

QUALITÉ DU DOSSIER DE L'USAGER EN ÉTABLISSEMENT MÉDICOSOCIAL

relevant de l'addictologie



GUIDE **REPÈRES**



Association Nationale
de **PRÉVENTION**
en **ALCOOLOGIE**
et **ADDICTOLOGIE**

A.N.P.A.A.

QUALITÉ DU DOSSIER DE L'USAGER EN ÉTABLISSEMENT MÉDICOSOCIAL

relevant de l'addictologie

Le présent guide a pour vocation la production de repères pour les pratiques des professionnels en établissement médicosocial relevant de l'addictologie, compte tenu des questions récurrentes que se posent les équipes sur :

- Les objectifs et la constitution du dossier ;
- L'information de l'utilisateur ;
- Le contenu du dossier ;
- La propriété du dossier ;
- L'hébergement et la durée de conservation du dossier ;
- L'accès direct de l'utilisateur à ses informations personnelles ;
- La qualité du dossier ;
- Le secret des informations à caractère personnel et le partage entre professionnels ;
- Le nouveau dossier médical partagé qui succède au dossier médical personnel.

Ce guide est animé par un triple objectif :

- Le respect des droits des usagers, et notamment le respect de la vie privée et le droit d'accès aux informations figurant dans le dossier ;
- Le partage des informations utiles entre les différents professionnels dans l'objectif de la qualité et de la continuité de l'accompagnement et des soins ;
- Une démarche d'amélioration de la qualité du service rendu, dans le cadre de la mission de l'établissement et des professionnels.

L'articulation entre ces trois axes constitue un facteur de **qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies et accompagnées.**

INTRODUCTION

DROITS DES USAGERS

Tout usager bénéficie d'un projet personnalisé. La qualité du dossier en est le reflet.

Les droits des usagers, notamment l'accord pour la collecte et le stockage de leurs données personnelles et le droit d'accès direct à leur dossier, sont portés à la connaissance de tous les usagers, notamment dans le cadre du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement de l'établissement et du document individuel de prise en charge.

QUALITÉ DU DOSSIER DE L'USAGER

La qualité du dossier de l'usager est un élément déterminant de son accompagnement et de ses soins.

Le dossier répond à plusieurs objectifs :

- ❖ Permettre la traçabilité d'un accueil et d'un accompagnement personnalisés et coordonnés de chaque usager en s'assurant de l'adéquation entre ses besoins et les propositions de l'établissement ;
- ❖ Analyser l'activité et le fonctionnement de l'établissement ;
- ❖ Rendre compte de l'activité et du fonctionnement de l'établissement aux autorités, notamment aux autorités de contrôle et de tarification ;
- ❖ Permettre des études et des recherches, le cas échéant.

Tout établissement médicosocial dispose d'un dossier pour chaque usager, dès le premier entretien en CSAPA ambulatoire, le premier passage/contact en CAARUD, lors de l'admission en établissement résidentiel, et ce, quel que soit le lieu d'accueil et d'accompagnement de l'usager : sur le site principal de l'établissement, une antenne, une consultation avancée, une unité mobile, en consultation jeune consommateur ou en milieu carcéral.

❖ Pour en savoir plus, lire chapitre 1

PROPRIÉTÉ, HÉBERGEMENT ET DURÉE DE CONSERVATION DU DOSSIER

L'établissement a la responsabilité de la qualité et du stockage du dossier, ce dernier doit être stocké de manière sécurisée, et les données médicales doivent être séparées des autres. L'établissement doit archiver les dossiers au moins 20 ans après la dernière consultation ou le dernier séjour, sauf dispositions spécifiques.

❖ Pour en savoir plus, lire chapitre 2

ACCÈS DIRECT AU DOSSIER

Toute personne a accès à l'ensemble des informations la concernant, 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.

❖ Pour en savoir plus, lire chapitre 3 et annexe 1

PARTAGE DES INFORMATIONS

La qualité de la coordination et de la continuité de l'accompagnement et des soins repose sur le partage, des informations strictement nécessaires entre professionnels de l'équipe.

❖ Pour en savoir plus, lire annexe 3

LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

Instauré dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, le dossier médical partagé (DMP) prend la suite du dossier médical personnel mis en place en 2004. C'est un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients.

❖ Pour en savoir plus, lire annexe 4

SOMMAIRE



DOSSIER DE L'USAGER

P. 7

- 1/ Objectifs du dossier P. 7
- 2/ Constitution d'un dossier P. 8
- 3/ Information de l'utilisateur relative à la collecte des données le concernant P. 9
- 4/ Contenu du dossier, dans la pratique P. 10



CARACTÉRISTIQUES DU DOSSIER

P. 15

- 1/ Propriété du dossier P. 15
- 2/ Hébergement et durée de conservation du dossier P. 16



ACCÈS DIRECT DE L'USAGER À SON DOSSIER

P. 21

- 1/ Nature des informations accessibles P. 23
- 2/ Qui peut demander l'accès aux informations ? P. 24
- 3/ Formalisation de la demande d'accès aux informations P. 27
- 4/ Délais de communication des informations P. 29
- 5/ Modalités de communication des informations P. 29



ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU DOSSIER P. 31



ANNEXES P. 35

- 1/ Évolution de la notion de « notes personnelles » des professionnels, et accessibilité directe de l'utilisateur à son dossier P. 35
- 2/ Contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, élément du dossier P. 38
- 3/ Secret et partage des informations entre professionnels P. 42
- 4/ Dossier médical partagé (DMP) P. 47

1 DOSSIER DE L'USAGER

- 1/ OBJECTIFS DU DOSSIER
- 2/ CONSTITUTION D'UN DOSSIER
- 3/ INFORMATION DE L'USAGER RELATIVE À LA COLLECTE DES DONNÉES LE CONCERNANT
- 4/ CONTENU DU DOSSIER, DANS LA PRATIQUE

1/1 OBJECTIFS DU DOSSIER

Le dossier de l'utilisateur est la matérialisation de l'accompagnement et des soins personnalisés dont il bénéficie au sein de l'établissement.

Ce dossier doit être complété régulièrement par chaque professionnel intervenant dans la prise en charge au sein de l'établissement.

Le dossier répond à plusieurs objectifs :

- Permettre la traçabilité d'un accueil et d'un accompagnement personnalisés et coordonnés de chaque usager en s'assurant de l'adéquation entre ses besoins et les propositions de l'établissement ;
- Analyser l'activité et le fonctionnement de l'établissement ;
- Rendre compte de l'activité et du fonctionnement de l'établissement aux autorités, notamment aux autorités de

contrôle et de tarification ;

- Permettre des études et des recherches, le cas échéant.

Outre un support informatique respectant les dispositions législatives et réglementaires¹ de sécurité, peut exister un support papier qui doit être stocké dans les locaux de l'établissement, dans une armoire sécurisée.

.....

¹ En particulier décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique, et modifiant le code de la santé publique et les dispositions législatives en vigueur, notamment les articles du code de la santé publique introduits par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (L1110-4 point V du code de la santé publique et L1110-4-1)

1/2 CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Tout établissement médicosocial dispose d'un dossier pour chaque usager, créé :

- Dès le premier entretien en CSAPA ;
- Dès le premier passage/contact en CAARUD ;
- Lors de l'admission en établissement avec hébergement (appartement thérapeutique, ACT, centre thérapeutique résidentiel...).

Quel que soit le lieu d'accueil et d'accompagnement de l'usager : sur le site

principal de l'établissement, une antenne, une consultation avancée, une unité mobile, en consultation jeune consommateur ou en milieu carcéral.

Le « dossier de l'usager » en établissement médicosocial n'a pas de définition légale ou réglementaire. Seul le « dossier médical pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé » est défini dans le Code de la santé publique².

² Dossier médical défini à l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique

ZOOM EN CSAPA

En matière d'activité, acte et dossier, les règles posées dans le rapport d'activité standardisé produit par la DGS sont les suivantes :

→ Toute personne reçue en « contact en face à face dans le cadre d'une consultation » dispose d'un dossier. Les personnes reçues en CSAPA sont de deux types :

→ Le « patient » est « toute personne en difficulté avec ses consommations de substances psychoactives qui a bénéficié au moins d'un acte de prise en charge ».

→ L'« entourage » est « toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation ».

→ Concernant les « patients », un acte est une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, il faut compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, il faut compter un acte par intervenant.

Illustration : une personne en difficulté avec ses conduites addictives vient à un rendez-vous, accompagnée d'une ou plusieurs personnes, par exemple dans le cadre d'une thérapie familiale : cette rencontre sera considérée comme un acte, qui alimentera le dossier du « patient ». À cette occasion ne seront pas créés de dossiers pour les accompagnants. Si ce même accompagnant vient en rendez-vous seul à une autre occasion, un dossier sera créé le concernant.

Les professionnels participant à l'accompagnement de chaque usager recueillent ou produisent des informations médico-psychosociales à caractère personnel, à l'occasion de leurs activités de soins, d'accompagnement ou de prévention, sous forme papier ou informatique. Ce recueil de données ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès de la personne concernée, après en avoir été dûment informée.

1/3 INFORMATION DE L'USAGER RELATIVE À LA COLLECTE DES DONNÉES LE CONCERNANT

La collecte, la diffusion et tout autre traitement des données médico-psychosociales personnelles doivent se faire dans la transparence et le respect des règles de droit. Les usagers doivent donc être informés de la collecte, du stockage et du traitement des informations relatives à leur accompagnement et leurs soins, et sont libres de donner ou pas leur accord.



Droit à l'anonymat : en cas de refus d'un usager du stockage de ses informations personnelles, ou en cas de demande d'anonymat : un dossier anonymisé est créé.

Le logiciel utilisé et les modalités de leur utilisation ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et liberté (CNIL), ce qui est le cas de G12A. Tous nos établissements médicosociaux

doivent obligatoirement informer les usagers sur leurs droits, par exemple par voie d'affichage de la note suivante :

PROPOSITION D'AFFICHE D'INFORMATION DESTINÉE AUX USAGERS

Vos informations personnelles / Vos droits

L'établissement dispose d'équipements informatiques destinés à gérer les données de ses consultants et à réaliser des travaux statistiques anonymisés, ceci dans le cadre du secret professionnel auquel sont soumis tous les professionnels de l'établissement. Sauf opposition de votre part, certaines informations vous concernant, recueillies ou produites au cours de vos consultations avec les divers professionnels de l'établissement, pourront faire l'objet de saisies informatiques.

Les réponses sont facultatives. Le fait de ne pas répondre est sans conséquence. Conformément à la loi relative aux droits des malades et aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la direction de l'établissement se tient à votre disposition pour vous informer de vos droits d'accès à vos données personnelles. Pour l'accès aux informations vous concernant dans votre dossier, la demande doit être adressée par écrit : un formulaire est à votre disposition [éventuellement préciser la personne ressource et adresse]. Demandez de l'aide au sein de l'équipe, si besoin.

1/4 CONTENU DU DOSSIER, DANS LA PRATIQUE

L'accompagnement et les soins dans nos établissements étant pluridisciplinaires, le dossier comprend des informations administratives, socio-éducatives, psychologiques et de santé : le dossier est actualisé en continu par les professionnels.

Comme il s'agit de **la mémoire de la personnalisation de l'accompagnement et des soins du consultant**, le dossier comprend l'ensemble des informations le concernant. Dans le cadre de nos établissements, nos dossiers doivent être construits dans une double logique, comme :

- Mémoire pour le professionnel et l'équipe ;
- Mémoire pour le consultant, compte tenu de son droit d'accès direct, dans le respect des conditions réglementaires.

La démarche de **personnalisation du projet de chaque usager** respecte plusieurs phases :

- **Analyse de la situation** avec des éléments objectivés ;
- **Décision : fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités** et de prestations, moyens alloués au projet ;
- **Mise en œuvre ;**
- **Bilans intermédiaires et ajustements** pour répondre aux évolutions ;
- **Évaluation pour procéder à une réactualisation** du projet personnalisé. Les différentes étapes de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation du projet per-

sonnalisé font l'objet d'une traçabilité formalisée dans le dossier de l'utilisateur.

Ainsi, le dossier, sur la base du « dossier GI2A », doit retracer notamment **la chronologie et le contenu du suivi, en retenant toute information jugée utile à la coordination de l'accompagnement et des soins**. Il comprend en particulier, s'il y a lieu :

- **Document individuel de prise en charge et ses avenants**³ (ou contrat de séjour en établissement résidentiel) ;
- **Dates des consultations** et professionnels rencontrés lors de ces consultations (nom, prénom et profession) ;
- **Comptes rendus** de chaque consultation, avec notamment l'appréciation générale de la consultation ;
- **Prescription** de médicaments et d'exams, délivrance de médicaments ;
- **Participation à un ou plusieurs groupes à visée thérapeutique**, et éventuels éléments marquants ;
- **Dates et comptes rendus des appels téléphoniques importants**, notamment traités par le secrétariat ;
- **Rendez-vous annulés**, non honorés, avec ou sans excuse, ou reportés ;
- **Venue de l'utilisateur hors rendez-vous**, qu'il soit reçu en consultation ou pas ;
- **Lettres de liaisons, plus largement copies des correspondances** avec des professionnels extérieurs participant à l'accompagnement et aux soins de

.....

3 Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (D311 CASF) = « document individuel d'accompagnement » = annexe 2 pour en savoir plus

l'utilisateur : courriers envoyés à nos partenaires et reçus de nos partenaires, dans le cadre de l'accompagnement coordonné, notamment résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;

- **Dates et comptes rendus de réunion de coordination d'équipe** concernant le consultant ;
- **Notifications ou copies des certificats de présence** fournis au consultant (par exemple dans le cadre d'une obligation de soin ou d'une injonction thérapeutique) ;
- **Consentement de l'utilisateur au partage d'informations** entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, nécessaires à sa prise en charge.

Dans le cas où l'utilisateur demande l'accès à son dossier, il convient de le noter dans le dossier. Si cet accès donne lieu à une consultation ou à un entretien, il convient d'en établir un compte rendu dans le dossier.



Il convient, a minima une fois par an, d'actualiser le dossier de l'utilisateur, notamment tous les éléments de bilan.



Dans le respect du secret médical, les données médicales sont séparées des autres données du dossier, sur support papier comme informatique.

CONTENU DU DOSSIER NOTION DE « NOTES PERSONNELLES » DU PROFESSIONNEL



Aucune définition de la notion de notes « personnelles » n'est donnée dans la loi du 4 mars 2002. Il peut s'agir de notes préparatoires, de réflexions ou d'hypothèses de travail, de remarques sur l'utilisateur, son entourage familial ou professionnel, son comportement au cours des consultations, etc. Ces notes peuvent être manuscrites ou rédigées informatiquement, elles sont donc formalisées, et figurent au sein même du dossier ou séparément. Il n'y a pas de règle en la matière.

Au demeurant, toutes les données personnelles doivent obéir aux règles de sécurité, notamment en matière de stockage, qu'il s'agisse de notes qualifiées de « personnelles » par le professionnel qui les rédige ou pas.

Il revient à la direction de l'établissement d'assurer leur stockage sécurisé, après avis de l'équipe.

LA LETTRE DE LIAISON OUTIL DE FORMALISATION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ, POUR LES USAGERS ADRESSÉS À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



La loi⁴ en définit le contenu et les modalités :

Orientation vers un établissement de santé⁵

Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient (motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues). Elle est adressée par messagerie sécurisée ou tout autre moyen garantissant la confidentialité.

Elle est versée au dossier du patient et/ou au dossier médical partagé⁶ (DMP) lorsqu'elle est dématérialisée. Dans certaines conditions, un certificat médical peut tenir lieu de lettre de liaison (troubles psychiatriques).

Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de

son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations consignées dans le dossier créé lors de l'entrée en établissement de soins.

Sortie d'un établissement de santé⁷

Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins. Ils s'assurent que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

- Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;
- Motif d'hospitalisation ;
- Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événe-

ments indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

→ Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;

→ Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;

Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières. »

⁴ Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

⁵ Art. R. 1112-1-1 du code de la santé publique, prévu dans le décret du 20 juillet 2016

⁶ Voir annexe 4 du présent document

⁷ Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016

⁷ Art. R. 1112-1-2 du code de la santé publique, prévu dans le décret du 20 juillet 2016

2/ CARACTÉRISTIQUES DU DOSSIER

❖ 1/ PROPRIÉTÉ DU DOSSIER

❖ 2/ HÉBERGEMENT ET DURÉE DE CONSERVATION DU DOSSIER

2/1 PROPRIÉTÉ DU DOSSIER

La question de la propriété du dossier est délicate.

L'avis du Conseil national de l'ordre des médecins relatif au dossier médical pourrait parfaitement seoir au dossier de l'utilisateur en général : ni le législateur ni la jurisprudence n'ont tranché définitivement cette notion de propriété. Cependant, en fait et en droit, les informations du dossier médical de l'utilisateur sont accessibles et transmissibles à l'utilisateur dans les conditions prévues par la loi et dans la limite des seuls éléments formalisés.

❖ **Le médecin est le dépositaire du dossier médical** qu'il a établi pour chaque patient et qui lui permet d'assurer la continuité des soins. Ce dossier est personnel et confidentiel, mais il est « accessible » et « transmissible », et n'a donc pas le caractère « absolu » de la notion de propriété telle qu'elle est définie par le Code civil.

❖ **Le patient a librement accès aux éléments formalisés**, il peut s'en faire déli-

vrer copie, demander et contrôler leur transmission. Mais il n'a pas accès aux « informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ».



Plus qu'un enjeu de propriété, source de conflits potentiels, **le dossier médical devrait être considéré, selon le Conseil national de l'ordre des médecins sous l'angle d'une gestion.**



Pour autant, **le dossier, notamment sa qualité et son stockage sécurisé, est placé sous la responsabilité du/de la directeur/trice d'établissement.**



En annexe 4, les éléments relatifs au nouveau **dossier médical partagé (DMP)**, définis par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

2/2 HÉBERGEMENT ET DURÉE DE CONSERVATION DU DOSSIER

HÉBERGEMENT DES DONNÉES⁸

Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public⁹.

L'hébergement des données nécessite l'accord de la personne concernée.

DURÉE DE CONSERVATION DES DOSSIERS

Les textes relatifs à la durée de conservation des dossiers sont ceux s'appliquant au dossier médical¹⁰, à défaut de texte réglementaire relatif aux dossiers médicosociaux : article R. 1112-7 du

Code de la santé publique.

❖ **Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006** relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;

❖ **Instruction interministérielle** n° HOS/EI/DAF/DPACI/2007/322 et n° DAF/DPACI/RES/2007/014 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical.

Conditions de conservation des dossiers médicaux

Les dispositions réglementaires relatives aux conditions de conservation et d'élimination des dossiers médicaux s'appliquent aux données électroniques comme aux dossiers « papier ».

Durée de conservation

❖ Le dossier médical constitué dans l'établissement de santé doit être conservé pendant vingt ans à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient dans l'établissement ;

❖ Obligation de conserver l'ensemble des informations relatives à un même patient, quelle que soit la date à laquelle elles ont été constituées ou recueillies par l'établissement de santé, tant que le dernier passage de ce patient ne remonte pas à plus de vingt ans.

Cette durée de conservation répond notamment aux **exigences médicales** :

❖ D'une part en effet, il est probable que des informations de santé qui n'ont pas été réactivées depuis vingt ans ou davantage sont soit sans lien avec l'état

actuel du patient, soit devenues obsolètes compte tenu de l'évolution des techniques médicales ;

❖ D'autre part, le délai de vingt ans constitue une durée minimale. Il revient donc à chaque établissement d'apprécier au cas par cas si, en raison de l'intérêt qu'elles présentent encore à l'issue de ce délai, tout ou partie des informations médicales relatives à un même patient doit être conservé plus longtemps ou si elles peuvent être éliminées. Chaque établissement peut élaborer une politique de conservation plus contraignante en fonction des pathologies concernées ;

❖ Par ailleurs, lorsqu'un patient change d'établissement de santé, le nouvel établissement qui le prend en charge peut toujours, sauf opposition du patient dûment averti, se faire communiquer une copie de tout ou partie de son dossier médical constitué dans l'établissement précédent. Cette communication ne proroge pas les délais de conservation dans l'établissement d'origine. En revanche, l'établissement qui aura recueilli ces informations devra les conserver pendant vingt ans au moins après le dernier passage du patient en son sein.

Cette durée de conservation connaît des aménagements :

❖ Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage. Ainsi, le point de départ de la prescription est constitué par la date de

consolidation du dommage, la responsabilité médicale peut ne pas se trouver prescrite à l'issue d'un délai de vingt ans suivant le dernier passage du patient victime d'un dommage ;

❖ Prolongation du délai au bénéfice des **personnes mineures** : lorsque cette conservation de vingt années s'achève avant le vingt-huitième anniversaire du patient, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date. Cette prorogation, qui tient compte du fait que les délais de prescription ne courent pas en ce qui concerne les personnes mineures, est destinée à garantir aux patients un délai minimum de dix ans à compter de leur majorité ;

❖ Minoration du délai **en cas de décès du patient** : si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier doit être conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date de son décès. En effet, compte tenu des dispositions précitées de l'article L. 1142-28 du Code de la santé publique, aucune action tendant à engager la responsabilité médicale ne peut plus être intentée à l'expiration de ce délai ;

❖ Suspension du délai en cas de **procédure en cours** : 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.

⁸ Art. L. 1110-4-1 du code de la santé publique

⁹ GIP mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique

¹⁰ Dossier médical défini à l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique

Délais plus contraignants

La mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel qui doivent figurer dans le dossier médical doivent y être conservées pendant une durée de trente ans. Il est donc recommandé aux établissements de santé de réserver un classement particulier à ces informations, s'ils souhaitent pouvoir éliminer les autres éléments du dossier médical à l'issue du délai de droit commun, sans avoir à procéder à de longues opérations de tri.

CONDITIONS D'ÉLIMINATION DES DOSSIERS

■ Règles communes à l'ensemble des établissements de santé :

À l'issue des délais de conservation mentionnés ci-dessus, le dossier peut être éliminé, et la décision en revient au directeur.trice de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale, comme mentionné à l'article L. 6113-7 du Code de la santé publique. Ce médecin devra donc être consulté par l'établissement de santé sur l'opportunité de fixer des durées de conservation excédant vingt ans pour certaines catégories de dossiers.

■ Règles particulières aux dossiers médicaux présentant le caractère d'archives publiques :

Les dispositions susmentionnées s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé. Toutefois, dans les établissements publics de santé et les établissements privés de santé participant à l'exécution du service public hospitalier, l'élimination des

dossiers médicaux est toujours subordonnée au visa de la direction des archives départementales territorialement compétente, qui peut choisir de conserver certains dossiers à titre définitif afin de documenter la recherche.

■ Modalité de délivrance des visas d'élimination :

Il appartiendra aux directions des archives départementales de veiller tout particulièrement aux conditions de délivrance des visas d'élimination, et de définir exactement les données dont ils souhaiteraient assurer la conservation définitive pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique, en étroite liaison avec l'établissement de santé concerné.

DANS LA PRATIQUE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICOSOCIAUX RELEVANT DE L'ADDICTOLOGIE

Par transposition, compte tenu des données de santé à caractère personnel contenues dans les dossiers de nos usagers, s'appliquent :

❖ **Durée d'archivage :** 20 ans après dernière consultation ou séjour, sauf dispositions particulières (supra) ;

❖ Élimination :

❖ Dans le respect des délais d'archivage, la décision d'élimination est prise par le directeur.trice d'établissement après avis du médecin coordinateur.

❖ « Le médecin coordinateur est responsable de la tenue des dossiers des

patients. [...] Il est consulté sur les modalités de garde des dossiers patients ainsi que sur celle de la sécurisation des données papier ou informatiques qu'ils contiennent. »¹¹.

❖ Avant destruction, se rapprocher de la direction des archives départementales territorialement compétent pour, s'il l'estime nécessaire, obtenir un visa d'élimination.

.....

■ Profil de poste ANPAA de médecin coordinateur

3/ ACCÈS DIRECT DE L'USAGER À SON DOSSIER

- 1/ NATURE DES INFORMATIONS ACCESSIBLES
- 2/ QUI PEUT DEMANDER L'ACCÈS AUX INFORMATIONS ?
- 3/ FORMALISATION DE LA DEMANDE D'ACCÈS AUX INFORMATIONS
- 4/ DÉLAIS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS
- 5/ MODALITÉS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS

La communication du dossier à la personne répond souvent à une demande d'information qui survient a posteriori ; elle peut pallier un déficit antérieur d'information. Une attention particulière doit donc être consacrée à ce type de demande lors de la communication du dossier.

L'accès direct de l'utilisateur à son dossier est un droit inscrit dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Cet accès direct au dossier concerne :

- Les professionnels de santé ;
- Les établissements de santé (hôpitaux par exemple) ;
- Les services et établissements so-

ciaux et médicosociaux (dont les CSA-PA et CAARUD et ACT).

Ces deux lois renvoient à des décrets d'application. Seul le décret relatif aux professionnels et établissements de santé a été publié¹².

La volonté du législateur étant la même pour les établissements de santé et les établissements médicosociaux, a été transposé le décret du 29 avril 2002 ci-après, aux établissements médicosociaux relevant de l'addictologie.

¹² 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

TEXTES DE RÉFÉRENCE

■ **L. 311.3 CASF** : le point 5 précise que toute personne prise en charge dans les établissements et services sociaux et médicosociaux « a droit à l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ». Les modalités de mise en œuvre de ce droit à la communication doivent être fixées par voie réglementaire. Aucun texte d'application n'est paru à ce jour.

■ **L. 1111-7 CSP** : précise que « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, 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.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne [...] ».



Chaque établissement doit disposer d'un protocole d'accès aux informations relatives à la prise en charge inscrit dans le projet d'établissement. Ce droit d'accès direct à son dossier doit être porté à la connaissance de chaque usager, lors de la présentation du fonctionnement de l'établissement et des droits et libertés des usagers, et inscrit dans le livret d'accueil et règlement de fonctionnement.

3/1 NATURE DES INFORMATIONS ACCESSIBLES

Les textes publiés en 2002 ne se limitent pas à la notion restrictive de dossier médical (comme cela était le cas dans le décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés).

Les informations accessibles sont les « informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé ».

À noter qu'en 2011 l'article **L. 1111-7 CSP** de la loi du 4 mars 2002 concernant la qualification des informations accessibles a été modifié :

❖ En supprimant les termes : informations de santé qui « ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention » ;

❖ En ajoutant les termes : informations « concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit ».



Par conséquent, les informations accessibles à l'utilisateur sont :

❖ **La TOTALITÉ des « informations formalisées à quelque titre que ce soit », y compris les notes dites « personnelles », puisque par définition elles sont formalisées**

(manuscrites ou sous format électronique)¹³ ;

❖ Ou les informations ayant « 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 ».



Sont exclues du dossier accessible à l'utilisateur les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès d'un tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Illustrations : sont exclues, non pas du dossier, mais des informations accessibles :

❖ L'information recueillie auprès de l'utilisateur mentionnant que son père avait une problématique addictive, que son conjoint a des comportements violents ;

❖ L'information communiquée par la conjointe du consultant mentionnant que celui-ci ne peut pas honorer son rendez-vous compte tenu de sa surconsommation d'alcool ce jour.

A contrario, un compte rendu d'hospitalisation ou des résultats biologiques, par exemple, issus d'un établissement ou professionnel de santé, versés au dossier de l'utilisateur, sont transmissibles puisqu'ils sont issus d'un tiers intervenant dans la prise en charge.

.....

¹³ Notes personnelles : voir annexe I

3/2 QUI PEUT DEMANDER L'ACCÈS AUX INFORMATIONS ?

Peuvent avoir accès aux informations :

- La personne concernée ;
- L'ayant droit, concubin ou partenaire lié par PACS¹⁴ en cas de décès du consultant ;
- La personne ayant l'autorité parentale, avec le consentement de la personne mineure ;
- La personne chargée de l'exercice de la mesure de protection juridique habilitée à la représenter ou l'assister ;
- Ou, le cas échéant, le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire.



La demande n'a pas à être motivée par la personne demandeuse, sauf si elle a la qualité d'ayant droit.



L'identité et la qualité du demandeur sont à vérifier FORMELLEMENT (faire une photocopie recto verso d'une pièce d'identité et de toutes les pièces justifiant de sa qualité : ayant droit, concubin, partenaire PACSé, tuteur). Aucune demande ne peut être satisfaite sans certitude de l'identité du demandeur.

¹⁴ Concubin et partenaire lié par un pacte civil de solidarité ont été ajoutés au L. 1110-4 point V du CSP par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Précisions :

❖ **L'ayant droit, son concubin ou son partenaire PACSé en cas de décès du consultant.**

L. 1110-4 point V du CSP : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès¹⁵. »

Par conséquent, lors de sa demande, l'ayant droit, son concubin ou son partenaire PACSé doit préciser le MOTIF pour lequel il a besoin d'avoir connaissance de ces informations.

Le refus éventuellement opposé à cet ayant droit, concubin ou partenaire PACSé doit être motivé. Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical.

Si l'établissement donne son accord pour l'accès aux informations par l'ayant droit, le concubin ou le partenaire PACSé, celui-ci n'a accès qu'aux seuls éléments du dossier médical nécessaires à la réalisation de son objectif, selon le motif qu'il a exprimé lors

¹⁵ Il est recommandé de préciser dans le dossier d'une personne son refus que soient communiquées certaines informations aux ayants droit en cas de décès

de sa demande : permettre de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits¹⁶.

LA QUALITÉ D'AYANT DROIT



Sont seuls visés les successeurs légaux du défunt¹⁷, définis conformément aux dispositions des articles 731 et suivants du Code civil (héritiers, conjoint survivant...), immédiats ou résultant de l'ordre de succession¹⁸, qu'ils aient ou non renoncé à la succession¹⁹, ainsi que les successeurs testamentaires²⁰. L'opposition d'un ou de plusieurs ayants droit ou un risque de conflits entre ayants droit ne peut faire obstacle à l'accès des autres ayants droit aux informations médicales²¹. En application de l'article R. 1111-1 du Code de la santé publique, il appartient à l'administration de s'assurer par tous moyens, que le demandeur peut se prévaloir de la qualité d'ayant droit (acte de notoriété, certificat d'hérédité...).

¹⁷ Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

¹⁸ CADA (Commission d'accès aux documents administratifs) - Conseil n°20074029 du 25 octobre 2007.

¹⁹ CADA - Avis n°20080509 du 24 janvier 2008.

²⁰ Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne et Conseil n°20084024 du 23 octobre 2008. Supra.

²¹ CADA - Conseil n°20074973 du 20 décembre 2007.

¹⁶ Dans le respect des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès (arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation de ces recommandations).

❖ **La personne ayant l'autorité parentale, avec le consentement de la personne mineure**, dans le respect du principe suivant, extensible à tous les professionnels intervenant dans le système de santé :

L. 1111-5 du CSP : « Par dérogation à l'article 371-I du Code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. »
Il est recommandé de faire apparaître clairement dans le dossier de la personne

mineure son refus de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale²².

22 Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne

INFIRMIER.E, SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE D'UNE PERSONNE MINEURE ET DISPENSATION DU CONSENTEMENT DU/DES TITULAIRE.S DE L'AUTORITÉ PARENTALE



La nouvelle législation²³ prévoit qu'un.e infirmière peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmière doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

23 Article L 1111-5-1 du code de la santé publique, créé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, par dérogation à l'article 371-I du code civil

3/3 FORMALISATION DE LA DEMANDE D'ACCÈS AUX INFORMATIONS

Il convient que chaque établissement porte à la connaissance des usagers le fait que la demande est à adresser :

- ❖ **Au/à la directeur.trice de l'établissement ;**
- ❖ **Ou au médecin coordinateur** de l'établissement ;
- ❖ **Ou à un professionnel désigné** par l'établissement.

Les textes législatifs et réglementaires²⁴ ne précisent aucune modalité d'expression particulière de la demande par l'utilisateur. Toutefois, les recommandations de bonnes pratiques²⁵ proposent la mise à disposition par l'établissement d'un formulaire type, afin de faciliter le traitement de la demande, en évitant à la fois les demandes imprécises et l'absence de choix quant aux différentes possibilités d'accès au dossier.

Par conséquent, il convient que la demande, même si elle est exprimée oralement, soit formalisée par écrit, signée et datée. La date de cette demande ainsi formalisée sera celle à partir de laquelle les délais d'accès aux informations devront courir.

24 L. 311.3 du CASF, L. 1111-7 du CSP et décret du 29 avril 2009

25 Dans le respect des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès (arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation de ces recommandations)

PROPOSITION DE FORMULAIRE DESTINÉ AUX USAGERS



Demande d'accès direct au dossier

Je soussigné(e) Madame/Monsieur [nom et prénom], demande à avoir accès à l'ensemble des documents et informations relatifs à mon accompagnement et soins au sein de l'établissement [préciser type d'établissement CSAPA/CAARUD/ACT et adresse complète].

Les informations accessibles excluent celles mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès d'un tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Ces informations, si elles ont moins de cinq ans, me seront accessibles au plus tôt dans les quarante-huit heures, au plus tard dans huit jours. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations datent de plus de cinq ans.

Modalités d'accès aux informations demandées :

- Par consultation sur place, accompagnée du médecin de l'établissement [nom]
- Par consultation sur place, accompagnée d'un autre professionnel de l'établissement [nom et qualité]
- Par remise des copies des documents
- Par envoi de copies des documents à cette adresse : [préciser]
- Avec la présence d'un tiers : [préciser nom, prénom, qualité si l'utilisateur souhaite le préciser]
- Autre :

Fait à [ville], le [date] [signature]

Il est recommandé d'accuser réception de la demande par tout moyen.

3/4 DÉLAIS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS

...✦ Au plus tard dans les huit jours suivant sa demande ;

...✦ Au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé ;

...✦ Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations datent de plus de cinq ans. Cette période de cinq ans court à compter de la date à laquelle l'information médicale a été constituée.

3/5 MODALITÉS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS

Les modalités de communication des informations sont celles choisies par la personne :

...✦ Soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, demande de copies de documents ; cette consultation sur place peut être accompagnée par le médecin coordinateur de l'établissement, ou un autre médecin de l'établissement du choix de l'utilisateur ;

...✦ Soit par l'envoi postal de copies des documents ;

Les copies sont établies sur un support analogue à celui utilisé par l'établissement ou sur papier, au choix du demandeur et dans la limite des possibilités techniques de l'établissement ;

...✦ Avec la présence d'une tierce personne à la demande de la personne.

En outre, la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par l'établissement, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

Dans le cas de la présence d'une tierce personne, à la demande de la personne ou sur proposition de l'établissement, il est indispensable d'informer le demandeur du fait que la tierce personne aura connaissance d'informations strictement personnelles sur sa santé. Il est aussi indispensable d'informer la tierce personne qu'elle est tenue pénalement de respecter la confidentialité des informations de santé de la personne qu'elle accompagne.

Les frais occasionnés par la demande éventuelle de reproduction et d'envoi de documents (reproduction et envoi de copies de tout ou partie du dossier en cas de demande initiale d'envoi postal ou après consultation sur place) sont à la charge du demandeur. Ces frais ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.



Idéalement, toute copie des éléments accessibles du dossier, extrait ou totalité, s'accompagne d'un entretien avec l'utilisateur, avec présence à minima du médecin de l'établissement.



Il convient de noter au dossier toute demande d'accès au dossier. Si cet accès donne lieu à une consultation, il convient d'en établir un compte rendu.

AVERTIR LES USAGERS DU CARACTÈRE STRICTEMENT PERSONNEL DES INFORMATIONS DE SANTÉ, DU RISQUE DE L'USAGE NON MAÎTRISÉ APRÈS DIFFUSION À DES TIERS



Il convient de rappeler à l'usager qui demande une copie partielle ou totale de son dossier, le caractère strictement personnel des informations contenues dans son dossier vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, avocat...). « La personne doit exercer son droit d'accès au dossier avec la pleine conscience du caractère strictement personnel des informations de santé qu'elle va détenir. Il convient de l'informer des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers qui sont exclus du droit de réclamer directement ces informations aux professionnels, aux établissements de santé ou aux hébergeurs. Ces tiers peuvent plus facilement exercer des pressions illégitimes pour que la personne leur transmette directement des informations de santé qui la concernent et dont elle doit préserver le caractère confidentiel »²⁶.

Concernant les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives, il arrive que des avocats demandent à leur client d'accéder à leur dossier dans le cadre de leur défense, par exemple concernant une procédure de divorce ou de garde des enfants : dans ces circonstances délicates, il convient de bien sensibiliser l'usager du risque d'usage non maîtrisé de ses données personnelles de santé.

Il convient d'informer la personne accueillie qu'elle peut cependant fournir à tout tiers lui demandant un document attestant de son accompagnement et de ses soins en addictologie (par exemple le SPIP²⁷) une attestation de présence (à une date donnée) ou de suivi (plusieurs dates).

²⁶ Extrait de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

²⁷ SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

4 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU DOSSIER



Cette partie reprend intégralement l'annexe 5 du « Guide pour les établissements sociaux et médico-sociaux – Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée – Recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité » de la DGAS de juin 2007. Il s'agit d'un exemple de référentiel d'évaluation relatif au dossier inspiré des travaux réalisés par l'ALGEEI²⁸.

Ces références et critères ont servi de base à l'élaboration des guides d'évaluation interne ANPAA des CSAPA et CAARUD.

RÉFÉRENCE I :

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier de la personne accueillie ou accompagnée dans l'ensemble des secteurs d'activité.

a : l'établissement a défini une politique relative au dossier de la personne ac-

²⁸ ALGEEI : Association Laïque de Gestion d'Etablissements d'Education et d'Insertion.

cueillie ou accompagnée.

c : les professionnels concernés participent à l'élaboration et la mise en œuvre du dossier de la personne accueillie ou accompagnée et du projet.

d : la politique du dossier de la personne accueillie ou accompagnée est connue de l'ensemble des professionnels.

RÉFÉRENCE 4 :

La mise en œuvre du dossier de la personne accueillie ou accompagnée est organisée de façon à favoriser un accès et une gestion fiables et sécurisés des informations le concernant pendant et après la prise en charge.

a : l'établissement définit les modalités de constitution, de gestion, de conservation et d'archivage du dossier de la personne accueillie ou accompagnée.

b : l'établissement s'organise pour assurer la protection de la confidentialité du dossier et des informations concernant la personne accueillie ou accompagnée.

c : chaque information contenue dans le dossier de la personne accueillie ou accompagnée est datée et comporte les

éléments nécessaires à l'identification du professionnel concerné.

d : l'accès aux informations contenues dans le dossier de la personne accueillie ou accompagnée et dans le projet individualisé est réservé à la personne accueillie ou accompagnée et aux professionnels.

RÉFÉRENCE 5 :

Les conditions d'accès à son dossier par la personne accueillie ou accompagnée ou son représentant légal sont définies.

a : l'établissement définit les règles d'accès au dossier de la personne accueillie ou accompagnée.

b : la personne accueillie ou accompagnée est informée des conditions d'accès à son dossier.

RÉFÉRENCE 6 :

L'établissement définit et met en œuvre un dossier de la personne accueillie ou accompagnée avec une architecture type.

a : l'architecture type du dossier de la personne accueillie ou accompagnée est cohérente avec la nature de l'établissement ou service.

b : le dossier de la personne accueillie ou accompagnée est conforme à la réglementation.

c : le dossier de la personne accueillie ou accompagnée regroupe des informations sur la personne accueillie ou accompagnée et/ou son environnement et/ou sa famille.

d : la liste des pièces du dossier de la

personne accueillie ou accompagnée est définie.

e : le contrat de séjour (ou le document individuel de prise en charge) et le projet individualisé font partie du dossier de la personne accueillie ou accompagnée.

RÉFÉRENCE 7 :

Le contenu du dossier de la personne accueillie ou accompagnée permet d'assurer la coordination, la cohérence et la continuité de la prise en charge entre professionnels.

a : le dossier de la personne accueillie ou accompagnée est organisé et classé.

b : le dossier de la personne accueillie ou accompagnée comporte les informations actualisées sur l'évolution de la personne accueillie ou accompagnée et de sa prise en charge.

c : les professionnels concernés définissent la nature et le contenu des éléments du dossier de la personne accueillie ou accompagnée à transmettre aux partenaires extérieurs.

RÉFÉRENCE 8 :

Dans les établissements médico-sociaux, le dossier médical fait l'objet d'un traitement spécifique conforme à la loi et au code de déontologie médicale.

a : les informations contenues dans le dossier médical sont couvertes par le secret médical.

b : les informations recueillies par les professionnels d'une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un médecin

directeur²⁹ peuvent faire partie du dossier médical, et ce sous sa responsabilité.

c : le projet individualisé de soins établi par les professionnels d'une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un médecin directeur peut faire partie du dossier médical, et ce sous sa responsabilité.

d : l'architecture du dossier médical et ses modalités de conservation sont conformes à la loi.

e : les modalités d'accès au dossier médical et de transmission des informations contenues dans ce dossier sont conformes à la loi.

RÉFÉRENCES 9 :

Le dispositif du dossier de la personne accueillie ou accompagnée fait l'objet d'évaluations et d'améliorations continues.

b : une évaluation portant sur la constitution du dossier et les conditions de sa mise en œuvre est réalisée.

c : Les résultats des évaluations font l'objet d'actions d'amélioration.

.....

²⁹ Aucun établissement ANPAA n'est dirigé par un médecin

ANNEXES

- 1/ ÉVOLUTION DE LA NOTION DE NOTES PERSONNELLES DES PROFESSIONNELS ET ACCESSIBILITÉ DIRECTE DE L'USAGER À SON DOSSIER
- 2/ CONTRAT DE SÉJOUR OU DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE, ÉLÉMENT DU DOSSIER
- 3/ SECRET ET PARTAGE DES INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS
- 4/ DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

ANNEXE I : Évolution de la notion de notes personnelles des professionnels et accessibilité directe de l'utilisateur à son dossier

Le statut des notes personnelles au regard de l'accessibilité à l'utilisateur a évolué, avec une évolution notable en 2007 :

→ **De 2002 à 2004** : une note personnelle est transmissible si elle est formalisée et a contribué au diagnostic ou au traitement.

En effet, l'article L. 1111-7 CSP était à cette époque ainsi rédigé : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations détenues par les professionnels 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, [...], 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 de tels tiers ».

On a donc dans un premier temps distingué les notes présentant une mise en forme minimum et traduisant un raisonnement ayant abouti à un choix thérapeutique, et celles ne constituant que des notes préparatoires ou de simples hypothèses de travail. Seules les premières devaient être transmises.

❖ **De 2004 à 2007 :** une note personnelle est transmissible si elle a été conservée et a contribué au diagnostic et au traitement.

L'arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, a défini ce qu'est un document formalisé : « il s'agit des informations auxquelles est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles. »

Toute note personnelle est donc nécessairement formalisée, puisque qu'elle soit manuscrite ou informatisée, mise en forme ou de style télégraphique, elle repose sur un support qui la rend accessible et conservable.

Mais elle n'était transmissible que si elle avait contribué au diagnostic ou au traitement, l'arrêté rappelant que « C'est dans la mesure où certaines des notes des professionnels de santé ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou le cas échéant échangées, parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention, qu'elles peuvent être considérées comme "personnelles" et ne pas être communiquées : elles sont alors intransmissibles et inaccessibles à la personne concernée comme aux tiers, professionnels ou non ».

La jurisprudence administrative a confirmé cette conception en condamnant un

centre hospitalier qui, saisi d'une demande de communication de dossier médical, n'avait transmis qu'un résumé des observations cliniques du praticien traitant, établi a posteriori à partir de notes personnelles. Il a été considéré que « les notes manuscrites du médecin traitant qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement de l'intéressé et qui ont été conservées par l'hôpital font partie du dossier médical » et l'hôpital a dû les communiquer à la patiente.

❖ **Depuis 2007 :**

La loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé a modifié l'article L. 1111-7 du CSP qui est désormais ainsi rédigé : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, 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 ».

La référence « à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention » a donc été sup-

primée, et la notion d'information détenue « à quelque titre que ce soit » est en revanche introduite, conférant ainsi une portée encore plus large aux pièces médicales visées par le droit d'accès direct du patient.

Comme il n'est même plus nécessaire qu'une note personnelle ait contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic ou du traitement pour être transmissible, en pratique, toute note personnelle a vocation à être transmise dès lors qu'elle est formalisée.

ANNEXE 2 : **Contrat de séjour** **ou document** **individuel de prise** **en charge,** **élément du dossier**

Un contrat de séjour ou document individuel de prise en charge est conclu entre la personne accueillie et le représentant de l'établissement social ou médicosocial, en application des articles L. 311-4 et D. 311 du CASF.

CONTRAT DE SÉJOUR **OU DOCUMENT INDIVIDUEL** **DE PRISE EN CHARGE (DIPC)**

❖ Le contrat de séjour est conclu dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois (par exemple en CSAPA - centre thérapeutique résidentiel ou en appartement de coordination thérapeutique-ACT).

Ce contrat est conclu entre la personne accueillie ou son représentant légal et le représentant de l'établissement, de l'organisme gestionnaire de l'établissement. Lorsque la personne accueillie ou son représentant légal refuse la signature dudit contrat, il est procédé à l'établissement du document individuel de prise en charge.

❖ Le DIPC est établi dans les établissements médicosociaux ambulatoires en addictologie (CSAPA, CAARUD).

SIGNATURE DU DIPC

❖ Le DIPC est établi et signé par le directeur.trice de l'établissement ou par une personne désignée par l'organisme ou la personne gestionnaire de l'établissement.

❖ Il peut être contresigné par la personne accueillie ou son représentant légal ; cette signature est facultative.

CALENDRIER D'ÉLABORATION ET D'ACTUALISATION **DU CONTRAT DE SÉJOUR OU DIPC**

J	ADMISSION = 1^{er} rendez-vous dans un cadre ambulatoire
J + 15 jours	Le contrat de séjour ou DIPC est établi lors de l'admission et remis à chaque personne et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'admission.
J+ un mois	Le contrat est signé dans le mois qui suit l'admission. Le contrat de séjour ou DIPC est établi pour la durée qu'il fixe. Suggestion, dans la pratique : ❖ En ambulatoire, afin d'être, non pas standardisé, mais véritablement personnalisé, le DIPC peut être élaboré et signé à l'issue de 2 ou 3 rendez-vous, le temps de mener une évaluation de qualité, partagée avec l'utilisateur. ❖ Il est proposé d'élaborer le projet de DIPC avec l'utilisateur à l'issue de ces 2 ou 3 rendez-vous, et de le soumettre pour avis en réunion de coordination. ❖ Attention à ce que pas trop de temps d'accompagnement ne s'écoule avant l'élaboration et la signature de ce document.
J + 6 mois	Un avenant précise dans le délai maximum de six mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne.
J+ un an	Chaque année, la définition des objectifs et des prestations est réactualisée.
Autant que nécessaire	Les changements des termes initiaux du contrat ou du document font l'objet d'avenants ou de modifications conclus ou élaborés dans les mêmes conditions.

CONTENU DU CONTRAT **DE SÉJOUR**

❖ Les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures qu'il contient ;

❖ La définition avec l'utilisateur ou son re-

présentant légal des objectifs de la prise en charge ;

❖ La mention des prestations d'action sociale ou médicosociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement

ment les plus adaptées ;

❖ La description des conditions de séjour et d'accueil ;

❖ Les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation ;

❖ Le contrat est établi, le cas échéant, en tenant compte des mesures et décisions administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation, préalablement ordonnées, adoptées ou arrêtées par les instances ou autorités compétentes. Dans ce cas, les termes du contrat mentionnent ces mesures ou décisions.

CONTENU DU DIPC

❖ Les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures qu'il contient ;

❖ La définition avec l'utilisateur ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge ;

❖ La mention des prestations d'action sociale ou médicosociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées ;

Il peut contenir :

❖ La description des conditions de séjour et d'accueil ;

Il contient en tant que de besoins :

❖ Les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation ;

❖ Le contrat est établi, le cas échéant, en tenant compte des mesures et décisions administratives, de justice, médicales et

thérapeutiques ou d'orientation, préalablement ordonnées, adoptées ou arrêtées par les instances ou autorités compétentes. Dans ce cas, les termes du contrat mentionnent ces mesures ou décisions.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Le document est destiné à l'utilisateur et il est systématiquement proposé de lui remettre. Si l'utilisateur accepte de le recevoir : le document original lui est remis, une copie figure dans son dossier.

Comme dans le cadre de l'accès direct au dossier par l'utilisateur, il convient de rappeler à la personne les précautions à prendre s'agissant du respect du caractère strictement personnel des informations qu'elle va détenir à travers ce document individuel, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, avocat...) : ce « document individuel » lui appartient et il convient d'informer la personne qu'il est préférable qu'elle ne le transmette pas à des tiers ne participant pas à son accompagnement et ses soins en addictologie.

Il convient d'informer la personne accueillie qu'elle peut cependant fournir à tout tiers lui demandant un document attestant de son accompagnement et de ses soins en addictologie (par exemple le SPIP³⁰) une attestation de présence (à une date donnée) ou de suivi (plusieurs dates).

³⁰ SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

PROPOSITION DE CONTENU DE DIPC POUR LES CSAPA AMBULATOIRES OU CAARUD



Nom et prénom de la personne accueillie :

Date de la première consultation :

Établissement : CSAPA / CAARUD (coordonnées) :

Durée de validité (maximum 6 mois pour le 1er DIPC, un an maximum pour ses actualisations successives) :

Professionnels ayant participé à l'élaboration de ce document (nom, prénom, fonction) :

Origine de l'orientation au sein de l'établissement (facultatif) : décrire les décisions médicales, d'orientation, administratives, ou de justice qui ont présidé à l'orientation vers l'établissement. Par exemple : obligation de soins de x mois (dates), orientation par le médecin généraliste (nom), orientation par le médecin du travail (nom et coordonnées).

Objectif(s) de l'accompagnement et des soins :

Prestations d'accompagnement et de soins : décrire l'ensemble des prestations, individuelles et/ou collectives, proposées par l'établissement, compte tenu des besoins identifiés de la personne et actées avec elle.

Votre accompagnement s'inscrit dans le cadre d'un projet personnalisé dans le temps nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés.

La qualité des conditions de cet accompagnement s'inscrit dans le respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et du règlement de fonctionnement de l'établissement.

Ce document est valable pour la durée qu'il fixe et peut être révisé autant que de besoin par avenant.

Vous pouvez renoncer à l'accompagnement et aux soins au sein de cet établissement à tout moment, en annulant tout rendez-vous pris.

L'établissement est financé par l'assurance maladie. De ce fait, aucune participation financière ne vous sera demandée.

Date (de signature du document) :

Pour l'établissement
Nom et prénom, fonction,
Signature

La personne accueillie
Nom et prénom
Signature facultative

ANNEXE 3 :

Secret et partage des informations entre professionnels

À RETENIR



- Texte de référence : **article L1110-4 du code de la santé publique.**
- **Notion de secret professionnel et partagé étendu à « tout professionnel du secteur médico-social ou social ou établissement ou service social et médico social »** (loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et décret du 20 juillet 2016).
- **Partage des informations relatives à un usager entre professionnels d'une même équipe participant à sa prise en charge :** partage des informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social
 - **Sous réserve d'information de la personne, avec son accord tacite.**
- **Partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins des informations nécessaires à la prise en charge d'une personne.**
 - **Sous réserve de son consentement préalable, recueilli par tout moyen.**
- **La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant.** Elle peut exercer ce droit à tout moment.

SECRET DES INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE « PRISE EN CHARGE »

Ce droit essentiel pour les usagers est garanti par la loi et rappelé au début de l'article qui traite également du partage des informations :

« **I.** - Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »

SECRET PARTAGÉ ENTRE PROFESSIONNELS

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge dans la double limite :

- Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ;
- Du périmètre de leurs missions.

SECRET PARTAGÉ ENTRE PROFESSIONNELS DE LA MÊME ÉQUIPE

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. **Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.** L'information de la personne est un préalable obligatoire néanmoins lorsque l'information est partagée entre deux professionnels de catégories différentes (cf infra).

PARTAGE DES INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS NE FAISANT PAS PARTIE DE LA MÊME ÉQUIPE

« Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

L'ÉQUIPE DE SOINS

Une équipe de soins est définie de la manière suivante : il s'agit d'un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

- Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

CATÉGORIES DE PROFESSIONNELS SUSCEPTIBLES D'ÉCHANGER OU DE PARTAGER DES INFORMATIONS RELATIVES À LA MÊME PERSONNE PRISE EN CHARGE

Deux catégories de professionnels sont identifiées :

■ Les professionnels de santé :

- Les professions médicales : médecins, sages-femmes et odontologiste ;
- Les professions de la pharmacie : pharmaciens, préparateurs en pharmacie et en pharmacie hospitalière (art. 4211-1 à 4244-2) ;
- Les professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

■ Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

- Assistants de service social ;
- Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;
- Assistants maternels et assistants familiaux ;
- Educateurs et aides familiaux, per-

sonnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie ;

- Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées ;
- Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales ;
- Non-professionnels de santé salariés des établissements et services médico-sociaux (par exemple les secrétaires ou les directeurs) ;
- Non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du même code pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie ;
- Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention.



L'ensemble des professionnels des établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie sont susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge

INFORMATION DE LA PERSONNE SUR SON DROIT D'OPPOSITION AU PARTAGE D'INFORMATIONS AINSI QUE DU PARTAGE DES INFORMATIONS ET À QUI

La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Elle est systématiquement informée :

- Des informations qui sont partagées avec d'autres professionnels.
- Et soit de l'identité de la personne qui reçoit cette information partagée et de la catégorie dont il relève soit de sa qualité au sein de la structure précisément définie.

GARANTIE DE SÉCURISATION DES DONNÉES³¹

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'État pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informa-

.....

31 Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
Décret n°2011-246 du 4 mars 2011 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel sur support papier et modifiant le code de la santé publique.

tique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

EN CAS DE DIAGNOSTIC OU PRONOSTIC GRAVE, EN CAS DE DÉCÈS

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité,

dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- ❖ Article L. 1110-4 du code de la santé publique modifié par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (art. 96).
- ❖ Article L. 1110-12 du code de la santé publique.
- ❖ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

ANNEXE 4

Dossier médical partagé (DMP)

À RETENIR



- ❖ **Le dossier médical partagé prend la suite du dossier médical personnel** mis en place en 2004.
- ❖ **Le dossier médical partagé est un dossier médical numérique** destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients.
- ❖ **Dossier placé sous la responsabilité de l'assurance maladie**, le DMP n'a pas pour objectif de se substituer au dossier de l'utilisateur au sein de nos établissements médicosociaux
- ❖ **Il vise avant tout à favoriser le partage des informations utiles à l'accompagnement des personnes** dans un objectif global de décloisonnement et de parcours de soins coordonné.
- ❖ **Il peut être créé par la personne (« le bénéficiaire ») ou le professionnel de soin** y compris en CSAPA/CAARUD/ACT avec l'accord de la personne.

1/ DÉCLOISONNEMENT, PARTAGE ET PARCOURS DE SOINS

Ce dossier médical partagé prend la suite du dossier médical personnel mis en place en 2004. « Le dossier médical partagé est un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en

charge coordonnée des soins des patients ». Il vise à favoriser le partage des informations entre les acteurs de santé et les différentes structures. Il doit donc aider au décloisonnement entre santé, social et médico-social et participer ainsi à un meilleur parcours de soins.

Il est placé sous la responsabilité de l'assurance maladie et n'a pas pour objectif de se substituer au dossier patient de la structure.

2 MODALITÉ DE CRÉATION D'ACCÈS ET D'ADMINISTRATION

CRÉATION - CLÔTURE

Un dossier médical partagé peut être créé pour tout bénéficiaire de l'assurance maladie après recueil de son consentement exprès ou de celui de son représentant légal. Une fois son dossier créé, le bénéficiaire de l'assurance maladie en devient le titulaire.

La création du dossier médical partagé nécessite le consentement exprès et éclairé du bénéficiaire. À cet effet, il est informé des finalités du dossier médical partagé ainsi que de ses modalités de création, de clôture et de destruction. Il est également informé de ses modalités d'accès par lui-même et par les professionnels de santé appelés à le prendre en charge au sein d'une équipe de soins ou en dehors de celle-ci, de ses droits sur les données contenues et des droits particuliers dont bénéficie son médecin traitant. Le recueil du consentement et sa notification au titulaire s'effectuent par tout moyen, y compris de façon matérialisée.

Il peut être créé par le bénéficiaire, un professionnel de santé, ou un professionnel d'accueil d'une structure de santé (une secrétaire d'accueil en CSAPA par exemple), ou l'assurance maladie.

Le titulaire peut décider à tout moment de clôturer son dossier médical partagé.

ACCÈS PAR L'USAGER « TITULAIRE » DU DMP, ADMINISTRATION DES AUTORISATIONS ET RESTRICTIONS D'ACCÈS

Le titulaire peut accéder directement à son DMP ou par l'intermédiaire du professionnel de soins autorisé à y accéder. Une fois que le bénéficiaire de l'assurance maladie a consenti à la création de son dossier médical partagé, il ne peut, sauf motif légitime, s'opposer à ce que les professionnels de santé qui le prennent en charge versent dans son dossier médical partagé les informations utiles à la prévention, la continuité et la coordination des soins qui lui sont ou seront délivrés.

Toutefois, des modalités sont prévues pour permettre la rectification par le titulaire des données inscrites sur le DMP.

Le titulaire peut décider de ne pas autoriser l'accès à certaines données aux professionnels de santé.

L'ACCÈS AU DMP PAR LES PROFESSIONNELS : LES CONDITIONS DU PARTAGE D'INFORMATION.

■ Les conditions du partage d'information, principes généraux

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge à condition :

- qu'ils participent tous à la prise en charge du patient,
- et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social.



Il existe une distinction entre partage au sein d'une équipe de soins et hors équipe de soins.

■ Partage au sein d'une même équipe de soins et hors équipe de soins

Selon le nouvel article L. 1110-12 du code de la santé, « l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination, et qui (nous soulignons le caractère cumulatif) :

- 1. Soit exercent dans le même établissement de santé, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- 2. Soit se sont vu reconnaître comme ayant la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge ;
- 3. Soit exercent dans un ensemble,

comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. ».



Par conséquent, les professionnels appartenant à une même équipe de soins, peuvent « partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe ». L'accord de la personne n'est donc pas exigé : le fait d'être pris en charge par une équipe de soins fait qu'elle accepte tacitement un aussi large partage. Il en va de même pour l'autorisation d'accès au DMP : lorsqu'elle est accordée à un professionnel, elle l'est de fait accordée à l'ensemble de l'équipe.



Toutefois, la personne aura tout de même la possibilité d'indiquer dans son dossier médical partagé l'identité des professionnels de santé auxquels il entend interdire l'accès à son dossier. La liste de ces professionnels de santé peut être modifiée à tout moment par le titulaire. Par ailleurs, « une notification est envoyée au titulaire par tout moyen pour l'informer du premier accès d'un professionnel de santé à son dossier médical partagé. »

■ Le partage d'informations hors équipe de soins

En revanche le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie d'une même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert le consentement préalable de la personne, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée (dans son dossier médical électronique par exemple). Par conséquent l'accès au DMP par un professionnel hors équipe de soins requiert l'accord exprès de la personne.

■ Le médecin traitant

Le médecin traitant accède à l'ensemble des informations contenues dans le dossier médical partagé, y compris celles rendues inaccessibles par son titulaire, ou par un professionnel de santé. Le titulaire peut accorder à un ou plusieurs professionnels de santé autorisés à accéder à son dossier médical partagé les mêmes droits d'accès que ceux du médecin traitant.

3/ CONTENU

Le dossier médical partagé contient :

- Les données relatives au bénéficiaire de l'assurance maladie, titulaire du dossier médical partagé ;
 - Les données relatives à l'identité et à l'identification du titulaire,
 - Les données relatives à la prévention, à l'état de santé et au suivi social et médico-social que les professionnels de santé estiment devoir être partagées dans le dossier médical partagé, afin de servir la coordination, la qualité et la continuité des soins, y compris en urgence, notamment l'état des vaccinations, les synthèses médicales, les lettres de liaison les comptes rendus de biologie médicale, d'examens d'imagerie médicale, d'actes diagnostiques et thérapeutiques, et les traitements prescrits. Ces informations sont versées dans le dossier médical partagé le jour de la consultation, de l'examen ou de son résultat, à l'origine de leur production et au plus tard le jour de la sortie du patient après une hospitalisation,
 - Les données consignées dans le dossier par le titulaire lui-même,
 - Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge, détenues par l'organisme d'assurance maladie obligatoire, dont relève chaque bénéficiaire,
 - Les données relatives à la dispensation de médicaments, issues du dossier pharmaceutique,

- Les données relatives au don d'organes ou de tissus,
- Les données relatives aux directives anticipées ;
- Les données relatives à l'identité et les coordonnées des représentants légaux et des personnes chargées de la mesure de protection juridique, le cas échéant ;
- Les données relatives à l'identité et les coordonnées de la personne de confiance mentionnée à l'article ;
- Les données relatives à l'identité et les coordonnées des proches du titulaire à prévenir en cas d'urgence ;
- Les données relatives à l'identité et les coordonnées du médecin ;
- Les données relatives au recueil des consentements pour la création et les accès du dossier médical partagé ;
- La liste actualisée des professionnels de santé ayant déclaré être autorisés à accéder au dossier médical partagé, ainsi que la liste des professionnels de santé auxquels le titulaire a interdit l'accès à son dossier médical partagé.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, l'article 96 (6°).
- Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé.

Guide coordonné par Delphine Jarraud, adjointe à la Direction Nationale des Activités, rédigé par Delphine Jarraud et Franck Lecas.

Ce guide a été réalisé avec le soutien financier de la Direction Générale de la Santé et l'Assurance Maladie.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Contactez directement les établissements de l'ANPAA qui présentent leurs expériences. Toutes les coordonnées sur le site anpaa.asso.fr

POUR EN SAVOIR PLUS
anpaa.asso.fr

Vos questions, vos suggestions
contact@anpaa.asso.fr

Suivre l'actualité A.N.P.A.A. et en addictologie



20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris
Tél. : 01 42 33 51 04

Le présent guide a pour vocation la production de repères pour les pratiques des professionnels en établissement médicosocial relevant de l'addictologie, compte tenu des questions récurrentes que se posent les équipes sur :

- Les objectifs et la constitution du dossier ;
- L'information de l'utilisateur ;
- Le contenu du dossier ;
- La propriété du dossier ;
- L'hébergement et la durée de conservation du dossier ;
- L'accès direct de l'utilisateur à ses informations personnelles ;
- La qualité du dossier ;
- Le secret des informations à caractère personnel et le partage entre professionnels ;
- Le nouveau dossier médical partagé qui succède au dossier médical personnel.

Ce guide est animé par un triple objectif :

- Le respect des droits des usagers, et notamment le respect de la vie privée et le droit d'accès aux informations figurant dans le dossier ;
- Le partage des informations utiles entre les différents professionnels dans l'objectif de la qualité et de la continuité de l'accompagnement et des soins ;
- Une démarche d'amélioration de la qualité du service rendu, dans le cadre de la mission de l'établissement et des professionnels.

L'articulation entre ces trois axes constitue un facteur de **qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies et accompagnées.**

Septembre 2016

20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris
Tél.: 01 42 33 51 04
contact@anpaa.asso.fr

