

CHAPITRE VI

Le dossier patient

Le dossier patient est un ensemble de documents physiques ou informatisés qui retrace les épisodes concernant la santé du patient. Il contient des informations administratives, médicales et paramédicales.

Partie administrative

- ✎ Nom (nom de jeune fille), prénom, date de naissance
- ✎ Adresse
- ✎ Téléphones (fixe, portable, professionnel)
- ✎ Adresse mail
- ✎ Profession
- ✎ Numéro et caisse de sécurité sociale
- ✎ Mutuelle
- ✎ Nom du médecin traitant ou des médecins correspondants

Partie médicale

La partie médicale du dossier patient contient un historique comprenant :

- ✎ Les antécédents personnels, familiaux et chirurgicaux
- ✎ Les allergies
- ✎ Les traitements
- ✎ Les vaccinations
- ✎ Le groupe sanguin

Et une partie relatant des dates et motifs de consultation.

Le logiciel Hellodoc présente un outil, appelé MECA :

- ✎ - M : motif
- ✎ - E : examen
- ✎ - C : conclusion
- ✎ - A : Action

Partie paramédicale

La partie paramédicale du dossier patient contient tous les résultats d'examens, les courriers des divers correspondants, les comptes rendus d'hospitalisation...

La loi du 04 mars 2002 permet au patient d'avoir accès à son dossier ou d'en demander une copie mais en respectant une procédure : à savoir une demande écrite en recommandé avec accusé de réception, accompagnée d'une pièce d'identité ou un justificatif en cas de demande pour un membre de la famille, un mineur ou un majeur protégé.








L'établissement peut demander une participation financière pour les frais de copies et d'envoi. La communication doit être faite au plus tard dans les 8 jours suivant la demande. Si les informations remontent à plus de 5 ans, le délai est porté à 2 mois.

En 2004, le ministère de la santé a instauré un dossier médical informatisé reprenant toutes les données médicales du patient. Son but est d'améliorer la prise en charge du patient, et la coordination des soins. On l'appelle le Dossier Médical Partagé : DMP. Il est opérationnel depuis 2011.

Confidentiel et non obligatoire, le DMP est un carnet de santé numérique gratuit et sécurisé permettant à tout assuré de réunir ses données de santé en ligne et de les partager avec les professionnels de santé de son choix.

Il peut être créé par le patient en toute autonomie, ou auprès de sa caisse d'assurance maladie, ou auprès d'un professionnel de santé équipé de l'outil informatique nécessaire, directement sur le site www.mon-dmp.fr. La carte vitale est indispensable pour la création du DMP.

Il contient les informations telles que :

-  Les pathologies et allergies éventuelles
-  Les antécédents
-  Les traitements et soins
-  Les comptes rendus d'hospitalisation et/ou de consultation
-  Les résultats d'examens (radios, analyses biologiques...)
-  Les données de remboursements de l'assurance maladie
-  Et tout autre information permettant la prise en charge du patient (directives anticipées, les coordonnés des proches à prévenir en cas d'urgence...)

Les professionnels de santé peuvent ajouter tous types de documents jugés utiles dans le cadre de la prise en charge de leurs patients. Cependant, le patient en contrôle l'accès. A part lui, seuls les professionnels de santé autorisés peuvent le consulter.

Le médecin traitant de chaque patient dispose d'un accès privilégié au DMP de sa patientèle. Il a également la possibilité de compléter le volet de synthèse médicale, document rapidement accessible aux autres professionnels de santé.

Le DMP relève du secret médical. Seuls les professionnels de santé qui prennent en charge le patient ont accès à son DMP, en fonction de leur profession et de leur spécialité.

En cas d'urgence : tout médecin régulateur du SAMU peut accéder au DMP d'un patient. Si l'état du patient présente un risque immédiat pour sa santé, un professionnel de santé peut également y accéder. Cette situation est appelée « **accès en mode bris de glace** ». Ces accès ne seront possibles que si le patient n'y est pas opposé.

Annexe : logo DMP



CHAPITRE VII

Les documents rédigés par le médecin

Les principaux types de documents rédigés par le médecin.

- ✎ Les lettres
- ✎ Les certificats
- ✎ Les comptes rendus opératoires
- ✎ Les ordonnances

Lettres

Les lettres sont constituées par les courriers de liaison entre médecins, les courriers adressés au patient, les lettres de sorties d'hospitalisation et les expertises.

Elles sont rédigées sur papier à entête du médecin, et contiennent obligatoirement la date, le lieu et la signature du médecin.

Certificats

Les certificats sont la plupart du temps établis à la demande du patient. Il peut s'agir de certificat de dispense de sport, de présence à la consultation, de grossesse... Les certificats ne doivent pas mentionner de pathologie précise, une dispense d'activité ou une obligation de repos sera liée à l'état de santé du patient. Le certificat comporte toujours les mentions suivantes :

*« Je soussigné (Docteur xxx) certifie que (prénom et nom du patient)
Certificat établi à la demande de l'intéressé (lorsque le patient le demande) et remis en main propre (lorsque le certificat est remis au patient) pour faire valoir ce que de droit. »*

Enfin, on ajoutera la date, le lieu et la signature du médecin.

Comptes rendus opératoires (CRO ou CROP)

Ils sont obligatoirement établis à l'issue de chaque intervention chirurgicale. Ils comprennent : Le

- ✎ Les nom, prénom et date de naissance du patient
- ✎ La date de l'intervention
- ✎ L'heure de l'intervention (heure de début et de fin) ou la durée
- ✎ Le type d'intervention et la cotation CCAM
- ✎ Le nom du chirurgien, de l'anesthésiste et des autres intervenants
- ✎ Le type d'anesthésie, le cas échéant
- ✎ Si matériel utilisé, les références aux fins de traçabilité
- ✎ Le déroulement de l'intervention
- ✎ La signature de l'opérateur

Ordonnances

Il existe 4 types d'ordonnances. Elles présentent toujours le nom et le prénom du médecin, sa spécialité, son secteur d'activité, son lieu d'exercice, les numéros à joindre en cas d'urgence, ses numéros d'identification : RPPS, AM ou FINESS, la date et la signature du médecin.

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

AM : Assurance Maladie, s'il exerce en libéral

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, s'il est salarié de l'établissement

Les ordonnances simples

Ce sont les ordonnances les plus répandues, rédigées par le médecin soit de façon manuscrite ou de façon informatique. En version numérique, il est possible d'utiliser la base de données des médicaments. Pour un traitement médicamenteux, les ordonnances indiquent le nom, et le prénom du patient, la date, le nom du médicament, la posologie et le mode d'emploi, la durée du traitement (Quantité Suffisante Pour : QSP ou nombre de renouvellements).

Mentions facultatives : âge (ou date de naissance), poids et taille.

La plupart du temps, ces ordonnances ont une validité d'un an.

Les ordonnances bizones (*Voir Annexe 15*)

Elles sont réservées aux patients en ALD. Elles présentent deux zones permettant de distinguer les soins en rapport avec l'ALD (partie supérieure) et les soins sans rapport avec l'ALD (partie inférieure).

Les ordonnances sécurisées ou infalsifiables

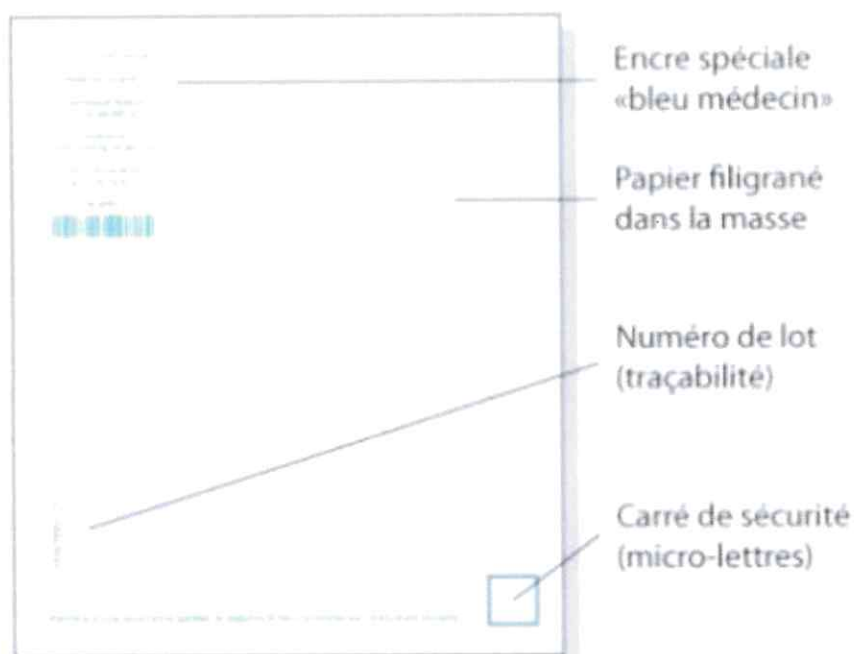
Elles sont réservées à la prescription de substances spécifiques telles que les stupéfiants.

Ces ordonnances répondent à des spécifications techniques précises (papier filigrané blanc sans azurant optique, mentions pré-imprimées en bleu azoté).

Doivent figurer en toutes lettres sur cette ordonnance : le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises, et le dosage des spécialités. Dans le carré de sécurité, le prescripteur devra indiquer le nombre de spécialités prescrites. Ces médicaments sont prescrits sur une ordonnance sécurisée afin de pouvoir en contrôler la délivrance à la pharmacie.

Sa durée de validité est généralement très courte environ 3 jours.

Caractéristiques de l'ordonnance protégée



Les ordonnances de médicaments d'exception

Cette prescription concerne les médicaments dont la délivrance est soumise à des règles strictes, en raison de leur coût élevé ou des indications thérapeutiques qui doivent être scrupuleusement respectées.

Pour qu'un médicament d'exception soit pris en charge par l'Assurance Maladie, il doit être prescrit sur le cerfa « ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception qui comprend 4 volets : (Voir Annexe 16)

- Volet 1 à conserver par le patient
- Volets 2 & 3 adressés à l'Assurance Maladie en vue du remboursement et un des deux volets sera transmis au contrôle médical
- Volet 4 à garder et à archiver par le pharmacien ou le fournisseur

Pour connaître le taux de remboursement des médicaments, voir Annexe 4 : Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie ».

CHAPITRE VIII

Les différents imprimés de la sécurité sociale

Les caisses d'assurance maladie fournissent divers imprimés, appelés Cerfa, à l'attention des médecins. Certains sont nominatifs comme la feuille de soins, l'avis d'arrêt de travail, d'autres sont vierges comme la prescription médicale de transport, la demande d'accord préalable. L'informatisation des cabinets médicaux permet de plus en plus de dématérialiser ces imprimés et d'effectuer des téléservices tels que l'avis d'arrêt de travail, le certificat médical d'accident du travail et de maladie professionnelle, le protocole de soins, la prescription médicale de transport, la demande d'accord préalable, à l'aide de la carte vitale du patient.

La feuille de soins – cf. annexe 2

Document établi par le professionnel de santé afin que le patient soit remboursé de ses frais de santé.

La feuille de soins du médecin se complète différemment selon la situation :

- ✎ Le patient règle les honoraires : le médecin complète uniquement le nom et prénom de la personne recevant les soins, les conditions de prise en charge des soins, les actes effectués, le paiement. Il signe et remet la FS au patient qui devra compléter celle-ci et l'adresser à sa caisse d'Assurance Maladie pour remboursement.
- ✎ Le patient bénéficie du tiers payant : le médecin complète l'ensemble des rubriques de la FS : la personne recevant les soins et assuré (e) y compris le code de l'organisme de rattachement, les conditions de prise en charge des soins, les actes effectués, le paiement. En fonction du tiers payant qui est appliqué, il convient de cocher la ou les case (s) suivantes : « l'assuré (e) n'a pas payé la part obligatoire, « l'assuré (e) n'a pas payé la part complémentaire ».
Le médecin signe et fait signer le patient, et adresse la FS à la caisse d'Assurance Maladie du patient afin de se faire rembourser.

La prescription médicale de transport – cf. annexe 5

Document établi pour la prise en charge des transports par l'Assurance Maladie.

Il appartient au médecin de prescrire au patient, dans le respect du référentiel de prescription des transports, le mode de transport le mieux adapté à son état de santé, et à son niveau d'autonomie.

Il existe différents types de transports pris en charge par l'assurance maladie :




 Les transports sanitaires :

- L'ambulance : transport médicalement prescrit en position allongée ou nécessitant une surveillance constante. L'équipage est constitué de deux personnes dont l'une est obligatoirement titulaire du Certificat d'Aptitude Ambulancier (CAA), l'autre soit du PSC1, soit du CAA.
- Le VSL (Véhicule Sanitaire Léger) : transport médicalement prescrit en position assise avec nécessité d'assistance. Le conducteur doit être titulaire du certificat de Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1). Il fait partie du TAP : Transport Assis Professionnalisé.
- Taxi conventionné : transport en position assise avec facilité d'accès au véhicule lorsque l'état de santé du malade ne permet pas d'emprunter un transport en commun. Les taxis doivent passer une convention avec la CPAM. Il fait partie du TAP : Transport Assis Professionnalisé).

 Les transports non sanitaires :

- Voiture particulière : le malade peut se déplacer lui-même ou est accompagné par une personne de son entourage. Il sera remboursé sur la base des kilomètres effectués et le carburant dépensé.
- Transports en commun : le malade peut se déplacer et accéder aisément aux transports en commun (métro, bus...). On lui remboursera son titre de transport.

Les situations permettant la prise en charge du transport par l'Assurance Maladie :

-  Hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire
-  Soins ou traitements en rapport avec une ALD avec déficience ou incapacité
-  Soins ou traitements en rapport avec un AT/MP
-  Nécessité d'être allongé ou sous surveillance constante
-  Convocation du service médical de l'Assurance Maladie
-  Rendez-vous chez un fournisseur d'appareillage agréé
-  Accompagnement d'un enfant de – de 16 ans ou une personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'un tiers
-  Certains transports inter-établissements

Cet imprimé est composé de 2 volets : Le 1^{er} volet est à adresser au service médical de l'Assurance Maladie et le 2^{ème} volet à l'organisme d'Assurance Maladie pour remboursement avec les justificatifs nécessaires.

Les frais de transport pris en charge par l'Assurance Maladie sont, en règle générale, remboursés à 65%. Voir Annexe 4 : Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie ».

[La demande d'accord préalable valant prescription médicale – cf. annexe 6](#)

Document établi lorsque l'accord préalable de l'Assurance Maladie est nécessaire pour la prise en charge de certains transports.

Les situations nécessitant l'accord préalable de l'assurance maladie sont :

- ✎ Les transports de longue distance : plus de 150 km aller
- ✎ Les transports en avion ou en bateau de ligne régulière (billet 2^{ème} classe)
- ✎ Les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois au titre d'un même traitement)
- ✎ Les transports liés aux soins ou traitements dans les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) pour les enfants ou adolescents.

Cet imprimé est composé de 3 volets : le 1^{er} et le 2^{ème} sont à adresser au service médical de l'Assurance Maladie (le 2^{ème} est pour l'administratif). Le 3^{ème} est à adresser à l'Assurance Maladie pour remboursement avec les justificatifs nécessaires.

La non-réponse de l'organisme dans un délai de 15 jours vaut pour accord.

La demande de remboursement des frais de transport pour motif médical en véhicule personnel et/ou en transports en commun – cf. annexe 7

Document permettant au patient d'être remboursé de son transport en véhicule personnel et/ou en transports en commun par l'assurance maladie si son état le justifie et à certaines conditions. Il doit adresser cette demande accompagnée de la prescription médicale de transport ou de la demande d'accord préalable valant prescription médicale et des justificatifs de dépenses.

Cet imprimé peut être remis au patient ou est disponible dans les organismes d'Assurance Maladie ou sur le site ameli.fr à la rubrique « formulaires » de l'espace « assurés ».

Le patient peut également demander le remboursement de ses frais de transports médicaux en ligne (Mes Remboursements Simplifiés) en se connectant à : <https://www.mrs.beta.gouv.fr>

La demande d'accord préalable – cf. annexe 8

Document établi quand l'accord préalable de l'Assurance Maladie est requis pour la prise en charge de certains actes et traitements.

Cette demande est nécessaire pour :

- ✎ Les traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF)
- ✎ Les actes de masso-kinésithérapie dans le cadre des situations de rééducation soumises à référentiel
- ✎ Certains examens et analyses de laboratoire
- ✎ Certains médicaments hypocholestérolémiant
- ✎ Certains appareillages médicaux

C'est le professionnel de santé qui informera le patient de la nécessité d'effectuer une DAP. Il est composé de 2 volets à adresser au médecin conseil de l'Assurance Maladie.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le professionnel de santé dispense l'acte. Il doit toutefois établir une DAP en y indiquant la mention « Acte d'urgence ».

La non-réponse de l'organisme dans un délai de 15 jours vaut pour accord.

Protocole de soins – cf. annexe 9

Document établi lorsque le patient est atteint d'une ALD.

Le médecin y note le diagnostic précis avec date de début de l'affection, les critères diagnostiques et le plan de soins prévu.

Lorsque l'ALD est accordée par le médecin conseil de l'Assurance Maladie, c'est pour une durée de 5 ans. A l'issue de cette date, on peut demander le renouvellement mais dans le cas de pathologie à vie, le renouvellement sera automatique (par exemple : diabète, HTA, insuffisance cardiaque...).

Cet imprimé est composé de 4 volets : tous sont à adresser au service médical de l'Assurance Maladie. Après avis de ce dernier, le 1^{er} volet est conservé par le service médical, le 2^{ème} et 3^{ème} sont renvoyés au médecin qui remet le volet 3 au patient (volet attestant la prise en charge à 100% auprès des professionnels de santé).

Le 4^{ème} volet permet la rémunération du protocole de soins.

L'arrêt de travail – cf. annexe 10

Document établi lorsqu'il y a un arrêt de travail supérieur à 3 jours.

Il peut être initial (1^{ère} consultation) ou de prolongation.

Le médecin remplit la partie « renseignements médicaux »

Le patient remplit la partie le concernant (l'assuré (e) et l'employeur).

Il est composé de 3 volets remis au patient : les 1^{er} et 2^{ème} qu'il adressera au médecin conseil de sa caisse d'Assurance Maladie. Et il adressera le 3^{ème} volet à son employeur ou au Pôle emploi dans les 2 jours suivant la date d'interruption du travail.

Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle – cf. annexe 11

Document établi lorsqu'il y a AT/MP et permettant à la victime de bénéficier du tiers payant, dans la limite des tarifs conventionnels.

Lorsqu'il y a accident de travail, l'employeur remet à la victime cet imprimé et établit parallèlement une déclaration d'accident du travail. Et lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée, c'est la caisse d'Assurance Maladie qui remet cet imprimé à la victime.

Cet imprimé est conservé par la victime et doit être présenté systématiquement au praticien qui dispense les soins, à l'auxiliaire médical, au biologiste, au pharmacien ou au fournisseur. Ces derniers doivent y annoter les actes réalisés en page 2 du document : récapitulatif des soins et fournitures.

Le praticien doit parallèlement établir et adresser sa feuille de soins (ou facture) à l'organisme gestionnaire de l'accident ou de la maladie pour remboursement.

A la fin des soins, le patient adressera ce document à sa Caisse d'Assurance Maladie.

Certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle – cf. annexe 12

Document permettant au médecin de faire les constatations détaillées, ainsi que les conséquences et les conclusions d'un AT/MP.

Cet imprimé est délivré et complété par le médecin à l'aide des informations fournies par le patient et éventuellement après avoir pris connaissance de la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Il peut être initial, de prolongation, final ou de rechute.

Il comporte 3 parties :

- ✎ Renseignements concernant l'assuré
- ✎ Renseignements concernant l'employeur
- ✎ Renseignements médicaux (constatations détaillées, conséquences et conclusions)

Cet imprimé est composé de 4 volets : le 1^{er} et le 2^{ème} sont à adresser par le praticien au médecin conseil de la caisse d'Assurance Maladie. Le 3^{ème} volet est conservé par le patient.

En cas d'arrêt de travail, le 4^{ème} volet « certificat d'arrêt de travail » est remis au patient qui devra l'adresser à l'employeur ou au Pôle Emploi dans les 2 jours suivant la date d'interruption du travail.

Tous ces différents imprimés doivent comporter l'identité et la signature du professionnel de santé, ainsi que la date d'établissement.

DOCUMENTS ETABLIS OU REMPLIS AU CABINET MEDICAL

Annexe II : La feuille de soins (et sa notice)

- Zone 1 : identification du patient et de l'assuré (e)
- Zone 2 : identification du médecin
- Zone 3 : conditions de prise en charge
- Zone 4 : date, nature et montant de l'acte
- Zone 5 : montant total, renseignements sur le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaire
- Zone 6 : signature du médecin et du patient

Annexe V : La prescription médicale de transport (et sa notice)

- Zone 1 : identification du patient et de l'assuré (e)
- Zone 2 : situation du patient
- Zone 3 : mode de transport
- Zone 4 : trajet précis
- Zone 5 : éléments d'ordre médical avec le motif de déplacement et la justification du mode de transport choisi
- Zone 6 : identification du médecin, date, signature
- Zone 7 : identification du patient et adresse
- Zone 8 : à remplir par le transporteur

Annexe VI : La demande d'Accord Préalable pour les transports (et sa notice)

Annexe VII : La demande de remboursement des frais de transport, pour motif médical en véhicule personnel (et sa notice)

Annexe VIII : La demande d'Accord Préalable (et sa notice)

Annexe IX : Le protocole de soins (et ses notices)

- Zone 1 : identification du patient et de l'assuré (e)
- Zone 2 : diagnostic justifiant la demande pour une ALD sur liste et date de début
- Zone 3 : diagnostic justifiant la demande pour une autre ALD et date de début
- Zone 4 : déclaration argumentée dans le cadre d'une autre ALD (diagnostic précis, arguments cliniques, résultats examens complémentaires et plan de soins)
- Zone 5 : observations du médecin conseil et cachet du service médical
- Zone 6 : identification du médecin, date et signature

Annexe X : L'avis d'arrêt de travail (et sa notice)

- Zone 1 : avis initial ou de prolongation de l'AT
- Zone 2 : renseignements concernant l'assuré (e)
- Zone 3 : coordonnées de l'employeur
- Zone 4 : renseignements médicaux : nom du patient, durée de l'AT, sorties, élément d'ordre médical
- Zone 5 : identification du médecin, date et signature du médecin

Annexe XI : La feuille d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP)

Page 1

- Zone 1 : identification de l'organisme gestion de l'accident ou de la maladie dont dépend le patient
- Zone 2 : identification de la victime
- Zone 3 : identification de l'employeur
- Zone 4 : date de l'AT ou de la MP, nature et siège des lésions, date de l'AT/MP
- Zone 5 : demande de renouvellement de la feuille du récapitulatif des soins

Page 2

- Zone 6 : récapitulatif des soins à remplir par les professionnels de santé dans le cadre de l'AT /MP (date, nature de l'acte effectué, montant des honoraires, signature et cachet)

Annexe XII : Le certificat médical de l'Accident de Travail ou de la Maladie Professionnelle (et sa notice)

- Zone 1 : certificat initial, de prolongation, final ou de rechute
- Zone 2 : identification du patient
- Zone 3 : identification de l'employeur
- Zone 4 : renseignements médicaux (siège des lésions, nature, conséquences, durée de l'arrêt de travail, sorties, éléments d'ordre médical, conclusions)
- Zone 7 : identification du médecin, date, et signature du médecin.

CHAPITRE IX

Le dossier hospitalier

Le dossier d'hospitalisation regroupe les mêmes informations que le dossier patient (vu au chapitre VI) sur le plan administratif.

C'est-à-dire :

- ✚ Nom (Nom de jeune fille), prénom, date de naissance
- ✚ Adresse, téléphones & mail
- ✚ Informations concernant la couverture sociale (caisse de sécurité sociale et mutuelle)
- ✚ Profession
- ✚ Nom du médecin traitant et des médecins correspondants

Sur le plan médical :

- ✚ Le groupe sanguin
- ✚ Les antécédents personnels, familiaux et chirurgicaux
- ✚ Les allergies
- ✚ Les vaccinations
- ✚ Les traitements en cours
- ✚ Le motif de l'hospitalisation

Il faut noter que la plupart des logiciels de gestion des cabinets médicaux intègre une fonction permettant de réaliser le résumé du dossier du patient.

A ces informations, vont s'ajouter tous les éléments concernant l'hospitalisation tels que :

- ✚ Bilan biologique
- ✚ Imagerie (scanner, IRM...)
- ✚ Feuille de suivi de température, tension artérielle...
- ✚ CROP
- ✚ Compte rendu anatomo-pathologique

Cette liste n'est pas exhaustive, tous les documents référencés dans le dossier hospitalier doivent permettre de garder une trace complète du séjour du patient. Ce dossier est aujourd'hui très souvent en tout ou partie informatisée.

Passport d'hospitalisation

Lors de la programmation d'une hospitalisation, un passeport est généralement remis au patient comprenant un certain nombre de documents. Le patient doit en prendre connaissance et effectuer les démarches nécessaires à son hospitalisation.

Liste non exhaustive des documents composant le passeport d'hospitalisation :

- ✚ Le livret d'accueil de la structure
- ✚ La charte du patient hospitalisé
- ✚ Le plan de l'établissement
- ✚ Les directives anticipées
- ✚ Le bulletin d'admission
- ✚ Si anesthésie, le questionnaire pré-anesthésique

- ✚ La conduite à tenir (en pré-op par ex)
- ✚ Les résultats d'examen à ramener
- ✚ Le devis en cas de dépassement d'honoraires
- ✚ Le consentement du dépassement d'honoraires
- ✚ Le ou les ordonnance(s)
- ✚ **La désignation de la personne de confiance (voir annexe 13)**
- ✚ **Le consentement éclairé (voir annexe 14)**
- ✚ La personne à prévenir en cas d'urgence
- ✚ L'autorisation parentale pour les mineurs ou du tuteur pour les majeurs sous tutelle
- ✚ La demande de chambre individuelle
- ✚ Les tarifs des suppléments

La désignation de la personne de confiance

Conformément à la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades, le patient peut désigner la personne qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

C'est un droit qui est proposé au patient, mais ce n'est pas une obligation : il est libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Attention, la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir en cas d'urgence.

Le consentement éclairé

La loi du 4 mars 2002 dit qu'aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient.

En effet, le patient doit disposer de tous les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation médicale personnelle pour pouvoir donner, de manière libre et éclairée, son consentement aux actes médicaux qui lui sont proposés.

Ce document permet ainsi au patient de certifier avoir pris connaissance des informations concernant l'acte qui sera réalisé par le médecin en date du. Après cette déclaration, le patient doit dater et signer le consentement qu'il remettra à l'entrée de son hospitalisation.

Ces deux documents sont à conservés dans le dossier médical du patient.

Le patient peut effectuer ses formalités d'admission au bureau des entrées (admissions) de l'établissement ou directement en ligne sur le site de l'établissement de santé.

Les documents indispensables à la prise en charge administrative du patient :

- ✚ Une pièce d'identité
- ✚ La carte vitale ou l'attestation de droits
- ✚ La carte de mutuelle

Dans le cadre de l'hospitalisation, le patient est pris en charge à 80% par l'Assurance Maladie Obligatoire (100% dans certaines situations). *Voir Annexe 4 : Tableau « Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie ».*

A noter que pour la période d'hospitalisation, un bulletin de situation (d'hospitalisation) est remis au patient. Ce document fait office de justificatif d'arrêt de travail.

CHAPITRE X Le PMSI

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Le PMSI est un dispositif que l'on trouve au sein de chaque établissement de santé : hôpital, clinique, établissement de Soins de Suite et de Réadaptation...

Un service, piloté par un médecin et composé de TIM, est dédié au fonctionnement de ce dispositif, c'est le DIM.

L'objectif est de définir l'activité de l'établissement afin d'obtenir l'allocation budgétaire de l'ARS.

Le dossier hospitalier de chaque patient passe par le service du DIM qui s'occupe de la facturation des établissements de santé.

Circuit de l'information médicale dans les établissements de Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO)

Dans le cadre de l'hospitalisation, à chaque fin de séjour, le médecin responsable de l'hospitalisation établit des résumés de séjours pour chacun de ses patients. Ces résumés sont appelés des RUM. Ces derniers sont transmis au DIM qui s'occupe d'adresser les factures à l'Assurance Maladie.

Pour ce faire, le DIM recueille, code et réalise un groupage des informations :

Les TIM synthétisent les RUM en RSS.










Les RSS sont ensuite anonymisés et deviennent alors des RSA. Ils sont dès lors susceptibles d'être transmis à l'ARS qui peut effectuer un tirage au sort pour pratiquer un contrôle de l'activité de l'établissement.

En parallèle, les RSS sont classés dans des GHM et chaque GHM est traduit en GHS (donc en €) afin d'affecter un tarif au séjour. Les factures sont ensuite transmises à l'Assurance Maladie.

À travers le PMSI, les établissements sont donc payés en fonction de leur réelle activité, c'est-à-dire selon le principe de la T2A.

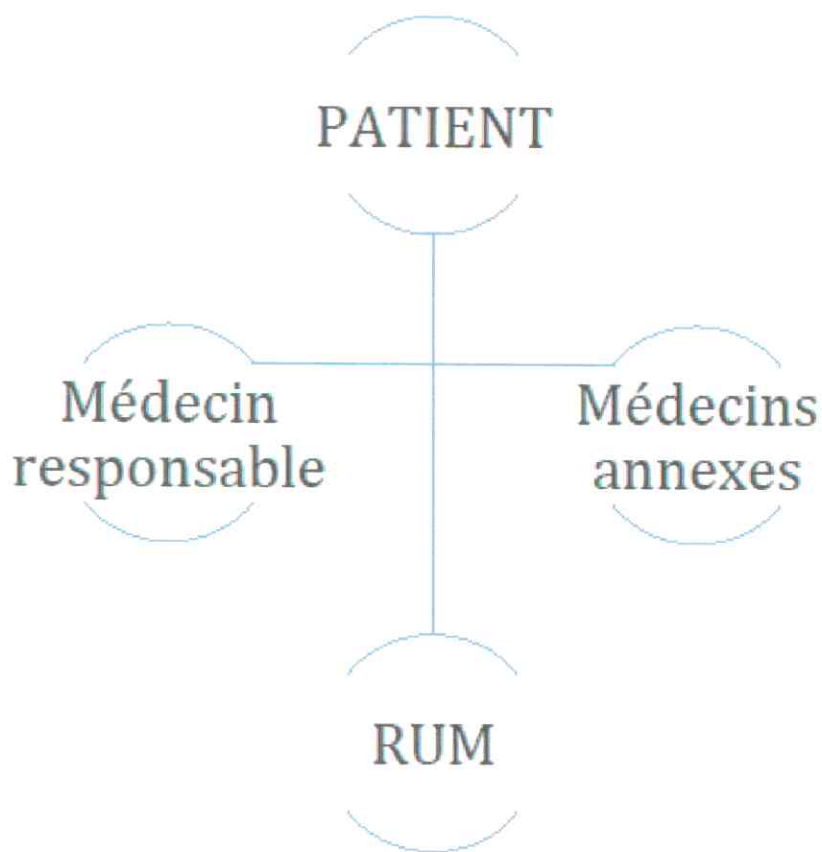
Les nomenclatures utilisées dans ce cadre sont la CIM-10 « Classification Internationale des Maladies » 10^{ème} révision, répertoire des diagnostics qui est édité par l'Organisation Mondiale de la Santé, et la CCAM « Classification Commune des Actes Médicaux », répertoire des actes techniques.

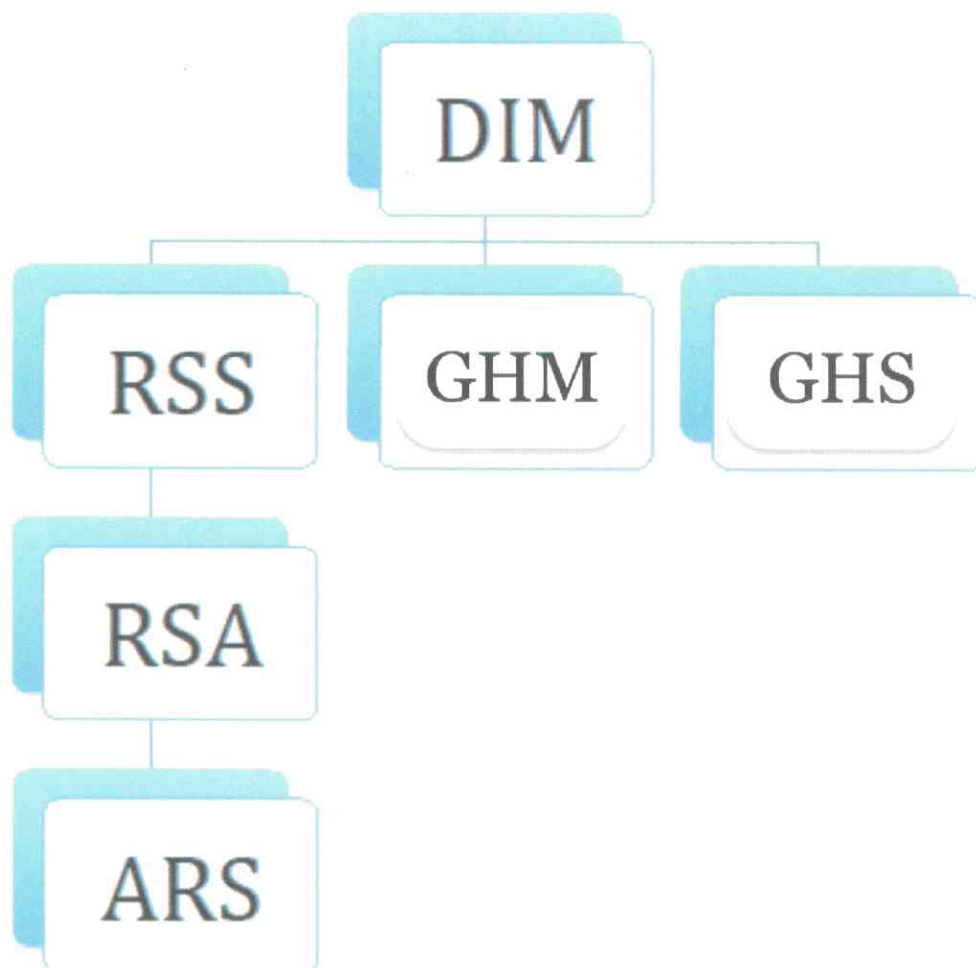
Acronymes :

-  DIM : Département de l'Information Médicale
-  TIM : Technicien de l'Information Médicale
-  ARS : Agence Régionale de Santé
-  RUM : Résumé d'Unité Médicale
-  RSS : Résumé de Sortie Standardisé
-  RSA : Résumé de Sortie Anonyme
-  GHM : Groupe Homogène de Malades
-  GHS : Groupe Homogène de séjours
-  T2A : Tarification À l'Activité

A noter que si un médecin doit réaliser une consultation dans le cadre de l'hospitalisation et qu'il n'est pas à l'origine de cette hospitalisation, les modalités de facturation diffèrent mais l'information est transmise au DIM qui adresse la facture à l'Assurance Maladie.

PMSI





CHAPITRE XI

La carte vitale

La carte vitale est une carte à puce permettant de justifier les droits de son titulaire. La première version date de 1998, et depuis 2007, elle affiche la photographie du titulaire.

Elle assure l'identification numérique de l'assuré social, et ne contient pas d'informations médicales.

Elle permet de :

- ✎ Créer, actualiser le dossier patient
- ✎ Réaliser des FSE (Feuilles de Soins Électroniques) c'est à dire une feuille de soins dématérialisée. Dès lors, les remboursements sont plus rapides. Les caisses remboursent en général dans les 5 jours suivant la télétransmission.
- ✎ Accéder à l'historique des remboursements des soins médicaux, avec l'accord du patient
- ✎ Bénéficier des téléservices (ex : déclaration simplifiée de grossesse, déclaration du médecin traitant...)
- ✎ Créer, gérer le DMP

Un équipement informatique et une connexion internet sont nécessaires pour l'utilisation des cartes vitales, et le médecin doit notamment posséder une carte professionnelle de santé appelée CPS. C'est une carte sécurisée par un code à 4 chiffres. La présence simultanée de la carte vitale et de la carte CPS permet d'authentifier et de sécuriser l'échange entre le patient et le professionnel de santé. Il est également possible d'utiliser une Carte de Personnel d'Établissement (CPE).

Le système SESAM-VITALE (Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie) est le programme de dématérialisation des feuilles de soins permettant d'effectuer la télétransmission. Ce système permet d'effectuer la télétransmission de façon différente :

- ✎ Mode sécurisé : avec la CPS et la carte vitale
- ✎ Mode désynchronisé : avec la CPS d'un autre médecin ou la CPE et la carte vitale. Attention avec ce mode, il convient avant la télétransmission de rattacher les factures au bon médecin.
- ✎ Mode dégradé : avec la CPS sans la carte vitale (très utilisé pour la téléconsultation). Il convient d'adresser à l'Assurance Maladie la FS en version papier et le bordereau de télétransmission.

Pour réaliser une télétransmission, il convient de choisir la fonction « mise en lots et télétransmission » ou « télétransmission ». Le logiciel effectue des groupements en lots des FSE selon les caisses destinataires. Les caisses en retour renvoient un Accusé de Réception Logique, appelé ARL positif. Une fois les factures traitées, les médecins reçoivent un flux électronique, appelé retour NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) ou RSP (Rejet, Signalement, Paiement) leur permettant de pointer les différents paiements.

À noter en cas d'ARL négatif ou d'absence d'ARL, il convient de procéder à une nouvelle télétransmission.

Annexe : image carte vitale avec logo DMP



La gestion des honoraires

Il appartient souvent à la secrétaire médicale de gérer la comptabilité du cabinet dans un registre.

Ce rôle consiste à encaisser les honoraires puis à établir un document relatant les encaissements quotidiens. Ce document peut être intégré dans le logiciel de gestion du cabinet, dans un tableur à part entière type Excel ou sous forme matérielle dans un registre aussi appelé journal d'activités.

Ce journal répertorie les encaissements journaliers, et comporte de façon générale l'identité du patient, l'acte effectué, le montant et le mode de règlement.

En ce qui concerne les bénéficiaires du tiers payant (C2S, AME...), le journal permettra le pointage des paiements à l'aide du retour NOEMIE.

Ce retour permettra de pointer tous les virements effectués par l'Assurance Maladie (consultation au cabinet, dans le cadre d'une hospitalisation : les consultations et actes effectués par le médecin, le paiement de la ROSP et du forfait structure...).

L'enregistrement des encaissements doit se faire au jour du virement par l'organisme payeur.