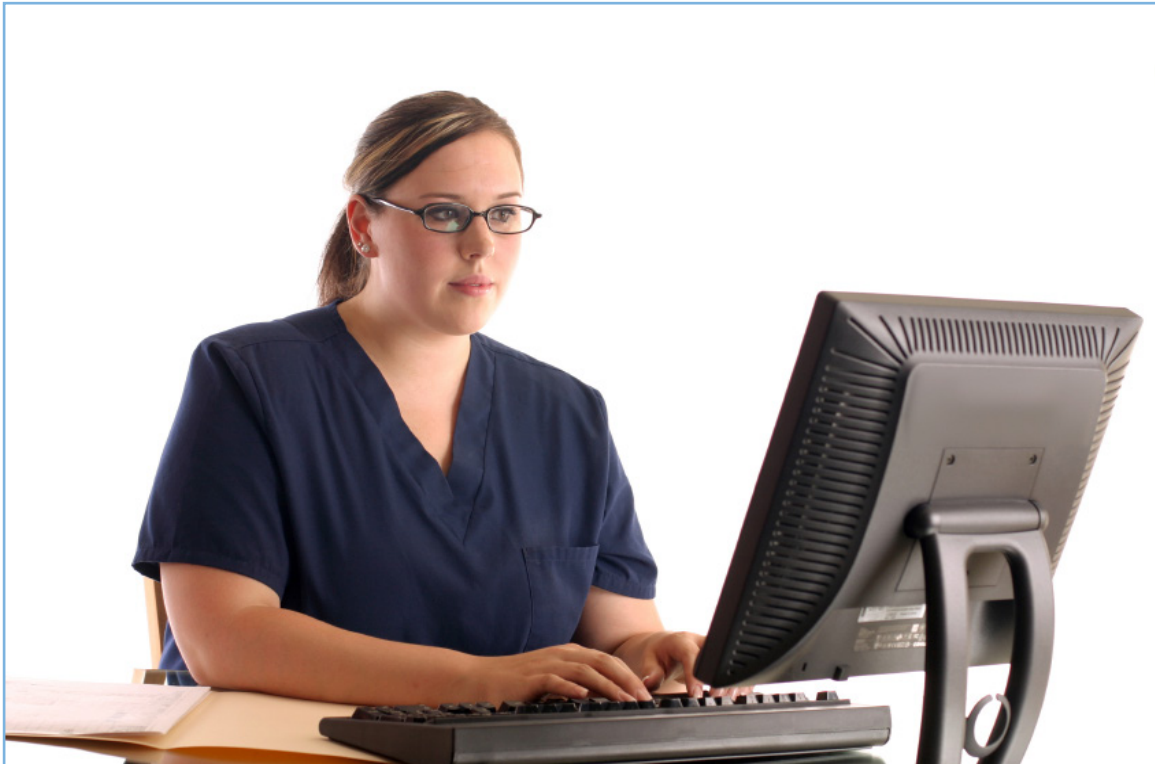


DOCUMENTATION

LIGNE DIRECTRICE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE



LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

LES PUBLICATIONS DE L'OTRO CONTIENNENT DES PARAMÈTRES ET DES NORMES D'EXERCICE DONT DOIVENT TENIR COMPTE TOUS LES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES DE L'ONTARIO LORSQU'ILS PRODIGENT DES SOINS À LEURS PATIENTS OU CLIENTS ET DANS L'EXERCICE DE LA PROFESSION. LES PUBLICATIONS DE L'OTRO SONT CONÇUES EN CONSULTATION AVEC LES LEADERS DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL ET DÉCRIVENT LES ATTENTES PROFESSIONNELLES ACTUELLES. TOUS LES MEMBRES SONT TENUS DE RESPECTER CES PUBLICATIONS DE L'OTRO QUI SERONT UTILISÉES POUR ÉTABLIR SI L'ON A RESPECTÉ LES NORMES DE PRATIQUE ET LES RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES.

À DES FINS PRATIQUES, LES RESSOURCES ET LES RÉFÉRENCES COMPORTENT UN HYPERLIEN VERS INTERNET ET SONT MENTIONNÉES AFIN D'ENCOURAGER LA CONSULTATION DE L'INFORMATION LIÉE AUX DOMAINES DE PRATIQUE OU AUX INTÉRÊTS INDIVIDUELS. LES TERMES EN CARACTÈRES GRAS SONT DÉFINIS DANS LE GLOSSAIRE.

Il est important de souligner que les politiques d'un employeur sont plus restrictives que les attentes de l'OTRO, le thérapeute respiratoire doit respecter les politiques de son employeur. Si la politique de l'employeur est plus permissive que les attentes de l'OTRO, le thérapeute respiratoire doit alors se conformer aux attentes de l'OTRO.

L'OTRO révisera ce document tous les cinq ans ou plus souvent, si nécessaire. Les mots et les expressions en caractères gras sont définis dans le glossaire à la fin du document.

MATIÈRES

DÉFINITION DE LA DOCUMENTATION	4
.....	
MODES DE PRÉSENTATION DES DOSSIERS	6
.....	
LE BUT DES DOSSIERS DE SANTÉ ET DE LA DOCUMENTATION	7
.....	
LES PRINCIPES DE LA DOCUMENTATION	8
.....	
ÉLÉMENTS CONSTITUANT LA DOCUME	12
.....	
CONTENU DU DOSSIER DE SANTÉ PERSONNEL DU PATIENT OU CLIENT	12
.....	
DOCUMENTATION INEXACTE, INCOMPLÈTE OU FALSIFIÉE	12
.....	
CORRECTIONS AU DOSSIER MÉDICAL; DICTÉE; LES DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUES (DSE)	13
.....	
UTILISATION DE MODÈLES; LES COMMUNICATIONS ÉLECTRONIQUES	14
.....	
ORDONNANCES MÉDICALES; CONSERVATION DES DOSSIERS DE SANTÉ PERSONNELS; ABRÉVIATIONS	15
.....	
LES NORMES EN MATIÈRE DE DOCUMENTATION	16
.....	
LES NOTES TARDIVES	18
.....	
UNE CHRONOLOGIE CLINIQUEMENT PERTINENTE	19
.....	
LA DOCUMENTATION ENTOURANT LE CONSENTEMENT	20
.....	
COMMENT DOCUMENTER LA DÉCISION D'UN PATIENT QUI REFUSE UN PLAN DE TRAITEMENT OU UNE INTERVENTION	22
.....	
ARRÊTS CARDIAQUES; LA DOCUMENTATION DES SOINS DE FIN DE VIE	23
.....	
LES ANALYSES HORS LABORATOIRE	24
.....	
TRANSPORT D'UN PATIENT OU CLIENT; LES CONSULTATIONS TÉLÉPHONIQUES	25
.....	
OBJECTIVITÉ	26
.....	
SIGNATURES; COSIGNATURE D'UN DOCUMENT AVEC UNE PERSONNE SOUS SA SUPERVISION	28
.....	
LA DOCUMENTATION INTERDISCIPLINAIRE	30
.....	
CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES	30
.....	
COMMENT DOCUMENTER SON DÉSACCORD AVEC UNE ORDONNANCE OU UN PLAN DE TRAITEMENT	30
.....	
LE RETRAIT DE SOINS OU DE SERVICES EN RAISON D'ABUS OU DE VIOLENCE	31
.....	
GLOSSAIRE	33

DÉFINITION

DE LA DOCUMENTATION

Les présentes lignes directrices de pratique (LDP) décrivent les obligations professionnelles et juridiques des **membres de l'OTRO** en ce qui a trait à la documentation et aux **dossiers de santé personnels** (DSP).

Aux fins des présentes LDP, le terme « dossier de santé personnel » désigne le dossier sur les soins cliniques dispensés au patient ou client, ce qui comprend, sans s'y limiter :

- les feuilles de soins;
- les notes sur les progrès;
- les résultats de laboratoire;
- les ordonnances médicales; et
- les tracés de monitoring.

Le mot « documentation » englobe non seulement les renseignements portés au DSP, mais également :

- les dossiers d'entretien d'équipement;
- les rapports de transfert de responsabilité;
- les feuilles de travail; et
- les rapports d'incident.

Plusieurs textes de loi s'appliquent à la documentation, y compris, sans s'y limiter :

- la [*Loi sur les hôpitaux publics*](#);
- la [*Loi sur les établissements de santé autonomes*](#);
- la [*Loi sur les soins de longue durée*](#);
- la [*Loi autorisant des laboratoires médicaux*](#);
- la [*Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé \(LPRPS\)*](#);
- la [*Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques \(LPRPDE\)*](#); et
- la [*Loi sur l'excellence des soins pour tous*](#).

Les [Normes de pratique](#) de l'OTRO, qui décrivent les attentes de l'Ordre en ce qui a trait à la documentation, stipulent que :

« Les patients et clients peuvent s'attendre à ce que les thérapeutes respiratoires gardent des dossiers complets, clairs, opportuns, objectifs et justes des soins offerts et à ce que la confidentialité de leurs renseignements soient protégés. »

La LDP intitulée Documentation a pour but de fournir aux membres de l'information sur les attentes de l'Ordre en ce qui a trait à la documentation. L'Ordre a également établi d'autres LDP qui peuvent contenir des renseignements complémentaires ou redondants sur la documentation. Par exemple :

- [l'Interprétation des actes autorisés](#);
- la [Délégation de l'exécution d'actes contrôlés](#);
- les [Responsabilités en vertu de la législation en matière de consentement](#);
- les [Responsabilités des membres en tant qu'éducateurs](#); et
- les [Ordonnances de soins médicaux](#).



MYTHE :

« Seule l'information contenue dans le dossier d'un patient peut être utilisée devant un tribunal. »

RÉALITÉ :

Toute information concernant un patient ou un client sur support papier ou électronique fait partie du dossier de santé personnel et peut être utilisée devant un tribunal.

MODES DE PRÉSENTATION DES DOSSIERS

Les thérapeutes respiratoires peuvent adopter le mode de présentation qui convient le mieux à leur pratique, pour autant qu'ils répondent aux normes, aux attentes et aux exigences de l'Ordre et de leur employeur. Les différents modes de présentation des dossiers comprennent notamment :

- DARP (Données, Action/Analyse, Réponse, Plan);
- SOAP/SOAPIE(R) (données Subjectives, Objectives, Appréciation, Plan, Intervention, Évaluation, Révision);
- la forme narrative, qui comprend des notes sur les progrès et des feuilles de soins; et
- la consignation au dossier des exceptions.

Nous incitons les membres de l'OTRO à s'assurer du respect des normes relatives à la documentation auprès de leur employeur et du service de la tenue des dossiers de santé.

LE BUT DES DOSSIERS DE SANTÉ ET DE LA DOCUMENTATION

COMMUNICATION

Les dossiers de santé et la documentation ont pour but principal de faciliter la communication entre les professionnels de la santé afin d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Comme il s'agit d'un mode de communication clé, tout professionnel de la santé qui lit le DSP doit être en mesure de comprendre ce qui a été fait, qui l'a fait et quels ont été les résultats chez le patient ou client. Des consignations précises et complètes relatives à l'état du patient, aux interventions effectuées et à la réponse du patient facilitent la prise de décision en collaboration concernant le plan de traitement en cours.

PREUVE DES SOINS FOURNIS

La documentation sert également de preuve écrite des soins fournis au patient ou client. Une documentation complète, précise et objective est importante pour plusieurs raisons, notamment parce qu'elle fournit une preuve essentielle qui est souvent exigée dans les actions en justice (p. ex., tribunal civil) de même que dans les procédures disciplinaires de l'OTRO.

RECHERCHE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Des données agrégées constituées à partir des DSP des patients (p. ex., vérification des dossiers ou de la durée des séjours) constituent une source inestimable de renseignements pour les activités de recherche en santé. La recherche favorise les initiatives d'amélioration continue de la qualité (p. ex., stratégies de traitement de l'asthme, résultats en matière de réadmission) destinées à améliorer les résultats des soins de santé dispensés à tous les patients et clients.

LES PRINCIPES DE LA DOCUMENTATION

Une documentation efficace permet à l'équipe de professionnels de la santé qui traitent un patient ou client de disposer de tous les renseignements nécessaires pour lui prodiguer des soins optimaux (et de répondre aux besoins actuels et futurs). Peu importe le cadre d'exercice (soins intensifs, soins à domicile, urgence, clinique externe, **soins primaires**, salle d'opération, diagnostics, recherche), les principes de la documentation demeurent les mêmes. Bien que nous reconnaissons les difficultés associées à la documentation dans certains milieux comme la salle d'opération ou les soins à domicile et le transport de patients, nous incitons tous les membres de l'OTRO à collaborer avec leur employeur afin de trouver des solutions appropriées.

Une documentation bien rédigée constitue la base de tout dossier de santé personnel et elle doit présenter les qualités suivantes :

- claire, concise et complète;
- non discriminatoire;
- précise;
- pertinente;
- objective;
- permanente;
- lisible;
- chronologique;
- identifiable et qui contient une signature ou un suivi identifiant son auteur;
- en temps opportun; et
- consignée de façon à empêcher ou à décourager toute modification.

PAR EXEMPLE :

Si trois (3) tentatives sont nécessaires pour parvenir à intuber un patient, ces trois (3) tentatives doivent être documentées.

Les discussions avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé (y compris les membres de la famille du patient ou client) au sujet de leurs ordonnances ou de l'état de santé de ce dernier sont également considérées comme des contacts avec le patient ou client.

DÉFINITION DU CONTACT AVEC LE PATIENT OU CLIENT

La norme d'exercice professionnel stipule qu'il faut documenter tout contact entre un thérapeute respiratoire et un patient ou client. Les contacts avec un patient ou client peuvent comprendre un contact ayant pour but de :

- effectuer un examen, une procédure de diagnostic, une intervention thérapeutique; ou
- dispenser de l'éducation à un patient, un client, sa famille, un soignant ou un représentant.

Il est important de noter que les contacts avec les patients ou clients ne comprennent pas seulement les soins dispensés directement à un patient ou client, mais aussi les contacts indirects au sujet d'un patient ou client particulier. Par exemple, des communications par :

- Téléphone
- Télécopieur
- La poste
- Courriel
- Voie électronique (texto, médias sociaux)
- Voie virtuelle (vidéoconférence, télémédecine)



Pour obtenir de l'information au sujet de l'utilisation des médias sociaux dans l'exercice de votre profession, veuillez vous reporter au d'information [l'utilisation des médias sociaux par les thérapeutes respiratoires](#) [feuillet d'information](#).

CONFIDENTIALITÉ ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ PERSONNELS

Tous les thérapeutes respiratoires sont tenus de respecter et de protéger la confidentialité et la vie privée des patients ou clients dans tous les aspects de leur pratique. Les thérapeutes respiratoires doivent uniquement échanger des renseignements sur les patients ou clients s'ils ont le consentement de ce dernier ou au besoin si cela est permis par la loi. Les thérapeutes respiratoires doivent uniquement échanger des renseignements sur les patients ou clients au sein du « cercle de soins » dans les circonstances suivantes :

- Partage de renseignements raisonnablement nécessaires à la prestation de soins de santé (fournir des renseignements à un autre membre de l'équipe de soins de santé);
- Lorsque la loi exige le signalement de renseignements sur la santé (p. ex., dans le cadre d'une enquête en vertu de la [Loi sur les professions de la santé réglementées](#), ou pour signaler un cas présumé de maltraitance d'un enfant en vertu de la [Loi sur les services à l'enfance et à la famille](#)); ou
- Pour divulguer un risque de blessure comme prévu au paragraphe 40(1) de la *LPRPS*, section 40 (1), Divulgarion relative aux risques, qui stipule que :

40. (1) Un dépositaire de renseignements sur la santé peut divulguer des renseignements personnels sur la santé concernant un particulier s'il a des motifs raisonnables de croire que cela est nécessaire pour éliminer ou réduire un risque considérable de blessure grave menaçant une personne ou un groupe de personnes.

La *LPRPS* comporte des lignes directrices bien précises concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé par des dépositaires d'information. Les thérapeutes respiratoires employés d'hôpital ou d'un autre type d'établissement ne sont pas des dépositaires, mais plutôt des « **mandataires** » de dépositaires organisationnels. Par conséquent, c'est le dépositaire organisationnel (l'employeur) qui est tenu d'élaborer des politiques et des procédures relatives à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la protection des renseignements personnels sur la santé en vertu de la *LPRPS* et qui est tenu d'en assurer la conformité. À titre de mandataire, le thérapeute respiratoire doit respecter les pratiques du dépositaire en matière de protection des renseignements personnels lorsqu'il agit au nom du dépositaire, à moins de stipulation contraire dans la loi.

Les thérapeutes respiratoires qui sont des travailleurs autonomes ou qui sont employés par des organismes qui ne sont pas des dépositaires de renseignements sur la santé (p. ex., une compagnie d'assurance, un conseil scolaire, un secteur de l'industrie) sont considérés comme des **dépositaires de renseignements sur la santé** et sont donc tenus de mettre au point une politique de protection des renseignements personnels et de s'assurer de respecter la *LPRPS*.

Rappelons aux membres que la confidentialité ne se limite pas au partage de dossiers de santé avec d'autres personnes; ils doivent aussi être au fait des infractions potentielles suivantes :

- Discuter du cas d'un patient ou client dans un lieu public comme un ascenseur ou une cafétéria;
- Examiner le dossier de santé d'un patient sans détenir l'autorisation nécessaire (y compris son propre dossier ou le dossier d'un membre de sa famille); et
- Laisser le dossier de santé d'un patient sans surveillance où d'autres personnes peuvent le voir (cela peut comprendre un écran d'ordinateur).

Bien qu'ils soient moins sûrs et moins fiables, de nombreux établissements de soins de santé continuent d'utiliser les télécopieurs pour transmettre les renseignements sur les patients. Les membres doivent faire très attention lorsqu'ils envoient ou reçoivent par télécopieur un message contenant des renseignements personnels sur la santé en s'assurant que :

- La feuille d'envoi par télécopieur comporte un message sur la confidentialité précisant que l'information est confidentielle et que, s'il est reçu par erreur, il faut communiquer avec l'expéditeur et détruire le message sans le lire;
- L'expéditeur vérifie le numéro de télécopieur et le destinataire le confirme;
- En cas de transmission de message très confidentiel, on appelle le destinataire à l'avance;
- Le destinataire confirme qu'il a reçu le message par télécopieur;
- Le télécopieur est placé dans un lieu sûr;
- Les télécopies entrantes sont distribuées dès leur réception;
- Les feuilles d'envoi portent la mention « Confidentiel »; et
- Les télécopies sortantes sont récupérées immédiatement après leur transmission.

CERCLE DE SOINS – L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ AUX FINS DE FOURNIR DES SOINS DE SANTÉ [circle-of-care.pdf \(ipc.on.ca\)](#)

« L'expression « cercle de soins » n'est pas définie comme telle dans la Loi sur la confidentialité des renseignements personnels de la santé. Il s'agit d'une expression couramment utilisée pour décrire la possibilité pour certains dépositaires d'information de présumer le consentement implicite d'une personne pour recueillir, utiliser ou divulguer des renseignements personnels sur la santé, aux fins de fournir des soins, dans les circonstances définies dans la *LPRPS*. »

Pour en apprendre plus à ce sujet, visitez le site Web du Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

« Donner des renseignements concernant un patient ou un client à une autre personne que le patient ou client ou son représentant autorisé, si ce n'est avec le consentement de l'un d'eux ou comme l'exige ou l'autorise la loi » constitue une faute professionnelle. (art.11 Faute professionnelle, Règl. de l'Ont. 753/93).

Lorsqu'ils transportent des renseignements confidentiels sur la santé (par exemple, des locaux d'une entreprise de soins à domicile au domicile d'un patient ou client), les membres doivent s'assurer que personne ne peut voir les dossiers de santé et de bien verrouiller leur véhicule.

ÉLÉMENTS CONSTITUANT LA DOCUMENTATION

CONTENU DU DOSSIER DE SANTÉ PERSONNEL DU PATIENT OU CLIENT

À moins d'indications contraires dans d'autres textes de loi, le dossier du patient ou client doit comprendre les éléments suivants :

- Identification unique du patient ou client, comme le nom et l'adresse domiciliaire du patient ou client;
- Nom du ou des médecin(s) le(s) responsable(s) (MPR) ou de tout autre professionnel de la santé, comme le médecin de premier recours;
- Motif de la consultation, s'il y a lieu; et
- Antécédents cliniques pertinents du patient ou client, comme la date et l'heure de chaque contact avec le patient ou client.

DOCUMENTATION INEXACTE, INCOMPLÈTE OU FALSIFIÉE

La documentation, ou le manque de documentation, joue souvent un rôle important dans les questions juridiques entourant les soins de santé. Dans beaucoup de cas soumis Comité des enquêtes, des plaintes et des rapports de l'OTRO, on note que la documentation est souvent insuffisante pour refléter avec précision le cours des événements. Trop souvent, la consignation des événements ou du rôle joué par le thérapeute respiration est insuffisante ou inexistante.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

L'OTRO a été saisi de quelques cas où un thérapeute respiratoire a intentionnellement falsifié le dossier de santé personnel d'un patient ou client. C'est une infraction très grave et il est essentiel que les membres comprennent que ce qui suit constitue une faute professionnelle :

La falsification d'un dossier concernant ses responsabilités professionnelles. (par. 16, [Faute professionnelle](#), Règl. de l'Ont. 753/93).

CORRECTIONS AU DOSSIER MÉDICAL

S'il est nécessaire de corriger un dossier médical incomplet ou inexact, les thérapeutes respiratoires doivent :

- Conserver dans le dossier l'information incorrecte, indiquer qu'elle est incorrecte (p. ex., en la barrant) et s'assurer que l'information demeure lisible
- Dater et mettre ses initiales sur les ajouts ou les corrections
- Aviser tout travailleur de la santé qui pourrait être touché par les renseignements inexacts

DICTÉE

Dans certains cadres de travail, les thérapeutes respiratoires doivent dicter leur rapport ou les entrées au dossier. Il est important que les rapports générés soient vérifiés par leur auteur, afin de veiller à ce qu'ils soient exacts. Nous incitons les thérapeutes respiratoires de ne pas se contenter de dicter sans lire les rapports.

LES DOSSIERS DE SANTÉ ÉLECTRONIQUES (DSE)

Les dossiers de santé électroniques sont des versions électroniques des dossiers papier et sont donc assujettis à la même réglementation et aux mêmes normes professionnelles que les dossiers papier (Paterson, 2013). Les dossiers de santé électroniques diffèrent d'une organisation à l'autre, mais ils présentent des caractéristiques communes :

- identifiants uniques (connexion et signature électronique);
- piste d'audit pour empêcher l'alternance;
- mécanismes assurant la protection de la vie privée et la confidentialité;
- systèmes de sauvegarde et de stockage des renseignements sur la santé; et
- processus d'échange et de transfert de renseignements.

UTILISATION DE MODÈLES

L'utilisation des modèles de dossiers électroniques, tout particulièrement ceux avec des champs déjà remplis, pose des risques aux dossiers exacts et complets. Pour répondre aux exigences en matière de documentation, les thérapeutes respiratoires doivent s'assurer que toutes les entrées sont justes et complètes.

LES COMMUNICATIONS ÉLECTRONIQUES

Ce type de communication est devenu essentiel, étant donné que les soins de santé sont de plus en plus progressifs et réactifs. Le courriel, les messages textes et les soins virtuels par vidéoconférence et la télémédecine sont considérés comme des interactions avec les patients et clients. Par conséquent, ce genre de contact doit être documenté selon les mêmes principes et normes que les autres formes de documentation. Il est également important de documenter le mode de communication électronique (message texte, courriel). De plus, vous devez prendre des mesures pour veiller à la sûreté et à la sécurité de ces renseignements confidentiels, comme ceux décrits dans les Normes de pratique de l'OTRO. Les thérapeutes respiratoires doivent protéger contre le vol, la perte ou l'utilisation ou la divulgation non autorisée les renseignements personnels sur les patients ou clients (mots de passe, chiffrement, systèmes de sauvegarde et d'entreposage, processus de partage et de transfert d'information).

- En préservant la confidentialité de vos données de connexion avec un mot de passe fort, et les modifiant périodiquement selon les modalités de la politique de votre employeur.
- Fermeture de session lorsque l'appareil n'est pas utilisé
- Utilisation d'un identifiant au lieu de renseignements qui identifient les patients comme le nom, lorsqu'on communique par voie électronique
- En chiffrant les courriels et les autres documents contenant des renseignements de santé ou confidentiels avant de les transmettre.



Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter les Lignes directrices de pratique [Ordonnance de soins médicaux](#) de l'OTRO.

ORDONNANCES MÉDICALES ET PROTOCOLES DE THÉRAPIE RESPIRATOIRE

Quand un thérapeute respiratoire fournit des soins en vertu d'une ordonnance médicale, il doit l'indiquer dans le dossier de santé personnel du patient ou client et donner le nom et le numéro de l'ordonnance médicale (p. ex., ordonnance médicale de ventilation mécanique, n° 00-001).

CONSERVATION DES DOSSIERS DE SANTÉ PERSONNELS

Les membres travaillant dans un hôpital de l'Ontario doivent savoir que la [*Loi sur les hôpitaux publics*](#) stipule que les dossiers de santé des patients ou clients doivent être conservés pendant au moins 10 ans à compter de la dernière consignation au dossier. De plus, les dossiers de santé des patients ou clients qui avaient moins de 18 ans au moment de la dernière consignation doivent être conservés au moins 10 ans à partir du 18e anniversaire de naissance du patient ou client.

Nous incitons les membres qui travaillent dans d'autres établissements à vérifier les politiques de leur employeur relativement à la conservation des dossiers et à consulter la législation à ce sujet.

ABRÉVIATIONS

Pour être compris, il faut utiliser des abréviations normalisées dans les dossiers et veiller à la correction de l'orthographe. On peut employer une abréviation à condition d'avoir écrit au long le(s) mot(s) qu'elle représente lors de sa première utilisation dans la note. Lorsqu'on inscrit des nombres, on doit veiller à préciser l'unité utilisée afin d'éviter toute erreur d'interprétation. Quand il s'agit de médicaments et de posologie, on doit toujours préciser l'unité après chaque nombre.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Comme les abréviations peuvent varier d'un établissement à l'autre, il vous incombe de vérifier que les abréviations employées sont acceptées dans l'établissement où le document est utilisé.
L'OTRO ne fournit pas de liste d'abréviations acceptables.

LES NORMES EN MATIÈRE DE DOCUMENTATION

Une documentation complète, objective et consignée en temps opportun est essentielle à la continuité des soins ou des services et elle constitue le principal moyen de communication entre les professionnels de la santé.

Il y a sept (7) normes essentielles à respecter en matière de documentation pour faire en sorte qu'en prenant connaissance du dossier de santé personnel d'un patient ou client, on puisse déterminer précisément :

1. La personne visée par l'activité
2. Le moment où l'activité a été exécutée
3. Quelle activité a eu lieu
4. Le lieu où l'activité a été exécutée
5. La raison pour laquelle l'activité a été exécutée
6. Le résultat de l'activité exécutée
7. La personne qui a exécuté l'activité

Sur le plan pratique, cela signifie que, quel que soit le type de dossier utilisé dans votre établissement, toute personne examinant le dossier doit être en mesure de déterminer qu'il satisfait aux normes énoncées ci-dessus. Les politiques et procédures de votre employeur concernant la tenue des documents devraient satisfaire aux sept normes énoncées ci-dessus.

APPLICATION DES NORMES

I. LA PERSONNE VISÉE PAR L'ACTIVITÉ

Le principe de base est que toute personne lisant le document doit être en mesure d'identifier le patient ou client qui a reçu les soins de santé. Par conséquent, le dossier de santé personnel doit comprendre des identificateurs uniques du patient ou client, comme :

- le nom et l'adresse domiciliaire du patient ou client;
- la date de naissance et le sexe du patient ou client;
- le numéro de carte Santé du patient ou client; et
- son numéro d'identification.
- le dossier de santé personnel du patient ou client doit aussi indiquer qui est ou sont le(s) médecin(s) le(s) responsable(s) (MPR) ou autres professionnels de la santé, le cas échéant. Par exemple :
 - le nom du médecin de premier recours ou professionnel des soins de santé primaires (p. ex., infirmière praticienne); et/ou
 - le nom du médecin ou professionnel de la santé qui a admis, traité ou acheminé le patient ou client.
- Le motif de la consultation et/le diagnostic.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Il arrive parfois que les dossiers de santé soient séparés; il faut donc s'assurer d'inscrire l'identification (p. ex., nom, date de naissance, numéro OHIP) sur chaque page du dossier de santé personnel et du document concernant un patient donné (feuille de ventilation artificielle, oxymétrie nocturne).

II. LE MOMENT OÙ L'ACTIVITÉ A ÉTÉ EXÉCUTÉE

La documentation doit être remplie en temps opportun et de façon chronologique. Il est logique de penser que plus la période écoulée entre l'activité et sa consignation est longue, plus les chances d'erreur sont grandes. Une documentation consignée dans l'ordre chronologique facilite sa lecture et renforce la crédibilité et la précision du dossier. La date et l'heure doivent figurer de manière non ambiguë dans tous les documents. Nous vous incitons donc à utiliser un système horaire de 24 heures.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Il faut remplir les documents le plus tôt possible après l'activité. L'activité doit être consignée avant la fin du quart de travail. Ne pas documenter l'activité avant de fournir les soins au patient ou client.

LES NOTES TARDIVES

Les notes tardives doivent être clairement identifiées comme telles : la date de l'intervention, la date de la note tardive et l'identité de la personne concernée doivent être clairement inscrites. Le fait de documenter des activités sans suivre l'ordre chronologique peut donner l'impression que le dossier n'est pas exact et ce n'est donc pas une pratique idéale. Si les dossiers de santé personnels sont en format papier, ne laissez jamais de ligne en blanc pour qu'une autre personne y insère des notes. Si votre dossier contient des espaces non remplis, vous devez les barrer à l'aide d'un trait afin que personne ne puisse modifier le document initial. Par ailleurs, tout texte qui déborde la section réservée à la consignation peut aussi laisser entendre que les annotations ont été inscrites après coup ou pour camoufler des activités.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Une note tardive est une note consignée au dossier plus de trente (30) minutes après une intervention ou quand une note documente un événement en rompant l'ordre chronologique.

III. QUELLE ACTIVITÉ A EU LIEU

UNE CHRONOLOGIE CLINIQUEMENT PERTINENTE

Un dossier présentant une chronologie détaillée est une composante essentielle d'une documentation bien rédigée. Cette chronologie doit comprendre les renseignements suivants :

- la date et l'heure de chaque contact avec le patient ou client;
- des renseignements sur chaque visite et sur chaque examen du patient ou client, sur chaque évaluation ou intervention et sur chaque procédure de diagnostic effectuée par le membre;
- des renseignements sur chaque résultat clinique ou évaluation effectuée par le membre de l'Ordre (p. ex., gazométrie du sang artériel);
- des renseignements sur tous les conseils et instructions donnés par le membre de l'Ordre au patient ou client et/ou à un membre de sa famille, à un soignant ou à un représentant (en personne, par téléphone ou par courriel);
- des renseignements sur tout renvoi du cas du patient ou client par le membre de l'Ordre à un autre professionnel de la santé;
- un document financier si des frais sont facturés au patient ou client;
- des renseignements sur toute intervention ou sur tout plan de traitement commencé, mais non terminé, y compris les raisons de cette interruption et l'original du consentement écrit; et/ou
- la raison fournie par le patient ou client pour annuler un rendez-vous.

LA DOCUMENTATION ENTOURANT LE CONSENTEMENT

En ce qui a trait au consentement et à la documentation, trois cas de figure surviennent fréquemment :

1. **Le patient ou client a donné son consentement** à la personne qui lui a proposé le plan de traitement (habituellement, le médecin le plus responsable), qui est une personne autre que le thérapeute respiratoire. C'est ce que l'on appelle communément le consentement d'un tiers. Le patient ou client semble comprendre et accepter le plan. Dans cette situation, le thérapeute respiratoire n'est pas tenu de documenter le consentement, bien qu'en certaines circonstances, il pourrait être approprié de le faire. Généralement, plus le risque associé à une intervention est élevé, plus il est préférable de documenter le consentement.

PAR EXEMPLE :

Un patient ou client consent à un plan de traitement qui comprend une intubation et une ventilation artificielle, si nécessaire. Or, un membre de la famille estime que ces mesures sont futiles et potentiellement néfastes. Le patient ou client manifeste par la suite une insuffisance respiratoire et le thérapeute respiratoire l'intube. Dans ce scénario, il paraît important que le thérapeute respiratoire documente sa conversation avec le patient au sujet du consentement antérieur de ce dernier à la procédure.

CONSENTEMENT D'UN TIERS

La *Loi sur le consentement aux soins de santé (LCSS)* prévoit qu'un plan de traitement peut aussi être présenté à un praticien de la santé au nom de tous les praticiens de santé qui participent au plan. Cette pratique, que l'on appelle le « consentement d'un tiers », est acceptable, à condition qu'un consentement éclairé soit obtenu avant le début du traitement.

2. **On n'a pas la certitude que le patient a donné son consentement** et c'est le thérapeute respiratoire qui exécute la procédure. Dans ce cas, c'est au thérapeute respiratoire qu'incombe la responsabilité de s'assurer que le consentement d'un tiers a été obtenu. Si le thérapeute respiratoire a le moindre doute à savoir si l'on a obtenu un consentement éclairé, il a l'obligation professionnelle de l'obtenir et de le documenter adéquatement.

PAR EXEMPLE :

Un patient ou client consent à un plan de traitement qui comprend une intubation et une ventilation artificielle, si nécessaire. Or, un membre de la famille estime que ces mesures sont futiles et potentiellement néfastes. Le patient ou client manifeste par la suite une insuffisance respiratoire et le thérapeute respiratoire l'intube. Dans ce scénario, il paraît important que le thérapeute respiratoire documente sa conversation avec le patient au sujet du consentement antérieur de ce dernier à la procédure.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Lorsque la politique de l'employeur exige un consentement écrit pour une intervention donnée (p. ex., exploration fonctionnelle respiratoire), le thérapeute respiratoire doit veiller à ce qu'un consentement soit signé avant le début de l'intervention.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez vous reporter aux lignes directrices (LDP) intitulées [Responsabilités en vertu de la législation en matière de consentement](#) de l'OTRO. (crto.on.ca)

3. Dans chaque cas **où un traitement est dispensé sans obtenir un consentement**, le thérapeute respiratoire doit documenter son opinion en ce qui a trait à la capacité du patient ou client à donner son consentement, de même que les mesures prises pour l'obtenir.

PAR EXEMPLE :

Un patient ou client arrive à l'urgence avec des réflexes émousés et a besoin d'une intubation. Il est incapable de consentir à la procédure; toutefois, le report de cette procédure pourrait porter préjudice au patient. Dans ce scénario, la LCSS permet de dispenser le traitement nécessaire, mais le thérapeute respiratoire doit tout de même documenter ses opinions quant à la capacité du patient ou client de donner son consentement et toutes les mesures prises pour obtenir le consentement auprès d'un mandataire spécial, si disponible.

COMMENT DOCUMENTER LA DÉCISION D'UN PATIENT QUI REFUSE UN PLAN DE TRAITEMENT OU UNE INTERVENTION

Les patients ou clients ont le droit de refuser de consentir à un traitement, à condition qu'ils soient réputés aptes à le faire (voir les lignes directrices [Responsabilités en vertu de la législation en matière de consentement](#)). Si un patient ou client décide de refuser une intervention prévue, il faut inscrire :

- la date et l'heure;
- une description et les raisons de l'intervention prévue;
- la ou les raisons du refus;
- les renseignements donnés en vue de cette intervention et les conséquences possibles du refus;
- les personnes que vous avez informées de la décision du patient (p. ex., le prescripteur); et
- les autres solutions recommandées, s'il y en a.

LE SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ET DES INCIDENTS CRITIQUES

Les événements indésirables sont les blessures ou complications non intentionnelles qui surviennent durant la prestation des soins de santé. Les incidents critiques sont des événements indésirables suffisamment graves pour mettre la vie en danger ou entraîner la perte d'un membre ou d'une capacité fonctionnelle physique.

Un rapport d'incident ou d'événement indésirable. Il s'agit d'un dossier de santé assujéti à toutes les normes concernant la documentation. En cas de rédaction d'un rapport d'incident, il importe de se rappeler que les renseignements sur l'incident doivent être inclus dans le dossier du patient ou client.

ARRÊTS CARDIAQUES

La plupart des hôpitaux ont établi des protocoles et des procédures pour documenter les arrêts cardiaques et respiratoires. Si un tel événement survient, le thérapeute respiratoire a la responsabilité de documenter avec précision toutes ses activités (p. ex., médicaments administrés, tentatives de défibrillation, intubations endotrachéales, etc.). La date, l'heure et le résultat de toutes les interventions doivent être consignés.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Il est important de comprendre qu'en signant un document concernant d'un arrêt cardiaque, vous attestez l'exactitude du document. S'il convient de modifier le document concernant l'arrêt afin de témoigner de votre rôle lors de la survenue de l'arrêt, vous devez vous assurer que le document est modifié de façon adéquate.

LA DOCUMENTATION DES SOINS DE FIN DE VIE

À titre de membres de l'équipe de soins de santé (et en collaboration avec les patients ou clients et leur famille), les thérapeutes respiratoires sont souvent appelés à collaborer à certains aspects des soins de fin de vie (p. ex., répondre aux questions des membres de la famille au sujet de ce qui se produira après le retrait du système de maintien des fonctions vitales). Quand on engage le processus d'arrêt des traitements dispensés à un patient ou client, une documentation claire et précise est essentielle. Malheureusement, la recherche démontre que ce n'est souvent pas le cas. Par exemple, une étude publiée en 2004 dans l'*American Journal of Critical Care* a révélé que 90 % des dossiers examinés ne comprenaient aucune documentation indiquant si le patient était intubé ou extubé au moment de l'arrêt des traitements.

Quelques-unes des questions que le thérapeute respiratoire devrait songer à inclure dans la documentation de sa participation aux soins de fin de vie :

- le soutien fourni à la famille avant et durant l'arrêt des traitements;
- toute participation à la discussion entourant la fin de vie;
- les soins palliatifs fournis au patient au moment de l'arrêt des traitements; et
- toute directive préalable ou tout souhait exprimé par le patient ou client.

PAR EXEMPLE :

On demande à un thérapeute respiratoire qui dispense des soins à une personne en fin de vie de débrancher le patient de l'appareil de ventilation et de retirer la canule trachéale. Dans cette situation, la documentation consignée par le thérapeute respiratoire doit non seulement comprendre ces activités, mais également résumer les conversations qui ont eu lieu avec la famille avant, durant et après le retrait du système de maintien des fonctions vitales.

IV. LIEU OÙ L'ACTIVITÉ A ÉTÉ EXÉCUTÉE

Le dossier doit mentionner l'endroit où le patient ou client a subi l'intervention, à moins que cet endroit ne soit le lieu « normal » des interventions chez ce patient ou client. Si, par exemple, un traitement a été administré dans une salle de loisirs ou si on a fourni des conseils au patient ou client par téléphone, le dossier doit le mentionner.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Les thérapeutes respiratoires sont tenus d'effectuer une consignation répondant aux mêmes normes professionnelles, peu importe si cela concerne un patient interne ou externe. Peu importe si vous exécutez une GSA au service des soins intensifs de votre hôpital ou une exploration fonctionnelle respiratoire en clinique externe, vous devez satisfaire à toutes les normes en matière de documentation.

Le travail au sein de la communauté

Les thérapeutes respiratoires travaillent dans un vaste éventail de contextes de pratique (p. ex., cabinet de médecin, cabinet de dentiste, clinique d'éducation des patients). Quel que soit le contexte de pratique, tous les thérapeutes respiratoires sont tenus de s'assurer de consigner tous les contacts avec les patients ou clients conformément aux normes professionnelles.

LES ANALYSES HORS LABORATOIRE

Les analyses hors laboratoire devraient faire l'objet d'une tenue de dossiers conforme à la législation ou à la présente ligne directrice. Les renseignements démographiques, la date, l'identité et les titres de compétences de la personne qui exécute la procédure doivent être documentés et figurer sur les résultats des analyses. Les résultats des analyses hors laboratoire doivent être clairement distincts des résultats provenant d'autres sources dans le dossier de santé. Des dossiers présentant les résultats des contrôles de qualité et des épreuves de performance doivent être tenus pour chaque appareil.

Nous incitons les membres de l'OTRO à obtenir des précisions auprès de leur employeur sur toute exigence concernant l'utilisation de papier thermique pour l'impression de résultats de tests (p. ex., spiromètre ou oxymètre de chevet et autres appareils de diagnostic). Le papier thermique se dégrade au fil du temps et sa durée de conservation est relativement courte. Beaucoup d'établissements ont maintenant des politiques qui stipulent que tous les résultats de tests imprimés sur papier thermique doivent être photocopiés afin d'assurer la préservation du dossier jusqu'à la fin de la période de conservation exigée par la loi.

TRANSPORT D'UN PATIENT OU CLIENT

En cas de transport d'un patient ou client, vous devez fournir des précisions concernant les interventions ou les contrôles effectués pendant le transport et le transfert des soins à la fin du transport. Vous devez aussi préciser le type de transport (intraétablissement, interétablissement, aérien, terrestre).

LES CONSULTATIONS TÉLÉPHONIQUES

Les principes et les normes reliées à la documentation des consultations téléphoniques sont les mêmes que ceux reliés aux avis donnés en personne. Les renseignements suivants doivent être documentés :

- l'heure et la date du contact;
- l'emplacement de la personne qui a téléphoné (s'il y a lieu);
- le nom du patient ou client et sa date de naissance (DN);
- le nom de la personne qui a téléphoné et son lien avec le patient ou client, et le consentement ou non du patient ou client touchant l'appel ou le courriel;
- la raison de l'appel;
- l'information fournie par le patient ou client ou par l'appelant;
- les symptômes décrits par le patient ou client ou par l'appelant;
- l'information ou l'avis donné;
- tout suivi requis; et
- votre signature et votre titre.

Il est conseillé d'utiliser un registre à cette fin et d'intervenir auprès de votre employeur afin qu'il élabore des normes touchant les avis donnés par téléphone et par courriel.

V. RAISON POUR LAQUELLE L'ACTIVITÉ A ÉTÉ EXÉCUTÉE

La raison ou le but de l'intervention doivent être inscrits dans le dossier. S'agissait-il d'une visite ordinaire? Du résultat de tests de diagnostic? L'intervention avait-elle pour but d'effectuer des tests de diagnostic? Faisait-elle suite à une amélioration ou à une détérioration de l'état de la personne? À une ordonnance médicale ou à un protocole de thérapie respiratoire? Pourquoi avez-vous exécuté cette intervention? Si vous administrez un plan de traitement, il est bon d'expliquer la première fois pourquoi ce plan est mis en œuvre; par la suite, vous ne mentionnez plus que les raisons particulières, le cas échéant.

OBJECTIVITÉ

Une documentation objective est constituée d'observations impartiales et de signes observés chez le patient ou client, de même que des symptômes décrits par le patient ou client. L'information consignée dans le dossier de santé personnel doit constituer un relevé factuel des événements survenus (objectif), plutôt qu'une interprétation (subjective) des faits. La consignation de commentaires subjectifs peut porter préjudice au bien-être du patient ou client (peut nuire à l'efficacité des communications) et à la réputation professionnelle du thérapeute respiratoire. Quelques exemples d'énoncés objectifs et subjectifs sont présentés ci-dessous.

Table 1: Exemples de documentation objective ou subjectif

OBJECTIF	SUBJECTIF
« le patient pleurait »	« le patient était triste »
« le patient s'est plaint essoufflement à l'effort et présentait une dyspnée d'effort »	« le patient semblait éprouver un inconfort »
« le traitement n'a pas été effectué parce que... »	« ce traitement n'était pas dans l'intérêt du patient »
« j'ai informé par téléphone le Dr Untel des changements à l'état du patient indiqués par le tracé ventilatoire »	« le docteur sait »

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Les patients ou clients et les membres de leur famille ont le droit d'accéder aux dossiers médicaux. C'est pourquoi le thérapeute respiratoire ne doit inclure aucune opinion ou aucun jugement personnel dans le dossier de santé personnel.

VI. RÉSULTAT DE L'ACTIVITÉ EXÉCUTÉE

Il est essentiel que les résultats de toutes les interventions soient portés au dossier de santé personnel. Cela permet à toute l'équipe de soins de santé de savoir ce qui a été fait et si les traitements ont produit les résultats escomptés. Cette information est nécessaire pour guider les décisions ultérieures en matière de traitement et devrait comprendre des renseignements comme :

- le résultat de l'intervention;
- la réponse du patient ou client à l'intervention;
- le traitement a-t-il produit les résultats visés;
- plan de traitement proposé en fonction du résultat de l'intervention; et
- plan de suivi du thérapeute respiratoire, le cas échéant.

PAR EXEMPLE :

On demande à un thérapeute respiratoire d'installer un BiPAP chez un patient en fin de maladie terminale qui présente des niveaux de PaCO_2 . Le patient et le thérapeute respiratoire consentent au plan de traitement, mais le thérapeute respiratoire estime que les bienfaits de la thérapie seront limités. Lors de la documentation, il est important de consigner non seulement l'intervention, mais aussi le plan de traitement et ses objectifs (p. ex., combien de temps le patient sera-t-il traité à l'aide du BiPAP; quand le plan de traitement sera réévalué, comment et quand le thérapeute respiratoire compte faire le suivi des progrès du patient ou client).

VII. LA PERSONNE QUI A EXÉCUTÉ L'ACTIVITÉ

SIGNATURES

Toute personne lisant la documentation doit être en mesure d'établir facilement qui a exécuté l'activité ou effectué la consignation et y voir un identificateur unique pour cette personne (signature). C'est pourquoi un membre de l'OTRO doit apposer sa signature à la fin de l'inscription en incluant au moins une première initiale, son nom de famille et son titre professionnel (l'abréviation est acceptable).

Une signature et/ou des initiales attestent les renseignements inscrits et garantissent l'exactitude et l'exhaustivité de l'annotation concernant l'activité, l'évaluation, le comportement ou la procédure. Les membres de l'OTRO ne doivent en aucun cas permettre à une autre personne d'apposer sa signature à leur place au bas d'un document et ne doivent pas non plus apposer la signature de quelqu'un d'autre à la place de cette personne.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Si un support papier sert de **registre de signature**, les initiales et le titre professionnel suffisent. En l'absence d'un registre de signature, inscrivez votre nom en caractères d'imprimerie si votre signature est difficile à lire.

COSIGNATURE D'UN DOCUMENT AVEC UNE PERSONNE SOUS SA SUPERVISION

Lorsqu'un thérapeute respiratoire supervise une autre personne [habituellement, un thérapeute respiratoire étudiant (SRT); il peut toutefois s'agir d'un thérapeute respiratoire inscrit exerçant en vertu d'un certificat d'inscription limité assorti de modalités et restrictions], il est essentiel que la documentation indique précisément ce qui suit :

1. Le niveau de supervision fourni; et
2. La personne qui a exécuté chaque tâche et la personne qui a supervisé l'exécution de la tâche.

Il y a supervision directe quand un thérapeute respiratoire étudiant (SRT) (ou thérapeute respiratoire de catégorie PRT) exécute un acte contrôlé en présence d'un thérapeute respiratoire inscrit (RRT), qui observe et supervise l'exécution de la tâche. Dans ce cas, l'étudiant (ou le membre de catégorie PRT) doit inscrire dans le dossier de santé du patient ou client qu'il a effectué cette intervention sous « supervision directe ». Le thérapeute respiratoire inscrit (RRT) responsable de la supervision doit apposer sa cosignature dans le dossier du patient ou du client et indiquer que l'intervention s'est déroulée sous sa « supervision directe ». Par exemple, c'est le cas quand un RRT observe directement et guide l'exécution de la collecte d'un échantillon de sang artériel par un SRT en vue d'une gazométrie.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

L'Ordre est conscient du fait que la plupart des feuilles de soins utilisées dans les unités de soins intensifs (USI et UNSI) ne fournissent pas toujours assez d'espace pour indiquer de façon explicite que l'activité a été exécutée sous surveillance directe. Nous vous suggérons d'indiquer dans le dossier du client ou patient que la présence de deux (2) initiales indique qu'une intervention a été effectuée sous surveillance directe.

La désignation supervision générale s'applique aux situations où il a été déterminé qu'un SRT (ou membre de catégorie PRT) peut exécuter un acte contrôlé donné de façon autonome. Quand des activités ou procédures sont effectuées sous supervision générale, le RRT responsable de la supervision ne doit pas cosigner la documentation. Cela tient au fait qu'une cosignature signifie que le RRT atteste l'exactitude de la documentation. Si ce dernier n'a pas assisté à l'exécution de la tâche, le RRT ne peut avoir la certitude absolue que la documentation est exacte. Seule la personne qui a exécuté l'activité ou procédure ou a été en contact avec le patient doit documenter et signer l'inscription.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Une supervision générale (indirecte) exige que le RRT responsable de la supervision soit disponible et prêt à intervenir « personnellement » en moins de 10 minutes si son assistance est nécessaire. (OTRO [Politique de l'OTRO en matière de supervision](#))

PAR EXEMPLE :

Un étudiant en thérapie respiratoire qui en est à son dernier stage clinique effectue une gazométrie du sang artériel sous supervision « générale » (c.-à-d., sans que le RRT responsable de la supervision soit physiquement présent pour observer l'activité). Comme, dans cette situation, l'activité est menée sous supervision « générale » (et non sous supervision directe), l'étudiant doit signer sa propre documentation et le RRT ne doit pas cosigner ces documents.

LA DOCUMENTATION INTERDISCIPLINAIRE

Les thérapeutes respiratoires œuvrent souvent au sein d'une équipe multidisciplinaire qui dispense collectivement divers services de soins de santé qui se chevauchent. Comme dans toute dynamique de groupe, l'efficacité des communications internes et externes de l'équipe est vitale. Afin de faciliter ces communications, plusieurs établissements de santé ont adopté des politiques de documentation préconisant une tenue de dossiers plus intégrée et interdisciplinaire.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE...

Il est important de NE PAS documenter pour une autre personne. Il peut y avoir des circonstances où il s'avère nécessaire de documenter son observation de soins dispensés par une autre personne (p. ex., un membre de la famille est témoin de la chute d'un patient ou client). Dans ce cas, il faut absolument indiquer clairement qui a eu directement connaissance de l'événement, qui a effectué l'activité ou l'intervention et qui l'a documenté.

CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES

COMMENT DOCUMENTER SON DÉSACCORD AVEC UNE ORDONNANCE OU UN PLAN DE TRAITEMENT

Si un thérapeute respiratoire estime qu'une ordonnance ou un plan de traitement n'est pas dans le meilleur intérêt du patient, il a l'obligation professionnelle de ne pas procéder à l'intervention. De plus, un thérapeute respiratoire se doit de :

- maintenir son objectivité et, dans la mesure du possible, ne pas impliquer le patient ou client dans le désaccord;
- communiquer avec le prescripteur afin de discuter du motif de la divergence d'opinion et d'éventuels plans de rechange; et
- consigner une documentation complète et appropriée, laquelle doit comprendre :
 - les raisons pour lesquelles celui-ci a refusé d'exécuter le traitement ou l'intervention;
 - quand le prescripteur a été avisé et les détails de la discussion avec le prescripteur, le cas échéant; et
 - les solutions de rechange proposées, le cas échéant.

LE RETRAIT DE SOINS OU DE SERVICES EN RAISON D'ABUS OU DE VIOLENCE

Il est rare que l'on retire ou que l'on refuse des soins ou des services à un patient on en arrive là qu'en dernier recours, dans le cadre d'un plan stratégique visant à éliminer l'abus ou la violence. Néanmoins, cela s'avère parfois nécessaire en cas de menace ou de risque important de blessure grave à un membre du personnel, à un patient ou à un visiteur. Il est particulièrement difficile de trouver l'équilibre entre l'impératif de fournir des services dans l'intérêt du patient et celui de protéger autrui dans les situations particulièrement difficiles où il est nécessaire ou pressant de fournir des soins. Lorsqu'il faut retirer ou refuser des soins ou des services, il faut fournir les renseignements suivants dans la documentation :

- la date et l'heure;
- la raison du retrait des soins ou des services;
- les circonstances qui ont mené au retrait, y compris le retrait comme tel et le fait qu'on a informé le patient des mesures qui seront prises si le comportement se poursuit;
- quand et de quelle façon on a communiqué au patient ou client l'information concernant le retrait des soins ou des services (p. ex., verbalement, par écrit);
- les méthodes que vous avez utilisées (l'employeur a établi des lignes directrices à suivre lorsque les patients font preuve de violence ou de comportement violent), notamment toutes vos tentatives visant à résoudre la situation;
- les conséquences possibles du retrait des soins;
- les normes que le patient devra respecter afin de recevoir à nouveau des soins, s'il y a lieu;
- la suggestion du recours à un autre fournisseur de soins ou de services ou les efforts déployés afin d'acheminer le patient à d'autres fournisseurs (si approprié); et
- le nom des personnes avisées (patient ou client, médecin, infirmière ou infirmier responsable, police, service de sécurité, etc.).



Pour obtenir de plus amples renseignements et des scénarios concernant le retrait ou services de thérapie respiratoire, voyez le document de l'OTRO intitulé « [Engagement envers un exercice professionnel](#) ».

GLOSSAIRE

Mandataires (des dépositaires des renseignements sur la santé) définis par la *Loi sur le consentement aux soins de santé (LCSS)* par rapport au dépositaire de renseignements sur la santé comme suit : « ...une personne qui, avec l'autorisation du dépositaire, agit pour le dépositaire ou en son nom en ce qui a trait aux renseignements de santé personnels aux fins du dépositaire... »

Membre de l'OTRO Un thérapeute respiratoire inscrit auprès de l'OTRO ; les catégories d'inscription sont thérapeute respiratoire diplômé (GRT), thérapeute respiratoire auxiliaire (PRT) et thérapeute respiratoire inscrit (RRT).

Dossier fondé sur les exceptions Méthode de tenue de dossiers de santé des patients ou clients. Ce dossier nécessite un plan détaillé sur les exceptions des soins ou un plan de soins standard et comprend des feuilles de soins, des dossiers graphiques et des notes sur les progrès et peut prendre la forme d'un plan d'évaluation subjective/objective (SOAP ou SOAPIE(R : données Subjectives, Objectives, Appréciation, Plan, Intervention, Évaluation, Révision)).

Système de consignation au dossier par problème Système de consignation au dossier de santé comprenant des feuilles de soins, des listes de contrôle et des notes sur les progrès prenant le format DARP (Données, Action/Analyse, Réponse et Plan).

Dépositaire des renseignements sur la santé (DRS) Défini dans dans la *LPRPS* comme s'entendant « ... d'une personne ou d'une organisation visée à l'une des dispositions suivantes qui a la garde ou le contrôle de renseignements personnels sur la santé... ».

Directive médicale Ordonnance médicale touchant une gamme de patients ou clients qui répondent à certaines conditions. La directive médicale est une ordonnance et doit donc répondre aux critères des ordonnances médicales valides.

Note narrative Données consignées sous la forme de notes sur les progrès complétées par les feuilles de soins correspondant au plan de traitement.

Dossier de santé personnel (DSP) Dossier tenu par les DRS qui dispensent des soins de santé; sur support papier ou en format électronique.

Soins primaires Comprennent, sans toutefois s'y limiter, les équipes de santé familiale, les centres de santé communautaire et divers organismes comme L'Association canadienne pour la santé mentale.

Dossier de santé basé sur l'identification des problèmes (en anglais, PoHR) Système de dossier de santé comprenant un plan de traitement, une liste des problèmes et des notes basées sur les progrès, de même qu'une planification des congés pouvant prendre le format SOAP ou SOAPIE (données Subjectives, Objectives, Appréciation, Plan, Intervention, Évaluation).

RÉFÉRENCES

Cavoukian, A. (2009). Le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario (2009). *Circle of care: Sharing personal health information for healthcare purposes*. Extrait de : <https://www.ipc.on.ca/images/Resources/circle-care.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2008). *Norme d'exercice : La tenue de dossiers*. Extrait de : http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (2012). *Dossiers médicaux. Énoncé de politique (no 4 à 12)*. Extrait de : http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/uploadedfiles/policies/policies/policyitems/medical_records.pdf?ext=.pdf

Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario. (2017). *Norme sur la tenue de dossiers*. Extrait de : <https://www.collegept.org/rules-and-resources/record-keeping>

Cox, K., Moghaddam, N., Almack, K. et al. Is it recorded in the notes? Documentation of end-of-life care and preferred place to die discussions in the final weeks of life. *BMC Palliat Care* 10, 18 (2011). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-10-18>

Paterson, A. M. (2013). Medical Record as a Legal Document Part 2: Meeting the Standards. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 24(1), 4-10. Extrait de : <http://www.aalnc.org/?page=JLNC>



**College of Respiratory
Therapists of Ontario**

**Ordre des thérapeutes
respiratoires de l'Ontario**

Les présentes lignes directrices seront mises à jour pour accompagner l'évolution de la pratique et les faits nouveaux. Nous vous saurions gré de nous faire part de vos commentaires au sujet de ces lignes directrices en les adressant à la :

Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario

180, rue Dundas Ouest, bureau 2103
Toronto (Ontario)
M5G 1Z8

Téléphone (416) 591 7800
Télécopieur (416) 591-7890

Sans Frais 1-800-261-0528
Courriel questions@crto.on.ca

WWW.CRTO.ON.CA