



*Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec*

## *Éléments généraux des normes de pratique*

### *Dossier de l'utilisateur*

*Adopté par le Bureau de l'Ordre  
Le 17 juin 2005*



# DOSSIER DE L'USAGER

## 1. PRÉAMBULE

---

Le dossier de l'utilisateur ou du client<sup>1</sup> est un outil essentiel dans la prestation des soins. Ce fascicule a pour objectif de renseigner les inhalothérapeutes sur le contenu, la tenue, la conservation et l'accès des dossiers et constitue un *complément* au Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec<sup>2</sup>.

Considérant que la majorité des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec œuvrent au sein des établissements de santé, ce document porte essentiellement sur les règles applicables dans ce contexte. Une mention portant spécifiquement sur l'exercice en *milieu privé* se retrouve néanmoins à la fin de ce fascicule.

En matière de dossiers détenus par les établissements de santé, la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>3</sup> prévaut et, dans la mesure où elle est compatible avec cette dernière, la Loi sur l'accès aux documents détenus par un organisme public et sur la protection des renseignements personnels<sup>4</sup> s'applique également.

Toute activité exercée ou tout autre renseignement pertinent relatif à l'utilisateur doit être consigné dans le dossier de ce dernier. De plus, tout membre de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec doit, à l'endroit où il exerce sa profession, tenir ou contribuer à la tenue d'un dossier pour chacun des usagers desservis.

L'enregistrement des interventions des inhalothérapeutes dans le dossier de l'utilisateur doit être rigoureuse et suivre les normes énoncées dans le Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et les lignes directrices énoncées dans le présent document.

La constitution d'un dossier médical en cabinet et l'enregistrement des notes requises aux dossiers hospitaliers sont des outils de communication indispensables aux médecins et aux autres professionnels de la santé afin d'assurer la continuité des soins. Le dossier constitue également un instrument privilégié pour évaluer la qualité de l'exercice des professionnels.

Par ailleurs, ce document servira de *cadre normatif* au comité d'inspection professionnelle (CIP) pour l'élaboration de ses recommandations concernant la tenue des dossiers à la suite des visites d'inspection professionnelle.

---

<sup>1</sup> Le mot « usager » est employé tout au long de ce document. Toutefois les termes « patient » et « bénéficiaire » apparaissent exceptionnellement lorsqu'ils sont employés dans le contexte d'une loi ou d'un règlement.

<sup>2</sup> *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, Décision, 02-06-19, 2002 G.O. II, 4386.

<sup>3</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

<sup>4</sup> *Loi sur l'accès aux documents détenus par un organisme public et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1.

## 2. ORDONNANCES MÉDICALES

---

L'inhalothérapeute œuvre principalement sous ordonnance médicale. Deux types d'ordonnances sont possibles, soit l'ordonnance *individuelle* ou l'ordonnance *collective*.

L'article 39.3 du Code des professions stipule que le terme « ordonnance » signifie « une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective. »<sup>5</sup>.

### 2.1 Ordonnances individuelles (écrites et verbales)

Les ordonnances doivent être versées au dossier de l'utilisateur selon les articles 53 et suivants du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements<sup>6</sup>.

#### a) Ordonnances écrites

L'article 3 du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin<sup>7</sup> stipule que le médecin qui délivre une ordonnance par écrit doit y indiquer :

- « 1<sup>o</sup> son nom, imprimé ou en lettres moulées, son numéro de téléphone, son numéro de permis d'exercice et sa signature;
- 2<sup>o</sup> le nom et la date de naissance de l'utilisateur;
- 3 la date de rédaction de l'ordonnance;
- 4<sup>o</sup> s'il s'agit d'un médicament : a) le nom intégral du médicament, en lettres moulées lorsqu'il est similaire au nom d'un autre médicament et que cela peut prêter à confusion; b) la posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration, s'il y a lieu, et le dosage; c) la voie d'administration; d) la durée du traitement ou la quantité prescrite; e) le nombre de renouvellements autorisés ou la mention qu'aucun renouvellement n'est autorisé; f) la masse corporelle du patient, s'il y a lieu; g) l'intention thérapeutique, s'il le juge utile; h) le nom du médicament dont le patient doit cesser l'usage; i) l'interdiction de procéder à une substitution de médicaments, s'il y a lieu;
- 5<sup>o</sup> s'il s'agit d'un examen, sa nature ainsi que les renseignements cliniques nécessaires à sa réalisation;
- 6<sup>o</sup> s'il s'agit d'un traitement, sa nature et, s'il y a lieu, sa description et sa durée; [...]
- 9<sup>o</sup> la période de validité de l'ordonnance, lorsqu'elle est justifiée par une condition du patient;

---

<sup>5</sup> Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 39.3.

<sup>6</sup> Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, (1984) 116 G.O. II, 2745.

<sup>7</sup> Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, Décision, 05-02-23; 2005 G.O. II, 902.

10° la référence à un protocole, le cas échéant. Lorsqu'elle y fait référence, l'ordonnance rédigée hors établissement ne peut référer qu'à un protocole applicable dans un établissement du territoire où le médecin exerce ses activités professionnelles.

*Ne satisfont pas aux exigences des paragraphes 4° à 8° du premier alinéa, les mentions « usage connu » ou « tel que prescrit », ou toute autre mention au même effet. »*

Selon l'**article 4** du même règlement<sup>8</sup> : « Lorsque le patient identifié dans l'ordonnance est admis, hébergé ou inscrit dans un établissement, le médecin peut délivrer une ordonnance sur laquelle n'apparaissent pas :

- 1° son numéro de téléphone;
- 2° son nom en caractères imprimés;
- 3° la durée du traitement ou la quantité prescrite;
- 4° la période de validité de l'ordonnance;
- 5° le nombre de renouvellements.

*De plus, il peut omettre les renseignements mentionnés aux sous-paragraphes a, b, c, et d, du paragraphe 4° de l'article 3 lorsque l'ordonnance a pour objet un médicament visé par une règle d'utilisation des médicaments approuvée par le conseil d'administration de l'établissement. »*

À titre d'exemple, pour les secteurs d'activité spécifique, l'ordonnance peut de plus contenir :

- en soins cardiorespiratoires généraux : le type de thérapie, la fréquence et la date d'échéance du traitement, ainsi que la référence au protocole s'il y a lieu;
- en soins critiques : le mode de ventilation, la ventilation minute ou l'équivalent (fréquence et volume courant), la concentration d'oxygène et PEEP (voir liste des abréviations courantes en annexe) en ventilation effractive ou non effractive ainsi que la pression inspiratoire et expiratoire le cas échéant. De plus, s'il y a lieu, la méthode et la durée de sevrage ainsi que les signes cliniques pouvant obliger une modification au traitement.

## **b) Ordonnances verbales**

Selon l'**article 7** du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin<sup>9</sup>, le **médecin** qui communique une ordonnance **verbalement** doit mentionner :

- « 1° son nom, son numéro de téléphone et son numéro de permis d'exercice;
- 2° le nom et la date de naissance du patient;
- 3° la date de rédaction de l'ordonnance;

---

<sup>8</sup> Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, Décision, 05-02-23; 2005 G.O II, 902.

<sup>9</sup> Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, Décision, 05-02-23; 2005 G.O. II, 902.

- 4° **s'il s'agit d'un médicament** : a) le nom intégral du médicament, en lettres moulées lorsqu'il est similaire au nom d'un autre médicament et que cela peut prêter à confusion; b) la posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration, s'il y a lieu, et le dosage; c) la voie d'administration; d) la durée du traitement ou la quantité prescrite; e) le nombre de renouvellements autorisés ou la mention qu'aucun renouvellement n'est autorisé; f) la masse corporelle du patient, s'il y a lieu; g) l'intention thérapeutique, s'il le juge utile; h) le nom du médicament dont le patient doit cesser l'usage; i) l'interdiction de procéder à une substitution de médicaments, s'il y a lieu;
- 5° **s'il s'agit d'un examen**, sa nature ainsi que les renseignements cliniques nécessaires à sa réalisation;
- 6° **s'il s'agit d'un traitement**, sa nature et, s'il y a lieu, sa description et sa durée; [...]
- 7° la période de validité de l'ordonnance, lorsqu'elle est justifiée par une condition du patient; ou selon le cas :
- 8° le nom, la forme pharmaceutique et la quantité du médicament;
- 9° la mention « usage professionnel ».
- Cette ordonnance doit ensuite être consignée au dossier médical. »*

Les inhalothérapeutes peuvent recevoir et consigner au dossier les ordonnances verbales conformes aux exigences de l'article 7 dudit règlement et exécuter les activités qui leur ont été réservées et à l'égard desquels ils sont habilités et possèdent les connaissances et la préparation suffisante.

L'ordonnance verbale ou téléphonique doit être inscrite au dossier de l'utilisateur par l'inhalothérapeute en mentionnant les informations suivantes : la date, l'heure, les données de l'ordonnance, la mention ordre verbal (o/v) ou ordre téléphonique (o/t), le nom du prescripteur, son nom, sa signature suivi des abréviations de son titre.

**L'ordonnance verbale ou téléphonique peut être contresignée par le médecin traitant. La politique d'utilisation des médicaments en vigueur dans l'établissement peut le prévoir.**

**Une vérification du dossier doit être effectuée à chaque nouvelle ordonnance.**

De façon plus particulière en matière *pharmaceutique*, l'**article 189 (3)** de la Loi sur les services de santé et les services sociaux indique que le **chef de département clinique** élabore, sous l'autorité du directeur des services professionnels, des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, il élabore les règles d'utilisation des ressources pharmaceutiques ainsi que des ressources matérielles de son département. De plus, l'**article 190 (2)** de cette loi prévoit que le **chef de département clinique** est responsable envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (ci-après désigné le « CMDP ») d'élaborer, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement.

À cet effet, l'**article 77 in fine** du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements<sup>10</sup> prévoit que le chef de département de pharmacie ou le pharmacien, sous l'autorité du CMDP, élabore les règles d'utilisation des médicaments et les modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances dans le centre hospitalier, notamment en ce qui concerne les critères de validité des ordonnances, **y compris les ordonnances verbales**.

Chaque établissement doit se prévaloir d'une réglementation interne, élaborée par le chef de département de pharmacie et entérinée par le CMDP et le conseil d'administration de l'établissement (article 192 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux). La **politique d'ordonnances** ainsi élaborée aura pour but d'établir la nature de l'encadrement des ordonnances en matière pharmaceutique dans l'établissement. L'inhalothérapeute, comme tout autre intervenant visé par cette politique, doit s'y conformer.

La transmission d'une ordonnance verbale doit se faire entre des personnes habilitées à la recevoir. Si des éclaircissements sur une ordonnance sont nécessaires, l'inhalothérapeute doit poser ces questions au prescripteur lui-même.

### **c) Ordonnances par télécopieur**

Tandis que le Collège des médecins du Québec est l'autorité qui détermine, par règlement, les normes à respecter en matière de rédaction d'une ordonnance médicale, l'Ordre des pharmaciens du Québec est l'instance qui établit les règles que le pharmacien doit suivre lorsqu'il exécute une ordonnance<sup>11</sup>.

L'Ordre des pharmaciens accepte que le pharmacien qui exerce hors établissement exécute une ordonnance reçue par télécopieur, sous réserve du respect de certaines règles. Ainsi, le pharmacien doit notamment s'assurer que l'ordonnance télécopiée a été signée par le prescripteur (médecin). L'original de l'ordonnance doit être acheminé le plus tôt possible au pharmacien, au plus tard dans les *sept* jours suivant l'envoi de la télécopie<sup>12</sup>.

L'inhalothérapeute qui reçoit une ordonnance télécopiée par un médecin doit y apposer sa signature et la consigner au dossier du usager.

## **2.2 Ordonnances collectives**

Une ordonnance collective peut valoir en lieu et place d'une ordonnance individuelle dans certaines situations.

Le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin définit l'ordonnance *collective* comme étant une « *une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une*

---

<sup>10</sup> *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, (1984) 116 G.O. II, 2745.

<sup>11</sup> *Les ordonnances faites par un médecin*. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec, mai 2005, p. 15.

<sup>12</sup> *Les ordonnances faites par un médecin*. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec, mai 2005, p. 15.

*personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles* »<sup>13</sup>.

Bien que le législateur n'ait pas prévu de mécanisme formel d'adoption des ordonnances collectives, qu'elles soient ou non assujetties à un protocole, le Collège des médecins du Québec recommande qu'elles soient élaborées par un **médecin**, en collaboration avec le **chef de service médical** et le **chef de département**. Elles peuvent alors être transmises pour adoption au CMDP de l'établissement et au CA pour information. *Toutefois, l'inhalothérapeute doit se référer aux règles en vigueur dans l'établissement* (ex. : règles de soins médicaux, etc.).

L'ordonnance collective permet à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à attendre d'ordonnance individuelle de la part du médecin. Ceci implique que la personne visée par l'ordonnance n'aura pas à être vue, préalablement, par le médecin. Elle peut être collective de *trois manières* : quant aux personnes visées, quant aux professionnels visés ou quant aux médecins prescripteurs.

#### **a) Ordonnances délivrées en établissement**

« En établissement, les normes relatives à la délivrance des ordonnances faites par un médecin, telles qu'établies par le Collège des médecins, peuvent être modulées en fonction des dispositions du Règlement sur l'organisation des établissements. »<sup>14</sup>. Selon ce règlement (**art. 77 à 84**), le chef du département de pharmacie en centre hospitalier ou le chef du service de pharmacie (ou le pharmacien) en CHSLD, respectivement sous l'autorité du CMDP ou du directeur général, doit « élaborer [...] les modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances dans le centre hospitalier, notamment en ce qui concerne les critères de validité des ordonnances, y compris les ordonnances verbales »<sup>15</sup>.

Dans les limites d'une règle d'utilisation des médicaments approuvée par le conseil d'administration pour des usagers admis, hébergés ou inscrits, le médecin n'est pas tenu d'inscrire sur l'ordonnance les éléments suivants : le nom intégral du médicament, la posologie, la voie d'administration et la durée du traitement (ou la quantité prescrite)<sup>16</sup>.

#### **b) Protocoles**

Aucun texte de loi ne définit le terme « protocole », même s'il est mentionné à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>17</sup>. Cependant, des textes réglementaires le définissent. Le paragraphe 3 de l'**article 2** du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances

---

<sup>13</sup> Ibidem.

<sup>14</sup> Op. cit., p. 18.

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Idem.

<sup>17</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, art. 118.1.

faites par un médecin définit le protocole comme étant la « *description des procédures, méthodes limites ou normes applicables pour une condition particulière dans un établissement* »<sup>18</sup>.

Le protocole se veut un outil souple à l'intention du médecin et des autres professionnels impliqués, particulièrement lors de situations fréquentes ou routinières, mais également, à l'opposé, pour des conditions exceptionnelles ou rares.

Le CIP de l'OPIQ recommande l'élaboration de protocoles, en collaboration avec le responsable médical du service, afin de répondre plus adéquatement aux besoins des usagers. Ainsi, un protocole peut être l'objet d'une discussion au sein du ou des départements concernés ainsi qu'avec les professionnels visés. Par la suite, selon les recommandations du Collège des médecins, le chef de département peut le transmettre au CMDP, pour adoption. À cet effet, le Collège recommande « de vérifier auprès des autorités administratives de leur établissement du niveau d'adoption qu'elles préconisent » pour les ordonnances collectives et les protocoles adoptés par le CMDP<sup>19</sup>. Le Collège recommande que le niveau d'adoption ne dépasse pas celui du CMDP. Il souhaite ainsi, par souci d'efficacité, que les CMDP approuvent les ordonnances collectives et les protocoles.

La description du plan d'intervention, inclus au protocole, déterminera notamment les modalités thérapeutiques, ainsi que les autres interventions pouvant être effectuées selon les critères définis par le protocole. Il doit également décrire les procédures qui doivent être respectées par l'inhalothérapeute lorsqu'un usager est placé sous sa responsabilité.

En l'absence d'un tel protocole, le plan d'intervention est alors établi selon une ordonnance individuelle. Ainsi, la fréquence des visites ventilatoires, les diverses modalités thérapeutiques ou tout autre type d'activité exercée à l'égard des usagers, lors de la visite de l'inhalothérapeute, doivent être inscrits au manuel de techniques et de procédures, et doivent être respectés par l'ensemble des inhalothérapeutes de l'établissement.

Pour plus d'information au sujet des politiques et du manuel de techniques et de procédures, nous vous référons au fascicule « *Documentation* » des Normes de pratique de l'inhalothérapeute.

---

<sup>18</sup> *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, Décision, 05-02-23; 2005 G.O. II, 902.

<sup>19</sup> Dr Claude Ménard, *Ordonnances collectives – Quoi de neuf ?*, mars 2003.

### 3. INSCRIPTION AU DOSSIER

---

Le dossier de l'utilisateur doit comporter une mention des soins et des services prodigués à son égard. À cet effet, toute activité exercée par l'inhalothérapeute doit être inscrite au dossier de l'utilisateur et ce, au fur et à mesure que les activités sont exercées. Une inscription au dossier comprend notamment les points suivants :

- la date et l'heure de l'intervention;
- la nature de l'activité exercée (ex. : installation d'un ventilateur, surveillance clinique, évaluation respiratoire);
- la médication (nom du médicament au complet), le dosage (en g, mg, µg, l/min, etc.) ainsi que la voie et la vitesse d'administration;
- les paramètres reliés à la ventilation effractive et non effractive;
- la référence au protocole, s'il y a lieu, en spécifiant les critères qui s'y rattachent (ex. : les critères d'autonomie dans le cas d'un protocole de substitution d'aérosols);
- l'évaluation clinique de la condition cardiorespiratoire de l'utilisateur;
- les observations cliniques de l'inhalothérapeute en regard des effets et des réactions de l'utilisateur avant, pendant et après la thérapie ou l'intervention (intubation, aspiration, traitement, etc.);
- les données subjectives, l'évaluation et le plan d'intervention ou la conduite à tenir;
- l'enseignement prodigué et/ou l'information transmise, la validation de la compréhension de l'utilisateur et sa famille, ainsi que toute documentation remise;
- la signature de l'inhalothérapeute accompagné de la mention « inh. » ou « R.R.T. ».

Conséquemment, toute intervention de l'inhalothérapeute à l'égard de l'utilisateur ainsi que les résultats doivent être consignés au dossier de l'utilisateur. Il est donc important que le contenu des notes au dossier de l'utilisateur soit :

- pertinent aux services effectués;
- nécessaire pour répondre aux besoins des usagers;
- indispensable à l'accomplissement du travail des autres membres de l'équipe de soins.

Ceci permet de déduire que ce qui n'a pas été consigné n'a pas été fait, observé ou évalué, à moins d'une note tardive.

#### 3.1 Notes tardives

Dans le cas où l'inscription au dossier n'a pu être effectuée dans le délai recommandé ou a été omise, l'inhalothérapeute doit tout de même inscrire les actes posés au dossier de l'utilisateur, dès que possible, en mentionnant qu'il s'agit de notes tardives.

Au surplus, il faut se référer au paragraphe 22 de l'article 6 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE) pour constater que le conseil d'administration de chaque établissement doit adopter des règlements internes sur différents points, dont « *le délai accordé au médecin, ou au dentiste, ou au pharmacien, ou aux membres du personnel clinique pour*

*compléter le dossier d'un bénéficiaire après les derniers services fournis* »<sup>20</sup>. Il appert donc que chaque établissement doit assumer des obligations quant aux normes applicables relativement à l'enregistrement de notes au dossier de l'utilisateur. En ce sens, une vérification systématique s'impose auprès de chaque établissement lorsqu'un problème particulier se pose en cette matière.

En dépit de ce qui précède, les notes doivent être consignées au dossier de façon **contemporaine** aux activités et constats qu'elles visent. Cela n'exclut pas **qu'à titre exceptionnel et suivant des justifications raisonnables**, un professionnel puisse être obligé de porter une note tardive au dossier de l'utilisateur.

### 3.2 Informations techniques relatives à l'inscription au dossier

Les inscriptions doivent être lisibles;

- la mention « *idem* », « stable » ou « pas de changement » ne constitue pas une inscription acceptable;
- un trait doit être tracé entre l'inscription et la signature de façon à ne pas laisser un espace libre (ex. : entre l'inscription et la signature, entre la dernière inscription et le bas de la page, etc.);
- le titre du professionnel (« inh. » ou « R.R.T. ») doit apparaître au dossier de l'utilisateur après chaque note consignée;
- sauf exceptions, les initiales ne remplacent pas la signature. Par contre, l'initiale du prénom suivie du nom de famille au complet constitue une pratique acceptable;
- les initiales ne peuvent remplacer la signature complète sur un document que lorsqu'il y a une signature témoin accompagnée du titre professionnel et ainsi que ses initiales dessus;
- dans le cas où deux inhalothérapeutes sont présents, par exemple lors d'une réanimation cardiorespiratoire, les deux signatures doivent être apposées au dossier;
- en aucun temps l'inhalothérapeute ne doit inscrire de notes pour un(e) collègue;
- ne pas inscrire de notes entre les lignes. Les ajouts ou les notes oubliées s'écrivent sur les lignes, à la suite des autres observations;
- en cas d'erreur, mettre la partie erronée entre parenthèses, rayer d'un trait à l'encre, inscrire « **ERREUR** », dater et apposer ses initiales. Le texte raturé doit rester lisible;
- les interventions des étudiants-stagiaires doivent être, en tout temps, contresignées par l'inhalothérapeute responsable;
- les interventions de l'externe en inhalothérapie sont consignées au dossier de l'utilisateur en apposant sa signature, accompagnée des abréviations : « ext. inh. ».

---

<sup>20</sup> *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, (1984) 116 G.O. II, 2745, p.22.

### 3.3 Protection des renseignements confidentiels

- L'**article 19** de la Loi sur les services de santé et services sociaux établit le principe de la confidentialité du dossier de l'utilisateur. L'inhalothérapeute, étant tenu au secret professionnel conformément à l'**article 60.4** du Code des professions (**article 21** du Code de déontologie des inhalothérapeutes<sup>21</sup>), doit respecter, comme tout autre intervenant, la confidentialité du dossier et des informations qui y sont consignées et prendre connaissance des politiques internes en vigueur visant à assurer la protection des renseignements nominatifs ou personnels.
- Tel que mentionné précédemment, tout renseignement pertinent au regard des soins et des services dispensés à l'utilisateur doit être consigné au dossier de celui-ci. Selon la Loi de l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels<sup>22</sup> :
  - dans un document, sont nominatifs les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l'identifier (**art. 54**);
  - le nom d'une personne physique n'est pas un renseignement nominatif, sauf lorsqu'il est mentionné avec un autre renseignement la concernant ou lorsque sa seule mention révélerait un renseignement nominatif concernant cette personne (**art. 56**);
  - un organisme public ne peut communiquer un renseignement nominatif sans le consentement de la personne concernée (**art. 59**) sauf à une personne à qui cette communication doit être faite en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée;
  - un renseignement nominatif est accessible sans le consentement de la personne concernée, à toute personne qui a qualité pour le recevoir au sein d'un organisme public lorsque ce renseignement est nécessaire à l'exercice de ses fonctions (**art. 62**).

### 3.4 Accès au dossier

Le dossier d'un usager ou d'un client étant confidentiel, l'accessibilité et la rectification de celui-ci sont soumis à des règles spécifiques. L'**article 23** du Code de déontologie des inhalothérapeutes prévoit que :

*« 23. Lorsque l'inhalothérapeute exerce sa profession dans un organisme public régi par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1), par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5), il doit respecter les règles d'accessibilité et de rectification des dossiers prévues dans ces lois. »<sup>23</sup>*

---

<sup>21</sup> Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec, D. 451-99, 1999 G.O. II, 1640, art. 21.

<sup>22</sup> Loi de l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1.

<sup>23</sup> Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec, D. 451-99, 1999 G.O. II, 1640, art. 23.

Toute personne, autre que l'utilisateur et les intervenants dispensant à ce dernier des soins de santé et services sociaux, ne peut avoir accès au dossier sous réserve des règles légales applicables.

Toute demande d'accès doit être formulée auprès des autorités compétentes.

### 3.5 Dossier et extraits de dossier

Le principe est à l'effet qu'il existe un seul dossier par usager par établissement. Ceci n'empêche pas, toutefois, que certaines parties du dossier puissent être extraites momentanément pour des fins strictes de prestation des soins et se retrouver à l'extérieur du dossier. Il convient de rappeler qu'une telle pratique, quoique courante, constitue une *dérogation* à la règle générale.

Ces extraits de dossier, appelés en pratique « dossiers satellites », ne constituent pas pour autant de nouveaux dossiers distincts du dossier de l'utilisateur. Par ailleurs, les extraits de dossiers doivent toujours être versés au dossier principal, dans les plus brefs délais, après que l'intervention soit terminée. L'inhalothérapeute doit aussi respecter les politiques internes à ce sujet.

### 3.6 Feuilles mobiles

Est reconnue comme « feuille mobile » une feuille d'intervention thérapeutique faisant partie du dossier de l'utilisateur, mais se retrouvant temporairement hors du dossier. Dans les pratiques actuelles, il s'agit généralement de feuilles laissées au chevet de l'utilisateur telle que la feuille de ventilation artificielle ou des signes vitaux.

Tout comme les extraits de dossier (ou « dossiers satellites »), une telle pratique constitue une *dérogation* à la règle générale et la feuille mobile doit être versée au dossier **dès qu'elle est complète**. L'inhalothérapeute doit aussi respecter les politiques internes à ce sujet.

### 3.7 Conservation des dossiers

Les dossiers sont conservés conformément au calendrier de conservation applicable. Il convient de vérifier, auprès du service des archives de l'établissement, la politique interne concernant le temps de conservation des dossiers ainsi que des résultats graphiques obtenus.

### 3.8 Informatisation du dossier

L'**article 50** du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements<sup>24</sup> indique que rien dans ce règlement ne doit être interprété comme excluant l'utilisation de l'informatique ou de toute autre technique pour la constitution et la tenue des dossiers des usagers d'un établissement.

La Loi sur l'accès aux documents détenus par un organisme public et sur la protection des renseignements personnels s'applique aux documents détenus par les organismes publics dans

---

<sup>24</sup> *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, (1984) 116 G.O. II, art.50.

l'exercice de leurs fonctions quelle que soit la forme des documents : écrite, graphique, sonore, visuelle ou informatisée (**art. 1**)<sup>25</sup>.

L'informatique est utilisée, de plus en plus, dans la gestion des dossiers médicaux. Toutefois, l'usage de cet outil doit respecter les dispositions réglementaires établies, soit :

- l'authenticité du dossier;
- son contenu;
- sa conservation;
- son accès;
- la préservation de sa confidentialité.

À titre indicatif, la Commission d'accès à l'information a émis des directives intitulées « Exigences minimales relatives à la sécurité des dossiers informatisés des usagers du réseau de la santé et des services sociaux »<sup>26</sup>. Ces orientations permettent aux organismes publics, dont les établissements de santé, de se conformer aux exigences des diverses lois régissant la protection des renseignements personnels et la confidentialité des dossiers des usagers personnels dans l'implantation de leurs systèmes informatiques. Les mesures de sécurité applicables visent « *l'identification et l'authentification des utilisateurs en regard de l'accès aux données sociosanitaires, les profils d'accès, la collecte ou la saisie des données, les copies de sécurité, les terminaux, l'ordinateur central, la journalisation des accès, les télécommunications, [...] le partage des bases de données communes, un programme de sensibilisation et d'embauche de personnes [...]* »<sup>27</sup>.

Les consignes suivantes y sont notamment prévues :

- pour pouvoir accéder aux données sociosanitaires informatisées auxquelles ils ont droit, les utilisateurs doivent d'abord s'identifier. Il existe différents mécanismes d'identification : l'utilisateur peut inscrire son code d'identification à l'aide du clavier, au moyen d'une carte à barres, d'une carte à microprocesseur, ou d'une clé magnétique, par exemple. Le mode d'identification retenu doit être propre à chaque professionnel. À titre d'exemple, chaque inhalothérapeute d'un département doit posséder son code d'accès distinct qu'il est le seul à utiliser;
- les utilisateurs ne doivent avoir accès qu'aux dossiers sociosanitaires **nécessaires à l'exercice de leurs fonctions**. Les organismes doivent donc définir pour chacun des utilisateurs un « profil d'accès » qui déterminera ce à quoi il a accès (administration, médical, social) ainsi que le mode d'accès (écriture, lecture...). À cause des situations d'urgence, il faut prévoir tous les accès nécessaires possibles;

---

<sup>25</sup> *Loi sur l'accès aux documents détenus par un organisme public et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1.

<sup>26</sup> Commission d'accès à l'information, *Exigences minimales relatives à la sécurité des dossiers informatisés des usagers du réseau de la santé et des services sociaux*, avril 1992.

<sup>27</sup> Commission d'accès à l'information, *Exigences minimales relatives à la sécurité des dossiers informatisés des usagers du réseau de la santé et des services sociaux*, avril 1992.

- un organisme doit pouvoir identifier toute personne qui inscrit une donnée sociosanitaire dans le dossier d'un usager, les données cliniques inscrites seront donc authentifiées. Afin d'éviter que l'authenticité de ces éléments informatisés ne soit contestée, le logiciel utilisé sera conçu de façon à ce que les données déjà inscrites ne puissent être effacées. Comme il est cependant possible d'effectuer des additions correctrices à ces données, une mention indiquant l'auteur et le moment de la modification doit être présente.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale du Québec a adopté la Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information<sup>28</sup>. Cette loi reconnaît qu'un document, sauf exigence contraire à la loi, peut-être sur tout support et que chacun peut utiliser le support ou les technologies de son choix. De plus, ces documents ont la même valeur juridique que les documents de papier. Ils doivent donc respecter les mêmes règles de droit. Ils doivent aussi contenir les mêmes mesures de protection de la vie privée.

Les notes consignées au dossier d'un usager doivent être signées par leurs auteurs. Cette pratique vise à permettre l'authentification des notes et l'identification des auteurs qui, le cas échéant, seront imputables des constats et des actes à l'égard desquels ils auront apposé leur signature.

Les résultats d'analyse et de tests diagnostiques disponibles sur support informatique doivent également être signés par le professionnel qui a effectué le test.

En ce qui a trait à la signature électronique, la législation actuelle la reconnaît au même titre que la signature traditionnelle<sup>29</sup>. Les établissements doivent toutefois s'assurer qu'elle offre les meilleures garanties de fiabilité et de sécurité.

Attendu que légalement seule la personne qui détient une signature électronique peut l'utiliser, un document sur lequel elle est apposée fait foi, *prima facie*, de l'identité de son auteur. L'inhalothérapeute doit donc s'assurer qu'il est la seule personne à pouvoir utiliser sa signature électronique puisque les inscriptions qui apparaissent sur le document où elle est apposée peuvent lui être attribuées.

### 3.9 Formulaires

Chaque établissement doit posséder des formulaires correspondant aux activités effectuées. En 2005, il existe *trois types* de formulaires gouvernementaux disponibles aux établissements, soit le formulaire de ventilation artificielle (AH-282-4), le formulaire de demande de traitement d'inhalothérapie (AH-282-3) et le formulaire en anesthésie (AH-237-1).

Ces formulaires ne répondant plus à la réalité de la pratique, le Comité d'inspection professionnel recommande aux inhalothérapeutes qui utilisent l'un ou l'autre de ces formulaires de s'assurer d'y ajouter, les éléments énumérés ci-après.

---

<sup>28</sup> *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*, L.R.Q., c. C-1.1.

<sup>29</sup> *Code civil du Québec*, L.Q., 1991, c. 64, art. 2827.

Il est aussi possible pour les établissements le désirant, d'élaborer des formulaires mieux appropriés à leur pratique. Ceux-ci doivent cependant être approuvés au préalable par le Service des archives de l'établissement et doivent minimalement contenir les informations suivantes :

- **En soins critiques :**

- la date et l'heure;
- l'identification de l'utilisateur;
- le diagnostic et un résumé de l'anamnèse;
- les spécifications relatives à l'interface ventilatoire;
- le mode de ventilation et les options utilisées;
- la concentration d'oxygène administrée et analysée;
- la fréquence respiratoire réglée et spontanée;
- le volume courant obligatoire et spontané;
- la ventilation/minute réelle de l'utilisateur;
- la pression des voies respiratoires (pression limite et réelle);
- la pression du ballonnet de la sonde endotrachéale, le cas échéant;
- l'ajustement des alarmes;
- les autres paramètres, s'il y a lieu (résistance, compliance, etc.);
- les résultats de la gazométrie, de l'oxymétrie et de la capnographie;
- les changements de circuits et de filtres et le résultat du test de contrôle de qualité;
- le système d'humidification utilisé;
- la thérapie complémentaire, s'il y a lieu (sevrage, aérosols, drainage postural avec percussion, aspiration, instillation, etc.);
- le résultat de l'évaluation et les observations cliniques *pré, per* et *post* thérapie;
- l'auscultation pulmonaire;
- la signature de l'inhalothérapeute suivi de son titre professionnel.

- **En soins cardiorespiratoires généraux :**

- la date et l'heure;
- l'identification de l'utilisateur;
- le diagnostic et un résumé de l'anamnèse;
- l'ordonnance de départ et sa date d'échéance;
- la fréquence;
- la modalité thérapeutique;
- la spirométrie *pré* et *post* thérapie;
- le résultat de l'évaluation et les observations cliniques *pré, per* et *post* thérapie;
- les interventions;
- la signature de l'inhalothérapeute, suivi de son titre professionnel.

Une légende doit être disponible décrivant les symboles et les unités de mesure utilisés. Toutefois, le nom du médicament utilisé doit être écrit en entier de même que la posologie.

### 3.10 Exercice dans le secteur privé

Lorsque l'inhalothérapeute est à l'emploi d'une personne morale ou d'une personne physique dans le secteur privé, il doit inscrire les renseignements pertinents au dossier détenu par cette personne ou, le cas échéant, tenir un dossier pour chaque client. L'inhalothérapeute exerçant dans le secteur privé doit aussi se conformer aux exigences du Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec<sup>30</sup>. Les règles applicables en matière de confidentialité et d'accès au dossier se retrouvent notamment dans le Code civil du Québec<sup>31</sup>, la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé<sup>32</sup> et le Code de déontologie des inhalothérapeutes<sup>33</sup> et sont sensiblement les mêmes que celles décrites ci-haut.

## 4. PARTICULARITÉS RELATIVES À CERTAINS SECTEURS D'ACTIVITÉ

---

### 4.1 En sédation-analgésie

Si la surveillance est effectuée **sans** la présence d'un anesthésiologiste, le CIP recommande que l'inscription au dossier soit faite sur un formulaire destiné à cette fin et non sur le formulaire provincial généralement utilisé en anesthésie. Elle doit contenir les mêmes informations.

Selon les lignes directrices du Collège des médecins sur l'utilisation de la sédation-analgésie<sup>34</sup>, en plus des éléments colligés à l'occasion de la consultation et qui ont mené à l'intervention diagnostique ou thérapeutique nécessitant une sédation-analgésie, le dossier de l'utilisateur doit contenir toutes les informations requises pour son utilisation sécuritaire.

En sédation-analgésie, en plus des éléments inclus normalement dans l'inscription au dossier, on doit donc trouver les éléments suivants :

L'identification des facteurs de risque relatifs à l'administration de la médication sédative et à l'examen ou au traitement à effectuer permettant de déterminer :

- le poids et la taille;
- la médication, la dose et l'heure de l'administration;

---

<sup>30</sup> *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, Décision, 02-06-19, 2002 G.O. II, 4386.

<sup>31</sup> *Code civil du Québec*, L.Q., 1991, c. 64.

<sup>32</sup> *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q., c. P-39.1.

<sup>33</sup> *Code de déontologie des inhalothérapeutes*, Décision, 451-99, 1999 G.O. II, 1640.

<sup>34</sup> *Lignes directrices. Utilisation de la sédation-analgésie*, Collège des médecins du Québec, juin 1998, p. 12.

- les signes vitaux (la tension artérielle ainsi que la fréquence cardiaque et respiratoire) et l’heure des lectures;
- le taux de saturation capillaire en oxygène et l’heure des lectures;
- la description périodique de l’état de conscience;
- la description de toute réaction adverse, le cas échéant;
- la concentration ou le débit de l’oxygène administré, le cas échéant.

## 4.2 En assistance anesthésique

En assistance anesthésique, l’inhalothérapeute doit apposer lui-même sa signature, suivi des initiales « inh. » ou « R.R.T. ». Dans le cas des inhalothérapeutes travaillant en équipe, l’inhalothérapeute « remplaçant » devrait apposer sa signature sur la feuille d’anesthésie et indiquer la [ou les période(s)] pendant la [ou laquelle(s)] il était présent dans la salle. De même, l’inhalothérapeute qui n’est pas présent en permanence dans la salle doit identifier la [ou les période(s)] de présence et apposer sa signature sur la feuille d’anesthésie.

De concert avec l’anesthésiologiste, l’inhalothérapeute collige au dossier médical toutes les données obtenues par le monitoring utilisé.

## 4.3 En endoscopie bronchique

En endoscopie bronchique, en plus des éléments inclus normalement dans l’inscription au dossier, les **notes complémentaires** suivantes doivent être ajoutées :

- l’état clinique et le niveau de conscience de l’usager à son arrivée et au congé;
- la présence d’une réaction d’intolérance à un médicament lors de l’examen, s’il y a lieu, et la conduite qui a été tenue;
- le nom, la posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration, s’il y a lieu, et le dosage total de tous médicaments donnés soit par injection, vaporisation ou instillation;
- les sites de biopsies, de prélèvements, de lavages bronchiques et broncho-alvéolaires ainsi que le nombre de prélèvements qui ont été envoyés pour fins d’analyses.

## 4.4 En soins et services respiratoires à domicile

En soins et services respiratoires à domicile, en plus des éléments inclus normalement dans l’inscription au dossier, l’inhalothérapeute doit s’assurer minimalement des éléments suivants :

- inscrire les aspects relatifs à l’évaluation bio-psycho-sociale et environnementale de l’usager;
- si un dossier satellite est utilisé, que des copies conformes soient envoyées régulièrement aux archives du centre;
- inclure tout formulaire d’ententes concernant l’allocation et l’entretien de l’équipement;
- inclure toute formation prodiguée soit à l’usager, à sa famille ou aux intervenants communautaires;
- inclure toute documentation concernant les volontés de fin de vie de l’usager.

## 4.5 En physiologie respiratoire

En physiologie respiratoire, en plus des éléments inclus normalement dans l'inscription au dossier, les **notes complémentaires** suivantes doivent être ajoutées :

- la médication prise le jour du test ou pendant le test;
- les observations pendant le test de fonction respiratoire telles que la coopération de l'utilisateur, l'atteinte des critères d'acceptabilité et de reproductibilité;
- la correction des prédites en fonction de l'ethnie, s'il y a lieu;
- l'enseignement prodigué.

Les données suivantes doivent être conservées dans le dossier de l'utilisateur au laboratoire :

- sauvegarde des rapports intermédiaires par type de tests, des rapports finaux d'examen, incluant l'interprétation du médecin traitant. Ces rapports peuvent être informatisés;
- la signature manuscrite de l'inhalothérapeute, suivi des initiales « inh. » ou « R.R.T. »;
- toute information pertinente reçue pendant le test (ex. : non-observance de la médication).

## 4.6 En polysomnographie

En polysomnographie, en plus des éléments inclus normalement dans l'inscription au dossier, les **notes complémentaires** suivantes doivent être ajoutées :

- la qualité du sommeil de l'utilisateur (continue ou fragmentée);
- l'état clinique de l'utilisateur à son arrivée;
- la collaboration au test.

## 4.7 Dons d'organes

Selon le Collège des médecins et Québec Transplant, lorsque l'inhalothérapeute effectue un test d'apnée, dans le but de confirmer la mort cérébrale, il doit s'assurer que la présence ou l'absence de réflexe respiratoire soit clairement notée au dossier de l'utilisateur.

Au moment de l'évaluation, l'inhalothérapeute doit noter les observations des dernières 24 heures. Les notes au dossier doivent inclure :

- le mode de ventilation;
- le début du test;
- les signes vitaux *pré*, *per*, et *post* test;
- le résultat d'analyse des gaz artériels, *pré*, *per* et *post* test;

- la présence d’arythmie ou d’hypotension;
- la méthode ou le protocole utilisé;
- la présence ou non de respiration spontanée pendant le test et pendant les dernières 24 heures;
- le déroulement de chacune des étapes du test;
- la présence ou non de facteurs pouvant influencer la validité ou le déroulement du test (ex. : présence de MPOC);
- la présence des professionnels de l’équipe.

#### **4.8 Transfert *inter*établissement**

Au moment d’un transfert, l’inhalothérapeute accompagnant un usager doit noter :

- la date et l’heure du départ;
- la condition clinique de l’usager *pré*, *per*, et *post* transfert (ex. : auscultation, pouls, saturation, etc.);
- le nom des personnes qui accompagnent l’usager (ex. : médecin, infirmière, etc.);
- la nature de son intervention;
- l’identification de la personne qui prend en charge l’usager et de celle, s’il y a lieu, à qui il fait rapport des éléments pertinents relativement à l’état clinique de l’usager;
- l’heure de la prise en charge;
- toute information pertinente.

#### **4.9 Transfert *intra*établissement**

- la date et l’heure du départ;
- la condition clinique de l’usager *pré*, *per*, et *post* transfert (ex. : auscultation, pouls, saturation, etc.);
- la nature de son intervention;
- l’heure du retour à la chambre;
- l’identification de la personne qui prend en charge l’usager et de celle, s’il y a lieu, à qui il fait rapport des éléments pertinents relativement à l’état clinique de l’usager, le cas échéant;
- toute information pertinente.

## BIBLIOGRAPHIE

*Guide bilingue des abréviations médicales*, L'Actualité Médicale, 76 pages.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ARCHIVISTES MÉDICALES. *Extraits des lois régissant le fonctionnement des services d'archives médicales et d'accueil*, Association québécoise des archivistes médicales, Montréal, juin 2000, 289 pages. Collectivité auteur

CHAMPAGNE, Denise. « La tenue de dossier », dans Actes du colloque. *Colloque sur l'interdisciplinarité*, mars 2001.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Lignes directrices : Utilisation de la sédation-analgésie*, Montréal, Collège des médecins du Québec, juin 1998, 11 pages.

COLLEGE DES MEDECINS. *Les ordonnances faites par un médecin. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, Montréal, Collège des médecins du Québec, mai 2005, 34 pages.

DONALD, Egan F. *Thérapie respiratoire*, Sainte-Foy, Édition Le Griffon d'Argile, 1988, 740 pages.

GROEN HJ, MARK (van der) TW, LEEST (van der) AH, VRIES (de) EG and NH MULDER. "Pulmonary function changes in lung-cancer patients treated with radiation with or without carboplatin", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 152, no 6, 1995, p. 2044-2048.

MENARD, Claude (Dr), « Ordonnances collectives – Quoi de neuf ? », *Le Collège*, vol. XLIV, no 2, printemps-été 2004, p. 16-19.

*Code civil du Québec*, L.Q., 1991, c. 64, art. 2827.

*Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1.

*Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*, L.R.Q. c. C-1.1

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 118.1.

*Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, Décision, 02-06-19, 2002 G.O. II, 4386.

*Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, Décision, 05-02-23 ; 2005 G.O. II, 902.

*Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, 1984, 116 G.O. II, 2745.

WANGER, JACK. *Exploration fonctionnelle pulmonaire : Une approche pratique*, Paris, Masson, 1996, 273 pages.