

Tenue des dossiers

*Guide sur la norme
d'exercice professionnel*

© 2007

Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario
www.collegept.org

Révisé en janvier 2007

Remarque: *Le Guide sur la norme d'exercice professionnel : Tenue des dossiers* vise à aider les membres inscrits à mieux comprendre les attentes de l'Ordre, telles que définies dans le document *Norme d'exercice professionnel: Tenue des dossiers*, et conjointement avec d'autres normes d'exercice professionnel, y compris celles définies dans les *Normes d'exercice pour les physiothérapeutes*.

Table des matières

Introduction	5
Points secondaires	5
1. Renseignements généraux.....	6
<i>a) Que comprend le dossier de physiothérapie? (Voir la définition de « dossier clinique »).....</i>	6
<i>b) Pourquoi devrais-je évaluer mes pratiques de tenue des dossiers? 1(4).....</i>	6
<i>c) Pourquoi est-il important d'identifier le dépositaire de renseignements sur la santé? 1(5a).....</i>	6
<i>d) Je travaille dans un milieu multidisciplinaire. Pouvons-nous avoir des dossiers conjoints ou combinés? 1(5b), 9.....</i>	7
<i>e) La tenue de dossiers électroniques est-elle différente de la tenue de dossiers sur papier? 1(9a-c).....</i>	7
Identification des patients et des fournisseurs de soins.....	8
<i>f) Pourquoi dois-je indiquer deux types de renseignements (comme le nom du patient et sa date de naissance) dans chaque partie du dossier? Puis-je utiliser un seul identificateur? 1(6).....</i>	8
<i>g) Dois-je signer mon nom au complet chaque fois que j'inscris quelque chose au dossier ou puis-je utiliser seulement mes initiales? Dois-je préciser mon titre chaque fois? 1(5c), 1(5d), 1(7b).....</i>	8
<i>h) Puis-je utiliser une signature électronique? 1(7b), 1(9c).....</i>	8
<i>i) Puis-je utiliser un timbre de signature? 1(7b).....</i>	9
Personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie	9
<i>j) Est-ce que le personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie peut faire des inscriptions dans le dossier des patients? 1(7b), 9.....</i>	9
<i>k) Dois-je apposer ma signature à côté des inscriptions des membres du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie?.....</i>	9
<i>l) Nous avons plusieurs membres du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie qui appliquent/enlèvent des modalités, des enveloppements chauds, de la glace, etc. Comment indiquons-nous qui fait quoi? 2(4f, g), 1(5c, d).....</i>	9
Modification d'une inscription	10
<i>m) Comment dois-je corriger une erreur ou modifier une inscription? 1(8).....</i>	10
2. Dossiers cliniques.....	10

Ce qu'il faut indiquer	10
<i>a) Puis-je inclure des renseignements provenant d'un autre professionnel de la santé (comme un diagnostic) dans mon évaluation et/ou mes notes d'évolution? 2(2)</i>	<i>10</i>
<i>b) Dois-je documenter les renseignements ou conseils fournis par téléphone et/ou courriel? 2(4i).....</i>	<i>10</i>
<i>c) Quels autres rapports ou communications devraient être documentés? 2(11), 2(12).....</i>	<i>11</i>
<i>d) Faut-il inclure une analyse des résultats de l'évaluation ou un relevé des impressions cliniques? 2(4b)</i>	<i>11</i>
<i>e) Faut-il indiquer les objectifs des patients dans le dossier? 2(4c)</i>	<i>11</i>
<i>f) Faut-il fournir beaucoup de détails lors de la documentation des traitements fournis? 2(4e).....</i>	<i>11</i>
<i>g) Que dois-je documenter lorsque j'exécute un acte autorisé délégué? 2(4k)</i>	<i>11</i>
<i>h) Que doit-on inclure dans un sommaire de renvoi? 2(5).....</i>	<i>12</i>
Quand faire une inscription.....	12
<i>i) Dois-je faire une inscription dans le dossier clinique lors de chaque visite? 2(4f)</i>	<i>12</i>
<i>j) Pourquoi dois-je indiquer chaque rendez-vous manqué et annulé ainsi que la raison? 2(4h).....</i>	<i>12</i>
<i>k) Quand devrait-on faire une inscription dans le dossier clinique? 2(6).....</i>	<i>12</i>
Consentement.....	13
<i>l) Quelles sont les exigences pour documenter l'obtention d'un consentement éclairé? 2(10).....</i>	<i>13</i>
3. Dossiers financiers.....	13
<i>a) Pendant combien de temps faut-il conserver des dossiers financiers une fois que le compte a été complètement payé? 6(1)</i>	<i>13</i>
<i>b) Est-ce que le dossier financier doit être conservé avec le dossier clinique?.....</i>	<i>13</i>
4. Dossiers sur l'entretien du matériel	13
<i>a) Pourquoi dois-je conserver des dossiers sur l'entretien du matériel? 4.....</i>	<i>13</i>
<i>b) Que se passe-t-il si mon employeur est responsable du matériel?</i>	<i>14</i>
5. Confidentialité et accès aux dossiers	14
<i>a) Que dois-je faire si un patient veut consulter son dossier? 5(1a).....</i>	<i>14</i>
<i>b) Un patient peut-il demander une modification de son dossier? 5(1b).....</i>	<i>14</i>
<i>c) Comment le dossier doit-il être modifié? 5(1b), 1(8).....</i>	<i>14</i>
<i>d) Qui devrait avoir accès aux dossiers? 5(3), 5(4), 5(5).....</i>	<i>15</i>
<i>e) Quelles mesures dois-je prendre pour assurer la confidentialité des dossiers médicaux? 5(6)</i>	<i>15</i>

6. Entreposage, conservation et élimination des dossiers.....	16
<i>a) Est-ce que le dossier clinique peut être une combinaison de documents sur papier et de données électroniques?</i>	16
<i>b) Si un dossier sur papier est converti et entreposé électroniquement, faut-il conserver le document sur papier original?</i>	16
<i>c) Est-ce que le dossier peut être entreposé au lieu de résidence du patient ou dans une autre installation?</i>	16
<i>d) L'Ordre exige que les dossiers soient conservés pendant dix ans après le renvoi des patients âgés de plus de 18 ans. D'où vient cette exigence? 6(1)</i>	17
<i>e) Est-ce que la période de conservation des dossiers dans une maison de soins de longue durée est différente de la période de dix ans exigée par l'Ordre?</i>	17
<i>f) Pourquoi les dossiers doivent-ils être détruits d'une manière irréversible et sûre? 6(4a, b).....</i>	17
Scénarios d'entraînement	17
Définitions	21
Ressources.....	21

Introduction

La tenue des dossiers est une composante essentielle des soins aux patients. Les dossiers de physiothérapie fournissent aux patients une preuve des soins qui leur ont été délivrés, du moment où ces soins ont été délivrés et des gens qui sont responsables de divers aspects de ces soins. Les patients ont le droit de consulter et de contrôler les renseignements qui se trouvent dans leurs dossiers médicaux. Les physiothérapeutes, ou les installations dans lesquelles ils travaillent, sont les dépositaires de renseignements sur la santé¹.

Le dossier devrait documenter ce qui suit pour le patient:

- Ce qui a été évalué
- Une analyse des résultats de l'évaluation
- Les recommandations et les objectifs concernant le traitement
- L'obtention du consentement éclairé
- Les détails des traitements fournis et une indication des personnes qui ont délivré les traitements
- Les résultats des traitements (y compris toute réévaluation et modification d'un traitement ou de l'état du patient)
- Un résumé de l'ensemble des soins fournis lorsque le patient cesse ses traitements

La tenue des dossiers est également une obligation professionnelle. Les dossiers peuvent aider les physiothérapeutes à démontrer leurs compétences et à prouver qu'ils ont respecté leurs exigences professionnelles et réglementaires en fournissant des soins de physiothérapie qui visent les meilleurs intérêts de leurs patients. Un dossier complet et documenté en temps opportun peut aider le physiothérapeute à se rappeler des événements et des décisions se rapportant à un traitement particulier.

Le but global de la tenue des dossiers est de recueillir suffisamment de détails pour qu'un autre professionnel qui participe au traitement ou devient le fournisseur des soins puisse suivre le plan de soins et continuer le traitement.

La lisibilité des dossiers est essentielle. Même si toutes les exigences de la norme sur la tenue des dossiers sont respectées, il n'est pas possible de comprendre le traitement qui a été fourni si les renseignements sont illisibles. Ceci rend le dossier inutile pour le patient ou toute autre personne autorisée à consulter le dossier.

Points secondaires

L'Ordre reçoit souvent des questions sur des éléments de la tenue des dossiers qui ne sont pas discutés dans la norme de tenue des dossiers et pour lesquels l'Ordre n'a pas d'exigence précise. Les physiothérapeutes, installations et/ou employeurs peuvent décider à leur gré des points suivants:

- **Format, présentation ou style des dossiers** (utilisation des méthodes SOAP, DAR, FOCUS, etc.) — l'Ordre recommande toutefois l'adoption d'une méthode uniforme pour s'assurer que tous les renseignements pertinents sont inclus.

1 Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

- **Utilisation de plans de soins standards ou autres outils** (comme la consignation au dossier des exceptions) — en autant que le plan de soins standard ou le guide de consignation au dossier des exceptions comprend tous les renseignements nécessaires et peut être consulté pendant toute la période de conservation du dossier². Il est important que le dossier du patient indique clairement qu'un plan de soins standard a été suivi, quelle version du plan a été utilisée (ces outils peuvent et doivent être mis à jour) et où trouver cette version du plan de soins (il serait recommandé de verser un exemplaire de ce plan de soins dans le dossier).
- **Couleur de l'encre utilisée pour documenter** — n'oubliez pas que le contenu du dossier devrait pouvoir être récupéré et reproduit pendant toute la période de conservation du dossier.
- **Méthode d'enregistrement ou d'entreposage des renseignements et formats utilisés** (comme une version sur papier ou électronique) — en autant que le dossier complet peut être récupéré et reproduit pendant toute la période de conservation du dossier; il faut pouvoir identifier et authentifier toutes les personnes qui ont fait des inscriptions ou des changements dans le dossier (et les changements qui sont apportés) et adopter une méthode permettant de protéger la confidentialité et l'intégrité des données.
- **Liste d'abréviations** — l'Ordre exige qu'une liste explicative de tous les acronymes et abréviations utilisés dans les dossiers pendant toute la période de conservation des dossiers. L'Ordre ne précise toutefois pas quelles abréviations peuvent être utilisées ou l'endroit où la liste doit être gardée.

1. Renseignements généraux

a) Que comprend le dossier de physiothérapie? (Voir la définition de « dossier clinique »)

Un dossier de physiothérapie comprend tous les renseignements se rapportant à la délivrance de soins de physiothérapie (comme les renseignements cliniques, l'identification des fournisseurs de soins et les renseignements financiers). Des dossiers sur l'entretien du matériel sont également requis. (Voir les questions souvent posées 1l; 2b, c, f, i, j, k; 3b; 4a; 6a, b, c.)

b) Pourquoi devrais-je évaluer mes pratiques de tenue des dossiers? 1(4)

Une évaluation périodique de toutes les composantes d'un dossier de physiothérapie (auto-évaluation) est une activité importante pour assurer un exercice professionnel de qualité; c'est également une des exigences de l'Ordre. L'établissement d'un calendrier raisonnable pour faire des évaluations régulières qui tiennent compte du milieu de travail et l'évaluation de vos dossiers cliniques, dossiers financiers et dossiers sur l'entretien du matériel en fonction de la norme d'exercice professionnel peuvent vous aider à déterminer si vous respectez vos obligations légales et professionnelles ainsi que celles de votre employeur³. Le processus d'évaluation peut se faire de manière formelle avec un manuel de procédures et des formulaires d'évaluation ou d'une manière moins formelle (comme à la fin d'une relation thérapeutique lorsque le dossier est examiné pour résumer le traitement dans son ensemble et rédiger un sommaire de renvoi).

2 Dans la plupart des cas, cette période de conservation sera de dix ans. Voir la section 6(1) de la Norme d'exercice professionnel: Tenue des dossiers ainsi que les questions souvent posées 6d et 6e

3 Le programme de gestion de la qualité de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario portant sur l'évaluation des pairs au lieu de travail a un outil qui comprend une évaluation des pratiques de tenue des dossiers. Cet outil est disponible en ligne à www.collegept.org. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a également un outil de ce genre.

c) Pourquoi est-il important d'identifier le dépositaire de renseignements sur la santé? 1(5a)

Selon la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)⁴, les physiothérapeutes sont définis comme des dépositaires de renseignements sur la santé dans certaines circonstances (comme dans le cas d'un physiothérapeute qui a une pratique privée) mais ils sont définis comme des mandataires du dépositaire dans d'autres situations (lorsqu'ils sont des employés d'un hôpital ou autre organisme précisé dans la LPRPS). Dans ces cas-là, le dépositaire est clairement identifiable. Dans d'autres cas, le dépositaire peut être plus difficile à identifier (comme dans le cas d'un entrepreneur indépendant qui fournit des services à une clinique ou un autre organisme). Dans ce dernier exemple, le physiothérapeute ou la clinique peut être le dépositaire. Lorsque les circonstances n'identifient pas clairement le dépositaire de renseignements sur la santé, il est dans le meilleur intérêt du patient et du physiothérapeute d'indiquer clairement le dépositaire dans le dossier médical afin de vérifier qui est responsable du maintien de la confidentialité de l'information lors de la collecte, de l'utilisation, de la divulgation, de l'entreposage et de l'élimination des renseignements personnels sur la santé. Il est également important d'identifier le dépositaire de renseignements sur la santé afin de s'assurer que le physiothérapeute et le patient ont tous les deux accès au dossier médical une fois la relation thérapeutique conclue.

d) Je travaille dans un milieu multidisciplinaire. Pouvons-nous avoir des dossiers conjoints ou combinés? 1(5b), 9

Oui, des dossiers conjoints ou combinés sont acceptables. La norme de tenue des dossiers ne change pas avec le milieu de travail ou lorsque utilisés par une équipe multidisciplinaire. Les dossiers doivent documenter qui a fourni quels soins, quand ces soins ont été fournis et pourquoi ces soins ont été fournis. Il faut également pouvoir vérifier quel membre de l'équipe est responsable de chaque inscription dans un dossier. Les physiothérapeutes qui documentent leurs soins dans le dossier conjoint d'une équipe multidisciplinaire devraient s'assurer que les inscriptions dans le dossier qui se rapportent aux services qu'ils ont fournis sont exactes, authentifiées et conformes à leurs normes d'exercice professionnel. Il faut également que ces physiothérapeutes s'assurent qu'ils aient accès au dossier pendant toute la période de conservation du dossier. D'autres professionnels de la santé réglementés ont des exigences similaires. Le fait de regrouper des renseignements se rapportant à une profession particulière dans une section d'un formulaire en apposant des initiales à côté des inscriptions ou d'utiliser des sections pour chaque profession avec des titres et des signatures peut faciliter l'identification des personnes qui ont fourni divers aspects des soins. (Voir le scénario d'entraînement 1)

e) La tenue de dossiers électroniques est-elle différente de la tenue de dossiers sur papier? 1(9a-c)

Bien que les principes associés à la gestion des renseignements sur la santé et les attentes en matière de tenue des dossiers ne changent pas, quel que soit le format utilisé, il peut y avoir certaines particularités associées au format choisi⁵. Tenez compte des points clés suivants en ce qui concerne les dossiers électroniques:

- Vie privée et confidentialité – offrez une protection contre un accès non autorisé⁶ (protection par mot de passe et/ou cryptage)

4 Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

5 L'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie offre des lignes directrices sur la collecte, le maintien, la transmission et la destruction de renseignements électroniques sur la santé.

6 Le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario a rendu une ordonnance (HO-004) en mars 2007 concernant les exigences en matière de protection des renseignements personnels sur la santé entreposés électroniquement.

- Pistes de vérification identifiant la date et l'heure d'une inscription ainsi que la personne qui a fait l'inscription ou le changement (et le changement apporté) tout en préservant le contenu original
- Maintien de la sécurité des données pendant la transmission électronique des dossiers ou l'utilisation de dispositifs d'entreposage portatifs (en chiffrant l'information ou en évitant d'utiliser des dispositifs portatifs dans des endroits publics)
- Sauvegarde appropriée des données pour prévenir la perte d'information
- Récupération et reproduction assurées des dossiers pendant toute la période de conservation (certains dossiers sauvegardés dans certains formats électroniques peuvent être difficiles à récupérer plus tard en raison de nouveautés technologiques) – voir la question souvent posée 6a
- Méthodes confidentielles d'élimination totale des dossiers (élimination des données ou destruction du matériel pour empêcher la récupération des données comparativement à la simple suppression des dossiers – voir la question souvent posée 6f)

Identification des patients et des fournisseurs de soins

f) Pourquoi dois-je indiquer deux types de renseignements (comme le nom du patient et sa date de naissance) dans chaque partie du dossier? Puis-je utiliser un seul identificateur? 1(6)

Dans n'importe quel milieu de travail, il est possible que le physiothérapeute fournisse des soins à des patients qui ont des noms identiques ou similaires. Pour assurer l'intégrité de l'information (lorsqu'une inscription est faite ou si une page est égarée du dossier) et pour aider à maintenir la confidentialité, un système permettant d'identifier précisément chaque personne (comme le nom et la date de naissance) devrait être clairement utilisé sur toutes les parties⁷ du dossier du patient, y compris la présence aux rendez-vous, les dossiers financiers et les dossiers cliniques. Comme alternative, on peut aussi utiliser un numéro de dossier qui s'applique à une seule personne (identificateur unique).

g) Dois-je signer mon nom au complet chaque fois que j'inscris quelque chose au dossier ou puis-je utiliser seulement mes initiales? Dois-je préciser mon titre chaque fois? 1(5c), 1(5d), 1(7b)

Le dossier de physiothérapie devrait identifier clairement le physiothérapeute responsable des soins. Le nom au complet et le titre du physiothérapeute devraient être documentés au moins une fois dans le dossier. Pour les inscriptions ultérieures, il est permis d'utiliser seulement les initiales sans préciser le titre en autant que ces initiales réfèrent à un seul fournisseur de soins. Lorsqu'il y a plusieurs fournisseurs de soins avec les mêmes initiales qui font des inscriptions dans le dossier, l'utilisation d'initiales n'est pas suffisante pour identifier qui a fait une inscription et il faut adopter une autre méthode pour signer les inscriptions. Par exemple, lorsqu'un physiothérapeute et un ergothérapeute (ou un physiothérapeute et un membre du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie) avec les mêmes initiales documentent les soins fournis au même patient en indiquant leur titre à côté de leurs initiales, il est possible d'identifier clairement qui a fait une inscription. Si toutefois deux physiothérapeutes avec les mêmes initiales documentent dans le même dossier, il faudrait utiliser une autre méthode que la simple utilisation des initiales et du titre pour identifier clairement qui a fait une inscription (par ex. le numéro d'inscription ou la signature au complet).

⁷ Dans ce contexte, le mot « partie » signifie toute composante du dossier, comme chaque page individuelle

h) Puis-je utiliser une signature électronique? 1(7b), 1(9c)

Lorsqu'une inscription est faite dans un dossier médical, il est important d'identifier la personne qui fait cette inscription. Les physiothérapeutes peuvent décider d'apposer une signature électronique à leurs dossiers et rapports, en autant que de bonnes mesures de sécurité sont adoptées pour empêcher une utilisation non autorisée de cette signature et que l'on peut s'assurer qu'un document ne peut être modifié une fois la signature électronique apposée (voir la question souvent posée 1e).

i) Puis-je utiliser un timbre de signature? 1(7b)

Les physiothérapeutes devraient se servir de leur jugement professionnel pour déterminer si l'utilisation d'un timbre de signature est appropriée dans leurs milieux et circonstances particuliers. Les physiothérapeutes sont responsables du matériel qui porte leur signature, qu'ils aient signé leur nom manuellement ou utilisé un timbre de signature. On utilise souvent un timbre de signature pour sauver du temps, spécialement lorsqu'il y a plusieurs documents à signer ou que les documents semblent assez standards (comme des formulaires de facturation préparés par le personnel administratif). Les physiothérapeutes sont encouragés à analyser les risques associés à l'utilisation d'un timbre de signature, spécialement si le timbre est perdu, volé ou utilisé sans autorisation. Lorsqu'un physiothérapeute décide d'utiliser un timbre de signature, il est recommandé que:

- Le timbre soit gardé dans un endroit sécuritaire et que l'accès au timbre soit restreint
- Le physiothérapeute examine tous les documents avant d'apposer le timbre de signature
- Seul le physiothérapeute, ou une personne désignée par le physiothérapeute, appose le timbre de signature sur les documents

Personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie

j) Est-ce que le personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie peut faire des inscriptions dans le dossier des patients? 1(7b), 9

Oui, il n'est pas seulement acceptable mais même préférable que celui qui a fournit des soins de physiothérapie soit celui qui fait l'inscription dans le dossier (certains employeurs peuvent exiger que le personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie documente leurs soins). Les physiothérapeutes devraient déterminer les connaissances et compétences de ce personnel, fournir un appui et une formation appropriés, et vérifier régulièrement que la documentation respecte les exigences de l'Ordre et des lois applicables (voir les questions souvent posées 1b, 1k).

k) Dois-je apposer ma signature à côté des inscriptions des membres du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie?

Non, l'Ordre n'exige pas que les physiothérapeutes cosignent les inscriptions du personnel de soutien. Toutefois, les physiothérapeutes peuvent adopter cette pratique en tant que mécanisme de communication pour indiquer au personnel de soutien qu'ils ont lu l'inscription et sont au courant de l'état du patient. Dans ce cas, l'inscription est un élément intégral du système de communication entre les physiothérapeutes et le personnel de soutien (voir les questions souvent posées 1j, 1b).

l) Nous avons plusieurs membres du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie qui appliquent/enlèvent des modalités, des enveloppements chauds, de la glace, etc. Comment indiquons-nous qui fait quoi? 2(4f, g), 1(5c, d)

Les deux situations suivantes s'appliquent lorsque:

i) On sait d'avance quel membre du personnel de soutien fournira les soins.

Dans ce cas, le dossier du patient devrait indiquer les interventions qui doivent être faites, leur fréquence et leur calendrier d'exécution ainsi que l'obtention d'un consentement approprié pour le membre du personnel de soutien qui doit fournir les soins.

ii) on ne sait pas d'avance quel membre du personnel de soutien fournira les soins

Dans ce cas, le dossier du patient devrait indiquer les interventions qui doivent être faites, leur fréquence et leur calendrier d'exécution ainsi que l'obtention d'un consentement approprié pour plusieurs fournisseurs de soins.

Dans chacune de ces circonstances, une documentation de la personne qui a fait l'intervention est nécessaire. Cette information peut être inscrite dans le dossier clinique ou ailleurs (en utilisant un système de mesure de la charge de travail ou un tableau d'acheminement des tâches sur lequel chaque fournisseur de soins indique les traitements qu'il a fournis). Ces renseignements devraient être accessibles pendant toute la période de conservation des dossiers et pouvoir être récupérés pour chaque patient (voir le scénario d'entraînement 3).

Modification d'une inscription

m) Comment dois-je corriger une erreur ou modifier une inscription? 1(8)

La modification d'un dossier pour refléter une nouvelle perspective ou de nouveaux renseignements est permise en autant que le contenu original reste intact. Les corrections peuvent être faites en rayant les données incorrectes d'une manière qui n'empêche pas de les lire ou en indiquant que les anciens renseignements sont incorrects. Les renseignements corrects ou mis à jour peuvent ensuite être ajoutés au dossier en indiquant clairement la date du changement, la personne qui a fait le changement et la raison de ce changement (voir la question souvent posée 5c et le scénario d'entraînement 5).

2. Dossiers cliniques

Ce qu'il faut indiquer

a) Puis-je inclure des renseignements provenant d'un autre professionnel de la santé (comme un diagnostic) dans mon évaluation et/ou mes notes d'évolution? 2(2)

Oui, il est permis d'inclure les résultats fournis par d'autres professionnels ou de préciser un diagnostic signalé directement par un patient ou la personne qui le représente. Ces résultats devraient être indiqués correctement et comprendre un renvoi à la source d'information.

b) Dois-je documenter les renseignements ou conseils fournis par téléphone et/ou courriel? 2(4i)

Les renseignements ou conseils fournis par téléphone et/ou courriel devraient être documentés s'ils

portent sur l'état du patient ou la prestation de soins cliniques. Il est important de documenter tout renseignement portant sur des changements des symptômes, de l'état ou des traitements afin de mieux comprendre les soins fournis. Par exemple, il serait important d'inscrire tout renseignement se rapportant à un patient qui signale par téléphone ou courriel que ses symptômes ont empiré après avoir commencé de nouveaux exercices faisant partie du programme de soins à domicile ainsi que tout conseil portant sur la modification du programme d'exercice. Des renseignements fournis sur des questions de processus ou de protection des droits qui ne se rapportent pas à l'état du patient, comme la façon de soumettre une demande de règlement à une compagnie d'assurance ou le changement de l'heure d'un rendez-vous, n'ont pas besoin d'être documentés (voir les questions souvent posées 2c, 2f).

c) *Quels autres rapports ou communications devraient être documentés? 2(11), 2(12)*

Chaque rapport écrit sur les soins d'un patient qui est envoyé ou reçu constitue un élément du dossier clinique et devrait être inclus dans ce dossier (comme les rapports du physiothérapeute, les notes d'évolution ou les sommaires de renvoi envoyés à un autre fournisseur de soins de santé, assureur ou payeur, etc.). Des exemplaires de ces documents ou des notes documentant d'autres formes de communication (comme par téléphone ou courriel) et portant sur l'état ou les soins fournis à un patient font également partie du dossier clinique (voir les questions souvent posées 2b, 2f).

d) *Faut-il inclure une analyse des résultats de l'évaluation ou un relevé des impressions cliniques? 2(4b)*

Oui. Il est attendu que les physiothérapeutes fournissent une analyse écrite des résultats de leur évaluation et de leurs impressions cliniques. Il est important que toute personne consultant le dossier puisse comprendre non seulement les évaluations réalisées et les traitements fournis mais également le processus qui relie l'évaluation et les soins. L'analyse et/ou les impressions cliniques devraient identifier le besoin d'intervention en matière de physiothérapie. L'importance des détails à documenter dépendra des circonstances.

e) *Faut-il indiquer les objectifs des patients dans le dossier? 2(4c)*

Oui, le dossier clinique devrait montrer que des objectifs axés sur les patients ont été établis, y compris la documentation de résultats mesurables. La façon de documenter ces objectifs et ces résultats peut varier. Les méthodes utilisées pour établir ces objectifs sont les mêmes que pour établir des objectifs de perfectionnement professionnel. La formule SMART (stratégique, mesurable, réalisable, réaliste, limité dans le temps)⁸ est un bon exemple.

f) *Faut-il fournir beaucoup de détails lors de la documentation des traitements fournis? 2(4e)*

La documentation des traitements fournis devrait comprendre suffisamment de détails pour permettre à un autre physiothérapeute de comprendre les soins délivrés afin de pouvoir continuer le traitement ou remplacer le premier physiothérapeute. Ceci comprend l'inclusion d'exemplaires du matériel éducatif donné au patient, des programmes formulés pour la maison, des conseils fournis par téléphone ou courriel, des schémas de production ou de toute autre information remise au patient, ou un renvoi à ce matériel (voir les questions souvent posées 2b, 2c).

⁸ Des ressources pour formuler des objectifs SMART sont disponibles sur le site Web de l'Ordre (www.collegept.org) dans la section sur la gestion de la qualité – portefeuille professionnel.

g) Que dois-je documenter lorsque j'exécute un acte autorisé délégué? 2(4k)

Lorsque vous documentez l'exécution d'un acte autorisé délégué⁹, les détails du transfert d'autorité officiel (que ce soit le résultat d'un ordre direct ou d'une directive médicale) pour l'exécution de cet acte autorisé devraient être documentés. Ceci comprend le nom de la personne autorisant la délégation de l'acte et la date où l'ordre a été donné (pour des ordres directs) ou le numéro et la version de la directive médicale écrite qui a été suivie. Lorsque des versions ultérieures de cette directive médicale sont élaborées ou mises à jour, l'ancienne version devrait être conservée et pouvoir être récupérée pendant toute la période de conservation du dossier (comme pour les plans de soins standards).

h) Que doit-on inclure dans un sommaire de renvoi? 2(5)

Les détails qui doivent être inclus dans le sommaire de renvoi sont directement reliés aux raisons de l'arrêt du traitement. Par exemple, si le traitement se termine parce que le patient et le fournisseur de soin s'entendent que les objectifs ont été atteints, le sommaire de renvoi devrait comprendre tous les éléments énumérés dans la norme (comme l'état du patient au moment du renvoi, les objectifs visés et les résultats atteints ainsi que les recommandations faites au patient au moment du renvoi). Si toutefois le traitement cesse pour des raisons hors du contrôle du physiothérapeute (le patient ne se présente plus aux rendez-vous, est décédé ou a été transféré dans une autre installation), des notes indiquant les circonstances peuvent suffire.

Quand faire une inscription

i) Dois-je faire une inscription dans le dossier clinique lors de chaque visite? 2(4f)

Non, il n'est pas nécessaire de faire des inscriptions dans le dossier clinique lors de chaque visite mais il devrait y avoir preuve de chaque rencontre. Ceci pourrait se faire en tenant un registre de rendez-vous ou en utilisant un système de mesure de la charge de travail, en autant que cette information peut être récupérée pour chaque patient et est gardée pendant toute la période de conservation du dossier (voir les questions souvent posées 2j, 2k).

j) Pourquoi dois-je indiquer chaque rendez-vous manqué et annulé ainsi que la raison? 2(4h)

Documenter et expliquer les rendez-vous manqués ou annulés peut fournir des renseignements importants sur l'état d'un patient et les résultats du traitement (par exemple, un patient qui souffre de diabète mal contrôlé et qui annule souvent ses rendez-vous en raison d'une hypoglycémie devrait être encouragé à faire un suivi avec son médecin pour assurer un meilleur contrôle de sa glycémie plutôt que de lui répéter de ne pas manquer ses traitements de physiothérapie). Les interventions les plus appropriées peuvent se faire seulement si toute l'information requise est documentée. Les détails nécessaires pour documenter les raisons d'une absence dépendront des circonstances. Les rendez-vous annulés pour des raisons qui n'ont rien à voir avec l'état du patient, comme une tempête de neige ou un manque de gardiennage, ne nécessiteront pas beaucoup d'explication. Mais le rendez-vous manqué devrait être noté parce que si cela se produit souvent, cette information peut être pertinente (comme si un patient se plaint que son état ne s'améliore pas tandis qu'il a manqué 7 des 10 derniers rendez-vous) (voir les questions souvent posées 2i, 2k).

⁹ Les attentes de l'Ordre sont définies dans la Norme d'exercice professionnel : Accepter la délégation de l'exécution d'un acte autorisé. Des renseignements additionnels pour mieux comprendre les attentes en matière de rendement sont fournis dans le guide connexe. La norme et le guide sont disponibles dans la section du Guide des membres inscrits sur le site Web de l'Ordre à www.collegept.org.

k) Quand devrait-on faire une inscription dans le dossier clinique? 2(6)

Une inscription devrait être faite dans le dossier clinique chaque fois qu'un patient est réévalué ou chaque fois que le plan de traitement est modifié. La fréquence des notes d'évolution dépendra de chaque patient, des types de soins fournis et du besoin de documenter précisément les soins fournis. On s'attend à ce que les physiothérapeutes se servent de leur jugement professionnel lorsqu'ils examinent le besoin d'une inscription (voir les questions souvent posées 2i, 2j).

Si un traitement est fourni à des intervalles de moins de trois mois (comme trois fois par semaine ou deux fois par mois), une réévaluation devrait être documentée au moins une fois tous les trois mois. Si le traitement est fourni à des intervalles de plus de trois mois (comme dans un milieu scolaire ou dans le cadre d'une maladie à long terme bien contrôlée où des suivis sont faits une à deux fois par année), chaque visite devrait être documentée (voir les questions souvent posées 2i, 2j).

Consentement

l) Quelles sont les exigences pour documenter l'obtention d'un consentement éclairé? 2(10)

L'Ordre exige que l'obtention d'un consentement éclairé soit documentée pour l'évaluation et le traitement. La *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*¹⁰ visent tous les professionnels de la santé et décrit les exigences pour obtenir un consentement éclairé. Bien que l'Ordre exige seulement que les physiothérapeutes documentent l'obtention du consentement et non pas les détails du processus d'obtention, il est important que les physiothérapeutes respectent le processus décrit dans la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*¹¹ (voir aussi le scénario d'entraînement 2).

3. Dossiers financiers

a) Pendant combien de temps faut-il conserver des dossiers financiers une fois que le compte a été complètement payé? 6(1)

Le dossier financier fait partie du dossier clinique et devrait être gardé pendant toute la période de conservation du dossier (dix ans dans la plupart des cas) (voir les questions souvent posées 6d, 6e).

b) Est-ce que le dossier financier doit être conservé avec le dossier clinique?

Non, le dossier financier peut être gardé séparément du dossier clinique. Par exemple, le dossier clinique peut être gardé et entreposé en format sur papier tandis que le dossier financier peut être entreposé sous format électronique. Encore une fois, le dossier au complet (clinique et financier) doit pouvoir être récupéré pendant toute la période de conservation du dossier (voir la question souvent posée 6a).

4. Dossiers sur l'entretien du matériel

a) Pourquoi dois-je conserver des dossiers sur l'entretien du matériel? 4

La documentation de l'inspection, de l'entretien et de la réparation du matériel utilisé pour fournir

10 Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé

11 Voir également la synthèse de cette loi dans le Guide des membres inscrits disponible sur le site Web de l'Ordre à www.collegept.org.

des soins de physiothérapie démontre que les physiothérapeutes font de leur mieux pour s'assurer que le matériel utilisé est sécuritaire et fonctionne bien, minimisant ainsi les risques de blessure pour les patients. Les physiothérapeutes devraient prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que le matériel utilisé dans leur pratique clinique est bien entretenu et réglé, conformément au programme d'entretien recommandé par le fabricant, lorsqu'il est possible que du matériel mal entretenu puisse blesser des patients (p. ex.: Hydrocollators, tapis roulants, unités thérapeutiques à courant interférentiel, appareils à ultrasons, etc.). Certains types de matériel présentent un risque peu élevé de blessure (comme les goniomètres et les rubans à mesurer) tandis que d'autres types de matériel peuvent être inspectés visuellement lors de chaque utilisation (comme des béquilles et des stéthoscopes). Dans ces cas-là, il ne serait probablement pas nécessaire de documenter formellement leur évaluation et réglage. Toutefois, quelle que soit la situation, des mesures appropriées de prévention des infections sont essentielles.¹²

b) Que se passe-t-il si mon employeur est responsable du matériel?

Si un physiothérapeute n'est pas responsable de l'entretien du matériel (s'il travaille dans un hôpital par exemple), on s'attend à ce qu'il prenne des mesures raisonnables pour essayer de garantir que l'employeur entretient le matériel de manière appropriée.

5. Confidentialité et accès aux dossiers

a) Que dois-je faire si un patient veut consulter son dossier? 5(1a)

Les patients ont le droit de consulter et de contrôler les renseignements qui se trouvent dans leurs dossiers médicaux. Les obligations du dépositaire de renseignements sur la santé en ce qui concerne la collecte, l'utilisation, la divulgation, l'entreposage, l'accès et l'élimination des renseignements personnels sur la santé sont décrites dans la LPRPS¹³. Ces obligations sont, entre autres, d'offrir de l'information par écrit au patient sur les pratiques du dépositaire ainsi que de renseigner le patient sur la façon dont il peut consulter son dossier médical. C'est la responsabilité des physiothérapeutes de bien connaître le contenu et les répercussions des lois qui se rapportent à l'exercice de leur profession. Des renseignements à ce sujet sont disponibles dans le Guide des membres inscrits disponible sur le site Web de l'Ordre¹⁴.

b) Un patient peut-il demander une modification de son dossier? 5(1b)

Oui. Selon la LPRPS, un patient a le droit d'identifier tout renseignement inexact, incomplet ou trompeur dans son dossier et d'exiger sa correction. Le patient a le droit de demander au physiothérapeute de modifier des données de fait mais ce droit est moins clair lorsqu'il s'agit des observations ou opinions du physiothérapeute. À moins que l'analyse et les opinions du physiothérapeute soient fondées en grande partie sur des données qui se révèlent par la suite inexactes, le physiothérapeute devrait se servir de son jugement lorsqu'il réagit aux inquiétudes d'un patient concernant ses opinions cliniques. Le physiothérapeute a le droit de ne pas être d'accord avec le patient.¹⁵

12 Les attentes de l'Ordre sont définies dans la Norme d'exercice professionnel: Prévention des infections. La norme est disponible dans la section du Guide des membres inscrits sur le site Web de l'Ordre à www.collegept.org.

13 Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

14 Voir les exigences en matière de protection de la vie privée pour les physiothérapeutes dans le Guide des membres inscrits disponible sur le site Web de l'Ordre à www.collegept.org.

15 Questions souvent posées, Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario (www.ipc.on.ca)

c) Comment le dossier doit-il être modifié? 5(1b), 1(8)

Deux options pour modifier un dossier clinique sont présentées dans la LPRPS. L'option choisie variera, selon que le physiothérapeute est d'accord ou non avec le changement. Si le physiothérapeute est d'accord avec le changement demandé, il pourra le faire directement sur le dossier. Le changement devrait être indiqué clairement et le texte original devrait être lisible. Il faudrait indiquer qui a fait le changement et à quelle date. Si le physiothérapeute n'est pas d'accord avec le changement, le patient ou son représentant peut placer une déclaration dans le dossier clinique ou financier pour corriger tout renseignement que le patient croit inexact, incorrect ou trompeur. La déclaration devrait porter le titre de « Déclaration du patient », la date et la signature du patient ou de son représentant. Le physiothérapeute peut également placer une « Déclaration du physiothérapeute »¹⁶. (Voir la question souvent posée 1m et le scénario d'entraînement 5.)

d) Qui devrait avoir accès aux dossiers? 5(3), 5(4), 5(5)

Il y a trois groupes de personnes qui devraient avoir le droit de consulter les dossiers:

1. Le patient ou son représentant autorisé

Les physiothérapeutes devraient s'assurer que leurs patients et eux-mêmes ont accès aux dossiers cliniques pendant toute la période de conservation des dossiers, même s'ils partent ou changent de lieu de travail, prennent leur retraite ou cessent d'exercer leur profession. Les dossiers peuvent être transférés à un autre dépositaire de renseignements sur la santé lorsque le physiothérapeute (qui est le dépositaire) cesse d'exercer sa profession, prend sa retraite ou décède. Toutefois, l'accès devrait être maintenu pendant toute la période de conservation. Si les dossiers ne sont pas transférés, le dépositaire ou la succession du dépositaire continue d'être responsable des dossiers jusqu'à la fin de la période de conservation des dossiers¹⁷.

2. Les fournisseurs de soins qui font partie du cercle de soins

Le « cercle de soins » n'est pas un terme défini dans la LPRPS. Il s'agit d'un terme de référence utilisé pour décrire les dépositaires de renseignements sur la santé et leurs mandataires autorisés qui peuvent compter sur le consentement tacite d'une personne lorsqu'ils recueillent, utilisent, divulguent ou manipulent des renseignements personnels sur la santé afin de pouvoir fournir des soins de santé directs. Par exemple, dans un hôpital, le cercle de soins comprend le médecin traitant, les résidents médicaux, les médecins consultants, les infirmières, les techniciens en radiographie et de laboratoire, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, etc. qui sont directement responsables de fournir des soins à une personne. Le cercle de soins comprend également les fournisseurs de soins de santé impliqués dans les soins de suivi du patient (comme à l'installation de réadaptation ou de soins de longue durée où un patient est transféré). Le cercle de soins ne comprend pas les fournisseurs de soins qui n'offrent pas des traitements directs ou de suivi et il ne comprend pas non plus les professionnels qui ne sont pas visés par la LPRPS (comme les enseignants dans le cas d'enfants qui reçoivent des services de physiothérapie à l'école). (Voir le scénario d'entraînement 4.)

16 Guide complémentaire à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario (www.ipc.on.ca)

17 Pour plus de renseignements, visitez le site Web du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario à www.ipc.on.ca.

3. Un évaluateur ou un enquêteur autorisé d'un Ordre établi conformément à la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées

Les enquêteurs, évaluateurs ou représentants autorisés de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario ainsi que les enquêteurs autorisés d'un autre Ordre établi conformément à la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées¹⁸ doivent également pouvoir consulter les dossiers en temps opportun pour les inspecter, les reproduire ou les enlever afin de pouvoir combler leurs obligations en vertu de la LPSR.

e) Quelles mesures dois-je prendre pour assurer la confidentialité des dossiers médicaux? 5(6)

Les dossiers devraient être entreposés dans un endroit sécuritaire pour préserver leur intégrité physique et leur caractère confidentiel. Les dépositaires de renseignements sur la santé devraient adopter des mesures raisonnables pour protéger ces renseignements contre la perte, le vol, l'utilisation non autorisée, la divulgation ou la falsification, y compris la reproduction, la modification ou l'élimination des données. Ceci vise tous les éléments du dossier du patient, y compris le registre, les feuilles de présences ainsi que les cartes d'exercice. Il faut, par exemple, assurer ce qui suit:

- Sécurité physique (classeurs verrouillés, accès restreint aux bureaux, systèmes d'alarme dans les bureaux)
- Sécurité technologique (protection avec mot de passe, cryptage, protection contre les virus, cloisonnement de l'information)
- Contrôles administratifs (attestation de sécurité, restriction de l'accès, formation du personnel et ententes de confidentialité)

6. Entreposage, conservation et élimination des dossiers

Entreposage

a) Est-ce que le dossier clinique peut être une combinaison de documents sur papier et de données électroniques?

Oui, un dossier clinique peut être une combinaison de données sur papier et de données électroniques. Il est toutefois important de faire une référence croisée pour chaque élément du dossier afin que le dossier en entier soit clair et que les renseignements les plus à jour soient facilement récupérés. Le dossier devrait être entreposé de manière sécuritaire et pouvoir être récupéré pendant toute la période de conservation du dossier, quelle que soit la technologie utilisée. Il faut tenir compte de tous les risques associés à chaque mode et deviser un système pour identifier et traiter ces risques. Par exemple, le texte imprimé sur la première génération de papier de télécopieur s'effaçait avec le temps et le texte devenait illisible. Dans ce cas-ci, les documents imprimés sur ce type de papier devraient être convertis d'une autre façon pour que les renseignements soient récupérables pendant toute la période de conservation des dossiers de dix ans (voir les questions souvent posées 1e, 3a).

b) Si un dossier sur papier est converti et entreposé électroniquement, faut-il conserver le document sur papier original?

Non, en autant que tout le dossier clinique est accessible, il n'est pas nécessaire de garder un exemplaire

18 Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées

sur papier du dossier en même temps qu'un exemplaire électronique.

c) Est-ce que le dossier peut être entreposé au lieu de résidence du patient ou dans une autre installation?

Oui, la LPRPS autorise l'entreposage d'un dossier au lieu de résidence d'un patient (y compris un établissement institutionnel où réside un patient) si:

- Il y a une explication clinique raisonnable pour garder le dossier au lieu de résidence du patient et des mesures de sécurité raisonnables sont mises en place
- Le patient ou son représentant comprend les risques, les avantages et les répercussions de garder le dossier dans le lieu de résidence et consent à le faire
- Le patient ou son représentant accepte de garder le dossier pour la période de temps requise et permet au physiothérapeute d'y avoir accès, ou le physiothérapeute garde un exemplaire à jour du dossier complet
- Le dossier est gardé d'une manière qui respecte les normes de l'Ordre et les lois en vigueur régissant les renseignements personnels sur la santé

Si seulement une partie du dossier est gardée au lieu de résidence du patient, il faudrait indiquer où se trouve un exemplaire à jour et complet du dossier.

Des attentes similaires existent pour l'entreposage de dossiers dans l'installation d'un tiers (consentement du patient, mesures de sécurité raisonnables, respect des attentes de l'Ordre et des règlements en vigueur)¹⁹.

Conservation

d) L'Ordre exige que les dossiers soient conservés pendant dix ans après le renvoi des patients âgés de plus de 18 ans. D'où vient cette exigence? 6(1)

Cette exigence reflète le règlement 965, par. 20(3), de la Loi sur les hôpitaux publics qui stipule que les dossiers médicaux des patients devraient être conservés pendant au moins dix ans après la date de la dernière inscription dans le dossier, ou dix ans après la date où le patient atteint ou aurait atteint l'âge de 18 ans.

e) Est-ce que la période de conservation des dossiers dans une maison de soins de longue durée est différente de la période de dix ans exigée par l'Ordre?

Oui, la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* exige que les dossiers cliniques soient gardés pendant une période de cinq ans après le décès d'un patient ou 20 ans après le renvoi d'un patient. Ceci est un exemple d'une situation où une loi a préséance sur une norme de l'Ordre.

Élimination

f) Pourquoi les dossiers doivent-ils être détruits d'une manière irréversible et sûre? 6(4a, b)

Lorsque des renseignements personnels sur la santé sont éliminés à la fin de la période de conservation, ces renseignements doivent être physiquement détruits d'une manière irréversible et sûre avant de les

19 Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

jeter, vendre ou recycler afin de protéger la vie privée des patients. Ceci vise les dossiers sur papier et les dossiers électroniques. Les dépositaires de renseignements sur la santé qui éliminent des dossiers électroniques devraient s'assurer que ces dossiers sont détruits, effacés ou supprimés de façon permanente et irréversible pour que les renseignements ne puissent pas être reconstitués de quelque façon que ce soit (voir la question souvent posée 1e).

Scénarios d'entraînement

Les scénarios suivants sont des exemples de la façon dont les physiothérapeutes peuvent répondre aux attentes en matière de rendement décrites dans la Norme d'exercice professionnel : Tenue des dossiers. Ces scénarios sont fondés sur des questions et des problèmes qui se posent souvent dans les programmes de l'Ordre. Bien que les scénarios soient présentés dans un milieu de travail particulier, les principes peuvent s'appliquer à tous les milieux d'exercice.

1. Dossiers multidisciplinaires

J'appartiens une pratique privée multidisciplinaire avec un chiropracteur et une massothérapeute. Nous louons nos services à un gros employeur industriel dans le cadre d'un programme de mieux-être et nous fournissons également des traitements aux employés qui sont blessés. Il arrive souvent que tous ces professionnels traitent le même patient et nos procédures d'évaluation sont souvent très similaires. Nous aimerions simplifier la collecte et la documentation des renseignements communs et tenir un seul dossier combiné. Quels sont certains des risques associés à cette pratique?

Discussion

Dans une pratique multidisciplinaire, la tenue d'un dossier combiné pour partager les renseignements recueillis peut sembler une bonne idée plutôt que de répéter la même information dans des sections séparées. Il y a toutefois des risques associés au partage d'éléments reliés aux soins et aux dossiers. Les physiothérapeutes devraient examiner ces risques et formuler des solutions appropriées. Par exemple, lorsque l'on se fie à des renseignements recueillis par une autre personne, il est possible que ces renseignements soient inexacts ou incomplets. Les physiothérapeutes doivent s'assurer que les parties d'un dossier qui sont documentées par d'autres professionnels sont exactes et complètes. Une façon d'accomplir ceci est de vérifier l'information avec le patient avant de commencer l'évaluation ou le traitement.

Un autre risque associé au fait de se fier à des renseignements documentés par d'autres personnes est la possibilité que de l'information exigée par la Norme d'exercice professionnel : Tenue des dossiers soit absente. Bien que la plupart des professionnels de la santé possèdent des exigences de documentation similaires, on s'attend à ce que les physiothérapeutes s'assurent que la documentation fournie par d'autres membres d'une équipe multidisciplinaire comble leurs obligations professionnelles.

2. Pratique générale et obtention du consentement pour un programme de soins

Notre équipe fournit des services de physiothérapie à une installation de soins de longue durée. La plupart de nos patients nous sont référés pour des programmes d'exercice/de renforcement. Plusieurs de nos patients sont également un peu confus et nous dépendons des membres de leur famille pour obtenir le consentement d'un traitement. Les membres de la famille ne sont pas toujours disponibles pendant les heures de traitement pour fournir le consentement nécessaire pour modifier un programme de traitement. Puisque les conditions et les interventions sont similaires et que la

plupart des patients suivent un parcours de traitement qui ne change pas beaucoup, peut-on expliquer le programme de traitement une fois au début, puis obtenir et documenter le consentement une seule fois?

Discussion

Le point le plus important de l'obtention d'un consentement est d'avoir une discussion éclairée avec le patient ou son représentant. Les exigences relatives à l'obtention du consentement sont énumérées dans la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé. Une façon de s'assurer que toutes les exigences sont respectées lors de l'obtention d'un consentement éclairé est d'établir une pratique générale par écrit (comme un plan de soins standard). Ce document décrit le processus utilisé pour obtenir le consentement éclairé du patient et peut inclure une discussion sur la série de traitements qui seront fournis plutôt que chaque élément du traitement (par ex. une discussion expliquant comment les exercices de renforcement progresseront – nombre de répétitions, nombre de séries de répétitions, poids utilisés, etc.). Ces pratiques générales présentées par écrit devraient être gardées et pouvoir être consultées pendant toute la période de conservation du dossier (comme pour un plan de soins standard).

3. Documentation de la prestation de soins par du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie

Un physiothérapeute travaille dans un centre de réadaptation régional, fournissant des services dans le cadre du programme pour les amputés. Les soins sont fournis dans un gymnase achalandé et plusieurs membres du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie sont disponibles pour réaliser diverses tâches. Le physiothérapeute réévalue et documente officiellement les progrès chaque semaine et délègue diverses tâches à tout le groupe du personnel de soutien, ne sachant jamais qui réalisera une tâche demandée. Comment le physiothérapeute doit-il documenter la prestation des soins, spécialement pour indiquer quel membre du personnel de soutien a accompli certaines tâches un jour particulier?

Discussion

Le nom du professionnel de la santé qui a fourni des soins de physiothérapie devrait être indiqué pour chaque séance de traitement. Cette documentation peut se faire de diverses façons et non pas nécessairement en l'inscrivant dans le dossier clinique. Par exemple, il pourrait être acceptable d'utiliser un tableau d'acheminement des tâches ou une feuille d'exercice pour indiquer les traitements qui ont été faits lors de chaque séance. La personne qui a fourni un traitement peut indiquer la date et ses initiales sur le tableau ou la feuille lors de chaque séance pour la partie du traitement fournie (en autant que le nom au complet et le titre de cette personne sont documentés dans le dossier du patient et que les initiales ne sont pas les mêmes pour plusieurs fournisseur de soins). Le tableau ou la feuille devrait aussi être placé dans le dossier ou mentionné dans le dossier et accessible pendant toute la période de conservation du dossier.

Une autre méthode comprend l'utilisation d'un système de mesure de la charge de travail. Encore une fois, il est important que les renseignements soient récupérables pour chaque patient pendant toute la période de conservation des dossiers. Par exemple, en consultant le système de mesure de la charge de travail pour M. Gervais pour une journée donnée, on devrait pouvoir identifier quels fournisseurs de soins de physiothérapie ont traité M. Gervais cette journée-là.

Parfois, les systèmes de mesure de la charge de travail limitent le nombre d'inscriptions pour une journée donnée. Dans cette situation, s'il y a plusieurs fournisseurs qui donnent des soins au même patient le même jour, il peut être pratique de considérer ceci comme une seule séance de traitement. Donc une personne serait responsable du traitement fourni au patient et une inscription dans le système de mesure de la charge de travail identifierait la date de la séance et le traitement fourni. Par exemple, deux membres du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie peuvent aider le physiothérapeute à fournir plusieurs éléments d'un programme d'exercice lors de la même séance dans le gymnase. Ceci pourrait être identifié comme une seule séance de thérapie et le physiothérapeute sera documenté comme étant le fournisseur des soins, sans préciser des activités/visites de thérapie séparées. Toutefois, si le patient devait avoir une autre séance de thérapie plus tard dans la journée (comme si un membre du personnel de soutien ferait marcher le patient dans le couloir en après-midi) après avoir été traité dans le gymnase le matin, il faudrait identifier qui a fourni le traitement au patient lors des deux séances séparées.

4. Cercle de soins et accès aux dossiers

Une physiothérapeute indépendante offre des services sous contrat à un centre d'accès aux soins communautaires. Elle travaille dans le domaine de la pédiatrie et évalue souvent des enfants qui sont retournés à la maison après un séjour à l'hôpital pour un trauma, une maladie ou une chirurgie. Un client – un enfant de dix ans – a recommencé l'école après avoir passé du temps à l'hôpital pour des blessures multiples causées par un accident de voiture. La mère de l'enfant a fourni à l'enseignant un exemplaire du rapport d'évaluation rempli par le physiothérapeute de l'hôpital pour l'assureur. L'enseignant consulte la physiothérapeute communautaire pour mieux comprendre les recommandations et les répercussions de l'état de l'enfant sur son rendement en classe. La physiothérapeute communautaire se pose des questions sur l'obtention du consentement du patient pour divulguer des renseignements à l'enseignant. Que devrait faire la physiothérapeute?

Discussion

La *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* définit les dépositaires de renseignements sur la santé et leurs mandataires autorisés. Le « cercle de soins » est un concept qui décrit les dépositaires et les mandataires qui sont autorisés à prendre pour acquis le consentement tacite d'une personne lorsqu'ils recueillent, utilisent, divulguent et manipulent des renseignements personnels sur la santé aux fins de fournir des soins de santé directs. Par exemple, à l'hôpital, le cercle de soins de l'enfant dans le scénario décrit ici comprendrait le médecin traitant, les résidents médicaux, les médecins consultants, les infirmières, les techniciens en radiographie et de laboratoire, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, etc. qui sont directement responsables de fournir des soins à l'enfant. Le cercle de soins de cet enfant comprendrait également les fournisseurs de soins de santé qui s'occupent des soins de suivi (la physiothérapeute communautaire qui s'occupe de soigner l'enfant). Ce cercle de soins ne comprendrait pas des professionnels qui ne sont pas visés par la Loi (comme l'enseignant).

Bien que le rapport ait été donné à l'enseignant par le parent et que la physiothérapeute puisse supposer raisonnablement que la mère voulait que l'enseignant ait ces renseignements pour aider l'enfant à l'école, il est quand même approprié pour la physiothérapeute d'obtenir le consentement explicite du parent avant de discuter du rapport avec l'enseignant.

5. Auto-vérification et modification d'un dossier

Vous travaillez dans une unité médicale d'un gros hôpital. Vous traitez depuis quelque temps un homme assez âgé qui a été admis avec un diagnostic de pneumonie il y a quelques semaines. Son séjour à l'hôpital a inclus plusieurs complications qui ont entraîné un important déclin de son fonctionnement physique. Bien que son état ait été stable du point de vue médical depuis plusieurs jours, il n'a pas fait de progrès dans le regain de son indépendance. L'équipe veut l'acheminer dans une maison de soins infirmiers. La famille croit que les soins qu'il a reçus à l'hôpital sont la cause des complications et du déclin subséquent de son état physique. La famille pense à intenter une poursuite judiciaire. Lorsque vous apprenez ceci, vous examinez vos inscriptions dans le dossier médical du patient et réalisez que des renseignements portant sur un incident qui s'est produit il y a quelques jours manquent au dossier. Comment devriez-vous documenter ceci dans le dossier?

Discussion

Une évaluation périodique ou auto-vérification des pratiques de tenue des dossiers donne aux physiothérapeutes l'occasion d'évaluer s'ils respectent leurs obligations professionnelles en ce qui concerne les normes de tenue des dossiers. La modification d'un dossier avec de nouveaux renseignements ou l'ajout de renseignements plus tard lorsqu'une erreur ou une omission est identifiée est permis si les nouveaux renseignements ou les renseignements additionnels sont datés le jour de leur inscription dans le dossier. Donc, lorsqu'une inscription modificatrice ou additionnelle est faite, la date de l'incident, l'évaluation, l'intervention ou la conversation original(e) doit être indiquée dans la nouvelle inscription tout en s'assurant que la date de cette nouvelle inscription soit la date réelle. De plus, les physiothérapeutes devraient tenir compte de la période de temps qui sépare l'événement original et la nouvelle inscription pour s'assurer qu'ils n'oublient rien. Bien qu'il soit important de fournir des renseignements complets et exacts, il y a un risque dans ce type de situation d'être perçu comme essayant d'embellir le dossier pour se protéger de problèmes légaux.

Le règlement sur la faute professionnelle de l'Ordre²⁰ stipule que la signature ou la délivrance d'un document qui renferme des renseignements qui sont reconnus ou devraient être reconnus comme erronés est une faute professionnelle. Dans cette situation, le fait d'ajouter des renseignements à une ancienne inscription sans dater cet ajout de manière appropriée pourrait être jugé comme une falsification du dossier, ce qui constitue une faute professionnelle.

Définitions

Dépositaires de renseignements sur la santé (DRS): Personne ou organisme qui a la garde ou le contrôle de renseignements personnels sur la santé par suite ou à l'égard de l'exercice de ses pouvoirs ou de ses fonctions. Ceci comprend les praticiens de la santé ou quiconque opère un cabinet de groupe de praticiens de la santé, les sociétés d'accès aux soins communautaires ainsi que plusieurs autres types d'organismes, comme des hôpitaux, des établissements de santé autonomes et des maisons de soins infirmiers. (Voir la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* pour une définition complète.)

Dossier: Rapport qui renferme des renseignements documentant des actions, événements ou faits. Le dossier clinique est un type de dossier.

Dossier clinique: Dossier des renseignements (quel que soit le format) créé ou compilé à la suite d'une rencontre professionnelle, de soins ou de traitements fournis par un physiothérapeute ou une personne supervisée par un physiothérapeute. Ce dossier peut comprendre des renseignements créés ou compilés par un autre professionnel de la santé. (Adapté de la Chartered Society of Physiotherapists.)

Mandataire: Relativement à un dépositaire de renseignements sur la santé, une personne, que celle-ci ait ou non l'autorité de le lier, qu'elle soit ou non employée par lui et qu'elle soit ou non rémunérée, qui agit pour lui ou en son nom avec son autorisation, aux fins du dépositaire et non aux siennes, à l'égard de renseignements personnels sur la santé. (Voir la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé pour une définition complète.)

Ressources

Lois Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé <http://www.e-laws.gov.on.ca>

Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé <http://www.e-laws.gov.on.ca>

Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (2000) <http://lois.justice.gc.ca>

Loi sur les hôpitaux publics (1990) <http://www.e-laws.gov.on.ca>

Loi de 1994 sur les soins de longue durée <http://www.e-laws.gov.on.ca>

Loi sur les maisons de soins infirmiers (1990) <http://www.e-laws.gov.on.ca>

Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées <http://www.e-laws.gov.on.ca>

²⁰ Règlement sur la faute professionnelle de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario

Guide des membres inscrits (disponible sur le site Web de l'Ordre)

Règlements

Règlement sur la faute professionnelle (nos 9, 13, 14, 15, 16, 17)

Normes de compétence professionnelle

Profil des compétences essentielles pour les physiothérapeutes au Canada

Normes d'exercice professionnel

Formation clinique

Thérapies complémentaires et parallèles (+ Guide)

Traitement parallèle d'un patient par un physiothérapeute et par un autre professionnel de la santé

Exercice de deux professions de la santé

Établir et maintenir des relations thérapeutiques (+ Guide) Prévention des infections Gestion de situations interpersonnelles difficiles lors de la prestation de soins aux patients (+ Guide) Utilisation de titres protégés et de titres de compétences par les physiothérapeutes

Physiothérapeutes ayant recours à du personnel de soutien travaillant dans le domaine de la physiothérapie (+ Guide) Tenue des dossiers

Notes de synthèse

Briefing Note to the The Health Care Consent Act

Briefing Note for Physiotherapists' Privacy Requirements in Ontario

Formulaires en ligne

Developing SMART Learning Goals

Disponible sur le site Web de l'Ordre dans la section

For Registrants>Quality Management>Professional Portfolio

Onsite Assessment Form

Disponible sur le site Web de l'Ordre dans la section

For Registrants>Quality Management>Onsite Assessment

Autres ressources

Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie: Guideline for the Collection, Maintenance, Transmission and Destruction of Electronic Health Information, disponible à www.alliancept.org

University of Alberta, Health Law Institute et University of Victoria, School of Information Science : Electronic Health Records and the Personal Information Protection and Electronic Documents Act, disponible à <http://www.law.ualberta.ca/centres/hli/pdfs/ElectronicHealth.pdf>

Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario : Questions souvent posées, Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, disponible à www.ipc.on.ca

Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario : Guide complémentaire à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, disponible à www.ipc.on.ca

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario — Self-Evaluation: Assess Your Own Medical Records, disponible à www.cpsso.on.ca