

Du nouveau concernant la tenue des dossiers en cabinet comme en établissement

Christiane Larouche

LE COLLÈGE des médecins du Québec a récemment mis à jour le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets*. Le nouveau règlement, entré en vigueur le 31 mai 2012, apporte quelques modifications de substance au règlement antérieur sur la tenue de dossiers. Il s'applique tout autant au dossier médical papier qu'à celui sur support électronique.

Élargissement de la portée du règlement

Alors qu'il visait auparavant la tenue des dossiers au cabinet, le nouveau *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*¹, comme son nouveau titre l'indique, couvre désormais la tenue de dossiers dans tous les lieux de consultation.

En établissement, l'obligation de constituer ou de maintenir un dossier appartient bien sûr à l'établissement suivant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Cependant, en établissement comme en cabinet, le médecin sera dorénavant tenu d'inscrire au dossier médical tous les renseignements exigés par le règlement (article 2). L'objectif de la modification réglementaire est sans conteste de normaliser le contenu de la note médicale et du dossier sans égard au lieu d'exercice du médecin (*tableau*)².

Un seul dossier par patient par lieu d'exercice

Le nouveau règlement prévoit que le médecin doit constituer et maintenir un seul dossier médical par patient par lieu d'exercice (article 4). Cette obligation vise toutes les circonstances pouvant donner lieu à une consultation avec le médecin, que le patient s'adresse à lui directement, qu'il lui soit envoyé par un collègue ou qu'il soit joint par lui, sans égard au lieu de la consul-

tation (article 4).

Aussi à la question fréquente de déterminer si le médecin doit constituer un dossier lorsqu'il dépanne son voisin ou un membre de sa famille, il est maintenant clair que la réponse est affirmative. Même lorsqu'il ne voit pas le patient et qu'il n'effectue qu'une simple consultation téléphonique, le médecin doit constituer et maintenir un dossier (article 4).

Ajouts aux renseignements contenus au dossier

Dorénavant, le médecin devra noter au dossier les diagnostics différentiels lorsque l'état clinique du patient est imprécis (article 6, alinéa 6). On veut ainsi bien faire la distinction entre les cas où un diagnostic peut être posé et ceux où l'état du patient nécessite encore une évaluation.

Le médecin devra également verser au dossier un résumé ou un compte rendu de toute communication avec le patient ou un tiers (article 6, alinéa 13.2). Cette pratique était déjà fortement recommandée, mais elle devient maintenant une norme à respecter.

Enfin, en plus des ordonnances qu'il devait déjà inscrire au dossier, le médecin devra noter la liste des médicaments pris par son patient (article 6, alinéa 13.1). Il devra donc orienter son anamnèse en ce sens lors de chaque consultation. Bien entendu, en plus de révéler les médicaments ayant été prescrits par d'autres médecins, l'anamnèse pourrait aussi mettre au jour des discordances entre les médicaments prescrits et ceux que prend réellement le patient. Il va sans dire que l'information recueillie sera tributaire de la mémoire et de la collaboration du patient.

Avec la disponibilité imminente du Dossier de santé du Québec (DSQ) et des dossiers médicaux électroniques, cette exigence devrait heureusement être grandement facilitée. En effet, le DSQ permettra aux médecins de vérifier les médicaments servis en pharmacie. Sans

M^e Christiane Larouche, avocate, travaille au Service juridique de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Tableau

En cabinet comme en établissement, le médecin doit inscrire au dossier les informations suivantes^{2} :*

1. La date de la consultation, ou de toute inscription au dossier, ainsi que l'heure dans le cas d'une situation d'urgence ou critique.
2. Toute information pertinente relative à un risque de réaction allergique.
3. Les observations médicales recueillies à la suite de l'anamnèse et de l'examen.
4. Toute information relative à un incident, à un accident ou à une complication survenus ou constatés en lien avec la prestation des soins.
5. Les demandes et les comptes rendus des examens complémentaires et des consultations avec un autre médecin ou les demandes de services professionnels.
6. Le diagnostic et **les diagnostics différentiels lorsque la condition clinique du patient est imprécise.**
7. Les ordonnances, les rapports et, le cas échéant, les documents iconographiques concernant les actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques effectués par le médecin ou confiés à une autre personne identifiée.
8. Le compte rendu opératoire de toute intervention chirurgicale **rédigé ou dicté dans les 24 heures suivant cette intervention.**
9. Le compte rendu d'anesthésie, comprenant le nom de toutes les personnes qui y ont participé ainsi que leur rôle respectif.
10. Le rapport d'anatomopathologie.
11. Les autorisations légales.
12. Le rapport d'expertise et la liste des documents ainsi que les documents pertinents en ayant permis la rédaction.
13. 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.
13.1. La liste des médicaments pris par le patient.
13.2. Un résumé ou compte rendu de toute communication avec le patient ou un tiers.
14. Tout autre document pertinent concernant une personne qui le consulte, notamment une indication de la participation de cette personne à un projet de recherche clinique ou à une intervention de santé publique.

* Nous avons mis en gras les ajouts au règlement.

avoir de certitude que le patient les aura bien pris, le médecin aura néanmoins un meilleur portrait de la situation.

Rectification d'une note

Le règlement réitère que toute note au dossier doit être permanente. Il ajoute que lors de la modification d'une inscription au dossier, l'auteur de la note devra s'assurer que l'inscription initiale demeure lisible et devra dater sa modification (article 8).

Dossier médical électronique : assurer l'intégrité des données

Le règlement vient préciser que le médecin qui utilise un dossier médical électronique doit utiliser un logiciel de gestion des documents de sorte que les données déjà inscrites ne puissent être effacées, remplacées ou altérées (article 9). Lors du choix d'un système de dossier médical électronique, le médecin aurait donc intérêt à obtenir des garanties du fournisseur que ses données ne pourront être effacées, remplacées ou altérées.

Période de conservation des dossiers

On maintient la période de conservation des dossiers inactifs à cinq ans, bien que le Collège voulait initialement la prolonger à dix ans. C'est une bonne nouvelle pour tous ceux qui s'inquiétaient d'une prolongation du délai de conservation en cette délicate période de transition vers l'électronique. Plusieurs médecins procèdent actuellement à la numérisation des dossiers médicaux papiers et il eût été inopportun d'ajouter à leur tâche. De plus, la période de cinq ans demeure compatible avec les délais de conservation des dossiers en établissement.

Par ailleurs, on note une grande simplification des règles concernant la conservation des dossiers actifs (article 13). Dorénavant, tout document dont la dernière inscription ou insertion remonte à plus de cinq ans pourra être détruit, à l'exception :

1. des rapports d'anatomopathologie ;
2. des rapports d'endoscopie ;
3. des comptes rendus opératoires et d'anesthésie de chirurgies majeures.

Voilà qui devrait faciliter l'épuration des dossiers actifs afin d'en réduire le volume inutile, tant pour leur conservation que pour leur numérisation.

Registre des consultations avec et sans rendez-vous

Jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau règlement, le registre des rendez-vous devait faire état de toutes les per-

sonnes qui avaient consulté le médecin, y compris celles qui avaient été évaluées à domicile. Dorénavant, le registre devra également faire état des consultations sans rendez-vous (article 19).

Registre des incidents et accidents

On connaît maintenant mieux le rôle des registres locaux des incidents et des accidents créés dans les établissements afin d'assurer la mise en place de systèmes de surveillance conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Dorénavant, le médecin qui exerce hors établissement aura lui aussi l'obligation de confecturer un tel registre lorsqu'il réalise une « intervention médicale effractive requérant une anesthésie, une sédation ou une analgésie » (article 19, alinéa 2.1).

Plusieurs interventions médicales ou chirurgicales sous anesthésie, sédation ou analgésie ont lieu dans les centres médicaux spécialisés. Des registres d'accidents et d'incidents y sont donc requis. Qu'en est-il des cabinets privés où sont effectuées des interventions médicales de moindre envergure ? Devront-ils désormais tenir de tels registres ?

En visant les interventions médicales effractives, et pas seulement les interventions chirurgicales, il va de soi que le Collège souhaitait ratisser plus large. Cependant, après vérification auprès du secrétaire général du Collège des médecins, le D^r Yves Robert, il est clair que l'intention du Collège était de cibler les interventions pouvant engendrer des risques sérieux pour la santé et la sécurité du patient. Aussi, ne seraient donc pas touchées les interventions bénignes suivantes, régulièrement pratiquées en cabinet :

- l'exérèse de lésions cutanées ou sous-cutanées (verruës, kystes sébacés, acrochordons, lipomes, lésions non pigmentaires, lésions kérato-actiniques, etc.) ;
- les sutures ;
- les traitements des brûlures ;
- l'exérèse de corps étrangers superficiels ;
- la biopsie cutanée ;
- l'incision et le drainage d'un abcès superficiel ;
- la petite chirurgie de la main ;
- la réduction fermée d'une fracture simple ou d'une luxation d'une petite articulation (orteil ou doigt).

Il en est de même des interventions médicales de nature esthétique telles que :

- les traitements au laser ;
- les injections de Botox ou de Juvéderm, etc.

Cependant, les liposuccions seraient des interventions médicales effractives clairement visées par ce registre.

Appareils, matériel, instruments et médicaments

Le médecin devait déjà posséder les appareils, le matériel, les instruments et les médicaments appropriés à son exercice professionnel. Il devra dorénavant s'assurer, en plus, de détenir les effets « lui permettant de répondre aux situations urgentes propres au contexte de son exercice professionnel » (article 20). À cet égard, il appartient à chacun d'évaluer le contexte de sa pratique et le niveau de risques de survenance de situations d'urgence. Dans certains cas, les équipements appropriés devraient inclure des défibrillateurs externes, comme le suggère le guide du Collège sur les procédures et interventions en milieu extrahospitalier³.

Autre nouveauté, le médecin qui n'exerce pas dans un centre exploité par un établissement devra conserver les documents faisant état des mesures de vérifications et d'entretien effectuées sur ses équipements (article 23).

Aménagement du cabinet

Enfin, dernière nouveauté en lien avec l'aménagement du cabinet de consultation : le médecin aura l'obligation de s'assurer que l'évacuation puisse être facilitée en cas d'urgence (article 41).

NOUS NE SAURIONS trop insister sur l'importance d'une bonne tenue de dossiers. Le Collège des médecins accorde une grande importance à cet aspect de la pratique médicale. L'Association canadienne de protection médicale s'investit également à fond pour promouvoir les bonnes pratiques à cet égard.

Un dossier médical bien documenté fournit au médecin et aux membres de l'équipe soignante les informations pertinentes sur le patient et témoigne du raisonnement médical. Il facilite ainsi la continuité du suivi et permet de planifier adéquatement les évaluations et les traitements nécessaires.

Une mauvaise tenue des dossiers est généralement perçue négativement et augmente significativement les risques de conclusions défavorables en ce qui a trait à la qualité des soins.

Prendre le temps de soigner ses notes est donc en réalité du temps bien investi ! 📖

Bibliographie

1. Collège des médecins du Québec. *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*. c. M-9, r. 20.3.
2. Collège des médecins du Québec. *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, c. M-9, r. 20.3, article 6.
3. Collège des médecins du Québec. *Guide d'exercice : Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*. Montréal : Le Collège ; 2011.