecin adresseur	9/9 (100%)	3/13 (23%)	72
Motif d'hospitalisation	33 (80%)	49 (92%)	0
Etiquette sur chaque pièce du dossier	41 (100%)	53 (100%)	0
Identification du professionnel recueillant l'information	37 (90%)	44 (83%)	0
Mention de l'exécution de la prescription	10/13 (77%)	6/6 (100%)	75
Mention des soins dispensés aux Urgences	11/15 (73%)	25/35 (71%)	44
Mention prescriptions d'examens de biologie	16/19 (84%)	1/2 (50%)	73
Mention de soins (ou avis) dispensés par d'autres professionnels de santé	12/13 (92%)	5/5 (100%)	76
Double des ordonnances de sortie	21/23 (91%)	32/41 (78%)	30
Double des certificats médicaux	1/2 (50%)	21/24 (88%)	68
Dossier d'anesthésie	0	1/1	93
Compte-rendu opératoire	0	0	94
Dossier transfusionnel	0	0	94
Documents de traçabilité (vigilances)	2/2 (100%)	0	92
OBSERVATION ET PRESCRIPTIONS DU MEDECIN			
Antécédents et facteurs de risque	32 (78%)	34 (64%)	0
Conclusion de l'évaluation clinique initiale	22 (54%)	19 (36%)	0
Conduite à tenir	30 (73%)	35 (66%)	0
Compte-rendu ou lettre de sortie	17 (41%)	17 (32%)	0
Existence d'une prescription	13/13 (100%)	6/7 (86%)	74
Datation de la prescription	6/13 (46%)	0/6	75
Horaire de la prescription	8/13 (62%)	0/6	75
Présence du nom du prescripteur	6/13 (46%)	1/6 (17%)	75
Signature du prescripteur	6/13 (46%)	0/6	75

Seul l'étiquetage des pièces du dossier est réalisé pour chaque dossier.

Les prescriptions ne sont quasiment pas renseignées dans les dossiers de traumatologie et correctement renseignées dans moins de 50% des dossiers de médecine. Seul l'horodatage des prescriptions est significativement mieux réalisé en médecine (test exact de Fischer $p=0.017$).

Un compte-rendu est réalisé dans moins de 50% des dossiers de médecine ou de traumatologie.

Les documents de vigilance sont présents dans les 2 dossiers de médecine concernés.

3.7 – Résultats en fonction du professionnel (interne ou senior) remplissant les dossiers (les nombres du tableau définissent le nombre de dossiers correctement remplis pour chaque rubrique).

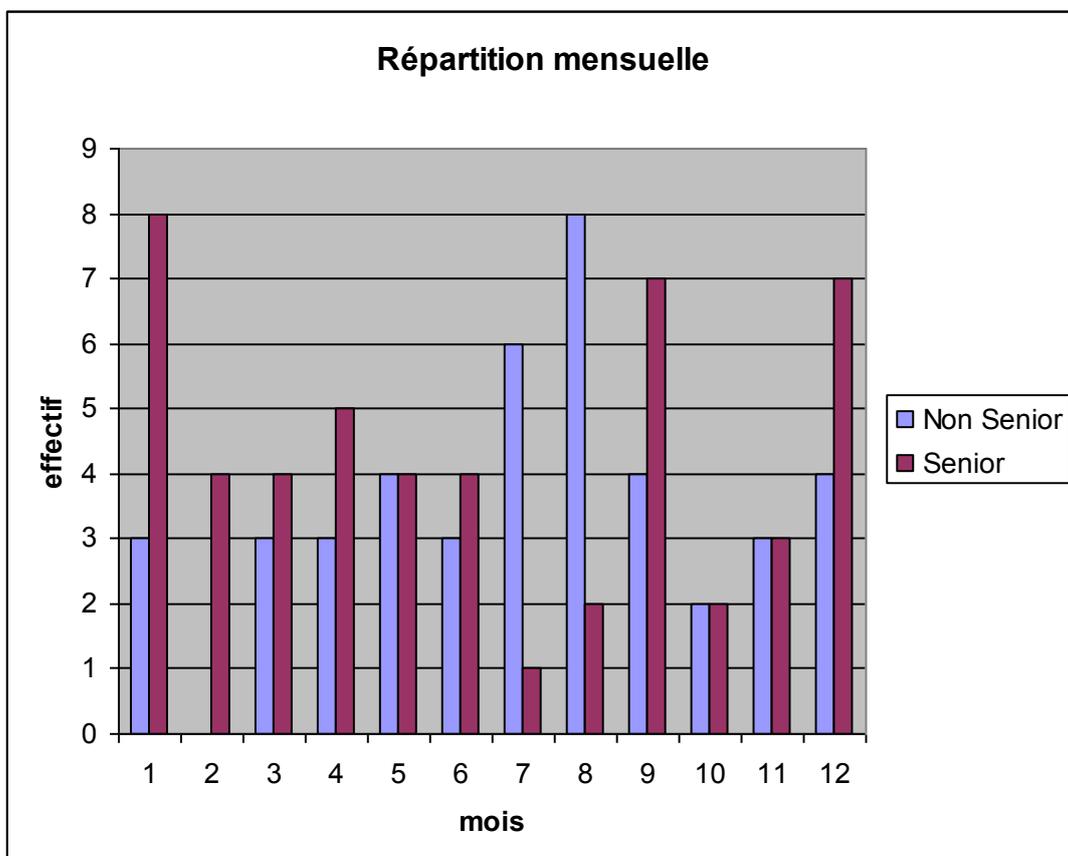
Nous avons recensé 51 dossiers remplis par les seniors et 43 dossiers remplis par les internes dont 33 validés par un senior et 10 non validés par un senior.

Sur les 51 dossiers remplis par les seniors :

- 39 (76%) sont des dossiers de jour et 12 (24%) des dossiers de nuit
- 19 (37%) sont des dossiers de médecine et 32 (63%) des dossiers de traumatologie

Sur les 43 dossiers remplis par les internes :

- 30 (70%) sont des dossiers de jour et 13 (30%) des dossiers de nuit
- 22 (51%) sont des dossiers de médecine et 21 (49%) des dossiers de traumatologie



3.7.1 – Données administratives

	SENIOR (n=51)	INTERNE (n=43)	NON ADAPTE
<i>Contenu légal</i>			
Nom et Prénom	51 (100%)	43 (100%)	0
Adresse	49 (96%)	43 (100%)	0
Numéro d'identification	17 (33%)	19 (44%)	0
Date d'entrée	51 (100%)	43 (100%)	0
Heure d'entrée	50 (98%)	43 (100%)	0
Discipline d'admission	20 (39%)	20 (46%)	0
Notion de transfert	0/1	0	93
Date de sortie	44 (86%)	36 (83%)	0
Heure de sortie	43 (84%)	31 (72%)	0
Personne à prévenir	16 (31%)	18 (42%)	0
Autorisation d'opérer les patients mineurs	0	0	94
Décharge pour sortie contre avis médical	0	0	94
Constat de fugue	0/1	0	93
<i>Contenu recommandé</i>			
Profession du patient	3/36 (8%)	4/29 (14%)	29
Employeur			
Nom et coordonnées du médecin traitant	41 (80%)	34 (79%)	0

De façon générale, les données concernant les renseignements administratifs des dossiers sont correctement remplies dans les dossiers des seniors ou des internes.

3.7.2 – Contenu médical recommandé

	SENIOR (n=51)	INTERNE (n=43)	NON ADAPTE
Mode d'entrée	51 (100%)	42 (98%)	0
Traitement en cours	25 (49%)	35 (81%)	0
Horodatage de l'observation	10 (19%)	18 (41%)	0
Validation par un senior de l'observation médicale initiale			
Intervention d'un travailleur social	0	0	94
Mention de la fonction des différents intervenants	41 (80%)	41 (95%)	0
Présence des résultats d'examens de laboratoire validés par le Biologiste	9/11 (82%)	9/10 (90%)	73
Horodatage des examens d'imagerie	3/16 (19%)	5/19 (26%)	59
Présence du compte-rendu d'examen d'imagerie	0	1/1 (100%)	93

Le dossier pour lequel le mode d'entrée n'a pas été renseigné a été rempli par un interne et validé par un senior.

Le dossier pour lequel le compte-rendu d'imagerie est présent a été rempli par un interne et n'a pas été validé par un senior.

Plus de la moitié des dossiers ne présente pas d'horodatage des observations, qu'ils soient remplis par un interne ou un senior.

Le traitement en cours est renseigné à 80% dans les dossiers des internes contre 50% dans les dossiers des seniors avec une différence significative ($p=0.001$).

3.7.3 – Contenu médical légal

	SENIOR (n=51)	INTERNE (n=43)	NON ADAPTE
CONTENU NON GERE PAR LE MEDECIN			
Lettre du médecin adresseur	9/15 (60%)	3/7 (43%)	72
Motif d'hospitalisation	44 (86%)	38 (88%)	0
Étiquette sur chaque pièce du dossier	51 (100%)	43 (100%)	0
Identification du professionnel recueillant l'information	40 (78%)	41 (95%)	0
Mention de l'exécution de la prescription	6/7 (86%)	10/12 (83%)	75
Mention des soins dispensés aux Urgences	18/27 (67%)	18/23 (78%)	44
Mention prescriptions d'examens de biologie	7/11 (64%)	10/10 (100%)	73
Mention de soins (ou avis) dispensés par d'autres professionnels de santé	6/7 (86%)	11/11 (100%)	76
Double des ordonnances de sortie	27/33 (82%)	26/31 (84%)	30
Double des certificats médicaux	11/14 (79%)	11/12 (92%)	68
Dossier d'anesthésie	1 (100%)	0	93
Compte-rendu opératoire	Aucun dossier concerné		
Dossier transfusionnel	Aucun dossier concerné		
Documents de traçabilité (vigilances)	1/1 (100%)	1/1 (100%)	92
OBSERVATION ET PRESCRIPTIONS DU MEDECIN			
Antécédents et facteurs de risque	28 (54%)	38 (88%)	0
Conclusion de l'évaluation clinique initiale	14 (27%)	27 (63%)	0
Conduite à tenir	30 (59%)	35 (81%)	0
Compte-rendu ou lettre de sortie	12 (24%)	22 (51%)	0
Existence d'une prescription	7/7 (100%)	12/13 (92%)	74
Datation de la prescription	1/7 (14%)	5/12 (42%)	75
Horaire de la prescription	2/7 (29%)	6/12 (50%)	75
Présence du nom du prescripteur	1/7 (14%)	6/12 (50%)	75
Signature du prescripteur	1/7 (14%)	5/12 (42%)	75

Les antécédents et facteurs de risque, la conclusion de l'évaluation clinique initiale et la conduite à tenir sont plus souvent renseignés dans les dossiers remplis par les internes (respectivement $p=0.0004$, $p=0.0005$ et $p=0.018$ significatifs).

Les internes produisent plus régulièrement (51% des dossiers des internes contre 24% des dossiers des seniors) des comptes-rendus de sortie des consultations ($p=0.005$ significatif).

DISCUSSION

Les données obtenues avec cette étude permettent de préciser la conformité, par rapport aux données légales requises, des dossiers papiers des Urgences du CHD de la Roche sur Yon et d'évaluer la qualité du remplissage des dossiers par les médecins ou internes urgentistes.

1 – Les biais ou faiblesses

Les critères étudiés, du contenu proposé du dossier médical papier aux urgences, concernent les dossiers médicaux hospitaliers en général mais il n'existe pas de spécificités particulières pour les urgences.

Ainsi, on constate l'absence de certains critères légaux, recherchés dans le dossier proposé aux urgences, mais non trouvé car inadapté à la situation de prise en charge aux urgences (exemple : refus d'autopsie) ou ne concernant pas les consultations externes (exemple : compte-rendu opératoire ou d'anesthésie)

2 – Les forces

Le sujet de l'exhaustivité de recueil du dossier papier est un sujet sensible avec un aspect médico-légal que l'on ne peut ignorer. La constatation de lacunes graves dans ce remplissage permettra d'ajuster aux mieux le paramétrage du logiciel informatique lors de l'informatisation du service des urgences afin de contrôler le remplissage des éléments obligatoires (intérêts par exemple de champs bloquants).

La méthode de tirage au sort utilisée présente des avantages en terme de faisabilité et de reproductibilité, ce qui va dans le sens de cette étude dont l'objectif était d'observer les tendances, de proposer des mesures correctives et enfin de s'assurer de l'amélioration en reproduisant l'étude à distance.

3 – Les résultats

3.1 – Les dossiers étudiés

94 dossiers ont été étudiés sur les 100 sélectionnés initialement. En effet, un dossier était mal répertorié et un autre n'a pas fait l'objet d'une consultation, ce qui ne permettait pas d'exploiter leurs données.

Cependant on constate l'impossibilité de retrouver 4 dossiers de consultations externes malgré des recherches dans les différents sites d'utilisation de ces dossiers. Il n'existe pas de dossiers définitivement perdus et il aurait fallu, afin de les retrouver, arpenter les bureaux de tous les médecins concernés par ces dossiers, ce qui n'était matériellement pas réalisable.

3.2 – Le dossier papier proposé par les urgences du CHD

Le dossier papier proposé par les Urgences du CHD pour les consultations externes ne permet pas de renseigner toutes les données légalement requises.

Sur le plan administratif légal, les éléments concernant le patient sont renseignés lors de son admission à l'accueil des urgences par les secrétaires du service. Une étiquette « informatisée » (cf. Annexe 1) est alors éditée regroupant un ensemble de données légalement requises : le nom, le prénom, l'adresse, la date et l'heure d'entrée, la discipline d'admission et la personne à prévenir. Dans le même temps, une planche d'étiquettes comportant le numéro d'identification du patient et permettant l'identification de chaque élément du dossier, est éditée. A noter : le numéro d'identification n'est pas renseigné sur

l'étiquette regroupant les données administratives du patient et n'apparaît donc pas dans les dossiers où aucun élément n'est ajouté au dossier papier en fin de consultation.

Le dossier papier lui-même propose de renseigner l'éventualité d'un transfert et la notion de sortie contre avis médical (Annexe 3), sachant qu'un certificat de « refus de soins d'hospitalisation » (Annexe 6) doit être ajouté au dossier. Quant à l'autorisation d'opérer les mineurs, elle doit être remplie sur le dossier d'anesthésie (Annexe 7) et ajoutée au dossier.

La « personne de confiance » (à distinguer de la personne à prévenir, la personne de confiance est l'interlocuteur légitime du personnel médical, elle est désignée par le patient parmi un de ses proches), donnée possible à renseigner en situation d'urgence, et importante dans la prise en charge du patient n'est pas prévue pour être renseignée, la caisse d'affiliation du patient non plus. Ces données pourraient être envisagées sur l'étiquette administrative du patient.

Quant à la fiche d'aptitude au retour à domicile pour les patients en structures alternatives, le refus d'autopsie, le constat de fugue, aucun document-support n'est actuellement prévu pour renseigner ce type de données.

Sur le plan administratif recommandé, le nom et les coordonnées du médecin traitant sont prévus pour être renseignés sur l'étiquette d'entrée du patient (Annexe 1).

La profession et l'employeur du patient ne sont pas prévus pour être précisés sur le dossier mais peuvent apparaître dans l'observation rédigée par les médecins (Annexe 2).

Rappelons qu'il s'agit là de données recommandées et non obligatoires légalement.

Sur le plan médical légal, le dossier propose de remplir le motif d'hospitalisation ou d'admission et d'identifier les professionnels de santé (équipe médicale et paramédicale) recueillant les données du dossier (Annexe 1) ; de recueillir les antécédents et d'apporter une conclusion à l'évaluation clinique initiale (Annexe 2) ; de rédiger des prescriptions horodatées avec le nom lisible et la signature du prescripteur ainsi que l'annotation de réalisation de ces prescriptions (Annexe 4).

La lettre du médecin adresseur, le compte-rendu de la consultation (Annexe 5), le double des ordonnances de sortie, la copie des certificats médicaux, le dossier d'anesthésie (Annexe 7), le compte-rendu opératoire et les documents d'actes transfusionnels ou de vigilance peuvent être ajoutés au dossier.

Le type de prise en charge proposé venant conclure l'observation médicale et la mention de soins ou d'un avis d'un autre professionnel de santé n'ont pas de place spécifique

pour être mentionnés sur le dossier mais doivent apparaître dans l'observation médicale. Ainsi, rien ne rappelle au médecin la nécessité de faire apparaître ces informations, mais il en connaît l'obligation légale par le biais de sa formation...

Sur le plan médical recommandé, le mode d'entrée est renseigné sur l'étiquette informatisée d'admission (Annexe 1), la fonction des différents intervenants (équipe médicale et paramédicale) et la validation du dossier par un senior est prévue par le remplissage des cases « médecin », « infirmiers », « aide-soignants », « internes » de la première page du dossier (Annexe 1) permettant d'identifier les personnes en charge du dossier ; le nom du médecin peut donc être renseigné par l'interne lorsque le dossier a été validé par un senior. Le traitement en cours et l'horodatage de l'observation sont prévus pour être renseignés sur la page de l'observation médicale (Annexe 2).

Les résultats des examens de laboratoire validés par le biologiste (validation ayant lieu après le passage du patient aux urgences et donnant lieu à la production d'un document officiel qui doit être présent dans le dossier), les comptes-rendus d'imagerie, la copie du certificat de décès avec les circonstances et causes du décès peuvent être ajoutés au dossier. L'intervention d'un travailleur social peut être reportée sur l'observation médicale (Annexe 2).

Ainsi il apparaît que la majorité des données légales ou recommandées font partie du dossier actuellement proposé par les Urgences du CHD de la Roche sur Yon. La difficulté étant les « éléments légaux de l'observation » que le médecin se doit d'apporter au dossier.

3.3 – L'exhaustivité du remplissage

L'analyse des 94 dossiers de consultations externes des Urgences met en avant certains éléments pressentis avant l'enquête.

3.3.1 – Données administratives

Sur le plan légal, ces données sont en général bien renseignées quels que soient le moment du nyctémère et la discipline d'admission. Ceci est réalisable car ces données sont informatisées : horodatage systématique de la consultation lors de l'entrée administrative, enregistrement d'une consultation à l'autre des coordonnées du patient et de la personne à prévenir. Les champs à remplir sont suggérés par le logiciel avant d'éditer l'« étiquette du patient » et le numéro d'identification est inscrit sur chacune des étiquettes de la planche éditée lors de l'entrée, permettant de le reporter sur tous les éléments ajoutés au dossier.

Les dates et heures de sortie sont prévues pour être renseignées sur cette même étiquette patient mais doivent donc être ajoutées à la main lors de la sortie du patient. Elles sont en général renseignées de façon satisfaisante. Pour les dossiers où elles faisaient défaut, elles ont pu être retrouvées sur la main courante remplie par les secrétaires et l'infirmier d'orientation, le jour, ou l'équipe paramédicale, la nuit.

La discipline d'admission est peu souvent renseignée (57% de dossiers non renseignés) car elle peut être parfois difficile à identifier dans le discours du patient, ou le courrier du médecin adresseur. De plus, elle est renseignée par des personnels non médicaux.

La personne à prévenir n'est pas renseignée dans 64% des dossiers. Beaucoup de dossiers nécessitent un contact avec l'entourage du patient pour le tenir au courant de l'avenir du patient, ou bien pour prendre un avis lorsque des décisions médicales difficiles doivent être prises. Cette donnée est pré-remplie par informatique lorsque les médecins ont accès au dossier, mais peut très bien être complétée à la main si cela n'a été préalablement réalisé. Une sensibilisation semble donc nécessaire.

Sur le plan recommandé, les coordonnées du médecin traitant, interlocuteur privilégié pour les consultations externe des urgences, sont renseignées dans 80% des dossiers et ne sont

pas mieux ou plus mal renseignées en fonction de la discipline, du rédacteur de l'observation mais plus souvent renseignées le jour que la nuit ($p=0.02$, significatif).

3.3.2 – Contenu médical recommandé

En ce qui concerne l'observation médicale, on observe que le traitement en cours du patient lors de l'admission est correctement renseigné dans l'ensemble (64% des dossiers renseignés), mais mieux renseigné pour les dossiers remplis par les internes ($p=0.001$ significatif). Celui-ci est tout de même capital pour interpréter des symptômes, pouvoir rédiger une prescription en tenant compte des interactions possibles et ce, aussi bien pour les dossiers de traumatologie que de médecine. La différence entre les dossiers des internes et des seniors pourrait avoir une explication par le comportement encore très « scolaire » de la plupart des internes (formés de surcroît dans des services hospitaliers au fonctionnement bien différent des urgences). Quant à l'horodatage de l'observation, il n'est pas réalisé dans 70% des dossiers mais est plus souvent renseigné par les internes que par les seniors ($p=0.018$ significatif). Il a pourtant toute son importance dans le déroulement de la consultation mais fait partie des recommandations et non des obligations.

Globalement tous les dossiers sont validés par un senior mais encore 11% des dossiers ne stipulent pas de médecin senior responsable du dossier. Le médecin senior présent à la date et l'heure de passage du patient aux urgences peut être retrouvé sur la main courante des secrétaires ou bien sur les plannings des médecins... mais en général, 2 médecins sont présents sur l'accueil des urgences, et compte-tenu du nombre de passages quotidiens, il peut-être difficile de faire le lien entre un médecin et un dossier.

L'horodatage des prescriptions d'examen d'imagerie est peu réalisé. Le dossier propose de façon évidente de cocher l'examen demandé. Le renseignement de l'horaire de prescription est en général oublié. La présence des comptes-rendus d'imagerie ou de laboratoire (validés par le biologiste) est très satisfaisante mais n'est pas un reflet de l'activité médicale car ces documents parviennent au secrétariat après le passage aux urgences et leur classement est géré par les secrétaires.

En ce qui concerne les examens d'imagerie cités ci-dessus : seuls sont concernés les comptes-rendus de tomodensitométrie ou d'échographie. En effet, les radiographies standards ne sont pas interprétées par les radiologues mais par les médecins en charge du dossier et sont, dans le cadre des consultations externes, remises au patient lors de sa sortie... aucune trace de ces examens n'est donc conservée dans le dossier !

3.3.3 – Contenu médical légal

Les éléments du « contenu médical légal » ne sont pas tous gérés par les médecins.

Certains éléments sont gérés par l'infirmier(ère) prenant en charge le patient, tels que la rédaction du motif d'hospitalisation, la mention de l'exécution des prescriptions ou des soins dispensés aux urgences et l'étiquette collée sur chaque élément du dossier, qui obtiennent des scores de remplissage extrêmement satisfaisants et ce quel que soit le contexte de remplissage du dossier. Cette quasi-exhaustivité, contrairement au manque réel d'exhaustivité des médecins, internes et plus encore seniors, peut probablement en partie être expliquée par la culture du dossier du patient inculquée pendant les études infirmières. En effet, un enseignement est consacré à la gestion des données fournies dans un dossier patient, spécificité d'enseignement qui n'existe pas à la faculté de médecine.

D'autres éléments sont gérés par les secrétaires et obtiennent des scores tout aussi convaincants. Le double des ordonnances de sortie ou des certificats médicaux sont ajoutés au dossier du patient lors de la sortie, acte réalisé par les secrétaires du service de façon quasi-exhaustive. Un autre élément, la lettre du médecin adresseur, est aussi ajoutée par leurs soins au dossier, mais compte-tenu de l'organisation locale du service avec un dossier déplacé à maintes reprises lors d'un passage aux urgences, celle-ci est parfois « égarée » lors du temps de présence du patient aux urgences et ainsi, sur 22 dossiers, la lettre du médecin n'est pas retrouvée dans 12 d'entre eux.

Quant aux éléments dépendants entièrement du médecin, l'exhaustivité du remplissage est loin d'être satisfaisante.

L'observation comprenant les antécédents et facteurs de risque, la conclusion de l'évaluation clinique initiale et la conduite à tenir proposée, est globalement correctement remplie sans différence entre le jour et la nuit. La démarche médicale de la consultation

externe repose sur ces éléments qui sont indispensables. Cependant, on constate que tous ces éléments sont mieux renseignés dans les dossiers rédigés par les internes que ceux rédigés par les seniors (antécédents et facteurs de risque : $p=0.0004$ significatif, conclusion de l'évaluation clinique : $p=0.0005$ significatif, conduite à tenir : $p=0.018$ significatif). Cependant la prescription qui s'ensuit peut être à adapter aux antécédents du patient, de même qu'une conclusion clinique bien détaillée et une conduite à tenir clairement exposée peuvent être capitales lors de la relecture d'un dossier, que ce soit pour un simple renseignement (rappel du médecin traitant pour obtenir un complément d'information sur le passage aux urgences par exemple) ou pour une action en justice.

La rédaction des prescriptions est l'élément pour lequel les scores de remplissage sont les moins bons. La prescription est en générale mentionnée quel que soit le dossier et son contexte de remplissage. Dans la majorité des dossiers, il n'y a pas d'horodatage de la prescription (sachant que ces dossiers sont tous des dossiers de consultations externes et que la date de la prescription est donc forcément la date d'entrée... la précision semble alors inutile), le nom du médecin prescripteur et sa signature ne sont pas présents. Pour les dossiers de traumatologie concernés, l'horodatage, le nom du prescripteur et sa signature ne sont quasiment jamais présents. La présence depuis quelques mois d'un interne de chirurgie en permanence au niveau de l'accueil des urgences gérant ce type de dossier et peu formé à la systématisation du remplissage peut expliquer ce manque. Une autre explication pour la non-exhaustivité peut être la prescription orale, réalisée du fait de la gestion de plusieurs dossiers en même temps, ceux-ci ne permettant pas toujours une prescription écrite en temps réelle... l'oubli de rédaction est ensuite aisé.

Les prescriptions de biologie sont peu nombreuses car l'activité de traumatologie est majoritaire aux urgences et les prescriptions de biologie moins fréquentes dans ce type de dossiers. Cependant, elles sont peu souvent signifiées dans le dossier. Elles sont en effet souvent réalisées directement sur les « bons » de laboratoires par le prescripteur afin d'éviter les erreurs dues au recopiage de l'équipe soignante à partir des prescriptions du médecin.

Les soins ou avis apportés par d'autres professionnels de santé sont en général bien signifiés. Une fiche spécifique de sollicitation d'un avis extérieur au service, le « bordereaux d'actes médicaux divers » (Annexes 10 et 11), est remise à chaque praticien. Ce dernier peut rédiger sur celle-ci une conclusion de son passage. Ce bordereau permet ensuite de réaliser une cotation de son passage. Cette cotation étant obligatoire, les consultations spécialisées sollicitées aux urgences sont la majorité du temps conclues par un résumé écrit au dos de ce bordereau (Annexe 11).

3.4 – Conclusion

Au total, et comme pressenti, de façon globale, on objective ainsi la mauvaise qualité de tenue des dossiers médicaux dans le service des urgences du CHD de la Roche sur Yon.

Cette constatation nécessite une réflexion afin de former les équipes à la nécessité d'un remplissage consciencieux des dossiers médicaux quels qu'en soient les auteurs et à l'impact d'une telle constatation en terme de suivi du malade et en cas de contentieux.

4 – Implications sur la pratique

L'organisation actuelle du service des urgences du CHD de la Roche sur Yon est en elle-même probablement responsable d'une partie de la constatation d'une mauvaise qualité du remplissage des dossiers des consultations externes.

En effet, le service propose actuellement un sas d'entrée commun pour les consultations, qu'elles soient spontanées, non médicalisées (par ambulance ou les pompiers) et les prises en charge médicalisées (entrées par le SMUR). Toutes ces entrées sont régulées par la même IAO (Infirmières d'Accueil et d'Orientation) au niveau de la bande d'accueil, le secrétariat d'entrée, où le dossier administratif est édité. Les documents apportés par le patient ou l'équipe de secours sont donc manipulés une première fois. Un des trois binômes (infirmier(ère) et aide-soignante) prend ensuite en charge le patient et réalise l'inventaire des éléments (affaires personnelles et documents médicaux) détenus par le patient. Il y a donc là une deuxième manipulation des documents. Le patient est ensuite examiné par un médecin ou un interne qui rédige son observation et prescrit des examens de biologie et/ou d'imagerie. Afin d'éviter le recopiage des données, source de nombreuses erreurs, le médecin ou l'interne remplit la plupart du temps directement les « bons » de demande de biologie ou d'imagerie sans remplir la page des prescriptions (Annexe 3), ce qui amène des défauts pour le remplissage du dossier. Le patient est ensuite parfois mis en attente dans le couloir afin de libérer des salles d'examen lorsqu'il ne requiert pas une surveillance particulière. Le dossier est alors mis en attente dans le « poste central » où il n'existe pas de lieu spécifique au dépôt des dossiers. Il se trouve donc entassé avec d'autres dossiers d'autres patients avec tous les risques que cela représente en terme de conservation des données, la plupart des éléments sont

de surcroît des feuilles volantes. Ainsi, lorsque l'on retrace le parcours du dossier du patient à partir de l'admission, non seulement on peut comprendre le problème de la non exhaustivité du remplissage, mais aussi le problème de la mauvaise conservation des données.

La restructuration prochaine du service avec une bande d'accueil dissociée d'un box de consultation pour l'IAO et le MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation) permettant l'accès à deux circuits d'entrée (un circuit court de consultations « externes » a priori et un circuit long pour les entrées par moyens de transport spécialisés, médicalisés ou non) et surtout le projet d'informatisation du service, devraient permettre de réduire les risques de mauvaise qualité de dossier. En effet, en termes de conservation des données, les nouveaux « circuits de consultations » devraient permettre de réduire les erreurs et en termes de qualité de remplissage des données médico-légales, l'informatisation devrait permettre d'améliorer les scores.

Par ailleurs le CHD a compté en 2006, 193 demandes d'accès aux dossiers médicaux, 1 requête au tribunal administratif (toujours en cours) et 2 recours au Conseil Régional de Conciliation et d'Indemnisation qui n'ont pas aboutis. La pénalisation et le recours au système judiciaire sont donc peu fréquents. Il est donc probable que les médecins, en général, se sentent peu concernés par la nécessité d'une rigueur dans la tenue du dossier. Mais il semblerait (les chiffres n'étant pas accessibles actuellement) que les chiffres cités ci-dessus soient bien plus élevés cette année. Il faudra donc probablement faire un travail de prise de conscience de ces données et de cette évolution avec le personnel du service.

5 – Perspectives

Le but de ce travail était de mettre en évidence ces mauvaises pratiques afin de lancer maintenant une réflexion sur les possibilités d'amélioration de tenue du dossier du patient et si possible sans temps supplémentaire dédié à cette démarche compte-tenu de la préciosité du temps médical surtout dans un service d'urgences. La méthode de tirage au sort étant reproductible et les tests statistiques ayant mis en évidence les différences constatées au sein de l'échantillon, des mesures correctives vont pouvoir être proposées en reproduisant l'étude à distance (et notamment à distance de l'informatisation du service).

Actuellement, un projet d'informatisation du service est en cours afin de faire disparaître les dossiers papiers. Beaucoup de facteurs de mauvaise qualité de tenue des dossiers pourront ainsi être améliorés. Un logiciel de gestion des dossiers permettra d'avoir un maximum de données systématiquement renseignées : l'horodatage de toutes les actions de l'entrée à la sortie, l'identification de chaque intervenant dans le dossier et la réalisation automatique d'un résumé de passage aux urgences. La possibilité de mettre en place des « champs bloquants » pourra, elle, rendre obligatoire le renseignement de données légales, empêchant la validation informatique d'un dossier en cas de manquement de données.

En cas de saisie d'un dossier par la justice, un dossier au contenu peu précis peut entraîner des conséquences graves sur l'avenir et la carrière d'un médecin. Devant ce constat, la question d'un rappel régulier de la nécessité d'un remplissage consciencieux du dossier du patient auprès des équipes médicales et paramédicales, afin de bien en mesurer toutes les conséquences en termes législatifs et de suivi du patient, peut trouver toute sa place. Cette action pourrait être envisagée à chaque changement d'internes dans le service, dans la mesure où un rappel de cet objectif leur est fait lors de leur accueil en début de semestre.

6 – Conclusion

Ainsi, on constate la non-exhaustivité du remplissage des dossiers de consultations externes des urgences du CHD de la Roche sur Yon. Aucun dossier sur les 94 étudiés ne présente la totalité des données correctement remplies et il existe des différences en fonction de la discipline concernée, du moment du nycthémère et de la fonction de la personne remplissant le dossier. Les projets tels que l'informatisation des dossiers et la restructuration du service seront réalisés prochainement dans le but d'améliorer les conditions de travail aux urgences permettant ainsi, de façon très probable, d'obtenir un meilleur remplissage des dossiers de consultation externes.

Par ailleurs, le dossier en lui-même ne contient pas certaines données légales :

- numéro d'identification sur la première page
- renseignement de la personne de confiance
- fiche d'aptitude au retour à domicile pour les patients en structures alternatives
- formulaire de refus d'autopsie
- formulaire de constat de fugue
- place spécifique pour la rédaction de la prise en charge proposée

Il faudra envisager d'introduire ces éléments au dossier, le projet d'informatisation pouvant être le moment de réaliser ces modifications.

CONCLUSION

Le dossier médical est un support indispensable au suivi du patient et le support déterminant en cas de litige et de saisie du dossier par la justice.

Nous avons donc entrepris un travail d'observation du respect de la loi lors du remplissage des dossiers de consultations externes sur notre lieu de travail, les urgences du Centre Hospitalier départemental de la Roche sur Yon. Aucun dossier observé n'est complètement correctement renseigné. Ce travail met donc en évidence des lacunes graves lors de ce remplissage avec un retentissement inévitable sur les capacités de suivi du patient et un souci majeur si les dossiers étaient saisis pour des procédures judiciaires.

Nous pourrions ainsi mettre les équipes médicales et paramédicales devant le fait accompli : une sensibilisation est nécessaire et obligatoire afin de former le personnel à ses obligations légales.

Nous comptons sur la mise en place de l'informatisation des dossiers afin d'être plus exhaustifs dans ce remplissage, beaucoup de données s'enregistrant de façon automatique (horodatage informatique et port de badge de reconnaissance du personnel) et d'autres pouvant être rendues obligatoires (principe des champs bloquants). Il restera cependant à la charge des médecins de connaître les données à renseigner au regard de la loi et ce, peut-être grâce à un rappel régulier des éléments à renseigner.

« Aussi, compte tenu de l'ensemble des éléments, il apparaît aujourd'hui que l'avenir du dossier médical réside dans le rôle clef de l'informatique et des nouvelles technologies de l'information et de la communication, à la condition évidemment que soient garantis les impératifs de sécurisation et de gestion des données médicales informatisées ⁶. »

Conférence du Medec 2002.

Il faudra par la suite observer les comportements afin de mettre en évidence les bénéfices de l'informatisation, de la prise de conscience et des moyens mis en œuvre pour combattre les lacunes existantes actuellement.

LES ANNEXES

ANNEXE 1

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL - La Roche-sur-Yon - Luçon - Montaigu

Service des urgences - **Dossier patient**

SITE :			<input type="checkbox"/> LA ROCHE SUR YON	<input type="checkbox"/> LUÇON	<input type="checkbox"/> MONTAIGU	
Nom :				Nom JF :		
Prénom :				Né(e) le :		
Adresse principale :				Adresse secondaire :		
Entrée le :				Heure d'installation :		
Motif d'admission :	Chirurgie	<input type="checkbox"/> AVP	<input type="checkbox"/> Scolaire	<input type="checkbox"/> Sport	<input type="checkbox"/> Autres :	
Mode de transport :						
Médecin traitant :				Personnes à prévenir :		
MUTATION VERS :			<input type="checkbox"/> LA ROCHE SUR YON	<input type="checkbox"/> LUÇON	<input type="checkbox"/> MONTAIGU	
DATE & HEURE D'ARRIVÉE :						

Accompagné : oui non lien _____

Motif d'admission _____

Courrier joint : oui non

URGENCES : Médicales et chirurgicales non traumatique Traumatique

GEMSA _____ CCMU _____

Adressé par le Docteur _____
Service destinataire _____ Lit réservé à : _____ H _____
TRANSFERT : Etablissement _____ Service _____ Mode de transport _____

Paramètres à l'admission IDE IOA : _____

Heure	Priorisation	Glasgow	PA	FC	FR	Peak Flow	T°	Sat O2	G. capillaire	EVA

EQUIPE SOIGNANTE	Médecins		Chirurgiens	
	Infirmiers	Aides soignants	Internes	
Attente/verte				
Consultants				

OBSERVATIONS _____

ALLERGIES _____

Inventaire fait oui non Salle N° _____



CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL

La Roche-sur-Yon Luçon Montaigu

SERVICE DES URGENCES

La Roche-sur-Yon, le

Cher Confrère,

Veuillez trouver ci-dessous le compte-rendu d'admission aux urgences du C.H.D. de M. _____
Né(e) le _____ admis(e) aux urgences le _____ à _____
adressé(e) par _____ pour _____

DONNÉES CLINIQUES APRÈS EXAMEN :

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ONT MONTRÉ :

IMAGERIE

BILOGIE

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE :

Le patient a quitté les urgences le : _____ à _____

Après avoir reçu les soins suivants :

Avec les prescriptions suivantes :

— Surveillance :

— Soins :

— Traitement :

DESTINATION :

Retour à domicile.

Retour à domicile avec :

• un RDV d'hospitalisation le _____

• un RDV de consultation le _____

C.H.U. - Service : _____

Autre destination : _____

Bien confraternellement.

Médecin :

Interne :



**FEDERATION
DES URGENCES**

ACCUEIL DES URGENCES
BLOC OPERATOIRE D'URGENCE
UNITE D'HOSPITALISATION

Référent médical 24h/24
Tél : 02 51 44 64 57

Accueil et secrétariat
Tél : 02 51 44 62 05 / 62 06
Fax : 02 51 44 63 12
mail : urgences@chd-vendee.fr

Anesthésie-Réanimation

Dr J.B. MERIT
Praticien Hospitalier
Chef de Service

Dr G. LORRE
Praticien Hospitalier

Médecine d'urgence

Dr C. BOURGUEIL
Praticien Hospitalier

Dr F. CONNIL
Praticien Hospitalier

Dr P. GABY
Praticien Hospitalier

Dr D. JUVIN
Praticien Hospitalier

Dr M. BERGHEUL-GUELLEL
Praticien Adjoint Contractuel

Dr F. BALLANGER
Assistant Hospitalier Généraliste

Dr L. CONNAN
Assistant Hospitalier Généraliste

Dr A. MAISONNEUVE LE BREC
Assistant Hospitalier Généraliste

**Chirurgie orthopédique
et traumatologique**

Dr H. ABDOOLAMID
Praticien Hospitalier

Dr B. OLIVE
Praticien Hospitalier

Cadres de Santé

Mme C. COÏC
Mme R.M. DURAND

CENTRE
HOSPITALIER
DEPARTEMENTAL
14, Route-sur-Von

**CERTIFICAT DE REFUS DE SOINS
D'HOSPITALISATION**

Le
A.....

Ce document atteste que :

M.....
a consulté et a été examiné(e) au Service des Urgences du Centre Hospitalier de :

Je reconnais avoir été informé(e) de manière claire et avoir compris les risques encourus qui comprennent de façon non limitative :

Je déclare vouloir néanmoins quitter le service, refuser les soins et/ou l'intervention que me propose le Docteur et dégage ainsi le Docteur et l'Hôpital de toutes responsabilités, et de toutes conséquences, y compris vitales, qui peuvent résulter de ma décision.

Je comprends que, même si je signe ce document, cela ne m'empêchera pas de revenir à l'Hôpital si je le désire, et que, au contraire, j'y suis encouragé(e) si j'ai des questions ou le moindre problème.

Signature du patient
Lu et approuvé

Signature du Médecin

Signature du témoin N°1
(Famille - Ami présent)

Signature du témoin N°2
(Personnel des urgences)

Ce certificat est à faire en double exemplaire, l'original étant remis au patient.



Centre Hospitalier
Départemental

SERVICE
D'ANESTHÉSIOLOGIE

LA ROCHE SUR YON LUÇON

IDENTITÉ DU PATIENT

INTERVENTION PRÉVUE :

le

Chirurgien :

Méd. anesthésiste :

INFORMATION PATIENT

ANESTHÉSIE

TRANSFUSION

AMBULATOIRE

OUI

NON

Je soussigné(e) M..... certifie avoir pris connaissance
des recommandations concernant l'anesthésie ambulatoire et accepte la procédure proposée.

Date :

Signature :

AUTORISATION POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) M..... autorise les médecins du service où mon
enfant est hospitalisé à pratiquer toute intervention chirurgicale sous
anesthésie et tous actes liés à l'intervention.

Date :

Signature :

ANNEXE 8

 CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL SITE DE LA ROCHE SUR YON B5925 LA ROCHE SUR YON Cedex 9	PRET DE RADIOGRAPHIES
---	------------------------------

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

Description des clichés remis en mains propres au patient :

<input type="checkbox"/>	Clichés analogiques	type et nombre :
<input type="checkbox"/>	Tomodensitométrie	type et nombre :
<input type="checkbox"/>	IRM	type et nombre :

Je m'engage à restituer ces clichés au CHD dans les meilleurs délais.

Fait le

à La Roche-sur-Yon

Signature



CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL

La Roche-sur-Yon Luçon Montaigu

SERVICE D'URGENCES

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur _____

certifie avoir examiné le _____

M _____

Né (e) le _____, domicilié (e) _____

qui m'a déclaré avoir été victime _____

Lésions constatées : _____

I.T.T. _____, à dater du _____, sauf complications.



La Roche-sur-Yon, le _____

- L'original est à conserver par la victime.
- Aucun duplicata ne sera délivré, **faire des photocopies si besoin.**
- Certificat rédigé à la demande de l'intéressé (e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL - 85925 La Roche-sur-Yon - Cedex 9
 Bureau des entrées - **Bordereaux d'actes médicaux divers**

Date de la demande

Service ou spécialiste prestataire

TAMPON UF DEMANDEUR
↓

Examen demandé :

SI URGENCE motivée par :

URGENCES
3349

étiquette
identité
malade

→

Penser à coller
une étiquette
en bas de page

Patient mobilisable OUI NON

Motif d'hospitalisation

Pathologies associées - Antécédents

Examens réalisés pour cette consultation

Questions posées au spécialiste

Nom du médecin demandeur

plier
ici

Bordereaux d'actes médicaux à retourner au bureau des entrées

Date de consultation

Cotation :

lettre - clé	coefficient

Transport : Allongé Assis

Etiquette du patient

coller ici
étiquette
identité

NUIT

UF demandeur

URGENCES
3349

UF prestataire

UF prestataire

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 **ANAES**
Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations.
Service évaluation des pratique Juin 2003 ; 15-34.
- 2 **ANDEM**
La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations.
Service Médecine Libérale Septembre 1996 ; 8-46.
- 3 **Code de déontologie médicale**
- 4 **Code de Santé Publique** : articles L1111-6, L1111-7, R1112-2, R1112-3.
- 5 **Décrets**

Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique.
J.O 1 avril 1992 ; 78.

Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
J.O 8 septembre 1995 ; 209 : 13305.

Décret n° 97-503 du 21 mai 1997 portant mesures de simplification administrative.
J.O 22 mai 1997 ; 117 : 7690.

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique.
J.O 30 avril 2002 ; 101 : 7790 (texte n° 8).

Décret n° 2002-780 du 3 mai 2002 fixant le contrat type des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique.
J.O 5 mai 2002 ; 105 : 8640 (texte n° 54).

Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
J.O 16 septembre 2003 ; 214 : 15864 (texte n° 15).

Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique.
J.O 7 février 2006 ; 32 : 1973 (texte n° 32).

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

J.O 23 mai 2006 ; 119 : 7531 (texte n° 11)

- 6 **Medec**
Le dossier médical : enjeu de transparence et de qualité des soins. Quel cahier des charges?
Conférence inaugurale du Medec 12 mars 2002
- 7 **CANAS F.**
Le contenu du dossier médical hospitalier.
Cahier spécial au Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier, Janv. 2006 ; 84.
- 8 **INSERM**
Conformité globale des dossiers des patients .
Cahier des charges du projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) 2005.
- 9 **Loi n° 303-2002 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner et son décret d'application n° 2002-637 du 29 avril 2002.
- 10 **Lois**

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
J.O 2 août 1991 ; 179.

Loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.
J.O 1 février 2007 ; 27 : 1945 (texte n° 5).
- 11 **DUPUY O.**
Le Dossier Médical
Les Etudes Hospitalières 2^{ème} édition 2002
- 12 **HONNORAT C.**
Le Dossier Médical
Apprentissage de l'exercice médical 14 novembre 2005

NOM : GREAU-CHAUCHET

PRENOM : Anne

**Titre de la thèse : EXHAUSTIVITE DU REMPLISSAGE DU DOSSIER MEDICAL
PAPIER DES CONSULTATIONS EXTERNES – AUX URGENCES DE LA ROCHE
SUR YON – EN 2006**

RESUME

Nous avons étudié, par un travail rétrospectif, le remplissage de 94 dossiers de consultations externes de médecine ou de traumatologie, dans le service des urgences du Centre Hospitalier Départemental de la Roche sur Yon sur l'année 2006.

Au préalable, une revue de la littérature permet de mettre en évidence les aspects légaux et recommandés du contenu d'un dossier médical.

Notre travail montre le manque d'exhaustivité lors du remplissage des dossiers de consultations externes des urgences.

Une amélioration de ce remplissage est attendue lors de l'informatisation du service.

MOTS-CLES

Dossier médical
Législation
Recommandations
Non-exhaustivité
Informatisation
Urgences