



CONSEILS SUR LA PRATIQUE DOCUMENTATION ET SIGNATURES

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 2015

DOCUMENTATION ET SIGNATURES : LA DOCUMENTATION DU DOSSIER EN NOTRE ÉPOQUE COMPLEXE

Par Alexandra Carling-Rowland, Ph.D., directrice, Pratique professionnelle et Assurance de la qualité

Ce document a pour but de vous aider à comprendre et à intégrer les exigences en matière de signatures et de documentation du dossier du patient dans nos milieux de pratique en constante évolution.

Remarque : Dans le présent document, « dossier » et « dossier de patient » sont synonymes.

Le terme « patient » est utilisé pour décrire la personne qui reçoit une intervention en audiologie ou en orthophonie, et est synonyme ici de « client » et « d'élève ». Il reflète la terminologie utilisée dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Elle est finie l'époque où nous étions l'unique orthophoniste ou audiologiste travaillant auprès d'un patient et où nous utilisions un dossier papier pour documenter notre intervention. Le milieu de travail a changé considérablement. Nous utilisons maintenant des formats de documentation multiples, y compris électronique. Nous utilisons du personnel de soutien, voyons des patients en groupe ou en collaboration avec d'autres professionnels réglementés ou non réglementés. Quel est l'effet de tous ces changements sur la consignation au dossier du patient?

Il est utile d'examiner plus à fond les principes de base et le but de la documentation pour mieux naviguer dans les différents milieux de pratique.

QU'EST-CE QU'UN DOSSIER ET QUEL EN EST LE BUT?

Le dossier du patient est le dossier officiel des événements à partir de la consultation initiale jusqu'à votre dernier contact avec le patient. En d'autres mots, qui a fait quoi, pourquoi, où, quand et à qui. Le [Règlement proposé sur la tenue des dossiers](#) (2011) établit les renseignements qui, selon l'Ordre, doivent paraître dans le dossier du patient.

Le but du dossier du patient est de protéger le public en veillant au respect de normes minimums et de pratiques sécuritaires et éthiques dans tous les milieux de service.

PRINCIPES ET EXIGENCES DE L'ORDRE

Dans l'esprit d'une approche de réglementation et de documentation fondée sur des principes, tous les dossiers de patient, peu importe le milieu, doivent être accessibles, complets, précis et conservés pendant une durée déterminée.

- **Accessible** : Le dossier complet du patient doit pouvoir être consulté par le patient, tout orthophoniste ou audiologiste qui prend en charge les soins du patient et l'Ordre si le membre est choisi pour une évaluation par les pairs ou fait l'objet d'une enquête liée à un rapport ou à une plainte. Les différentes sections du dossier peuvent être conservées séparément. Par exemple, vous pourriez avoir un logiciel pour la facturation et les comptes financiers que vous conservez séparément du dossier de votre intervention. Vous documentez peut-être vos données électroniquement et conservez la copie papier des rapports d'évaluation. Tout cela est acceptable à condition qu'il soit clair où se trouve chaque section du dossier et que toutes les sections soient accessibles.
- **Complet** : Le [Règlement proposé sur la tenue des dossiers](#) (2011) établit les renseignements qui doivent être inclus au dossier pour qu'il soit considéré comme étant complet. Veuillez consulter le Règlement pour vous rafraîchir la mémoire sur les éléments requis. À noter que « complet » signifie également que le dossier est à jour.
- **Précis** : On s'attend à ce que les données consignées soient exactes en tout temps. Cependant, en cas d'erreur ou si l'on vous demande de modifier un dossier, suivez les conseils dans les deux articles suivants : [Situations où on modifie le dossier du patient/client \(2009\)](#) et [J'ai fait une erreur! \(2012\)](#).
- **Conservé pendant une durée déterminée** : Le Règlement proposé exige que les dossiers soient conservés comme suit :
 8. (1) Les dossiers financiers et de santé des clients/patients doivent être conservés pendant les périodes suivantes :
 - (a) pour les personnes âgées de 18 ans ou plus au moment du dernier contact, pendant au moins 10 ans après le dernier contact;
 - (b) pour le patient/client ayant moins de 18 ans au moment du dernier contact, pendant au moins 10 ans après la date à laquelle la personne aura atteint l'âge de 18 ans.

PRINCIPES GÉNÉRAUX POUR LES MEMBRES

Du point de vue du membre, les principes de la documentation comprennent assurer une communication fiable, faire preuve de jugement clinique et de responsabilité et gérer les risques.

- **Communication fiable** : Lorsque vous consignez les données au dossier du patient, il est utile de se poser la question : « Si je quittais mon emploi demain, un collègue

serait-il capable de prendre ce dossier, de déterminer quels sont les objectifs du patient, les mesures que j'ai prises et pourquoi, les progrès du patient et ce que je prévois faire ensuite? ». En d'autres mots, votre documentation est un moyen de communication fiable et complet.

Si le patient a une question sur une visite en particulier, ou si une autre partie telle qu'une compagnie d'assurance veut confirmer les dates des visites, l'information est accessible et fiable.

- **Jugement clinique** : Dans votre rôle d'orthophoniste et d'audiologiste, vous utilisez vos connaissances, vos compétences et votre jugement clinique à toutes les étapes de vos interventions auprès des patients. La documentation de vos impressions cliniques et de votre interprétation des données de l'évaluation aident à formuler et à proposer un plan de soins au patient et à la famille.

Lors de la mise en œuvre du plan de soins, les données documentées que vous utilisez de façon continue pour éclairer votre jugement clinique et vos conclusions démontrent que vous prenez des décisions éclairées et équilibrées basées sur toutes les preuves disponibles.

- **Responsabilité (obligation de rendre compte)** : La consignation au dossier du patient est le moyen le plus efficace de démontrer votre obligation de rendre compte de vos actions. À titre de clinicien, vous pouvez faire tous les bons choix, mais sans documentation, il est difficile de démontrer que vous assumez la responsabilité de vos choix et actions. La documentation permet de démontrer, par exemple, que vous avez obtenu le consentement pour toutes les étapes de l'intervention ainsi qu'à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé. Si vous avez eu des discussions avec les patients, les familles et d'autres professionnels ou si vous avez dirigé le patient vers d'autres services, la date, le résumé de la discussion et la raison de la demande de consultation sont tous accessibles dans le dossier.

Si vous supervisez du personnel de soutien, votre documentation montre que le patient a consenti à recevoir des services du personnel de soutien; que vous avez préparé le plan de soins; communiqué régulièrement avec le personnel de soutien et ajusté le plan en conséquence.

- **Gestion des risques** : De nos jours, il nous incombe à tous de gérer les risques. La documentation dans le dossier du patient est un des meilleurs moyens de réduire les risques liés aux soins et aux interactions avec les patients. De plus, il est important de savoir que le manque de documentation entraîne un risque pour le patient si un autre membre doit se charger des soins du patient.

QUESTIONS FRÉQUENTES

Q : Nous sommes passés aux dossiers électroniques. Quelle est l'exigence concernant ma signature?

Nous sommes familiers avec le concept de notre signature à la fin d'une note au dossier ou d'un rapport pour montrer que nous assumons la responsabilité de l'information documentée. Certains membres nous ont dit déplorer l'absence de signature avec la

consignation électronique et nous ont demandé s'ils doivent copier-coller une signature écrite. Cela n'est pas nécessaire. Beaucoup de systèmes électroniques exigent un mot de passe pour avoir accès au dossier du patient. Il est donc évident qui a fait l'entrée au dossier. C'est une preuve suffisante que vous êtes responsable des données consignées au dossier du patient.

Q : En tant qu'audiologiste dans un conseil scolaire, je fais un dépistage de l'audition de tous les élèves de la maternelle. Est-ce que je dois créer un dossier individuel pour tous les élèves, même ceux qui n'ont pas de problèmes d'audition?

Non, vous n'avez pas l'obligation de créer un dossier de patient individuel pour chaque enfant qui passe votre dépistage des troubles de l'audition. Toutefois, vous êtes tenu de documenter certains renseignements. Consultez la section sur les dépistages en groupe (6.2. b,c,d,e) dans le [Règlement proposé sur la tenue des dossiers](#) (2011). Dans votre scénario, vous devez documenter le nom du patient, le groupe auquel il appartient (maternelle, École Rue Feuille d'érable), la date du dépistage des troubles de l'audition et les résultats, même s'ils sont normaux. Vous devez également documenter que vous avez obtenu le consentement au dépistage (comme stipulé dans le Règlement et dans le guide [L'obtention du consentement aux services : Guide à l'intention des audiologistes et des orthophonistes](#)).

Certains membres gardent une feuille séparée pour chaque patient dans une chemise de classement. D'autres créent un formulaire qui répond à toutes les exigences ci-dessus. Peu importe la méthode choisie, la documentation doit être conservée comme prévu à l'article 8.1 du Règlement proposé sur la tenue des dossiers.

Q : Ai-je besoin d'ajouter mon nom complet et mon titre professionnel lorsque je fais une entrée au dossier?

Le [Règlement proposé sur la tenue des dossiers](#) (2011) stipule ce qui suit :

6. (4) Le membre doit s'assurer que chaque entrée au dossier d'un patient/client est datée et qu'elle identifie la personne qui fait ou dicte l'entrée.

Votre nom (tel que fourni à l'OAAO) et votre titre professionnel (identité) doivent être visibles sur le dossier. S'il s'agit d'un dossier papier, l'information peut figurer à côté de votre première entrée au dossier, p. ex. Alexandra Carling-Rowland, orthophoniste. S'il s'agit d'un dossier électronique, l'information doit être ajoutée quelque part. Vérifiez avec votre service des technologies de l'information si vous n'êtes pas certain.

Vous pouvez abréger toute signature subséquente à la fin de votre note au dossier et même utiliser vos initiales à condition qu'il soit indiqué quelque part à qui les initiales font référence, p. ex. A.C-R, SLP.

L'Ordre n'a pas d'exigence particulière en ce qui concerne la documentation de vos titres universitaires ou de votre inscription auprès de l'Ordre. Ceci dit, beaucoup de membres préfèrent ajouter cette information, p. ex. *A Carling-Rowland, Ph.D. SLP, Reg. CASLPO.*

Q : Il y a des situations où je dois appeler le fabricant de prothèses auditives pour vérifier un renseignement au sujet des prothèses du patient ou discuter d'options pour la réparation des prothèses. Est-ce que je dois documenter ce type de communication?

Oui. Toute communication au sujet d'un de vos patients doit être documentée dans le dossier du patient. Le Règlement proposé sur la tenue des dossiers (2011), paragraphe 6(1) stipule que le dossier doit contenir :

la date et le but de chaque contact professionnel avec le patient/client et le type de contact (en personne, par téléphone ou par voie électronique).

Q : Lorsque deux professionnels font une évaluation conjointe d'un patient/client et qu'ils utilisent un système électronique de documentation, qui est responsable de documenter les données au dossier?

Le [Règlement proposé sur la tenue des dossiers](#) (2011) exige le respect des dispositions du Règlement comme suit :

1. Le membre, quand il travaille en collaboration avec d'autres personnes, doit prendre toutes les mesures raisonnables pour s'assurer que le dossier est à jour et créé, utilisé, tenu, conservé et divulgué conformément aux exigences du présent Règlement.

Il arrive que nos interventions soient interdisciplinaires et il est parfois logique de rédiger une entrée conjointe au dossier du patient. Cela est acceptable à condition que vous preniez des mesures raisonnables pour vous assurer que le dossier répond aux exigences du Règlement de l'Ordre. Si vous décidez de documenter les résultats de l'évaluation conjointe, il n'y a pas de problème. S'il est logique, par exemple, que la diététiste ou l'ergothérapeute documente l'évaluation, vous devriez lire son entrée au dossier pour vous assurer qu'il est clair que vous avez participé à l'évaluation et que les résultats de l'évaluation sont exacts :

6. 1. (e) la nature de chaque évaluation du patient/client et les résultats, toutes les observations cliniques et toute recommandation faite au patient/client par le membre.

Ensuite, vous feriez référence à la documentation conjointe de l'évaluation dans votre section du dossier du patient. Cette référence permet de s'assurer que le dossier du patient est complet, et vous sert de rappel de consulter la documentation de la diététiste ou de l'ergothérapeute si un patient ou une tierce partie vous demande une copie du dossier du patient.

Q : Je travaille avec du personnel de soutien. Est-ce que j'ai l'obligation de cosigner toutes leurs entrées au dossier?

Vous n'avez pas l'obligation de cosigner chaque entrée à condition qu'il soit documenté que vous avez confié les activités au personnel de soutien et que vous assurez la supervision appropriée. Certains membres préfèrent cosigner les entrées comme preuve de leur supervision. Veuillez consulter la section C 1(d) de l'énoncé de position,

[Orthophonistes ayant recours à du personnel de soutien en orthophonie](#) et [Recours au personnel de soutien - Audiologistes](#).

Le membre doit aussi s'assurer qu'il est clair :

- qui a fait l'entrée au dossier (voir la section 6(4)) : Le membre doit s'assurer que chaque entrée au dossier d'un patient/client est datée et qu'elle identifie la personne qui fait ou dicte l'entrée;
- qui a fourni le traitement (voir la section 6(1)(f)) : des renseignements raisonnables au sujet de chaque traitement effectué et l'identité de la personne qui dispense le traitement, si cette dernière n'est pas l'audiologiste ou l'orthophoniste.

L'ORDRE A DES RESSOURCES POUR VOUS AIDER

Visitez notre site Web à www.caslpo.com.

- [Règlement proposé sur la tenue des dossiers](#) (2011)
- Articles de la section [Conseils sur la pratique](#)
- Sections sur la documentation dans les [Normes et lignes directrices de pratique](#)
- [Le saviez-vous...? Les exigences concernant la signature du dossier](#), 2013

ÉQUIPE DE CONSEILLERS SUR LA PRATIQUE

Veuillez communiquer avec l'un de nous si vous avez des questions :

- Alexandra Carling-Rowland, directrice, Pratique professionnelle et Assurance de la qualité
acarlingrowland@caslpo.com
- Jodi Ostroff, coordonnatrice du Programme de pratique professionnelle en audiologie (français et anglais)
jostroff@caslpo.com
- Sarah Chapman-Jay, conseillère en exercice de l'orthophonie (anglais);
slpppracticeadvice@caslpo.com
- David Beattie, conseiller en exercice de l'orthophonie (français)
conseillerorthophonie@caslpo.com

L'Ordre n'offre pas d'avis juridiques. De plus, les conseils sont fournis en réponse à des questions précises et ne sont pas toujours pertinents dans

toutes les situations. Enfin, le Programme de consultation sur la pratique vise à appuyer et non à remplacer le jugement professionnel.