

Indicateur « Tenue du dossier patient - version 2 »

Cahier des charges

Secteur Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

1. RESUME DE L'INDICATEUR	4
2. CHOIX DU THEME	4
3. POPULATION CHOISIE	6
3.1. Définition de la population.....	6
3.2. Critères d'inclusion.....	6
3.3. Critères d'exclusion.....	6
3.4. Tirage au sort rétrospectif.....	7
3.5. Nombre de dossiers à évaluer.....	7
4. SCHEMA D'ETUDE.....	7
4.1. Responsable de recueil.....	7
4.2. Support de saisie.....	7
4.3. Contrôle qualité des données.....	7
5. INDICATEUR « TENUE DU DOSSIER PATIENT – VERSION 2 » ...	7
Libellé complet.....	7
Analyse de la recommandation.....	8
Construction.....	8
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	9

Avant- Propos

Ce cahier des charges présente l'indicateur intitulé « Tenue du dossier patient – version 2 » (QDS), qui s'applique aux établissements de santé de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

Partenariat avec les organisations professionnelles :

Les personnes ayant contribué au développement et à la validation de cet indicateur sont les membres du groupe de travail en charge du développement et de l'actualisation des indicateurs du thème Dossier Patient (GT-DPA) :

Dr Isabelle Gasquet (Direction médico-administrative, AP-HP), Martine Massiani (Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP), AP-HP), Elisabeth Lebeau-pin (DSAP, AP-HP), Richard Agnetti (DSAP, AP-HP).

Dr Hélène Espérou (UNICANCER), Anne de Jésus (UNICANCER) - Représentants d'établissements : Sylvia Dréau (Institut Curie), Dr Hélène Matthieu-Daudé (Institut Val d'Aurelle), Laetitia Buscoz (FHP/BAQIMEHP) - Représentant d'établissement : Morgan Ghassal (Clinique des Trois Soleils), Marion Potier (Polyclinique St Côte).

Dr Catherine Réa (FEHAP) - Représentant d'établissement : Dr Virginie Boursier (Hôpital Paris Saint-Joseph).

Dr Maxime Cauterman (FHF) - Représentant d'établissement : Dr Jean Oureib (EPS Lille).

Membres de la FORAP :

Dr Valentin Daucourt (Réseau Qualité des Etablissements de Santé de Franche-Comté (REQUA)).

Maryse Savary (Réseau Santé Qualité Nord-Pas de Calais Picardie (RSQ)).

Dr Marie-José D'Alche-Gautier (Réseau Bas-Normand Santé Qualité (RBNSQ)).

Perrine Badol Van Straaten (Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes (CEPPRAL)).

Dr Cécile Paillé (Réseau Qualisanté).

Dr Catherine de Blomac (Expertise, Performance et Systèmes d'Information en Limousin (EPSILIM)).

Représentants d'usagers :

Sylvain Fernandez-Curiel (Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)).

Haute Autorité de Santé :

Sophie Calmus, Service Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS).

Catherine Grenier, Service IPAQSS.

Rose Derenne, Service IPAQSS.

Ghislaine Joly, Service IPAQSS.

Frédéric Capuano, Service IPAQSS.

1. RESUME DE L'INDICATEUR

Num	Libellé court	Libellé complet	Type
1	Tenue du dossier patient	Score de conformité de la tenue et du contenu du dossier des patients hospitalisés.	Processus

2. CHOIX DU THEME

a) Historique de l'indicateur « Tenue du dossier Patient ».

La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé [1].

L'amélioration du dossier de soins est d'actualité pour des raisons de qualité de soins, réglementaires et médico-légales. La nécessité de mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité du dossier du patient a été réaffirmée dans la Loi du 4 Mars 2002 [2]. La Haute Autorité de Santé (HAS), par le nombre de décisions concernant la tenue et le contenu du dossier du patient figurant dans les comptes-rendus d'accréditation, souligne la marge d'amélioration importante et la priorité qu'elle entend donner à l'amélioration de cet outil [3, 4, 5]. Des travaux français ont suggéré que des démarches d'amélioration de la qualité du dossier du patient permettaient d'améliorer la tenue et le contenu de ce dernier [6, 7, 8, 9].

Dans la littérature, les travaux ont essentiellement concerné le dossier papier. L'évaluation des dossiers électroniques, dont l'actualité va croître rapidement, a également abordée dans le cadre du projet COMPAQH car certains des établissements sont informatisés pour tout ou partie de leur dossier patient. Toutefois, il faut rappeler que l'évaluation des dossiers électroniques des patients pose des questions méthodologiques, du fait de l'absence de standardisation des méthodes de conception de ces dossiers électroniques, et des critères d'évaluation [10].

De nombreuses démarches qualité reposent sur l'évaluation de la tenue et du contenu du dossier des patients. Ces démarches sont lourdes car elles sont nécessairement fondées sur la revue de ces dossiers, dans le cadre de nombreux critères d'évaluation réglementaires et non réglementaires existants [11, 12, 13, 14, 15]. Un groupe de médecins d'établissements publics aquitains coordonnés par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) a permis de construire un outil d'évaluation du dossier patient. Cet outil a été repris in extenso dans le document de l'ANAES sur l'audit du dossier patient. Il a fait l'objet d'un travail de validation et est utilisé en routine depuis 1996 [8]. Pour simplifier l'évaluation, un travail mené par le CCECQA a visé à limiter le nombre de ces critères d'évaluation. Il a recherché des regroupements de critères d'évaluation, en se fondant sur l'hypothèse que certaines non-conformités étaient systématiquement associées. Une base de données de 2654 dossiers, évalués dans 17 établissements différents au moyen d'une liste de critères d'évaluation dont la reproductibilité avait été préalablement étudiée, a été utilisée pour réaliser ce travail métrologique statistique. En appliquant les méthodes de l'analyse en composantes principales, il a retrouvé une homogénéité dans les défauts de conformité qui a permis de construire trois axes de l'indicateur. Ces axes sont la conformité des éléments relatifs aux actes techniques majeurs, les documents d'observation et de synthèse et les éléments relatifs à l'organisation de la gestion du dossier. Un quatrième axe a été ajouté après cette analyse en composantes principales et en raison de la Loi du 4 mars 2002 pour regrouper les éléments relatifs à l'information du patient : certains des critères d'évaluation de cet axe n'existant pas lors de l'évaluation des dossiers, ce regroupement est fondé sur un choix raisonné et non statistique.

L'indicateur « Conformité du dossier patient » a fait l'objet de deux recueils de données successifs en 2004 puis en 2005. Les résultats obtenus ont révélé une importante variabilité inter-établissements qui confirme que l'analyse de 80 dossiers est pertinente pour la mesure de l'indicateur [16].

D'autre part, ces données ont permis de s'interroger sur la pertinence de la répartition des critères d'évaluation sur les trois premiers axes, l'axe portant sur l'information du patient étant fondé sur un choix non statistique. Des analyses en composantes principales (ACP) confirmatoires n'ont pas permis de retrouver la même répartition des critères par axe. De plus, l'analyse des données 2005 a mis en évidence des regroupements différents de celle des données 2004.

Suite à ces résultats, les critères d'évaluation ont été revus un par un au sein de l'équipe de coordination du projet COMPAQH. Les items n'étant pas corrélés deux à deux, chacun a été évalué à la fois sur son pouvoir discriminant et sur sa facilité à être collecté. Les items « informations liées au séjour », « copie du courrier adressé au médecin désigné mentionnant l'heure et la date d'admission et le service d'hospitalisation », « date, heure et modalités de sortie » et « présence du compte-rendu d'anatomo-pathologie » se sont avérés peu discriminants ou problématiques au niveau du recueil. Il a été décidé de ne pas les conserver dans cette nouvelle version de l'indicateur. Des items tels que le « compte-rendu opératoire » et le « compte-rendu d'accouchement », peu discriminant pour l'un et peu informatif pour l'autre, ont cependant été conservés au regard de leur pertinence indiscutable. Finalement, dix items ont été retenus pour la construction du score.

Concernant l'axe relatif à l'information du patient, fondé sur un choix non statistique, seuls deux items se sont révélés pertinents en termes de faisabilité de recueil et de traitement statistique. Il s'agissait des « écrits mentionnant que l'information (orale ou écrite) a été donnée avant les actes invasifs ciblés » et « le consentement écrit pour les situations prévues légalement ou réglementairement présent ». Toutefois, ces items n'ont permis qu'une analyse individuelle descriptive et n'entraient pas dans le calcul du score comparatif. Pour ces raisons, ils ont été présentés à titre « optionnel » pour une généralisation.

Deux autres items, décrits et testés dans l'axe information n'ont pas été proposés pour une généralisation :

- « la copie de l'information délivrée à tout patient auquel a été administré un produit sanguin labile » parce que le dossier transfusionnel fait déjà l'objet d'un item inclus dans le score.
- « le consentement écrit pour chaque acte médical lourd ou chirurgical pour le patient mineur ou majeur sous tutelle » parce que l'item concerné concerne trop peu de patients.

Il est important de noter enfin qu'une coordination avec d'autres expériences d'audits du dossier patient au sein des établissements a été engagée avant la finalisation de ce cahier des charges [17].

La version initialement généralisée (2008) par la HAS comportait les dix critères suivants :

Eléments communs à tous les dossiers :

1. Présence d'un document médical relatif à l'admission
2. Examen médical d'entrée renseigné
3. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)
4. Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval
5. Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)
6. Dossier organisé et classé

Eléments dépendants de la prise en charge :

7. Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable)
8. Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable)
9. Dossier anesthésique renseigné (si applicable)
10. Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)

b) L'évolution de l'indicateur « Tenue du dossier patient ».

En 2013, le service IPAQSS de la HAS a monté un groupe de travail en charge du suivi de l'évolution des résultats des indicateurs du dossier patient en MCO (GT-DPA), et a décidé d'actualiser dans un premier temps l'indicateur « Tenue du dossier Patient » (TDP) en une nouvelle version (TDP 2 MCO).

Il a été décidé de cibler des thèmes prioritaires tels que l'identitovigilance [18] [19], l'administration médicamenteuse [20], la mention de la personne de confiance [21] ou de la personne à prévenir.

Le bilan de cette actualisation a conduit à une version qui a été expérimentée au cours du deuxième semestre 2014 (TDP 2 MCO) :

Quatre critères sont restés inchangés par rapport à la version initiale :

- (1) document médical relatif à l'admission.
- (2) examen médical d'entrée renseigné.
- (3) rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation.
- (4) rédaction d'un traitement de sortie.

Des actualisations ont été menées sur 5 critères par rapport à l'indicateur TDP 1 :

- un critère a été abandonné : dossier organisé et classé.
- deux critères ont été simplifiés : limitation à la présence et non au contenu du courrier de fin d'hospitalisation et du dossier anesthésique, et du dossier transfusionnel.
- deux critères ont été regroupés : présence du (des) compte-rendu(s) opératoire(s) et/ou du compte rendu d'accouchement.

7 nouveaux critères portant sur des thèmes jugés prioritaires ont été ajoutés :

- 1) dossier retrouvé.

- 2) identification du patient.
- 3) traçabilité des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation.
- 4) participation ou accord du patient à son projet thérapeutique mentionné.
- 5) au moins une réunion pluri-professionnelle tracée.
- 6) mention de la recherche de la personne de confiance.
- 7) mention de l'identité de la personne à prévenir.

Ainsi, la version de l'indicateur TDP2 MCO qui a été expérimentée au premier semestre 2014 comportait 15 critères.

Les résultats de l'expérimentation ont été présentés au GT-DPA lors d'une réunion de restitution spécifique. Après discussion, il a été décidé de ne retenir que 13 critères dans la version définitive du nouvel indicateur TDP 2 MCO proposé pour la généralisation (cf ci-dessous).

Les deux critères portant sur la « participation/accord du patient à son projet thérapeutique » et sur « la réunion pluri-professionnelle » n'ont pas été retenus dans la version proposée pour 2016 car ils ont été jugés « peu adaptés » au secteur MCO et difficiles à recueillir pour près de 40% des ES participant au recueil. Les taux de conformité de ces deux critères étaient faibles, respectivement de 32.2% et de 30%.

Enfin, il a été décidé de maintenir la recherche du contenu complet du dossier transfusionnel car il n'existe pas d'autre indicateur spécifique au thème de la transfusion, contrairement au dossier anesthésique ou encore au document de sortie.

Au vu des résultats de cette expérimentation, de l'analyse des résultats de faisabilité, et après discussion avec le GT-DPA, la version retenue pour la généralisation est la suivante et comporte 13 critères qualité :

- 5 critères inchangés ;
- 1 critère provenant du regroupement de 2 anciens critères ;
- 2 critères simplifiés ;
- 5 nouveaux critères.

Eléments communs à tous les dossiers :

1. Dossier retrouvé.
2. Identification du patient.
3. Présence du document médical relatif à l'admission.
4. Examen médical d'entrée renseigné.
5. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation.
6. Traçabilité des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation.
7. Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH).
8. Rédaction d'un traitement de sortie.
9. Mention de la recherche de la personne de confiance.
10. Mention de l'identité de la personne à prévenir.

Eléments dépendants de la prise en charge :

11. Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA)
12. Présence du dossier anesthésique.
13. Dossier transfusionnel renseigné.

3. POPULATION CHOISIE

3.1. Définition de la population.

La population analysée correspond à l'ensemble des séjours hors séances MCO d'au moins un jour qui se sont déroulés au cours de l'année N.

3.2. Critères d'inclusion.

Séjours de plus de 24 heures.

3.3. Critères d'exclusion.

Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;

Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;

Séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ;

Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ;

Séjours avec un GHM erreur ;

Séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ;

Séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ;

3.4. Tirage au sort rétrospectif.

Une base de données est constituée, regroupant l'ensemble des séjours hors séances MCO d'au moins 24 heures, qui se sont déroulés au cours de l'année N, et excluant tous les séjours correspondant aux critères d'exclusion cités ci-dessus.

Un tirage au sort aléatoire de 100 séjours a été réalisé dans cette liste par le responsable du Département d'Information Médicale (DIM) ou du Service d'Information Médicale (SIM).

Les séjours non retrouvés ou faisant l'objet d'une exclusion secondaire (séjours multi-RUM incomplets, séjours présentant une incohérence PMSI (GHM erreur, ou séjour < 1 jour), et les séjours de patient ne souhaitant pas que les données les concernant soient exploitées seront exclus à posteriori et remplacés par des séjours de la liste de réserve.

3.5. Nombre de dossiers à évaluer.

La liste principale comportera 80 dossiers tirés au sort sur le second semestre de l'année N.

Afin de pourvoir au remplacement des dossiers non retrouvés ou faisant l'objet d'une exclusion secondaire, une liste complémentaire de 20 séjours tirés au sort dans la même base de données est demandée.

Remarque :

Dans le cas d'un séjour multi-RUM, l'analyse portera sur l'ensemble des unités médicales fréquentées au cours du séjour.

4. SCHEMA D'ETUDE

4.1. Responsable de recueil.

Le responsable du recueil de l'indicateur TDP2 MCO est le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM) ou du service de l'information médicale (SIM).

Les médecins ou infirmières des services concernés par les dossiers évalués peuvent participer au recueil sous couvert du responsable du recueil.

4.2. Support de saisie.

Le support de saisie informatique proposé par le service IPAQSS de la HAS est le progiciel SPHINX.

4.3. Contrôle qualité des données.

Le responsable du recueil s'assurera de l'exhaustivité du recueil et de la complétude des données. Des contrôles logiques permettront également de s'assurer de la qualité de la saisie.

5. INDICATEUR « TENUE DU DOSSIER PATIENT – VERSION 2 »

Libellé complet.

Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

L'indicateur est calculé à partir de 13 critères au maximum :

Eléments communs à tous les dossiers :

1. Dossier retrouvé.
2. Identification du patient.
3. Présence du document médical relatif à l'admission.
4. Examen médical d'entrée renseigné.
5. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation.
6. Traçabilité des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation.
7. Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH).
8. Rédaction d'un traitement de sortie.
9. Mention de la recherche de la personne de confiance.
10. Mention de l'identité de la personne à prévenir.

Eléments dépendants de la prise en charge :

11. Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement (CRA) (*si applicable*).
12. Présence du dossier anesthésique (*si applicable*).
13. Dossier transfusionnel renseigné (*si applicable*).

Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.

Analyse de la recommandation.

La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé [1].

Construction.

Définition	<p>Score de qualité de la tenue du dossier patient. L'indicateur est calculé à partir de 13 critères maximum :</p> <p>Eléments communs à tous les dossiers :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dossier retrouvé.2. Identification du patient conforme.3. Présence du document médical relatif à l'admission.4. Examen médical d'entrée renseigné.5. Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation.6. Trace des administrations médicamenteuses pendant l'hospitalisation.7. Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH).8. Rédaction d'un traitement de sortie.9. Mention de l'identité de la personne de confiance.10. Mention de l'identité de la personne à prévenir. <p>Eléments dépendants de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none">11. Présence d'un (ou des) CRO(s) et/ou d'un compte rendu d'accouchement.12. Présence du dossier anesthésique.13. Dossier transfusionnel renseigné.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANAES. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Paris: ANAES; juin 2003.
2. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
3. Collège de l'accréditation. Rapport d'activité 2001. Paris: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2002.
4. Daucourt V, Michel P. L'accréditation passée au crible des 100 premiers comptes-rendus publiés par l'ANAES. *Gestions Hospitalières* 2002; 415: 235-43.
5. Ousset S, Gentile S, Tardieu S, Bouvenot J, Fontaine ME, Teissier M, et al. Les grandes tendances de l'accréditation: bilan des 182 premiers comptes-rendus publiés. *Presse Med* 2003; 32: 254-7.
6. Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. *Br J Anaesth* 2002; 88: 280-3.
7. Bami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 175-81.
8. Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Dossier patient: évolution de la conformité des dossiers patients entre 1997 et 2000 dans 12 établissements d'Aquitaine (rapport interne). Bordeaux: CCECQA; 2001.
9. Damais-Cepitelli A, Martin P, Devos AM, Le Gueult LC. [Qualitative assessment of labile blood product prescription in Le Havre Hospital]. *Transfus Clin Biol* 2001; 8: 77-84.
10. Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *Bmj* 2003; 326: 1070.
11. Boulay F, Chevallier T, Gendreikey Y, Mailland V, Joliot Y, Sambuc R. [A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information systems project quality control]. *Sante Publique* 1998; 10: 5-15.
12. Francois P, Chirpaz E, Bontemps H, Labarere J, Bosson JL, Calop J. Evaluation of prescription-writing quality in a French university hospital. *Clin Perform Qual Health Care* 1997; 5: 111-5.
13. Michel P, Bonarek M, Capdenat E, Groupe des médecins des DIM d'Aquitaine. Conformité à la réglementation des dossiers de soins dans 15 établissements publics de santé en Aquitaine. *Presse Med* 1998; 27: 1884-9.
14. Perret du Cray MH, Remi C, Colin C, Mornex F, Gerard JP. [Quality of medical records in oncology: results of an audit of the Lyon Civil Hospices]. *Cancer Radiother* 2000; 4: 455-61.
15. Williams JG, Kingham M, Morgan JM, Davies AB. Retrospective review of hospital patient records. *Br Med J* 1990; 300: 991-3.
16. McGlynn EA, Kerr EA, Adams J, Keeseey J, Asch S. Quality of health care for women: a demonstration of the quality assessment tools system. *Med Care* 2003 May;41(5):616-25.
17. Audit du dossier patient, Mission Prospective et Performance Médicales, Direction de la Politique Médicale, AP-HP, Mai 2006.
18. Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé. Groupe de travail de la CCREVI de Midi-Pyrénées. Dominique Baudrin et Pauline SOLER. Juillet 2009.
19. Programme Hôpital Numérique. Guide des indicateurs des pré-requis et des domaines prioritaires du socle commun. DGOS. Avril 2012. Lien : <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>
20. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Journal officiel ; 16 avril 2011.
21. Article L1111-6 du code de la santé publique portant sur la personne de confiance. Journal officiel ; 23 avril 2005.