

# INFO RESSOURCES JURIDIQUE

## NOTE D'INFORMATION

### Le dossier patient

[L'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique](#) dispose que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par des maisons de naissance, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides 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 oeuvre, 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.

#### I - Le dossier médical

##### A - Le contenu

Le patient dispose d'un dossier par professionnel de santé avec lequel il est en relation (médecin libéral ou praticien hospitalier par exemple). Au sein d'un établissement, le dossier médical est composé des éléments concernant l'ensemble des services qui ont pris en charge l'utilisateur (urgences, imagerie médicale, etc.). Il ne doit pas être confondu avec le Dossier Médical Partagé géré par l'Assurance Maladie (via le site Mon espace santé) qui est un espace de stockage sécurisé des données personnelles médicales (ordonnances, comptes rendus d'hospitalisation ou d'examens biologiques, etc.). Il permet au patient de partager ces informations avec les professionnels de santé qui le suivent.

De nombreux documents sont accessibles au patient concerné. Il s'agit notamment des documents suivants :

- Résultats d'examen ;
- Comptes-rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- Protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre ;
- Feuilles de surveillance ;
- Correspondances entre professionnels de santé.



À l'inverse, certains documents ne sont pas communicables au patient ou à ses représentants :

- Informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ;
- Celles concernant un tel tiers (par exemple : membre de la famille, assistant de service social) ;
- Certaines notes des professionnels de santé pouvant être considérées comme personnelles. Il doit s'agir de documents de travail qui ne contribuent pas à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention ([Article R.4127-45 du CSP](#)).

Le contenu détaillé du dossier médical d'un patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé est énuméré par l'[Article R.1112-2 du Code de la Santé Publique](#).

## B - Personnes ayant accès au dossier

En vertu de l'[Article R.1111-1 du CSP](#), les personnes suivantes peuvent consulter le dossier :

- Le patient lui-même, ou son ayant-droit, son concubin, son partenaire de PACS en cas de décès ;
- Son tuteur, si le patient est majeur sous tutelle (une personne sous curatelle peut consulter elle-même son dossier), ou son représentant légal si le patient est mineur ;
- Son médecin si le patient l'a choisi comme intermédiaire.

L'identité du demandeur est vérifiée notamment grâce à une carte d'identité ou un passeport. Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social doit être agréée par le ministère de la santé.

Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été informée.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont soumis au secret professionnel.

## C - Délai de conservation

Selon l'[Article R.1112-7 du CSP](#), pour un établissement, la durée de conservation du dossier médical est de 20 ans. Ce délai commence à courir à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient dans l'établissement. Ce délai de conservation s'applique pour les établissements publics et privés.



D'autres délais sont applicables dans les cas suivants :

- Si le patient décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de 10 ans à compter de la date du décès.
- La mention des actes transfusionnels pratiqués et, éventuellement, la copie de la fiche d'incident transfusionnel sont conservées pendant 30 ans à partir de la date de l'acte transfusionnel.

Pour un professionnel de santé, si celui-ci n'exerce pas dans un établissement, il n'existe pas de délais de conservation fixés par la loi. Néanmoins, force est de constater que plusieurs institutions, parmi lesquelles le Conseil National de l'Ordre des Médecins, préconisent de conserver ces dossiers pendant 10 ans pour prendre en compte les délais de prescription et de traitements de dossiers par les instances contentieuses et judiciaires observés par l'analyse de la jurisprudence.

Le délai de conservation du Dossier Médical Partagé est lui de 10 ans à compter de sa clôture.

## II - La notion de dossier de coordination

Le dossier de coordination patient n'est pas une notion consacrée juridiquement par le Code de la Santé Publique. Néanmoins, il peut être défini comme un espace qui regroupe l'ensemble des informations et des événements nécessaires à la coordination de son parcours. Il peut être consulté et renseigné par les professionnels et les structures habilités (et ayant accès au dossier) qui interviennent durant ce parcours.



La Haute Autorité de santé se contente de donner une définition des « documents de coordination », qui constituent les documents de synthèse de la prise en charge du patient, élaborés dans des contextes différents, permettant d'assurer la coordination des soins entre les professionnels de santé prenant en charge un même patient mais exerçant dans des structures différentes.

Il contient plusieurs catégories d'informations :

- Les informations administratives du patient (identité, adresse, numéro de téléphone etc.) ;
- Le cercle de soins, constitué de tous les acteurs intervenants dans le parcours du patient ;
- Les thématiques du parcours (identification, médical, PPCS, évaluations, etc.) ;
- Le fil d'actualité, qui permet de tracer automatiquement toutes les actions réalisées sur le dossier ;
- Les documents du dossier, dont l'accès par les membres du cercle de soins est déterminé par la catégorie de document sélectionnée et le type de partage choisi ;
- La « ligne de vie », qui permet de visualiser les événements passés et futurs du parcours du patient (rendez-vous, formulaires remplis, etc.) ;
- Les tâches à effectuer, qui peuvent être associées au parcours du patient et attribuées à un professionnel ou à une structure de son équipe de prise en charge.
- Le statut du dossier (analyse de la demande, en attente, non suivi, suivi, réorientation, sortie).

En l'absence de précisions du législateur sur le statut juridique du dossier de coordination, il convient de lui appliquer les mêmes règles de partage, d'accès, de divulgation, et de confidentialité que celles qui sont en vigueur pour le dossier médical et le dossier médical partagé.

