

DESS
1980
8
B

0483
DESS INFORMATIQUE DOCUMENTAIRE

Université de LYONE

O. ROBERT-RIONDET

ETUDE DES SERVICES D'ARCHIVES
MEDICALES DE L'HOPITAL E. HERRIOT

PERSPECTIVES POUR UNE AUTOMATISATION

SYNTHESE

La gestion du dossier médical aux H.C.L. P.5

I- L'ETAT ACTUEL D'HEH P.9

- Les services
- Les problèmes:

- 1- La structure pavillonnaire
- 2- Le personnel
- 3- Les locaux
- 4- L'éclatement des responsabilités
- 5- Les habitudes de travail
- 6- Les fonds différents
- 7- Les dossiers égarés

II- QUELLES SOLUTIONS? P.14

- 1- Le modèle de gestion de l'hôpital cardiologique
 - 1.1. Déroulement des processus (hospitalisation, consultation)
 - 1.2. Application à HEH
- 2- La micro-informatique
 - 2.1. Quelles machines?
 - 2.2. Les contraintes
 - 2.3. La structuration
- 3- Améliorations à apporter manuellement
 - 3.1. un responsable
 - 3.2. enregistrement immédiat
 - 3.3. retour du malade
 - 3.4. prêts
 - 3.5. prêts d'autres pavillons

CONCLUSIONS P.23

DESS
1980
8
B



1-

ANALYSE DES SERVICES

PLAN

- I - SERVICES DE L'HOPITAL EDOUARD HERRIOT CONCERNANT DES DOSSIERS DE MALADES P. 26.
HOSPITALISES
- II - PERSONNEL TRAVAILLANT SUR LES ARCHIVES MEDICALES DE L'HOPITAL EDOUARD HERRIOT P. 28
- III - FONDS D'ARCHIVES MEDICALES P. 29
- 1 - Durée de conservation des archives P.
 - 2 - Importance des fonds P.
 - 2.1 - Dossiers des hospitalisés P.
 - 2.2 - Hospitalisés et consultants P.
 - 2.3 - Remarque sur les chiffres cités P.
 - 2.4 - Fonds d'iconographie P.
 - 3 - Fonds différents et modes de classements différents à l'intérieur d'un même service P.

Tableau synthétique des fonds d'archives P. 32
- IV - LOCAUX P. 35
- 1 - Salle d'archives P.
 - 2 - Armoires dans le couloir P.
 - 3 - Secrétariat P.
 - 4 - Bureaux d'archivistes P.
 - 5 - Autres locaux P.
 - 6 - Répartition des locaux P.

Tableau synthétique des locaux P. 37

V	- TRAITEMENT DES DOSSIERS	P. 40
	1 - Constitution du dossier	P.
	1.1 - Aspect physique des dossiers	P.
	1.2 - Articulation hospitalisés - Consultants	P.
	1.3 - Hospitalisations successives	P.
	1.4 - Identification	P.
	1.4.1 - Forme du n°	P.
	1.4.2 - Par qui est-il donné ?	P.
	1.4.3 - Numérotation et enregistrement	P.
	1.4.4 - Relations du n° du dossier et du n° matricule	P.
	1.4.5 - Changement de n° de dossier	P.
	1.5 - Intérieur du dossier	P.
	1.6 - Radios conservées dans les dossiers	P.
	Tableau synthétique de la numérotation des dossiers et des modes de classement	P. 48
	2 - Enregistrement des dossiers	P. 51
	2.1 - Fichiers	P.
	2.1.1 - Fichiers alphabétiques	P.
	Schéma de fréquence d'apparition des renseignements portés sur les fiches	P. 54
	2.1.2 - Fichiers par maladies	P.
	2.2 - Cahiers d'enregistrement	P.
	2.2.1 - Cahiers alphabétiques	P.
	2.2.2 - Cahiers chronologiques	P.
	2.3 - Autres modes d'enregistrement	P.
	2.4 - Combinaison des modes d'enregistrement	P.
	Schéma de fréquence des renseignements portés sur les registres	P. 58

2.5 - Mise à jour des fiches et cahiers P.

Tableau synthétique des modes d'enregistrement des dossiers lors d'une première hospitalisation P. 62

3 - Classement du dossier P.

3.1 - Ordre numérique croissant P.

3.2 - Terminal P.

3.3 - Alphabétique P.

3.4 - Particularités P.

3.5 - Inconvénients et avantages du classement terminal P.

VI - PRETS P. 67

1 - Qui rentre et sort les dossiers ? P.

2 - Cahiers de prêts P.

Schéma des renseignements portés sur les cahiers de prêts P. 77

3 - Importance des mouvements P.

Tableau des mouvements de dossiers P. 74

VII - PERTES DE DOSSIERS P. 77

VIII - SCHEMAS DE CIRCULATION P. 78

SYNTHESE.

Depuis plusieurs années déjà, dans le domaine de l'informatique médicale, des applications appréciées ont été développées pour faciliter la gestion des dossiers médicaux des malades.

Ces applications ont en effet un intérêt particulier

- sur le plan de la recherche médicale

- sur le plan de l'activité quotidienne (certains dossiers doivent être gardés un siècle et les volumes sont importants).

- sur le plan économique, car retrouver rapidement et sûrement la trace du passage d'un malade à l'hôpital peut éviter des examens inutiles et coûteux, surtout si le malade possède un dossier unique.

Très souvent l'intérêt des équipes s'est porté prioritairement sur le contenu médical de ces dossiers (Institut Gustave Roussy, Hôpital Raymond Poincaré à Paris, plus récemment les projets DOSTAM de Grenoble et DOMICOR de Marseille.)

D'autres projets sont orientés vers la gestion proprement dite du dossier (localisation du dossier, recherche d'antériorité, gestion des prêts). C'est le cas notamment des hopitaux "Fonténoy" à Tarbes, Quimper, Rennes et Boulogne sur mer, ou de TAHITI (système de gestion des malades sur miniordinateurs) développé à St Etienne.

C'est également l'option qui a été prise au Département informatique des Hospices Civils de Lyon.

La gestion du dossier médical aux H.C.L.

Depuis 1977, à l'hopital cardiologique, le Service du Dossier médical dispose d'un terminal pour accéder aux fichiers informatisés des malades, et depuis 1979 assure le suivi des prêts des dossiers d'hospitalisés par la constitution d'un fichier informatisé spécialisé.

Parallèlement est menée une étude pour l'exploitation des résumés de séjours.

La prise en compte des dossiers des consultants est opérationnelle au niveau des traitements informatisés, mais les dossiers des consultants ne sont pas gérés par le Service des Dossiers médicaux.

L'hopital cardiologique présentait des atouts certains: dès l'origine, il y a une dizaine d'années, un dossier médical unique a été mis en place (seule demeurait la distinction médecine/chirurgie), et tous les dossiers de l'hopital étaient gérés par un service central d'archives appelé Service du Dossier médical.

Le bureau des entrées de l'hopital est en relation avec le fichier informatisé des malades, à qui il communique les entrées, sorties et mutations permettant l'établissement de

la facturation. Il était donc important que, d'une part, les archivistes aient la possibilité d'interroger ce fichier en temps réel, et que, d'autre part, soient mis en oeuvre les programmes spécifiques aux fonctions d'archivage:

- édition de la liste des malades attendus
- enregistrement des sorties et retours de dossiers
- édition de listes de rappels pour les dossiers non rentrés
- édition automatique des fiches des malades, etc..

Ce système fonctionne à l'heure actuelle de manière tout à fait satisfaisante, et est en cours d'implantation à l'hôpital Neurologique.

Le problème d'Edouard-Herriot.

Dans la perspective d'une extension à l'ensemble des Hospices Civils de Lyon d'une gestion automatisée des dossiers, l'Hôpital Edouard-Herriot présentait des difficultés particulières dues:

- à son importance
- à sa structure pavillonnaire et à l'éclatement géographique de ses archives.
- à la diversité présumée des modes de classement et de numérotage-ou identification.

Le travail réalisé pendant ce stage devait permettre de connaître la complexité du problème et notamment:

- de repérer les différents services d'archives et décrire leur fonctionnement (cf en annexe la description de chaque service et le guide d'entretien).

- de tenter de dégager les constantes et les disparités (cf l'analyse des services).

- d'en tirer des conclusions quant aux possibilités d'informatisation, dans la mesure où elle pourrait apporter un service.

Dans cette synthèse nous aborderons les points suivants:

- Quels sont les principaux problèmes des services d'archives d'H.E.H., et plus particulièrement dans une perspective d'automatisation?

- Quelles solutions pourrait proposer le département informatique?

- Quels changements pourrait-on déjà maintenant suggérer pour assurer une plus grande cohérence des services manuels et améliorer la circulation des dossiers?

I- LE FONCTIONNEMENT ACTUEL DES SERVICES.

Même si les archives de l'hôpital sont multiples, et que les salles d'archives recèlent parfois toutes sortes de cahiers ou classeurs (cahiers des hôtes, examens classés à part, etc...) nous ne nous intéresserons qu'aux dossiers des malades hospitalisés et non à tout ce que les services d'archives conservent.

Soulignons tout de suite, avant de recenser les problèmes, et pour ne pas sembler dresser un tableau trop sombre, que les services d'archives répondent bien dans leur ensemble aux prestations que l'on attend d'eux: les dossiers des malades sont retrouvés lorsqu'ils reviennent, ils sont cernés par des fichiers diagnostiques qui permettent une recherche au niveau de leur contenu médical. Par contre on a souvent l'impression que ce résultat est obtenu au prix d'efforts démesurés et de difficultés importantes.

Les problèmes

1- La structure pavillonnaire.

Les 34 services de l'hôpital Edouard- Herriot conservent des dossiers de malades hospitalisés. Il n'y a pas de service central d'archives pour les dossiers récents, et rarement du personnel affecté spécialement à ce type de tâches.

Par contre un service central, situé hors de l'hôpital, recueille théoriquement les dossiers datant de plus de 5 ans. En réalité, si certains pavillons ont des dossiers de 30 ans d'âge, d'autres ne peuvent guère en conserver plus d'un an ou deux. Les archives du service central sont pour la plupart encore vives, et des navettes constantes sont organisées avec les différents pavillons.

Les prêts entre pavillons sont réduits au minimum; d'une part de peur d'une éventuelle perte de dossiers, mais aussi parce que les pavillons sont très spécialisés. En effet il faut remarquer que la plupart des services ne mutent pas plus de 3 à 4% de leurs malades par an, et seuls les services d'urgence ou de médecine interne ont muté plus de 10% des malades entrés chez eux en 1979 (Statistiques du département informatique sur les mouvements de population par unité, service et établissement en 1979).

Non seulement il n'y a pas de service unique sur l'hôpital, mais il n'y en a pas non plus un seul par pavillon.

Si l'on peut le regretter au nom de la rationalité, cette décentralisation a un aspect bénéfique: ce sont généralement les secrétaires qui s'occupent de l'organisation, du classement et de la sortie du dossier, ce qui est une manière de faire connaissance avec un malade, connaissance importante pour leur travail quotidien.

Il paraît peu réaliste de souhaiter, en cas d'automatisation, une centralisation de toutes les archives de l'hôpital. D'une part pour des questions de place; d'autre part pour les navettes incessantes qu'impliquerait ce type de solutions.

Il faudrait vraisemblablement considérer chaque pavillon comme un petit hopital, et régler les problèmes d'archives à ce niveau.

2- Le personnel

Il est en nombre insuffisant et n'a pas de formation spécifique. Les dossiers sont pris en charge par une douzaine de catégories professionnelles différentes.

- A l'heure actuelle, dans beaucoup de services les mouvements de dossiers sont peu enregistrés, voire pas du tout. D'une part certaines secrétaires ne voient pas la nécessité de noter un dossier un dossier qui change seulement d'étage. L'idée que plus un dossier s'éloigne plus il a de chances de se perdre est répandue, a contrario s'il n'est pas loin ce n'est pas grave. Mais surtout elles n'auraient pas toujours le temps d'assurer cet enregistrement.

Si les services d'archives sont automatisés, les secrétaires seront débarassées de la tenue manuelle d'un fichier alphabétique et des registres. Par contre il faudra entrer très systématiquement tous les mouvements, et il n'est pas évident que les secrétariats y gagnent en allègement de la charge de travail.

- Le personnel manque de formation dans la quasi-totalité des cas: il ne travaille pas aisément avec un fichier, et certaines routines de travail (maintien de plusieurs cahiers différents alors qu'existent des fichiers), dont on ne perçoit pas bien la nécessité, attestent sans doute la peur de ne pouvoir sans cela maîtriser le problème des dossiers.

La bonne tenue des services repose sur l'intérêt pour la question, l'énergie, ou le sens de l'organisation d'une personne (adjointe de cadre, médecin ou secrétaire) qui a su, totalement intuitivement, organiser un service qui marche.

3- Les locaux.

Ils sont toujours insuffisants et parfois délabrés.

Heureux sont les services qui trouvent tous leurs dossiers dans la même salle. Moins heureux ceux qui doivent parcourir deux ou trois étages pour chercher dans une armoire, un placard, un sous-sol et une salle de consultation.

Le problème de place est latent à tous les niveaux de l'archivage:

- dans les services où les secrétaires ne savent plus où mettre les dossiers.

- au service central d'Edouard Herriot qui doit refuser les désencombrements, faute de pouvoir lui-même les héberger.

- à La Visitation où seules quelques unes des immenses salles sont aménagées et chauffées.

4- L'éclatement de la responsabilité.

Il est rare que la même personne soit responsable du bon fonctionnement de l'ensemble des opérations effectuées sur les archives. Cet éclatement, qui est aussi géographique, est certainement facteur de pertes de temps évidentes et de défauts d'efficacité.

Ce problème est surtout grave pour l'enregistrement du malade, qui devrait impérativement être fait à l'entrée, et les mouvements de dossiers.

5- Les fonds différents.

Il est assez complexe d'avoir à gérer des fonds dont le mode de classement change, la numérotation repart à

zéro périodiquement, qui sont modifiés par l'apport d'autres dossiers ou le départ d'une partie des leurs, en fonction des mouvements des chefs de services.

6- Les habitudes de travail.

A travers les modes de classement et d'enregistrement signalés ou abandonnés, on peut penser que certaines pratiques ont été répandues un moment, pour se trouver progressivement remplacées par d'autres.

Par exemple: la séparation des dossiers et des radios, la distinction hommes/femmes au niveau des dossiers ou des enregistrements, la tenue de cahiers alphabétiques, sont supplantés par les fichiers alphabétiques, les fichiers par maladies, renvoyant à un classement unique des dossiers et des radios, tous dossiers confondus.

Certains services continuent à assurer à la fois les anciennes pratiques et les nouvelles. Parallèlement les identificateurs portés sur les fiches se sophistiquent alors que ceux portés sur les cahiers sont très abrégés.

7- Les dossiers "égarés".

Les pertes réelles sont rares. Par contre les dossiers "égarés" sont assez fréquents: il s'agit de dossiers dont on a perdu la trace pendant un laps de temps plus ou moins long, et que l'on retrouvera ensuite, même s'ils ont ponctuellement fait défaut.

Mais lorsque l'on voit les efforts d'un personnel insuffisant qui ne peut suivre les prêts de dossiers, leur manque de formation technique et, certaines fois, leur im-

possibilité de se poser en interlocuteur crédible en face de médecins qui imposent avec plus ou moins de bonheur une circulation de dossiers ou une méthode d'archivage, on peut plutôt se demander comment on parvient encore à retrouver la quasi-totalité des dossiers. Il faut penser qu'au-delà des approximations l'ensemble du personnel administratif ou soignant manipulant les dossiers fait preuve d'une grande conscience professionnelle et de beaucoup de bonne volonté en la matière.

II- QUELLES SOLUTIONS?

Si chaque pavillon est considéré comme un hôpital, la solution ne peut être unique, mais modulée en fonction de la taille des services, du type de problèmes que les médecins jugent prioritaire de résoudre, et de leur attrait pour une plus ou moins grande centralisation.

C'est pourquoi deux types de solution pourraient être envisagées:

- l'application du modèle de gestion de l'hôpital cardiologique à certains pavillons.

- l'introduction de mini. ou micro-ordinateurs dédiés à une fonction de gestion.

Enfin nous envisagerons les modifications ponctuelles qu'il serait possible d'apporter dès maintenant dans les services, et pouvant être la base d'une automatisation ultérieure, ou tout simplement amélioreraient la circulation des dossiers.

1- Le modèle de l'hôpital cardiologique

A l'hôpital cardiologique, les prises de consultation et la gestion des dossiers sont automatisés.

Le service d'archives accède au répertoire alphabétique des malades, au fichier de mouvements des malades, aux fichiers archives (sous-fichiers dossiers, séjours, demandes, dossiers sortis) en temps réel.

Les malades sont identifiés par le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe, ou le numéro matricule donné à l'entrée de l'hôpital.

1.1. Déroulement du processus.

1.1.1. hospitalisation

Le numéro de la première hospitalisation restera le numéro permanent de dossier.

Avant l'arrivée du malade, les unités d'hospitalisation enregistrent leurs prévisions d'entrées. Le service d'archives fait éditer chaque jour la liste des dossiers à préparer pour le lendemain et sort les dossiers correspondants.

Avant de les transmettre aux unités de soins, elles enregistrent le mouvement sur le poste à écran (affichage d'une grille).

Les nouveaux malades sont enregistrés au bureau des entrées. Le soir de leur arrivée, le service d'archives reçoit la liste des entrées et demande l'édition automatique des fiches des nouveaux malades sur imprimante. Le fichier manuel a été conservé et est mis à jour en cas de panne de matériel.

Si le malade est muté, le mouvement est enregistré par le bureau des entrées. Le dossier suit le malade.

Le retour du dossier est enregistré au poste à écran.

Si le malade arrive en urgence en dehors des heures d'ouverture du service l'interne de garde peut demander l'édition d'un bon de sortie de dossier, qui servira aux archivistes à enregistrer la sortie dès l'ouverture du service.

1.1.2. Consultations

La procédure est simplifiée: elles sont automatisées. La liste est sortie sur imprimante. Les archivistes sortent les dossiers correspondants et les enregistrent au poste à écran.

1.1.3. Importance du service

Le service d'archives central de l'hôpital cardiologique conserve 115 000 dossiers, et effectue 190 sorties par jour. Les effectifs du service sont de 5 personnes.

1.2. Application à H.E.H.

Ce système serait sans doute applicable aux pavillons qui enregistrent le plus gros nombre d'entrées (N-Nbis, maternité, S-Sbis, T-Tbis, U, F), sous réserve bien entendu de l'intérêt des médecins concernés.

La transposition poserait notamment deux problèmes:

-identification du malade: à l'heure actuelle un malade a autant de dossiers qu'il visite de services, pour une même hospitalisation, et surtout autant de numéros de dossiers différents, dont le lien avec le numéro matricule n'est pas établi (sauf N-Nbis).

- le principe appliqué à l'hôpital cardiologique: là où est le malade se trouve aussi le dossier, n'est absolument pas vérifié. Le dossier est soit dans le service d'origine, soit dans le service de mutation.

2- La micro-informatique.

2.1. Pour quoi faire?

Les micro-ordinateurs pourraient offrir des solutions pour des problèmes ponctuels de gestion de dossiers, et ont l'avantage d'une certaine indépendance.

Actuellement les micro-ordinateurs sont uniquement implantés dans les unités de soins, tout particulièrement en réanimation, donc affectés à des tâches de surveillance d'appareils par exemple.

Ils sembleraient adaptés, dans le cas des dossiers médicaux, pour des services du type endoscopie ou radio-scanner, dont de plus les chefs de service seraient ouverts à ce type de solution.

Ils permettraient essentiellement de retrouver très rapidement, parmi les 100 malades quotidiens (pavillon B), l'historique d'un malade de ce service, et d'éviter le renouvellement des examens.

2.2. Quelles machines?

Il existe une gamme assez vaste de machines avec écran et clavier, ayant la possibilité de contenir deux supports magnétiques (pour assurer la sauvegarde des informations), et une sortie imprimante.

Il devrait de plus répondre aux exigences suivantes:

- être non spécialisé et posséder un système d'exploitation.

- être susceptible d'accomplir deux tâches, ou que le médical ne l'occupe pas à plein temps (pour permettre d'accomplir d'autres travaux, notamment de secrétariat et rentabiliser au maximum l'investissement qu'il représente.)

- avoir des supports démontables. Eventuellement, si cela apparaissait comme important, la possibilité d'utiliser des disques durs (de plus grande capacité que les disquettes) comme mémoires périphériques.

- posséder une gestion de fichiers.

2.3. Les contraintes.

- Les micro-ordinateurs sont généralement programmables en Basic. Ce langage a l'avantage d'être appris très rapidement et par n'importe qui. Par contre certains Basic sont faibles sur le plan du traitement des textes.

- Une machine de ce type est de faible prix (40 000 à 100 000F), mais elle est obsolète au bout de 6 ou 7 ans.

2.4. La structuration.

Il faut envisager une gestion des données sur des supports magnétiques, et une gestion manuelle de ces supports (ils sont classés dans des bacs, et sortis et rentrés manuellement de ces bacs).

Si l'on désire mettre sur pied un repérage des dossiers permettant de retrouver leur lieu de classement, il faut compter 50 signes par malade (en le repérant par le nom, le prénom, la date de naissance, le N° de dossier, le sexe, la

date du dernier examen.)

Sur le pavillon de radio-scanner, il faudrait entrer 5000 caractères (soit 5 K) par jour.

Une disquette représentant 256 K, elle contiendrait 50 jours, soit deux mois.

Il serait possible d'avoir un fichier tournant sur deux mois qui, une fois plein, serait recopié sur un fichier alphabétique de deux ans environ (une disquette par lettre de l'alphabet.)

Ces micro-ordinateurs pourraient éventuellement être connectés sur le système central, ce qui permettrait d'avoir accès au fichier central des malades. De plus certains matériels permettent l'accès à des bases de données extérieures.

Précisons que des machines de ce type fonctionnent aux services de documentation du "Républicain lorrain" et de Sacilor Sollac (Metz). L'entrée quotidienne de 60 références d'articles prend 20 minutes au personnel, et une recherche courante ne dure que quelques secondes.

Bien entendu le logiciel ne correspond pas au but recherché pour la gestion des dossiers médicaux, mais cite un bon exemple de ce qui peut être fait pour un coût modeste. Une étude plus approfondie d'un coût logiciel devrait malgré tout être faite avant de tirer des conclusions sur l'intérêt économique de cette solution.

3- Améliorations à apporter manuellement.

Il est possible dès maintenant de proposer quelques modifications qui pourraient faciliter les recherches de dossiers, la communication entre services, et une automatisa-

tion ultérieure.

3.1. Un responsable

Une seule personne doit assumer la responsabilité de la gestion des dossiers et de son organisation, même si elle ne fait pas l'intégralité du travail. Tous les mouvements du dossier lui seront signalés.

3.2. Enregistrement immédiat

L'enregistrement immédiat est fondamental pour le bon suivi du dossier, et il est possible d'opérer de plusieurs manières:

- passage de la fiche du malade dans un tiroir réservé aux hospitalisés (H bis).
- enregistrement sur un cahier après relevé quotidien auprès des unités de soins (O).
- notation sur un cahier de prêts s'il s'agit d'un ancien malade.

3.3. Retour du dossier.

Au retour du dossier il est important:

- d'avoir la possibilité de garder sous la main ou dans des placards proches les dossiers les plus récents pour reclasser les examens qui arrivent ultérieurement.
- d'adopter les fiches Artec ou les renseignements qui y sont portés: en plus des renseignements d'état civil (nom marital et nom de jeune fille, prénom, sexe, date de naissance, de préférence à l'âge, adresse), des indications concernant la destination du malade (dates d'entrée et de sortie, mutation...), et indiquer en face du numéro interne de dossier

le numéro matricule attribué par le bureau des entrées.

Ces renseignements devraient être suffisamment nombreux pour départager les homonymes, ou rectifier les erreurs, et en même temps favoriser une liaison entre services.

- de mettre les fiches à jour.

Un fichier alphabétique bien entretenu, un enregistrement dès l'arrivée du malade et un suivi systématique des sorties de dossiers devraient parfaitement suffire. Les registres et cahiers pourraient être remisés. Les secrétariats devraient adopter d'autres habitudes de travail, en particulier celle de la manipulation des fichiers, d'éviter de sortir inutilement les fiches ou de ne le faire qu'en laissant un marqueur, d'éviter que trop de personnes différentes ne déclassent ou ne manipulent les fiches.

3.4. Prêts

Tout ce qui est prêt devrait être suivi avec une très grande rigueur, que ce soit pour des thèses, les autres services, ou même les consultations ou les hospitalisations.

A la limite un tiers peut sortir les dossiers, mais c'est toujours la même personne qui doit ranger très systématiquement.

La notation des prêts sur une feuille volante doit être évitée.

Il est important de se tenir systéma-

tiquement au courant de toute mutation, soit auprès des surveillantes, soit par l'hotesse, et établir une politique précise en la matière (prêter les dossiers et les noter, les réclamer régulièrement, ou ne jamais les laisser sortir et ne communiquer que des photocopies.)

3.5. Prêts d'autres pavillons.

Il serait souhaitable, comme au pavillon O, que les dossiers prêtés par les autres pavillons restent au secrétariat où les médecins pourraient les consulter, mais ne soient jamais mêlés aux dossiers du service.

CONCLUSIONS

A l'heure actuelle, l'hôpital Edouard-Herriot recueille les inconvénients de l'éparpillement des locaux, sans en tirer en contrepartie tous les avantages liés à une décentralisation bien comprise.

- Les services font montre d'un cloisonnement regrettable. Les personnels se connaissent peu, et sont par conséquent incapables de repérer les aspects positifs de l'organisation des services voisins, ce qui leur permettrait de se former mutuellement.

- Il n'y a aucun moyen d'un service à l'autre de vérifier que l'on parle bien du même malade, puisque ce malade n'a aucun identificateur commun.

- Aucune politique commune n'a été instaurée de manière tangible, en matière de prêt notamment, domaine de communication par excellence. Si deux solutions se rapprochent, c'est fortuitement et ne correspond à aucune concertation.

La gamme a
Si jouer la carte de services d'archives décentralisés est une bonne chose, améliorer la coopération des différents services doit rester une priorité dans les tâches assignées à ces services.

La gamme actuelle des matériels informatiques est suffisante pour permettre des solutions modulables, mais qui en aucun cas ne devraient devenir des solutions individualistes.

Pour l'éviter, il ne suffira pas de la bonne volonté des uns ou des autres: il faut instaurer des structures de communication entre les services d'archives.

Citons, par exemple, dans cet ordre d'idées, le travail accompli dans les services de réanimation où une ad-

jointe de cadre a mis en place, en coopération avec les médecins, deux services remarquablement tenus dont elle assume la surveillance commune.

On pourrait imaginer une transposition de ce type d'organisation à l'échelle de l'hôpital; par exemple une petite équipe représentative des services, ou du personnel détaché spécifiquement, jouant le rôle de conseil pour les services manuels, et suivant de près la mise au point des opérations d'informatisation éventuelles. Ce personnel n'a pas besoin d'être nombreux, du moment qu'il a un bon niveau de formation et d'efficacité.

D'autres solutions peuvent surgir. L'essentiel étant que les compétences existent.

Il n'est pas possible en tous cas de ne pas prêter une attention croissante à ce domaine, certes moins prestigieux que celui de la recherche médicale, mais tout de même essentiel pour le suivi du malade, la rationalisation des décisions d'examen, et la bonne communication entre les médecins.

ANALYSE DES SERVICES

I - SERVICES DE L'HOPITAL EDOUARD HERRIOT

 CONSERVANT DES DOSSIERS DE MALADES HOSPITALISES

[Pavillon A	Service médical d'accueil	Monsieur ARCADIO]
[Pavillon B	Radio-scanner	Messieurs BOCHU CHOLLAT]
Pavillon B	Stomatologie	Messieurs DUMAS FREIDEL
Pavillon C	Ophtalmologie	Monsieur HUGONNIER
Pavillon D	Chirurgie générale	Monsieur SAUBIER
Pavillon E	Rhumatologie	Monsieur VIGNON
Pavillon E bis	Hématologie	Monsieur VIALA
Pavillon F	Orthopédie d'urgence	Monsieur FISCHER
Pavillon G	Chirurgie viscérale d'urgence	Monsieur POUYET
Pavillon G réa	Réanimation	Monsieur MOTIN
Pavillon N réa		
Pavillon H	Médecine interne	Monsieur PASQUIER
Pavillon H bis	Gastro-entérologie	Monsieur LAMBERT
[Pavillon H bis	Endoscopie	Monsieur LAMBERT]
Pavillon I	Traumatologie	Monsieur DEJOUR
Pavillon I	Brûlés	Monsieur MARICHY
Pavillon J	Pathologie néo-natale	Monsieur SALLE
Pavillon K	Maternité	Monsieur MAGNIN
Pavillon K	Gynécologie	Monsieur DARGENT
Pavillon L	Gynécologie	Monsieur ROCHET
Pavillon M	Chirurgie générale	Monsieur GUILLET
Pavillon M bis	Chirurgie vasculaire	Monsieur DESCOTTES
Pavillon N-N bis	Toxicologie - Urgences	Messieurs ROCHE BOURRAT

Pavillon O	Chirurgie générale et viscérale	Monsieur CHABAL
Pavillon P	Néphrologie	Monsieur TRAEGER
Pavillon R	Dermatologie	Monsieur THIVOLET
Pavillon S	Médecine infantile	Monsieur MONNET
Pavillon S bis	Médecine infantile	Monsieur FRANCOIS
Pavillon T	Orthopédie	Monsieur DEMOURGUES
Pavillon T bis	Orthopédie d'enfants	Monsieur DAUDET
Pavillon U	ORL U1 et U4	Monsieur MARTIN
Pavillon U	ORL U2	Monsieur REBATTU
Pavillon U	ORL U3	Monsieur MORGON
	Audiophonologie	
Pavillon V	Urologie V ¹ ₂ et 2	Monsieur ARCHIMBAUD
Pavillon V	Urologie V3	Monsieur DUBERNARD

Les services notés [] sont des cas particuliers.

Le pavillon A ne garde pas de dossier complet, mais une feuille d'urgence concrétisant le passage du malade, quelques radios, et certains résultats d'examens.

Le pavillon B radio-scanner ne garde qu'une partie des dossiers radiologiques, même si une trace du passage du malade est toujours gardée.

Le laboratoire d'examens d'endoscopie au pavillon H bis conserve des dossiers.

Comme pour le radio-scanner le stockage et le repérage des dossiers posent des problèmes identiques à ceux des autres services et il faut préciser les particularités suivantes :

- accueil des consultants comme des hospitalisés,
- pas de prêt ou mutation (il s'agit en effet d'un laboratoire).

Le SAMU manque dans cette liste car il est déjà géré par le Département Informatique.

Au total, sur 34 services recensés, 31 peuvent être considérés comme services d'archives au sens strict.

Les pavillons ⁶ P réa et N réa sont deux services géographiquement distincts, mais organisés de la même manière, placés sous la responsabilité d'une seule adjointe des cadres, et relèvent administrativement du même chef de service.

C'est pourquoi ils sont notés ensemble.

II - PERSONNEL TRAVAILLANT SUR LES ARCHIVES MEDICALESDE L'HOPITAL EDOUARD HERRIOT1 - Surveillantes.

1 surveillante chef.

2 surveillantes d'office.

2 - Secrétaires.

59 secrétaires dont 35 secrétaires médicales,

7 sténo-dactylos,

13 secrétaires (sans précision),

4 secrétaires de consultation.

3 - Adjoints des cadres.

2 adjoints des cadres.

4 - Personnel soignant.

4 infirmières.

2 aides soignantes.

5 - Agents de service.

10 agents de service affectés aux archives ou au secrétariat.

6 - Divers.

2 hôtesses.

3 femmes de ménage.

1 agent de la lingerie.

Soit un total de 86 personnes, dont 8 seulement exercent uniquement la fonction d'archiviste (2 secrétaires médicales et 6 ASH).

III - FONDS D'ARCHIVES

1 - Durée de conservation des archives.

Conservent les archives depuis 5 ans ou moins	: 13 services
entre 5 et 10 ans	: 5 services
entre 10 et 20 ans	: 4 services
plus de 20 ans	: 3 services
ne savent pas	: 9 services

Selon la règle établie, les services ne devraient ^{TOTAL} garder ^{34 services} leurs dossiers que 5 ans, délai au bout duquel ils devraient être remis au service central. Mais, la pratique ne correspond pas à la théorie.

Les raisons en sont multiples. Si beaucoup de secrétariats ou de services d'archives ne connaissent pas le règlement, la raison majeure du dépassement du délai de 5 ans ne réside pas là. Plus vraisemblablement, les pavillons hésitent à se défaire d'archives encore vivantes.

Ce sont essentiellement les problèmes de place qui règlent les transferts de dossiers : les secrétariats les conservant jusqu'à saturation des rayons, parce que le service central lui-même ne peut accueillir tous les dossiers qu'on lui demande de venir chercher.

2 - Importance des fonds d'archives (en nombre de dossiers).

Dossiers hospitalisés	225 845
Dossiers hospitalisés et consultants	247 550
	<hr/>
TOTAL	473 395

23 services d'archives classent séparément les dossiers des hospitalisés.

11 services classent ensemble leurs dossiers d'hospitalisés et de consultants.

2 services utilisent les deux systèmes de classement : il s'agit du pavillon G où les urgences sont à part, les dossiers du service de l'autre, et du pavillon U où les dossiers des hospitalisés et des consultants sont traités depuis peu de manière identique.

2.1 - Dossiers des hospitalisés.

Les fonds varient de 3 250 à 27 000.

Sur 23 services, il est possible de calculer l'accroissement annuel de 18 d'entre eux. Ces 18 services représentent au total 201 840 dossiers, gardés depuis 2 à 27 ans (en moyenne 9 ans). Leur accroissement annuel serait de 22 471 dossiers, cet accroissement variant selon les services de 580 à 3 000, et certainement au-delà. Mais, il n'a pas été possible d'obtenir le calcul pour tous les pavillons.

2.2 - Hospitalisés et consultants.

Les fonds varient de 3 700 à 71 000.

L'accroissement annuel peut être calculé pour 7 services sur 12, représentant un total de 21 213 dossiers conservés depuis 6 mois à 22 ans (en moyenne 7,7 ans).

Cet accroissement serait de 21 213 dossiers et irait, suivant les services, de 1 311 à 5 000 dossiers supplémentaires par an.

Au total nous obtenons un accroissement annuel de 43 684 dossiers sur 25 services.

Notons que 7 services possédant des dossiers complets manquent dans cette statistique. Le nombre d'entrées sur ces 9 services a été pour 1979 de 170 37. Un accroissement annuel de 50 à 55 000 dossiers est donc vraisemblable. A titre indicatif, les entrées de l'hôpital se chiffraient en 1979 à 77 650 (dont 230 non affectés).

2.3 - Note sur les chiffres cités.

Si l'on peut admettre sans trop de réserves les chiffres émis par les secrétariats concernant les nombres de dossiers, puisque la numérotation est généralement continue et que les dossiers sont conservés depuis une date connue, les chiffres sur l'accroissement annuel doivent être considérés avec quelques réserves, et plutôt comme indicatifs pour les raisons suivantes :

Un service qui garde ses dossiers depuis 10 ou 20 ans peut avoir connu de grosses variations dans son activité.

Il n'est pas possible de corriger ces approximations par des statistiques précises. En effet, ne sont disponibles au Département Informatique que les statistiques par établissement, mode de placement, service et unité, réhospitalisations comprises. Ces chiffres, à part quelques cas (maternité, réanimation) sont donc obligatoirement supérieurs aux chiffres des nouveaux dossiers créés. Ils figurent au tableau des fonds d'archives pour permettre quelques vérifications.

Notons ces quelques remarques :

Le pavillon G, étant un pavillon d'urgence, ne crée pas de dossier pour les malades immédiatement mutés, ainsi que le pavillon F, même si les malades ont été comptés chez eux en entrée.

Le pavillon U, étant donné l'ancienneté de ses archives, peut avoir un accroissement annuel qui aurait évolué.

Le pavillon E bis a un service d'hôpital de jour.

Le pavillon P reçoit fréquemment les mêmes malades (greffes, dialyses).

2.4 - Fonds éconographiques.

Quelques services possèdent des fonds de photographies ou de diapositives.

Au pavillon B (stomatologie), I (brûlés), S bis, les photos sont conservées dans les dossiers.

Les pavillons C et R ont des fonds de diapositives (60 000 à C), dont le classement est indépendant des dossiers, et qui servent pour l'enseignement.

3 - Différents fonds et différents types de classement.

La plupart des services ont un seul fond et un seul type de classement.

Mais il peut y avoir deux cas de changements :

Le chef de service demande au secrétariat de mettre sur pied un nouveau type de classement à partir d'une date donnée : les deux services du pavillon U par exemple, ou le pavillon C où 3 types de classement cohabitent.

Un nouveau chef de service arrive. Le précédent reprend tout ou partie de ses archives. Le nouveau apporte les siennes (pavillon H, I). Le plus souvent la numérotation repart alors au n° 1 (E bis, G, H bis, I, L, M bis, O, U3).

FONDS D'ARCHIVES MEDICALES DE L'HOPITAL EDOUARD HERRIOT (JUN 1980)

(en nombre de dossiers)

SECTION	DOSSIERS HOSPITALISES	DOSSIERS HOSPITALISES ET CONSULTANTS	ENTREES EN 1979	ACCROISSEMENT ANNUEL PROBABLE	ARCHIVES LES PLUS ANCIENNES
		250 feuilles par jour			1 an
Imagerie		7 000 radios plus classeurs scanner			Scanner 1978
Pathologie	3 500		1 423	1 166	1977
	25 000 depuis 1970 56-70 : non comptabilisés		2 939	2 500	1956
	Hospitalisés classés à part mais chiffre inconnu	4 000 ?	909		
	10 800		1 927	771	1966
Chirurgie	3 250		1 505 hospitalisés de jour 4 173 avec hôpital de jour	580	1975 + 350 antérieurs
		6 000 + 4 000 urgences	7 607	5 000	Octobre 197
	4 000	6 000 urgences	6 734	1 000 + 1 500 urgences	1976
Chirurgie	8 000		1 837	1 333	1974
Chirurgie	1 500			750	1978
	7 730		1 738	966	1972

AN	DOSSIERS HOSPITALISES	DOSSIERS HOSPITALISES ET CONSULTANTS	ENTREES EN 1979	ACCROISSEMENT ANNUEL PROBABLE	ARCHIVES LES PLUS ANCIENNES
bis	10 400		3 851		
opie		+ de 16 000			
		44 000	2 655		
brûlés	3 000 ?		393		
	1 500		848	750	Mai 1978
ologie	10 000		1 714	1 000	1970
ntité	18 000		3 262	3 000	1974
	17 000		2 837	1 250	1972
	10 100		1 112	1 112	1971
bis	6 165		928		
N bis	5 000 ??		6 640		
	9 000		2 160	2 250	1976
		28 850	6 199 total 2 472	1 311	1958
	7 500		1 479	937	1972
	27 000		2 824	1 588	1963-1964
bis	25 000		2 158	1 470	Idem

ION	DOSSIERS HOSPITALISES	DOSSIERS HOSPITALISES ET CONSULTANTS	ENTREES EN 1979	ACCROISSEMENT ANNUEL PROBABLE	ARCHIVES LES PLUS ANCIENNES
		20 000	1 671		
bis		71 000 + des consultants seuls	1 867	4 733	1965
et 4	10 300		2 044	381	1953
—	3 000		1 096	750	1976
onologie		37 000 depuis 1972	2 026	4 625	
et 2	6 100 depuis 1974-75	3 700 depuis octobre 1979	1 418	4 400	1975
			606	3 000	Octobre 1979
tal	232 845 473	247 550 395	77 650 (dont 230 non affectés)	43 684	

IV - LOCAUX

1 - Salle d'archives.

27 services d'archives sur 34 possèdent une salle d'archives, le plus fréquemment en sous-sol, plus rarement dans les combles ou une salle proche de celle du secrétariat. Leurs tailles sont diverses, et le confort pas toujours évident. Parmi les plus mauvaises conditions d'archivage, voie de danger pour le personnel, on peut citer S, S bis et T bis.

De toute manière, quelle que soit leur taille, elles ont en commun d'être trop petites par rapport à la masse des dossiers qu'elles devraient accueillir. Il est fréquent de trouver les dossiers dans un coin ou de devoir en enjamber pour passer.

Un service (T bis) y conserve ses fichiers.

2 - Armoires dans les couloirs.

14 services ont des armoires, qui servent le plus fréquemment à mettre les dossiers eux-mêmes (11 services), parfois les radios (4 services), mais aussi les fichiers (3 services). Ces plafonds peuvent se trouver étagés sur plusieurs niveaux (2 services).

Dans les cas où les fichiers ne sont pas à portée de main des secrétaires ou des archivistes, celles-ci tiennent sur place un registre alphabétique ou numérique.

3 - Secrétariat.

Les secrétariats servent de lieu de travail dans 29 services, mais à des degrés divers. 15 services n'y conservent que les fichiers, 7 services les fichiers et les registres, ou 6 les registres seuls. 1 service y classe ses examens (pavillon A).

7 services ont la possibilité de classer des dossiers soit dans le secrétariat directement soit dans une pièce attenante, ce qui est particulièrement intéressant et évite des allers et retours au personnel, notamment lors du classement des examens qui parviennent en retard. Les autres services doivent soit garder les dossiers les plus récents sur un bureau, soit les mettre dans des armoires dans le couloir pour les avoir à proximité, soit les ranger directement aux archives. C'est ainsi que les secrétaires du pavillon S bis dont les bureaux sont minuscules travaillent chaque semaine une demi-journée entière aux archives pour reclasser les examens.

4 - Bureaux d'archivistes.

4 services ont un bureau d'archiviste, qui contient les fichiers et registres. Dans le pavillon I, le bureau de l'archiviste est enclavé dans une salle d'archives de rez-de-chaussée.

Au pavillon H bis, c'est une pièce attenante au secrétariat. Au pavillon N, N bis, c'est une pièce de sous-sol proche du local d'archives.

Au pavillon P, une pièce de rez-de-chaussée.

Ces services, à une exception près (pavillon E bis), sont les seuls dont le personnel travaille exclusivement sur les archives.

Une seule (au pavillon N, N bis) est secrétaire médicale. Toutes les autres (une au pavillon I, une au pavillon H bis, deux au pavillon N, N bis, deux au pavillon P) sont agents de service.

5 - Autres locaux.

Quelques autres locaux ont été relevés. Ils traduisent l'existence de services particuliers (laboratoire d'endoscopie, salle pour les bobines du scanner), où le manque de place (les dossiers et fichiers sont dans une salle à un autre étage que le secrétariat au pavillon U2, les dossiers dans l'amphithéâtre au pavillon V, ou encore le débordement des archives vers des locaux proches au pavillon G et H), enfin l'éparpillement de la responsabilité de l'enregistrement et du suivi des dossiers (les radios enregistrées dans la salle de cours au pavillon B, la surveillante s'occupant des registres d'urgence au pavillon G, les surveillantes assurant l'enregistrement et la numérotation des malades au pavillon L).

6 - Répartition des locaux.

12 services travaillent uniquement entre une salle d'archives et un secrétariat. Pour les autres, les combinaisons sont variables.

21 services se répartissent sur 2 locaux seulement, et par les mêmes personnes les dossiers sont suivis de bout en bout.

8 services se répartissent sur 3 locaux. A part les pavillons B et L déjà cités, il s'agit d'un local de travail (archives ou secrétariat), et de deux locaux de stockage (archives plus une pièce supplémentaire).

Pour le pavillon S bis, le manque de place entraîne la mise dans le couloir du fichier maladie.

5 services se répartissent sur 4 locaux. A part le pavillon N, N bis, où ces locaux sont rapprochés, cet éclatement géographique traduit un éclatement de la responsabilité du dossier entre plusieurs personnes ou plusieurs équipes.

LOCAUX DES ARCHIVES MEDICALES HOPITAL EDOUARD HERRIOT

ON	LOCAL D'ARCHIVES	ARMOIRES DANS LES COULOIRS	SECRETARIAT	BUREAU D'ARCHIVISTE	SALLE DE CONSULTATION	AUTRES LOCAUX
		Feuilles d'ur- gences + ra- dios	Examens			
er		Radios	Classeurs			Salle de cours pour les regis- tres radios salle bobine de scanner
tolo-		Dossiers			Fichiers	
	Dossiers an- ciens et ra- dios		Fiches		Dossiers ré- cents et ra- dios	
	Dossiers		Fichiers			
	Dossiers		Fichiers et registres			
bis		Fichiers + dossiers sur 2 étages	Registres			
	Dossiers		Fichiers			
	Dossiers + feuilles d'ur- gence		Fichiers + salle atte- nante			Bureau de la surveillance chef (regis- tre des ur- gences) + salle atte- nante au se- crétariat
réa réa	Dossiers		Fichiers			

ON	LOCAL D'ARCHIVES	ARMOIRES DANS LES COULOIRS	SECRETARIAT	BUREAU D'ARCHIVISTE	SALLE DE CONSULTATION	AUTRES LOCAUX
	Dossiers		Fichiers			Salle atten- nante au se- crétariat pour les dos- siers récents
bis	Dossiers			Fichiers et re- gistres		
bis opie		Dossiers				Laboratoire (fiches)
	Dossiers	Dossiers	Fichiers par maladie	Registres fi- chiers + dos- siers		
lés	Dossiers (une toute petite salle)		Registres et dossiers			
	Dossiers	Dossiers	Fichiers			
ologie		Placards au sous-sol (ra- dios)	Fichiers + dossiers			
ntité	Dossiers an- ciens		Fichiers et dossiers ré- cents			
			Fichiers par maladie		Dossiers et fichiers	Registres (surveil- lantes)
	Dossiers		Fichiers			
bis	Dossiers et radios	Fichiers, ra- dios, dossiers	Registres			
N. bis	Dossiers	Dossiers réa jusqu'en 1978 et non séjour- nés		Fichiers et registres		Petit bureau pour les thèses

DN	LOCAL D'ARCHIVES	ARMOIRES DANS LES COULOIRS	SECRETARIAT	BUREAU D'ARCHIVISTE	SALLE DE CONSULTATION	AUTRES LOCAUX
	Dossiers	Dossiers	Fichiers			
	Dossiers			Fichiers et registres		
	Dossiers et fichier alpha- bétique		Registres, Keydex, fiches photos			
	Dossiers et fichiers al- phabétique		Fichier			
bis	Communs	Fichiers par maladie	Registres et fichier al- phabétique			
	Dossiers	Dossiers	Fichiers + un registre		Dossiers + un registre	
bis	Dossiers ré- cents + fi- chiers	Dossiers an- ciens (plu- sieurs étages)	Registres		Fichiers	
et 4	Dossiers et radios		Registres, fichiers, dossiers			
	Idem		Idem			
	Dossiers et radios		Registre			Fiches et dossiers dan une salle à l'étage
et 2	Dossiers		Fichiers			Dossiers dans l'am- phithéâtre
	Idem		Fichiers et registres			

V - TRAITEMENT DU DOSSIER

1 - Constitution du dossier.

1.1 - Aspect physique des dossiers.

24 services utilisent des pochettes radios pour ranger l'intégralité du dossier : ce sont les services où les radios sont intégrées dans les dossiers.

5 services ont des pochettes beige clair d'un format plus petit (environ 21 x 29,7) : pavillon C endoscopie, K gynécologie, K maternité, M bis.

Quelques services se singularisent :

Aux pavillons S, M, A ne sont concernées que les feuilles d'urgence.

Au pavillon B radio-scanner, la feuille d'examen.

Au pavillon U (3 services) le dossier de soin recueille les papiers de chaque séjour, agraffés ensemble par séjour.

Il n'est mis dans aucune étiquette.

Ce système était également celui du pavillon C jusqu'au 1er janvier 1980. De plus, les dossiers étaient classés par ordre alphabétique dans des classeurs.

1.2 - Articulation hospitalisés - Consultants.

Nous avons vu que certains services traitaient à part les dossiers des hospitalisés, et que d'autres traitaient ensemble ceux des hospitalisés et ceux des consultants : en dehors du SMA, du pavillon B (radio-scanner) et du pavillon H bis endoscopie, 9 services. 3 de ces services ont d'une part des dossiers de consultants et d'hospitalisés ensemble d'autre part des dossiers d'hospitalisés uniquement.

Le pavillon G, où les urgences (hospitalisés et consultants) sont traitées différemment des hospitalisés du service.

Le pavillon V (2 services) où a été instauré depuis octobre 1979 un autre mode de traitement des dossiers.

Signalons enfin qu'à T bis les consultants conservent un dossier de consultation jusqu'à ce qu'ils passent des radios, soient numérotés et mêlés aux dossiers d'hospitalisés.

Les autres pavillons qui mêlent hospitalisés et consultants sont deux pavillons d'urgence I et F, par nature, et les pavillons P, T, et U3 audiophonologie.

Le personnel de la consultation est parfois celui qui s'occupe de l'enregistrement, du classement ou du fichage des dossiers (pavillon B stomatologie, C, F, L, T, R), lorsque le secrétariat n'est pas lui-même polyvalent (entre autres le pavillon I brûlés, K gynécologie,...).

L'articulation entre dossier de consultant et dossier d'hospitalisé est toujours assurée par le versement du dossier ou de la fiche du consultant dans le dossier d'hospitalisé, pour les services où ces deux dossiers sont distincts.

La fiche dans ce cas (ou le dossier) est supprimée du bac des consultants et une fiche et un dossier d'hospitalisé sont créés.

Dans les autres services, le dossier est repris et complété.

Dans les pavillons F et G les malades d'urgence qui ne restent pas dans le service n'ont pas de fiche même si un dossier a été créé. Le service donne souvent le dossier lors de la sortie du malade.

Dans les pavillons H bis endoscopie, I, P, T, U3, V1, V2, et V3, tous les malades sans distinction ont une fiche qui est faite lors de la première consultation et mêlée à celle des hospitalisés.

Au pavillon T bis, la fiche est conservée dans le bac des consultants jusqu'à ce que le malade soit hospitalisé.

1.3 - Hospitalisations successives.

En cas d'hospitalisations successives, les malades gardent toujours leur premier numéro d'hospitalisé ou de consultant, suivant que la numérotation se fait lors de la première consultation ou de la première hospitalisation.

1.4 - Identification.

1.4.1 - Forme du numéro.

32 services sur 34 ont leur propre numérotation qui est séquentielle. Mais avec quelques variantes.

2 services (pavillons E et M) distinguent dans leur numérotation les hommes et les femmes. Au pavillon E existe deux n° 1, deux n° 2, etc... Au pavillon M, les numéros pairs sont réservés aux femmes et les numéros impairs aux hommes.

Les pavillons E bis et O avaient également différenciés hommes et femmes, mais cette pratique est abandonnée. Par contre elle est retrouvée encore au pavillon H pour l'enregistrement sur des cahiers. Il est vraisemblable que cette distinction a été assez répandue et qu'elle est maintenant en voie d'extinction.

Font intervenir l'année : pavillons G réa, N réa, M bis, la maternité. L'année est représentée par deux chiffres précédant le numéro séquentiel. Le pavillon G avait auparavant une numérotation faisant intervenir l'année, suivie de lettres et de chiffres. Elle est actuellement abandonnée.

Font intervenir une lettre : 10 services : pavillons G et N réa, (G ou N pour différencier les deux fonds), l'endoscopie (une lettre représentant la catégorie de l'examen), pavillon J (lettre J), pavillon S (lettre M pour le Docteur MONNET), pavillon S bis (FR pour le Docteur FRANCOIS), pavillon T (chacun des quatre médecins fait précéder le numéro de l'initiale de son nom), le pavillon U selon les principes suivants :

- U1, U4 a la lettre M. Les dossiers sont numérotés de 1 à 10 000 suivis de M, puis de 1 à 10 000 suivis de Ma, etc...,
- U2 a un chiffre séquentiel suivi de R,
- U3 a un chiffre de 1 à 10 000 suivi de A, B, C, D.

Irrégularités dans la numérotation.

- Pavillon K (recommence à 0 chaque année).
- Pavillon U (U1, U4 et U3) qui numérotent par série de 10 000.

N° du bureau des entrées.

Le service médical d'accueil et le pavillon N, N bis l'utilisent pour la numérotation des malades.

1.4.2 - Par qui est-il donné ?.

Pour les deux services qui utilisent le n° du bureau des entrées, le n° est bien entendu donné par celui-ci.

Deux cas particuliers : radio-scanner et endoscopie où le n° est un n° d'examen donné lors de l'examen pour le premier et par le laboratoire pour le second.

Dans 19 services, il est donné par le secrétariat.

Dans 6 services, il est donné par la consultation.

Dans 2 services, il est donné par l'archiviste.

Dans 3 services, il est donné par les surveillantes.

En outre, au pavillon G, une surveillante s'occupe de l'enregistrement des urgences alors que le secrétariat enregistre les malades restant dans le pavillon.

1.4.3 - Enregistrement du malade.

Il faut en effet différencier la numérotation de l'enregistrement lui-même, car le plus souvent les numéros sont attribués mais la fiche alphabétique du malade n'est pas faite. L'enregistrement n'est effectué que lorsqu'une relation est établie entre un numéro et un nom, et le repérage ultérieur n'est possible qu'à partir de cet instant.

La numérotation à l'entrée.

19 services numérotent les malades à l'entrée : ce sont d'une part les services qui mélangent consultants et hospitalisés et les traitent de même. Mais de plus, certains autres services, pour des questions d'organisation ou de répartition du travail (pavillons C, G et N réa, I, brûlés, K gynécologie, maternité, L, O, U1 et 4, U2).

Les pavillons N, N bis et A numérotent à l'entrée puisqu'ils utilisent le n° matricule. Mais l'enregistrement (la fiche), se fait au pavillon N, N bis à la sortie du malade. Et le pavillon A tient un registre alphabétique qui ne contient que deux mois de passage, et qu'il est par conséquent impossible de feuilleter pour une recherche sur une longue période.

L'enregistrement à l'entrée.

Par contre, l'enregistrement à l'entrée est beaucoup moins répandu.

On mettra à part le pavillon A, où l'enregistrement est fait, mais inexploitable, et l'endoscopie et radio-scanner où les malades viennent pour un scanner et où l'entrée et la sortie se font sur la journée.

On retiendra :

- pavillons G réa, N réa où les registres des services sont repris le soir même pour l'enregistrement des nouvelles entrées,
- le pavillon H bis où l'archiviste sort à l'entrée la fiche d'un ancien hospitalisé pour la faire passer dans le bac des malades présents à l'hôpital. Où, s'il n'est jamais venu, lui fait une fiche qu'elle place dans le même bac,
- le pavillon O où la secrétaire fait le matin le tour des offices pour enregistrer les entrées sur un carnet. Une seconde entrée est notée sur la fiche déjà existante par la notification de la date d'entrée. Une nouvelle entrée est notée par l'attribution d'un numéro du malade sur le cahier,
- le pavillon V (deux services) où la fiche est faite à la consultation et apportée chaque semaine au secrétariat,
- deux cas particuliers : les pavillons U3 et T où la numérotation est faite à la consultation sur un registre pour le pavillon T et sur le dossier pour le pavillon U3. Ils sont ensuite transmis au secrétariat qui fait une fiche alphabétique. Même si la transmission est rapide, l'enregistrement et la numérotation sont donc le fait de deux services distincts.

Au total : 7 services enregistrent les malades à l'arrivée.

Par contre, dans les autres services, même si la numérotation est attribuée à l'entrée du malade sans que l'enregistrement soit assuré, rien ne garantit qu'en cas de mutation ou de perte le secrétariat ou le service d'archives ait la moindre raison de s'en apercevoir (comme aux pavillons C, F, I, brûlés, gynécologie K et L, maternité, N, N bis, U1 et 4, U2).

Sauf si le secrétariat entretient de bonnes relations avec les surveillantes et que celles-ci ne manquent jamais de l'avertir du mouvement des malades.

1.4.4 - Relations avec le numéro matricule.

En dehors des deux services qui utilisent le n° matricule comme n° de dossier, seuls les services de réanimation G réa et N réa jugent important de le notifier en face du n° attribué par le service. Les services de réanimation notent le n° matricule sur la pochette, la fiche alphabétique et sur la fiche keydex. Aucun autre service ne le juge utile. Certains (pavillons D, L, S, S bis) gardent le billet de lit dans le dossier. Au pavillon V les registres des surveillantes qui sont les seuls registres, portent ce numéro. Au pavillon I, service des brûlés, les dossiers ont une numérotation différente, mais fournie par le Département Informatique, depuis quelques mois.

La plupart des secrétariats ou services d'archives ne voient pas à quoi pourrait servir d'avoir une relation établie entre le n° matricule et le n° de dossier. Quelques uns pensent que ce serait pratique pour la communication entre pavillons, ou pour repérer avec certitude l'appartenance de résultats d'exams.

1.4.5 - Changement de n° de dossier.

Le premier n° de dossier suit très généralement un malade lors de ses éventuelles réhospitalisations. Dans quelques cas pourtant, il est susceptible d'être modifié.

Un cas particulier : la maternité où chaque accouchement donne lieu à un nouveau dossier et un nouveau numéro. Mais la fiche alphabétique renvoie bien entendu aux différents dossiers d'accouchement de la même personne. Si les dossiers ne sont pas mélangés, ils sont ressortis à chaque nouvelle grossesse.

Pour les autres dossiers, 3 cas peuvent se présenter :

- le dossier est très ancien, voire partiellement détérioré. Dans ce cas, le service met une nouvelle pochette et donne une nouvelle numérotation (pavillons H, I),
- le malade était suivi par un autre médecin. Il revient en consulter un autre, par exemple lors du changement d'un chef de service (pavillon O),
- une nouvelle numérotation ou un nouveau classement ont débuté, soit à l'initiative du chef de service, soit parce que celui-ci est parti et a été remplacé par un autre.

Dans ce cas, les malades antérieurs à cette période sont réactualisés dans le nouveau classement lorsqu'ils reviennent (pavillons C, G, H bis, U1 et 4).

1.5 - Intérieur des dossiers.

Dans 13 services, le classement intérieur des dossiers est assuré par les externes ou les médecins.

Dans 8 services, il est assuré par le secrétariat ou les archives.

Dans 7 services, il est assuré par les uns ou les autres, en fonction du temps disponible, ou classé par les uns et vérifié par les autres. Il est à noter que dans ce cas, il peut aussi bien n'être assuré par personne.

Les divisions les plus fréquentes sont les suivantes :

- observations,
- courrier,
- dossier de soins,
- radios (en réanimation elles sont numérotées chronologiquement),
- examens (parfois en plusieurs divisions).

Eventuellement :

- feuille d'urgence,
- résumé de séjour,
- feuilles de réanimation,
- billet de lit,
- anesthésie - réanimation,
- compte rendu opératoire,
- examens spécifiques (ECG, audiogrammes,...).

Quelques pavillons ont établi à l'avance des sous-divisions cartonnées (pavillons U et P).

La rigueur avec laquelle est tenu l'intérieur des dossiers reste très inégale.

1.6 - Radios conservées dans les dossiers.

3 services ne sont pas concernés par cette question (pavillons A, radio, endoscopie).

24 services les conservent dans les dossiers.

Les services de réanimation numérotent les radios chronologiquement, par partie du corps radiographiée, sur toute la durée du séjour.

7 services classent leurs radios à part. Ceci soit pour des raisons d'encombrement (pavillons U, M bis, K gynécologie) soit parce qu'elles servent très peu (maternité, pavillon C).

Lorsque les radios sont classées à part :

- elles sont classées alphabétiquement alors que la classification des dossiers est numérique (pavillon C),
- elles sont classées numériquement et portent le même numéro que les dossiers (pavillons M bis, U),
- elles sont classées numériquement et portent un autre numéro que celui du dossier. On y accède par un répertoire spécifique (pavillon K gynécologie et maternité).

NUMEROTATION DES DOSSIERS

LIGNON	FORME DU N°	DONNE PAR	ENREGISTREMENT		CLASSEMENT DU DOSSIER
			ENTREE	SORTIE	
	N° matricule	Bureau des entrées	Numérotation + registre		Par jour et n°
io nner	N° séquentiel d'examen	Salle d'examen	Numérotation	Enregistrement	Alphabétique (scanner) thématique (radios)
matolo- gie	Séquentiel	Secrétariat		Oui	Numérique croissant
	Séquentiel (ancien fonds alphabétique)	Secrétariat privé chef de service	Numérotation par fiche Key-dex	Enregistrement	Numérique croissant radios à part
	Séquentiel	Secrétariat		Oui	Numérique croissant
	Séquentiel (H et F)	Secrétariat		Oui	Numérique croissant (H et F)
bis	Séquentiel (ancien fonds H et F)	Secrétariat		Oui	Numérique croissant (anciennement H et F)
	Séquentiel	Secrétaire de consultation	Numérotation	Enregistrement	Numérique croissant alphabétique pour urgences
	Séquentiel ancien fonds an + OP + chiffre	Surveillante chef (urgences) secrétariat		Oui	Numérique croissant
réa réa	G ou N + an + n° séquentiel	Secrétariat	Oui		Terminal
	Séquentiel	Secrétariat		Oui	Numérique croissant
bis	Séquentiel	Archiviste	Fiche à l'entrée	Oui	Terminal

N°	FORME DU N°	DONNE PAR	ENREGISTREMENT		CLASSEMENT DU DOSSIER
			ENTREE	SORTIE	
bis copie	Lettre (catégorie d'examen) + chiffre	Laboratoire	Numérotation	Enregistrement	Par numéro et type d'examen
	Séquentiel	Consultations ou urgences de F	Numérotation	Enregistrement	Terminal
brûlés	Séquentiel	Surveillante	Numérotation	Enregistrement	Numérique croissant
	J + chiffre séquentiel	Secrétaire		Oui	Numérique croissant
biologie	Séquentiel	Surveillante	Numérotation surveillante	Fiche au secrétariat	Numérique croissant Radios à part
unité	Année + séquentiel	Secrétariat	Numérotation à l'accouchement	Fiche au secrétariat	Numérique croissant Radios à part
	Séquentiel	Surveillante	Numérotation surveillante	Fiche au secrétariat	Numérique croissant (antérieurement terminal)
	Séquentiel (H et F)	Secrétariat		Oui	Numérique croissant
bis	Année + 3 chiffres	Secrétariat		Oui	Numérique croissant Radios à part
N bis	N° matricule	Bureau des entrées	Numérotation bureau des entrées	Numérotation interne + fiche	Terminal
	Séquentiel (auparavant H et F)	Secrétariat	Oui		Numérique croissant

LON	FORME DU N°	DONNE PAR	ENREGISTREMENT		CLASSEMENT DU DOSSIER
			ENTREE	SORTIE	
	Séquentiel	Archiviste		Oui	Terminal numérique croissant (d'analyses)
	Séquentiel	Secrétariat		Oui	Numérique croissant
	Séquentiel M + chiffres	Secrétariat		Oui	Numérique croissant
bis	Séquentiel Fn + chiffres	Secrétariat		Oui	Numérique croissant
	Séquentiel initiale + chiffre	Consultation	A la consultation	Au secrétariat	Numérique croissant
bis	Séquentiel	Secrétariat		Oui	Numérique croissant (terminal abandonné)
et 4	Séquentiel 1 à 10 000 + M, Ma	Secrétariat	Numérotation	Enregistrement	Numérique croissant Radios à part
	Chiffre + R	Secrétariat	Numérotation	Enregistrement	Numérique croissant Radios à part
	1 à 10 000 + A, B, C, D	Consultation	Oui à la consultation	Oui au secrétariat	Numérique croissant Radios à part
et 2	Initiale du médecin + numéro séquentiel	Consultation	Oui		Numérique croissant
	Idem	Idem	Idem		Idem

2 - Enregistrement du dossier.

2.1 - Fichiers.

2.1.1 - Fichiers alphabétiques.

Nombre des fichiers : 31 services sur 34 possèdent un fichier alphabétique. Seuls les pavillons A, B radio-scanner et I brûlés n'en possèdent pas. Les services d'accueil et de radio-scanner parce qu'il n'est pas possible matériellement d'entretenir un fichier étant donné l'importance du passage. Au pavillon I au contraire, le nombre de lits est suffisamment petit pour qu'un registre suffise aux recherches.

Notons cependant que le pavillon C n'en possède que depuis 1980 (auparavant les dossiers étaient classés alphabétiquement), la stomatologie depuis 1976 seulement, et l'endoscopie depuis 1974. Auparavant les registres alphabétiques servaient de repérage. A l'endoscopie, il a été supprimé, en stomatologie il a été conservé.

Le pavillon E est le seul à séparer les hommes et les femmes dans ses fiches.

Taille des fiches : les fiches sont de format et de couleur diverses.

- H.C.L. 20 003B - 2 - 1973 : pavillons E, E bis, H bis, endoscopie, format 7,5 x 12,15. Divisions préétablies mais rien n'est imprimé dessus.
- H.C.L. 20 039B - 3 - 1977 : pavillons J et G bis, format 10 x 14,5. Divisions préétablies sont imprimées dessus : nom, prénom, né le, adresse, n° (dossier), n° (codification maladies), année, entrée, sortie, diagnostic.
- H.C.L. 20 038 - 3 - 1974 : pavillon U, format 10 x 14,5. Divisions préétablies mais rien n'est imprimé.

5 services utilisent des fiches Artec : pavillons P, N, N bis, L, I, F. Ces fiches portent imprimés les renseignements suivants : nom, nom de jeune fille, prénom, sexe, né le, adresse, lieu de naissance, père et mère, n° d'entrée, dates d'entrée et de sortie, transferts. Les transferts ne sont pas toujours notés parce que pas souvent connus (voir photocopie aux pavillons correspondants).

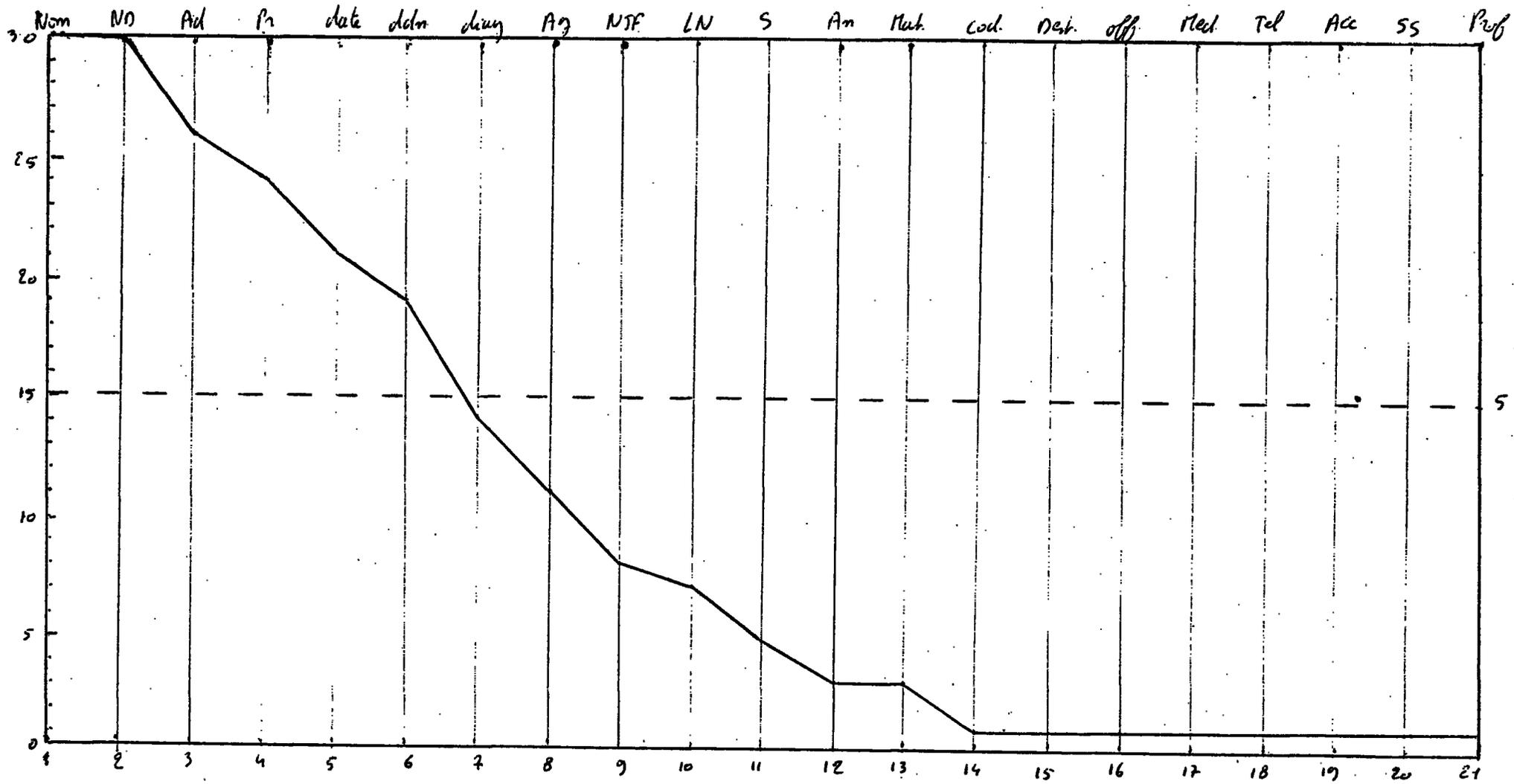
Ces fiches ont la possibilité de porter des onglets, et ce sont les seules parmi les fiches employées. Cependant, cette possibilité n'est pas exploitée.

Quelques couleurs indiquent les divisions alphabétiques (pavillon F) ; elles ont indiqué un moment les hommes et les femmes (pavillon N, N bis) ; une tentative a été faite, mais les agents se trompaient dans les couleurs et n'entretenaient pas le système faute de temps (pavillon P). Dans les pavillons I et L, ils n'ont jamais servi. Dans l'ensemble, les archivistes et les secrétaires ne voient pas à quoi pourrait servir la pose d'onglets, voire ne savaient pas pourquoi la fiche avait des fentes dans sa partie supérieure.

Renseignements portés sur les fiches.

21 critères ont été relevés, dont les plus importants (ceux qui apparaissent dans plus de 50 % des fiches) sont :
le nom, le n° de dossier, l'adresse, le prénom, la date, la date de naissance ou l'âge, et le diagnostic.

Sous le terme de "date" sont regroupés : les fiches indiquant les dates d'entrée et de sortie (12), celles indiquant la date d'intervention (2), la date de première consultation ou hospitalisation (4), la date d'entrée (2).



50% *MS*

2.1.2 - Fiches par maladie.

Types de fiches.

Si 27 services sur 34 entretiennent des systèmes qui permettent des recherches pour les thèses, tous n'ont pas de fichier, et les types de fichiers sont divers.

Les pavillons A, B stomatologie, I brûlés, K gynécologie, V1 et 2, V3, n'ont aucun fichier. Le pavillon B radio-scanner entretient un fichier pour les radios conservées mais pas pour le scanner.

Parmi les autres services, les systèmes des pavillons N, N bis, G et U2 sont plus sophistiqués : il s'agit d'un cahier par grandes spécialités au pavillon N, N bis. Tous les dossiers sont enregistrés.

La même chose au pavillon U2, mais ne sont notés que les dossiers jugés intéressants. Au pavillon S, c'est un classeur avec des divisions assez fines. La secrétaire laisse plus ou moins de place en bas de la page pour compléter en cas de retour du malade (3 services).

Les pavillons D, F, G, H, I, J, L, M, M bis, O, P, R, S bis, T, T bis, U1 et 4, U3 (16 services) ont des fiches manuelles.

Celles-ci peuvent être classées soit à un seul endroit soit à plusieurs.

Les pavillons B radio, K maternité ont des fiches à perforations marginales (2 services).

Les pavillons C, E, E bis, G et N réa, H bis. endoscopie, R, ont des fiches Keydex à perforations centrales (7 services). (Le pavillon R a des fiches Keydex pour les hospitalisés et des fiches manuelles pour tous les malades).

Codes employés.

Les services T, R et F utilisent le code MEARY.

Les services L, M, T bis le code OMS.

Pour les autres services, il s'agit soit d'un code mis sur pied par les médecins, soit d'un code que les secrétaires n'ont su nommer.

Exploitation informatique.

Certains services ont déjà en cours une exploitation informatique de leurs dossiers pour la recherche scientifique : il s'agit des dossiers du centre anti-poisons, du pavillon N, de l'ORL (pavillon U3), des brûlés (pavillon I), de périmatologie (maternité), de radiologie (service commun STU), d'hématologie (pavillon E bis). Un autre est à l'étude au pavillon P, enfin les dossiers de SAMU sont entièrement pris en charge par l'informatique.

2.2 - Cahiers d'enregistrement.

2.2.1 - Cahiers alphabétiques.

19 services ont des cahiers alphabétiques. Les registres sont tous proches des secrétaires ou archivistes, sauf au pavillon C où il est près des surveillantes. Ce phénomène est le même pour les registres chronologiques, les archivistes ou les secrétaires ayant une plus grande habitude de travailler avec les registres qu'avec les fichiers et jugeant la recherche plus rapide sur le registre, au moins pour les malades récents. Par contre, on trouvera un peu plus souvent les fichiers dans des lieux plus éloignés (couloir ou salle d'archives).

Sur ces registres alphabétiques, 2 services séparent les hommes et les femmes (pavillons E bis et H).

Un service fait intervenir un début de classification diagnostique : pavillon B scanner.

Les renseignements portés dessus se répartissent en 9 critères dont 3 seulement dépassent la barre des 50 % : le nom, le n° de dossier, le prénom. La date frôle la barre.

Ensuite, sont signalés anecdotiquement la date de naissance, le diagnostic, la mutation, le lieu de naissance et le nom de jeune fille.

Utilisation particulière : partout ils doublent des fichiers existants, sauf au pavillon F où il n'est tenu que pour les urgences.

2.2.2 - Cahiers chronologiques.

16 services entretiennent des cahiers chronologiques, dont 5 entretiennent déjà un cahier alphabétique.

Sauf pour la radio et le pavillon K gynécologie, les registres sont toujours à portée de main des secrétariats ou archives.

Au pavillon T il y a même deux registres chronologiques, dont un à la consultation et l'autre au secrétariat.

Le pavillon N, N bis enregistre chronologiquement et par spécialité médicale.

Les renseignements portés dessus se répartissent en 14 critères, dont 4 dépassent la barre des 50 % : nom, n°, prénom, diagnostic. La date et l'âge en sont très proches.

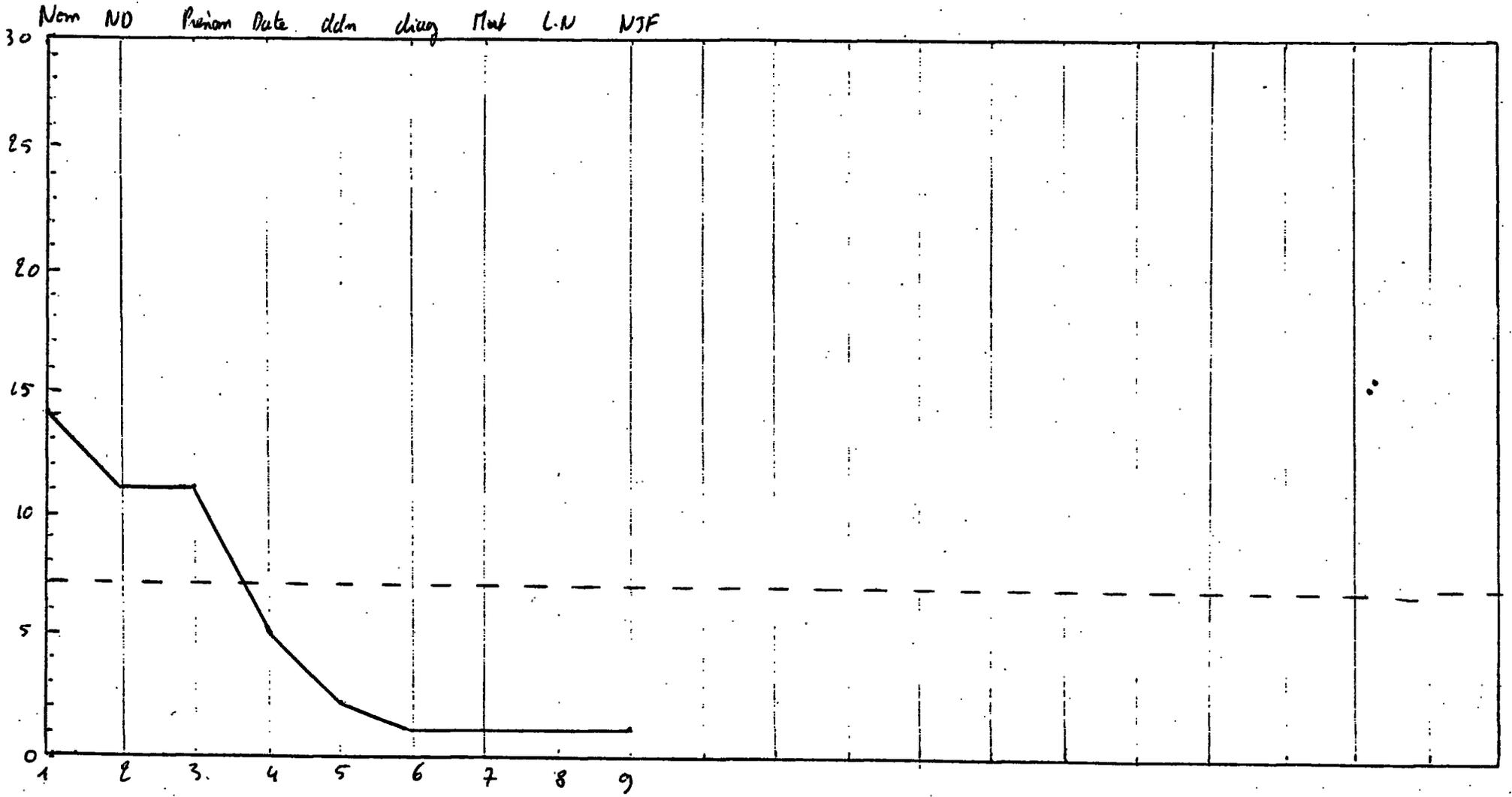
Viennent loin derrière : le n° matricule, les résultats, la nature des examens, le médecin qui suit le malade à l'hôpital, la profession, le lit et la destination.

Utilisation particulière.

Au pavillon G, le registre ne sert que pour les urgences.

Voir schéma.

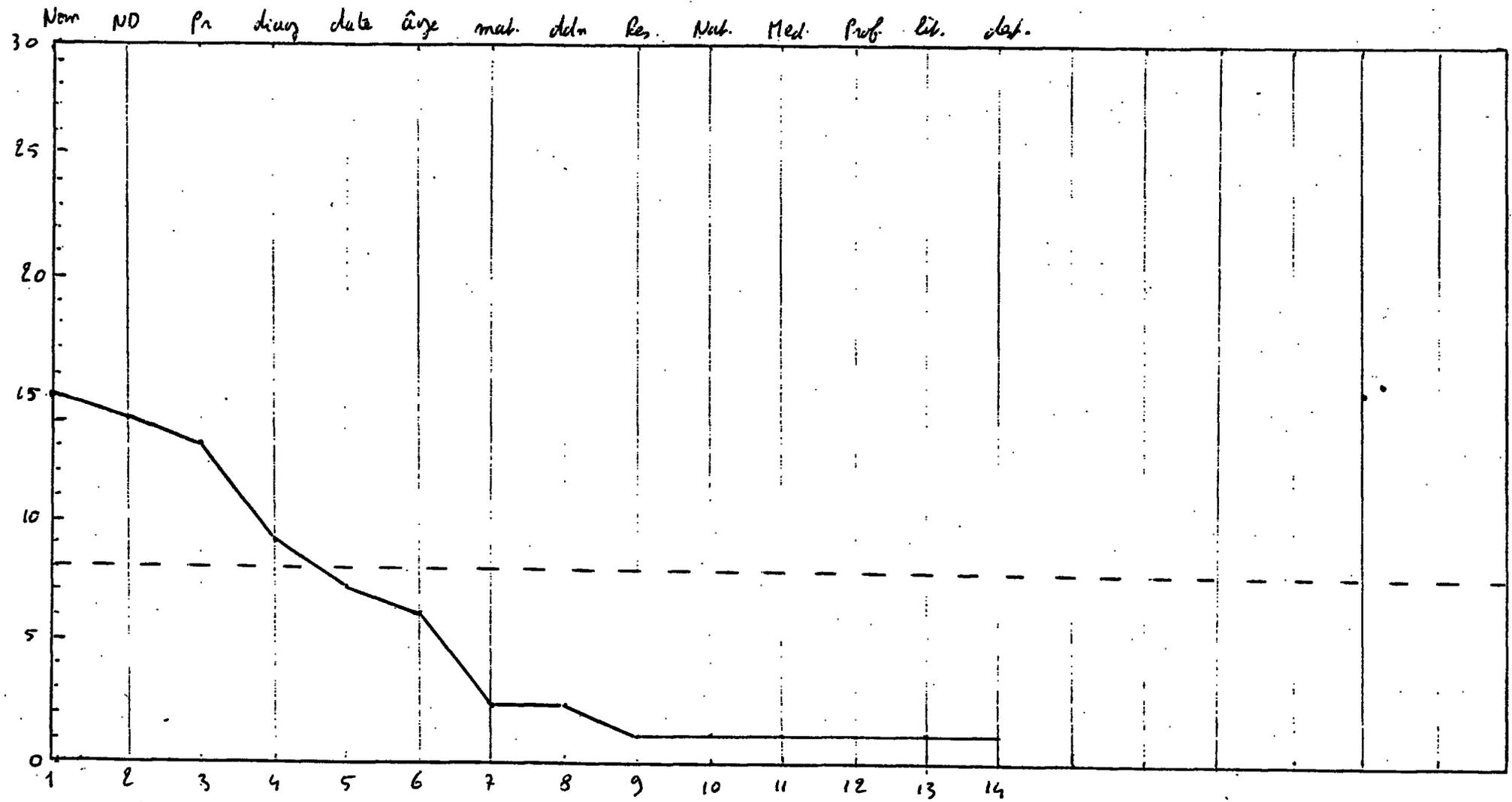
Nom	: Nom du malade	Mat	: N° matricule
ND	: N° de dossier	Ddn	: Date de naissance
Pr	: Prénom	Res	: Résultats d'examen
Diag	: Diagnostic	Nat	: Nature de l'examen
Date	: Dates d'entrée et sortie	Méd	: Médecin
Age	: Age du malade	Prof	: Profession
Mut	: Mutation	Lit	: N° de lit
		Dest	: Mutation ou sortie



(58)

50%

KENSEIGNEMENTS PORTES SUR LES REGISTRES CHRONOLOGIQUES



(2) 59 -
90%

2.3 - Autres documents.

Essentiellement les feuilles d'urgences pour les pavillons qui en reçoivent.: elles sont généralement classées à part, chronologiquement.

Le pavillon G entretient un classement spécifique pour les comptes rendus opératoires.

Le pavillon B scanner n'a aucun fichier. Les feuilles de scanner sont classées alphabétiquement dans des classeurs. Ceux de la radio par type de radio.

2.4 - Combinaison des modes d'enregistrements.

- N'entretiennent qu'un registre : les pavillons A (alphabétique) et I brûlés (chronologique).
- N'entretiennent qu'une fiche alphabétique : pavillons V1 et 2.
- Une fiche alphabétique et un registre : le pavillon B stomatologie et le pavillon U3 (registre alphabétique) ; le pavillon K gynécologie (registre chronologique).
- Une fiche alphabétique et une fiche par maladie : endoscopie, le pavillon K maternité, le pavillon U3.
- 19 services entretiennent deux fichiers (alphabétique et diagnostic) et un registre, dont 8 ont un registre chronologique (pavillons G réa, N réa, H bis, J, M, N, N bis, O, S, T) et 11 un registre alphabétique (pavillons C, D, E, F, L, M bis, P, R, T bis, U1 et 4, V2).
- Une fiche par maladie, un registre alphabétique et un registre chronologique : pavillon B radio-scanner.
- Deux fiches et deux registres : pavillons E bis, G, H, I, soit 4 services.

2.5 - Mise à jour des fiches et cahiers.

Pour les fichiers alphabétiques, sur lesquels ne figurent pas les dates d'entrée et de sortie, il n'y a pas de mise à jour, ou une mise à jour relative : 9 fiches ne portent aucune date, 4 la date de 1ère consultation ou hospitalisation, 2 la date d'intervention. La mise à jour n'a lieu qu'en cas de changement d'adresse par exemple.

Les fiches par malade sont mises à jour avec plus ou moins de régularité, suivant le temps dont disposent les secrétariats et le degré de précision du code employé.

Elle est faite régulièrement dans une dizaine de services.

Pour les cahiers : dans certains services (pavillon H bis), existe un cahier spécial pour les malades qui reviennent.

Dans d'autres (pavillon S bis), on les écrit en rouge sur le cahier commun. Dans d'autres encore (stomatologie, pavillons K gynécologie, L, M, N, N bis, O, U3) on le renote avec son ancien numéro surtout si, comme au pavillon L, ce registre est celui des surveillantes.

Enfin, certains pavillons (pavillons M bis, P, R) ne notent que les malades qui viennent pour la première fois.

ENREGISTREMENT DES DOSSIERS

(1ère hospitalisation)

COLON	FICHER ALPHABETIQUE	FICHER MALADIES	REGISTRE ALPHABETIQUE	REGISTRE CHRONOLOGIQUE	AUTRES DOCUMENTS
			Oui		Pochettes chronologiques pour feuilles d'urgence :
scanner		Perforations marginales (radios)	Oui par type de scanner	Oui ou + index alphabétique	Classeur par type de radio Classeurs alphabétiques
ologie	Depuis 1976		Oui		
	Oui (depuis 1980)	Keydex depuis 1970	Ouis depuis 1980		Classeurs par maladie jusqu'en 1970 Classeurs alphabétiques jusqu'en 1980
	Oui	Oui	Oui		
	Oui (H et F séparés)	Keydex	Oui (H et F ensemble)		
bis	Oui (couloir)	Keydex	Oui (H et F séparés)	Oui (H et F ensemble)	
	Oui Artec	Oui code MEARY	Oui (urgences) + registre feuilles bleues		
	Oui	Oui	Oui	Oui (urgences)	Feuilles d'urgence classées chronologiquement Compte rendu opératoire à p
réa réa	Oui	Keydex		Oui	
	Oui	Oui	Oui (H et F séparés)	Oui	

LON	FICHER ALPHABETIQUE	FICHER MALADIES	REGISTRE ALPHABETIQUE	REGISTRE CHRONOLOGIQUE	AUTRES DOCUMENTS
bis	Oui	Keydex		Oui	
pie	Oui (1974)	Keydex			Antérieurement un par année et spécialité
	Oui Artec	Oui	Oui	Oui	
brûlés				Oui	
	Oui	Oui		Oui	
ologie	Oui			Oui (cheftaine)	
ité	Oui	Perforations marginales			
	Oui Artec	Oui code OMS	Oui (surveillantes)		
	Oui	Oui code OMS		Oui	
bis	Oui	Oui	Oui		
N bis	Oui Artec	Cahiers		Oui par spécialité	
	Oui	Oui		Oui	
	Oui Artec	Oui	Oui (annuel)		
	Oui (archives)	Code MEARY et Keydex	Oui		
	Oui (archives + secrétariat)	Classeurs		Oui	

LON	FICHER ALPHABETIQUE	FICHER MALADIES	REGISTRE ALPHABETIQUE	REGISTRE CHRONOLOGIQUE	AUTRES DOCUMENTS
s	Oui (archives + secrétariat)	Oui		Oui	
	Oui consultants et hospitalisés	Code MEARY (hospitalisés)		Oui (12 registres)	
s	Oui (archives)	Oui code OMS	Oui		
t 4	Oui	Oui	Oui		
	Oui (à l'étage)	Cahiers	Oui		
	Oui	Oui			
t 2	Oui				
	Oui		Oui		

3 - Classement des dossiers.

Deux cas particuliers :

Pavillon A : pas de dossier, une feuille à la date du jour par ordre de n° matricule.

Radio-scanner : les grandes fiches d'examen sont classées par ordre alphabétique et servent à la fois de fiches et de dossiers.

Les radios sont classées thématiquement.

En dehors de ces deux services, tous les autres classent leurs dossiers par ordre numérique croissant, ou utilisent le classement terminal, et plus rarement l'ordre alphabétique.

3.1 - Ordre numérique croissant.

27 services, plus une partie des dossiers du pavillon P (greffes dialyses).

3.2 - Classement terminal.

5 services : pavillons G et N réa, H bis, I, N, N bis et P.

3.3 - Ordre alphabétique.

Au pavillon F pour les urgences.

Ce mode de classement est abandonné depuis quelques mois seulement par le pavillon C.

Il est localement utilisé pour les radios (cf V 1.6).

3.4 - Particularités.

Le pavillon E distingue les hommes et les femmes dans le classement, distinction récemment abandonnée par le pavillon E bis.

L'endoscopie classe numériquement mais par type d'examen.

Nous avons vu plus haut que dans certains services les radios étaient classées à part, et selon des modes de classement qui pouvaient être différents. Le pavillon L a réintégré les radios dans les dossiers après les avoir séparées.

3.5 - Avantages et inconvénients du classement terminal.

Si le classement terminal offre un gain de place apprécié par les archivistes qui le pratiquent, il faut noter précisément qu'il a été instauré et maintenu uniquement dans les services qui possédaient une archiviste.

Les pavillons L et T bis, après une tentative, l'ont abandonné pour une raison très explicite.: plusieurs personnes différentes, dont parfois les médecins eux-mêmes, ont à entrer et sortir les dossiers. Si le personnel des secrétariats s'habituaient assez vite au système, ceux qui ne pratiquaient des sorties qu'épisodiquement ne savaient comment chercher et remettre les dossiers. Les secrétariats devaient donc assurer toutes les sorties et tous les reclassements et on réinstauré un mode de classement qui permettait de conserver l'accès en libre service.

D'ailleurs au contraire cet aspect est venté par les archivistes qui y voient la garantie que des dossiers ne seront pas aisément sortis ou déclassés en leur absence (cf tableau page .).

VI - PRETS

1 - Qui rentre et sort les dossiers ?

Il faut distinguer les services qui ont une archiviste de ceux qui n'en ont pas.

Parmi les services qui n'ont pas d'archiviste, la répartition du travail est diverse, et dépendra de qui est la personne qui s'occupe le plus ordinairement des dossiers et de la taille du service : soit les secrétaires s'occuperont de toutes les sorties (consultations, hospitalisations, courrier, thèses), soit ces sorties seront réparties entre plusieurs personnes. C'est ce qui explique en partie qu'il soit difficile actuellement de recueillir des indications chiffrées des mouvements de dossiers.

1.1 - Une seule responsabilité.

Dans 11 services la même personne (ou la même équipe) est chargée des sorties et des reclassements. Il s'agit des services possédant des archivistes (pavillons F, H bis, I, P).

Le pavillon N, N bis est un cas particulier car service d'urgence : la journée tout est assuré par les archivistes. La nuit les urgences sont nombreuses et les sorties de dossiers ne passent pas par elles.

En plus de ces services, le pavillon E bis, où une secrétaire est responsable uniquement des archives, le pavillon I brûlés où le service est très petit, le pavillon U1 et 4 où chaque secrétaire est responsable entièrement de ses dossiers, le pavillon U3 où une secrétaire et un agent de service sont seuls à faire ce travail, le pavillon V3 où la secrétaire médicale fait tout.

1.2 - Deux responsabilités.

Le tandem secrétaire de consultation pour les consultations, secrétaires médicales pour le reste, est relativement fréquent : 10 services (pavillons E, G, H, J, L, M bis, O, T bis, U2, V1 et 2).

Où les secrétaires médicales pour tout sauf les thèses, et les médecins sortent eux-mêmes leurs dossiers : pavillons B stomatologie, C, K gynécologie.

1.3 - Responsabilités multiples.

Enfin, les services où tout le monde "met la main à la pâte" : les secrétaires de consultation ou des aides-soignantes sortent les dossiers de consultation, les médecins sortent leurs thèses, les autres sorties sont assurées par les secrétaires : 5 services (maternité, pavillons R, S, S bis, T).

2 - Cahiers de prêts.

2.1 - Consultations.

13 services notent les sorties de dossiers pour la consultation, mais ceci de manière différente : soit ils ont près d'eux le carnet de rendez-vous qui sert à sortir les dossiers dont la consultation aura besoin (pavillon B stomatologie, pavillons G, J, T) ; soit ils ont un cahier sur lequel ils notent les sorties pour la consultation : 7 services (pavillons U1 et 2, V1 et 2, S, S bis, P, N, N bis, H bis), soit enfin sur une feuille volante (pavillons E bis et I).

2.2 - Hospitalisations.

Elles sont rarement notées : sur des feuilles (pavillon I), ou sur des cahiers (pavillons N, N bis, P, S, S bis, U1 et 4).

Pavillon H bis : la fiche est sortie et mise dans un bac. ou une fiche est créée à l'arrivée.

Pavillon O : la fiche est sortie et la date d'entrée est portée dessus. Le malade est porté sur un cahier d'enregistrement.

18 services ne notent ni les consultations ni les hospitalisations.

2.3 - Thèses.

4 services prêtent les dossiers en gardant la liste remise par le médecin (stomatologie, pavillons D, F, T).

1 service recopie ces listes sur des listes par maladie (pavillon I).

7 services ont des registres de prêt (pavillons G et N réa, N, N bis, S, S bis, T bis, U1 et 4, V1 et 2).

Les pavillons G réa et N réa ne prêtent qu'exceptionnellement.

6 services autorisent exclusivement la consultation sur place (pavillons E bis, G et N réa, H, J, maternité, L).

Les autres prêtent le moins possible, ou pas du tout, et ne notent pas lorsqu'un dossier est emporté par hasard.

2.4 - Autres pavillons ou autres hôpitaux.

23 pavillons notent les prêts pour l'extérieur, mais de manières diversement efficaces :

Sur des registres : 17 services (stomatologie, pavillons E, E bis, G, H bis, I, M, M bis, N, N bis, O, P, S, S bis, T bis, U1 et 4, V1 et 2, V3).

Sur des feuilles : 3 services (pavillons U2, R, D).

Sur la fiche : pavillon K gynécologie.

Sur le dossier : une feuille dans le dossier vide (pavillon L), sur le dossier (pavillon L), gardent la pochette vide (pavillon T).

Pour les autres pavillons le prêt est un problème qui ne se pose pas : services d'urgences ou d'exams (pavillons A, B radio-scanner, endoscopie, F).

Enfin, les autres pavillons refusent de communiquer les dossiers originaux et ne fournissent que des photocopies (réanimation, pavillon J, maternité, brûlés).

Pavillons U3, I, H : pas de registre et peu de prêts.

2.5 - Cahier de prêt unique ou multiple.

2.5.1 - Un seul cahier.

La plupart des services n'ont qu'un cahier pour l'extérieur : pavillons E, E bis, G, I, M, M bis, O, V3, soit 8 services.

Quelquefois le cahier sert aussi à noter les thèses (pavillon T bis) ou les consultations (pavillon P).

Ou toutes les sorties : pavillons N, N bis, S, S bis, U1 et 4, V1 et 2.

Au total 15 services n'utilisent qu'un cahier.

2.5.2 - Deux cahiers.

Certains ont, en plus, un autre cahier pour la consultation : stomatologie, pavillon G.

2.5.3 - Trois cahiers.

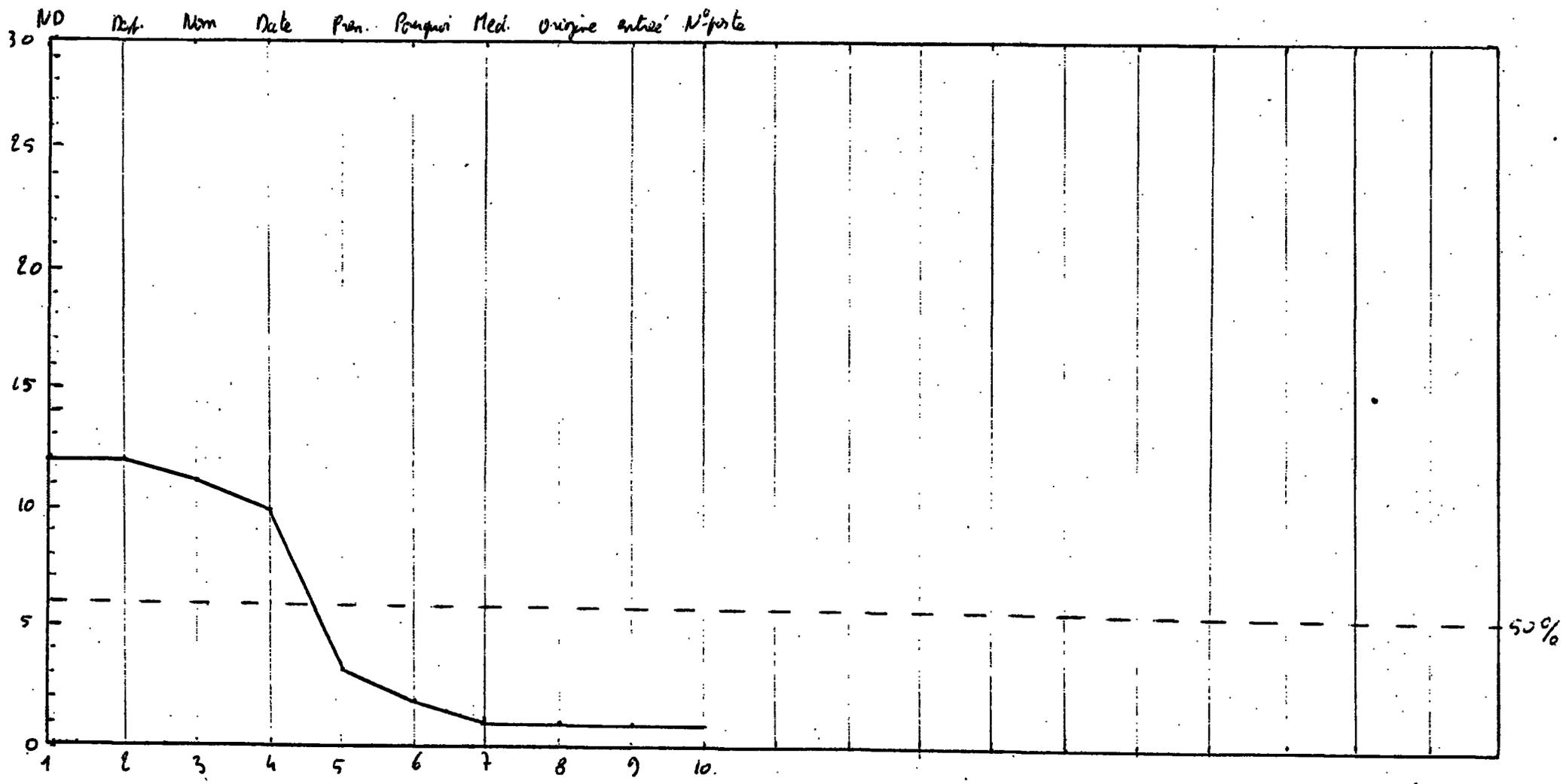
Le pavillon H bis est le seul service à entretenir 3 registres de prêts : consultation, thèses, autres.

2.6 - Renseignements portés sur le cahier de prêts.

Quatre critères seulement sont très nettement en tête : le n° de dossier, le destinataire, le nom du malade, la date.

Episodiquement, on rencontrera aussi le prénom, la raison du prêt, le médecin, l'origine, la date d'entrée, le n° de poste de l'emprunteur.

RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR LES CAHIERS DE PRÊTS



17/81

3 - Importance des mouvements.

Il est bien évident que les fonds sont très inégalement vivants, suivant qu'il s'agit d'un hôpital de jour ou de malades chroniques ou d'un service d'urgence ou de réanimation. Les orientations des médecins en matière de recherche médicale influent également. En tout état de cause, il est difficile pour nombre de services de donner un chiffre précis concernant les mouvements de dossier (multiplicité d'accès).

3.1 - Mouvements totaux.

9 services ayant répondu à cette question estiment les sorties de 15-20 à 1400-1800 pour une semaine :

- En sortiraient moins de 100 : 4 services,
- 200 à 250 : 3 services,
- 400 : 1 service,
- 1400-1800 : 1 service.

3.2 - Extérieur et thèses.

Il est extrêmement net que les services refusent à prêter leurs dossiers pour ces cas. Trop peu de chiffres sont donnés.

Ils ne peuvent être significatif.

3.3 - Consultations et hospitalisations.

C'est à ce niveau que le nombre de sorties est le mieux connu : sur 17 pavillons l'on a entre 25 et 400-800 sorties de dossiers par semaine, dont :

- Moins de 100 : 9 services,
- 100 à 200 : 4 services,
- 200 à 300 : 3 services,
- 400-800 : 1 service.

4 - Prêt de l'original.

14 services prêtent sans trop de problèmes l'original du dossier - quand ils le prêtent. Ce sont tous, sauf le pavillon U3, des services qui notent ce prêt sur une feuille ou un cahier.

13 services prêtent original ou photocopie, suivant qu'ils disposent de temps et d'une photocopieuse. Sur les 13 services, sont des cahiers de prêts, l'une ne note pas et ne prête que très peu (pavillon H), l'autre note par une feuille dans le dossier (pavillon C), une note sur le dossier (pavillon L) fait une liste (pavillon R) ou garde la pochette vide (pavillon T).

3 services ne fournissent que des photocopies, très systématiquement.

1 service refuse le prêt.

REGISTRE CONSULTATIONS HOSPITALISES	REGISTRE THESES	REGISTRE EXTERIEUR	SORTIES HOSPITALISES / CONSULTANTS	SORTIES THESES	SORTIES AUTRES	TOTAL MOUVEMENTS	ORIGINAL OU PHOTOCOPIE
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
Consultations	Feuilles	Oui	300	Peu			Original
Non	Non	Feuilles dans dossier	200				Les deux
Non	Feuilles	Feuilles	45	200-700			Original
Non	Non	Cahier	50	15	2	67	Original
Listes consultations	Consultation sur place	Oui				250	Les deux
Non	Feuille	Considéré comme mutation				400	Original
Cahier consultations		Oui	75		S	80	Les deux
Non	Consultation sur place ou registre					15 à 20	Photocopies
Non	Consultations sur place	Non					Les deux
oui consultation + fiche sortie en hospitalisation	Oui	Oui		20			Les deux

REGISTRE CONSULTATIONS HOSPITALISES	REGISTRE THESES	REGISTRE EXTERIEUR	SORTIES HOSPITALISES/CONSULTANTS	SORTIES THESES	SORTIES AUTRES	TOTAL MOUVEMENTS	ORIGINAL OU PHOTOCOPIE
Feuille	Liste par maladie	Oui	400-800	1 000 ?	Le moins possible	1400-1800	Les deux
Non	Non	Non					Photocopies
Oui cahier consultations	Consultations sur place	Pas de prêt					Courrier ou photocopie
Non	Non	Noté sur la fiche	60-80				Les deux
Non	Pas de prêt	Pas de prêt					Pas de prêt
Non	Consultation sur place	Noté dans dossier					Radios + photocopies
Non	Non	Oui	80	Souvent			Original
Non		Oui	120		Peu		Original
Oui	Oui	Oui	50 ?				Original
Non		Oui	25				Original
Oui		Oui				75	Original
Non	Non	Liste	80/jour de consultation				Les deux

VII - PERTES DE DOSSIERS

Les trois cas les plus fréquents d'évasion de dossiers semblent être les suivants :

- . les mutations,
- . les erreurs de classement,
- . les médecins qui gardent les dossiers dans leurs bureaux.

17 services avouent des "pertes" de dossiers.

Le montant de ces pertes s'étage suivant les évaluations de 10 par mois à 1 en quelques années.

En réalité, trois des chiffres donnés sont peu vraisemblables et reposent sans doute sur un malentendu ~~ou~~ au niveau des termes :

L'infirmière de consultation du pavillon C qui pense qu'une dizaine de dossiers chaque mois ne parviennent pas au service d'archives parce que le malade est muté sans que le service soit prévenu. Or, ce pavillon n'a guère plus de 3 % de mutations en 1979.

D'autre part, celui donné par le Docteur PASQUIER de 10 dossiers perdus par an.

Enfin, celui donné par la secrétaire du pavillon U3 : une dizaine de dossiers auraient été reconstitués entre février et mai 1980.

Nous nous en tiendrons donc aux 14 autres chiffres cités et qui semblent plus proches de la réalité :

Ils vont de 1 en quelques années (stomatologie), à 5 par an (pavillon H bis), en passant par moins d'un par an (pavillon E), 1 par an (pavillon M), 1 ou 2 par an (pavillons S bis, U2), 3 par an (pavillon T bis), 3 ou 4 par an (pavillon K gynécologie).

Le problème essentiel est un problème de terminologie :

Il y a les dossiers que l'on cherche longtemps et retrouve après plusieurs mois mal classés sur un rayonnage ou que l'on récupère sur la table d'un médecin ; les dossiers dont on sait qu'ils ont disparu à telle date lors d'une mutation ou d'un prêt et qu'il est impossible de récupérer. Enfin, les dossiers dont il ne reste pour seule trace que la fiche alphabétique mais qui demeurent introuvables.

Faut-il donc distinguer les dossiers "perdus" des dossiers "égarés", même s'ils font de toute manière défaut pour le suivi du malade ?.

Par ailleurs, il ne semble pas que l'on puisse établir le moindre lien entre le pourcentage des mutations et le nombre de pertes de dossiers, ni entre les pertes de dossiers et le mode de notation (cahier ou feuille volante).

ANNEXES :

SCHEMAS DE CIRCULATION

DESCRIPTIF DES SERVICES

(encours de frappe.)

Service: Dr BOCHU

Spécialité: radio, scanner

Personne rencontrée: V. Servent, adjointe des cadres responsable du secrétariat.

Géographie:

Des placards dans le couloir pour les radios conservées.

La salle du secrétariat pour les classeurs.

Une salle d'archives pour les bobines du scanner.

1- Scanner

Le scanner fonctionne depuis Aout 1978.

Les scanner sont classés par spécialité: scanner des crânes, scanner des thorax.

Les fiches

Les secrétaires médicales, lors de la réception de la lettre ou du téléphone de demande de rendez-vous, remplissent une fiche par malade (cf fiche en annexe), indiquant la date du rendez-vous et des renseignements administratifs. Ces fiches sont classées par ordre chronologique des rendez-vous.

La veille de l'arrivée des malades les fiches sont sorties pour les médecins.

Les clichés une fois pris, l'interprétation est tapée au dos de la fiche par le secrétariat.

Un répertoire alphabétique est tenu pour chaque série. (thorax ou crâne).

Les fiches sont classées par ordre alphabétique dans un classeur. Chaque classeur représente environ un mois d'examens. Ce qui pose des problèmes de recherche lorsqu'il; s'agit de retrouver des gens qui reviennent.

Un autre classement, uniquement alphabétique, a été commencé. Mais le Dr Bochu ayant demandé au secrétaires de commencer par les débuts du scanner avant la période actuelle, le classement n'avance pratiquement pas et est perpétuellement en retard par rapport à l'actualité du service.



Lorsqu'un malade revient, le secrétariat recherche sa fiche et classe conjointement les deux fiches.

Le service fait environ 250 examens de crânes par mois et la moitié d'abdomens (120).

Sur la fiche devrait théoriquement figurer le numéro de bande. En réalité ce n'est pas toujours fait.

Les clichés.

Pour les abdomens tous les clichés originaux sont conservés et les contretypes donnés au médecin demandeur. Les clichés, le compte-rendu et la lettre sont dans une pochette archivée dans un bureau, et classés par ordre de numéro.

Les registres.

Au moment de l'examen un enregistrement est fait sur un cahier grand format du N° d'examen, nom, prénom, âge, profession, date de scanner, diagnostic, résultats, nom du médecin qui a pratiqué l'examen. Le cahier est uniquement chronologique. Un index alphabétique figure à la fin. Le numéro de bande est reporté.

Pour les colonnes, crânes, membres: quelques clichés (des doubles) seulement sont conservés. Les originaux partent avec le malade.

Les bobines.

Une salle à part. Les bobines sont conservées intégralement. Il tient environ une quinzaine d'examens par bobine. Chaque bobine porte un numéro et les chiffres des examens qu'elle représente.

Actuellement le secrétariat n'a que peu de recherches à faire sur les bobines.

Les radios.

Les radios sont récupérées tous les soirs et montées à l'amphitéâtre où la lecture aura lieu le lendemain matin. Une secrétaire tapr les compte-rendus au fur et à mesure des interprétations. On note sur un registre les radios intéressantes seulement, en précisant la nature de la radio, le nom et le prénom, le nom du médecin radiologue, l'âge du malade, la date de l'examen, le diagnostic. A la fin devrait être tenu un index alphabétique (mais presque inexistant).

Le compte-rendu et les radios sont données au médecin demandeur. Quelques radios intéressantes sont conservées. Aucune autre trace ne reste.

Dans les placards du couloir attendant les radios sont classées par spécialité: thorax, estomac, etc...) A l'heure actuelle il y en a 7000.

Les radios font également l'objet d'un fichage particulier, à l'aide de fiches à perforations marginales (cf modèle en annexe). Il a été question un moment d'étendre cette classification au scanner, mais ce projet a été abandonné.

Classeurs de classement.

Les fiches des radios sont classées comme celles du scanner dans des classeurs alphabétiques, suivant les divisions du service (vois schéma ci-joint):

- Un classeur pour les radios vasculaires (Sous-sol Mr Chollat)
- Un classeur pour les tomographies et le poste 11 (Mr Bochu)
- Les radios générales sont enregistrées uniquement sur le registre de l'amphi.

Le service pratique 17 scanner par jour et 50 radios.

FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN TOMODENSITOMETRIQUE (THORAX - ABDOMEN)

- MALADE CONVOQUE LE _____ à _____
(début de l'examen à _____ h _____)

- NOM ET PRENOM : _____ AGE : _____
- ADRESSE : _____

- TEL : _____

- MEDECIN : _____ TEL. : _____
- SERVICE : _____ POSTE : _____
- HOPITAL : _____
NOM ET QUALITE DE LA PERSONNE A QUI L'ON COMMUNIQUE LA DATE DU R.V. : _____

MALADE HOSPITALISE : _____ MALADE AMBULATOIRE : _____

MALADE ADRESSE AU DOCTEUR _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____

SITE DE L'EXAMEN : PARATHYROIDES - THORAX - FOIE - ABDOMEN - PELVIS -

URGENCE DE L'EXAMEN : TRES URGENT - RAPIDE - NON URGENT -

DATE DE LA DEMANDE : _____ - R.V. CONFIRME LE : _____
SIGNATURE LISIBLE : _____ - SIGNATURE LISIBLE : _____

DEMANDE LE :
RENDEZ-VOUS PROPOSE :
RENDEZ-VOUS COMMUNIQUE :

PATIENT

Nom et Prénom :
Age :
Adresse : Tél :

HOSPITALISE

AMBULATOIRE

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Poste :
Adresse : Tél :

SITE DE L'EXAMEN

CRANE	COLONNE	Cervicale	MEMBRES	Statique
		Dorsale		Morphologie
		Lombaire		

MOTIFS DE L'EXAMEN : Signes cliniques - Renseignements attendus.

EXAMEN(S) T.D.M. antérieur(s). Date(s) :
Numéro de la bande :

URGENCE DE L'EXAMEN : Très urgent Essai Non urgent

INJECTION : I.V. : oui non Anapaque : oui non

NECESSITE
- d'une sédation
- d'une anesthésie générale

⑧

SCANNER
1^{re} étape

Craw, Colson, Pambros
(Dr BOETHU)
Thrax + Absoluca
(Dr ANTON-CHOLLAT)

Radio Gale
Reg. de Choukai
(Dr ANTON)

2 Sels de oligiti
1 Sels de Rx ostue
1 Sels de Tomos Pours.
1 Sels de Marts
1 Sels Tomos ostue
BOETHU STRATONATIS + Myelo
1 Sels Tomos POLYDOME
ostue + Myelo

Sous-
insuleja
(Dr CHOLLAT)

Vacc. I Artino
Vacc II Phibo
Nero-Curtia - Artino cibral.
PEG
Myel cirals

Sous-10^e
(Dr BOETHU)

Post M

Arthrographis
Dino graphis
Rx specialisi

AUTE	LORE	AL	SUP	CAL	CE	ERSE	CG	ES INF	S	RESPIROIRE	HEMATOPOIESE	VASCULAIRE	ACCIDENTS	TECHNIQUES		
														OS	ARTICULATION'S	EPIPHYSES
DIGESTIF														CRANE ET NERVEUX		
														FACE SINUS MAXIL SUP	MAXIL INF	ŒIL ORBITE
ENDOCRINES														URO GENITAL		
														HYPOPHYSE	CHROMOPHOBE	EOSINOPHILE

HOPITAL EDOUARD HERRIOT - SERVICE CENTRAL DE RADIOLOGIE - LYON

APPAREILS

RAPIDTRI No 4378

NOM : _____

PAVILLON : _____

AGE : _____

MECANIQUES

FRACTURE

LUXATION

SEQUELLES POST TRAUMA

M PROFESSIONNELLES

M POST THERAPEUTIQUE

INTOXICATIONS CAUSTIQUES

C ETRANGER

HEMATOME

OCCCLUSION

AFFECTIONS

M. DE SYSTEME TR. METABOLIQUES DIVERS

HERNIE

DIVERTICULE

LITHIAS

CALCIFICATION

DECALCIFICATION

A HYPERVITAMINOSE

MAL DE SURCHAGE TR. METAB

PAGET

DERMATOLOGIE

SCLERODERMIE

HT ARTERIELLE

VEINEUSE

HEMORRAGIE

M NERVEUSES

PARASITAIRE ET INFECTIEUX

INFECTIEUX EN Gal

PYROGENES

MELITOCOQUE

TUBERCULOSE

SIPHYLIS

VIRUS

ECHINOCOQUE

AUTRES PARASITES

MYCOSES

INFLAMMATOIRE DEGENERATIF

AIGU SUBAIGU

ABCES

CHRONIQUE

RH INFLAMMATOIRE

S P A P C R

RH DEGENERATIF

ARTHIROSE

ULCERE

NECROSE

EMBOLIE THROMBOSE

ENDARTERITE

PERIARTERITE

ATHEROME

VARICES

TUMEURS

T. BENIGNE

T. B DEGENEREE

KYSTE

PSEUDO-KYSTE

ANGIOME

SARCOME

AUTRES T MALIGNES PRIMITIVES

T MALIGNES SECONDAIRES

L G M

M. CONGENITALES ET DE CROISSANCE

M. GENOTYPIQUES ET CONGENITALES

MALFORMATIONS CONGENITALES

MALROTATION VOLVULUS

DYSPLASIE

A HYPO HYPERPLASIE

MAL. DE CROISSANCE OSTEOCHONDRITES

IMAGES RADIOLOGIQUES

DYNAMIQUES	STATIQUES	CENTRALES	MARGI-NALES	STADE EVOLUTIF
DYSKINESIE R FONCTIONNELLE	RETRACTION	OPAQUE	SOUSTRACON	OPERE OU TRAIT
RETRARD STASE	TASSEMENT	CONDENSATION	EROSION	TRIPLE
ACCELERATION du TRANSIT	OBSTRUCTION	CLARE	COMPRESSION	TROMPEUR
REFLUX	DILATATION	LACUNE	DEPLACEMENT	UNIQUE
	ANEVRYSM	MIXTE		MULTIPLE
	RUPTURE	HYDROAERIQUE		ADDITION
	FISTULE	SOUURE BLOC		SOUSTRACON
		RETRACTION		EROSION
		TASSEMENT		COMPRESSION
		RETRAISSSEMENT		DEPLACEMENT
		OBSTRUCTION		
		DILATATION		
		ANEVRYSM		
		RUPTURE		
		FISTULE		

TETE

COU

THORAX

ABDOMEN

PELVIS

M SUPERIEUR

M INFERIEUR

PIED

NORMAL

AU DEBUT

EVOLUE

AGRANDISSEMENT

R CINEMA

He-TENSION

MUQUEUSE

ROBIE COMPO.

SQU.

CONTRASTE

SPONTANE

GAZEUX

BARYTE ET IODE

INI DIRECTE

INI PAR SOND

TOMO

DG CONTROLE

Pavillon: D

Service: Dr SAUBIER

Spécialité: clinique chirurgicale

Toutes les archives depuis 68-70 sont conservées par le secrétariat.

Nom de la personne contactée: Madame GEX
Poste 37-07

Personnel: une secrétaire médicale et deux dactylos, qui s'occupent du secrétariat et du classement des dossiers.

Fonds: 4000 dossiers? Un certain nombre ont déjà été déposés chez Mr Fontaine.

Dans ce nombre sont compris les hospitalisés et les consultants, mais ils ne sont pas mélangés: les consultants sont classés par ordre alphabétique dans des tiroirs de la taille des pochettes. Les hospitalisés sont classés dans deux salles d'archives et chaque dossier est fiché.

Géographie: deux salles d'archives et le secrétariat

Trajet des dossiers:

Dossiers hospitalisés: un ancien consultant hospitalisé a un dossier d'hospitalisation dans lequel est intégré sa pochette de consultant. Si des hospitalisations successives ont lieu, le 1er numéro d'hospitalisation est conservé.

Le numéro est donné à la sortie du malade par le secrétariat. En outre chaque dossier est enregistré sur un cahier alphabétique et chronologique. Pour chacun est établie une fiche alphabétique (cf modèle) et une fiche par maladie. La fiche maladie peut être dupliquée et classée en deux ou trois endroits différents (intervention, diagnostic...)

Le classement: le classement des dossiers est séquentiel pour les hospitalisés. Les consultants (très peu) sont à part.

Sous-dossiers: établis par les externes et vérifiés par le secrétariat. Il n'y a pas systématiquement de résumé de séjour.

Le Numéro de dossier n'a jamais d'interférence avec le numéro du bureau des entrées. Mais le secrétariat garde les bordereaux établis par le bureau des entrées.

S'il s'agit d'un ancien malade, le dossier est communiqué à l'office par le secrétariat.

Il n'est noté nulle part.

Si le malade est muté, la mutation est notée sur une feuille volante.

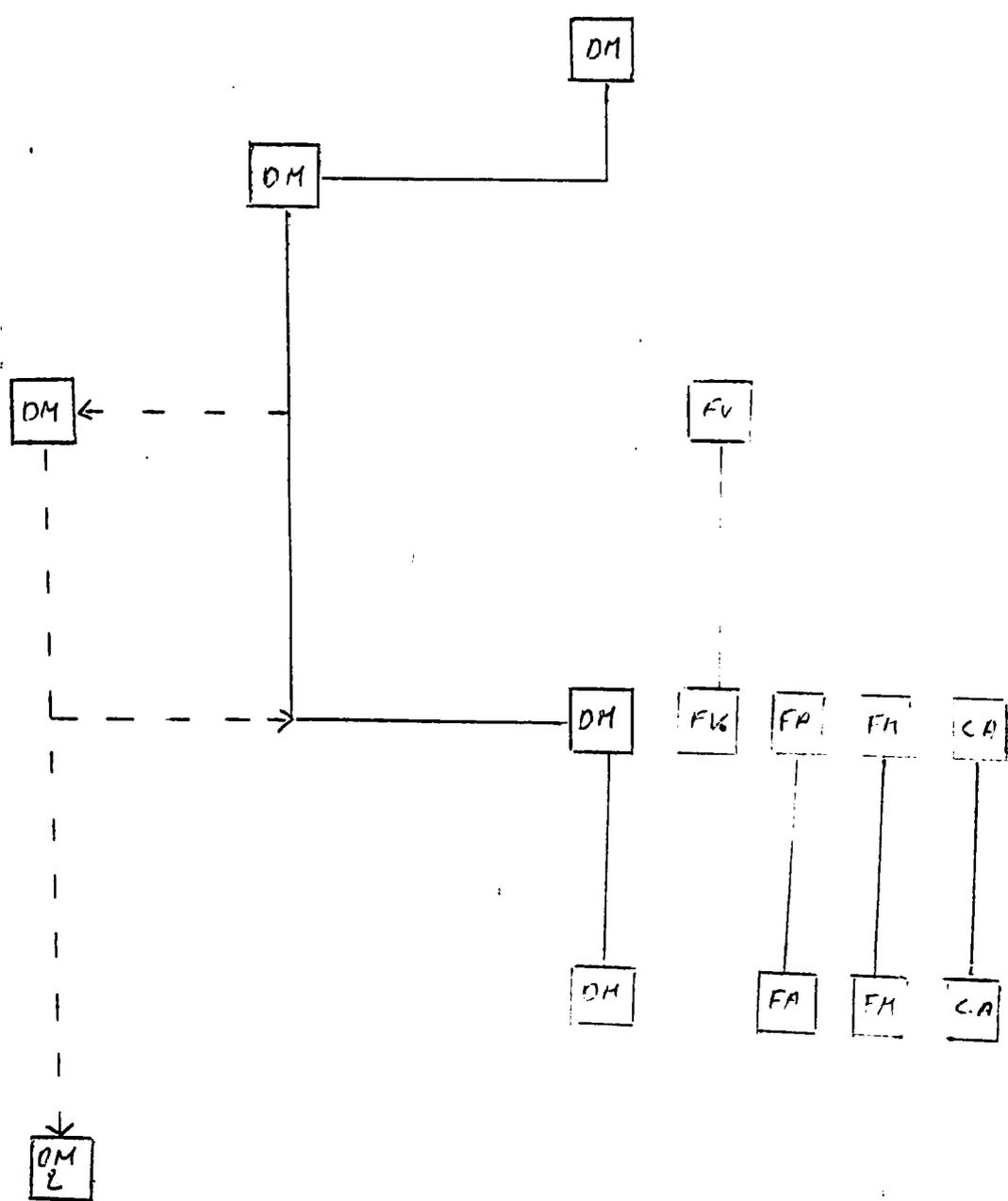
Le dossier retourne au secrétariat.

La feuille volante est détruite :

- fiche alphabétique,
- fiche par maladie,
- cahier alphabétique.

Classement du dossier,
des fiches,
du cahier.

Un autre dossier est constitué dans le service de mutation et conservé par celui-ci.



PAVILLON E

Service: Pr VIGNON

Spécialité: rhumatologie

Personne rencontrée: Mme COULON Poste 33 78

Le service comporte deux unités, tous les dossiers sont regroupés au même endroit.

Personnel:

Une secrétaire médicale

Une sténo-dactylo

qui dépendent de trois chefs de clinique.

Nombre de dossiers:

5600 hommes et 5200 femmes, uniquement les hospitalisés.

Un ancien consultant hospitalisé voit son dossier de consultant intégré à son nouveau dossier d'hospitalisé. S'il est réhospitalisé, c'est son numéro de première hospitalisation qui est conservé.

Les dossiers les plus anciens datent de 1966.

Géographie:

Une salle d'archives sur plusieurs étages, et le bureau du secrétariat où sont conservés les fichiers et registres.

Trajet des dossiers:

Si un malade a déjà été hospitalisé, l'on retrouvera sa trace par la fiche alphabétique. S'il n'a jamais été hospitalisé on fait un dossier dans le service.

Les externes remplissent le dossier administratif et d'observations qui est classé dans une petite pochette. Ultérieurement tout sera classé, avec les radios, dans une pochette plus grande.

Une semaine environ après la sortie du malade, les dossiers sont communiqués au secrétariat.

C'est le secrétariat qui remet en ordre l'antérieur du dossier (courrier, examens, etc...)

Sur un cahier d'enregistrement on porte le numéro de dossier. Chaque année un nouveau cahier est ouvert. Le registre est alphabétique, et femmes et hommes sont mélangés.

La fiche alphabétique par contre différencie les hommes et les femmes. Le cahier sert essentiellement lorsqu'une fiche a été déclassée.

Le secrétariat prépara pour chaque premier hospitalisé une fiche ^{Kendex} ~~codex~~ en notant dessus les renseignements administratifs. Les médecins viendront les coder lorsqu'ils ont un moment de liberté. Théoriquement ce travail devrait être fait même sur les anciens hospitalisés, mais n'est pas pratiqué faute de disponibilité des médecins. Les fiches sont réparties en hommes/femmes.

Chaque dossier comporta un résumé de séjour.

Le secrétariat n'utilise jamais le numéro du bureau des entrées.

Classement : femmes et hommes sont séparés, chacun classé par N° séquentiel.

Prêts:

Pour les consultations, les secrétaires de consultation viennent elles-mêmes chercher les dossiers (10 par jour environ).

Pour les re-hospitalisations rien n'est noté!

Pour les thèses rien n'est noté. Il y en a peu, et les dossiers restent dans le pavillon (l'on peut sortir une centaine de dossiers pour une thèse, mais cela n'arrive que tous les six mois.)

Pour les autres pavillons: les dossiers sont prêtés, munis d'une fiche rouge (il en sort peut-être dix par mois.)
la 2^e partie des fiches est notée sur un cahier.

Dossiers à recréer:

Cela peut arriver. En quatre ans, la secrétaire estime qu'il en a été perdu trois.

- AGE
- 1 0 - 20
 - 2 21 - 30
 - 3 31 - 40
 - 4 41 - 50
 - 5 51 - 60
 - 6 61 - 70
 - 7 71 - 80
 - 8 + DE 80

- AGE DEBUT MALADIE
- 9 0 - 20
 - 10 21 - 30
 - 11 31 - 40
 - 12 41 - 50
 - 13 51 - 60
 - 14 61 - 70
 - 15 + DE 71

I PATHOLOGIE OSSEUSE

- 16 OSTEOMYELITIS
- 17 AUTRES OSTEITES INFECTIEUSES
- 18 OSTEITES MYCOSIQUES
- 19 OSTEITES PARASITAIRES
- 20 OSTEITES TUBERCULEUSES

MALADIES OSSEUSES CONSTITUTIONNELLES

- 21 LES CHONORODYSTROPHIES
- 22 LES MALADIES OSSEUSES CONDENSANTES
- 23 LES MALAD. AVEC AUGM. TRANSPAR. OS
- 24 LES ANOMALIES MORPHOLOG. DU SQUELET.

- 25 OSTEOPATHIE FLUOREE
- 26 AUTRES OSTEOPATHIES TOXIQUES

- 27
- 28
- 29 OSTEOPOROSE
- 30 OSTEOPOROSE SENILE (+ 65 ANS)
- 31 OSTEOPOR. POST-MENOPAUSIQUE
- 32 OSTEOPOR. APRES CORTICOTHERAPIE
- 33 OSTEOPOR. AU COURS AFFECT. DIGESTIVES
- 34 OSTEOPOROSE IDIOPATHIQUE
- 35 OSTEOPOR. AVEC SIGNES HIST. O'OSTEOM.
- 36 ESSAI THERAPEUTIQUE OPOROSE

- 37
- 38
- 39 OSTEOMALACIE
- 40 OSTEOMALACIE D'APPORT
- 41 OSTEOM. APRES GASTRECTOMIE
- 42 OSTEOM. STEATORRHEE INTESTINALE
- 43 OSTEOM. APRES AFFECT. PANCREATIQUE
- 44 OSTEOM. APRES ATTEINTE HEPATOBIL.
- 45 OSTEOM. SENILE (+ 60 ANS)

- 46
- 47
- 48
- 49 OSTEODYSTROPHIES D'ORIGINE RENALE

50

- 51
- 52 HYPERPARATHYROIDIE
- 53
- 54 TETANIE HYPOCALCEMIQUE
- 55 TETANIE NORMOCALCEMIQUE
- 56
- 57 AUTRES OSTEOPATHIES ENDOCRINIENNES
- 58
- 59 OSTEOP. DANS MLE SANG ET SRE
- 60 NEMOP. ET RETICUL. MALIGNES
- 61 RETICULOSE BENIGNE
- 62 SELENIUM MARQUE
- 63 CA. P. SUR 3 JOURS
- 64 BILAN CALCIQUE
- 65 EXPLORATION ISOTOPIQUE
- 66 CALCIUM 45
- 67 CALCIUM 47
- 68 STRONTIUM
- 69 DOUBLE MARQUAGE TETRACYCLINE
- 70 CLEARANCE PHOSPHOCALCIQUE
- 71 DENSIMETRIE
- 72 CHROMATOGRAPHE
- 73 BIOPSIE OSSEUSE
- 74 HYPERCALCEMIE
- 75 OSTEONECROSE
- 76 O.N. TETE FEMORALE
- 77 O.N. TETE HUMERALE
- 78 AUTRES LOCALISATIONS
- 79 MALADIES DES CAISSONS
- 80 O.N. POST TRAUMATIQUE
- 81 AUTRES ETIOLOGIES

- 82 OSTEONCHONDROSE DE CROISSANCE
- 83 EPIPHYSITE - APOPHYSITE
- 84 OSTEONCHORITE
- 85 TUMEURS BENIGNES DES OS

- 86 TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DES OS
- 87 MYELOME

- 88 METASTASES KC PROSTATE
- 89 METASTASES OSSEUSES AUTRES KC

- 90 PAGET
- 91 COMPLICATIONS NEUROL. DE PAGET
- 92 COXOPATHIE PAGETIQUE

- 93 OSTEOPATHIES DE DIAG. IMPRECIS
- 94 OSTEOPATHIES DE NAT. INCONNUE
- 95 FRACTURE DES OS (SAUF RACHIS)

- 96
- 97
- 98 ARTHROSCOPIE

II PATHOLOGIE ARTICULAIRE

- 99 ARTHROGRAPHIE
- 100 BIOPSIE SYNOVIALE
- 101 PONCTION ARTICULAIRE

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

N° DU DOSSIER _____ ANNEE _____

Paullet E

NOM : _____

Prénoms : _____

Né le : _____ à : _____

Adresse : _____

Nationalité : _____ HOMME FEMME

MÉCANALYSE modèle 37.70

- 102 IMMUNOELECTROPHORESE
- 103 ROSETTE RHUMATOIDE
- 104 PURPURA RHUMATOIDE
- 105 R.A.A.
- 106 RHUM. POST. ANGINEUX DE L'ADULTE
- 107 POLYARTHRITE RHUMATOIDE
- 108 FORME OSTEOLYTIQUE
- 109 RUPTURE SYNOVIALE
- 110
- 111 PSEUDO-POLYARTHRITE RHIZOM.
- 112 SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE
- 113
- 114 RHUMATISME PSORIASIQUE
- 115 PANARTHRITE ENGAINANTE
- 116 MALADIE PERIODIQUE
- 117 RHUMATISME PALINDROMIQUE
- 118 HYDARTHROSE PERIODIQUE
- 119 AUTRES RHUM. INFLAMMATOIRES
- 120
- 121 COXITES
- 122 LUXATION ATLAS - AXIS
- 123 SPONDYLITE
- 124
- 125 MANIFESTATIONS VISCERALES DES RH. INFLAM.
- 126 CŒUR
- 127 POUMON - PLEVRE
- 128 PEAU - NODOSITE
- 129 REIN
- 130 SYSTEME NERVEUX
- 131 APPAREIL OCULAIRE
- 132 GANGLION
- 133 RATE
- 134 URETHRE
- 135 ANGINE
- 136
- 137 LES COLLAGENOSSES
- 138 LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINÉ
- 139 PERIARTERITE NOUEUSE
- 140 DERMATOMYOSITE
- 141 SCLERODERMIE
- 142 MALADIE DE HORTON
- 143
- 144
- 145
- 146
- 147
- 148
- 149
- 150
- 151
- 152
- 153
- 154
- 155
- 156
- 157
- 158
- 159
- 160
- 161
- 162
- 163
- 164
- 165
- 166
- 167
- 168
- 169
- 170
- 171
- 172
- 173
- 174
- 175
- 176
- 177
- 178
- 179
- 180
- 181

- 143 ARTHRITE BRUCELLIENNE
- 144 AUTRES ARTHRITES BACTERIENNES
- 145 ARTHRITE PARASITAIRE ET MYCOSIQUES
- 146 ARTHRITE TUBERCULEUSE
- 147 ARTHRITE VIRALE
- 148
- 149
- 150
- 151
- 152
- 153
- 154
- 155
- 156
- 157
- 158
- 159
- 160
- 161
- 162
- 163
- 164
- 165
- 166
- 167
- 168
- 169
- 170
- 171
- 172
- 173
- 174
- 175
- 176
- 177
- 178
- 179
- 180
- 181

S'il s'agit d'un ancien malade, le dossier est communiqué à l'office par le secrétariat.

Rien n'est noté.

Si le malade est muté, rien n'est noté.

Le dossier retourne au secrétariat :

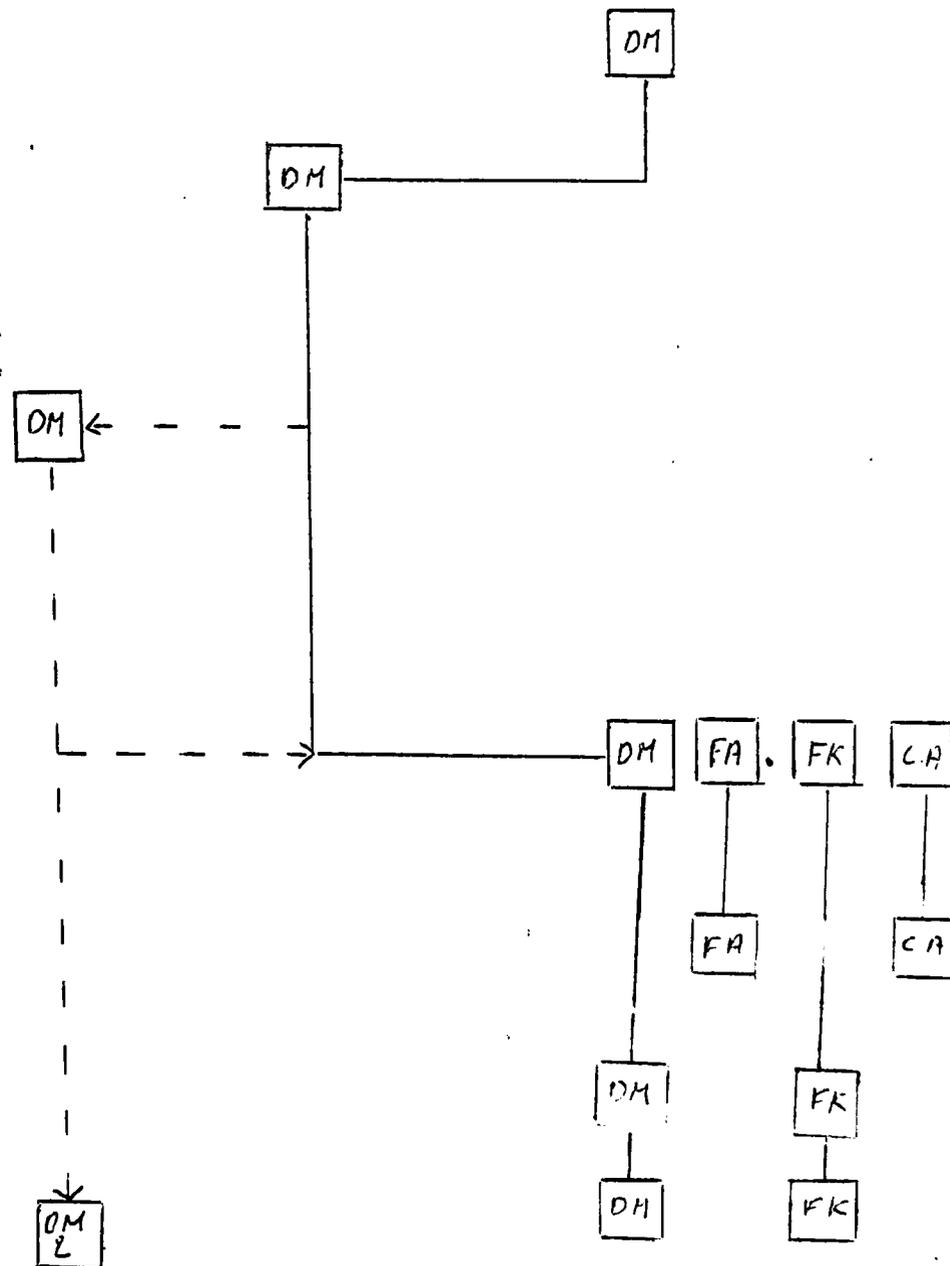
- fiche alphabétique,
- fiche Keydex (renseignements administratifs),
- cahier alphabétique.

Le secrétariat classe la fiche alphabétique et le cahier.

Le médecin vient coder la fiche Keydex (pas de mise à jour).

La secrétaire classe le dossier et la fiche Keydex.

Un autre dossier est constitué dans le service de mutation et conservé par celui-ci.



Service: Pr VIALA

Spécialité: hématologie

Personne rencontrée: Madame GRANOTTI, poste 3400 (secrétariat)

Le service garde 2900 dossiers les plus récents (de 1975 à 1980) au même étage. La numérotation est chronologique. Avant 1975 les hommes et les femmes étaient séparés et les numéros chronologiques à l'intérieur de chaque catégorie. La secrétaire actuelle ne connaît pas exactement le principe de la numérotation antérieure: certains numéros semblaient réservés aux hommes, d'autres aux femmes. Mais l'on rencontre également des séries où hommes et femmes se retrouvent, et portent le même numéro.

350 de ces dossiers sont à l'étage supérieur.

Le service ne garde que les dossiers des hospitalisés. Les consultants n'ont pas de numéro: leurs dossiers sont classés dans des petites pochettes alphabétiques dans un tiroir métallique.

Trajet d'un dossier:

Un consultant hospitalisé devient un hospitalisé. Son dossier précédent est intégré au nouveau. Auparavant des pastilles rouges et bleues séparaient les hommes des femmes. maintenant cette pratique est abandonnée.

Un malade ré-hospitalisé garde toujours le même numéro de dossier.

Le secrétariat procède à l'enregistrement au moment de la sortie du malade:

- Attribution d'un numéro (le secrétariat ne fait jamais référence au numéro du bureau des entrées).

- Enregistrement sur deux registres

différents des hommes et des femmes. Ces registres sont alphabétiques et comportent les renseignements suivants: nom, prénom, numéro de dossier.

- Enregistrement chronologique uniquement des hommes et des femmes ensemble. En plus des renseignements précédents, le diagnostic et l'âge sont précisés.

- Fiche alphabétique.

Une fois le dossier constitué et numéroté, les assistants prennent le dossier clinique et cochent les cases correspondantes de la fiche cedex.

Géographie:

Une salle de secrétariat et de documentation. Des placards dans les couloirs au 1er et 2ème étage. Les fichiers sont également dans le couloir, ce qui explique que le secrétariat ait souvent recours aux registres pour rechercher un malade.

Dossier:

Les radios sont dans le dossier. Le dossier est classé par les externes. Le secrétariat n'a souvent qu'à s'occuper des résultats d'examens qui arrivent après le départ du malade.

Mutations:

L'office signale souvent les mutations, mais pas toujours. Le dossier part avec le malade. Le secrétariat a souvent des problèmes pour récupérer les dossiers.

Classement:

Avant 1975: les hommes d'un côté, les femmes de l'autre, et classement séquentiel.

Depuis 1975: hommes et femmes sont mélangés. Le classement est séquentiel.

Prêts:

Le secrétariat s'occupe de sortir les dossiers pour la consultation et le service de jour, à partir des listes toutes préparées qui servent aussi pour vérifier le retour des dossiers.

Les hospitalisations ne sont pas notées.

Lorsqu'un autre pavillon est demandeur le service fournit des photocopies ou le dossier en notant sur un cahier les dossiers empruntés, par ordre alphabétique. Sur le dossier est collé un carton rouge.

Pour les thèses les demandeurs viennent consulter sur place

Au total il faut compter un mouvement d'une cinquantaine de dossiers. (par jour).

Il n'y a jamais de dossier perdu, ni de dossier changeant de numérotation.

2 Femme

AGE

- 3 < 2 ans
- 4 2 à 15 ans
- 5 15 à 30 ans
- 6 30 à 45 ans
- 7 45 à 60 ans
- 8 > 60 ans

ETIOLOGIES - ANTECEDENTS INTERESSANTS II

- 10 Déficit immunitaire
- 11 Maladie auto-immune
- 12 Cancer
- 13 Exposition toxique
- 14 Grossesse actuelle
- 15 Origine congénitale et génétique
- 16 Origine infectieuse
- 17
- 18

HEMOPATHIES MALIGNES III

**HEMATOSARCOMES
TYPE**

- 19 Hodgkin
- 20 L.R.S. diffus
- 21 L.R.S. nodulaire
- 22 Autres

LOCALISATION INITIALE

- 23 Cervical haut
- 24 Cervical bas
- 25 Axillaire
- 26 Médastinal
- 27 Inguinal
- 28 Splénique
- 29 Fébrile isolé
- 30 Viscéral

TYPE HISTOLOGIQUE

- 31 Type 1
- 32 Type 2
- 33 Type 3
- 34 Type 4
- 35 Type imprécis

STADE CLINIQUE

- 36 Stade I
- 37 Stade II sous diaphragm.
- 38 Stade II

- 43 A
- 44 B

EVOLUTIVITE BIOLOGIQUE

- 45 a
- 46 b

SYNDROMES MYELOPROLIFERATIFS

- 47 LMC
- 48 Splénomégalie myéloïde
- 49 Vaquez
- 50 Thrombocytoses
- 51 Polyglobulies secondaires
- 52 Autres

**SYNDROMES LYMPHO-PROLIFERATIFS
CHRONIQUES ET WALDENSTROM**

- 53 L.L.C.
- 54 L.L.C. médullo-splénique (sans ADP)
- 55 L.L.C. médullaire pure
- 56 Lymphome isolé (moelle normale)
- 57 L.L.C. à T lymphocytes
- 58 Réticulose cutanée
- 59
- 60 Tricholeucocytose confirmée
- 61
- 62

LEUCEMIES AIGUES

- 63 L.A.L.
- 64 L.A.M.
- 65 L.A. pro-myélocytaire
- 66 L.A. myélo-monocytaire
- 67 L.A. monoblastique
- 68 Syndrome pré-leucémique
- 69 Autres

MYELOME ET DYSGLOBULINEMIES

- 70 Kahler
- 71 Plasmocytome
- 72 Gammapathies
- 73 Cryoglobulinémie
- 74

INSUFFISANCES MEDULLAIRES

- 75 Quantitative pure
- 76 Qualitative
- 77 Myéloblastose partielle
- 78 Leuco-neutropénie aiguë
- 79 Métastase médullaire
- 80 Erythroblastopénie
- 81 Leuco-neutropénie chronique
- 82
- 83
- 84
- 85 Autres

HEMATOLOGIE GENERALE IV

- 86 Réactions paranéoplasiques

Prénoms : _____

Né le : _____

Année d'entrée : 19 _____

Diagnostic : _____

MECANALYSE modèle 40

HEMOSTASE ET COAGULATION

- 87 Hémophilie
- 88 Anomalie coagulation autre
- 89 C.I.V.D. et Fibrinolyse
- 90
- 91 P.T.I.
- 92 Thrombopénie centrale
- 93 Thrombopathie
- 94 Phlébites — Thromboses
- 95 Tr. hémorragiques vasculaires
- 96 Accidents des anti-coagulants
- 97 Thrombopénie infectieuse
- 98 Purpura rhumatoïde

ANEMIES

- 99 Hypochrome hyposiderémique hémor.
- 100 Hypochrome hyposid. non hémor.
- 101 Hypochrome normo ou hypersid.
- 102 Biermer
- 103 Autres anémies macrocytaires
- 104 Anémies hémolytiques congénitales
- 105 Anémies hémolytiques acquises
- 106 Hémoglobinopathies
- 107 Anémies diverses
- 108
- 109
- 110

SPLENOMEGALIES

- 111 Primitif en apparence
- 112 Tumeur de la rate
- 113 Diverses
- 114

Adénopathies diverses et tumeurs pseudo-ganglionnaires

**SYNDROMES HEMATOLOGIQUES INFECTIEUX
INFLAMMATOIRES, PARASITAIRES**

- 116 Mononucléose et Ed. mono
- 117 Tuberculose
- 118 Paludisme
- 119 Divers

MEDECINE GENERALE V

- 120 Cœur — Vaisseau — Pericarde
- 121 Poumon — Plèvre — Médastin
- 122 Digestif — Foie — Péritone
- 123 Hypertension portale
- 124 Neuro psychiatrie
- 125 Gynécologie — Sein
- 126 Génito-urinaire

- 127 Cs — Rhumatologie
- 128 Infectieux — Parasito
- 129 Diabète — Endocrin
- 130 Maladies métaboliques
- 131 Maladies surcharge
- 132 Collagénoses
- 133 Dermato — Vénéro
- 134 Toxico
- 135 B.B.S.
- 136 O.R.L. Ophtalmo
- 137 Cancers
- 138 Métastase isolée
- 139 Fièvre indéterminée
- 140
- 141
- 142
- 143
- 144

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES VI

LOCALISATIONS

- 145 Cardio péricardique
- 146 Osseuse et articulaire
- 147 Digestive
- 148 Hépatique
- 149 Cutanée
- 150 Pulmonaire — Pleurale
- 151 Cérébrale et nerveuse
- 152 Méningée
- 153 O.R.L.
- 154 Génitale
- 155 Urinaire
- 156 Glandulaire
- 157 Autres

COMPLICATIONS

- 158 C.I.V.D.
- 159 Amylose
- 160 Neuropathies
- 161 Troubles compressifs
- 162 Hémochromatose
- 163 Hypersplénisme
- 164 Hémorragies
- 165 Thromboses
- 166 Cancer associé
- 167 Tuberculose
- 168 Infectieuse et fébrile
- 169
- 170

EXAMENS INTERESSANTS VII

NUMERATION

- 171 Anémie < 3 millions

AGE

N° KEYDEX

- 3 < 15 ans
- 4 15 à 45 ans
- 5 45 à 65 ans
- 6 > 65 ans

- 7 Toxique
- 8 Cancer personnel
- 9 Leucémie dans la famille
- 0 Déficit immunitaire

- 1 Syndrome infectieux
- 2 Syndrome hémorragique
- 3 Syndrome tumoral
- 4 Autre

- 5 GR < 1,5 million
- 6 GR < 3
- 7 NB < 1.000
- 8 NB > 10.000
- 9 GR > 10.000
- 0 P < 30.000
- 1 P < 100.000
- 2 Cryptoleucémie
- 3 PN < 1.000
- 4 PN > 1.000
- 5

- 6 LAL GD blaste
- 7 LAL PT blaste
- 8 Immunoblaste
- 9 Autre
- 0 Leucocytomatose
- 1 LAL
- 2 LALIG
- 3 LALMA
- 4 LALPM
- 5 LMC acutisée
- 6 Syndrome MP subaigu
- 7 LA promotion lente
- 8 Autre
- 9 Etude cytochimique
- 0 Etude génétique
- 1 Etude électronique
- 2 Etude cinétique

- 47 Prothr < 50 %
- 48 Fibrinogène < 1 gr.
- 49 Fibrinogène > 5 gr.
- 50 T. céphaline
- 51 PDF
- 52 PAL
- 53 PAL
- 54
- 55

- 56 Test cutané
- 57 Ig
- 58 Ig
- 59 Complexe immun.
- 60 Caractérisation T.B.
- 61 Antigène associés
- 62
- 63

- 64 Inf. documentée clinique
- 65 Inf. documentée bactéri

- 66 Créatinine > 15
- 67 Uricémie > 60
- 68 LDH < 300
- 69 LDH 300 << 1.000
- 70 LDH > 1.000
- 71 Calcémie
- 72 Lysozyme
- 73
- 74
- 75
- 76

- 77 Protocole 5 B 741
- 78 Protocole L 17
- 79 Protocole L 275
- 80 Protocole L 275 H.R.
- 81 Protocole LS
- 82 Protocole Burke
- 83 Protocole G MP androgène
- 84 Protocole CICS
- 85 Protocole L 376
- 86
- 87
- 88
- 89
- 90

NOM : _____

Prénoms : _____

Né le : _____ Année d'entrée : _____

Diagnostic : _____

MLCANALYSE modèle 40.384

- 91 Prédnisone
- 92 DNR -
- 93 ADR
- 94 VCR
- 95 CAR
- 96 CPM
- 97 MTX
- 98 G.M.P.
- 99 MGG
- 100 VM 26
- 101 VP 16
- 102 Nitrosurée
- 103 Asparaginase
- 104 Thioguanine
- 105 Rubidazone
- 106
- 107
- 108
- 109
- 110
- 111
- 112
- 113

- 114 RC en < 45 jours
- 115 RC en < 3 mois
- 116 RC non obtenue
- 117 Autres traitements utilisés

- 118 Prolongation
- 119 Allègement

- 120 GB < 1.000
- 121 Fenêtre cutanée 0 à 12 jours
- 122 Fenêtre cutanée déserte
- 123 Infection précoce (10 premiers j. du trait.)
- 124 Infection tardive
- 125

- 126 Clinique ORL
- 127 Clinique pulmonaire
- 128 Clinique cutanée
- 129 Clinique urinaire
- 130 Clinique anorectale
- 131 Clinique SNC
- 132 Clinique autre

- 133 Bactérie septicémie
- 134 Bactérie infect. localisée
- 135 Bactérie gram +
- 136 Bactérie gram -
- 137 Bactérie levure
- 138 Bactérie autre

- 139 1° antibiothérapie efficace
- 140 2° antibiothérapie efficace
- 141 3° antibiothérapie efficace
- 142 Antibiothérapie inefficace
- 143 CP
- 144 CL
- 145 Cx, LHC
- 146 Héparine
- 147 PPSB
- 148 Fibrinogène
- 149
- 150
- 151

- 152 Décès précoce (avant fin du trait.)
- 153 Choc septique
- 154 Hémorragie
- 155 IRA
- 156 Hypoxémie réfractaire
- 157 Non précise
- 158 Vérification anatomique
- 159
- 160

S'il s'agit d'un ancien malade, le dossier est communiqué à l'office par le secrétariat.

Si le malade est muté, le secrétariat note la mutation sur un cahier alphabétique.

Le dossier retourne au secrétariat :

Il est rayé sur le cahier de prêt :

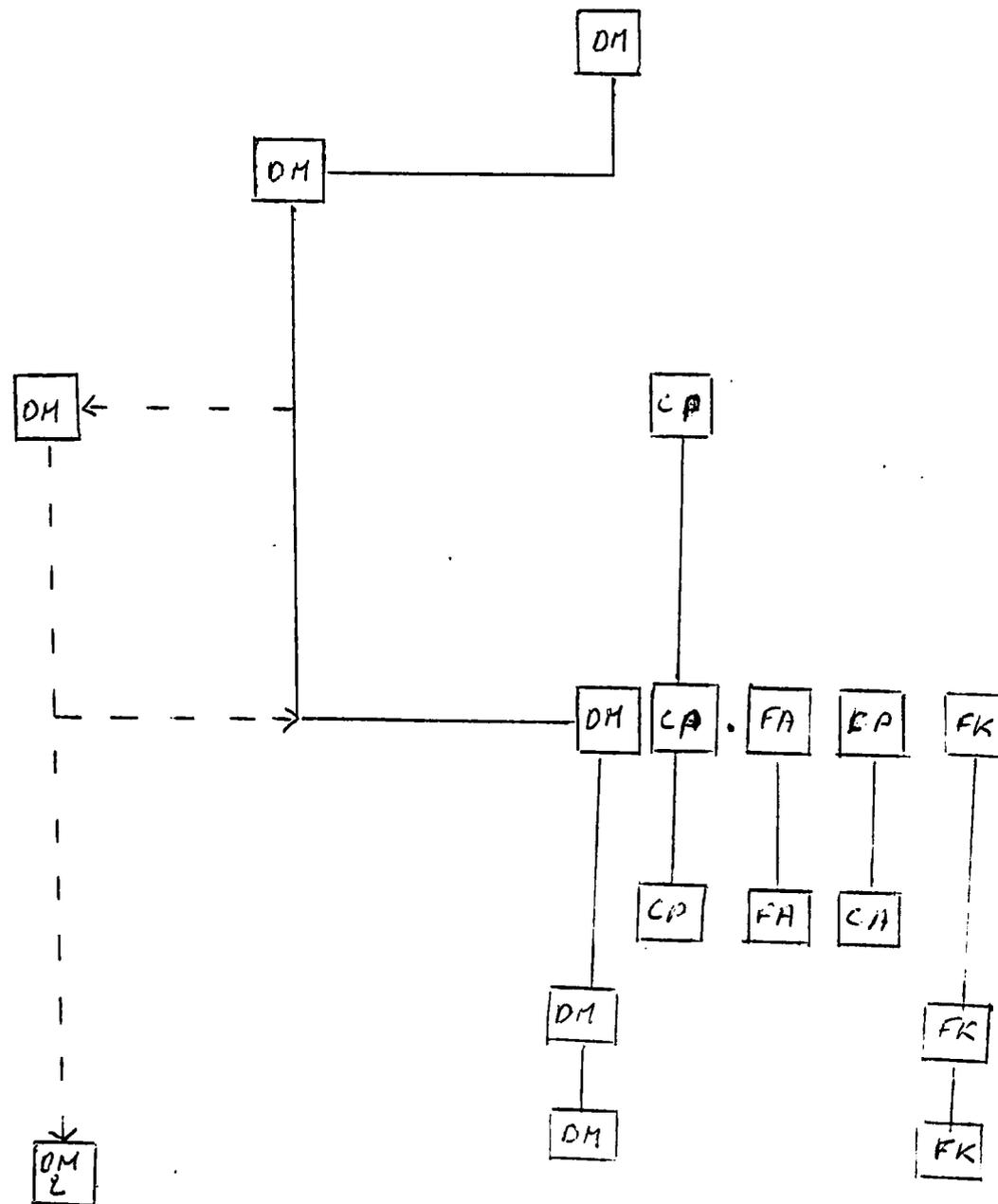
- fiche alphabétique,
- cahier alphabétique.

Classement de la fiche alphabétique, du cahier alphabétique et du cahier de prêts.

Les médecins cochent la fiche Keydex.

Les secrétaires classent le dossier et la fiche Keydex.

Un autre dossier est constitué dans le service de mutation et conservé par celui-ci.



Service: Dr FISCHER

Spécialité: Orthopédie générale

Personne rencontrée: Mademoiselle JOUANNET

poste 34-38

Consultations- archives.

Le service d'archives garde tous les dossiers du service: malades suivis dans le service, malades hospitalisés en urgence et suivis, malades consultants et suivis.

Nombre de dossiers:

6000 dossiers depuis Octobre 1978, plus 3 à 4000 urgences, qui sont moins nombreuses puisque certains dossiers sont rendus au malade, d'autres mutés dans ~~les services~~ d'autres services.

Les dossiers des consultants et des hospitalisés sont ensemble.

Locaux
Géographie:

Une salle d'archivage et un secrétariat où sont gardés les fichiers.

Traitement des données.

Urgences = certains malades passés préalablement par A sont envoyés dans le service pour soins ou hospitalisation. lorsqu'ils ressortent la feuille bleue des urgences de A est gardée et classée dans une pochette à la date de sortie du malade, ce qui permet de garder trace du malade pendant son passage au malade. la feuille est gardée pour les séjours comme pour les non-séjours.

le service d'archives tient de manière régulière un registre répertoriant les feuilles bleues d'urgence.

lorsque le dossier est constitué en clinique d'urgence le service d'archives tient le repertoire de ces dossiers à la sortie du malade en notant le nom, le prénom, le numéro de mutation, la date de remise du dossier au malade ou au pédiatre.

les dossiers conservés sont classés par ordre alphabétique et journalier. les malades peuvent les retirer à la demande.

la plupart de ces passages n'exède pas 48 heures.

Autres dossiers : pour un nouveau malade le dossier est établi à l'arrivée en consultation. Une liste de numéros à attribuer est établie, et chaque numéro utilisé est rayé au fur et à mesure de son utilisation. Il n'y a pas d'autre enregistrement.

Un ancien malade hospitalisé conserve son même numéro de dossier.

À la sortie du malade le secrétaire fait les fiches :

Une fiche alphabétique (fiche Artec) - la possibilité de mettre des onglets n'est pas exploitée. quelques couleurs indiquent les grandes divisions alphabétiques.

Une fiche par maladie (code MEARY)

les dossiers viennent tout classés à l'archiviste (dossier d'observation, dossier de soins, ~~etc~~ etc...) et parfois ils contiennent la 3^e feuille bleue des urgences.

classement:

Les dossiers d'urgences sont classés par ordre alphabétique et journalier

Les autres sont classés séquentiellement.

Prêts:

Ils sont en réalité considérés comme sortie (mutation vers un autre pavillon) et il n'est conservé qu'une feuille bleue.

Pour les thèses l'archiviste garde la liste donnée par le médecin ou chacun vient consulter sur place. Les dossiers prêtés pour des thèses ne sont pas notés, ni lorsque l'on sort des dossiers pour la consultation.

L'archiviste note sur le registre les retraits de dossiers, par le malade.

Il sort en moyenne 400 dossiers par semaine.

Part, de domes

17 m² par an. 5 par an au maximum.

Nom de jeune fille

Prénoms

Né le
Lieu

Père
Mère

N° d'entrée	Entrée le	Sortie le	Service	Transf.	Transf.	Transf.	Rad.	Obs.	Transfert extérieur
		Décès				Prêt			Service Mie 50.011 I.B.

Les malades arrivent à l'office (urgence).

Si le malade sort rapidement, son dossier est remis aux archives ou à lui-même.

Cahier alphabétique des dossiers d'urgence

Feuille bleue classée (cahier alphabétique irrégulièrement tenu).

Le malade reste un moment, puis est muté.

La feuille bleue est transmise au secrétariat de consultation.

Le malade est resté : son dossier revient au secrétariat :

- fiche alphabétique,
- fiche par maladie.

Le dossier est classé aux archives.

Le dossier est conservé par le service de mutation.

