

LA RÉDACTION ET LA TENUE DES DOSSIERS PAR LE MÉDECIN EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec



AVRIL 2013



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Avant-propos

Des changements majeurs apportés à certains règlements ont amené le Collège des médecins du Québec à mettre à jour le guide *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*, paru en septembre 2006. En vigueur depuis le 31 mai 2012, le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* constitue la mise à jour de plusieurs normes à respecter en ce qui a trait à l'organisation des lieux et à la gestion des dossiers et autres documents. Comme les règlements antérieurs, celui-ci prévoit dans ses dispositions générales que le médecin doit constituer et maintenir un dossier médical pour toute personne qui le consulte (quel que soit le lieu), participe à un projet de recherche ou fait l'objet d'une expertise, ou encore pour toute population ou tout groupe visé par une intervention de santé publique. Cette fois, il est cependant précisé que dans le cas d'un médecin qui exerce dans un centre exploité par un établissement au sens de la loi, le dossier de l'utilisateur constitué et maintenu par l'établissement est considéré comme le dossier médical, le médecin étant tenu d'y inscrire tous les renseignements mentionnés dans le présent règlement.

Classiquement, on distingue au Québec deux modes d'exercice de la médecine : la pratique en établissement et la pratique en cabinet. Toutefois, la frontière entre les cabinets et les établissements est devenue de plus en plus perméable. D'une part, les médecins de famille ne travaillent pas seulement dans leur cabinet : ils sont de plus en plus sollicités pour contribuer à la prestation de divers soins et services dans les établissements. D'autre part, des soins de plus en plus spécialisés migrent hors des établissements, vers des lieux de prestation qui ne sont plus des cabinets de médecins traditionnels. Les nouveaux modèles organisationnels se multiplient depuis quelques années. Se situant quelque part entre l'établissement et le cabinet, ils ont en commun que la prestation des soins se fait en dehors des centres hospitaliers.

Bien que les règles relatives à la tenue des dossiers par un médecin s'appliquent dorénavant à tous les médecins et quel que soit le lieu, certaines règles peuvent varier lorsque le médecin exerce en établissement puisque l'établissement peut également imposer ses règles. C'est la raison pour laquelle il existe toujours deux guides d'exercice sur le sujet : *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, publié en décembre 2005, et s'adressant plus particulièrement au médecin exerçant en centre hospitalier et celui-ci s'adressant au médecin exerçant en milieu extrahospitalier.

Il est important de préciser que ce guide s'applique à tous les types d'activités d'un médecin dans tous les lieux d'exercice en milieu extrahospitalier et, à certains égards, à la pratique ambulatoire en établissement. Il vise donc autant l'activité professionnelle du médecin qui exerce la médecine clinique en cabinet ou dans un centre médical spécialisé que celle du médecin agissant à titre d'expert ou de conseiller au sein d'une entreprise ou d'un organisme public ou parapublic. À titre d'exemple, ce nouveau guide intéressera le médecin qui fait des gardes sans rendez-vous dans une polyclinique, celui qui travaille en milieu carcéral, celui qui exerce au bureau de santé d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS), celui qui travaille en santé publique au sein d'une agence régionale de santé et de services sociaux, ainsi que celui qui travaille en soins ambulatoires au sein d'un établissement (CHSGS, CHU ou CSSS), d'un groupe de médecins de famille (GMF) ou d'une unité de médecine familiale (UMF).

Il va sans dire que ce guide s'applique aux étudiants et aux résidents s'ils exercent au cours de leurs stages dans les milieux visés par le présent guide. Ils doivent se familiariser avec ces règles et s'assurer de les intégrer à leur mode de pratique actuelle et future.



Table des matières

Introduction	5
1. Six raisons de bien rédiger et tenir ses dossiers médicaux	6
1.1 Aide-mémoire pour le médecin	6
1.2 Outil de communication	6
1.3 Reflet des compétences du médecin	7
1.4 Élément de protection juridique	7
1.5 Attestation des services rendus	7
1.6 Enseignement et recherche	7
2. La rédaction et la tenue des dossiers médicaux: considérations générales	8
2.1 Identification du patient.....	8
2.2 Lisibilité	8
2.3 Délai de consignation	8
2.4 Classement du contenu	9
2.5 Corrections et ajouts	9
2.6 Indexation	10
2.7 Registres	10
3. Le contenu de la note médicale	12
3.1 Date et heure	12
3.2 Raison de la consultation	12
3.3 Anamnèse	12
3.4 Examen objectif	12
3.5 Diagnostic	13
3.6 Plan d'investigation	13
3.7 Traitement pharmacologique et non pharmacologique	13
3.8 Injection, vaccination, désensibilisation	14
3.9 Communications avec le patient	14
3.10 Suivi du patient	14
3.11 Signature	15



4. Les particularités de la tenue des dossiers selon différents types de consultation	16
4.1 Évaluation ponctuelle (sans rendez-vous)	16
4.2 Évaluation d'une prise en charge ou d'un suivi à long terme	17
4.2.1 Sommaire du dossier	17
4.2.2 Liste des médicaments	19
4.2.3 Note médicale	20
4.2.4 Formulaires de suivi	20
4.3 Évaluation médicale périodique (examen annuel)	21
4.4 Suivi obstétrical	21
4.5 Suivi pédiatrique	22
4.6 Patient en perte d'autonomie	23
4.7 Visites à domicile	24
4.8 Patient présentant des problèmes de santé mentale	25
4.8.1 Évaluation clinique	25
4.8.2 Plan d'intervention	28
4.8.3 Suivi en santé mentale	29
4.9 Compte rendu d'une intervention chirurgicale mineure	29
4.10 Interventions chirurgicales en cabinet sous sédation-analgésie, anesthésie régionale ou anesthésie générale	30
4.11 Appels téléphoniques	31
5. Le dossier électronique	32
6. La rédaction d'une ordonnance de médicaments	32
7. L'autoévaluation de ses dossiers médicaux	33
Conclusion	33
Annexes	34
A Sommaire du dossier	35
B Liste des médicaments	37
C Feuille de suivi — diabète de type 1 ou de type 2	39
D Feuille de suivi — maladies cardiovasculaires	41
E Feuille de suivi — traitement anticoagulant	43
F Évaluation médicale périodique de l'adulte	45
G Examen de Folstein sur l'état mental	47
H Fiche d'autoévaluation des dossiers médicaux	49

Introduction

Le guide d'exercice *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier* a été conçu pour aider le médecin à améliorer au quotidien la rédaction et la tenue de ses dossiers médicaux. Il ne se substitue pas aux textes de lois ni aux règlements relatifs à la tenue des dossiers médicaux, mais les complète en mettant l'accent sur leur application, en plus de fournir de nombreux conseils. Il constitue donc à la fois une référence normative et un outil pratique.

L'expérience acquise grâce aux interventions du comité d'inspection professionnelle et du syndic, les guides publiés antérieurement sur le sujet et les nombreux articles publiés au cours des années, notamment dans la revue *Le Collège*, ont servi de références pour l'élaboration de cette nouvelle édition.

Ce guide s'appuie sur le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, adopté par le Collège des médecins du Québec en vertu du *Code des professions*. Ce règlement définit un cadre pour de nombreux aspects de l'exercice professionnel du médecin en cabinet et en établissement à certains égards, notamment la tenue, la détention et le maintien des dossiers. Ce document prend aussi en considération d'autres lois et règlements, comme le *Code de déontologie des médecins* et certaines dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).

Ces dispositions précisent les obligations des établissements pour ce qui touche à la tenue des dossiers des patients, en indiquant, entre autres, les renseignements à inclure dans les dossiers tenus par un établissement, notamment dans le cadre de consultations externes, comme dans un CSSS (UMF, GMF, CLSC).

L'exercice du médecin en milieu hospitalier auprès de patients non admis étant similaire à plusieurs égards à celui du médecin en milieu extrahospitalier, il est raisonnable de proposer une seule et même norme de qualité pour la rédaction des dossiers médicaux, et ce, même si certains aspects de la gestion des dossiers peuvent différer.

Ce guide propose au médecin de revoir les avantages que lui-même et son patient peuvent tirer d'une rédaction du dossier plus rigoureuse. Il lui offre l'occasion de porter un regard critique sur sa façon de tenir les dossiers et de prendre connaissance de certains outils pouvant lui être utiles. Chaque médecin pourra par la suite faire place à sa créativité afin de mettre au point une façon de faire qui soit adaptée à ses besoins et qui respecte les exigences réglementaires.

Le manque de temps ou la volonté du médecin d'accorder plus d'importance au patient qu'au dossier sont les raisons les plus fréquemment invoquées pour justifier une tenue de dossier non satisfaisante. Pourtant, nombreuses sont les raisons d'exiger une bonne tenue des dossiers médicaux, et il faut prendre conscience qu'un dossier mal tenu peut donner l'impression qu'il est mal maîtrisé. On ne saurait trop insister sur la nécessité, pour le médecin, de s'astreindre à une tenue de dossiers impeccable, puisque le dossier médical constitue un document dont les objectifs sont multiples. Le médecin qui rédige ses dossiers médicaux en s'imposant une démarche rigoureuse est déjà sur la voie d'un exercice professionnel de qualité.



1. Six raisons de bien rédiger et tenir ses dossiers médicaux

Le médecin a l'obligation de constituer et de maintenir un seul dossier médical par lieu d'exercice pour toute personne qui le consulte, qu'elle s'adresse directement à lui ou qu'elle soit dirigée par un tiers, et quel que soit le lieu de consultation (cabinet, entreprise, domicile, etc.). Il est tenu à cette même obligation lorsqu'il communique avec un patient, par exemple pour l'informer du résultat d'une analyse, lorsqu'un patient participe à un de ses projets de recherche ou dans le cadre d'interventions de santé publique ciblant une personne ou un groupe de personnes.

Les médecins qui pratiquent en groupe peuvent constituer un seul dossier par personne. Dans ce contexte, le dossier médical doit être accessible en tout temps à l'ensemble des médecins qui constituent le groupe.

Le dossier médical est donc un outil indispensable qui remplit de multiples fonctions.

1.1 Aide-mémoire pour le médecin

Le dossier médical est d'abord un aide-mémoire essentiel pour le médecin qui veut offrir des soins de qualité à son patient et lui assurer un suivi efficace au fil du temps. Ce dossier présente le portrait détaillé de l'état de santé du patient et de son évolution, ainsi que les interventions du médecin et des autres professionnels, comme c'est le cas au sein d'un groupe de médecins de famille (GMF).

1.2 Outil de communication

Puisque les soins se complexifient et qu'un grand nombre de professionnels peuvent désormais être appelés à intervenir auprès du patient, la transmission de l'information représente un enjeu important. Le dossier médical constitue justement l'outil de communication de choix, car il permet de transmettre toute l'information pertinente, après avoir obtenu le consentement du patient, aux personnes et aux instances concernées, soit les autres médecins ou les professionnels qui participent aux soins ainsi que les établissements de soins ou tout autre organisme qui en font la demande (p. ex., l'employeur ou une compagnie d'assurances).

Le dossier devrait se limiter aux éléments pertinents obtenus lors de la cueillette de l'information, de l'investigation et du traitement du patient. Il ne faut, en aucun cas, se servir du dossier médical pour commenter les problèmes administratifs ou les conflits entre professionnels relatifs à un épisode de soins. Il ne faut pas non plus y inclure des commentaires ou des jugements personnels inappropriés à propos du patient (p. ex., « patient pas très intelligent »).

1.3 Reflet des compétences du médecin

S'il est constitué de façon à présenter fidèlement les problèmes de santé du patient et à permettre de bien comprendre la démarche clinique du médecin ainsi que la conduite proposée, le dossier devient alors le reflet de ses compétences.

Par conséquent, c'est un outil privilégié qui permet d'évaluer la qualité de son exercice professionnel.

1.4 Élément de protection juridique

Le dossier médical étant le témoin fidèle des soins donnés au patient, il constitue un outil important de protection juridique pour le médecin.

Les éléments qui en font partie doivent donc être pertinents et complets de manière à refléter les enjeux propres à l'état de santé du patient.

1.5 Attestation des services rendus

Le dossier médical sert à attester les services rendus et leur nature auprès du patient ou d'un tiers payeur, notamment la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il est utile d'y justifier toute facturation d'un service, au cas où surviendrait un litige.

1.6 Enseignement et recherche

Le dossier médical représente un document précieux pour l'enseignement, la recherche et la compilation de statistiques. Il rend compte des indicateurs cliniques suivis par le médecin.

Le dossier permet au médecin de témoigner de la qualité des soins et du suivi qu'il a fournis à son patient.



2. La rédaction et la tenue des dossiers médicaux : considérations générales

Tout dossier médical doit répondre à des exigences bien définies et être conforme à certaines règles précises.

Tous les documents versés ou les inscriptions doivent être en français ou en anglais.

2.1 Identification du patient

Pour être réglementaire, l'identification du patient doit comprendre : le nom et le prénom, le sexe, la date de naissance ainsi que l'adresse, qui doit être mise à jour régulièrement. Il est utile d'inscrire au dossier le numéro d'assurance maladie du patient ainsi que son numéro de téléphone et celui de son pharmacien. De plus, chaque nouvelle page ajoutée au dossier doit être identifiée au nom du patient ou à son numéro de dossier.

2.2 Lisibilité

La lisibilité des notes revêt une grande importance puisqu'elle permet de réduire les risques d'erreurs. Elle constitue une exigence spécifiée dans le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*. Tous les médecins doivent veiller à ce que leurs notes soient lisibles pour tout autre intervenant. La vitesse de rédaction est souvent la cause d'une lisibilité inadéquate.

Pour le médecin dont la calligraphie pose problème, la rédaction des notes en caractères d'imprimerie peut s'avérer utile, particulièrement pour le diagnostic et le traitement. Un logiciel de reconnaissance vocale, généralement d'un prix abordable, peut également être utilisé. Ce type d'outil nécessite cependant, au début du moins, des heures de correction, mais il donne des résultats intéressants.

2.3 Délai de consignation

La note au dossier doit être rédigée au cours de la consultation ou immédiatement après. En effet, le délai de consignation doit être réduit au minimum. L'information doit être consignée lorsqu'elle est fraîche à l'esprit et que la mémoire est encore fidèle. La note aura toujours préséance sur la mémoire.

Si le médecin ne peut rédiger sa note le jour même, il devrait indiquer la date de rédaction en plus de la date de consultation.

Le compte rendu opératoire de toute intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique doit être rédigé ou dicté dans les 24 heures suivant cette intervention.

2.4 Classement du contenu

Les divers éléments versés au dossier devraient être classés par catégorie, dans l'ordre suivant :

- le sommaire;
- la liste des médicaments;
- les observations médicales, incluant les feuilles de suivi de maladies chroniques et d'analyses;
- les rapports d'examens complémentaires : hématologie, biochimie, coagulation, microbiologie, etc.;
- les rapports d'imagerie médicale;
- les rapports de pathologie, incluant les cytologies;
- les rapports des consultations médicales, d'expertise, d'endoscopie, d'examens spéciaux, de tests génétiques;
- les comptes rendus opératoires et d'anesthésie des interventions chirurgicales majeures;
- les documents iconographiques;
- les données relatives à une maladie professionnelle;
- les autorisations légales, incluant les formulaires médicoadministratifs¹;
- tous les autres documents.

Ce type de classement facilite, notamment, la consultation et l'épuration du dossier médical. La chronologie devrait être respectée pour chacune des catégories.

2.5 Corrections et ajouts

Les corrections et les ajouts au dossier médical doivent être faciles à distinguer des notes initiales. Un élément déjà consigné au dossier ne doit jamais être supprimé, modifié ou maculé, par exemple par une rature qui masquerait complètement ce qui avait été préalablement noté. Le médecin doit plutôt, dans ce cas, rédiger une note complémentaire, datée du jour où la correction a été faite.

Par ailleurs, la suppression, la modification et la correction de renseignements médicaux dans le dossier, à la demande du patient, sont illégales et passibles de sanctions disciplinaires lorsque ces renseignements sont pertinents et importants pour le diagnostic ou le traitement d'un problème de santé, à moins qu'ils ne soient erronés. Dans ce dernier cas, le médecin rédige une note complémentaire en apportant la correction.

Ces remarques sont aussi applicables aux dossiers médicaux électroniques, ainsi une note au dossier ne peut être corrigée *a posteriori* sans respecter les balises déjà mentionnées.

1. Une copie de tous les formulaires ou lettres pertinents (p. ex., arrêt de travail, assurances, autorisations légales, documents provenant ou destinés à la Commission de la santé et de la sécurité du travail et à la Société de l'assurance automobile du Québec) doit être versée au dossier.



2.6 Indexation

Le médecin doit employer un système permettant un classement ordonné et l'indexation des dossiers médicaux. Pour de plus amples informations à ce sujet, consulter le guide *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier*.

2.7 Registres

Dans chaque milieu extrahospitalier où ils exercent, les médecins doivent constituer et maintenir cinq registres obligatoires, à moins qu'ils n'exercent pas d'activités médicales nécessitant la constitution du registre.

Registre des patients

Définition

Registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes qui l'ont consulté, incluant celles qu'il a évaluées à domicile ou sans rendez-vous, et dans lequel est inscrite la procédure chirurgicale ou l'intervention effractive pratiquée lors de cette consultation ainsi que le type d'anesthésie administrée, en excluant les injections et les infiltrations de médicaments.

Alternative

Lorsque ces renseignements sont contenus dans le cahier de rendez-vous ou au registre de facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ces derniers peuvent tenir lieu de registre.

Délai de conservation

Ce registre obligatoire doit être conservé pendant un an.

Objectif

Ce registre doit permettre d'identifier les activités de chaque médecin au quotidien.

Registre des interventions

Définition

Registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes soumises à une procédure chirurgicale ou à une intervention effractive pour lesquelles il y a eu envoi d'un prélèvement d'une partie du corps humain ou d'un objet.

Délai de conservation

Ce registre obligatoire doit être conservé pendant cinq ans.

Objectif

Ce registre doit servir à assurer un suivi sans faille de chaque demande d'examen anatomopathologique.

Registre des incidents et accidents

Définition

Registre dans lequel sont identifiés les incidents et accidents survenus pendant ou liés à une intervention médicale effractive requérant une anesthésie, une sédation ou analgésie, ainsi que les mesures prises pour les prévenir.

Délai de conservation

Ce registre obligatoire doit être conservé pendant cinq ans.

Objectif

Ce registre s'inscrit dans une culture de sécurité. Il doit servir au suivi des mesures que prend le médecin pour éviter les récurrences des incidents (*near-miss*) ou des accidents. Il ne s'agit pas d'un registre des complications « habituelles ». Il doit être conservé sur les lieux de l'intervention et pour l'ensemble des activités des médecins, afin de permettre une mise en commun des problèmes et des solutions.

Définitions du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Incident: action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.
- Accident: action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur.

Registre des sujets de recherche

Définition

Registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes qu'il évalue, traite ou dont il supervise le traitement dans le cadre d'un projet de recherche.

Délai de conservation

Ce registre obligatoire doit être conservé jusqu'à cinq ans après la fin du projet de recherche.

Registre des benzodiazépines d'usage parentéral, des drogues contrôlées et des stupéfiants

Définition

Registre dans lequel sont inscrites :

- la nature et la quantité de ces substances qu'il a en sa possession;
- l'identité de toutes les personnes à qui il remet ou administre ces substances;
- la nature et la quantité des substances dont il s'est départi ainsi que la façon dont il a procédé et la date de cette disposition.

Délai de conservation

Ce registre obligatoire doit être conservé pendant cinq ans.

Le médecin doit s'assurer que la méthode de destruction des registres assure la protection des renseignements confidentiels, tel que spécifié dans le guide *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier*, chapitre 3.



3. Le contenu de la note médicale

La note médicale constitue l'élément central du dossier. Elle témoigne de la démarche effectuée par le médecin face au problème pour lequel le patient le consulte, incluant le processus décisionnel. Elle doit comprendre les éléments décrits dans cette section.

3.1 Date et heure

La date doit être inscrite pour chaque consultation et pour toute autre inscription au dossier. L'heure doit aussi être consignée lorsqu'il s'agit d'une consultation urgente ou lorsqu'un quelconque délai revêt une importance particulière.

Cette exigence est aussi valide pour une note complémentaire portant sur une consultation particulière et rédigée ultérieurement.

3.2 Raison de la consultation

La raison de la consultation doit être bien cernée. Elle doit être inscrite au dossier de façon brève et précise.

3.3 Anamnèse

L'anamnèse constitue l'étape la plus importante de l'évaluation du patient, cette information contribuant autant à la compréhension du problème que l'examen physique et les examens complémentaires. Les éléments suivants doivent y être décrits de façon détaillée :

- la symptomatologie et la durée des symptômes (histoire de la maladie actuelle);
- tous les éléments positifs et négatifs pertinents liés à la raison de la consultation;
- la présence d'épisodes antérieurs ou de traumatismes;
- les interventions déjà tentées;
- la liste des médicaments;
- les allergies;
- tout autre élément pertinent.

3.4 Examen objectif

L'examen objectif effectué par le médecin doit être pertinent par rapport à l'histoire de la maladie actuelle. Tous les signes positifs et négatifs appropriés doivent être soigneusement consignés. L'examen objectif comprend, entre autres, s'ils sont jugés utiles :

- les paramètres fondamentaux (signes vitaux) : température, tension artérielle, pouls;
- la fréquence respiratoire;
- le poids, la taille, l'indice de masse corporelle et le tour de taille.

L'utilisation d'un gabarit préformaté pour l'anamnèse ou l'examen physique n'exempte pas le médecin de préciser les signes et symptômes positifs et négatifs pertinents.

3.5 Diagnostic

Le diagnostic doit être présenté de la façon la plus précise possible. Il est toujours préférable d'utiliser, lorsqu'elles existent, les nomenclatures reconnues (p. ex., celles du DSM en psychiatrie) ou les classifications reconnues des associations professionnelles, comme la classification internationale des maladies (CIM 10-CA).

Par ailleurs, il faut éviter d'inscrire au dossier un diagnostic descriptif ou qui reprend la plainte (symptôme) telle qu'elle a été formulée par le patient. Si le problème demeure à un stade indifférencié, un diagnostic différentiel, proposant les diagnostics les plus probables, devrait être inscrit au dossier.

3.6 Plan d'investigation

Le plan d'investigation doit être détaillé. Il doit comprendre toutes les demandes d'examens complémentaires. Certains examens peuvent être regroupés selon des appellations reconnues dans les milieux de pratique (p. ex., «bilan hépatique» ou «bilan lipidique», qui correspondent à des paramètres prédéterminés); les mentions telles que «bilan» ou «labos» ne sont pas suffisamment informatives. Le médecin peut également conserver une copie du formulaire de demande des examens complémentaires, ce qui permet d'éviter d'inscrire de nouveau au dossier médical les examens demandés.

Le plan d'investigation doit aussi inclure les consultations demandées ainsi que les transferts vers d'autres professionnels. Pour certains examens (p. ex., imagerie médicale), le médecin doit s'assurer que les renseignements cliniques utiles à leur interprétation sont consignés sur les formulaires.

3.7 Traitement pharmacologique et non pharmacologique

Le traitement sous toutes ses formes doit être bien documenté au dossier.

Dans le cas d'un traitement pharmacologique, la note au dossier doit préciser :

- le nom du médicament (de préférence le nom générique);
- la forme pharmaceutique (capsule, comprimé, sirop, etc.);
- la teneur ou la concentration;
- la posologie (fréquence, voie d'administration et, le cas échéant, intervalle entre chaque dose);
- la quantité prescrite et la durée du traitement ainsi que le nombre de renouvellements autorisés.

Lorsque des narcotiques et des stupéfiants sont prescrits, la dose totale devrait être inscrite au dossier ainsi que les fractionnements, le cas échéant. Il faut également justifier une telle prescription ou les changements de posologie, s'il y a lieu.

Les traitements non pharmacologiques (p. ex., exercice, diète) doivent être eux aussi notés au dossier, de même que tout renseignement important ou toute explication formulée au patient.



3.8 Injection, vaccination, désensibilisation

Tout acte relatif à une injection, à une vaccination ou à une désensibilisation doit être consigné de façon complète au dossier.

Pour chaque produit biologique injecté, la note ou le tableau prévu à cet effet devrait comprendre :

- l'indication d'administrer ce produit;
- l'absence de contre-indications, en indiquant les principales;
- la présence ou l'absence de réaction lors d'une administration antérieure;
- le nom du produit injecté;
- la concentration;
- la quantité;
- la voie et le site d'administration;
- le numéro de lot du produit.

Le médecin devrait aussi noter que le patient a été informé :

- des risques de réactions indésirables (ou d'effets secondaires) pouvant survenir à la suite de cette injection;
- du temps d'attente exigé avant de quitter le cabinet.

3.9 Communications avec le patient

Toute communication écrite, téléphonique ou électronique avec le patient devrait être soigneusement notée au dossier, qu'elle ait trait, par exemple, à l'évaluation d'un risque, à la pertinence d'une investigation donnée ou au choix d'un traitement lorsque plusieurs modalités sont possibles.

Il peut être pertinent d'inscrire également au dossier une note relatant une conversation avec d'autres professionnels eu égard à l'état du patient et aux soins requis ou donnés.

3.10 Suivi du patient

Tous les éléments du suivi recommandé doivent être notés au dossier, soit :

- le délai fixé pour la prochaine visite;
- les facteurs devant mener le patient à consulter plus rapidement que prévu;
- le délai fixé pour les prochains examens complémentaires.

3.11 Signature

Le médecin doit apposer sa signature au bas de toute inscription qu'il fait, ou la parapher, s'il n'est pas le seul à verser des renseignements ou des documents au dossier médical ou de recherche. De plus, le médecin doit signer ou parapher toute inscription ou transcription qui est faite par un de ses employés dûment autorisé et qui n'est pas membre d'un ordre professionnel.

En résumé, une note bien rédigée fait office de témoin de la consultation et de la démarche clinique.

Elle est :

- **lisible;**
- **pertinente;**
- **objective;**
- **informative.**



4. Les particularités de la tenue des dossiers selon différents types de consultation

4.1 Évaluation ponctuelle (sans rendez-vous)

La rédaction de la note médicale relative à une évaluation ponctuelle (sans rendez-vous) représente un défi de taille pour plusieurs raisons. L'achalandage des cliniques « sans rendez-vous » oblige souvent le médecin à travailler sous pression. Il dispose alors d'un court laps de temps non seulement pour voir des patients que, souvent, il rencontre pour la première fois et avec qui il doit créer rapidement une bonne relation, mais également pour établir un diagnostic et un plan de traitement adéquats. Les patients des cliniques « sans rendez-vous » sont aussi plus susceptibles de présenter de nouvelles affections aiguës. Dans de telles conditions, le médecin est particulièrement vulnérable à l'erreur ou à l'omission, ce qui peut avoir de lourdes conséquences pour le patient et le médecin.

L'observation médicale doit être complète même lorsqu'elle est succincte. Afin de minimiser le temps de rédaction, le médecin peut avoir recours à un formulaire normalisé ou contenant des éléments à cocher. L'utilisation d'un tel formulaire ne le relève aucunement de son obligation de rédiger une note complète et adaptée à la situation clinique.

Le médecin doit porter une attention particulière aux antécédents personnels et familiaux pertinents, à la prise de médicaments, aux allergies ainsi qu'à l'abus de substances. Il peut mettre à jour le sommaire du dossier.

Pour certains problèmes de santé, l'attitude et le comportement du patient sont d'une grande importance et doivent être décrits le plus précisément possible sans jugements de valeur. La note devrait aussi comprendre une description de l'état général du patient, ses paramètres fondamentaux (signes vitaux) ainsi que les signes positifs et négatifs pertinents.

Les diagnostics symptomatiques (p. ex., céphalée, mal de gorge, lombalgie), fréquemment présents lors de telles consultations, doivent être évités. Un diagnostic différentiel demeure de mise si le diagnostic ne peut être précisé à ce stade.

La conduite proposée lors d'une évaluation ponctuelle, qu'elle soit pharmacologique ou non pharmacologique, doit être détaillée. De plus, la relance, qui revêt souvent un enjeu particulièrement important dans ce type de consultation, doit être décrite de façon précise.

Il est aussi recommandé de documenter le refus du patient concernant certaines investigations ou recommandations, ou encore certains traitements.

- **L'importance de l'achalandage ne justifie pas une note bâclée ou incomplète.**
- **Une note succincte n'est pas nécessairement une note incomplète.**

4.2 Évaluation d'une prise en charge ou d'un suivi à long terme

La tenue des dossiers est particulièrement importante pour assurer la prise en charge et le suivi à long terme d'un patient. Elle comporte les éléments suivants.

4.2.1 Sommaire du dossier

Le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* (art. 6, 13°) stipule que le médecin doit insérer dans le dossier « un sommaire du dossier contenant un résumé à jour des informations utiles à une appréciation globale de l'état de santé de tout patient pris en charge ou qui consulte régulièrement ».

Même si la tâche de remplir le sommaire du dossier (annexe A)² peut paraître de prime abord une charge de travail supplémentaire, cela permet pourtant au clinicien de gagner un temps précieux lors des consultations subséquentes.

Le formulaire « Sommaire du dossier » est la pierre angulaire de la tenue du dossier d'un patient pris en charge et suivi à long terme.

Le sommaire comporte plusieurs avantages :

- il résume, en un coup d'œil, l'état de santé global du patient et permet au médecin d'être plus efficace;
- il simplifie le travail des collègues qui auront éventuellement à voir ce patient;
- il est utile dans le choix des médicaments;
- il permet de vérifier rapidement les contre-indications d'un médicament;
- il permet d'éviter de rédiger à nouveau dans les notes d'évolution certains renseignements;
- il diminue les risques d'oubli dans le suivi longitudinal;
- il simplifie grandement la rédaction d'un résumé de dossier ou d'une réponse à une demande d'information de la part des assureurs ou d'un tiers;
- il s'annexe facilement, au besoin, lors des demandes de consultation ou de transfert.

2. Le formulaire « Sommaire du dossier », présenté à l'annexe A, peut être photocopié et inséré dans le dossier. Il peut également être téléchargé sur le site Web du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org, section Médecins membres, mot-clé « Tenue des dossiers ».



Le sommaire permet de prendre connaissance des éléments qui figurent au dossier du patient. Pour être utile et efficace, le sommaire devrait contenir les éléments suivants :

- les renseignements sur l'identité du patient;
- le numéro de dossier du centre hospitalier où le patient consulte, au besoin;
- les diagnostics significatifs, ou la liste des problèmes pertinents, ainsi que la date où ils ont été établis;
- les facteurs de risque;
- les investigations majeures subies, s'il y a lieu;
- les antécédents personnels et familiaux;
- les habitudes de vie significatives : tabac, alcool, drogues, sédentarité, emploi;
- les allergies ou intolérances;
- l'état immunitaire;
- les dates de mise à jour de l'examen médical périodique ou d'examens préventifs particuliers;
- le nom des consultants pertinents;
- toute autre information jugée pertinente.

Les nom et numéro de téléphone d'un aidant naturel peuvent aussi y être notés lorsqu'il est difficile de s'adresser directement au patient, par exemple en raison de troubles de l'audition ou de troubles cognitifs.

Le sommaire peut être rempli non seulement à la première rencontre, mais également au cours des rencontres subséquentes dans le cadre de la prise en charge. Évidemment, pour qu'il demeure pertinent, il faut maintenir à jour les renseignements qu'il contient et dater chaque mise à jour à titre de repère.

Idéalement, le sommaire devrait être placé au verso de la couverture du dossier.

De cette façon, le médecin peut avoir une vue d'ensemble de l'état du malade dès l'ouverture du dossier. Le fait d'utiliser une feuille de couleur distinctive facilite également son repérage.

4.2.2 Liste des médicaments

La multitude de médicaments pris par un patient peut parfois devenir un casse-tête difficile à gérer pour le médecin. En effet, les différents médicaments prescrits au fil du temps peuvent se retrouver dispersés un peu partout dans le dossier, et la date où de nouveaux médicaments ont été prescrits peut être difficile à retracer.

Il est donc essentiel de maintenir à jour la liste des médicaments.

La liste des médicaments contient l'information nécessaire au suivi et au choix des agents thérapeutiques. Elle comprend :

- l'utilisation d'une dosette;
- les médicaments prescrits :
 - le nom de chaque médicament,
 - la date à laquelle chaque médicament est prescrit pour la première fois,
 - la posologie prescrite,
 - le nombre d'unités prescrites,
 - le nombre de renouvellements autorisés,
 - la date et la raison de l'arrêt d'un médicament;
- les échantillons de médicaments donnés au patient;
- les produits de santé naturels et les produits en vente libre dont le patient fait usage;
- les allergies médicamenteuses;
- le numéro de téléphone de la pharmacie avec laquelle le patient fait généralement affaire.

En permettant de regrouper tous les médicaments sur un même formulaire, la liste des médicaments facilite le repérage des interactions médicamenteuses possibles. Lorsqu'elle est tenue à jour adéquatement, elle facilite aussi grandement la prescription ultérieure de médicaments, d'autant plus que le médecin n'aura pas à retranscrire dans sa note tous les médicaments consommés et tous ceux prescrits préalablement.

Le fait d'inscrire la quantité de médicaments prescrits et le nombre de renouvellements autorisés permet au médecin de suivre aisément le profil de consommation du patient. Cet aspect est particulièrement important lorsqu'il s'agit de médicaments contrôlés.

Le profil pharmaceutique informatisé fourni par le pharmacien peut aussi tenir lieu de liste des médicaments s'il est bien maintenu à jour et s'il est paraphé par le médecin après vérification auprès du patient.

La liste des médicaments (annexe B)³ devrait idéalement figurer sur une page à part ou au verso du sommaire. Une révision périodique s'impose lorsque le patient prend plusieurs principes actifs. Idéalement, les médicaments devraient être regroupés par type de pathologies traitées.

3. La « Liste des médicaments », présentée à l'annexe B, peut être photocopiée et insérée dans le dossier. Elle peut également être téléchargée sur le site Web du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org, section Médecins membres, mot-clé « Tenue des dossiers ».



4.2.3 Note médicale

Le dossier doit être le reflet de l'état de santé du patient et de son profil de risque.

Le médecin consigne et révisé dans le sommaire ou sa note médicale toute l'information relative à l'état de santé du patient qui le consulte :

- la raison de chaque consultation;
- l'histoire de la maladie actuelle détaillée et témoignant de l'évolution des problèmes de santé du patient depuis la dernière visite;
- les médicaments consommés (sur ordonnance ou non) et les effets secondaires des médicaments prescrits;
- les habitudes de vie, telles que le tabagisme et la consommation d'alcool ou de drogues, le type de travail et les données psychosociales du patient;
- les allergies dont souffre le patient;
- une revue pertinente des systèmes, selon le problème présenté et l'âge du patient.

Certains éléments, s'ils sont consignés sur le sommaire ou la liste des médicaments, n'ont pas tous à être repris.

Le médecin doit prendre connaissance des antécédents personnels et familiaux du patient et mettre à jour régulièrement cette information.

Le médecin doit à tout prix éviter de faire un examen stéréotypé, semblable pour tous les patients. Il doit plutôt orienter son examen physique en fonction de ce que révèle l'histoire du patient, des organes cibles ou des diverses recommandations de groupes voués à la prévention. Le fait que des éléments pertinents ne figurent pas dans le dossier devrait toujours être justifié. En outre, il peut être indiqué de rapporter les résultats des examens paracliniques et les rapports antérieurs de consultation.

4.2.4 Formulaires de suivi

Plusieurs types de formulaires de suivi facilitent la continuité des soins (annexes C, D et E)⁴. Ils permettent de suivre l'évolution d'un résultat de laboratoire (p. ex., bilan lipidique), d'un paramètre clinique (p. ex., tension artérielle) ou d'un médicament (p. ex., suivi de la prise d'un anticoagulant), ou encore de synthétiser l'ensemble des résultats de tests de laboratoire relatifs à une même affection (p. ex., diabète).

Les formulaires de suivi offrent, d'un seul coup d'œil, une bonne synthèse de l'évolution d'un paramètre important ou de l'affection elle-même.

4. Les formulaires « Feuille de suivi – diabète de type 1 ou de type 2 », « Feuille de suivi – maladies cardiovasculaires » et « Feuille de suivi – traitement anticoagulant », présentés aux annexes C, D et E, peuvent être photocopiés et insérés dans le dossier. Ils peuvent également être téléchargés sur le site Web du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org, section Médecins membres, mot-clé « Tenue des dossiers ».

4.3 Évaluation médicale périodique (examen annuel)

Les aspects qui ont de l'importance pour l'évaluation médicale périodique recourent les éléments de la prise en charge et du suivi à long terme.

Outre ces éléments communs, l'évaluation périodique comporte quelques particularités (annexe F)⁵:

- la révision de la situation familiale et sociale du patient;
- la considération des facteurs de risque propres à ce patient ou à son groupe d'âge;
- un examen physique orienté en fonction du sexe et de l'âge;
- une conduite qui reflète la prise en considération des facteurs de risque présents ainsi que l'enseignement donné au patient à ce sujet ou la discussion qu'on a eue avec lui.

4.4 Suivi obstétrical

Tout médecin qui assure le suivi de femmes enceintes devrait utiliser le dossier obstétrical normalisé même s'il n'est pas lui-même le médecin accoucheur.

Ce dossier englobe tous les formulaires relatifs au suivi de la grossesse et de l'accouchement (formulaires AH-266 à AH-272)⁶.

Ces formulaires fournissent au médecin accoucheur tous les renseignements nécessaires et sont conformes aux exigences réglementaires liées au contenu du dossier médical dans les établissements. Les résultats d'examens complémentaires doivent y être inscrits régulièrement.

Un système doit être mis en place pour que les renseignements obtenus au cours des dernières visites obstétricales et contenus dans le formulaire AH-269-7 soient transmis à la salle d'accouchement, en temps opportun.

5. La feuille « Évaluation médicale périodique de l'adulte », présentée à l'annexe F, peut être photocopiée et insérée dans le dossier. Elle peut également être téléchargée sur le site Web du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org, section Médecins membres, mot-clé « Tenue des dossiers ».

6. Le médecin peut obtenir ces formulaires en communiquant avec la personne responsable des archives de son établissement.



4.5 Suivi pédiatrique

La tenue des dossiers pour le suivi pédiatrique non seulement comporte les mêmes exigences que pour le suivi adulte, mais tient également compte de certaines particularités.⁷

Dans le cas d'un nouveau-né, le médecin doit porter une attention aux aspects suivants :

- l'âge de gestation;
- l'histoire de la grossesse, incluant les anomalies constatées à l'échographie anténatale;
- l'histoire de la naissance;
- l'APGAR;
- les complications néonatales;
- le poids, la taille et le périmètre crânien.

En plus de considérer les problèmes actifs ou évolutifs de l'enfant ou de l'adolescent, le suivi porte principalement sur :

- l'alimentation;
- le développement sur les plans physique, psychomoteur, cognitif et affectif;
- les courbes de croissance;
- l'état immunitaire;
- les conseils préventifs et anticipatoires variables selon l'âge (tabagisme, drogues, activités physiques);
- le dépistage des déficits sensoriels;
- le dépistage des maladies chroniques (p. ex., obésité);
- la prévention des accidents;
- l'examen physique incluant la prise de la tension artérielle à partir de 3 ans.

Dans le cas d'une croissance normale, le médecin doit noter la mesure du périmètre crânien jusqu'à l'âge de deux ans, et les courbes de croissance staturopondérale jusqu'à l'adolescence et l'indice de masse corporelle de 2 à 19 ans.

7. Des outils fort utiles peuvent être utilisés pour la tenue des dossiers pédiatriques selon l'âge de l'enfant :

- *L'ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans*: accessible sur le site Web du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (www.cpass.umontreal.ca, section Activités de formation), ou sur le site du Collège des médecins du Québec (www.cmq.org, section Médecins membres, mot-clé « Tenue des dossiers »).
- Courbes de croissance et d'indice de masse corporelle (IMC) pour les filles/garçons de 2 à 20 ans, de l'OMS, accessibles sur le site Web de la Société canadienne de pédiatrie.
- *Relevé postnatal Rourke* et *Relevé médical Greig*, tous deux accessibles sur le site Web de la Société canadienne de pédiatrie.

4.6 Patient en perte d'autonomie

La rédaction du dossier des patients en perte d'autonomie s'inspire du modèle proposé pour l'évaluation de la prise en charge et le suivi à long terme, en plus d'une évaluation fonctionnelle portant sur les éléments suivants :

- les activités de la vie quotidienne (AVQ) — se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne, contrôler sa vessie et ses intestins, utiliser la toilette;
- les activités de la vie domestique (AVD) — préparer les repas, faire l'entretien ménager, la lessive et les courses, utiliser le téléphone et les moyens de transport, prendre ses médicaments correctement et gérer son budget;
- la mobilité — faire les transferts nécessaires, marcher à l'intérieur et à l'extérieur, installer une prothèse ou une orthèse au besoin, se déplacer et utiliser les escaliers;
- la communication orale;
- les fonctions mentales supérieures — attention, orientation, concentration, jugement, mémoire et autocritique.

Lorsque l'on suspecte une atteinte des fonctions cognitives ou s'il y a atteinte réelle, il y a lieu d'utiliser l'examen de Folstein sur l'état mental (annexe G)⁸. Cet examen peut être refait au besoin, et l'on peut comparer les résultats à ceux obtenus antérieurement, lors du suivi du patient. Il faut chaque fois prendre soin de noter la date sur le formulaire.

Pour tout patient présentant une perte d'autonomie, le médecin devrait inscrire au dossier le niveau d'intervention médicale souhaité, après discussion avec le patient ou son représentant en cas d'inaptitude.

L'évaluation fonctionnelle peut être effectuée de concert avec d'autres professionnels de la santé.⁹

8. Le formulaire « Examen de Folstein sur l'état mental », présenté à l'annexe G, peut être photocopié et inséré dans le dossier. Il peut également être téléchargé sur le site Web du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org, section Médecins membres, mot-clé « Tenue des dossiers ».

9. Pour plus de détails, on peut consulter le guide d'exercice du Collège intitulé : *La pratique médicale en soins de longue durée*, mai 2007.



4.7 Visites à domicile

Le dossier des visites à domicile doit refléter la prise en charge globale du patient. Il ne peut pas se contenter d'être une simple liste de visites ponctuelles.

Les notes consignées à la suite des visites à domicile doivent respecter les critères mentionnés précédemment pour la prise en charge et le suivi, ainsi que pour la perte d'autonomie, s'il y a lieu.

Dans un but d'efficacité, le médecin peut, avec le consentement du patient, laisser à son chevet certains documents, comme la liste des médicaments, mais il ne doit en aucun cas laisser le dossier médical au domicile du patient. Comme tous les autres dossiers médicaux, le dossier relatif aux visites à domicile doit être mis à jour régulièrement.

Lorsqu'il y a eu discussion avec le patient ou la famille à propos du niveau d'intervention médicale souhaité ou de la volonté du patient d'être réanimé ou non, une lettre peut attester ce qui a été décidé. Deux exemplaires de cette lettre peuvent être produits et signés par le patient apte, ou par son représentant si le patient est inapte, et le médecin. Le premier exemplaire devrait être inséré dans le dossier et le second, laissé au domicile du patient. Cette façon de faire s'avère particulièrement utile dans les situations d'urgence où le patient est susceptible d'être vu par un autre médecin ou par des ambulanciers qui devront prendre des décisions sur-le-champ.

Lorsqu'il y a prescription de narcotiques, il faut documenter au dossier sa justification et les changements de dose. Il faut également tenir un registre¹⁰ des médicaments et des narcotiques administrés et issus de la trousse du médecin.

10. Registre des benzodiazépines d'usage parentéral, des drogues contrôlées et des stupéfiants.

4.8 Patient présentant des problèmes de santé mentale

La recherche et l'expérience clinique mettent de plus en plus en évidence la pertinence d'une compréhension globale systémique des problèmes de santé mentale qui intègre de façon dynamique les dimensions biologique, psychologique et sociale. Cette compréhension doit être à la base de l'exercice professionnel, de l'évaluation au suivi en passant par le plan d'intervention, et se refléter dans le contenu du dossier médical.

4.8.1 Évaluation clinique

Comme pour l'ensemble des problèmes de santé, le diagnostic psychiatrique repose essentiellement sur une collecte de données, un questionnaire, un examen clinique et une investigation. Chacun de ces volets comporte ses particularités, qu'il importe de faire ressortir et de consigner au dossier.

a) Collecte de données

Tout renseignement communiqué par un tiers¹¹, notamment la famille, les proches, les policiers, les ambulanciers, les intervenants du milieu scolaire ou les renseignements extraits du dossier médical antérieur.

b) Questionnaire

À partir du motif de consultation fourni par le patient, le médecin doit, au cours de l'entretien, bien cerner l'ensemble des signes et symptômes, au moyen d'une démarche interactive lui permettant de formuler et de vérifier ses premières hypothèses: trouble anxieux, maladie affective, trouble psychotique, toxicomanie, trouble d'adaptation, trouble de la personnalité, trouble organique, etc.

Le questionnaire doit porter sur :

- l'identité du patient (âge, origine, langue, croyance, état civil, enfants);
- la description de la maladie actuelle: apparition des symptômes, description, impact, facteurs prédisposants, déclenchant et entretenants, atteinte neurovégétative (sommeil, appétit, libido);
- son emploi et ses sources de revenus;
- les antécédents psychiatriques, médicochirurgicaux et judiciaires pertinents, tant personnels que familiaux;
- les habitudes de consommation (alcool, drogue);
- les allergies;
- la médication;
- l'impact de la maladie sur le fonctionnement de la personne.

L'histoire personnelle permet de recueillir des données longitudinales: naissance, développement, scolarisation, famille, adolescence, vie relationnelle, travail. Dans un contexte aigu, l'absence de l'histoire longitudinale de la personne rend beaucoup moins crédible un diagnostic de trouble de la personnalité, alors qu'un questionnaire faisant état des réactions les plus fréquentes lorsque la personne se retrouve déstabilisée, les principaux mécanismes de défense qu'elle mobilise, son mode relationnel habituel de même que son adaptation aux divers stades de sa vie permet d'étayer un diagnostic de trouble de la personnalité.

11. Ce type d'information pourrait être caviardé à la suite de certaines demandes d'accès au dossier.



c) Examen clinique

- Examen mental

L'examen mental permet d'objectiver les faits relatés au questionnaire. Les résultats de l'examen mental doivent figurer au dossier. L'évaluation de la dangerosité doit faire l'objet d'une attention particulière, de façon à évaluer le risque d'un passage à l'acte auto ou hétéro agressif afin de déterminer les mesures et le niveau de surveillance à mettre en place.

Critères	Sous-critères	Qualificatifs
Comportement	Apparence	Abattue, soignée
	Hygiène	Pauvre
	Tenue vestimentaire	Négligée, recherchée, flamboyante
	Attitude	Apathique, prostrée, méfiante, participative
	Psychomotricité	Ralentie, agitée
Affect et humeur		Dépressif, labile, exalté Triste, irritable Anxieux, émoussé, discordant
Pensée	Cours	Débit faible ou accéléré
	Forme	Concrète, peu élaborée, désorganisée, incohérente, tangentielle, fuite des idées
	Contenu	Culpabilité, autodépréciation, désintérêt, désespoir, idées suicidaires (moyen exprimé, plan précis), délire, pauvreté, idées surinvesties, obsessions, hypocondrie, intention d'agression
Perceptions		Illusions Hallucinations (modalité sensorielle touchée)
Fonctions cognitives	État de conscience	Éveillé, somnolent
	Attention-concentration	Déficit d'attention
	Mémoire	Amnésie récente
	Orientation	Spatiale, temporelle, par rapport aux personnes
	Abstraction	Relâchement
	Jugement	Perturbé, absence d'autocritique
	Intelligence	Retard
Sensorium	Niveau de conscience	Délirium, coma, stupeur

- *Examen physique*

L'examen physique sommaire du patient doit particulièrement porter sur les signes susceptibles d'évoquer une organicité sous-jacente de la maladie. Ces signes doivent être soigneusement consignés au dossier lorsqu'ils sont pertinents ou le médecin doit noter où il a dirigé le patient pour l'examen physique, s'il ne le fait pas lui-même.

d) Investigation

Les consultations médicales et les demandes de services aux autres professionnels (p. ex. : travail social, psychologie, ergothérapie), les différents outils d'évaluation utilisés (p. ex. : échelle de Hamilton pour l'anxiété et la dépression, test de Folstein, évaluation du quotient intellectuel) et les examens complémentaires demandés (p. ex. : EEG, bilan thyroïdien, dépistage des drogues) doivent être consignés au dossier. Le médecin traitant est responsable de fournir aux consultants tous les renseignements qu'il possède et qui sont pertinents à l'examen, à l'investigation et au traitement du patient et doit préciser le degré d'urgence (article 112 du *Code de déontologie des médecins*).

Ce n'est qu'après avoir franchi les étapes précédentes que le médecin peut avoir une perspective d'ensemble de la situation du patient et juger du poids relatif qu'il accordera à chacun des éléments dans sa compréhension diagnostique.

e) Diagnostic

Pour poser son diagnostic, le médecin utilise une classification reconnue (CIM-10-CA ou DSM). Même s'il est actuellement en révision, le diagnostic multiaxial du DSM-IV demeure intéressant pour son aspect intégrateur (*voir encadré*).

Axe I	Diagnostic psychiatrique principal
Axe II	Trouble de la personnalité ou retard mental
Axe III	Affections médicales générales
Axe IV	Problèmes psychosociaux et environnementaux
Axe V	Évaluation globale du fonctionnement



4.8.2 Plan d'intervention

Découlant en droite ligne de la démarche clinique, le plan d'intervention porte sur quatre aspects clairement rédigés dans le dossier du patient.

Aspects administratifs

- orientation vers un centre hospitalier pour cure libre ou garde en établissement;
- suivi ambulatoire;
- liaison entre les différents niveaux de service (1^{re}, 2^e et 3^e ligne);
- orientation vers un autre professionnel;
- arrêt de travail;
- régime de protection;
- niveau de surveillance par les proches;
- formulaires (RRQ, CSST, assurance invalidité).

Aspects biologiques

Pharmacothérapie (nom du médicament, posologie, voie d'administration, durée et nombre de renouvellements) dans le respect des protocoles en vigueur.

Aspects psychologiques

Dans l'exercice de la psychothérapie, le modèle de référence doit être précisé de même que le cadre thérapeutique (relation d'aide, thérapie de soutien, thérapie cognitivo-comportementale, entraînement à la relaxation et gestion du stress, thérapie psychodynamique d'introspection, thérapie humaniste, intervention de crise, thérapies conjugale et familiale, entrevue motivationnelle, etc.).

- fréquence;
- durée;
- modalités;
- objectifs pour le suivi.

Aspects sociaux

- couple;
- famille;
- travail;
- études;
- respect des droits;
- justice.

Pour chacun de ces aspects, la définition d'objectifs thérapeutiques précis à atteindre favorise un travail interdisciplinaire coordonné et facilite les réévaluations successives en cours de traitement.

La pratique de la psychiatrie en établissement comporte certaines exigences, notamment sur les délais de rédaction, qui ne sont pas traitées dans ce guide.

4.8.3 Suivi en santé mentale

Lorsqu'il y a prise en charge, une note d'évolution doit être rédigée par le médecin après chaque visite, dès qu'une nouvelle information pertinente est portée à sa connaissance et après toute conversation téléphonique avec le patient ou un intervenant.

Lors de chaque visite, le médecin rédige la version subjective du patient sur sa situation, puis procède à l'évaluation systématique, à la recherche de signes résiduels ou des possibilités de rechute. Il inscrit les renseignements relatifs à l'observance du traitement de même que la présence d'effets secondaires lorsqu'il y a pharmacothérapie, incluant la tension artérielle, le pouls et la masse corporelle, si c'est pertinent. La réévaluation effectuée et les ajustements apportés au plan de traitement doivent figurer au dossier. Cette démarche favorise la continuité des soins tant pour le médecin traitant que pour celui qui pourrait être appelé à prendre le relais.

Suivi de psychothérapie

Lorsqu'il s'agit d'un suivi de psychothérapie, le médecin voit à établir et à rédiger précisément les objectifs, lesquels deviendront les critères d'évaluation de la progression du traitement. Il est souvent pertinent, pour mobiliser les ressources de la personne et pour éviter une régression, d'établir dès le départ un cadre précis et de fixer la durée de la psychothérapie. Ces renseignements sont inscrits au dossier. Un bilan périodique, précisant le nombre et la durée des séances, permet aussi de faire le point et d'apporter les ajustements requis. L'utilisation d'une échelle standardisée, versée au dossier, peut faciliter l'évaluation objective de l'évolution de l'état de santé du patient et de sa réponse au traitement.

4.9 Compte rendu d'une intervention chirurgicale mineure

La consultation pour une intervention chirurgicale mineure a lieu fréquemment en cabinet de consultation avec ou sans rendez-vous. Les actes requis sont souvent la réparation d'une plaie, le drainage d'un abcès, une onyctomie, etc. Ces interventions, effectuées sous anesthésie locale ou topique, nécessitent la rédaction d'une note opératoire brève mais complète. Dans les centres médicaux spécialisés, les notes et documents seront nécessairement plus détaillés selon l'intervention pratiquée. Pour plus de précisions à cet égard, voir le guide *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, août 2011, page 20.

Comme pour les autres types de consultation, le dossier relatif à une intervention chirurgicale en cabinet doit contenir :

- l'observation médicale, incluant l'examen physique;
- la note opératoire;
- la demande d'analyses anatomopathologiques, s'il y a lieu;
- un document ou une note attestant le consentement libre et éclairé du patient, si cela est jugé pertinent.



L'observation médicale doit comprendre :

- la description de la symptomatologie;
- la description de la lésion, y compris les signes positifs observés et les éléments négatifs pertinents;
- les paramètres fondamentaux, s'il y a lieu;
- le diagnostic ou, s'il n'est pas établi, un diagnostic différentiel.

Le médecin doit rédiger ou dicter le protocole opératoire immédiatement après l'intervention ou dans les 24 heures qui suivent. Il doit y inclure divers renseignements, dans la mesure où ces éléments sont pertinents étant donné l'intervention effectuée, entre autres :

- le diagnostic justifiant la chirurgie;
- la région désinfectée et le produit utilisé;
- le type d'anesthésie pratiquée (p. ex. : générale, locale, bloc);
- l'agent anesthésique employé, sa concentration, la quantité utilisée;
- une brève description de l'intervention : genre d'incision, matériel drainé ou excisé (quantité), sutures (nombre, type, fil utilisé);
- l'exploration dans le cas d'une plaie avec un corps étranger ou touchant les tendons, les capsules ou les articulations;
- l'envoi de spécimens en pathologie, s'il y a lieu;
- un commentaire sur la bonne tolérance à l'intervention ou sur les complications survenues;
- le type de pansement utilisé avec ou sans antibiotique;
- l'immunisation donnée lorsqu'elle est indiquée;
- la médication prescrite;
- les effets secondaires ou les complications possibles à surveiller;
- le suivi recommandé;
- à qui s'adresser en cas de complications.

4.10 Interventions chirurgicales en cabinet sous sédation-analgésie, anesthésie régionale ou anesthésie générale

La consultation des deux guides¹² qui traitent de ce sujet est primordiale pour les médecins fournissant ce type de soins. Nous résumons ici brièvement les points majeurs touchant la tenue des dossiers.

En ce qui concerne les interventions chirurgicales sous sédation-analgésie, anesthésie régionale ou anesthésie générale, le dossier médical doit contenir la même information que pour les interventions chirurgicales mineures ainsi que les renseignements suivants.

Le plan de traitement doit être détaillé au dossier et comprendre :

- le type d'examens complémentaires ou de consultations demandés;
- les traitements prescrits ou les options exposées au patient;
- l'explication sur les effets secondaires ou tous les risques importants;

12. À consulter : les guides d'exercice *Utilisation de la sédation-analgésie*, novembre 2009, et *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*, août 2011, accessibles dans le site Web du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org, section Médecins membres, Publications.

- le counseling fourni au patient, incluant le sujet, l'opinion du patient et les objectifs fixés;
- les résultats des analyses complémentaires requises par l'état du patient;
- les rapports de consultations médicales pertinentes;
- le suivi suggéré et la médication prescrite au moment du congé;
- à qui s'adresser en cas de complications.

Les diagnostics doivent être formulés dans les termes les plus précis possibles et selon une nomenclature reconnue.

Pour la liposuction, le médecin doit inclure le bilan des *ingesta* et des *excreta*, y compris les liquides infusés pour la tumescence et les liquides extraits par la succion. Lorsque plus d'une personne participe à l'intervention, le nom et le rôle de chacune devraient être consignés.

En ce qui concerne particulièrement l'anesthésie, les renseignements suivants sont essentiels :

- l'évaluation des voies aériennes supérieures;
- le protocole de sédation-analgésie ou d'anesthésie;
- une note décrivant l'état du patient après l'intervention;
- une note décrivant l'état du patient à son départ.

4.11 Appels téléphoniques

Toute discussion téléphonique pertinente avec le patient devrait être consignée au dossier, qu'il s'agisse seulement d'une information ou d'une ordonnance de médicaments, et qu'elle ait lieu au bureau ou ailleurs. L'entretien téléphonique doit être daté afin d'être classé chronologiquement au dossier.

Dans la mesure du possible, ces entretiens doivent être consignés dans les pages de notes médicales d'évolution. Les feuilles autocollantes, si elles sont utilisées, doivent être identifiées au nom du patient de manière à être reclassées facilement si elles venaient à tomber du dossier.



5. Le dossier électronique

Les médecins qui utilisent l'informatique dans la gestion de leurs dossiers médicaux sont de plus en plus nombreux. Le Collège des médecins du Québec autorise ses membres à se servir du support informatique, en tout ou en partie, à condition que les dispositions du *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* soient respectées quant à la constitution, à la tenue, à la détention et au maintien d'un tel dossier :

- utiliser une signature numérique;
- utiliser, pour ses dossiers, un répertoire qui soit distinct de tout autre;
- protéger l'accès aux données, notamment par l'utilisation d'une clé de sécurité, et authentifier les utilisateurs;
- utiliser un logiciel de gestion des documents conçu de façon à ce que les données inscrites ne puissent être ni effacées ni remplacées ni altérées;
- utiliser un logiciel permettant l'impression des données;
- conserver dans un autre lieu une copie encryptée des données.

La signature numérique peut équivaloir à la signature manuscrite. Elle doit permettre d'identifier son auteur et être enregistrée après l'inscription des renseignements recueillis dans le dossier.

Enfin, le médecin doit pouvoir transmettre, à la demande du patient ou d'un tiers, une copie ou certains éléments de son dossier.

Ce n'est pas parce qu'un dossier est informatisé qu'il est automatiquement bien tenu. Le médecin doit s'astreindre à la même rigueur avec un dossier électronique pour remplir ses obligations réglementaires en regard de la tenue des dossiers.

6. La rédaction d'une ordonnance de médicaments

Même si la rédaction d'une ordonnance ne constitue pas en soi une composante de la rédaction du dossier, elle doit respecter des règles précises.

En outre, les millions d'ordonnances rédigées chaque année au Québec, la croissance continue du nombre de médicaments qui s'ajoutent constamment à l'arsenal thérapeutique et le fait que certains médicaments portent des noms semblables ou s'écrivent de façon similaire augmentent substantiellement les risques d'erreur. Aussi, il importe que le médecin rédige ses ordonnances de façon lisible et complète, dans un souci d'optimiser la qualité des soins qu'il offre aux patients et dans l'optique d'un travail interdisciplinaire optimal avec les collègues pharmaciens.

Le guide d'exercice *Les ordonnances faites par un médecin*¹³, reprend les divers aspects réglementaires liés à la rédaction d'une ordonnance de médicament, qu'elle soit manuscrite, verbale, transmise par télécopieur ou électroniquement, et qu'il s'agisse de stupéfiants ou de drogues contrôlées. Il traite également des ordonnances qui permettent à divers professionnels de la santé autres que des médecins d'exercer des activités qui leur sont réservées, en exclusivité ou en partage. Tous les médecins concernés par ces aspects sont grandement invités à prendre connaissance de ce document.

7. L'autoévaluation de ses dossiers médicaux

Afin d'aider les médecins à améliorer la rédaction de leurs dossiers médicaux, le Collège met à leur disposition une fiche d'autoévaluation des dossiers médicaux.

Les médecins sont invités à l'utiliser aussi souvent qu'ils le souhaitent (annexe H)¹⁴.

Conclusion

Puisque le dossier médical constitue le premier outil de travail du médecin, il devient par le fait même le principal reflet de ses compétences. Un travail bien fait gagne donc à être soutenu par la rédaction d'un dossier complet et pertinent.

Pour la prise en charge d'un patient, le sommaire constitue un outil de choix, dans lequel l'information est synthétisée et présentée de façon claire, concise et facilement accessible.

Somme toute, l'amélioration de la rédaction et de la tenue des dossiers bénéficiera tant au médecin qu'au patient à qui on souhaite offrir des soins de la meilleure qualité possible.

13. Le guide d'exercice *Les ordonnances faites par un médecin*, publié en mai 2005, peut être consulté dans le site Web du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org, section Médecins membres, Publications.

14. La « Fiche d'autoévaluation des dossiers médicaux », présentée à l'annexe H, peut être photocopiée pour utilisation. Elle peut également être téléchargée sur le site Web du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org, section Médecins membres, mot-clé « Tenue des dossiers ».



Annexes

A	Sommaire du dossier	35
B	Liste des médicaments	37
C	Feuille de suivi — diabète de type 1 ou de type 2	39
D	Feuille de suivi — maladies cardiovasculaires	41
E	Feuille de suivi — traitement anticoagulant	43
F	Évaluation médicale périodique de l'adulte	45
G	Examen de Folstein sur l'état mental	47
H	Fiche d'autoévaluation des dossiers médicaux	49

Feuille de suivi — diabète de type 1 ou de type 2

N° de dossier _____

Début de la maladie _____

Nom _____

Facteurs de risque : Tabagisme Alcool Sédentarité HTA HVG
 Néphropathie MCAS Insuffisance cardiaque ICT/AVC

Enseignement au Centre de jour du diabète : date _____ Vaccin antipneumococcique

	CIBLES*	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :	DATE :
TA	130/80						
Poids							
IMC	≤ 25						
Glycémie à jeun	4 à 7						
Glycémie PC	5 à 10						
HbA _{1c} q3 à 6 mois	≤ 7 %						
Cholestérol T							
C-HDL							
C-LDL	< 2,0						
CT/C-HDL	< 4						
TG							
Créatinine							
K ⁺							
TSH							
AST/ALT/CK							
Microalbuminurie							
ECG	> 40 ans						
R-X poumons							
Échocardiographie							
Pouls périphériques							
Orteil : vibration/monofilament							
Examen des pieds							
Endocrinologie							
Ophthalmologie							
Cytologie							
Mammographie							
Hémocult							
Vaccin grippe							
Vaccin (diphtérie, coqueluche, tétanos)							

* Cibles à réévaluer selon les dernières recommandations.

Annexe C

Feuille de suivi — traitement anticoagulant

Nom du patient _____	Nom du médecin traitant _____
Date de naissance _____	N° de téléphone du médecin _____
Indication de l'ACO _____	N° de téléphone de la pharmacie _____
Intervalle visé (RNI) _____	Lieu des prélèvements _____
Durée du traitement _____	_____
Teneur des comprimés _____	Personne de soutien _____

Dosette

DATE	RNI	DOSE PRISE	DOSE TOTALE PAR SEMAINE	OUBLI DE PRENDRE UNE DOSE	MODIFICATION DE LA DIÉTÉ	MODIFICATION DES MÉDICAMENTS	SAIGNEMENT	CONDUITE CLINIQUE Dose warfarine et prochain RNI	INITIALES
			Note:						
			Note:						
			Note:						
			Note:						
			Note:						
			Note:						
			Note:						
			Note:						

COMMENTAIRES :

Annexe E

ÉVALUATION MÉDICALE PÉRIODIQUE DE L'ADULTE

Nom : _____ Dossier n° : _____

		ANNÉE	
À DEMANDER	Tabagisme	TOUS	
	Alimentation		
	Activité physique		
	Violence familiale		
	Counselling I.T.S.S.		
	Abus d'alcool		
	Dépression (si facteurs de risque)		
	Acide folique (jeune femme)		
	Facteurs de risque ostéoporose		
	Seins (mammo, changements notés)		50 +
	Prostate (counselling dépistage)	60 +	
	Chute ou fracture		
	Déficit cognitif (si troubles de mémoire)		
À EXAMINER	Tension artérielle	TOUS	
	Poids		
	IMC et tour de taille		
	Peau (rechercher anomalies)		
	Vision		
	Cytologie cervicale	♀	
À FAIRE	Bilan lipidique	40 +♂ 50 +♀	
	Glycémie	40 +	
	Mammographie	50 +	
	Dépistage cancer colorectal		
	DÉPISTAGE	Selon les risques	
	Gonorrhée		
	Syphilis		
	Chlamydia		
	VIH		
	Hépatite B et C		
	IMMUNISATION		
	Rougeole-rubéole-oreillons		
	Varicelle		
	Hépatite A et B		
	Pneumocoque, zona		
	Influenza chaque année		
	dcaT puis d ₂ T ₅ aux 10 ans	TOUS	
	Virus du papillome humain	♀	
	Spirométrie (fumeurs symptomatiques)	40±	
	Ostéodensitométrie	65 +	
Écho abdominale (anévrisme aorte)			

E) Langage (suite)

COTE
MAXIMALE COTE
DU SUJET

9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante :

« FERMEZ VOS YEUX »

1 ()

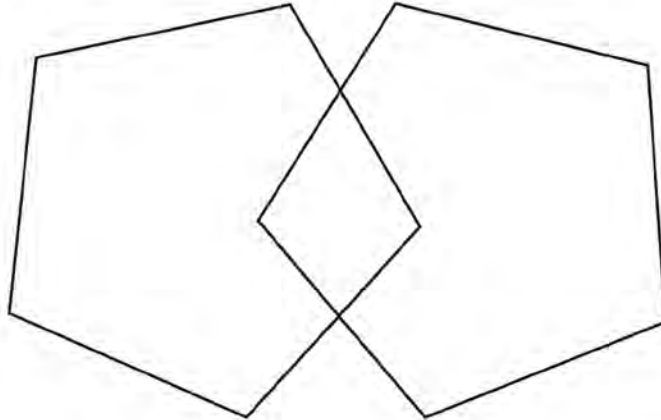
10- Demander au sujet d'écrire une phrase :

1 ()

(sujet, verbe, sans égard aux fautes)

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant :



1 ()

COTE MAXIMALE : **30**

COTE DU SUJET : _____

Interprétation des scores :

Un score de moins de 24 points à l'examen de Folstein sur l'état mental détermine une altération des fonctions cognitives. Ce test ne permet cependant pas de faire un diagnostic étiologique.

Nombre d'années de scolarité du sujet : _____ Évaluer le niveau de conscience du sujet : vigilant somnolent

En cas d'incapacité du sujet à être évalué, spécifier : _____

Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation _____

Date | _____ |
Année Mois Jour

Signature

Fiche d'autoévaluation des dossiers médicaux

L'autoévaluation de ses dossiers médicaux constitue un excellent moyen pour le médecin de mieux cerner les forces et les faiblesses de sa tenue des dossiers. Afin d'aider le médecin à procéder à cet exercice, le Collège des médecins du Québec met à sa disposition la liste de critères explicites pour l'évaluation de la tenue des dossiers médicaux qu'il utilise lors de ses visites d'inspection professionnelle auprès des médecins en exercice.

Annexe H

CRITÈRES DE TENUE DES DOSSIERS	PRÉSENT	NÉCESSITE AMÉLIORATION	S.O.
1. Système de classement des dossiers			
2. Identification complète du patient pour chaque composante du dossier			
3. Rangement des éléments selon la catégorie et la chronologie			
4. Lisibilité adéquate			
5. Consignation des éléments suivants au dossier			
a) Sommaire rempli et mis à jour			
b) Liste des médicaments			
c) Date de chaque consultation			
d) Raison de la consultation			
e) Antécédents familiaux ou personnels			
f) Description et durée des symptômes trouvés à l'anamnèse			
g) Examen physique rédigé avec les éléments positifs et négatifs pertinents			
h) Paramètres fondamentaux (signes vitaux)			
i) Diagnostic principal ou différentiel			
j) Demandes d'examens complémentaires			
k) Demandes de consultation			
l) Ordonnances médicamenteuses avec leur posologie			
m) Autres traitements			
n) Protocoles opératoires			
o) Visites de relance			
p) Pour le suivi d'une clientèle :			
- évaluation médicale périodique présente			
- counseling sur les habitudes de vie			
- révision périodique de la médication			
q) Signature			
6. Documents à verser au dossier			
a) Système en place pour assurer le suivi des résultats anormaux d'examens complémentaires			
b) Résumé des hospitalisations ou des rapports de consultation			
c) Copie des certificats médicaux			
d) Copie des autorisations légales			

Membres du comité de rédaction

Dr Josée Courchesne

*Médecin de famille
Administratrice CA
Collège des médecins du Québec*

Dr Serge Dupont

*Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec*

Dr Yves Gervais

*Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec*

Dr François Goulet

*Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec*

Dr Pierre Julien

*Médecin de famille
Centre médical des générations
Saint-Eustache*

Dr Steven Lapointe

*Direction des enquêtes
Collège des médecins du Québec*

Dr Lyne Laurendeau

*Médecin de famille
CSSS Champlain-Charles-LeMoine*

Dr André Luyet

*Psychiatre
Institut universitaire en santé mentale de Montréal*

Dr Manon Poirier

*Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec*

Dr Ernest Prigent

*Direction des études médicales
Collège des médecins du Québec*

Dr Monique Robert

*Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec*

Dr Marc Billard

*Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec*



Publication du Collège des médecins du Québec

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone: 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur: 514 933-3112
Courriel: info@cmq.org
www.cmq.org

Coordination

Révision linguistique et correction d'épreuves

Graphisme

Collège des médecins du Québec
Les Éditions Rogers Limitée

Illustration

Olivier Lasser

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 2^e trimestre 2013
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 978-2-920548-90-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-920548-91-6 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2013

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



Imprimé sur papier recyclé



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC