
Évaluation collégiale des médecins des provinces de l'Atlantique



Un dossier de patient acceptable

Pour ce qui est du programme d'évaluation collégiale des médecins des provinces atlantiques, l'examen des dossiers de patient constitue une partie importante du processus d'évaluation. Il est donc essentiel pour nous de comprendre ce que sont et devraient être les normes en ce qui concerne les dossiers de patient et de pouvoir en faire part à nos inspecteurs, aux médecins qui font l'objet de l'évaluation et aux autres membres de la profession.

Beaucoup d'entre nous conviendrons que nous «savons reconnaître un bon dossier de patient».

Toutefois, si on nous demandait de justifier notre point de vue, il serait difficile d'exprimer clairement ce qui influence notre opinion et encore plus difficile de transmettre les détails à quelqu'un qui demande conseil.

Ce n'est pas tout pour un inspecteur de l'ECMPA d'expliquer à un médecin qu'il doit être capable de trouver dans un dossier «pourquoi le malade s'est présenté, ce que le médecin a découvert et ce qui a été fait». Nous croyons qu'un dossier acceptable doit également être un reflet exact du processus intellectuel qui s'est déroulé pendant la consultation.

Selon un article du *Members' Dialogue*, une publication du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, les quatre principales utilités d'un dossier de patient sont les suivantes:

- Les renseignements sur les antécédents du malade font gagner du temps au médecin et lui permettent de suivre de près le progrès du traitement.
- Un collègue ou un médecin suppléant peut consulter le dossier quand on lui demande de soigner le malade.
- Il est utile comme document de référence médico-légale quand il faut fournir au patient un rapport détaillé concernant une maladie ou une blessure. Il peut également aider un médecin appelé à témoigner lors d'un procès.
- Le dossier peut être particulièrement utile au médecin qui doit fournir des renseignements relatifs aux soins donnés à un malade à l'Assurance-maladie, au Collège des médecins et chirurgiens ou lors d'une action en justice.

En général un dossier de patient devrait être en soi une chronique des antécédents du patient et des soins donnés expliquant au lecteur comment et pourquoi certaines décisions ont été prises- le processus intellectuel mentionné ci-dessus. Le contenu général d'un dossier de qualité devrait constituer un guide clair et précis qui permettrait à un autre médecin de soigner le malade sans hésitation et sans difficulté.

Le contenu précis d'un dossier de qualité est plus difficile à établir bien que les organismes de réglementation et les gouvernements aient déterminé certains principes de base qui sont suggérés ou, comme en Ontario, font partie des règlements établis en vertu de la *Loi sur les sciences de la santé*.

...2

D'après les documents consultés, un dossier de patient devrait comprendre au minimum les renseignements suivants :

- le nom, l'adresse, la date de naissance et le sexe du patient;
- la date de chaque consultation;
- un résumé raisonnable de chaque consultation;
- les détails de chaque examen physique, y compris les résultats positifs et négatifs;
- un diagnostic ou diagnostic provisoire;
- les ordonnances d'examen et les résultats;
- le traitement prescrit, les consultations demandées et le suivi prévu.

De plus, basé sur leur expérience depuis 1981, le programme d'évaluation collégiale des médecins de l'Ontario recommande:

- que le nom du patient figure clairement sur chaque pièce du dossier
- que les observations résumées à la sortie de l'hôpital, les rapports de pathologie, les comptes rendus opératoires, etc. soient conservés par le médecin ou que des renseignements choisis en soient extraits et enregistrés;
- qu'un système (comme la signature du paraphe) soit instauré pour s'assurer que le médecin a pris connaissance de tous les résultats d'examen, des lettres des médecins consultants et ainsi de suite avant de les classer.

Nos inspecteurs suggèrent d'ajouter ce qui suit :

- Les allergies aux médicaments devraient être clairement indiquées dans le dossier;
- Dans le cas d'un enfant, un tableau de croissance à jour est préconisé.

Bien que ce ne soit pas obligatoire, l'ECMPA appuie et suggère fortement l'utilisation du profil du patient et de la formule des renseignements subjectifs, renseignements objectifs, appréciation et prescription (SOAP). Nous pensons que c'est la meilleure façon de présenter les renseignements médicaux en termes généraux et particuliers.

Rien de ce qui précède n'aura de l'importance si le dossier est illisible. Il est essentiel que les notes soient écrites lisiblement à la main ou dactylographiées.