

# La tenue de dossier

cadre de référence



## Table des matières



<b>Préambule</b>	<b>3</b>
<b>La constitution du dossier</b>	<b>4</b>
Identification du patient	4
Identification de l'inhalothérapeute	4
Les ordonnances	5
Particularités liées à la prescription de TRN	5
<b>La note narrative</b>	<b>6</b>
Le contenu	6
La structure	7
La forme	7
Utilisation de symboles ou d'abréviation	7
Plusieurs inhalothérapeutes pour une même intervention	8
Les corrections et les ajouts	9
<b>Le dossier</b>	<b>10</b>
Les rapports administratifs	10
La traçabilité	10
Les dossiers satellites	11
Support du dossier	11
Confidentialité	11
Intégrité et authenticité	13
<b>La signature des documents numériques</b>	<b>14</b>
Délai de consignation	15
La rédaction d'une note tardive	15
Conservation du dossier	16
<b>Conclusion</b>	<b>17</b>
<b>Crédits et remerciements</b> (par ordre alphabétique)	<b>18</b>
<b>Références</b>	<b>19</b>

## Préambule



**P**eu importe le contexte, le milieu clinique dans lequel il évolue et le lieu où il exerce ses activités professionnelles, l'inhalothérapeute doit, pour chaque patient, constituer et tenir un dossier — ou y contribuer —, dans lequel seront consignés les soins prodigués et les services reçus. À cette fin et en vertu 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>1</sup> (ci-après «*Règlement*»), les inhalothérapeutes ont l'obligation d'inscrire au dossier patient chaque intervention, au fur et à mesure qu'elles sont réalisées. L'inhalothérapeute qui réalise des actes professionnels hors établissement (p. ex. prescription de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) ou spirométrie à des fins de détection précoce) est aussi assujéti aux règles de la tenue de dossier.

La constitution d'un dossier médical et la consignation rigoureuse des notes s'avèrent des outils de communication indispensables à l'ensemble des professionnels de la santé, afin d'assurer la continuité des soins prodigués et des services offerts. Le dossier se révèle aussi un instrument privilégié pour évaluer la qualité de l'exercice. À cette fin, l'information consignée dans le dossier patient doit respecter les normes énoncées dans le *Règlement* et les règles de bonne pratique. Ces derniers, de pair avec les différents règlements et politiques des établissements, forment un cadre de référence utile au comité d'inspection professionnelle, pour l'élaboration de ses recommandations entre autres.

Le document n'aborde pas tous les aspects de la tenue de dossier; seuls les principes généraux de bonne pratique y sont discutés. Il doit être appliqué en complément au texte réglementaire et être adapté selon les situations professionnelles. En cas de disparités avec 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*, ce dernier prévaut.

À cet égard, ce document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement.

Selon le *Référentiel des compétences à l'entrée dans la profession*<sup>2</sup>, voici les compétences visées par le présent document:

### Formations complémentaires sur le même sujet

#### OPIQ-2002:

*Les notes au dossier II (01/2018)*

#### OPIQ-2003:

*Inh.: 3 lettres responsables*

#### OPIQ-1004:

*Les enjeux de la sécurité en contexte de télépratique*

### A AGIR AVEC PROFESSIONNALISME

**COMPÉTENCE** Encadrée par des normes reconnues, la pratique professionnelle s'effectue dans le respect de nombreuses balises légales et réglementaires. La connaissance des obligations professionnelles vise à protéger les intérêts du public. Issues d'un ensemble de principes, valeurs, règles et lois qui guident et régissent l'activité professionnelle, les obligations professionnelles s'avèrent incontournables pour la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité, dans tous les milieux cliniques.

**A.1**  
Respecter ses obligations professionnelles

**A.2**  
Respecter les droits du patient

### B COMMUNIQUER EFFICACEMENT DANS UN CONTEXTE PROFESSIONNEL

**COMPÉTENCE** La littérature soutient amplement l'idée qu'une communication efficace améliore globalement la santé des patients et qu'elle s'avère l'un des éléments de renforcement pour la sécurité des patients. De même, une communication de qualité enrichit la collecte de donnée et accroît l'observance au traitement et les résultats cliniques. Puisque la communication est le principal outil de l'inhalothérapeute, les habiletés relationnelles et communicationnelles s'inscrivent parmi les compétences essentielles à la pratique clinique.

**B.2**  
Communiquer à l'aide des TIC

**B.5**  
Consigner les informations pertinentes au dossier

**B.6**  
Rédiger des rapports administratifs

## La constitution du dossier



Les articles 2 à 6 du [Règlement](#) imposent les éléments **obligatoires** à consigner au dossier de l'usager. Bien que d'autres informations pertinentes doivent s'y retrouver<sup>3</sup>, celles qui suivent sont indispensables.

### Identification du patient

Le dossier de chaque patient doit contenir:

- le nom complet du patient;
- son sexe;
- sa date de naissance;
- son adresse;
- son numéro de téléphone.

Ces informations permettent de l'identifier et de communiquer avec lui le cas échéant. Elles apparaissent généralement dans l'entête de chaque feuille versée au dossier médical.

### Identification de l'inhalothérapeute<sup>4</sup>

S. Letendre, inh.  
Stéphanie Letendre, inh.  
S. Letendre, R.R.T.



SL  
Stéphanie L  
Stéphanie Letendre  
S. Letendre



L'inhalothérapeute doit signer **toute inscription** qu'il consigne au dossier ou **tout rapport** qu'il y verse (p. ex. : Holter, spirométrie, bilan de base, test à l'effort, registre, etc.).

La signature<sup>a</sup> peut être composée du prénom et du nom tout au long ou encore de l'initiale du prénom suivie du nom au long. Dans tous les cas, le titre professionnel ou son abréviation « inh. » ou « R.R.T. » doit suivre la signature.

De plus, l'inhalothérapeute doit contresigner chaque inscription ou rapport consigné au dossier par un stagiaire.

### Attention

Le recours aux initiales est inacceptable, et ce, même pour un registre. En effet, les initiales ne peuvent être utilisées que si une signature témoin, accompagnée des initiales professionnelles, figure **dans** le document. Par conséquent, un registre de signatures, conservé ailleurs qu'avec le document où se trouvent les initiales, ne constitue pas une pratique acceptable.

a. Les exigences relatives à la signature numérique sont abordées dans la section, p. 11.



## Les ordonnances<sup>5</sup>

L'ordonnance<sup>6</sup> est une prescription donnée à un professionnel par un autre professionnel habilité à prescrire par la loi. Elle peut concerner les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne (ordonnance individuelle) ou à un groupe de personnes (ordonnance collective). L'information relative à tout acte relié à une ordonnance médicale doit aussi être versée au dossier patient.

L'inhalothérapeute est par ailleurs autorisé à recevoir les ordonnances téléphoniques et verbales<sup>7,8</sup>. Lorsqu'il consigne une ordonnance verbale ou téléphonique, il doit inscrire la mention «O. V.» (ordonnance verbale) ou «O.T.» (ordonnance téléphonique), de même que le nom du prescripteur. Dans le cas d'une ordonnance relative à un médicament, le nom complet du médicament, la concentration, la posologie, le mode d'administration et la durée du traitement doivent notamment y figurer.

Consultez ces guides du Collège des médecins pour plus de détails sur les éléments obligatoires du contenu des ordonnances :

- [Les ordonnances individuelles faites par un médecin](#)
- [Les ordonnances collectives](#)

## Particularités relatives à la prescription de TRN

Les inhalothérapeutes qui sont autorisés à prescrire certaines thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) doivent se conformer aux dispositions applicables aux ordonnances individuelles prévues au *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* pour rédiger leur ordonnance.

Les particularités de la rédaction de l'ordonnance sont abordées dans le cadre de la formation OPIQ-3003 : [La prescription de médicaments pour la cessation tabagique](#) dont la réussite est nécessaire pour obtenir l'habilitation.

### Le saviez-vous ?

L'article 20 du [Règlement sur les normes relatives aux prescriptions faites par un médecin](#) prévoit « qu'une communication **planifiée** entre deux professionnels ou entre un médecin et une personne habilitée faite au moyen d'un texto à l'aide d'un appareil mobile constitue une ordonnance verbale ».

Attention, plusieurs éléments doivent être évalués avant d'accepter le texto comme mode de communication. Selon le contexte, l'inhalothérapeute doit choisir le mode de communication le plus approprié. Il doit de plus s'assurer de « prendre les moyens raisonnables pour que soit préservé le secret professionnel lorsque lui-même ou des personnes qui collaborent avec lui utilisent les technologies de l'information »<sup>9</sup>. À cet effet, nous vous invitons à consulter les [mises en garde émises par le Collège des médecins](#).

## La note narrative



### Le contenu

La note au dossier s'avère en quelque sorte la **POLICE**<sup>10</sup> de nos actes. Lors de sa rédaction, on peut ainsi se demander si elle est:

- Pertinente à la situation;
- Objective, c'est-à-dire qu'elle peut être observée ou mesurée;
- Lisible pour tous;
- Informative;
- Concise;
- Explicite.

Dans chaque dossier patient, on retrouve la date d'ouverture, le diagnostic initial posé par le professionnel habilité, tous les soins et services rendus datés, de même que le plan de traitement. Pour chaque intervention, l'inhalothérapeute doit consigner lorsqu'applicable<sup>11</sup>:

- la date;
- l'heure;
- le type de soin ou de service rendu (évaluation cardiorespiratoire, surveillance clinique, etc.);
- les médicaments ou les substances administrés (p. ex.: le nom complet, la concentration selon l'unité de mesure reconnue, le mode et la voie d'administration, le nom du prescripteur, la posologie, la durée du traitement);
- les techniques et le matériel utilisés<sup>12</sup>;
- les paramètres de ventilation effractive et non effractive;
- les notes sur l'évaluation et l'évolution de l'état clinique du patient et ses réactions aux interventions;
- le suivi prévu;
- l'enseignement fait et toute documentation remise au patient ou à ses proches<sup>13</sup>.

### Attention

Rappelez-vous que l'inhalothérapeute doit noter au dossier toute intervention relative au patient, ainsi que tout résultat d'examen dont il prend connaissance. Conséquemment, ce qui n'a pas été consigné est présumé ne pas avoir été fait, observé ou évalué.



## La structure

L'acronyme **SOAPIER**<sup>14</sup> peut s'avérer un moyen mnémotechnique fort utile dans la rédaction des notes au dossier. Il permet de construire une note cohérente et complète.

- S = **S**ubjectif: éléments qui proviennent du patient, de son dossier ou d'un tiers
- O = **O**bjectif: élément mesurable et observable
- A = **A**nalyse faite selon «S» et «O»
- P = **P**lan d'intervention thérapeutique qui tient compte de la condition clinique du patient, de l'ordonnance et du protocole, le cas échéant
- I = **I**ntervention: actions entreprises pour arriver au résultat attendu
- E = **É**valuation (analyse) de l'efficacité de l'intervention faite
- R = **R**ecommandation émise

## La forme

Certaines règles d'écriture s'appliquent à la forme de la note. Si certaines pratiques sont à proscrire, d'autres se révèlent incontournables.

- Les notes manuscrites doivent être rédigées à l'encre.
- Les notes et la signature doivent être **lisibles** en tout temps.
- Lorsque l'inscription ne comble pas tout l'espace dédié à la consignation de la note, il faut tracer un trait dans l'espace restant, et ce, jusqu'à la signature afin d'assurer l'authenticité et l'intégrité de la note.

Heure	Procédure, observation clinique et ordonnances
11-11-2017 — 12 h 30	Installation du respirateur. Attendons patient. _____ J. Lamier inh.
12 h 55	Arrivée du patient. Installation sur respirateur. Suite au RX, sonde endotrachéale retirée et refixée à 22 cm (coin gauche). MV OK. _____ J. Lamier inh.
13 h 30	Aspiration avec instillation (ordonnance collective). Gaz OK, Protocole de sevrage débuté _____ J. Lamier inh.
13 h 50	Extubation accidentelle suite à RX au chevet. Installation d'un masque O <sub>2</sub> 60 %. Position semi-assise. SpO <sub>2</sub> 93 % _____ J. Lamier inh.

Tirée de la formation OPIQ-2002, *La tenue de dossier II*.

## Utilisation de symboles ou d'abréviation

- Les mentions «idem», «ok», «stable» ou encore «pas de changement» ne constituent pas une inscription acceptable.
- Si les abréviations ou les symboles, qui figurent dans le document, ne sont pas couramment utilisés par les professionnels de la santé, il est alors judicieux d'inclure directement dans celui-ci une légende pour clarifier leur interprétation. Cette pratique évite la confusion et assure une compréhension uniforme de l'information de la part de chaque intervenant qui consultera le dossier.

### Abréviations, symboles et inscriptions numériques à risque

Voici la liste des [abréviations, symboles et inscriptions numériques](#) déclarés comme étant fréquemment mal interprétés et impliqués dans des accidents graves liés à la médication. Leur utilisation est donc à proscrire lors de la communication d'informations liées à la médication<sup>15,16,17</sup>.

### Plusieurs inhalothérapeutes pour une même intervention

Il arrive qu'une situation requière l'intervention de plusieurs inhalothérapeutes. C'est le cas, entre autres, lors d'une réanimation cardiorespiratoire ou lors des remplacements en assistance anesthésique. Pour ce type de situation, certaines informations spécifiques doivent figurer au dossier :

- la signature de tous les inhalothérapeutes ayant participé à l'intervention ;
- l'identification des actes posés par chaque inhalothérapeute ;
- le temps de présence auprès du patient doit être indiqué pour chaque inhalothérapeute, lorsqu'applicable (en anesthésie par exemple).

Rappelons enfin qu'il n'est, **en aucun temps**, permis d'inscrire une note pour un collègue sans qu'il l'endosse en y apposant sa signature.

Date/heure	Notes
20/01/2020 13 h 15	Appel reçu pour un arrêt cardiorespiratoire. Ventilation au masque avec ballon autogonflant, O <sub>2</sub> 100 %, PEP 5 cmH <sub>2</sub> O, assistance ventilatoire commencée par S. Letendre inh., fréquence 8/minutes. Matériel d'intubation préparé par Marie Bouchard, inh., TET #7.5 avec ballonnet avec mandrin, lame courbe #3, intubation faite par D <sup>r</sup> Y, réussi au premier essai, détecteur de CO <sub>2</sub> positif, ballonnet gonflé avec manomètre à 30 cmH <sub>2</sub> O et TET fixé à 23 cm par S. Letendre, inh. Positionnement du TET adéquat après RX validé par S. Letendre, inh.
	<i>S. Letendre, inh./M. Bouchard, inh.</i>





### Les corrections et les ajouts

Les notes au dossier patient doivent être authentiques, intégrales et permanentes. Lorsqu'une note, manuscrite ou électronique, demande une modification ou une suppression, les ajouts et les correctifs doivent être repérables et l'information initiale doit être encore lisible. Par conséquent, l'emploi du liquide correcteur ou d'une rature qui masque totalement l'élément corrigé est proscrit. De même, une fois entrées au dossier, les notes électroniques doivent être indélébiles et permettre d'identifier la correction apportée.

Dans le cas d'une erreur dans une note initiale, il convient de mettre la partie erronée entre parenthèses, de rayer à l'encre d'un seul trait, d'inscrire « erreur » au-dessus de la rature, de la dater et de l'initialer.

Les ajouts, quant à eux, s'effectuent à la suite des autres observations, sur les lignes prévues à cet effet, jamais entre les lignes.

(Erreur M.G. 18-10-17)

Communication téléphonique avec (patient) conjointe pour suivi de monsieur en raison de sa récente hospitalisation. \_\_\_\_\_ Marie Gagnon, inh.

**Note:** seules les modifications pour apporter une correction ou un ajout à une note ou à une information figurant déjà au dossier sont permises.

### La lisibilité des notes

Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance d'écrire lisiblement les notes. N'oubliez pas que l'information que vous consignez au dossier patient contribue au continuum des soins. Vos collègues et d'autres intervenants du réseau liront vos notes. Ainsi, aussi étoffée soit-elle, votre note suscitera peu d'intérêt si elle s'avère illisible.

## Le dossier



### Les rapports administratifs<sup>18</sup>

La [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#) (LSSS) prévoit qu'un patient victime d'un incident ou d'un « accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être a le droit d'en être informé de même que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident »<sup>19</sup>. Les données recueillies par les différentes déclarations sont compilées dans les [rapports sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec](#), pour en assurer la surveillance et l'analyse, pour prévenir leur récurrence et pour adopter des mesures de contrôle<sup>20</sup>. Le [formulaire AH-223-1](#) sert à documenter ces situations et il doit être versé au dossier patient. Par conséquent, comme prévu à l'article 11.1 de son *Code de déontologie*, l'inhalothérapeute doit, dès qu'il en a connaissance, dénoncer aux instances appropriées (p. ex. à la direction ou à la gestion des risques) tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission d'intervenir<sup>21</sup>.

#### Accident et incident: quelle est la différence ?

La nuance se trouve dans la présence ou non de conséquence pour le patient.

On parle d'« accident » dans le cas d'« une action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur<sup>22</sup>. »

À contrario, on parle plutôt « d'incident » lorsqu'« une action ou une situation n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, [...] mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences<sup>23</sup>. »

### La traçabilité<sup>24</sup>

Le MSSS recommande de répertorier les numéros d'identification des dispositifs médicaux<sup>b</sup> pouvant faire l'objet d'un problème de fonctionnement ou de retraitement<sup>25</sup>, d'alertes et de rappels de Santé Canada ou des manufacturiers et autres fournisseurs. Cette pratique permet d'assurer la traçabilité et d'identifier les patients potentiellement touchés. Par ailleurs, en présence d'un accident ou d'un incident relatif à un dispositif médical, il faut remplir un rapport de déclaration AH-223-1 et le verser au dossier de chaque patient qui subit des conséquences découlant de cet événement<sup>26,27</sup>.

b. On entend par dispositifs médicaux, les instruments, les appareils, les dispositifs, les matières et tous les autres articles utilisés seuls ou en combinaison et destinés aux humains, y compris les logiciels nécessaires à leur utilisation adéquate. [Unité de retraitement des dispositifs médicaux \(unité de stérilisation\)](#), p. 51.





### Les dossiers satellites

L'article [Un dossier satellite: Houston, nous avons un problème!](#) propose un survol des risques et des conséquences associés à la tenue de dossier satellite. Ces derniers, aussi appelés dossier parallèle, réfèrent à tout dossier ou partie de dossier que le professionnel instaure pour noter les interventions faites auprès de la clientèle. Qu'ils soient conservés au chevet du patient ou en possession de l'inhalothérapeute, les risques liés à cette pratique sont réels en ce qui concerne la confidentialité, la continuité et la sécurité de la prestation des soins et services et ils constituent une pratique dérogatoire<sup>28</sup>.

### Support du dossier<sup>29</sup>

Le *Règlement sur la tenue de dossier*<sup>30</sup> et le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*<sup>31</sup> n'excluent pas l'utilisation d'un support informatique ou de toutes autres techniques<sup>32</sup> permettant la constitution et la tenue des dossiers, livres et registres.

Par conséquent, les supports papier et numériques ou un hybride des deux sont acceptés. Toutefois, il faut noter que tout mode de consignation doit garantir le respect de la confidentialité et de l'intégrité des informations qui sont consignées<sup>33,34</sup>.

Rappelons que les exigences applicables à la tenue de dossier numérique sont les mêmes que celles relatives à la tenue de dossier papier (*voir La note narrative, p. 6-9*), avec les adaptations nécessaires.

### Confidentialité<sup>35</sup>

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* établit le principe de la confidentialité du dossier de l'utilisateur<sup>36</sup>. L'inhalothérapeute est soumis au secret professionnel<sup>37,38</sup> et doit assurer la confidentialité des dossiers patients<sup>39</sup> et des informations qu'ils contiennent. À cette fin, il doit connaître les politiques internes en vigueur concernant la protection des renseignements nominatifs ou personnels et prendre les moyens physiques et électroniques appropriés afin que seules les personnes autorisées aient accès à ces informations<sup>40</sup>.

En fonction du type de support employé pour effectuer la tenue de dossier, voici quelques règles de bonne pratique pour veiller au respect de la confidentialité des dossiers patients.



#### Pour les dossiers papier

- S'assurer que chaque dossier est conservé dans un local ou un meuble auquel le public n'a pas librement accès et qui peut être fermé à clé ou autrement;
- S'assurer de la confidentialité de tout formulaire laissé sans surveillance immédiate, au chevet d'un patient ou près d'un appareil<sup>45</sup>.

#### Pour les dossiers électroniques<sup>41,42,43,44</sup>

- Seul le personnel autorisé devrait avoir un accès physique au support électronique sur lequel se trouve le dossier;
- l'accès à l'emplacement virtuel du dossier (répertoire informatique, boîte courriel, etc.) devrait être sécurisé par l'utilisation d'un mot de passe et, au besoin, d'un profil d'accès personnalisé;
- le support électronique devrait être muni de logiciels de sécurité (antivirus, pare-feu, etc.);
- une entente de sécurité devrait être établie lorsque des renseignements confidentiels sont hébergés par un fournisseur infonuagique;
- toute copie de sauvegarde devrait être conservée dans un lieu sécurisé.

#### Prudence...

Un inhalothérapeute peut accéder à un dossier médical uniquement dans l'exercice de ses fonctions et lorsqu'une raison professionnelle le justifie. La consultation d'un dossier médical sans motif professionnel enfreint le droit des usagers à la confidentialité de leurs dossiers et de leurs renseignements personnels. En contrevenant à ces exigences, vous vous exposez à des mesures disciplinaires<sup>46</sup>.

### **Intégrité et authenticité**<sup>47,48</sup>

Afin de préserver l'intégrité d'un dossier, son contenu doit être maintenu intact de façon à ne subir aucune altération. D'autre part, « pour être authentique, un document doit avoir conservé les caractéristiques qui le rendent unique et distinct des autres (identité), ainsi que celles qui attestent de sa complétude<sup>49</sup> ».

Afin d'assurer ces garanties, l'inhalothérapeute doit mettre en place (ou s'assurer de la présence) des mécanismes et de bonnes pratiques qui respectent les conditions de conservation et les méthodes de rectification de ses dossiers.

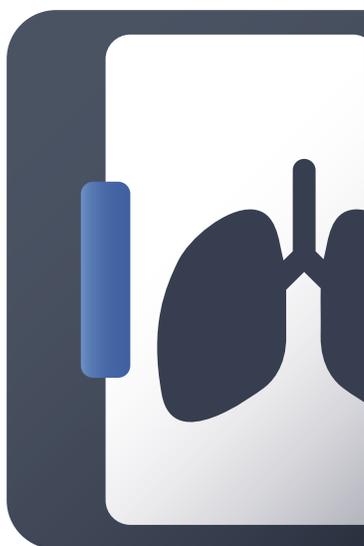
À titre d'exemples, mais sans s'y limiter, les pratiques ci-dessous peuvent contribuer à respecter cette exigence :

#### **Pour les dossiers papier**

- S'assurer que l'accès au dossier est limité aux personnes autorisées<sup>51</sup>;
- Veiller à ce que l'environnement où sont conservés les dossiers soit adéquat: propre, sec, etc.
- S'assurer que les méthodes utilisées en cas de rectification permettent de conserver une trace;
- Apposer sa signature conformément au règlement en vigueur.

#### **Pour les dossiers électroniques**<sup>50</sup>

- S'assurer que l'accès au support électronique et à son contenu est limité aux personnes autorisées;
- S'assurer que le support électronique est conservé dans un environnement physique adéquat;
- Veiller à ce que le support électronique soit muni des mécanismes de protection externe appropriés;
- S'assurer qu'une copie de sauvegarde est effectuée régulièrement et conservée dans un lieu distinct et sécurisé;
- Veiller à ce que toutes inscriptions, modifications ou rectifications soient retraçables;
- Apposer une signature sécurisée conforme au règlement en vigueur.



## La signature des documents numériques <sup>52</sup>



La signature employée par l'inhalothérapeute doit permettre d'établir le lien entre ce dernier et la note au dossier du patient. Ce lien sera établi « lorsqu'il s'agit d'un document dont l'intégrité est assurée et qu'au moment de la signature et depuis, le lien entre la signature et le document est maintenu<sup>53</sup> ».

En matière de signature de documents numériques, tous les procédés de signature n'ont donc pas la même valeur juridique et certains peuvent présenter un plus haut risque de falsification, par exemple en apposant une signature manuscrite sous forme d'image pouvant être copiée par un tiers<sup>54</sup>.

L'accès à la signature doit donc être protégé dans le but notamment de garantir l'identité du signataire et l'intégrité des informations attestées. Afin de favoriser l'atteinte de ces critères: un nom d'utilisateur unique et un mot de passe sont des procédés qui permettent l'identification et la protection de l'accès à la signature<sup>55</sup>.

### À savoir

La [Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information](#) mentionne 4 éléments devant composer la signature numérique<sup>c</sup>:

- 1 Une marque personnelle identifiant l'auteur.
- 2 La preuve que l'acte de signature représente le consentement du signataire.
- 3 Un mécanisme créant un lien entre l'auteur et le document.
- 4 Un mécanisme assurant l'intégrité du document après avoir été signé.

### L'utilisation des technologies de l'information

Le Barreau du Québec offre un outil de référence quant aux pratiques sécuritaires à implanter ou à utiliser en matière de technologies de l'information (TI)<sup>56</sup>. Bien qu'il s'adresse principalement aux avocats, l'outil propose un questionnaire interactif qui vous permet d'établir un diagnostic sur votre usage des TI. Faites-vous un usage sécuritaire des TI?

[Testez votre utilisation des TI](#)

c. « Seuls les procédés regroupant ces quatre éléments peuvent être associés à la définition légale d'une signature numérique. Ces procédés sont basés sur la cryptographie (par exemple, dispositif Secursanté, certificat Notarius) ou sont incorporés dans un système informatique ». [Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication](#), 2015, p. 31.

### Délai de consignation

Comme mentionné dans la chronique déontologique [La note tardive: oui, mais quand et comment?](#):

«[...] les notes au dossier se veulent le reflet des actes cliniques posés auprès des patients et elles demeurent, sans aucun doute, l'un des meilleurs outils de communication pour l'équipe interdisciplinaire de soins. Il est donc impératif de consigner les notes le plus rapidement possible, voire immédiatement, après la prestation de soins. Cette pratique assure la continuité des soins — non seulement intra et interdisciplinaire, mais aussi intra et interétablissements — et réduit les risques d'incident et d'accident<sup>57</sup>.»

#### À retenir

Afin d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins et services, les notes au dossier devraient être immédiatement consignées, à moins de circonstances exceptionnelles.

### La rédaction d'une note tardive

Le [Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements](#)<sup>58</sup> prévoit que les établissements de santé doivent se munir d'un règlement qui définit le délai accordé aux professionnels pour consigner leur note au dossier patient.

Dans l'éventualité où une note tardive s'avère inévitable, et ce, lors de circonstances exceptionnelles, voici les principaux éléments à consigner au dossier pour favoriser la continuité des soins et services et faciliter la collecte d'informations pour vos collègues ou toutes autres personnes qui consultent le dossier<sup>59</sup>:

- la mention qu'il s'agit d'une note tardive doit figurer dans cette dernière et être facilement repérable;
- indiquer la date et l'heure de la note tardive **et** celles de l'intervention concernée;
- inscrire la raison qui justifie la rédaction d'une note tardive;
- rédiger de façon claire et complète selon les règles de consignation vues précédemment (voir **La note narrative**, p. 6-9).



Date/heure	Notes
20/01/2020 15 h 30	Note tardive en raison d'une intervention d'urgence non planifiée, intervention faite le 2020-01-20 à 9 h 40. Visite de suivi clinique. Patient sous assistance ventilatoire, position décubitus dorsal, auscultation: MVD = MVG, ronchus* diffus, toux, SpO <sub>2</sub> 96 %, FC 98 batt./min, TA 105/75, préoxygénation faite avec O <sub>2</sub> à 100 % x 2 minutes, aspiration technique stérile (...)
<i>S. Letendre, inh..</i>	

\* NDLR Bien que plusieurs professionnels de la santé utilisent le terme « ronchis », l'OPIQ a sciemment choisi d'utiliser le terme « ronchus » pour désigner les râles ronflants, et ce, afin de respecter le vocable reconnu par le [Grand dictionnaire terminologique](#) et [Termium](#). Les autres ouvrages consultés (*Dictionnaire médical Manuila, Dictionnaire médical bilingue Dorlan 2009, Précis de terminologie médicale*) indiquent aussi « ronchus » au singulier et au pluriel.

### Conservation du dossier<sup>60</sup>

Comme mentionné précédemment, l'inhalothérapeute doit assurer la confidentialité et l'intégrité des dossiers patients<sup>61</sup> (*voir p. 13*). Il doit donc prendre les moyens physiques ou électroniques appropriés<sup>62</sup>.

Conformément au *Règlement*, il doit conserver ou s'assurer que chaque dossier soit conservé pendant au moins 5 ans à compter de la date du dernier service rendu. À cette fin, il peut utiliser tout système ou procédé d'archivage qui lui donne accès à l'information que contenait le dossier à la date de sa fermeture<sup>d</sup>.

À l'expiration de ce délai, l'inhalothérapeute peut détruire un dossier pourvu qu'il s'assure de la confidentialité des renseignements qui y sont consignés et de l'impossibilité de le reconstituer. À *titre d'exemple*, « les dossiers papier peuvent être déchiquetés, pulvérisés ou incinérés. Alors qu'une destruction efficace des dossiers électroniques nécessite qu'ils soient supprimés de façon permanente ou effacés de manière irréversible<sup>63,64</sup> ».

d. Dans un établissement régi par la LSSS ou par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, le dossier de l'utilisateur visé au sens de ces lois et des règlements édictés conformément à ces lois est considéré, aux fins du présent règlement, comme le dossier de l'inhalothérapeute s'il peut y inscrire ou y faire inscrire, sous forme de rapport ou autrement, les éléments et les renseignements requis.

## Conclusion



**L**es informations inscrites au dossier patient témoignent des besoins de la personne, de l'évolution de la situation, des interventions réalisées et des résultats obtenus<sup>65</sup>. Elles s'avèrent un outil essentiel de communication entre les professionnels de la santé et permettent d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins et services. Pour ce faire, les notes doivent être pertinentes, précises, exactes, organisées, concises, complètes et immédiatement consignées, à moins de circonstances exceptionnelles.

Enfin, elles doivent être rédigées en conformité avec les lois, les règlements et les politiques applicables.

## Crédits et remerciements

(par ordre alphabétique)



### Auteure

**Sandra Di Palma**, inh., coordonnatrice à l'inspection professionnelle, OPIQ

L'OPIQ remercie également les personnes suivantes pour leurs commentaires sur la version préliminaire du document.

### Membres du comité d'inspection professionnelle de l'OPIQ

- **Josiane Mongeau**, inh., présidente du CIP
- **Sylvie Gagnon**, inh., inspectrice et vice-présidente du CIP
- **Colette Vacri**, inh., membre du CIP

### Membres de la permanence de l'OPIQ

- **Bernard Cadieux**, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, OPIQ
- **Daniel Jorgic**, inh., inspecteur professionnel, OPIQ
- Maitre **Andréanne LeBel**, directrice aux affaires juridiques, OPIQ
- **Pierrette Morin**, inh., D.E.S.S. en enseignement collégial, inhalothérapeute-conseil à l'admission, OPIQ
- **Josée Prud'Homme**, inh., M.A.P., Adm.A., directrice générale et Secrétaire, OPIQ
- **Pascal Rioux**, inh., coordonnateur au développement professionnel, OPIQ
- **Marise Tétreault**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications, OPIQ

### Révision linguistique et supervision de la conception

- **Line Prévost**, inh., B.A., réd. a., OPIQ

Ce document respecte la nouvelle orthographe.

Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

De plus, les noms mentionnés dans les exemples sont fictifs; toute ressemblance avec des noms existants est purement fortuite.

### Conception, mise en page et révision

- Fusion Communications & Design inc.

## Références

- 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](#), RLRQ, c. C-26, r. 171.
- 2 MORIN, P. 2018. [Référentiel des compétences à l'entrée dans la profession](#). OPIQ, p. 21-24, 27, 31-33.
- 3 [Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements](#), RLRQ, c. S-5, r. 5, art. 50 à 56.
- 4 [Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#), *op. cit.*, art. 3, al. 2.
- 5 CADIEUX, B., COURNOYER-PROULX, M., GAGNON, S. Avril 2017. « [Les ordonnances — règles et principes de gestion pour les inhalothérapeutes](#) ». Chronique déontologie, *l'inhalo*, vol. 34, n° 1, p. 36-39.
- 6 [Code des professions](#), RLRQ, c. C-26, art. 39.3.
- 7 [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#), RLRQ, c. M-9, r. 25.1, art. 21.
- 8 *Code des professions, op. cit.*
- 9 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ). Mars 2017. [L'utilisation du téléphone intelligent \(texto et courriel\) et des médias sociaux](#). Site Internet du CMQ, onglet « Nouvelles ».
- 10 CADIEUX, B. Juillet 2016. « [La note au dossier: pour qui, pour quoi?](#) » Chronique déontologie, *l'inhalo*, vol. 33, n° 2, p. 14-15.
- 11 [Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#), *op. cit.*, art. 2, par. 5.
- 12 *Ibid.*, art. 2, par. 6.
- 13 *Ibid.*, art. 2.
- 14 Adapté de PARÉ, É. 2016. [Contribution à l'évaluation des problèmes respiratoire — Guide de pratique à l'intention des inhalothérapeutes](#). 2<sup>e</sup> éd., © Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, p. 8.
- 15 INSTITUT POUR LA SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS AUX PATIENTS DU CANADA (ISMP). Mai 2018. « [Réaffirmer la nécessité de la liste "Ne pas utiliser: abréviations, symboles et désignations de dose dangereuses"](#) ». *Bulletin de l'ISMP Canada*, vol. 18, n° 4.
- 16 ISMP. Juillet 2006. « [Éliminer l'utilisation dangereuse d'abréviations, de symboles et de certaines inscriptions numériques](#) ». *Bulletin de l'ISMP Canada*, vol. 6, n° 4.
- 17 CMQ. 2011. [Procédures et interventions en milieu extrahospitalier](#), p. 40.
- 18 COURNOYER-PROULX, M. Avril 2012b. [L'obligation de divulguer tout incident ou accident survenu à l'occasion d'une intervention ou d'une omission d'intervention](#). Capsule déontologique, OPIQ.
- 19 [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#) (LSSS), RLRQ, c. S-4.2, art. 8, al. 2.
- 20 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, QUÉBEC. Décembre 2018. [Rapport 2017-2018 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec](#). 96 p.
- 21 [Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec](#), RLRQ, c. C-26, r. 167, art. 11.1.
- 22 LSSS, *op. cit.*, art. 8, al. 4.
- 23 *Ibid.*, art. 183.2, al. 3.
- 24 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (s. d.). [Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident — AH-223-1](#), p. 2.
- 25 *Ibid.*, p. 3.
- 26 *Ibid.*, p. 2.
- 27 CÔTÉ-LABELLE, R., EL-HARCHAOU, A., OUHOUMMANE, N. Novembre 2015. [Rapport de surveillance d'incidents et d'accidents en retraitement des dispositifs médicaux 2014-2015](#). Institut national de santé publique (INSPQ), p. 5, note de bas de page 2.
- 28 CADIEUX, B., COURNOYER-PROULX, M. Avril 2017. « [Un dossier satellite : Houston, nous avons un problème!](#) » Chronique: déontologie, *l'inhalo*, vol. 34, n° 1, p. 40-41.
- 29 CADIEUX, B., COURNOYER-PROULX, M. Octobre 2017. « [Tenue de dossier — dossier papier et numérisé même réalité?](#) » Chronique déontologie – Inh.: 3 lettres responsables, *l'inhalo*, vol. 34, n° 3, p. 34-36.
- 30 [Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#), *op. cit.*, art. 1.
- 31 [Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements](#), *op. cit.*, art. 50.
- 32 [Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information](#), RLRQ, c. C-1.1, art. 5.
- 33 *Ibid.*

## Références

suite

- 34 *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, op. cit., art. 1, al. 2.
- 35 [Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels](#), c. A-2.1, art. 62 et 63.1.
- 36 LSSS, op. cit., art. 19.
- 37 *Code des professions*, op. cit., art. 60.4.
- 38 *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, op. cit., art. 21.
- 39 LSSS, op. cit., art. 19.
- 40 *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec*, op. cit., art. 23.
- 41 ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OEQ). Mai 2017. [Tenue des dossiers en ergothérapie – Conservation et destruction des dossiers – Conservation des dossiers](#). Site Internet de l'OEQ.
- 42 ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC (OPPQ). Mars 2019. [Le dossier client à l'ère du numérique](#), 6 p.
- 43 CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ). Octobre 2016. [Outil d'aide à la décision – Télépratique et gestion du dossier numérique en santé et en relations humaines](#), p. 19-26.
- 44 JAAR, D. Octobre 2016. *Les enjeux de la sécurité en contexte de télépratique*. Conférence présentée dans le cadre du 42<sup>e</sup> congrès annuel de l'OPIQ, Hilton Lac-Leamy, Gatineau.
- 45 *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, op. cit., art. 5.
- 46 *Inhalothérapeutes (Ordre professionnel des) c. Milmore*, 2017, CanLII 78244, 2017-03-29 (culpabilité) et 2017-12-06 (sanction) (décision rectifiée le 2018-01-11).
- 47 *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*, op. cit., art. 5 à 7.
- 48 *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991, art. 2839 et 2840.
- 49 UNIVERSITÉ LAVAL. Mai 2015. «Authenticité – Caractéristiques: identité et intégrité», *Dico-Wiki* archivistique.
- 50 ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, 2017, *Tenue des dossiers en ergothérapie...*, op. cit.
- 51 *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, op. cit.
- 52 OPPQ, op. cit., p. 3.
- 53 *Code civil du Québec*, op. cit., art. 2827 et 2839.
- 54 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Février 2015. [Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication](#). Service des communications, p. 31.
- 55 *Ibid.*
- 56 BARREAU DU QUÉBEC. 2016. «[24 questions pour évaluer votre utilisation des technologies de l'information](#)». *Guide des TI – Gestion et sécurité des technologies de l'information pour l'avocat et son équipe*, site Internet du Barreau du Québec.
- 57 CADIEUX, B., COURNOYER-PROULX, M. Janvier 2017. «[La note tardive: oui, mais quand et comment?](#)» *l'inhalo*, vol. 33, n° 4, p. 30-31.
- 58 *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, op. cit., art. 6, par. 22.
- 59 CADIEUX, COURNOYER-PROULX, janvier 2017, *La note tardive...*, op. cit.
- 60 *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, op. cit., art. 4.
- 61 LSSS, op. cit., art. 19.
- 62 *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, op. cit., art. 5.
- 63 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM). Révisé octobre 2019. [Que faire avec les dossiers cliniques? Conservation | accès | sécurité | entreposage | destruction | transfert](#). Site Internet de l'ACPM, IS0334-F.
- 64 CIQ, 2016, *Outil d'aide à la décision, télépratique...*, op. cit.
- 65 DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM), VOLET SOUTIEN À LA PRATIQUE, EN COLLABORATION AVEC LA DIRECTION ADJOINTE – GESTION DE L'INFORMATION CLINIQUE DE LA DSM ET LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI) – SOUTIEN À LA PRATIQUE. Juin 2018. [Guide de rédaction de la note au dossier de l'usager pour les membres du CM et du CII](#). Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO), p. 40.