

Carnet

Au revoir ...

Andrine RADANNE
Inf.DE
Secteur 5

Fabien JUAN
Praticien Hospitalier
Secteur 5

Pauline CALVEZ
Infirmière DE
Pédo Est

Gwenaël MADIOT
Aide-Soignant
U.P.A.H.M

Claudine ANDREAU
Infirmière Psy
Secteur 1

Roselyne BELLEC
Secrétaire médicale
Secteur 6

Qu'entend-on par archives hospitalières ?

Les «archives hospitalières» sont très souvent associées aux dossiers médicaux. Mais le vocable couvre un domaine plus large. Selon la définition du Code du Patrimoine, les archives sont : «l'ensemble des documents, quels que soient leur date, leur forme et leur support matériel, produits ou reçus par toute personne physique ou morale, et par tout service ou tout organismes public ou privé, dans l'exercice de leur activité». Pour être qualifiées d'hospitalières, elle doivent émaner d'un établissement public ou privé participant à la gestion du service public et assurant au moins une activité de soins.

On distingue deux catégories principales d'archives hospitalières.

Les archives administratives :

- réglementation de l'établissement : statuts, règlement intérieur,
- personnel : dossier du personnel,
- administration générale : procès-verbaux des instances, rapports d'activité,
- financement : comptabilité de l'ordonnateur et du receveur, frais d'hospitalisation,
- capital : dossiers dons et legs, titres de propriété,
- travaux, matériels : bons de commande, factures,
- comptabilité de l'économat : marchés, gestion des stocks,
- population : registres des entrées et sorties, dossiers administratifs des patients.

Les archives médicales :

- dossiers médicaux d'hospitalisation, de consultation, des urgences,
- archives des laboratoires,
- documents de la pharmacie,
- archives des blocs opératoires,,
- dossiers de transfusion sanguine, etc...

Une obligation de conservation des archives

Chacune de ces deux catégories est gérée selon des règles qui lui sont propres mais répondant à une seule et même obligation pour l'établissement : la conservation des documents, «dans l'intérêt du public tant pour les besoins de la gestion et de la justification des droits des personnes physiques ou morales, publiques ou privées que pour la documentation historique de la recherche» précise le Code du Patrimoine.

Pour les établissements de santé, il incombe au Directeur d'assurer la garde et la responsabilité des archives administratives et médicales. L'établissement est tenu en outre de protéger la confidentialité des informations personnelles, selon les termes de l'article L3112-1 alinéa 4 du Code de la Santé Publique.

Quelle que soit la nature des archives, on discerne trois étapes dans la gestion des documents. A chaque étape correspond un lieu de stockage :

- les archives dites « actives » : utilisées au quotidien, telles

que les dossiers des patients en cours de prise en charge qui sont classés dans les secrétariats, les unités d'hospitalisation, - les archives « intermédiaires » : dossiers clos récemment qu'il convient de conserver dans le service car pouvant être consultés ou réactivés dans le cas d'une nouvelle admission ou consultation. Ces dossiers sont archivés dans un ou plusieurs locaux de chaque service dédiés à cet effet et fermés à clé. Sont ainsi conservés au CESAME, tous les dossiers médicaux pendant une durée de 5 ans à compter de la dernière hospitalisation ou consultation, - les archives « définitives » : les dossiers des patients dont la dernière prise en charge est antérieure à 5 ans. Ces dossiers d'hospitalisation ou ambulatoires font l'objet d'une procédure de versement aux archives centrales de l'établissement. Pour les archives administratives, chaque direction dispose d'un local spécifique et y classe les dossiers le plus souvent un an après leur clôture. Préalablement à l'archivage définitif, il convient de trier les documents afin de déterminer ceux qui doivent être archivés et ceux qui doivent être détruits (documents en double exemplaire,...). En ce qui concerne le dossier médical, le tri est effectué sous la responsabilité du médecin qui a suivi le patient.

La destruction de dossiers administratifs et médicaux fait l'objet d'une procédure spécifique. Elle relève de la compétence du Directeur et est soumise au visa du Directeur des Archives Départementales auquel il convient de transmettre un bordereau de demande de destruction. L'avis du DIM est requis pour l'élimination des dossiers médicaux. En outre, cette destruction doit être effectuée dans le respect des règles de confidentialité telles que l'utilisation d'un broyeur pour les documents nominatifs.

Quelle est la durée de conservation des archives ?

Plusieurs circulaires définissent les durées de conservation des archives administratives. En ce qui concerne les archives médicales, le décret du 4 janvier 2006 a modifié les durées minimales de conservation des dossiers (Cf. tableau ci-dessous).

Les délais de conservation sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou des professionnels de santé. Pour sa part, le CESAME continue à conserver indéfiniment les dossier médicaux, considérant que la durée minimale de 20 ans n'est pas adaptée à la psychiatrie.

Quelles sont les règles de conservation pour le dossier patient informatisé ?

Le dossier patient informatisé est soumis aux mêmes règles d'archivage et de conservation que le dossier papier. Toutefois, en l'état actuel de la réglementation, seul le dossier patient sous la forme papier a une valeur juridique certaine. C'est pourquoi, pendant une période transitoire, tout dossier patient informatisé continuera à être archivé sous la forme papier.

Tableau : Délais de conservation des archives en fonction de la nature des documents

Documents	Délais de conservation
Dossier médical du patient suivi en hospitalisation ou en ambulatoire	20 ans à compter du dernier passage du patient
Dossier médical du patient décédé	10 ans si le patient est décédé moins de 10 ans après sa sortie 20 ans à compter de la sortie du patient si celui -ci est décédé plus de 10 ans après sa sortie
Dossier médical du patient mineur	Jusqu'aux 28 ans de l'enfant si celui -ci n'est plus pris en charge par l'établissement avant l'âge de 8 ans 20 ans à compter de sa sortie de l'établissement s'il est sorti après l'âge de 8 ans
Dossier de transfusion sanguine	30 ans

Bienvenue à ...

Katia MARCADE
FLEURY

La lettre du



Gestion des ordonnances sécurisées

En application du décret du 10 février 2009 portant création du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), les médecins ont progressivement reçu leur identifiant personnel au RPPS. Ce numéro est amené à devenir l'unique identifiant professionnel, remplaçant de ce fait le numéro ADELI et le numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins. Il est censé simplifier les parcours administratifs et doit suivre le praticien tout au long de sa carrière, quelle que soit la voie choisie par celui-ci.

Au CESAME, la mise en oeuvre de ce principe a impliqué de procéder au renouvellement du stock des ordonnanciers, sécurisés et bi-zone, afin de se mettre en conformité avec cette nouvelle réglementation qui impose notamment de faire figurer sur les ordonnanciers le n° d'inscription des professionnels de santé au RPPS, au lieu du n° d'inscription au Conseil de l'Ordre.

Cette mesure s'est accompagnée d'un changement dans la gestion des ordonnanciers au CESAME. Auparavant assurée par l'atelier de reprographie, la gestion des demandes et des retours des ordonnanciers sera désormais mise en oeuvre par le Pôle Pharmacie. Il s'agit d'inscrire les supports de

prescription du médicament dans la démarche de sécurisation du circuit du médicament actuellement mise en place au sein de l'établissement.

Conformément à la note de service n°775/2010, chaque secteur est invité à remettre auprès de la pharmacie les anciens ordonnanciers qu'il détient, en échange desquels il sera remis les ordonnanciers conformes à la nouvelle réglementation.

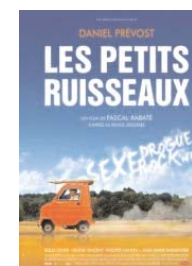
Les agents chargés de retirer les nouveaux ordonnanciers devront être détenteurs d'une demande officielle de retrait des ordonnanciers signée du médecin chef de pôle.

NB : Courant 2009, certains vols d'ordonnanciers sécurisés ont pu être constatés notamment dans les structures extrahospitalières. Il est donc fortement conseillé aux médecins de les conserver sous clé.



Brève

En août 2009, le CESAME avait accueilli l'équipe de tournage du film « Les Petits Ruisseaux » réalisé par Pascal RABATE. Certaines scènes d'extérieur avaient ainsi pu être filmées dans le parc du CESAME, sous le regard de certains personnels et patients venus assister à cet évènement.



C'est avec plaisir que nous vous informons que ce film est sorti en salles depuis le 23 juin dernier.

Erratum

Une erreur s'est glissée dans le précédent numéro de la Lettre de la Direction, au niveau de la présentation en double page des Evaluations des Pratiques Professionnelles.

Ainsi, il fallait lire en titre « Evaluation du diagnostic [et non

pas du facteur !] de l'autisme et des troubles envahissants du développement chez l'enfant de 0 à 6 ans ».

Cette erreur a pu induire une confusion sur le sens de l'article : nous vous prions de nous en excuser.



Directeur de la publication
G. Salatin
Rédacteur en chef
H. Fausser
Secrétaire de rédaction
S. Top
Rédacteurs
K. Gillette
V. Gaboriau
D. Prigent
P. Lacoste
C. Poullélaouen
H. Colle
V. Morin
M. Savoie

En coordination avec COMPAQH (Inserm) et la HAS, le CESAME s'est porté volontaire parmi 107 établissements de santé mentale en France pour tester trois indicateurs composites permettant l'évaluation du dossier patient :

- tenue du dossier patient (14 critères),
- courrier de fin d'hospitalisation,
- dépistage des troubles nutritionnels.

La validation des indicateurs et de la population cible sont les principaux objectifs du test de la version n° 2 de ces indicateurs. L'évaluation a porté initialement sur 127 dossiers tirés au sort par le DIM pour des patients ayant séjourné plus de 7 jours de février à août 2009. Les membres du groupe de pilotage DUM et les auditeurs internes associés ont testé la grille d'évaluation sur 7 des dossiers tirés au sort, le 2 mars 2010. Les 3 semaines suivantes ont permis aux binômes d'évaluateurs et aux soignants associés dans chaque UF d'hospitalisation complète adulte, d'évaluer les 120 dossiers restants. Les évaluateurs ont fait le choix de ne pas saisir en direct les résultats sur informatique ; cette tâche a été confiée à la Direction des usagers et de la qualité. L'envoi des grilles remplies à la HAS s'est réalisé mi-avril 2010. Le traitement et l'analyse des résultats ont été confiés à COMPAQH. Les résultats sont les suivants : sur 127 dossiers évalués, 89 dossiers ont répondu au cahier des charges HAS-COMPAQH et ont été analysés.

Pour le 1er indicateur : la tenue du dossier patient (Cf. Schéma ci-contre : 14 critères). Au CESAME, 72 % des dossier sont conformes, pour 72,5 % en moyenne pour les 107 établissements de l'étude.

Quelques pistes d'amélioration possibles :

- Critère n° 2 : mention de la mesure de protection juridique.

Il nous faut tracer l'information, qu'il y ait ou non une mesure de protection juridique. Jusque là, nous ne tracions qu'une information positive (c'est-à-dire existence d'une mesure de protection juridique).

- Critère n° 4 : mention de la recherche de personne de confiance.

Il nous faut sans doute systématiser, tout au long du séjour, la sollicitation de la personne soignée pour qu'elle désigne (ou non) une personne de confiance (article 1111-6 du Code de la Santé Publique) et tracer le résultat de cette démarche.

- Critère n° 6 : trace de la modalité d'hospitalisation lors de l'admission et de l'information donnée au patient sur cette modalité (HO – HDT).

La procédure d'information est bien respectée et systématisée au CESAME. Cependant, la trace de cette information ne figure pas toujours au dossier du patient. Un changement de procédure au bureau des entrées permettra d'adresser au secteur hébergeur du dossier le coupon de notification d'hospitalisation à la demande d'un tiers complété par le patient.

Pour le 2ème indicateur : le courrier de fin d'hospitalisation.

- Niveau 1 (c'est-à-dire présence du courrier ou du compte-rendu de sortie avec les éléments demandés : trace d'un suivi, d'un traitement médicamenteux, ...) : 42,90 % (moyenne inter-établissements : 50,80 %).
- Niveau 2 (courrier complet et expédié dans les 8 jours) : 35,70 % (moyenne inter-établissements : 38,10 %).

Le score obtenu par le CESAME ne fait pas apparaître l'importante hétérogénéité des résultats des différents pôles sur cet indicateur. Il est important de noter que le score attendu dès 2011 pour l'ensemble des indicateurs se situera à 80 % de conformité.

Pour le 3ème indicateur : prévention des troubles nutritionnels.

- Niveau 1 (trace du poids dans les 7 jours suivant l'admission) : 49,40 % (moyenne inter-établissements : 69,90 %).
- Niveau 2 (trace du poids et de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) dans les 7 jours) : 2,2 % (moyenne inter-établissements : 22,70 %).

L'installation généralisée de l'équipement en toises et balances nous permet d'espérer, à court terme, une amélioration des pratiques. Le déploiement de Pharma au sein des différents pôles permettra, à court terme, de tracer et de suivre ces données pour la prévention des troubles nutritionnels.

Ces trois indicateurs, conçus et adaptés à la psychiatrie, intégrés dans le manuel de certification V2010, vont être suivis en routine dès le début de l'année 2011. Le CESAME, en se portant volontaire pour l'expérimentation et en complément de sa propre démarche d'évaluation du dossier patient, a préparé les différents acteurs impliqués à maîtriser les attendus et à améliorer les pratiques. Nous tenons à remercier tout particulièrement les membres du groupe de pilotage DUM, les auditeurs internes et les équipes soignantes, le Département d'Information Médicale, la Direction des Usagers et de la Qualité et la Direction des Soins.

Résultats COMPAQH tenue du dossier du patient 2010

