



JUIN 2018

GUIDE DE RÉDACTION DE LA NOTE AU DOSSIER DE L'USAGER POUR LES MEMBRES DU CM ET DU CII



**Direction des services
multidisciplinaires
Direction des soins
infirmiers**

Rédaction et comité de travail

Ce Guide de rédaction de la note au dossier de l'utilisateur est une réalisation de la Direction des services multidisciplinaires (DSM), volet Soutien à la pratique, en collaboration avec la direction adjointe – Gestion de l'information clinique de la DSM et la Direction des soins infirmiers (DSI)- Soutien à la pratique.

Équipe de rédaction

COGGINS, Pascale, agente de planification, de programmation et de recherche
LAFRENIÈRE, Chantal, chef de service archives et réception CLSC urbains
OUELLET, Mathieu, agent de planification, de programmation et de recherche
OUELLETTE, Chantale, conseillère-cadre

Équipe de la DSI

ÉTHIER, Anne, conseillère-cadre
POTVIN, Martine, directrice adjointe soutien à la pratique

Correction et mise en page

RODGERS, Sandra-Ann, technicienne administrative, DSM
ST-FLEUR-RENÉ, Elsie, agente administrative, DSM
TAMOU, Solange, technicienne administrative, DSM

Avec la collaboration des membres du comité consultatif et de lecture :

Membres du comité de lecture

BOLDUC, Nadia, psychoéducatrice, DSMD
BOURASSA, Claude, conseiller en soins infirmiers en médecine-chirurgie, DSI
DION, Isabelle, Inhalothérapeute, DSAPA
FORTIN, Mélanie, travailleuse sociale, DSMD
GOYETTE, Mario, superviseur clinique, DPJ
GRAY, Jennifer, ergothérapeute, DSAPA
LEMIEUX, Marlène, psychologue, DPJ
TREMBLAY, Mélanie, spécialiste en activités cliniques, DDI-DP-TSA
YOUNG, Jessica, conseillère en soins infirmiers, médecine et chirurgie – intérimaire, DSI

Membres du comité consultatif

BISAILLON, Charline, psychoéducatrice, DJ
BOIVIN, Sara, travailleuse sociale, DSAPA
JOANISSE, France, archiviste médicale, DSM
LAFRENIERE, Chantal, chef de services des archives et réceptions, CLSC urbains, DSM
MASSÉ, Mariane, chef de service par intérim, soutien à domicile, DDI-DP-TSA
PROULX, Chantal, travailleuse sociale, spécialiste en activités cliniques, DDI-DP-TSA
YOUNG, Jessica, conseillère en soins infirmiers, médecine et chirurgie – intérimaire, DSI



Remerciements...

Nous tenons à remercier chacune des personnes ayant contribué à l'élaboration de ce Guide de rédaction de la note au dossier de l'utilisateur et particulièrement, le comité consultatif et de lecture. Votre temps, vos commentaires et votre participation active ont permis des échanges captivants, contribuant à la réalisation de ce Guide.



Remerciements...

MERCI aux Directions soutien qui par leur expertise ont apporté des nuances et des précisions pertinentes :

Direction de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique (DQEPE)

DELISLE, Émilie, conseillère-cadre à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité

Direction des Ressources Humaines, des Communications et des Affaires Juridiques (DRHCAJ) HENRICHON, Marie-Ève Me, avocate

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)

Comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers (CECII)

LÉGENDE



Remerciement ...



Particularités pour les soins infirmiers



Attention...



Important – À retenir ...



Exemple de note incomplète

TABLE DES MATIÈRES

Glossaire.....	1
Définition des concepts.....	2
Préambule.....	4
Introduction	5
1. Cadre législatif, déontologique et normatif	6
2. Dossier de l'utilisateur	7
3. Note au dossier de l'utilisateur	8
4. Fonction de la note.....	10
5. Caractéristiques de la note selon les meilleures pratiques	11
5.1. QUALITÉ D'UNE NOTE	11
5.2. STANDARDS DE QUALITÉ POUR LA RÉDACTION D'UNE NOTE.....	13
5.3. DÉLAIS DE RÉDACTION D'UNE NOTE.....	14
5.4. INSCRIPTION TARDIVE.....	14
6. Contenu de la note au dossier de l'utilisateur	16
6.1. CONTENU RECOMMANDE	16
6.2. CONTENU A PROSCRIRE	17
7. Cadre de rédaction de la note au dossier de l'utilisateur	18
7.1. UTILISATION DES CITATIONS	18
7.2. UTILISATION DES ABRÉVIATIONS.....	18
7.3. INSCRIPTION DES PERSONNES RENCONTRÉES OU CITÉES.....	18
7.4. RÉDACTION DES NOTES AU DOSSIER DE L'USAGER RÉFÉRANT À DES RAPPORTS, ÉVALUATIONS OU AUTRES FORMULAIRES.....	18
7.5. STRATÉGIES POUR BIEN SE PRÉPARER À LA RÉDACTION DE LA NOTE	19
8. Différents types de note	20
8.1. NOTE EN LIEN AVEC UNE INSATISFACTION OU UNE PLAINTÉ	20
8.2. NOTE DE FERMETURE D'ÉPISODE DE SOINS OU DE SERVICES.....	21
8.3. NOTE INCOMPLETE	22
8.4. NOTE DE TIERS.....	23
8.5. NOTE EN LIEN AVEC UN SIGNALEMENT	26
8.6. NOTE DE STAGIAIRE	26
8.7. NOTE LIÉE À L'OBTENTION D'UN CONSENTEMENT LIBRE, ÉCLAIRÉ ET CONTINU.....	27
9. Autres dispositions	29

9.1.	LANGUE DE RÉDACTION DES NOTES AU DOSSIER DE L'USAGER	29
9.2.	RESPECT DES RÈGLES GRAMMATICALES DE LA LANGUE FRANÇAISE	30
9.3.	UTILISATION DES COURRIELS, TÉLÉCOPIES ET MESSAGES TEXTES	31
9.4.	CORRECTIONS OU DEMANDE DE RECTIFICATION DE LA NOTE	32
9.5.	SIGNATURE – MANUSCRITE ET ÉLECTRONIQUE	32
9.6.	NORMES D'ÉCRITURE OU DE RÉDACTION	33
Conclusion		35
Annexe 1 – Assises légales		36
Annexe 3 – Contenu d'une note au dossier de l'utilisateur		38
Annexe 4 – Différentes méthodes de rédaction d'une note		39
Annexe 5 – Inscription des personnes rencontrées ou citées		43
Annexe 6 – Correction ou rectification d'une note		44
Références		46

GLOSSAIRE

CEPIA :	Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire
CEPI :	Candidates à l'exercice de la profession d'infirmière
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CHSLD :	Centre d'hébergement de soins et de longue durée
CIPS :	Candidates infirmières praticiennes en soins spécialisés
CLPQS :	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC :	Centre local des services communautaires
DCI :	Dossier clinique informatisé
DDI-DP-TSA :	Direction programmes déficiences (déficience intellectuelle, déficience physique, trouble du spectre de l'autisme)
DJ :	Direction des programmes jeunesse
DMÉ :	Dossier médical électronique
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
DQEPE :	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
DRHCAJ :	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DSAPA :	Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées
DSI :	Direction des soins infirmiers
DSM :	Direction des services multidisciplinaires
I-CLSC :	Système d'information sur la clientèle et les services des Centres locaux des services communautaires
IPS :	Infirmières praticiennes en soins spécialisés
LADOPPRP :	Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels
LPJ :	Loi de la protection de la jeunesse
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
OPTSQ :	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
PACQ :	Plan d'amélioration continue de la qualité
PIJ :	Système d'information clientèle du Projet Intégration Jeunesse
PTI :	Plan thérapeutique infirmier
POR :	Pratique organisationnelle requise
SAD :	Soutien à domicile
SI :	Système informatisé
SIC :	Système d'information et de communication
SIPAP :	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

DÉFINITION DES CONCEPTS

Dans ce présent Guide, le terme « la note » fait référence à la « note au dossier de l'utilisateur » et il sera utilisé dans le but d'alléger le texte.



Particularités pour les soins infirmiers

Dans le langage des soins infirmiers, le terme note d'évolution est maintenant utilisé plutôt que notes d'observation. Cette expression illustre mieux le fait que les informations consignées au dossier de l'utilisateur reflètent l'évolution de sa situation de santé. De plus, l'expression notes d'observation est restrictive dans la mesure où l'on doit y trouver bien plus qu'un compte rendu des observations.

(OIIQ, 2002)

Plan d'intervention

À noter que l'appellation de l'acronyme « PI » fait référence à l'ensemble des types de plans d'intervention pouvant se retrouver au dossier de l'utilisateur : plan d'intervention (PI), plan d'intervention interdisciplinaire (PII), plan de services individualisé (PSI). L'objectif commun est de « favoriser la décision partagée entre l'utilisateur et l'intervenant d'une seule discipline ou avec les intervenants de plus d'une discipline d'un même établissement ou encore les intervenants de divers établissements »¹.

Plan thérapeutique infirmier (PTI) :

Adopté par l'OIIQ, le PTI est une norme de documentation des décisions cliniques de l'infirmière ou de l'infirmier dont l'objectif est d'assurer un suivi optimal du patient² et qui doit se retrouver au dossier.

Professionnel et intervenant

Aux fins de ce document, les termes « professionnel » et « intervenant » seront utilisés indistinctement. Ils font référence au personnel clinique impliqué dans la prestation d'un soin ou d'un service du CISSS de l'Outaouais, incluant les stagiaires et les professionnels appartenant ou non à un ordre professionnel.

Usager

Le terme « usager » inclut d'emblée la personne (client, patient, bénéficiaire, résident) comme partenaire de soins et de services. Selon le contexte, les proches peuvent également être considérés comme étant des usagers.

¹ CSSG, 2015, p. 8

² OIIQ, 2018

Système informatisé

Les directions programmes services du CISSS de l'Outaouais comptent plusieurs systèmes informatisés (ex : module SIC-PLUS du I-CLSC, SIPAD, PIJ, DCI, DMÉ, MED-Urgé, Med-Soins+, Nephrocare, MedOnc, RadOnc, etc.). Le terme « système informatisé » (SI) sera utilisé dans ce Guide pour désigner l'ensemble de ces systèmes pouvant être utilisé pour la rédaction de notes au dossier de l'utilisateur.

PRÉAMBULE

Ce Guide de rédaction de la note au dossier de l'utilisateur se veut un outil pour diriger et éclairer le processus d'amélioration continue de la pratique professionnelle. Ce document de référence soutient les gestionnaires et les professionnels dans la rédaction des notes afin d'améliorer la qualité de la note au dossier de l'utilisateur et d'harmoniser la pratique au sein du CISSS de l'Outaouais.

Il présente les généralités en matière de rédaction des notes et en aucun cas il ne se substitue aux normes et aux règlements établis par les ordres professionnels ainsi qu'à leur formation au sujet de la tenue de dossier.

Il s'agit d'un document évolutif appelé à être révisé et qui vise les meilleures pratiques. Cette version s'adresse aux professionnels, aux stagiaires et aux gestionnaires du CISSS de l'Outaouais. Pour ce Guide, les professionnels inclus les infirmières, les infirmières auxiliaires, les infirmières praticiennes en soins spécialisées (IPS), les candidates infirmières praticiennes en soins spécialisées (CIPS), les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), les candidates à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire (CEPIA), les externes en soins infirmiers et les stagiaires en soins infirmiers qui exercent au CISSS de l'Outaouais. Les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes ne sont pas concernés par cette édition du Guide de rédaction de la note au dossier de l'utilisateur. Il est rédigé en conformité avec les lois et règlements en vigueur et les exigences des ordres professionnels de même qu'en respect des droits des usagers. La rédaction de nouveaux volets pourra compléter ce Guide dans les prochaines années.

INTRODUCTION

Le dossier de l'utilisateur constitue un document légal à valeur juridique, un outil scientifique, un atout administratif qui facilite le travail en interdisciplinarité. Il répond aux exigences des différentes législations en vigueur. L'établissement doit tenir un dossier pour chacun des usagers à qui il offre des soins et des services. Ce dossier fournit en tout temps une information à jour, factuelle, objective, pertinente, organisée et protégée.

La note est une composante du dossier de l'utilisateur. Elle fait partie intégrante de l'intervention puisqu'elle témoigne des soins et des services rendus à l'utilisateur de façon précise et chronologique.

Pour appuyer la rédaction du présent Guide, il y a eu consultation des documents existants, recension de plusieurs écrits portant sur les meilleures pratiques en lien avec les notes et validation auprès de divers intervenants et gestionnaires pour s'assurer de la cohérence avec les normes et les règlements des différents ordres ou associations professionnelles.

Ce Guide est un outil clinique organisationnel dont la finalité est de maintenir et d'améliorer la qualité de la rédaction des notes au dossier de l'utilisateur. Il présente les généralités en matière de dispositions légales, de procédures cliniques de même qu'administratives et il précise les normes de pratique attendues relativement à l'inscription des notes.

1. CADRE LÉGISLATIF, DÉONTOLOGIQUE ET NORMATIF

Cadre législatif : Pour tous les établissements publics en santé et services sociaux, ce sont la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (LADOPPRP) qui dictent la plupart des orientations légales. Ces Lois établissent des obligations sur la tenue d'un dossier, tant sur l'ouverture, le contenu, la rédaction des notes, la confidentialité que sur le droit d'accès. Sans faire une énumération exhaustive des articles de lois et règlements en vigueur, l'annexe 1 présente les lois, chartes et règlements qui servent de référence légale à la rédaction de la note.

Cadre déontologique : Le dossier de l'utilisateur est un document légal à valeur juridique. Les informations qui y sont consignées appartiennent à l'utilisateur. Toutefois, ce sont les établissements qui en ont la garde légale. Ces informations sont protégées par l'obligation du secret professionnel pour les professionnels membres d'un ordre professionnel et par les obligations légales et éthiques de la confidentialité pour tout le personnel œuvrant au sein du CISSS de l'Outaouais.

Cadre normatif :

- **Organisme accréditeur des établissements**

L'obtention d'une accréditation est la reconnaissance, par une autorité externe compétente, de la conformité de notre organisation aux plus hauts standards de qualité et de sécurité et atteste de notre engagement envers l'amélioration continue de nos pratiques. Il s'agit par ailleurs d'une obligation légale inscrite dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).

La tenue de dossier est un aspect important d'une démarche clinique sécuritaire pour l'utilisateur. Il est ainsi requis que le dossier de l'utilisateur soit **exact, à jour, complet et protégé**. Le dossier doit par ailleurs être organisé et les renseignements qui s'y trouvent doivent être standards.

Les principes énumérés dans le présent Guide reprennent l'essentiel des exigences des organismes accréditeurs au sujet de la tenue de dossier et plus spécifiquement de la note au dossier. La rigueur de cette démarche nous rappelle que la tenue de dossier doit être réalisée en partenariat avec l'utilisateur et ses proches; les soins ou services offerts à l'utilisateur doivent être significatifs pour lui et construits avec lui. La compréhension des renseignements de même que son consentement doivent être appréciés à chaque étape du processus de soins et de services.

- **Système informatisé (SI)**

Chaque SI est régi par un cadre normatif dans lequel une description détaillée des spécifications et des exigences informatiques et administratives relatives à la note est présentée. Le personnel ayant à consigner des notes sous format électronique doit respecter ce cadre normatif.

- **Ordre professionnel**

Le personnel clinique du CISSS de l'Outaouais doit respecter les recommandations de l'établissement en termes de rédaction des notes au dossier de l'utilisateur. Considérant que les ordres professionnels ont établi des normes et des règlements spécifiant que la tenue de dossier constitue un acte professionnel, le personnel membre d'un ordre professionnel doit également se conformer à ces exigences.

2. DOSSIER DE L'USAGER

Tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux a l'obligation de tenir un dossier pour chacun des usagers qui reçoit des soins ou des services auprès de l'établissement³. Ce dossier est un recueil d'informations chronologiquement organisé dans un fichier, identifié par un numéro unique et constitué par le CISSS de l'Outaouais.



Ce qu'il faut se rappeler

Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée (Charte des droits et libertés de la personne, 2017). Le dossier de l'utilisateur est confidentiel et nul ne peut y avoir accès sans le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal (LSSSS, mars 2017).

En ce sens, il importe d'agir avec loyauté en évitant de transmettre des informations inscrites au dossier de l'utilisateur et en s'assurant que quiconque ne puisse consulter un dossier dont nous avons la garde afin de protéger la confidentialité des données qui s'y trouvent. Le personnel des établissements n'a accès qu'aux informations nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Seuls les intervenants impliqués auprès de l'utilisateur ont accès au dossier. Cet accès prend fin lorsque l'épisode de soins ou de services est terminé.

Le dossier de l'utilisateur contient des documents relatifs aux étapes du processus clinique. On y retrouve des rapports d'évaluation, des plans d'intervention, des notes évolutives, des photos, des documents reliés aux monitorings, des films radiologiques, des cédéroms et des données électroniques reliées à l'utilisateur et à ses proches. Toutes les données pertinentes à un suivi sont incluses dans le dossier de l'utilisateur. Les notes de type « brouillon » sont considérées comme étant des données brutes qui ne doivent, en aucun cas, se retrouver dans le dossier de l'utilisateur. L'intervenant peut également se référer à la *Politique de gestion et circulation de l'information clinique*⁴ P-034 du CISSS de l'Outaouais ou aux services des archives afin de s'assurer des pratiques à respecter.

³ Ménard & Martin, 2007

⁴ CISSS de l'Outaouais, 2017c

3. NOTE AU DOSSIER DE L'USAGER

Chaque intervention auprès d'un usager doit être consignée dans une note à son dossier et contenir toutes les informations pertinentes concernant le suivi de l'usager, de même que les soins et services qui lui sont offerts par l'établissement. Cette note peut être rédigée sur une feuille assignée à cette fin selon le secteur d'activités ou dans le SI.

La note est :

- ② Une représentation chronologique de toutes interventions réalisées par un professionnel, un stagiaire ou un gestionnaire auprès d'un usager ;
- ② Le résultat d'une décision ;
- ② La preuve de la réalisation des actes professionnels.

Ce qui n'est pas inscrit au dossier est considéré comme non fait !



La note au dossier de l'usager permet de faire des liens entre la situation de l'usager et les autres informations incluses dans son dossier. La rédaction de notes est un acte professionnel qui témoigne de l'évolution et de la collaboration de l'usager à chacune des étapes du processus clinique (voir schéma 1).



Particularités pour les soins infirmiers

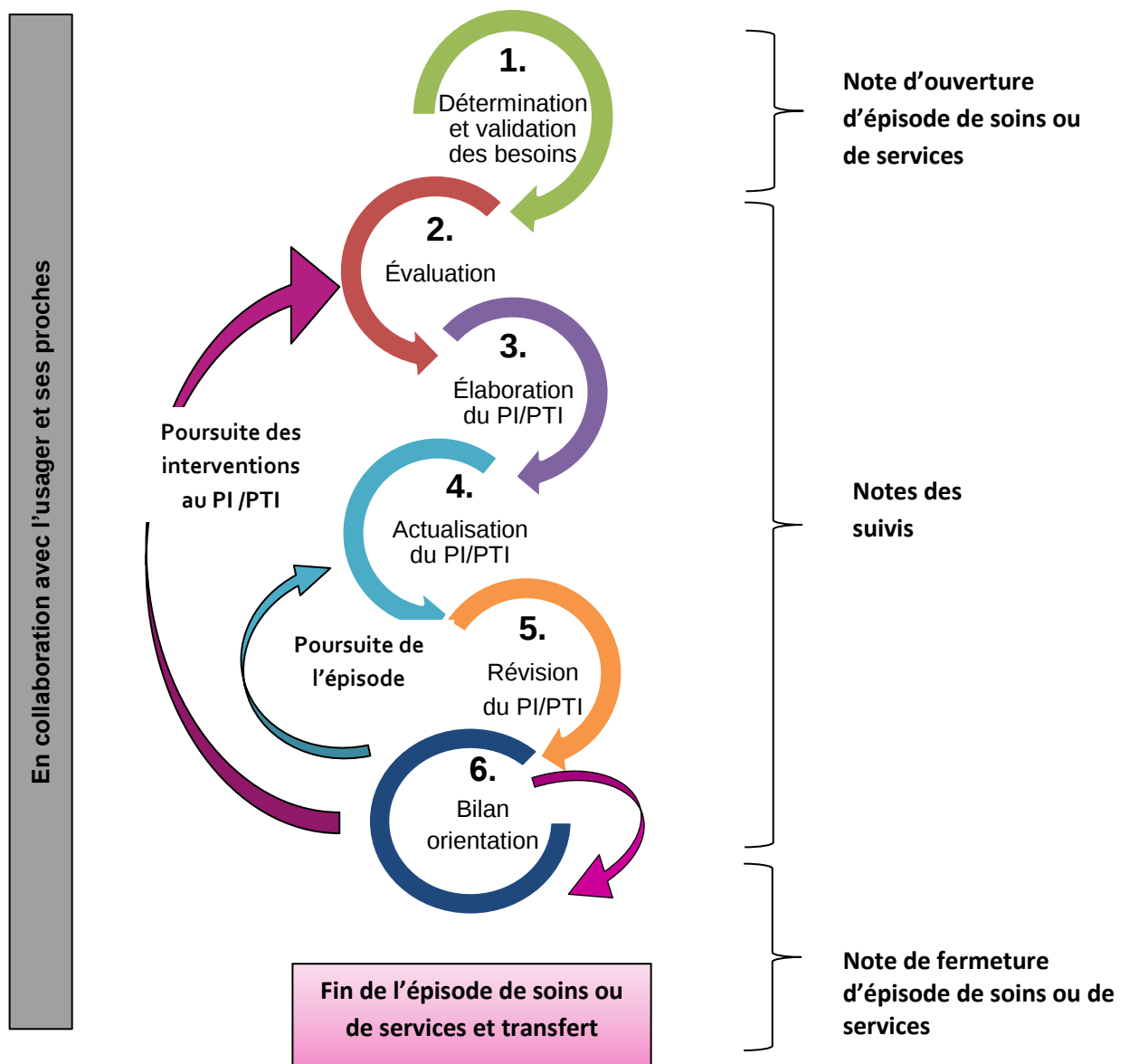
La démarche de sécurité des soins est un processus, adapté aux infirmières et aux infirmiers, qui décrit un ensemble d'activités cliniques. Ce processus inclut le PTI et il est constitué de quatre grandes étapes (collecte des données, analyse des données, planification et intervention) telles qu'illustrées au schéma 2.

Cette collaboration est un incontournable puisque l'usager est « reconnu comme un partenaire de l'équipe soignante avec laquelle il partage ses savoirs expérientiels, de la même façon que l'équipe soignante partage son expertise clinique avec lui. L'usager exerce par ailleurs un leadership décisionnel dans son plan d'intervention, lequel répond à ses attentes, ses objectifs et ses besoins »⁵.

Bien que l'appellation puisse varier d'une profession ou d'une équipe à l'autre, le dossier de l'usager contient, outre les autres documents reliés au processus clinique, une note d'ouverture d'épisode de soins ou de services, des notes de suivis et une note de fermeture d'épisode de soins ou de services. Lors de la rédaction d'une note d'ouverture de dossier et de fermeture d'épisode de soins ou de services, les mentions suivantes, au début de la note, s'appliquent : « **Note d'ouverture d'épisode de soins ou de services** » ou « **Note de fermeture d'épisode de soins ou de services** » ou leurs équivalents en fonction des appellations choisies.

⁵ CISSS de l'Outaouais, 2017a, p.3

SCHÉMA 1 – LES ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE^{6 7}



⁶ CRDITED – Pavillon du Parc, 2015

⁷ À noter que l'appellation de l'acronyme « PI » fait référence à l'ensemble des types de plans d'intervention pouvant se retrouver au dossier de l'utilisateur : plan d'intervention (PI), plan d'intervention interdisciplinaire (PII), plan de services individualisé (PSI). L'objectif commun est de « favoriser la décision partagée entre l'utilisateur et l'intervenant d'une seule discipline ou avec les intervenants de plus d'une discipline d'un même établissement ou encore les intervenants de divers établissements » (CSSSG, 2015, p. 8). Le PTI est une norme de documentation des décisions cliniques de l'infirmière.

4. FONCTION DE LA NOTE

Les notes au dossier de l'utilisateur ont plusieurs fonctions, dont celle d'assurer la continuité, la qualité et la cohérence des soins et des services rendus à l'utilisateur. Le contenu des notes doit être:

- ⊗ Pertinent aux interventions effectuées ou aux services rendus;
- ⊗ Nécessaire pour répondre aux besoins du ou des usagers ;
- ⊗ Indispensable à l'accomplissement du travail des autres professionnels de la santé ⁸.

De façon plus spécifique, les principaux objectifs de la note au dossier de l'utilisateur sont les suivants:⁹

- ⊗ Répondre aux exigences légales;
- ⊗ Relater de façon succincte des actes, des faits, des soins, des traitements, des situations ou des événements qui sont jugés significatifs pour l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur et pour le suivi des interventions réalisées;
- ⊗ Fournir, en temps opportun, l'information concernant l'utilisateur et pour laquelle celui-ci ou son représentant légal a droit d'accès;
- ⊗ Fournir, en temps opportun, un moyen efficace de communication entre les intervenants et faciliter le partage d'informations et la planification des interventions;

⁸ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 2015, p.8

⁹ CRDITED - Pavillon du Parc, 2006 (Cette section est une reprise presque intégrale du Cadre de référence et guide pour la rédaction des notes significatives du Pavillon du Parc).

- Ⓢ Servir de preuves des actes et des faits observés (des signes et symptômes) ou collectés par des examens para cliniques;
- Ⓢ Servir aux fins d'évaluation de la qualité des services rendus, d'étude ou de recherche.



Particularités pour les soins infirmiers

- Ⓢ Démontre une structure de rédaction des notes de l'infirmière auxiliaire qui intègre l'observation, l'intervention et suivi au PTI, aux directives cliniques.
- Ⓢ Justifier les décisions prises au PTI, aux directives cliniques.

5. CARACTERISTIQUES DE LA NOTE SELON LES MEILLEURES PRATIQUES



Attention...

Ce qu'il faut toujours garder en tête...

« Les notes [...] doivent être écrites de façon à ce que la personne qui les lit, étant extérieure à la situation, en ait une compréhension claire et objective sans avoir été le témoin direct ».

(Brassard, 2013, p. 108)

5.1. Qualité d'une note

La qualité des notes au dossier doit respecter certains critères de qualité. Ces critères permettent de remplir leurs fonctions et de dresser un portrait de la situation de santé et des soins prodigués.

Pertinente

Note qui fait référence à tout ce qui est relatif à l'utilisateur, à sa situation et à son évolution. Une note est jugée pertinente lorsqu'elle offre des informations sur les décisions cliniques, les soins et les services rendus et les réactions de l'utilisateur. Elle est utile à la continuité des soins et des services et à l'accomplissement du travail des autres professionnels. Le jugement clinique permet de déterminer les informations pertinentes à inclure dans une note.



Important – à retenir...

Les éléments suivants définissent la pertinence d'une note :

- Relative à l'utilisateur
- Indique son état de santé actuel
- Informe des soins effectués
- Informe des réactions de l'utilisateur
- Apporte des éléments nouveaux, des signes de détérioration et d'amélioration

Exacte, véridique et factuelle

Note dont les faits sont rapportés tels qu'ils ont été observés. Les interprétations s'appuient sur des faits observés. Le contenu subjectif rapporté par l'utilisateur est placé entre guillemets.



Important – à retenir...

- Éviter les termes vagues tels que « sembler » et la conjugaison de verbes au conditionnel.
- Éviter un contenu subjectif comme dans l'exemple suivant : « *Madame Cloutier a une faible estime de soi* ».
- L'exemple suivant est une bonne pratique : en se confiant sur ses relations familiales, monsieur se dévalorise: « Je ne suis bon à rien, mes frères sont mieux que moi, on me laisse toujours de côté ».
- Données objectives recueillies par les sens ou à l'aide d'instruments de mesure.
- Données subjectives décrites par l'utilisateur, ce qu'il vous dit. Doit contenir que des faits. Un fait est ce qui arrive naturellement, une action, un événement, la manière dont cela s'est passé. C'est une chose avérée, la vérité certaine.

Organisée

Note qui respecte la chronologie du déroulement des événements et qui est rédigée suivant un ordre logique. L'information est organisée et rend compte d'une démarche professionnelle structurée, d'une pratique réflexive et permet de suivre l'évolution du processus clinique.

Concise

Note succincte qui exclut les mots superflus et les détails inutiles pour faciliter la compréhension de l'information. La note doit contenir seulement les détails pertinents selon le raisonnement clinique du professionnel.



Important – à retenir...

- Éviter les phrases trop longues, trop vagues et la narration sauf lorsque nécessaire, puisque cela alourdit la lecture des notes.
- Brève, mais dense d'information.
- Utiliser des échelles de mesure.
- Utiliser une terminologie scientifique : hématurie, céphalée, respiration de Cheyne—Stokes.

Précise

Note inscrite en termes descriptifs, qui ne prête à aucune interprétation et qui exclut toute approximation. Les jugements de valeur et les qualificatifs sont à éviter. Les faits sont rapportés en termes observables et mesurables. Note suffisamment claire pour permettre d'identifier l'utilisateur, ses proches et les différents intervenants présents en plus de pouvoir être comprise par tous ceux qui seront appelés à la consulter, incluant l'utilisateur.



Important – à retenir...

- Éviter les adverbes ou termes imprécis : souvent, parfois, récemment, bon, peu, beaucoup, très, assez, etc.
- Éviter les expressions imprécises : « il se sent mieux » ou « il a passé une belle journée ».
- Décrire plutôt les réactions, les actions observées chez la personne.

Complète

Note qui permet de soutenir et d'expliquer les décisions professionnelles, de suivre l'évolution de la situation de l'utilisateur, de dépister un changement ainsi que de reconstituer les faits si requis. La note ne se substitue pas aux rapports, aux évaluations ou aux autres formulaires (voir section 7.5).



Important – à retenir...

Se poser la question suivante : est-ce que la note inclut les observations, les références aux évaluations, les interventions, les suivis, les recommandations et les résultats?

Lisible

Note dont la calligraphie est suffisamment claire pour en faciliter la lecture et la compréhension du contenu.

5.2. Standards de qualité pour la rédaction d'une note

Comparativement à la qualité d'une note, les standards désignent « un ensemble de normes, de pratiques et de règles qui définit une approche systématique commune ».¹⁰

Pour s'assurer de la qualité d'une note, celle-ci doit donc répondre à un certain nombre de critères relatifs au contenu, à la structure, au style, à la forme, au délai de rédaction et à la signature (voir section 9.5 pour plus de détails sur la signature). L'aide-mémoire présenté à l'annexe 2 permet une validation rapide des standards de qualité d'une note.



¹⁰ FQCRDITED, 2010, p. 7

5.3. Délais de rédaction d'une note

Les notes au dossier de l'utilisateur sont rédigées au fur et à mesure que des interventions sont réalisées. Le délai maximum de rédaction d'une note dans son entièreté est de 72 heures (3 jours ouvrables), pourvu que ce délai ne cause pas préjudice à l'utilisateur pour la continuité de ses soins ou de ses services. Le professionnel qui rédige ses notes après ce délai doit en aviser son supérieur immédiat. Outre cette norme, chaque professionnel doit connaître la règle qui prévaut dans son secteur d'activités ainsi que les normes de tenue de dossiers de son Ordre professionnel.



Attention...

Les notes doivent être mises à jour avant toute absence planifiée.

Des balises particulières doivent être respectées par le personnel clinique, y incluant les gestionnaires, le cas échéant:

- Ⓢ Pour le professionnel qui travaille à l'urgence médicale, les notes sont rédigées immédiatement après l'intervention.
- Ⓢ Pour le professionnel qui donne des soins et services à l'utilisateur qui est hospitalisé, les notes sont rédigées lors d'un changement de l'état de santé de l'utilisateur ou minimalement à la fin du quart de travail (jour, soir ou nuit).
- Ⓢ Pour le personnel ayant à effectuer des quarts fixes de travail (jour, soir, nuit), une note est inscrite minimalement à la fin du quart de travail.
- Ⓢ Dans les cas d'extrême urgence (ex : danger imminent pour la personne ou autrui), les notes sont rédigées dans l'immédiat ou minimalement dans un délai de 24 heures (une journée) ou à la fin du quart de travail et l'inscription de l'heure de l'activité est requise.
- Ⓢ Lors de situation où un épisode de soins ou de services est en cours et qu'un suivi régulier n'est pas requis, une note est consignée au dossier de l'utilisateur **minimalement une fois par année**, et ce, quelles que soient les circonstances.

5.4. Inscription tardive

Toute information consignée dans une note au dossier de l'utilisateur qui dépasse le délai énoncé par l'établissement ou exigé par les ordres professionnels est considérée comme étant une inscription tardive. Dans cette situation, l'inscription suivante est clairement indiquée, en début de texte :

« Note tardive »

La procédure pour inscrire une note tardive (manuscrite ou informatisée) est la suivante :

- L'entrée tardive doit être inscrite à la suite de la dernière note;
- Indiquer la mention « *note tardive* » en début de texte;
- **Exemple 1 - (dossier unidisciplinaire) Lorsque les notes d'un seul intervenant sont inscrites sur un même formulaire:** Inscrire la date à laquelle l'évènement s'est déroulé dans la colonne de gauche et, dès le début de la note, dans l'espace de rédaction, inscrire la date de rédaction;
- **Exemple 2 - (dossier multidisciplinaire) Lorsque les notes de l'équipe sont inscrites sur un même formulaire:** Inscrire la date de rédaction dans la colonne de gauche et, dès le début de la note, dans l'espace de rédaction, inscrire la date à laquelle l'évènement s'est déroulé;
- Rédiger la note telle que cela aurait dû être fait au bon moment.

Note
manuscrite



- L'entrée tardive doit être inscrite comme nouvelle note;
- Indiquer la mention « *note tardive* » en début de texte dans l'espace de rédaction;
- Sélectionner la date à laquelle l'évènement s'est déroulé dans le menu déroulant;
- Rédiger la note telle que cela aurait dû être fait au bon moment.

Note
informatisée



Exemples de notes manuscrites tardives :

	DATE			NOTES ET SIGNATURES
	Année	Mois	Jour	
Exemple 1 Dossier uni.	2015	01	08	Note tardive - Intervention rédigée le 15 janvier 2015 : début de la rédaction de la note...
Exemple 2 Dossier multi.	2015	01	15	Note tardive - Intervention réalisée le 8 janvier 2015 : début de la rédaction de la note...

Il est inacceptable que les professionnels du CISSS de l'Outaouais se placent dans une situation où des interventions sont effectuées et que leurs inscriptions au dossier dépassent le délai exigé ou qu'elles soient complètement absentes des notes au dossier. Cette pratique, qui est passible de sanctions disciplinaires, est à proscrire.



Attention...

« Plus la note est inscrite tardivement, plus il y a de possibilités d'erreur dans la présentation des faits et moins elle est juste, exacte, fiable et crédible ».
(CRDITED, 2015, p.11)

6. CONTENU DE LA NOTE AU DOSSIER DE L'USAGER

6.1. Contenu recommandé

Rappelons que pour être significative, la note doit relater le plus fidèlement possible les soins et les services dispensés à l'utilisateur sur une base régulière ou de façon ponctuelle. L'annexe 3 présente l'ensemble des éléments contenus dans une note au dossier sans pour autant proposer une méthode de rédaction. Selon le contexte, le contenu d'une note au dossier de l'utilisateur regroupe également des informations sur un ou plusieurs des éléments suivants:

- Ⓢ Le déroulement et la description des soins et des services dispensés à l'utilisateur.
- Ⓢ Les changements significatifs dans le comportement de l'utilisateur ou dans son état de santé physique et mentale.
- Ⓢ Les événements significatifs dans sa vie (ex. : maladie mentale, tentative de suicide, grossesse, décès d'un proche, rupture, etc.).
- Ⓢ Les demandes de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant légal.
- Ⓢ Les démarches entreprises en collaboration avec l'utilisateur, ses proches ou son représentant légal concernant ses différents besoins.
- Ⓢ Les démarches et les suivis effectués auprès de l'utilisateur.
- Ⓢ Les observations et les interventions pertinentes au suivi de l'utilisateur et à la continuité des soins et des services justifient la rédaction d'une note au dossier.

Par exemple :

- L'absence (motivée ou non motivée) de l'utilisateur lors d'un rendez-vous;
- Le départ de l'utilisateur avant la réalisation de l'intervention;
- La prise ou l'annulation d'un rendez-vous avec l'utilisateur ou ses proches;
- Les «tentatives d'appels téléphoniques» et les messages laissés sur un répondeur (à l'utilisateur, ses proches, un partenaire ou un autre professionnel).

Le contenu d’une note et la méthode rédactionnelle peuvent varier en fonction d’un ordre professionnel à l’autre. Chaque professionnel doit se conformer à la méthode rédactionnelle adoptée par son service ou, en cas d’absence de méthode établie par le service, à celle qui convient le mieux à sa pratique.

L’annexe 4 propose différentes méthodes rédactionnelles qui sont les plus souvent utilisées pour rédiger des notes au dossier de l’usager. Sans être obligatoires, ces méthodes représentent des manières efficaces de structurer la rédaction des notes.

6.2. Contenu à proscrire

Certains éléments sont à éviter lors de la rédaction d’une note au dossier de l’usager. Le tableau suivant le présente de façon générale :

ÉLÉMENTS À ÉVITER LORS DE LA RÉDACTION D’UNE NOTE AU DOSSIER ¹¹
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Les diagnostics médicaux non validés ou non confirmés;• Les jugements de valeur, les préjugés, les commentaires discriminatoires et les opinions personnelles de nature politique ou religieuse;• Propos liés à des problèmes administratifs ou à des conflits interpersonnels;• Informations concernant un proche qui n’a pas d’impact sur les services à rendre à l’usager;• Informations relatives à un événement qui n’est pas relié directement à l’usager;• Consultations de l’intervenant visant à valider son intervention ou visant à recevoir du soutien professionnel (ex.: supervision clinique, groupe de codéveloppement professionnel), à moins qu’il ne s’agisse d’une consultation en vue d’adopter une orientation formelle, d’une discussion de cas ou encore, d’une rencontre interdisciplinaire pour laquelle l’usager a été préalablement informé;• Informations de type commérage;• Détails personnels ou intimes de l’usager qui ne sont pas en lien avec l’intervention;• Inscrire à l’avance une intervention qui n’a pas eu lieu. |
|--|

¹¹ CSSS de la Vieille-Capitale, 2011; CSSS de Gatineau, 2015

7. CADRE DE RÉDACTION DE LA NOTE AU DOSSIER DE L'USAGER

7.1. Utilisation des citations

Une note peut contenir des citations, mais il n'est pas nécessaire de rapporter tous les propos des usagers et des proches intégralement. Les citations peuvent être utilisées lorsqu'il y a une part d'interprétation dans les faits présentés ou que les renseignements sont rapportés par l'utilisateur ou par un tiers. Dans de tels cas, les citations doivent apparaître entre guillemets et les sources doivent être clairement identifiées.

Toutefois, le « **verbatim** » doit être utilisé uniquement lors de situations apportant un éclairage clinique supplémentaire ou influençant le cours des soins ou des services.

7.2. Utilisation des abréviations

Considérant que les informations consignées au dossier appartiennent à l'utilisateur et qu'elles doivent être accessibles dans un langage qui lui est compréhensible et lisible, l'utilisation des abréviations et des symboles est à éviter puisqu'elle peut comporter des risques d'interprétation.

Pour cette raison, les abréviations utilisées doivent être limitées à celles reconnues par les ordres professionnels et le service des archives. Afin de faciliter la lecture du dossier et sa compréhension, une légende de ces abréviations doit être disponible sur demande pour l'utilisateur et ses proches.

7.3. Inscription des personnes rencontrées ou citées

Lors de la rédaction des notes au dossier de l'utilisateur, la double identification doit être indiquée et l'inscription des personnes rencontrées ou citées peut varier en fonction du lien avec l'utilisateur et s'il s'agit ou non d'un tiers. Les consignes entourant l'identification de l'utilisateur, des tiers et des autres personnes dans la note sont présentées à l'annexe 5.

7.4. Rédaction des notes au dossier de l'utilisateur référant à des rapports, évaluations ou autres formulaires

La note au dossier de l'utilisateur permet une description succincte des interventions, sans toutefois se substituer aux rapports, aux évaluations et aux autres formulaires qui doivent être consignés au dossier de l'utilisateur. Ainsi, la note doit spécifier les faits pertinents entourant la production des rapports, des évaluations et des autres formulaires et indiquer leur dépôt au dossier en inscrivant la mention suivante :

« Rapport..., Évaluation... ou Formulaire... déposés au dossier »

Pour favoriser l'efficacité et la collaboration interprofessionnelle et afin de ne pas répéter l'information qui est déjà consignée au dossier de l'utilisateur, la note doit référer aux rapports ou aux évaluations des autres professionnels sous condition d'avoir vérifié le contenu au préalable. Dans ce cas, la source est clairement identifiée dans la note. Voici une liste, non exhaustive, de rapport d'évaluation ou de formulaire qui peuvent se retrouver au dossier de l'utilisateur :

- Rapport d'évaluation d'un professionnel;
- Évaluation du risque suicidaire;
- Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC);
- PTI;
- Formulaire de déclaration d'incident/accident;
- Formulaire de divulgation d'accident;
- Formulaire de mesures de contrôle ;
- etc.



Attention...

Dans le but de mieux retracer certains formulaires, les éléments suivants doivent systématiquement se retrouver dans la note :

- Ⓢ Inscrire le numéro du formulaire (AH-223-1) dans la note au dossier de l'utilisateur lors du dépôt du formulaire de déclaration d'un incident ou d'un accident au dossier;
- Ⓢ Inscrire le numéro du formulaire (AH-223-3) dans la note au dossier de l'utilisateur lors du dépôt du formulaire de divulgation d'accident.

7.5. Stratégies pour bien se préparer à la rédaction de la note

Les stratégies suivantes permettent de réduire la redondance et la lourdeur lors de rédaction de notes au dossier¹²:

- Ⓢ Rédiger la note le plus tôt possible après l'intervention;
- Ⓢ Consigner les notes dans des grilles de notation ou des formulaires types prévus à cette fin;
- Ⓢ Prendre des notes personnelles pendant ou le plus tôt possible après l'intervention en utilisant des mots clés;
- Ⓢ Avant de commencer la rédaction, dégager les idées générales et les faits pertinents qui devraient se retrouver dans la note;
- Ⓢ Regrouper ensemble les informations qui correspondent à un thème;
- Ⓢ Relire attentivement la note avant de l'approuver comme version définitive sur format manuscrit et électronique;

¹² CRDITED Chaudières-Appalaches, 2013; Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 2015

- Ⓢ Référer à la note d'un autre professionnel ou à toute autre information accessible, lorsque possible et après vérification de l'exactitude de l'information, pour éviter de répéter de l'information qui se trouve déjà dans le dossier de l'utilisateur;
- Ⓢ Rapporter des événements, des conversations et des faits de façon concise en utilisant, par exemple, l'énumération ou des phrases courtes.

8. DIFFÉRENTS TYPES DE NOTE

8.1. Note en lien avec une insatisfaction ou une plainte

La démarche d'accompagnement d'un usager fait par un intervenant en vue d'exprimer une insatisfaction ou une plainte à l'égard d'un service ou d'un professionnel est considérée comme un acte professionnel qui doit **nécessairement** être consigné au dossier de l'utilisateur.

L'insatisfaction ou la plainte d'un usager ou de son représentant à l'égard d'un service ou d'un professionnel peut être formulée à deux instances :

- Ⓢ À un gestionnaire ou à un employé de la direction programme service concernée du CISSS de l'Outaouais;
- Ⓢ Au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS).

L'inscription d'une note est alors requise:

- Ⓢ Lorsque l'intervenant accompagne l'utilisateur dans la formulation de son insatisfaction ou de sa plainte, le cas échéant;
- Ⓢ Lorsque l'utilisateur informe l'intervenant de ses démarches entreprises en lien avec une insatisfaction ou une plainte.

Dans ces deux cas, l'intervenant inscrit à quelle instance l'insatisfaction où la plainte a été formulée ainsi que le motif qui y est associé. La transmission des informations quant aux droits de l'utilisateur est également inscrite dans la note.



Attention...

Toutes les autres informations concernant une insatisfaction ou une plainte *ne doivent en aucun temps se retrouver au dossier de l'utilisateur*, incluant les discussions concernant le traitement de la plainte.

Ces informations font plutôt partie du dossier de plainte conservé dans le bureau du gestionnaire ou de la direction programme service concernée ou du CLPQS. Il est clairement prévu dans la Loi que le dossier de plainte soit complètement distinct du dossier de l'utilisateur.

8.2. Note de fermeture d'épisode de soins ou de services

Plusieurs appellations différentes sont utilisées pour désigner le terme « note de fermeture d'épisode de soins ou de services », mais le sens demeure le même. Certains ordres professionnels exigent qu'il y ait une note de fermeture lors de l'interruption temporaire de services ou d'une fin de services.



Attention...

Pour faciliter le transfert de l'information aux points de transition (ex. : transfert vers un autre service, un autre intervenant, une autre équipe, etc.), il est important de transmettre toutes données et informations pertinentes. Pour ce faire, la rédaction d'une note de transfert est requise et son contenu peut être le même qu'une note de fermeture d'épisode de soins ou de services.

Le contenu d'une note de fermeture d'épisode de soins ou de services doit respecter les exigences établies par les ordres professionnels. De plus, en fonction du contexte, la note contient des informations sur un ou plusieurs des éléments suivants:

- Ⓢ Le motif initial de la demande;
- Ⓢ Une synthèse de l'évaluation et du plan d'intervention;
- Ⓢ Un résumé des services rendus (il peut être pertinent d'indiquer la fréquence et la durée des services);
- Ⓢ Une brève évaluation de l'atteinte des objectifs (le cheminement de l'utilisateur);
- Ⓢ Le (s) motif (s) de la fin de l'épisode de soins ou de services ou du transfert;
- Ⓢ L'orientation proposée, le cas échéant;
- Ⓢ Les recommandations quant aux suites à donner et la réaction de l'utilisateur en regard de ces recommandations.

Dans le cas où un rapport (ex. : rapport d'évaluation, d'orientation ou de révision, bilan synthèse, etc.) reprend l'ensemble des éléments mentionnés précédemment, le contenu de la note de fermeture d'épisode de soins ou de services indique seulement qu'il y a eu dépôt de ce rapport au dossier de l'utilisateur.



Attention...

Pour les SI, s'assurer que toutes les notes soient complétées avant de procéder à la fermeture de l'épisode de soins et de services.

8.3. Note incomplète

Les notes doivent être mises à jour avant toute absence planifiée. Dans le cas où une note au dossier de l'utilisateur serait incomplète en raison du transfert du dossier ou du départ (transitoire ou permanent) d'un intervenant, l'archiviste médical ou tout autre intervenant qui constate la note incomplète communique avec le gestionnaire responsable du professionnel. Ce gestionnaire est responsable de compléter la note ou de déléguer cette tâche à une autre personne (ex. : coordonnateur clinique, spécialiste en activité clinique, superviseur clinique...), tel qu'indiqué dans la Procédure sur les modalités d'accès, la conservation et la destruction des notes d'évolution disponibles dans I-CLSC¹³.

La personne mandatée pour compléter la note au dossier de l'utilisateur indique, dans un nouveau paragraphe, les raisons pour lesquelles c'est elle qui complète cette note. Le motif justifiant la note incomplète est le seul contenu qui peut être ajouté à la note. On ne peut, en aucun cas, se substituer au contenu de l'auteur de la note. Il peut s'agir d'une note manuscrite ou d'une note au SI. Pour qu'une note soit complète, il peut également être requis, dans certains SI, de cocher dans une case afin qu'elle soit considérée comme une « note finale ».

¹³ CISSS de l'Outaouais – DSM, 2018



Exemple de note incomplète :

Dernière note de l'intervenant le 15 septembre 2016

DATE			NOTES ET SIGNATURES
Année	Mois	Jour	
2016-09-15			Rencontre au domicile de Denis Rochon (dossier #1218) le 15 septembre 2016 afin de discuter de l'organisation des lieux physiques. Selon mes observations...

L'intervenant est en absence de maladie prolongée. Le gestionnaire est informé le 18 décembre 2016 que la rédaction des notes est incomplète. Le gestionnaire responsable de l'intervenant ou la personne qu'il délègue rédige la note suivante :

DATE			NOTES ET SIGNATURES
Année	Mois	Jour	
2016-09-15			Rencontre au domicile de Denis Rochon (dossier #1218) le 15 septembre 2016 afin de discuter de l'organisation des lieux physiques. Selon mes observations...
2016-12-18			Note tardive – Note incomplète du 15 septembre 2016.
			Absence de l'intervenant assigné au dossier
			Signature du gestionnaire ou de la personne désignée

8.4. Note de tiers

Le tiers est défini comme étant « toute personne autre que celle au nom de laquelle le dossier est constitué ».¹⁴ Le tiers est décrit comme étant une personne avec qui l'intervenant a un échange téléphonique ou une rencontre à propos de l'utilisateur.

Il peut s'agir d'un :

- Ⓢ Proche ou membre de la famille;
- Ⓢ Parent d'un enfant de 14 ans et plus;
- Ⓢ Employeur ou employé d'un milieu de stage ou de travail;
- Ⓢ Voisin;
- Ⓢ Partenaires autres que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (organismes communautaires ou du secteur privé, milieu scolaire, policiers, etc.);
- Ⓢ Etc.



Important – à retenir...

Au moment de rédiger sa note; toujours garder à l'esprit que l'utilisateur, les tiers autorisés et autres employés peuvent avoir accès au dossier de l'utilisateur.

¹⁴ OPTSQ, 2006, p. 14

Les professionnels **de la santé et des services sociaux** ne sont pas considérés comme des tiers au sens de cette disposition. Il en est de même pour les stagiaires.

Les Lois¹⁵ prévoient la confidentialité des informations transmises par un tiers. L'article 18 alinéa 1 de la LSSSS en précise le sens :



Important – à retenir...

« Un usager n'a pas le droit d'être informé de l'existence ni de recevoir communication d'un renseignement le concernant et contenu dans son dossier qui a été fourni à son sujet par un tiers et dont l'information de l'existence ou la communication permettrait d'identifier le tiers, à moins que ce dernier n'ait consenti par écrit à ce que ce renseignement et sa provenance soient révélés à l'usager. »

(LSSSS, 2018, p. 14)

Une note de tiers est donc un renseignement à caractère confidentiel concernant un usager fourni par un tiers n'ayant pas consenti à ce que ce renseignement et sa provenance soient révélés à l'usager. Il s'agit d'informations pouvant avoir des répercussions sur le tiers et l'usager ainsi que sur la suite des soins ou des interventions¹⁶.

La présence de l'usager lors de communication avec un tiers constitue un consentement implicite à ce que l'information discutée soit partagée.

Afin de respecter le caractère confidentiel de l'information et pour faciliter le repérage lors d'une demande d'accès au dossier, l'inscription suivante doit être clairement indiquée, en début de texte, à moins qu'un SI ne permette de le faire automatiquement:

¹⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 17-18) et Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (art. 86.1-87.1)

¹⁶ Ordre des psychologues du Québec, 2008.

« Note de tiers »



Voici quelques exemples sommaires de « notes de tiers »¹⁷ :

Partenaire – Milieu scolaire

Mme Marlène Cormier (enseignante) rapporte qu'Hugo (7 ans) n'a pas de nourriture dans sa boîte à lunch depuis trois jours.



Employeur

M. Martin Roy (employeur) m'apprend que M. Korn (32 ans) vient de commettre un vol à l'étalage dans son commerce.

Parent d'un enfant

Allégation de Mme Sylvie Fournier (mère) à l'effet qu'elle soupçonne que M. Albert Girard (père) abuse de sa fille (Marianne Girard) âgée de 15 ans.

Proche

Kareen Tremblay (amie) m'annonce qu'Amélie (18 ans) éprouve des problèmes alimentaires, mais qu'elle refuse d'en parler.

Voisin

Wilfred Le Batailleur (voisin) rapporte que le milieu de vie de M. Sylvain Dumont âgé de 75 ans est insalubre.

Proche

Corine Fournier (mère) m'indique que, selon son petit ami, sa fille Julianne (20 ans) a déjà verbalisé des idées suicidaires dans le passé.



Important – à retenir...

L'obtention du consentement écrit d'un tiers pour transmettre à l'utilisateur les renseignements partagés ne sert pas seulement lorsque l'utilisateur demande accès à son dossier, mais également lors des échanges entre l'intervenant et l'utilisateur.

¹⁷ À noter que les exemples de notes de tiers ne sont pas complets et ne contiennent pas tous les éléments qu'une note doit inclure.

8.5. Note en lien avec un signalement

Le *signalement* réfère à l'*acte de signaler* à la Direction de la Protection de la jeunesse *une situation* susceptible de compromettre le développement, la sécurité, la dignité, l'intégrité ou de constituer un risque pour l'utilisateur.

L'article 44 de La Loi de la Protection de la Jeunesse (LPJ) stipule que l'identité de la personne qui fait un signalement est confidentielle et que personne ne peut la dévoiler, sauf avec le consentement de cette personne¹⁸. Le signalement est donc un renseignement à caractère confidentiel au même titre que la note de tiers et elle est non accessible à l'utilisateur lors d'une demande d'accès à son dossier.

Tout signalement est consigné au dossier de l'utilisateur et le nom du signalant y est inscrit. Dans ce cas, une note est consignée lors des deux situations suivantes :

- Lorsque le signalement est fait par le professionnel;
- Lorsque le signalement est fait par toute autre personne que le professionnel, mais que les informations sont rapportées à l'intervenant.

Afin de faciliter le repérage lors d'une demande d'accès au dossier et puisque le signalement est un acte professionnel qui mérite d'être retracé, la mention suivante apparaît en début de note :

« Note de signalement »



Exemple d'une note manuscrite lors d'un signalement :

DATE			NOTES ET SIGNATURES
Année	Mois	Jour	
2017	05	30	Signalement: Jean-Paul Séguin (enseignant) m'informe avoir fait un signalement à la DPJ à la suite d'une divulgation de la part de Marie-Pierre à l'effet qu'elle a été victime d'un abus sexuel commis par Daniel Potvin (père).

Exemple d'un signalement fait par une tierce personne et rapporté au professionnel

8.6. Note de stagiaire

Lorsqu'il est prévu qu'un stagiaire intervienne auprès d'un usager dans le cadre de son stage, l'utilisateur en est informé à l'avance afin qu'il puisse donner son consentement libre et éclairé à recevoir des soins ou des services par ce stagiaire. L'intervenant qui agit à titre de superviseur de stage se conforme, dans sa rédaction, aux attendus de son ordre professionnel et à ceux du programme d'enseignement duquel provient le stagiaire. Quant au stagiaire, il signe sa note en indiquant sous sa signature qu'il est stagiaire. Il ne peut signer sa note à titre de professionnel puisqu'il n'a pas complété sa formation.

Les notes d'un stagiaire sont contresignées par son superviseur de stage avant de pouvoir être déposées au dossier et après y avoir apporté, s'il y a lieu, les corrections nécessaires¹⁹.

¹⁸ Loi sur la protection de la jeunesse, 2017

¹⁹ Se référer à l'Ordre des psychologues concernant les normes de tenue de dossier à respecter quant à la contre-signature du superviseur pour les stagiaires en psychologie.

Le superviseur contresigne la note en indiquant son titre et le rôle qu'il a assumé pendant l'intervention.

Lorsque l'intervention a lieu en présence du superviseur, celui-ci contresigne la note en indiquant la mention suivante :

« Conforme à mes observations ».

Lorsque l'intervention a eu lieu en l'absence du superviseur, il contresigne en spécifiant la mention suivante :

« Conforme aux informations fournies par le stagiaire ».

Certaines applications informatiques permettent la contre-signature électronique d'un responsable de stage. Dans les situations où le système informatisé n'offre pas cette application (ex. : ICLSC), la note du stagiaire est imprimée et contresignée de façon manuscrite. Pour plus de détails concernant la signature dans ICLSC, se référer à la Procédure sur les modalités pour l'accès, la conservation et la destruction des notes d'évolution disponibles dans I-CLSC²⁰.



Particularités pour les soins infirmiers

L'infirmière / l'infirmier qui assume la supervision signe les notes reliées à ses propres interventions et observations. Elle n'est pas justifiée de les signer avec l'étudiante, l'externe ou la candidate que lorsqu'elle participe aux observations ou intervient elle-même dans le soin ou le traitement. La responsabilité de l'infirmière consiste à assurer le degré de supervision approprié et à donner les instructions et consignes adéquates.

La vérification des notes d'évolution rédigées par l'étudiante fait partie de la responsabilité de supervision, dans la mesure où elle permet à l'infirmière / l'infirmier de constater que l'utilisateur a effectivement reçu les soins requis.

8.7. Note liée à l'obtention d'un consentement libre, éclairé et continu

Une note est consignée au dossier de l'utilisateur pour tout consentement explicite obtenu, quelle que soit la forme de ce consentement : écrit, verbal ou substitué. Cette note fait état de l'information exacte et nécessaire, transmise à l'utilisateur ou à son représentant, pour une prise de décision libre et éclairée. Une note complète et précise au dossier aura notamment comme conséquence de faciliter la preuve dudit consentement si la situation l'exige. C'est le prestataire du soin ou du service qui doit obtenir le consentement de l'utilisateur.

Le consentement est un rapport contractuel entre l'utilisateur et l'établissement et il ne se réduit pas à remplir un formulaire. La consignation au dossier des éléments échangés avec l'utilisateur est plus importante qu'un formulaire de consentement.

²⁰ CISSS de l'Outaouais – DSM, 2018

Lors des interventions en vue d'obtenir un consentement, il est très important d'informer l'utilisateur et de documenter le risque en cas de refus du soin ou du service. Il faut aussi indiquer dans la note ce que l'utilisateur comprend de ces risques, les conséquences prévisibles, etc. Il faut expliquer pourquoi le soin ou le service est dans l'intérêt de l'utilisateur.

Les informations qui sont notées au dossier sont:

- ② La démarche pour évaluer l'aptitude à consentir de l'utilisateur pour le soin ou l'intervention en question et le résultat;
- ② La nature des informations transmises (explications du soin/service, les buts, les résultats escomptés, les avantages et les risques, les autres options, les conséquences possibles dans le cas d'un refus...);
- ② L'impression clinique du professionnel sur la compréhension de l'utilisateur.

Dans le contexte d'un consentement écrit, il n'est pas nécessaire de répéter dans la note au dossier, les informations écrites sur le formulaire de consentement. La note au dossier sera axée sur ce que l'utilisateur comprend, ses questions, ses craintes, sa compréhension des conséquences d'un refus, etc.

Dans le cas d'un consentement verbal, la note consignée au dossier est plus complète et décrira exactement le soin ou service proposé.

Dans le cas où un utilisateur a une incapacité physique ou est analphabète et qu'il n'est pas en mesure de signer un formulaire de consentement requis, il est obligatoire d'inscrire une note au dossier précisant la raison pour laquelle l'utilisateur ne peut apposer sa signature.



Attention...

Se référer à la *Politique sur le consentement aux soins et aux services*²² et au *Guide d'aide à l'obtention du consentement*.

L'obtention du consentement de l'utilisateur avant de s'adresser à un tiers ou de partager de l'information avec ce dernier est également nécessaire.



Exemple : note reliée au consentement d'un utilisateur...

Consentement à l'hébergement :

Monsieur Tremblay est apte à consentir pour un hébergement. En fonction de l'évaluation de ses besoins, il comprend que le retour à domicile présente trop de risques. Je lui donne les informations sur la démarche de demande d'hébergement et je l'informe de l'endroit probable où il sera orienté soit un CHSLD. Il comprend les avantages d'être dans un milieu sécuritaire, bénéficiant d'une surveillance 24/7 de sa santé. Un peu casanier de nature, il appréhende toutefois la vie en groupe. Au terme de l'échange, M. Tremblay consent à signer la demande d'hébergement.

²¹ CISSS de l'Outaouais, 2017d



Exemple : note reliée au consentement d'un usager...

Consentement aux services du programme URFI :

Mme Martel est informée lors de la collecte de données à son admission, du fonctionnement de l'équipe. Elle comprend que des professionnels de disciplines différentes, impliqués auprès d'elle, ont accès à son dossier et vont échanger des informations entre eux en lien avec son épisode de services en URFI. Je lui explique le genre d'informations qui sont partagées et les avantages de ce fonctionnement interdisciplinaire. Mme comprend. Elle demande si des intervenants qui ne sont pas impliqués auprès d'elle auront accès aussi à son dossier : je lui indique que NON. Mme consent.

8.8 Note d'une ordonnance verbale

Note d'une ordonnance verbale (téléphonique ou en personne) doit contenir tous les éléments prévus au Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin²² :

- L'identité du prescripteur et son numéro de permis;
- La date et heure;
- Le médicament, incluant d'en cesser l'usage;
- La posologie incluant la forme;
- La voie d'administration, la durée et la quantité;
- La masse corporelle du client, s'il y a lieu;
- L'intention thérapeutique, s'il y a lieu.

Exemple : 2018-06-08 à 10h30, O.T. ou O.V. : dilaudid 2 mg po q 4h prn. Dr. Henri Pagette.
Justine Bakers, inf.

9. AUTRES DISPOSITIONS

9.1. Langue de rédaction des notes au dossier de l'utilisateur

Au Québec, les CISSS et les CIUSSS doivent se conformer aux dispositions contenues notamment dans la Charte de la langue française. Tel que le précise les articles 27 et 30.1 de la Charte de la langue française :

27. Dans les services de santé et les services sociaux, les pièces versées aux dossiers cliniques sont rédigées en français ou en anglais à la convenance du rédacteur. Toutefois, il est loisible à chaque service de santé ou service social d'imposer que ces pièces soient rédigées uniquement en français. Les résumés des dossiers cliniques doivent être fournis en français à la demande de toute personne autorisée à les obtenir.

²² Collège des médecins du Québec, 2016

30.1. Les membres des ordres professionnels doivent fournir en français et sans frais de traduction, à toute personne qui fait appel à leurs services et qui leur en fait la demande, tout avis, opinion, rapport, expertise ou autre document qu'ils rédigent et qui la concerne. Cette demande peut être faite à tout moment.

En outre, les usagers ou leurs représentants qui demandent de traduire des notes ou des rapports dans une autre langue que le français doivent être informés que la traduction des documents est de leur responsabilité incluant les frais afférents.

Nonobstant ce qui précède, l'établissement doit s'assurer d'offrir une assistance auprès de l'utilisateur pour comprendre le contenu de son dossier et pour y avoir accès. Les règles relatives à une telle demande sont précisées dans la *Procédure sur la confidentialité*²³ et la *Politique sur l'accès aux documents et à la protection des renseignements personnels du CISSS de l'Outaouais*²⁴.

9.2. Respect des règles grammaticales de la langue française

Lors de la rédaction des notes au dossier de l'utilisateur, une attention particulière doit être portée à l'orthographe, à la grammaire et à la ponctuation puisqu'elles sont transmises intégralement à l'utilisateur.

La formulation des phrases dans les notes n'est pas règlementée, mais le CISSS de l'Outaouais exige l'emploi du « **JE** » ou de la « **première personne** » et du temps de verbe au « **PRÉSENT** ». L'utilisation du « Je » se rattache à des notions d'imputabilité professionnelle et l'utilisation du temps de verbe au « présent » est de mise pour rapporter les résultats de la cueillette de données et faciliter la compréhension du contenu. L'emploi du « **NOUS** » est utilisé seulement lorsque la situation implique plus d'une personne (ex : l'intervenant et une tierce personne dont l'utilisateur, le proche, le stagiaire, etc.).



Exemple : le « je » et du temps de verbe au « présent »



NON-RECOMMANDÉ

Madame Y nous a informés que monsieur X serait tombé dans la chambre la nuit dernière.

Nous avons déterminé avec Mme Duquette qu'à partir de maintenant, les rencontres seront effectuées à mon bureau compte tenu des risques de violence.

Rencontre de M. Dubuc en présence de Mme Dubreuille (orthophoniste). J'ai révisé le plan d'intervention avec eux.



RECOMMANDÉ

Madame Y (sœur) m'indique que monsieur X a fait une chute dans sa chambre la nuit dernière.

Je détermine avec Mme Duquette qu'à partir de maintenant, les rencontres seront effectuées à mon bureau compte tenu des risques de violence.

Rencontre de M. Dubuc en présence de Mme Dubreuille (orthophoniste). Nous révisons le plan d'intervention.

²³ CISSS de l'Outaouais, DSM – volet accueil et information, 2017b

²⁴ CISSS de l'Outaouais, DSM – volet accueil et information, 2016

9.3. Utilisation des courriels, télécopies et messages textes

Ces modes de communication ne remplacent jamais l'obligation de rédiger une note, mais peuvent la compléter. Il revient au jugement clinique de l'intervenant :

- Ⓜ De rédiger une note à la suite de la réception d'un courriel, d'une télécopie ou d'un message texte en résumant les informations pertinentes au suivi de l'utilisateur;

OU

- Ⓜ D'annexer intégralement le courriel, la télécopie ou le message texte en pièce jointe (format PDF ou déposé au dossier papier) à des fins de suivi et de compréhension de la chronologie des événements, en s'assurant qu'une note y fait référence^{25 26}. Il ne doit pas y avoir mention de plus d'un usager dans le courriel, la télécopie ou le message texte déposé au dossier.

Le type de courriels ou de télécopies que l'on peut annexer en pièce jointe est celui à valeur juridique, clinique, financière ou historique (ex. : déclaration d'incident/accident, messages contenant des impolites/injures, consentement à un soin, demande de documents, divulgation d'un abus, etc.).

Le type de courriels ou de télécopies nécessitant un résumé dans une note est celui ayant un contenu très court (ex. : confirmation de rendez-vous, informations sur le quotidien de la personne, absence de la personne au travail, etc.).

Le type de courriels ou de télécopies que l'on exclut du dossier de l'utilisateur est celui sans valeur (ex. : compte rendu des rencontres multidisciplinaires, suivi concernant des consultations professionnelles, orientations organisationnelles, etc.) ou sans lien avec les soins et les services ou avec l'état actuel de l'utilisateur.

L'utilisation des messages textes comme mode de communication est une **mesure exceptionnelle** et le consentement de l'utilisateur est requis (verbal ou écrit). L'intervention par le biais de ce mode de communication ne doit, en aucun cas, être initiée par l'intervenant ou le gestionnaire.

Lorsque le professionnel reçoit des informations de l'utilisateur ou de ses proches par le biais de courriels, de télécopies ou de messages textes, il rédige la note au dossier de l'utilisateur en indiquant la date, le nom et le prénom de l'expéditeur et signe conformément aux exigences définies à la section 9.5. De plus, la mention suivante apparaît en début de texte :

« Courriel, télécopie ou message texte reçu le... »

Pour plus d'information, voir la *Procédure sur la confidentialité* – volet dossier de l'utilisateur²⁷ du CISSS de l'Outaouais.

²⁵ Lepage, 2010

²⁶ Se référer à l'agent administratif ou à l'archiviste médical de son secteur pour toute information technique à ce sujet.

²⁷ CISSS de l'Outaouais DSM – volet accueil et information, 2017b



Particularités pour les soins infirmiers

L'utilisation de photos et enregistrements audio et vidéo : balises déontologiques

L'utilisation de certaines technologies dans le cadre des soins et traitements prodigués aux usagers comporte son lot de risques en matière de confidentialité.

À titre d'exemple, des étudiants prennent des enregistrements audio de communication thérapeutique avec des clients dans le cadre d'un travail scolaire. Ou encore, des infirmières en soutien à domicile utilisent leur téléphone personnel pour prendre des photos de plaies pour en assurer le suivi. Mentionnons également que des enregistrements sont parfois réalisés aux fins de supervision comme c'est le cas dans le domaine de la psychothérapie. L'article 32.1 du code de déontologie encadre l'enregistrement audio ou vidéo et la prise de photographies d'un client²⁸.

Dès le moment où la note, signée par son auteur, est versée au dossier de l'utilisateur ou inscrite au SI, elle est conservée de façon intégrale. Aucune dissimulation ni destruction ne peut être effectuée sauf pour les personnes autorisées.

Les corrections ou les ajouts apportés doivent être faciles à distinguer des notes initiales. En ce sens, il est interdit d'utiliser du correcteur ou des ratures qui rendent illisibles le texte pour corriger une inscription erronée. Le texte caché risque de semer des doutes sur l'intégrité de l'information. Toute pratique de collage, de découpage, d'effacement ou de noircissement est illégale et est passible de sanctions disciplinaires.

L'annexe 6 présente la méthode à suivre lors d'une correction, d'un ajout ou d'une rectification d'une note manuscrite ou électronique. Il est recommandé, en cas de doute, de consulter le service des archives ou la Procédure sur les modalités pour l'accès, la conservation et la destruction des notes d'évolution disponibles dans I-CLSC²⁹. Toute rectification majeure (ex. : Correction d'une page complète, note au mauvais dossier) doit être adressée aux services des archives.

9.5. Signature – manuscrite et électronique

Pour être considérée comme étant légale, une signature doit être lisible et doit contenir les éléments suivants : inscription du prénom et du nom du professionnel, son titre d'emploi et idéalement, son numéro de permis. Lorsque la signature est illisible, inscrire en dessous le nom et le prénom en caractères d'imprimerie.

²⁸ OIIQ, 2014, p.6

²⁹ CISSS de l'Outaouais, DSM, 2018

La signature électronique a la même valeur juridique qu'une signature manuscrite lorsque l'identité du signataire est confirmée par un système de code, de NIP, de carte d'accès ou autre. Au CISSS de l'Outaouais, les codes d'accès au SI permettent de sécuriser l'information. Il n'est donc pas nécessaire d'imprimer les notes inscrites au SI. L'utilisation d'une mention « dictée non signée » ou « signée non lue » n'est pas autorisée.



Particularités pour les soins infirmiers

CATÉGORIE	INSCRIPTION DE LA SIGNATURE ²⁹
L'EXTERNE EN SOINS INFIRMIERS	Appose sa signature, lisiblement la première lettre du prénom et le nom au complet suivi de « EXTERNE INF ».
L'ÉTUDIANTE ET CEPI/CEPIA	Appose sa signature, lisiblement la première lettre du prénom et le nom au complet suivi de « ÉTUDIANTE INF. » ou « CEPI » / « ÉTUDIANTE INF AUX. » ou « CEPIA ».
L'INFIRMIÈRE ET L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE	Appose sa signature, lisiblement la première lettre du prénom et le nom au complet suivi du « INF » ET « INF AUX ».
IPS	Appose sa signature, lisiblement la première lettre du prénom et le nom au complet suivi du « IPS ».



Attention... À retenir...

Les notes inscrites au SI sont signées électroniquement seulement. Elles sont transmises sans autre signature lors d'une demande d'accès à l'information.

9.6. Normes d'écriture ou de rédaction

Tout intervenant ou gestionnaire doit se conformer aux normes d'écriture de son secteur d'activités. À titre indicatif les règles de base relatives au format des notes reconnues par le CISSS de l'Outaouais sont les suivantes :

Note manuscrite :

- Ⓢ Les notes inscrites au dossier sont permanentes. Toute note est inscrite à l'encre **bleue** ou **noire** et au stylo à pointe moyenne.
- Ⓢ L'encre effaçable, crayon surligneur et le crayon de plomb sont à proscrire.
- Ⓢ Les notes sont écrites dans le gabarit ou sur les formulaires prévus à cet effet lorsque disponibles.
- Ⓢ Pour **certains secteurs d'activités seulement**, l'utilisation de couleurs est encore une pratique courante :
 - les notes rédigées pour la période de jour sont à l'encre **bleue**;
 - les notes rédigées pour la période de soir, à l'encre **verte**;
 - les notes pour la période de nuit, à l'encre **rouge**;
- Ⓢ Toutes les notes sont datées selon la séquence année-mois-jour (AAAA-MM-JJ).
- Ⓢ Il est fortement recommandé d'inscrire l'heure de la visite, de l'intervention ou du soin.
- Ⓢ Il est interdit d'écrire en dehors des lignes ou dans la marge.
- Ⓢ L'espace non utilisé est rayé afin d'éviter les ajouts et les falsifications.
- Ⓢ Lorsqu'une note se poursuit sur une autre feuille, la date ainsi que la mention « SUITE » apparaissent sur la page suivante.
- Ⓢ Les archivistes médicales du CISSS de l'Outaouais peuvent exiger d'un professionnel de retranscrire une note qu'ils jugent illisible lorsqu'ils traitent une demande de transmission d'informations, et ce, conformément à la LADOPPRP et la LSSSS.

Note informatisée :

Lors de la rédaction d'une note au SI, en plus des caractéristiques énumérées ci-haut, les consignes à respecter sont les suivantes:

- Ⓢ Ne jamais utiliser de couleur pour écrire les notes ou pour surligner un mot ou une phrase.
- Ⓢ Ne jamais utiliser « *l'Italique* », le soulignement, ou le **caractère gras**, sauf pour les titres.
- Ⓢ Toujours utiliser une police lisible, de taille 11 ou 12, telle que, « Calibri », « Arial », « Time New Roman » ou celle configurée au SI.
- Ⓢ Lors d'une énumération, les puces sont utilisées.
- Ⓢ Ne jamais utiliser de caractères spéciaux sauf les points-virgules, les deux points, les parenthèses, les guillemets, le point, les flèches et le degré.
- Ⓢ Ne pas laisser d'interligne blanc entre les énoncés débutant par une puce.
- Ⓢ Utiliser uniquement les abréviations autorisées par son secteur d'activité ou reconnues des ordres professionnels.
- Ⓢ Aucune coupure de mot n'est acceptée.
- Ⓢ Advenant la nécessité d'utiliser un autre logiciel pour créer une note à copier et coller dans le SI, seul le logiciel Word est autorisé. Enregistrer temporairement le document dans un répertoire sécurisé. La note inscrite dans ce logiciel est donc une donnée brute qui doit être détruite une fois qu'elle est enregistrée dans le SI.



Attention... À retenir...

Pour les professionnels, les gestionnaires et les stagiaires, la rédaction de notes au dossier de l'utilisateur est une responsabilité clinique et déontologique. Tout ce qui n'est pas inscrit est considéré non fait.

CONCLUSION

La tenue de dossier pour l'ensemble du personnel clinique se situe au carrefour des activités cliniques liées aux besoins ou aux droits individuels des usagers. Les informations consignées au dossier de l'utilisateur témoignent des besoins de la personne, de l'évolution de la situation, des interventions réalisées et des résultats obtenus.

Considérant que la LADOPPRP donne accès à la personne ou à son représentant aux notes au dossier, il importe qu'elles soient pertinentes, précises, exactes, organisées, concises, complètes et à jour. Il importe qu'elles soient conformes aux lois, aux règlements et aux normes des différents ordres professionnels.

En résumé, pour s'assurer de la conformité d'une note au dossier de l'utilisateur, il importe de se poser la question suivante :

« Est-ce que je suis confortable à ce que la personne ou son représentant lise ce qui est écrit dans ma note? »

Si la réponse à cette question est **NON**, peut-être faut-il revoir la formulation.

Si la réponse à cette question est **OUI, BRAVO !!!**

ANNEXE 1 – ASSISES LÉGALES

La note au dossier de l'utilisateur est subordonnée aux différentes lois et chartes et aux différents règlements, dont les suivants³⁰ :

- Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c.C-11);
- Charte de la langue française;
- Code civil du Québec (CCQ-1991);
- Code des professions (L.R.Q., c.C-26);
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1);
- Loi sur le curateur public (L.R.Q., c. C-80);
- Loi sur la santé publique (L.R.Q., s-2.2);
- Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, c.P34.1);
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui (P-38.001);
- Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information (L.R.Q.1.1);
- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c.A-3.001);
- Loi sur les archives (L.R.Q., c. A-21.1);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2);
- Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, ch.1);
- Normes de qualités et d'Agrément;
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (L.R.Q., c. S-5, r.3.01);
- Règlement d'application de la loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5, r.1);
- Règlements des associations et des ordres professionnels;
- Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements nominatifs (L.R.Q., c. A-2.1);
- Règlement sur le calendrier de conservation, le versement, le dépôt et l'élimination des archives publiques (L.R.Q., c.A-21.1, a.37, par. 2°, 3° et 5°).

La note au dossier de l'utilisateur est également subordonnée aux politiques et aux procédures en vigueur relatives à la tenue de dossier au CISSS de l'Outaouais (politique sur la gestion et la circulation de l'information clinique, politique sur l'accès aux documents et la protection des renseignements personnels, procédure sur la confidentialité – volet dossier de l'utilisateur, procédure sur la circulation des dossiers).

³⁰ Services de réadaptation L'Intégrale, 2009, p.5 (Cette section est une reprise intégrale des lois et des règlements énumérés dans le Guide de rédaction des notes d'évolution des Services de réadaptation L'Intégrale)

ANNEXE 2 - STANDARDS DE QUALITÉ

AIDE-MÉMOIRE		
Éléments relatifs au contenu de la note	Oui	Non
La note résume bien l'activité professionnelle concernée		
La note contient uniquement des renseignements pertinents		
La note présente fidèlement les faits		
Le contexte de l'intervention, les personnes présentes ou celles qui sont nommées sont bien identifiés		
Éléments relatifs à la structure de la note		
Le texte s'articule autour d'une idée maîtresse, d'un fil conducteur, correspondant à une catégorie de note ou un thème		
Les idées sont bien regroupées et hiérarchisées		
Éléments relatifs au style et à la forme de la note		
La formulation est précise et concise		
La structure de phrase, la ponctuation et l'orthographe sont correctes		
La note rédigée sur le format papier est lisible facilement par tous les autres intervenants		
Le délai de rédaction		
Le délai de rédaction est respecté		
La signature de la note sur format papier		
La signature comprend les prénoms, noms et titre d'emploi de l'auteur de la note et, idéalement, le numéro de permis. Au besoin, la signature est précédée de ces informations en lettre d'imprimerie.		

ANNEXE 3 – CONTENU D'UNE NOTE AU DOSSIER DE L'USAGER

CONTENU DE LA NOTE AU DOSSIER DE L'USAGER

- **NOM, PRÉNOM DE L'USAGER ET LE NUMÉRO DE DOSSIER** ou la date de naissance si le numéro est inconnu);
- **DATE DE L'INTERVENTION** ou du **SOIN** selon le format : aaaa-mm-jj, l'heure au besoin;
- **MODE** (appel téléphonique, visite, entrevue, correspondance reçue/envoyée);
- **LIEU DE L'INTERVENTION** (entrevue au bureau, visite à domicile, etc.) et **PERSONNES PRÉSENTES** (voir annexe 5 pour l'identification adéquate des personnes);
- **NATURE** ou **OBJET** de l'intervention (passation de test, évaluation, suivi, réévaluation, discussion de cas, concertation clinique, exercices, conseils, enseignement, recommandations);
- **OBJECTIFS ET INTERVENTIONS RÉALISÉS** (lien avec le PI, PSI, PII, PTI, ou soins et services);
- **OBSERVATIONS** (réactions verbales et non verbales de l'utilisateur, sa famille ou ses proches);
- **OPINION CLINIQUE** (laisser une trace des hypothèses cliniques si requises – ex : analyse des besoins des santés physiques et mentales de l'utilisateur);
- **RECOMMANDATIONS** (suite de l'intervention)/**ORIENTATION** (suivi à faire, plan convenu, entente, soins requis, etc.);
- **SIGNATURE** (lisible, le titre professionnel et le numéro de membre s'il y a lieu).

*** Deux éléments sont inscrits dans une note au dossier de l'utilisateur à chaque fois qu'il est jugé nécessaire de le faire :

- Le consentement aux soins et aux services de l'utilisateur;
- La double identification de l'utilisateur qui consiste à l'inscription de deux indicateurs ayant été utilisés pour identifier l'utilisateur avant la prestation de soins ou de services.

ANNEXE 4 – DIFFÉRENTES MÉTHODES DE RÉDACTION D'UNE NOTE

Les méthodes de rédaction proposées ci-dessous sont référées par plusieurs établissements et ordres professionnels. Ces méthodes permettent de faciliter l'organisation du contenu de la note d'évolution. Le choix de la méthode de rédaction revient au jugement de l'auteur de la note qui s'assure de prendre en considération les exigences de son ordre professionnel et de son service.

MÉTHODE ÉCRITE		
Acronyme	Signification	Informations rattachées
É	Évènement	Quoi.
C	Contexte	Où, Quand, Qui.
R	Réaction	De l'utilisateur lui-même.
I	Intervention	Application du plan d'intervention et autres interventions s'il y a lieu.
S	Suivi	Avec ou sans conséquence.

MÉTHODE PQRSU		
Acronyme	Signification	Informations rattachées
Anamnèse • Vise à émettre des hypothèses sur l'origine du problème • Il s'agit d'un malaise dominant- Le problème actuel de l'intervention ✓ La douleur; ✓ Étourdissement; ✓ Perte d'équilibre.		
P	Problème, provoque pallie	Description du problème, de la cause, des moyens utilisés pour stabiliser la situation, de l'amélioration ou de l'aggravation de la situation.
Q	Qualité / Quantité	Description de la douleur ou du problème en termes qualitatifs et quantitatifs (échelle de 1 à 10).
R	Radiation / Région	Région ou endroit de la douleur ou du problème.
S	Signes et symptômes	Malaises, sensations inhabituelles, signes visibles accompagnateurs.
T	Temps	Moment d'apparition, durée, fréquence, nombre de fois (passé et présent).
U	Understand (signification de la situation par la personne)	Définition et description du problème selon le patient Perception du patient face à sa situation.

ANNEXE 4 – DIFFÉRENTES MÉTHODES DE RÉDACTION D'UNE NOTE (SUITE ...)

MÉTHODE SOAPIE			
Acronyme	Signification	Application	Informations rattachées
H	Histoire (anamnèse)	Motif de la consultation	Description de l'histoire de l'utilisateur quant aux motifs de sa consultation : Renseignements personnels (nominatifs), motif de la consultation, symptômes et leur évolution, antécédents, affections associées, médication, occupation, objectifs de l'utilisateur, etc.
S	Subjectif	Qu'est-ce que l'utilisateur dit?	Informations rapportées par la personne, proches ou autres intervenants en lien avec le suivi qui sont liées à son état actuel : Indiquer les propos rapportés entre « guillemets ».
O	Objectif	Qu'est-ce que j'ai observé?	Données observables et mesurables : Décrire les faits.
A	Analyse	Quelle est mon opinion clinique?	Formulation d'hypothèse (s) clinique (s) : - Liens entre les données recueillies, la nature du problème en présence et leurs répercussions sur la fonction; - L'analyse comprend : liste des problèmes et les objectifs ou l'orientation.
P	Plan	Qu'est-ce que je prévois faire?	Planification ou actualisation du PI et de l'échéancier : - Moyens et stratégies utilisés; - Traitements proposés; - Type d'ajustement de l'intervention; - Détermination de la notion de temps.
I	Intervention	Qu'est-ce que j'ai fait?	Description de l'intervention : - Activités réalisées (interventions spécifiques, soutien, recommandation); - Délai de l'ensemble des services professionnels rendus, par ordre chronologique.
E	Évaluation	Quels sont les résultats observés de l'intervention?	Description de la réaction ou du comportement après l'intervention ou le traitement : - Changements observés; - Comparaison des données subjectives (réactions de l'utilisateur) aux données objectives.
R	Recommandations	Éléments de prévention, promotion de la santé et de non-récurrence	Description des recommandations faites à l'utilisateur ou à ses proches.

ANNEXE 4 – DIFFÉRENTES MÉTHODES DE RÉDACTION D'UNE NOTE (SUITE...)

MÉTHODE CAT	
Quoi	Comment
Date et nature de l'activité	Indiquer la date et s'il s'agit d'une : - Entrevue initiale ou de suivi; - Visite à domicile; - Entretien téléphonique; - Discussion de cas, rencontre interdisciplinaire; - Autres... Ou la raison de la note, par exemple : note sommaire ou note de fermeture de services.
Lieu et personnes présentes	Préciser le lieu de l'intervention, le nom des personnes présentes et leur lien avec l'utilisateur.
Objectifs de l'intervention	Exemple : réaliser la collecte de données, poursuite du plan d'intervention, suivi clinique de la situation familiale, etc.
Thèmes abordés	Regrouper par thématique les sujets abordés, par exemple : - Historique; - État actuel; - Compétences parentales; - Dynamique familiale; - Observation des lieux; - Niveau de fonctionnement; - Comportement pendant l'entretien; - Situation financière; - Santé mentale; - Problème physique; - Difficultés exprimées d'ordre physique; - Difficultés familiales ou conjugales; - Perception de la personne d'elle-même; - Moyens pris jusqu'à présent; - Etc.
Analyse/opinion professionnelle	Inscrire selon le cas, l'analyse, les problèmes identifiés, les attentes de l'utilisateur, son projet de vie, et l'avis professionnel, l'orientation, etc.
Interventions faites	Exemples : écoute et validation, soutenir/organiser la gestion financière, exercices de visualisation, évaluation de l'équilibre, etc.
À faire	Inscrire au dossier les interventions à venir, par exemple : démarche auprès du médecin, explorer les ressources de répit ou de loisirs, etc.
Autres éléments	

ANNEXE 4 – DIFFÉRENTES MÉTHODES DE RÉDACTION D'UNE NOTE (SUITE ...)

MÉTHODE SELON L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC (OTSTCFQ)
Objectif (s) de la rencontre
Intervention
Résultats
Réactions
Perceptions
Observations
Informations recueillies
Thèmes abordés
Hypothèses/impressions/opinions cliniques
Entente/plan

ANNEXE 5 – INSCRIPTION DES PERSONNES RENCONTRÉES OU CITÉES

CATÉGORIE DE PERSONNES	DESCRIPTION DES PERSONNES	MÉTHODE D'INSCRIPTION
L'usager	Il s'agit de la personne qui reçoit des soins ou des services.	- Prénom, nom de l'usager <u>seulement</u> une fois en début de texte et ensuite, utilisation du « il » ou du « elle »; - Utilisation des termes M. et de Mme; - Utilisation du prénom pour les enfants.
Un tiers : Toute personne autre que celle au nom de laquelle le dossier est constitué, et qui n'est pas un professionnel de l'établissement	- Autre usager Lorsqu'il rapporte une information à propos de l'usager en question.	- Prénom, nom; - Lien avec la personne; - Numéro de dossier (si requis, selon le jugement professionnel).
	- Proche ou membre de la famille; - Parent d'un enfant; - Employeur ou employé d'un milieu de travail ou de stage; - Voisin; - Partenaires qui ne sont pas employés d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux; - Tuteur, curateur, mandataire ou personne qui peut consentir aux soins d'un usager.	- Prénom, nom; - Lien avec la personne.
	Professionnel de la santé et des services sociaux qui ne font pas partie du CISSS de l'Outaouais.	- Prénom, nom; - Fonction; - Lieu d'emploi : établissement, direction.
Professionnel de l'établissement : Personnes qui ne sont pas considérées comme des tiers	Professionnel de la santé et des services sociaux qui font partie du CISSS de l'Outaouais	- Prénom, nom; - Fonction; - Direction.
- Pour les installations en milieu hospitalier ou en CHSLD, l'identification du nom des visiteurs est requise <u>seulement</u> lorsqu'une intervention est posée en présence du visiteur ou lors de situations jugées pertinentes en fonction du suivi de l'usager et afin d'assurer la continuité des soins et des services.		

ANNEXE 6 – CORRECTION OU RECTIFICATION D’UNE NOTE

NOTE MANUSCRITE	
Type de situation	Inscription de la note
Correction d’une inscription erronée	- Tirer un trait mince sur l’inscription en cause de façon à ce qu’elle reste lisible et inscrire la raison entre parenthèses (ex. : erreur de dossier, entrée erronée, etc.); - Apposer ses initiales au-dessus ou à côté du texte en cause; - Réinscrire, s’il y a lieu, l’inscription correctement à la suite de celles déjà inscrites; - Inscrire la date de correction.
Modification d’une phrase	- Placer la phrase entre parenthèses, rayée d’un trait de façon à ce qu’elle reste lisible et apposer ses initiales. Si cette phrase est à enlever complètement, il faut écrire le mot « nul » ou « erratum »; - Placer un astérisque « * » pour référer à une note en bas de page. Au bas de la page, répéter l’astérisque et écrire la bonne phrase; - Apposer ses initiales ainsi que la date.
Modification d’un paragraphe	- Placer le paragraphe entre parenthèses et, d’un trait oblique, le rayer de façon à ce qu’il demeure lisible. Si le paragraphe est à enlever complètement, inscrire dans la marge, au-dessus de ses initiales, le mot « nul » ou « erratum » ainsi que la date; - Pour noter autre chose afin de rectifier ce paragraphe, placer un astérisque « * » pour référer en bas de page. Au bas de la page, répéter l’astérisque, écrire les bonnes informations et apposer ses initiales ainsi que la date. S’il n’y a plus suffisamment d’espace au bas de la page, il faut ajouter une autre feuille du même type avec le titre « Erratum ». Avant de refaire sa note, il importe d’indiquer à quel endroit il y a eu une erreur et que maintenant on doit lire cette nouvelle note. Ce nouvel ajout doit être signé et daté; - Pour rédiger une note de remplacement, rayer d’un trait l’ancienne note, apposer ses initiales et mettre la référence à la nouvelle note en indiquant la date de rédaction. Dater la nouvelle note selon la date de rédaction, débiter la note en indiquant « Cette note remplace celle du AAAA-MM-JJ ». Signer et laisser les documents selon l’ordre chronologique de chacune des notes.
Pour un ajout	Pour insérer une phrase oubliée dans un texte déjà rédigé : - Placer un astérisque « * » pour référer en bas de page. Répéter l’astérisque en bas de la page et inscrire l’ajout ainsi que la date et ses initiales à la suite de la note ajoutée. Pour ajouter un paragraphe lorsqu’il n’y a plus suffisamment d’espace au bas de la page : - Ajouter une autre feuille de même type avec le titre « Addenda ». Ce nouvel ajout doit être signé et daté.

ANNEXE 6 – CORRECTION OU RECTIFICATION D’UNE NOTE (SUITE...)

NOTE MANUSCRITE	
Type de situation	Inscription de la note
Correction d’une page complète	- Tracer un trait en diagonale au travers de la page en cause; - Préciser la raison de la modification ou du changement sur la feuille en cause (ex. : erreur de dossier), parapher et dater; - Inscrire « corrigée » sur la nouvelle feuille, en ajoutant des précisions au besoin par exemple « rapport amendé » ou « remplace note rédigée le (date) »; - Signer et dater la correction; - Conserver les deux feuilles au dossier; - Faire valider la correction au besoin par le service des archives.
Note au mauvais dossier	- Lorsque le personnel clinique a rédigé une note dans le mauvais dossier, il est important de l’indiquer; - Il faut raturer d’un trait oblique toute la note et inscrire dans la marge « note au mauvais dossier ». Ajouter la date et apposer ses initiales à la note³¹.
Demande de rectification	- Toute demande de rectification au contenu d’une note, provenant de l’usager, du titulaire de l’autorité parentale (pour les usagers de moins de 14 ans) ou d’un représentant légal, doit être transmise au service des archives.
Note informatisée	
Type de situation	Inscription de la note
Correction d’une note informatisée	- Seul l’utilisateur peut corriger sa note déjà enregistrée et complétée; - Lorsque la note est modifiée, tout le texte modifié demeure affiché à l’écran, et des indicateurs visuels démontrent les modifications, les ajouts ou les suppressions; - De plus, la date et l’heure de la modification s’ajoutent à droite du texte modifié ou effacé; - À l’impression de la note, le tout est visible puisque le texte est barré.
Suppression d’une note informatisée	- Il est impossible pour l’intervenant de supprimer une note au dossier de l’usager qu’il a lui-même complétée; - Seul l’utilisateur qui a le statut d’administrateur du progiciel peut supprimer une note informatisée; - Si l’administrateur supprime une note, il analyse la demande et un registre est gardé à cette fin; - De plus, le logiciel permet de retracer les notes supprimées.

³¹ À noter que dans cette situation, il s’avère nécessaire de remplir une déclaration d’accident.

RÉFÉRENCES

- Brassard Y. (2013). Apprendre à rédiger des notes d'évolution au dossier. Volume 1 et 2. Longueuil : Loze-Dion éditeur.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement - CRDITED Pavillon du Parc. (2006). Cadre de référence et guide pour la rédaction des notes significatives. Gatineau, QC.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudières-Appalaches – CRDITED. (2013). Guide rédaction de la note d'évolution. Lévis
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement du Pavillon du Parc- CRDITED. (mars 2014). Document de référence du Processus clinique. Gatineau, QC.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement du Pavillon du Parc- CRDITED. (2015). Document de référence sur la note d'évolution. Gatineau, QC.
- Centre de santé et des services sociaux de Gatineau – CSSSG. (2015). Cadre de référence : gestion et règles sur la tenue de dossier. Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires. Gatineau, QC.
- Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale. (2011). Guide de rédaction des notes d'évolution à l'intention des intervenants psychosociaux. Service des communications du CSSS de la Vieille-Capitale.
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais (2016). Politique sur l'accès aux documents et la protection des renseignements personnels. Direction des services multidisciplinaires (DSM) – volet accueil et information. Gatineau, QC.
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais (2017a). Le partenariat avec l'utilisateur et ses proches, un virage incontournable pour notre organisation *Au fil de l'organisation*, 51, 1-4.
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais (2017b). Procédure sur la confidentialité – volet dossier de l'utilisateur. Direction des services multidisciplinaires (DSM) – volet accueil et information. Gatineau, QC.
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais (2017c). Politique de gestion et circulation de l'information clinique. Direction des services multidisciplinaires (DSM) – volet accueil et information. Gatineau, QC.

- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l’Outaouais (2017d). Politique sur le consentement aux soins et aux services. Direction des services multidisciplinaires (DSM) – volet accueil et information. Gatineau, QC.
- Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l’Outaouais (2017d). Plan d’amélioration continue de la qualité. Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique – DQEPE. Gatineau, QC.
- Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l’Outaouais (2018). Procédure sur les modalités pour l’accès, la conservation et la destruction des notes d’évolution disponibles dans I-CLSC. Direction des services multidisciplinaires (DSM). Gatineau, QC.
- Collège des médecins du Québec. (2016). Les ordonnances individuelles faites par un médecin. Service des communications. Montréal, Qc.
- Doyon, O. et Longpré, S. (2016). L’évaluation clinique d’une personne symptomatique. Chap 1 : Concepts de l’évaluation clinique. Pearson ERPI. Montréal, Qc.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement – FQCRDITED (2010). Coffre à outils. Montréal, Québec : FQCRDITED
- Lepage. C. (2010). *Comité provincial sur la gestion des données cliniques en CRDITED* (Présentation), Monette et Barakett, Avocat SENC.
- Loi sur la protection de la jeunesse – LPJ (2017, Mai). Gouvernement du Québec. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux – LSSSS. (2018, Mars). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-4.2.pdf>
- Ménard, J.-P. et Martin, M. (2007). *Le dossier patient au Québec : Confidentialité et accès. Partie II : Le dossier de l’usager*. Repéré à <http://www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical3.htm#constitution>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ. (2002). Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers. Montréal, Qc.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ. (2014). Avis concernant la signature des notes d’évolution rédigées par les étudiantes, les externes et les candidates. Montréal, QC, OIIQ
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ. (2015). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/oiiq-code-deontologie.pdf/dcac917b-c471-7699-62aa-9fa4062cdda4>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ. (2018a). Photos et enregistrements audio et vidéo : balises déontologiques. Truchon, S, Létourneau, J. et Brisson, M., Juin 2016.

Repéré à <https://www.oiiq.org/en/photos-et-enregistrements-audio-et-video-balises-deontologiques>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ (2018b). Pratique professionnelle : Le plan thérapeutique infirmier. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/outils-cliniques/plan-therapeutique-infirmier>

Ordre des psychologues du Québec. (2008). Guide explicatif concernant la tenue de dossier. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Guide+explicatif+concernant+la+tenue+de+dossier/a4c0c26b-eb4c-41e8-a139-65e2657ed2bb>

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2015). Cahier explicatif du règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Repéré à http://cegepshebrooke.qc.ca/~trpstages/stages/wp-content/uploads/OPPQ-CahierExplicatif_VFR.pdf

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec – OPTSQ (2006). Guide de normes pour la tenue des dossiers et des cabinets de consultation. Montréal, Qc