

La gestion de l'information

Un système sur lequel nous pouvons compter



Inpatient Record

ADMITTING PHYSICIAN	HOSP. NUMBER	ADMIT DATE	ADMIT TIME	ADMIT TYPE	CASE NUMBER
ADMITTING DIAGNOSIS			HEALTH CARD NUMBER		
MEMO <i>Des vres dépendent de la discipline des dossiers des patients que vous remplissez à temps et en entier.</i>			NAME		
			SURNAME ON HEALTH CARD		
FAMILY PHYSICIAN			DATE OF BIRTH		
REFERRING PHYSICIAN			SEX		
HCN			AGE		
PRE ADMISSION COMORBIDITY			ADDRESS		
POST ADMISSION COMORBIDITY			PHONE		
SECONDARY CONDITIONS			BUS. PHONE		
			IN EMERGENCY NOTIFY		
			RELATIONSHIP		
			PHONE		
			RELIGION		
			LANGUAGE		
			KOSHER		
			RAT		
			ALTERNATE LEVEL OF CARE		
			KNOWN DRUG ALLERGIES		
			CODE (S)		

Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux des médecins

Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins

Novembre 2006

Table des matières

1 Remerciements

1 Membres du Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins :

2 Message du président du Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins

5 Introduction

6 1.0 Le dossier du patient : importance et incidence

7 1.1 Soins prodigués aux patients et résultats cliniques

8 1.2 Communications entre médecins

8 1.3 Le système de soins de santé

9 2.0 Le contexte actuel

9 2.1 Pratiques des médecins

9 2.2 Pratiques des hôpitaux

10 2.3 Exigences de la loi et règlements des hôpitaux

11 2.4 L'organisme de réglementation et l'Association

12 3.0 Politique du Comité sur la façon de remplir les fiches médicales

12 3.1 Modèle de politique

13 4.0 Normes de présentation des données

13 4.1 Programme de formation de l'ICIS sur le système de classification

14 5.0 Conclusion

15 Références

17 Annexe A – Répercussions de la documentation sur le financement

18 Annexe B – Loi sur les hôpitaux publics

20 Annexe C – Loi sur les médecins

22 Annexe D – Formulaire standard de congé d'un patient hospitalisé

23 Annexe E – Modèle de politique sur la façon de remplir les fiches médicales

25 Annexe F – Terminologie clé

26 Annexe G – Normes de typage du diagnostic

Remerciements

Le Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins a été créé en septembre 2005 dans le cadre de la Stratégie de gestion de l'information du gouvernement de l'Ontario. Il s'est réuni à plusieurs reprises, la dernière fois en février 2006.

Membres du Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins :

Président : Ralph Z. Kern, M.D., M.Sc.S., FRCP(C)

Professeur adjoint, directeur du programme de neurologie, Université de Toronto

D ^r J.P. Murphy	Bluewater Health	RLISS d'Érié St-Clair
D ^r M. Goldszmidt	London Health Sciences Centre	RLISS du Sud-Ouest
D ^r C. Morris	Hôpital Memorial de Cambridge	RLISS de Waterloo Wellington
D ^r J. Everson	Hamilton Health Sciences Corporation	RLISS de Hamilton Niagara
D ^r A. Masood	Centre de santé William Osler	RLISS du Centre-Ouest
D ^r N. Hill	Centre de santé Trillium	RLISS de Mississauga
D ^r A. James	Hospital for Sick Children	RLISS du Centre-Toronto
D ^r G. Geiger	Centre Sunnybrook des sciences de la santé	RLISS du Centre-Toronto
D ^r K. Jessa	Hôpital central de York	RLISS du Centre
D ^r H. Solow	Hôpital de Markham-Stouffville	RLISS du Centre
D ^r S. Jackson	Hôpital de Scarborough	RLISS du Centre-Est
D ^r R. Beveridge	Hôpital général de Brockville	RLISS du Sud-Est
D ^r J. Chouinard	Service de santé des Sœurs de la Charité d'Ottawa	RLISS de Champlain
D ^r B. Leduc	Hôpital Montfort	RLISS de Champlain
D ^r G. Bond	Hôpital Royal Victoria	RLISS de Simcoe Nord
D ^r J. Cisa	Hôpital régional de Sudbury	RLISS du Nord-Est
D ^r H. Chatur	Hôpital général de Manitouwadge	RLISS du Nord-Ouest

Représentants des organismes :

Gail Crook	Association canadienne interprofessionnelle du dossier de santé
Lynne Hopper	Ontario Health Information Management Association
D ^r T. Boadway	Ontario Medical Association
Shenda Tanchak	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
D ^r B. Gamble	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
D ^r J. Worthington	Association des hôpitaux de l'Ontario
D ^r H. Blankenstein	Équipe de renouvellement des soins primaires de l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé
Lori Moskal	Institut canadien d'information sur la santé

Équipe de projet, Équipe des résultats dans le domaine de la santé – Gestion de l'information, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

Helen Whittome
Akeela Jamal
Kathy Gilmore

Message du président du Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins



À titre de président du Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins et au nom de mes collègues membres du Comité, j'ai le plaisir de vous présenter ce guide élaboré en vue de produire de meilleurs dossiers médicaux.

Ce guide est le fruit des efforts concertés et des recommandations d'un groupe de collègues représentant diverses disciplines à l'échelle de la province. Le groupe s'est réuni à l'automne 2005 pour étudier les préoccupations relatives aux lacunes observées dans les dossiers médicaux des patients et attribuables à des données médicales incomplètes, inexactes et tardives.

En tant que médecins, nous devons avant tout nous préoccuper de la santé de nos patients et des soins qui leur sont prodigués et il nous apparaît clairement que des dossiers inadéquats ont une incidence sur les soins prodigués et sur les résultats. Le médecin traitant qui n'a pas accès au sommaire de congé préparé par le médecin des services de soins actifs se trouve désavantagé dans une situation où la vie du patient est en péril.

Des dossiers médicaux de qualité transmis en temps opportun peuvent éviter les conséquences négatives, comme les événements iatrogènes médicamenteux.

Ce sont des préoccupations de ce genre qui nous ont amenés à nous réunir pour définir des stratégies et des outils visant à améliorer les dossiers médicaux des médecins, principalement dans les cas de soins actifs et de soins ambulatoires. Cette question a une incidence sur la qualité des soins prodigués aux patients et sur l'ensemble des besoins de soins de santé des Ontariens et des Ontariennes.

Le dossier médical des patients est l'outil de communication par excellence du médecin. Il est la clé qui permet l'échange de renseignements cruciaux entre tous les membres de l'équipe clinique. C'est un élément de communication essentiel, en milieu hospitalier comme ailleurs.

Le dossier médical, qui assure la liaison entre les médecins de soins actifs et les médecins de soins primaires, permet la transmission de renseignements qui pourraient sauver des vies. Il est essentiel à la continuité des soins. Une rupture de la communication, en raison de délais dans le transfert de l'information ou de renseignements incomplets ou inexacts, peut avoir de graves conséquences.

Les dossiers médicaux des médecins permettent aussi d'améliorer la qualité des données du système de soins de santé. Les renseignements qui y sont consignés et conservés, une fois recueillis et regroupés, sont utilisés par les cliniciens, les planificateurs du système de santé, les chercheurs et autres intervenants qui ont à prendre des décisions importantes relativement aux besoins de soins de santé des Ontariens et des Ontariennes. La bonne tenue des dossiers médicaux des médecins fait en sorte que des données plus fiables sont accessibles pour prendre des décisions cruciales dans le secteur des soins de santé.

La piètre qualité des dossiers médicaux des médecins peut, en partie, être reliée à l'importance secondaire accordée à cette question dans les facultés de médecine. Ce manque d'attention à l'égard des processus de documentation appropriés se poursuit tout au long des étapes d'internat et de résidence de la formation des médecins, ce qui signifie qu'au cours de leur formation médicale, les médecins ne sont pas adéquatement outillés pour produire des dossiers médicaux efficaces.

Des études ont soulevé des préoccupations au sujet des lacunes observées sur le plan de la documentation des dossiers des patients dans les hôpitaux de l'Ontario, y compris des renseignements inexacts et incomplets.

Pour appuyer l'objectif d'améliorer de la qualité des dossiers médicaux des médecins, Adalsteinn Brown, directrice de l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé pour la gestion de l'information, qui relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a demandé à certains de mes estimés collègues et à moi-même d'examiner cette importante question dans le cadre de la Stratégie de gestion de l'information du gouvernement de l'Ontario. En collaboration avec l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé, le Comité a passé plusieurs mois à élaborer, à l'intention des médecins, une trousse d'information comprenant :

- le présent guide, qui décrit en détail l'incidence de la qualité des dossiers médicaux des médecins sur les soins prodigués aux patients et sur les résultats, de même que les conséquences d'une mauvaise communication;
- un modèle de politique qui servira de guide normalisé à l'intention des médecins et des hôpitaux pour les aider à remplir les fiches médicales des patients de façon précise et en temps opportun;
- un dépliant qui souligne l'importance de la qualité des dossiers médicaux des médecins;
- un diaporama sur les dossiers médicaux des médecins qui met l'accent sur les principaux points repris dans le guide.

Nous espérons que ces documents vous seront utiles, tant à vous qu'à vos collègues, et qu'ils serviront de base à l'amélioration de la qualité des dossiers médicaux des médecins. La production en temps utile, par les médecins, de dossiers médicaux complets et exacts améliorera la qualité des soins prodigués aux patients, et le système de soins de santé de l'Ontario en tirera grandement avantage.

Nous vous invitons à partager ces documents avec vos collègues du corps médical. Grâce à de meilleurs dossiers, nous pourrions améliorer notre outil le plus puissant, le dossier médical, pour optimiser les soins prodigués aux patients et assurer l'accès à des données de qualité supérieure qui faciliteront la prise de décisions cruciales à l'égard des soins de santé.



Ralph Z. Kern, M.D., M.Sc.S., FRCP(C)

Professeur adjoint, directeur du programme de neurologie, Université de Toronto

Introduction

Les médecins de l'Ontario sont la source clé de l'information figurant aux dossiers médicaux des patients. Ces dossiers constituent un élément essentiel de la qualité et de la continuité des soins que les Ontariens et les Ontariennes reçoivent au sein du système de soins de santé. Le dossier médical est un outil de communication puissant et crucial entre les médecins tout au long du continuum des soins. Les médecins inscrivent des renseignements qui sont par la suite traduits en données et en information à partir desquelles se prennent d'importantes décisions en matière de soins de santé.

On tient souvent pour acquise l'importance des dossiers médicaux des patients. Nombre de médecins y ne sont pas pleinement conscients de la réglementation qui régit la façon de remplir les dossiers médicaux des patients ou du fait qu'il s'agit de documents juridiques qui doivent pouvoir résister à un examen devant les tribunaux.

Cela peut, en partie, être relié à l'importance secondaire accordée à ce sujet dans les facultés de médecine. Ce manque d'attention à l'égard du processus de documentation approprié se poursuit tout au long des étapes d'internat et de résidence de la formation des médecins. D'après un examen que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mené auprès des facultés de médecine de l'Ontario par l'entremise de son Équipe des résultats dans le domaine de la santé pour la gestion de l'information (ERDS-GI), la formation sur l'importance des dossiers ou sur la façon de les préparer correctement y est quasi inexistante. Au cours de leur formation médicale, les médecins ne sont pas adéquatement outillés pour produire des dossiers médicaux efficaces.

De nombreuses études menées dans divers territoires de compétence sont arrivées à des conclusions troublantes sur la qualité des dossiers médicaux des patients. Ces dossiers se sont trop souvent révélés incomplets ou inexacts ou alors des renseignements importants sur le patient n'ont pas été transmis aux médecins subséquents en temps opportun ou d'une façon utile.

En Ontario, par exemple, une enquête ministérielle menée en 2005 a révélé que les médecins prenaient 35 jours en moyenne pour remplir les fiches médicales. Soixante-trois pour cent des hôpitaux présentent des résumés à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à partir de dossiers médicaux incomplets. L'étude a conclu que les fiches incomplètes entraînent l'attribution de codes normalisés à partir de suppositions et d'inférences, ce qui donne des données de qualité inférieure dont on se sert pourtant pour prendre d'importantes décisions en matière de soins de santé.

Les préoccupations relatives à l'état des dossiers médicaux des médecins ont mené à la création du premier Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins de l'Ontario pour examiner les façons d'améliorer la qualité et l'utilité des renseignements consignés dans ces dossiers.

Plus de 20 médecins de la province, représentant une variété de disciplines et d'organisations, dont l'organisme de réglementation de la profession et l'Association, se sont réunis en raison de la grande importance de cette question. Les objectifs du comité portaient deux volets : premièrement sensibiliser les médecins à l'état de leurs dossiers médicaux et deuxièmement les encourager à inscrire dans le dossier médicales des données précises, claires, complètes et opportunes sur le diagnostic, les problèmes, le traitement et les progrès du patient.

Dans le cadre de son examen de l'état actuel des dossiers médicaux des médecins, le comité s'est concentré sur le sommaire de congé que l'on trouve dans le dossier médical et qui constitue un outil de communication crucial entre les médecins pour assurer la continuité optimale des soins. Une communication en temps opportun entre les médecins de soins actifs et de soins primaires, grâce au sommaire de congé, peut améliorer les résultats pour la santé et permettre notamment d'éviter les réactions indésirables aux médicaments ou de réduire le nombre de réhospitalisations.

Bien que le comité se soit penché principalement sur les dossiers médicaux des patients hospitalisés ou ayant reçu des soins ambulatoires, les conséquences ont une grande portée à l'échelle du système. La production de meilleurs dossiers par les médecins améliorera la qualité des dossiers des hôpitaux et, par conséquent des données mises à la disposition des cliniciens, des planificateurs des soins de santé, des chercheurs et des décideurs.

Nous espérons que les médecins de soins actifs et de soins primaires de l'Ontario trouveront utile l'information contenue dans ce guide utile et que le nouveau modèle de politique sur la façon de remplir les fiches médicales élaboré par le Comité leur facilitera la tâche. La qualité des soins prodigués aux patients en dépend.

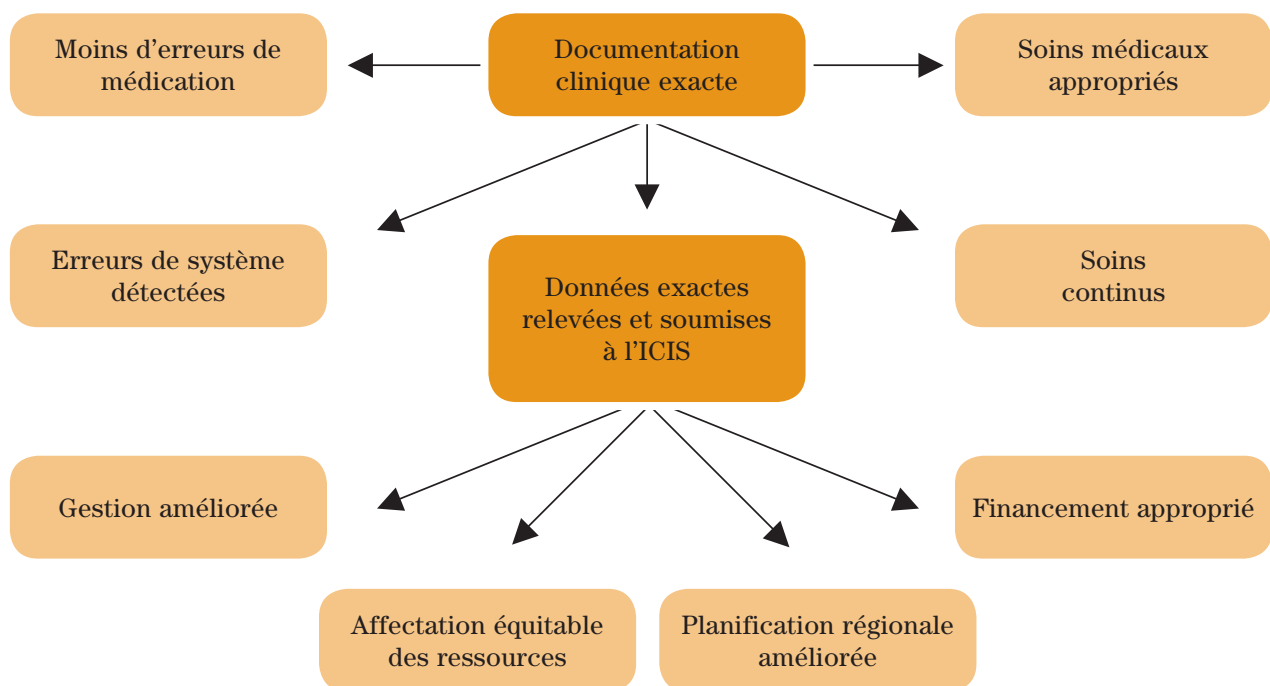
1.0 Le dossier du patient : importance et incidence

La documentation clinique que contient le dossier d'un patient comprend toute information liée aux soins prodigués à ce patient durant son séjour ou sa visite à l'hôpital. Elle est destinée à évaluer l'état de santé actuel du patient, ainsi qu'à aider à planifier les soins, à évaluer ceux qui sont prodigués et à en assurer la continuité. Elle doit absolument être exacte et complète. Des dossiers médicaux complets et produits en temps opportun font également en sorte que le personnel clinique chargé des patients, aujourd'hui ou demain, pendant leurs séjours à l'hôpital, a accès à l'information dont il a besoin pour prodiguer des soins optimaux.

Un dossier médical contenant de l'information adéquate et complète a une incidence sur la qualité et les coûts des soins de santé (National Coalition for Health Care, *Charting the Cost of Inaction*, 2003). Une documentation détaillée et exacte facilite l'administration de soins appropriés, aide à réduire les résultats négatifs (comme les erreurs de médicaments) et favorise la continuité des soins. Dans cette section, nous allons examiner l'incidence du dossier du patient sur :

- les soins prodigués et les résultats cliniques;
- les communications entre médecins;
- le système de soins de santé.

Le diagramme suivant montre plus en détail l'incidence d'un dossier médical contenant des données complètes et précises sur les soins prodigués au patient et sur le secteur des soins de santé dans son ensemble.



1.1 Soins prodigués aux patients et résultats cliniques

Des études récentes démontrent qu'environ 20 % des patients vivent des événements indésirables au cours des premières semaines suivant leur congé de l'hôpital, les plus courants liés à la médication (événements iatrogènes médicamenteux). Il y a aussi les infections nosocomiales, les complications liées aux interventions et les erreurs diagnostiques et thérapeutiques. Certains facteurs contribuant aux événements sont liés au patient, comme le prolongement de l'hospitalisation ou les diagnostics de diabète sucré. D'autres facteurs contribuent également aux événements indésirables, notamment le manque d'information fournie au patient au moment de son congé et des renseignements incomplets ou tardifs au sujet du congé transmis aux fournisseurs de soins subséquents.

Il serait possible d'éviter le tiers de ces événements et de réduire la gravité d'un autre tiers, même s'ils soient inévitables, en adoptant des mesures correctives plus tôt et de façon plus efficace (14). D'où l'importance du rôle des dossiers médicaux pour prévenir les événements indésirables et améliorer les soins prodigués aux patients, ainsi que leur sécurité.

Des études ont également démontré que les soins prodigués aux patients peuvent être améliorés en transmettant à l'omnipraticien en temps opportun l'information complète et précise sur le congé (4, 5).

Le Comité s'est penché plus précisément sur les études qui ont abordé l'incidence du sommaire de congé sur les résultats pour la santé. L'une d'elles menée par van Walraven et ses collègues (32), a révélé que **le risque d'une nouvelle hospitalisation diminuait lorsque les patients étaient évalués dans le cadre d'un examen de suivi par des médecins qui avaient reçu un sommaire de congé**. L'étude concluait que la transmission des sommaires de congé contenant des renseignements sur l'hospitalisation du patient aux médecins chargés du suivi pouvait influencer de façon importante les résultats pour le patient. L'autre étude, menée par Forster (2003), a révélé que **les visites au service des urgences d'un hôpital universitaire d'Ottawa duraient en moyenne 1,2 heure de plus lorsque les dossiers des patients étaient incomplets comparativement aux dossiers complets**.

De nombreuses études ont aussi évalué le sommaire de congé contenu dans le dossier médical sur les plans du contenu, de la précision et de l'opportunité.

Van Walraven et Rokosh (35) ont démontré que les médecins de famille considèrent que les sommaires de congé sont de bonne qualité lorsqu'ils sont brefs, qu'ils sont fournis rapidement et qu'ils contiennent des données pertinentes axées sur les renseignements relatifs au congé. Le contenu qui augmente le plus la qualité des sommaires de congé comporte les éléments suivants :

- le diagnostic à l'admission;
- les résultats de l'examen clinique et des tests de laboratoire pertinents;
- les interventions pratiquées et les complications survenues au cours du séjour à l'hôpital;
- le(s) diagnostic(s) au moment du congé;
- la médication au moment du congé;
- les problèmes médicaux subsistants au moment du congé;
- les dispositions relatives à la continuité des soins [suivi].

Sur la foi de ces études, le Comité recommande que le sommaire de congé comporte également les éléments suivants :

- les détails relatifs à la médication prescrite au moment du congé, y compris les raisons de l'administration ou de la modification de la médication, la fréquence, la dose et la durée proposée du traitement;
- les plans précis après le congé, y compris les rendez-vous à prendre aux fins de suivi, les examens supplémentaires au service de consultations externes, ainsi que les tests à effectuer et les rapports devant faire l'objet d'un suivi;
- les renseignements fournis au patient sur le diagnostic, la gestion et le résultat attendu;
- un résumé du cas.

1.2 Communications entre médecins

Les études mentionnées à la section 1.1 constituent un motif additionnel de mieux définir les normes de communication actuelles afin d'améliorer la continuité des soins et les résultats cliniques subséquents.

Le Comité considère le sommaire de congé comme l'un des éléments de documentation les plus cruciaux du dossier médical. Il constitue la base de la communication avec les fournisseurs de soins de santé subséquents et est donc essentiel à la continuité et à la qualité des soins prodigués aux patients.

Le sommaire de congé contient diverses données destinées à informer le fournisseur de soins primaires ou le médecin ayant aiguillé le patient au sujet des points saillants de l'épisode au cours duquel le patient reçu des soins. Il peut servir d'outil de communication puissant en assurant la liaison entre les médecins de soins actifs et de soins primaires au sein du système.

Ce sommaire n'est efficace que s'il est complet, précis et accessible en temps opportun. Incomplet et (ou) transmis trop tard, il place le médecin de famille et le patient en situation de désavantage. Un médecin de soins primaires doit avoir rapidement accès à cette information; elle peut permettre de sauver des vies. Le médecin de famille en a besoin pour assurer la continuité des soins lorsqu'il assume à nouveau la responsabilité d'un patient.

Des copies de cette information doivent donc être transmises en temps opportun à tous les fournisseurs qui prodiguent des soins au patient.

De nombreux patients présentant des troubles complexes reçoivent leur congé après avoir été examinés et observés par le service des urgences ou le service d'observation. Étant donné la forte probabilité de réhospitalisation si le médecin de famille n'est pas tenu au courant et ne reçoit pas les renseignements nécessaires pour assurer le suivi du patient, le dossier de congé ou les notes d'évolution devraient lui être transmis au médecin de famille dans les 24 heures qui suivent la mise en congé par les services précités.

1.3 Le système de soins de santé

Les sections 1.1 et 1.2 portaient sur l'importance de recueillir et de conserver l'information médicale afin de fournir un continuum de données sur le patient et de permettre au personnel des soins de santé de mieux traiter et soigner le patient. Or, d'autres raisons justifient l'importance de tenir des dossiers médicaux précis et complets. Du point de vue de la planification du système de santé, l'information de haute qualité fait partie intégrante de la recherche, de la mesure du rendement, de la planification et de l'attribution des ressources.

Les dossiers médicaux des médecins forment la base de la codification clinique. Les normes nationales de codification exigent que les codes de maladie et d'intervention soient établis à partir de l'information contenue dans la fiche remplie par le médecin. La norme de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) précise que les notes du personnel infirmier, les rapports de pathologie, les résultats d'analyses de laboratoire, les rapports d'autopsie, les profils pharmaceutiques, les examens radiologiques, les examens par imagerie nucléaire et autres examens similaires sont des outils précieux pour la sélection du code de diagnostic approprié. **Cependant, ces diagnostics doivent aussi être appuyés par les dossiers médicaux des médecins afin d'être classés comme comorbidités significatives.** Par conséquent, les dossiers médicaux des médecins déterminent directement ce qui est consigné dans les données cliniques.

Une documentation clinique inadéquate peut entraîner l'attribution d'un code inexact, ce qui mènera à une fausse représentation de la gravité de la maladie du patient qui, à son tour, se traduira par des données erronées sur les taux de mortalité et les complications. Une étude a révélé que l'information sur les congés utilisée pour déterminer les modèles de morbidité à des fins de planification des politiques et des programmes de santé étaient inadéquates (19). Ces données sont pourtant utilisées à grande échelle pour prendre d'importantes décisions ayant une incidence sur la prestation des soins de santé en Ontario. (Voir l'annexe A pour d'autres exemples.)

Dans une récente étude analytique menée conjointement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et l'ICIS, la qualité de la codification de l'information clinique et non clinique a été évaluée pour déterminer l'incidence de la variation de la codification sur l'utilisation des ressources.

Plus de la moitié des différences de codification des diagnostics étaient attribuables à des problèmes de documentation dans les fiches médicales. On a constaté des renseignements incomplets ou contradictoires, des interprétations différentes, des omissions et des cas où l'état de santé mentionné n'était pas corroboré.

Les principales conclusions de l'étude analytique indiquent que les éléments de données sur la catégorie d'admission, les dispositions relatives au congé, l'établissement vers lequel le patient est aiguillé et celui qui l'a aiguillé avaient besoin d'être mieux documentés dans la fiche médicale. L'étude révèle qu'il est nécessaire d'apporter des améliorations à la documentation des fiches de sorte que la précision de la codification puisse aussi être améliorée. Cela permettra alors d'améliorer la qualité de l'information utilisée pour la recherche, la mesure du rendement, la planification et l'attribution des ressources.

2.0 Le contexte actuel

Reconnaître l'importance et l'incidence du dossier médical des patients est une chose; connaître les exigences relatives à sa tenue en est une autre.

Par suite d'un examen des facultés de médecine de l'Ontario, le ministère a constaté que la formation sur l'importance des dossiers ou sur la façon de les préparer correctement est quasi inexistante. Cette conclusion est confirmée par d'autres études qui révèlent que l'on fournit peu de directives aux médecins reçoivent peut d'explications sur la façon de préparer les sommaires de congé (8, 13).

Compte tenu en outre des limites de temps, ce manque de directives fait souvent en sorte que l'on accorde une faible priorité aux sommaires de congé, ce qui ne favorise ni la qualité ni la rétroaction en bonne et due forme. En outre, peu de médecins sont en mesure de respecter les échéances imposées pour préparer leurs dossiers.

La présente section donne un aperçu des pratiques actuelles des médecins et des hôpitaux pour remplir les fiches médicales, de même que les obligations juridiques et les politiques en vigueur en Ontario.

2.1 Pratiques des médecins

Des études ont démontré qu'il existait de nombreux processus inefficaces associés à la documentation des fiches médicales. L'une des préoccupations les plus souvent signalées concerne les pratiques individuelles des médecins. **L'on a observé que la documentation est utilisée davantage comme outil de rappel des événements que comme moyen de justifier les décisions de gestion**, ce qui se traduit souvent par des fiches médicales incomplètes, inexactes et présentées en retard (12, 16).

Des études ont noté le manque de précision des documents, par exemple lorsque le diagnostic final suivant le congé n'était pas consigné dans le sommaire de congé (2). D'autres études ont noté que les sommaires de congé n'étaient pas remplis en temps voulu et que, dans bien des cas, les médecins qui examinaient les patients après leur congé de l'hôpital ne les recevaient pas (31).

Une enquête menée auprès des services d'archives médicales et de gestion de l'information des hôpitaux en 2005 a révélé que seulement 11 % des hôpitaux de l'Ontario faisaient remplir et signer les sommaires de congé dans les 48 heures. D'autres études ont noté un délai important entre le moment où le patient recevait son congé et celui où l'omnipraticien recevait l'information (20, 26).

2.2 Pratiques des hôpitaux

L'un des problèmes liés du manque de documentation est l'obligation qu'ont les médecins de remplir de multiples documents au contenu similaire. Certains hôpitaux exigent, par exemple, le principal médecin responsable indique la médication (y compris la posologie) dans le résumé du dossier médical et dans le sommaire de congé. D'autres hôpitaux ont instauré un Profil cumulatif du patient (PCP), lequel est en fait

un « instantané » des éléments cruciaux des antécédents médicaux du patient. Ce profil permet aux professionnels de la santé d'obtenir rapidement de l'information sur l'état de santé global du patient.

L'utilisation adéquate du PCP permet de gagner du temps en réduisant la nécessité de retranscrire l'information dans les notes d'évolution lorsque l'information se trouve déjà dans le PCP. Il peut aussi aider à prévenir les erreurs et le recouplement de la documentation. (Veuillez consulter la Politique sur les dossiers médicaux publiée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour plus de détails.)

De nombreux hôpitaux ont commencé à informatiser la tenue des dossiers médicaux, qui a une incidence marquée sur le contenu et l'accessibilité de l'information. Certains hôpitaux ont fait mention d'une augmentation de l'accessibilité, de la disponibilité, de la lisibilité et de l'organisation de l'information relative au patient, de même que de meilleurs résultats pour le patient, grâce à une réduction des erreurs de prescription de médicaments (1, 10). D'autres, en revanche, entraînaient également une augmentation de la redondance, des documents plus longs, plus de « confusion » et une diminution des mises à jour sur des problèmes cliniques (10, 23).

2.3 Exigences de la loi et règlements des hôpitaux

2.3.1 La Loi sur les hôpitaux publics de l'Ontario

Les dossiers médicaux contiennent des renseignements exigés par la réglementation, de même que de l'information requise à d'autres fins, comme la vérification, l'enseignement, la recherche et l'accréditation. Bien qu'ils soient utilisés principalement à des fins médicales, les multiples usages des dossiers médicaux, qui sont aussi des documents juridiques, peuvent entraîner des conséquences juridiques. La réglementation provinciale doit être respectée, que l'information soit ou non nécessaire à des fins cliniques ou autres.

La *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario établit les exigences relatives à l'information médicale qui doit être consignée par un établissement de soins de santé. L'article 19 du Règlement 965 pris en application de la Loi prévoit que les hôpitaux doivent veiller à ce qu'un système soit en place pour conserver un dossier médical pour chaque patient; chaque entrée dans un dossier médical doit être datée et authentifiée par la personne qui l'a autorisée. La réglementation décrit le contenu du dossier médical de même que les échéances à respecter pour le remplir. Par exemple, un hôpital est tenu d'assurer que :

- dans les 24 heures, une note d'admission, authentifiée par le médecin, est versée au dossier médical;
- dans les 72 heures suivant l'admission d'un patient à l'hôpital par un médecin, ce dernier recueille les antécédents médicaux du patient, procède à un examen clinique du patient et consigne les antécédents, les conclusions de cet examen ainsi que le diagnostic provisoire, inscrit la date et authentifie le tout.

L'annexe B présente plus de détails sur les éléments qui devant être inclus dans un dossier médical en vertu du Règlement 965.

2.3.2 Règlements des hôpitaux et politiques sur la façon de remplir les fiches médicales

Les hôpitaux ont le pouvoir d'édicter des règlements pour la régie de leurs affaires internes. Les règlements doivent être adoptés conformément à la procédure établie dans les articles des actes constitutifs de la société. Ils ne doivent en aucun cas contrevenir à une loi ou à un règlement provincial ou fédéral. Les règlements peuvent décrire l'information qui doit faire partie du dossier médical et peuvent reproduire ou élargir la portée de la législation provinciale existante. **Ainsi, un médecin est lié par les règlements de son hôpital concernant la tenue des dossiers médicaux.**

Les hôpitaux peuvent aussi adopter leur propre politique sur la façon de remplir les fiches médicales. Une telle politique leur permet d'exiger que la tenue des dossiers médicaux se fasse suivant une méthode uniforme et en temps opportun afin d'assurer la continuité des soins au patient. Elle leur permet également de prendre les mesures qui s'imposent lorsque les dossiers médicaux ne sont pas remplis dans les délais précisés.

L'examen mené par le Comité de plus d'une centaine de ces politiques en vigueur dans les hôpitaux ontariens et dans d'autres provinces a révélé que la majorité ont recours à un processus comportant trois étapes qui

accorde aux médecins quatre à cinq semaines pour remplir le dossier médical à compter du congé. Ce processus est décrit à la section 3.0.

2.3.3 Législation relative à la protection de la vie privée

La *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* comprend une réglementation relative à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé, qui protège la confidentialité de ces renseignements et la vie privée, tout en favorisant la prestation efficace des soins de santé. La Loi stipule qu'un dépositaire de renseignements sur la santé qui utilise les renseignements relatifs à une personne devra prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que les renseignements sont aussi exacts, complets et à jour que possible aux fins de l'utilisation qu'il compte en faire. Veuillez consulter la loi pour obtenir de plus amples informations sur la législation relative à la protection de la vie privée.

2.4 L'organisme de réglementation et l'Association

2.4.1 Politique sur les dossiers médicaux de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario réglemente la pratique de la médecine et surveille et met à jour des normes de pratique. Sa politique sur les dossiers médicaux, publié en septembre 2005, définit les éléments essentiels de la tenue des dossiers. Bien qu'elle vise principalement les dossiers conservés en cabinet, la politique énonce les principes et les exigences s'appliquant à tous les dossiers médicaux. Les recommandations de cette politique vont dans le sens des exigences énoncées dans les règlements de l'Ontario pris en application de la *Loi de 1991 sur les médecins*. Voir l'annexe C pour plus de détails sur cette loi.

2.4.2 Formulaire de congé des patients hospitalisés de l'Ontario Medical Association

L'Ontario Medical Association (OMA) a récemment élaboré à l'intention des hôpitaux un formulaire de congé des patients hospitalisés en réponse à une directive par laquelle le conseil de l'OMA, en novembre 2003, exigeait qu'« un dossier provincial standard sur l'information relative aux congés soit établi accompagné des honoraires appropriés pour remplir ce dossier ». Voir à l'annexe D le modèle de formulaire standard de congé d'un patient hospitalisé de l'OMA. (Un nouveau code de facturation d'honoraires, intitulé « MRP Day of Discharge », a été établi en vertu de l'entente cadre conclue en 2005 entre l'OMA et le ministère sur le congé définitif des patients de l'hôpital).

Le modèle de formulaire a été préparé à la suite d'un examen exhaustif de la documentation et d'un examen des documents de congé déjà utilisés à l'échelle de la province. Il a été structuré de façon à normaliser la quantité minimale d'information devant être recueillie lorsqu'un patient quitte l'hôpital après avoir reçu son congé. Il est possible que d'autres renseignements soient exigés suivant la gravité du motif d'hospitalisation ou aux termes d'ententes locales, de règles et règlements hospitaliers ou selon le jugement du médecin. Le formulaire de congé des patients hospitalisés ne vise pas à remplacer les sommaires de congé existants, mais plutôt à faciliter le transfert des dossiers des patients hospitalisés à des médecins en milieu communautaire après l'hospitalisation. Ce modèle constituera une ressource utile pour les établissements qui n'utilisent aucun document de congé et servira de comparateur pour ce qui en utilise un.

L'on s'attend à ce que l'utilisation croissante par les hôpitaux des dossiers médicaux électroniques mène à la préparation de documents de congé qui seront remplis à l'aide de l'information déjà contenue dans le dossier électronique du patient et qu'une copie sera remise au patient au moment de son congé à titre de rappel, et transmise au fournisseur de soins en milieu communautaire ou à l'omnipraticien du patient pour qu'il l'intègre aux soins de suivi.

3.0 Politique du Comité sur la façon de remplir les fiches médicales

Une enquête ministérielle menée en 2005 auprès des services d'archives médicales et de gestion de l'information des hôpitaux a révélé que, bien que 90 % des hôpitaux de l'Ontario aient une politique sur la façon de remplir les fiches médicales, seulement 58 % la jugent efficace. Au cours de consultations subséquentes avec les directeurs généraux d'hôpitaux, certains ont indiqué qu'ils considéraient la suspension des privilèges comme un moyen efficace de réduire les délais de remise des dossiers médicaux, tandis que d'autres se voyaient incapables de faire observer leur politique.

Les exemples donnés par les hôpitaux qui administrent efficacement leurs règlements comprennent l'application d'un processus en trois étapes énoncé dans leur politique pour obliger les médecins à remplir les fiches médicales dans un délai de quatre à cinq semaines :

1. Le service d'archives médicales et de gestion de l'information de l'hôpital avise le médecin qu'une fiche médicale est prête à être remplie.
2. Si la fiche n'est pas remplie dans les deux semaines suivant l'avis initial, le service transmet un avertissement écrit avec copie conforme au médecin chef.
3. Si la fiche n'est pas remplie dans les deux semaines suivant l'avertissement, le conseil d'administration de l'hôpital alors peut suspendre le médecin.

Il importe que le médecin chef ou le vice-président aux affaires médicales participe à ce processus.

3.1 Modèle de politique

Le Comité d'experts en matière de dossiers médicaux a préparé un modèle de politique établissant un cadre standard à l'intention des médecins pour leur permettre de remplir et transmettre l'information cruciale sur les soins prodigués aux patients de façon uniforme et efficace. Pour l'élaboration de ce modèle de politique, le Comité a examiné les politiques en vigueur dans différents hôpitaux et a choisi des éléments clés pour formuler une politique exhaustive mais simplifiée.

La norme minimale à respecter pour remplir un dossier médical, qui a été établie par le Comité, comprend ce qui suit :

A. Directives générales

- Tous les documents doivent être lisibles.
- L'utilisation d'abréviations non autorisées est fortement déconseillée.
- Chaque entrée doit être authentifiée (y compris par signature électronique) et datée par son auteur.
- Les documents transcrits sont fortement recommandés.

B. Antécédents et examen clinique

1. Il faut remplir la section sur les antécédents et l'examen clinique pour chaque patient hospitalisé (comprend les examens médicaux, dentaires et obstétricaux).
2. La section sur les antécédents et l'examen clinique doit comprendre :
 - i. les renseignements d'identification (p. ex., nom et qualité de l'auteur, nom du médecin ayant posé le diagnostic principal, nom du patient, numéro du dossier médical, sexe, date de naissance, etc.);
 - ii. la plainte principale et la maladie actuelle;
 - iii. les antécédents médicaux, la médication, les allergies, les antécédents médicaux familiaux;
 - iv. l'examen clinique et l'évaluation de l'état;
 - v. le diagnostic;
 - vi. le plan de traitement.

C. Protocole opératoire

1. Un protocole opératoire doit être dicté pour chaque patient ayant subi une intervention chirurgicale.
2. Tous les protocoles opératoires doivent être signés par le chirurgien qui a pratiqué l'intervention.

3. Tous les protocoles opératoires doivent comprendre :
 - i. les renseignements d'identification (p. ex., nom et qualité de l'auteur, nom du médecin ayant posé le diagnostic principal, nom du patient, numéro du dossier médical, etc.);
 - ii. la date de l'intervention;
 - iii. la liste de distribution des copies au médecin ayant aiguillé le patient et (ou) au médecin de famille;
 - iv. le diagnostic préopératoire;
 - v. l'intervention chirurgicale proposée (si elle diffère de l'intervention pratiquée);
 - vi. l'intervention chirurgicale pratiquée;
 - vii. la description de l'intervention pratiquée;
 - viii. l'état du patient pendant l'intervention chirurgicale et à la fin de celle-ci;
 - ix. le diagnostic post-opératoire.

D. Sommaire de congé

1. Un sommaire de congé/final doit être rempli pour chaque patient hospitalisé.
2. Tous les sommaires de congé/finaux doivent être signés et datés par le médecin traitant.
3. Tous les sommaires de congé doivent comprendre :
 - i. les renseignements d'identification (p. ex., nom et qualité de l'auteur, nom du médecin ayant posé le diagnostic principal, nom du patient, numéro du dossier médical, dates d'admission et de congé);
 - ii. la liste de distribution des copies au médecin ayant aiguillé le patient et (ou) au médecin de famille;
 - iii. un bref résumé de la gestion de chacun des troubles médicaux actifs pendant l'hospitalisation, y compris les examens, les traitements et les résultats principaux;
 - iv. les détails relatifs à la médication au moment du congé, y compris les raisons de l'administration ou de la modification de la médication, la fréquence, la dose et la durée proposée du traitement;
 - v. les directives de suivi et les plans précis des étapes suivant le congé, y compris les tests en attente et les rapports nécessitant un suivi.

Voir l'annexe E pour le modèle de politique élaboré par le Comité concernant la façon de remplir les fiches médicales.

4.0 Normes de présentation des données

Les services d'archives médicales et de gestion de l'information des hôpitaux de l'Ontario doivent consigner *tous* les diagnostics (diagnostics final, secondaire et de transfert de service), les comorbidités pré-admission et post-admission, ainsi que les interventions et les traitements, en utilisant la terminologie et les abréviations généralement reconnues.

Bien que la codification des diagnostics renvoie à la pratique voulant que l'on examine le dossier médical d'un patient pour en tirer l'information pertinente sur la santé et la présenter dans un format standard, le typage du diagnostic est utilisé pour désigner la relation entre le diagnostic et le séjour d'un patient à l'hôpital.

Un type de diagnostic est exigé pour chaque code de la CIM-10-CA recueilli dans le résumé de la Base de données sur les congés des patients (DAD). Le typage a pour objet d'établir une distinction entre les conditions qui influent sur la durée du séjour du patient et (ou) sur la consommation des ressources et celles qui ne les touchent pas. Le typage désigne aussi les conditions significatives qui coexistent au moment de l'admission (comorbidité avant l'admission) ou qui surviennent après l'admission à l'hôpital (comorbidité après l'admission). Veuillez consulter l'annexe F pour les définitions des principaux termes.

Le typage approprié des diagnostics est aussi important dans la mesure où l'information est utilisée à d'autres fins, comme pour la mesure du rendement, la planification et l'attribution des ressources. Comme les diagnostics doivent être appuyés par les dossiers médicaux des médecins, il est important que ces derniers comprennent les critères à appliquer. Veuillez consulter l'annexe G pour connaître les normes relatives au typage des diagnostics.

LICIS a préparé une présentation intitulée « Introduction à la CIM-10-CA et à la CCI pour les médecins » qui vise à donner un vaste aperçu du système de classification et qui se veut un programme de formation pouvant être personnalisé par les hôpitaux en fonction de leurs besoins particuliers. La présentation a été conçue de façon modulaire, ce qui permet aux utilisateurs de choisir les sujets selon leur pertinence pour l'auditoire de médecins et en fonction des limites de temps.

5.0 Conclusion

Au cours des mois qui ont mené à la préparation du présent guide, le Comité a été encore plus convaincu de la nécessité d'améliorer la tenue des dossiers et de sensibiliser l'ensemble du secteur des soins de santé de l'importance de cette question.

D'où la décision de distribuer le présent guide à divers intervenants, y compris l'Ontario Medical Association et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour qu'ils le distribuent à leurs membres. Il est aussi transmis à toutes les facultés de médecine de l'Ontario par l'entremise du conseil qui les chapeaute, puisque le Comité a observé une grave lacune dans la formation des nouveaux médecins en ce qui concerne les dossiers médicaux qu'ils doivent produire.

Ce guide sera complété à l'avenir par l'ajout de modèles supplémentaires, en cours d'élaboration par le ministère, pour aider les hôpitaux à évaluer leurs processus de documentation et à améliorer la qualité de leurs données. Un hôpital a déjà été choisi pour participer à un projet pilote visant à développer ces outils additionnels dans le but d'améliorer les dossiers médicaux.

Une documentation clinique complète et exacte améliore la qualité des soins prodigués aux patients et facilite la présentation de l'information pertinente sur la santé, essentielle à une gestion optimale du système de soins de santé de l'Ontario.

Les médecins sont la pierre d'assise de la création et de la conservation de données sur la santé de la plus haute qualité.

Références

- 1 D. C. Adams, J. B. Bristol et K. R. Poskitt, « Surgical Discharge Summaries: Improving the Record », *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, vol. 75, n° 2 (1993), pp. 96-99.
- 2 V. Adhiyaman, A. Oke, A. D. White et I. U. Shah, « Diagnoses in discharge communications: how far are they reliable? », *International Journal of Clinical Practice*, vol. 54, n° 7 (2000), pp. 457-458.
- 3 T. Arnason, P. S. Wells, C. van Walraven et A. J. Forster, « Accuracy of Coding for Possible Warfarin Complications in Hospital Discharge Abstracts », *Thrombosis Research*, 1^{er} août 2005.
- 4 J. I. Balla et W. E. Jamieson, « Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals », *Medical Journal of Australia*, vol. 161, n° 11-12 (1994), pp. 656-659.
- 5 P. Bolton, « A Quality Assurance Activity to Improve Discharge Communication with General Practice », *Journal of Quality in Clinical Practice*, vol. 21, (2001), pp. 69-70.
- 6 P. Bolton, M. Mira, P. Kennedy et M. M. Lahra, « The quality of communication between hospitals and general practitioners: an assessment », *Journal of Quality in Clinical Practice*, vol. 18, n° 4 (1998), pp. 241-247.
- 7 R. Crosswhite, S. H. Beckham, P. Gray, P. R. Hawkins et J. Hughes, « Using a Multidisciplinary Automated Discharge Summary Process to Improve Information Management Across the System », *The American Journal of Managed Care*, vol. 3 (1997), pp. 473-479.
- 8 G. J. Doad, M. H. Ali et B. W. Lloyd, « Are junior doctors taught to use problem lists? », *Medical Education*, vol. 29, n° 6 (1995), pp. 407-409.
- 9 S. Dojeji, M. Marks et E. Keely, « Referral and consultation letters: enhancing communication between family physicians and specialists », *Clinical and Investigative Medicine*, vol. 20, suppl. n° 4 (1997), p. S49.
- 10 P. J. Embi, *Perceived Impact of Computerized Physician Documentation on Education and Clinical Practice in a Teaching Hospital*, avril 2002.
- 11 Alan J. Forster, Harvey J. Murff, Josh F. Peterson, Tejal K. Gandhi et David W. Bates, « Adverse Drug Events Occurring Following Hospital Discharge », *Journal of General Internal Medicine*, n° 4 (2005), pp. 317-323.
- 12 D. S. Foster, C. Paterson et G. Fairfield, « Evaluation of immediate discharge documents – room for improvement? », *Scottish Medical Journal*, vol. 47, n° 4 (2002), pp. 77-79.
- 13 J. P. Frain, A. E. Frain et P. H. Carr, « Experience of medical senior house officers in preparing discharge summaries », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7027 (1996), p. 350.
- 14 T. K. Gandhi, S. N. Weingart et J. Borus, « Adverse drug events in ambulatory care », *New England Journal of Medicine*, vol. 17 (2002), pp. 186-192.
- 15 H. Goodpasture, C. T. Nguyen-Dang, T. H. Lee, P. G. Ghazarian et M. A. Fulton, « Miscoding as a Cause of Elevated Simple Pneumonia Mortality », *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 30, n° 6 (2004), pp. 335-341.
- 16 E. S. Holmboe et R. E. Hawkins, « Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review », *Annals of Internal Medicine*, vol. 129, n° 1 (1998), pp. 42-48.
- 17 Rolf Jorde et Arne Nordoy, « Improvement in clinical work through feedback: intervention study », *British Medical Journal*, vol. 318, n° 7200 (1999), p. 1738.
- 18 M. H. King et S. G. Barber, « Towards better discharge summaries: brevity and structure », *West of England Medical Journal*, vol. 106, n° 2 (1991), pp. 40, 41 et 55.
- 19 C. F. Kramer, H. C. Thode, C. J. Kahn et J. I. Barancik, « Adequacy of Hospital Discharge Data for Determining Trauma Morbidity Patterns », *The Journal of Trauma*, vol. 39, n° 5 (1995), pp. 935-940.
- 20 R. J. Mageean, « Study of “discharge communications” from hospital », *British Medical Journal*, vol. 293, n° 6557 (1986), pp. 1283-1284.
- 21 C. A. Martin, « Improving the quality of medical record documentation », *Journal for Healthcare Quality*, vol. 14, n° 3 (1992), pp. 16-23.
- 22 J. Newton, M. Eccles et A. Hutchinson, « Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? », *British Medical Journal*, vol. 304, n° 6830 (1992), pp. 821-824.
- 23 Else Nygren, Jeremy C. Wyatt et Patricia Wright, « Helping clinicians to find data and avoid delays », *The Lancet*, vol. 352, n° 9138 (1998), pp. 1462-1466.
- 24 D. A. Opila, « The impact of feedback to medical housestaff on chart documentation and quality of care in the outpatient setting », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, n° 6 (1997), pp. 352-356.

- 25 J. M. Paterson et R. L. Allega, « Improving communication between hospital and community physicians. Feasibility study of a handwritten, faxed hospital discharge summary. Discharge Summary Study Group », *Canadian Family Physician*, vol. 45 (1999), pp. 2893-2899.
- 26 A. N. Raval, G. E. Marchiori et J. M. Arnold, « Improving the continuity of care following discharge of patients hospitalized with heart failure: is the discharge summary adequate? », *The Canadian Journal of Cardiology*, vol. 19, n° 4 (2003), pp. 365-370.
- 27 P. Rao, A. Andrei, A. Fried, D. Gonzalez et D. Shine, « Assessing Quality and Efficiency of Discharge Summaries », *American Journal of Medical Quality*, vol. 20, n° 6 (2005), pp. 337-343.
- 28 D. A. Sandler et J. R. Mitchell, « Interim discharge summaries: how are they best delivered to general practitioners? », *British Medical Journal*, vol. 295, n° 6612 (1987), pp. 1523-1525.
- 29 J. K. Solomon, R. B. Maxwell et A. P. Hopkins, « Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors », *Journal of the Royal College of Physicians of London*, vol. 29, n° 4 (1995), pp. 307-310.
- 30 C. van Walraven, A. Laupacis, R. Seth et G. Wells, « Dictated versus database-generated discharge summaries: a randomized clinical trial », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 3 (1999), pp. 319-326.
- 31 C. van Walraven, R. Seth et A. Laupacis, « Dissemination of discharge summaries. Not reaching follow-up physicians », *Canadian Family Physician*, vol. 48 (2002), pp. 737-742.
- 32 C. van Walraven, R. Seth, P. C. Austin et A. Laupacis, « Effect of discharge summary availability during post discharge visits on hospital readmission », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 17, n° 3 (2002), pp. 186-192.
- 33 C. van Walraven et A. L. Weinberg, « Quality assessment of a discharge summary system », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 152, n° 9 (1995), pp. 1437-1442.
- 34 C. van Walraven, S. M. Duke, A. L. Weinberg et P. S. Wells, « Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer? », *Canadian Family Physician*, vol. 44 (1998), pp. 62-69.
- 35 C. van Walraven et E. Rokosh, « What is necessary for high-quality discharge summaries? », *American Journal of Medical Quality*, vol. 14, n° 4 (1999), pp. 160-169.

Annexe A – Répercussions de la documentation sur le financement

Les hôpitaux de l'Ontario sont financés par voie de budgets globaux historiques qui sont augmentés annuellement à partir d'une formule de financement actuellement axée sur la stabilité. Cette formule tient compte du coût estimatif par cas pondéré équivalent et du nombre estimatif de cas qui sera pris en charge par l'hôpital, mais la portée des augmentations budgétaires est comprimée pour assurer la stabilité du financement. La formule utilise des données financières et cliniques (coût par cas pondéré équivalent) ainsi que les données démographiques et les taux historiques d'utilisation de l'hôpital (volumes projetés). Les dossiers médicaux des médecins influent directement sur ce qui est consigné dans les données cliniques au moyen du coût par cas pondéré équivalent et des taux historiques d'utilisation. Il importe d'assurer une bonne documentation, sous peine de mal représenter les besoins des patients de la collectivité. De plus, la durée de séjour prévue (DSP) est déterminée par les données codées. Si l'on déclare trop ou trop peu de diagnostics, on risque aussi d'influer négativement sur la durée de séjour prévue.

Exemple n° 1 :

Documentation incomplète	Documentation complète
<ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral • Maladie d'Alzheimer et démence • Dépression 	<ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral • Maladie d'Alzheimer et démence • Dépression • Aphasie (type 1)
<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de complexité 1 • RIW de 1,2257 • DMDS de 14,0 • DSP de 6,6 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de complexité 3 • RIW de 1,2257 • DMDS de 14,0 • DSP de 13,7

Exemple n° 2 :

Documentation incomplète	Documentation complète
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque chronique • Pneumonie • Hypertension bénigne • Autre trouble 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque chronique • Pneumonie • Hypertension bénigne • Autre trouble • Infection urinaire • Hyperosmolarité et hypernatrémie
<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de complexité 2 • RIW de 6,88 • DSP de 7,9 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de complexité 3 • RIW de 7,52 • DSP de 10,4

Exemple n° 3 :

Documentation incomplète	Documentation complète
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque chronique • Pneumonie • Hypertension bénigne • Autre trouble 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque chronique • Pneumonie • Hypertension bénigne • Autre trouble • Infection urinaire • Hyperosmolarité et hypernatrémie
<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de complexité 2 • RIW de 6,88 • DSP de 7,9 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de complexité 3 • RIW de 7,52 • DSP de 10,4

Annexe B – Loi sur les hôpitaux publics

R.R.O. 1990, Règlement 965

modifié jusqu'au Règl. de l'Ont. 204/06

GESTION HOSPITALIÈRE

Dossiers de renseignements personnels sur la santé

- 19.** (1) Le directeur général s'assure de la mise sur pied d'un système de tenue des dossiers de renseignements personnels sur la santé de tous les malades. Règl. de l'Ont. 204/06, art. 1.
- (2) Chaque entrée dans un dossier médical porte la date à laquelle elle est faite et est authentifiée par la personne qui l'a autorisée. Règl. de l'Ont. 204/06, art. 1.
- (3) Le paragraphe (2) s'applique à chaque entrée figurant dans un document qui contient plusieurs entrées autorisées par plus d'une personne. Règl. de l'Ont. 204/06, art. 1.
- (4) Le dossier médical d'un malade, à l'exception de celui d'un malade externe, contient notamment les renseignements suivants :
- (a) le nom des médecins traitants, des dentistes traitants ou des sages-femmes traitantes du malade;
 - (b) les antécédents du malade;
 - (c) les renseignements sur tous les examens médicaux, dentaires et obstétricaux subis par le malade à l'hôpital;
 - (d) les dossiers d'imagerie diagnostique du malade, y compris les enregistrements au magnétoscope de tous les examens ou tests subis si ceux-ci constituent la seule preuve documentaire disponible des examens ou des tests;
 - (e) Disposition abrogée avant le dépôt de la version française du règlement. Voir le Règl. de l'Ont. 538/99, par. 1 (1).
 - (f) les diagnostics provisoires et définitifs posés à l'égard du malade;
 - (g) les ordres sur les traitements à fournir au malade à l'hôpital, ou sur les examens à lui faire subir;
 - (h) les renseignements sur tous les traitements médicaux, dentaires et obstétricaux pratiqués sur le malade à l'hôpital;
 - (i) les consentements au traitement obtenus par écrit à l'égard du malade
 - i.1) les déclarations visées au paragraphe 28 (4) à l'égard du malade;
 - i.2) les avis que le paragraphe 25 (5) de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* exige de consigner à l'égard du malade;
 - (j) les observations sur les progrès du malade;
 - j.1) les résultats des examens ou des tests d'imagerie diagnostique;
 - (k) les rapports rédigés par le médecin, le dentiste ou la sage-femme à l'égard du malade concernant :
 - i) les consultations,
 - ii) les procédés d'examen,
 - iii) les interventions, les anesthésies et la récupération,
 - iv) les résultats des examens ou des tests d'imagerie diagnostique,
 - v) l'autopsie, le cas échéant, en cas de décès à l'hôpital;
 - (l) le résumé des motifs de mise en congé;
 - (m) les ordres de mise en congé donnés à l'égard du malade;
 - (n) le certificat de décès du malade en cas de décès à l'hôpital. Règl. de l'Ont. 204/06, art. 1.

- (5) Le dossier médical d'un malade externe, à l'exception de celui du malade externe visé au paragraphe (6), contient notamment les renseignements suivants :
- (a) le nom des médecins traitants, des dentistes traitants, des sages-femmes traitantes et des infirmières autorisées traitantes de la catégorie supérieure et infirmiers autorisés traitants de la catégorie supérieure qui ont reçu le malade externe à chaque visite;
 - (b) les antécédents du malade externe;
 - (c) les renseignements sur tous les examens qu'ont fait subir au malade externe à l'hôpital les membres du personnel médical, du personnel dentaire, du personnel obstétrical et du personnel infirmier de la catégorie supérieure;
 - (d) les dossiers d'imagerie diagnostique du malade externe, y compris les enregistrements au magnétoscope de tous les examens ou tests subis si ceux-ci constituent la seule preuve documentaire disponible des examens ou des tests;
 - (e) Disposition abrogée avant le dépôt de la version française du règlement. Voir le Règl. de l'Ont. 538/99, par. 1 (4).
 - (f) les ordres sur les traitements à fournir au malade externe à l'hôpital, ou sur les examens à lui faire subir;
 - (g) les consentements au traitement obtenus par écrit à l'égard du malade externe;
 - g.1) les déclarations visées au paragraphe 28 (4) à l'égard du malade externe,
 - g.2) les avis que le paragraphe 25 (5) de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* exige de consigner à l'égard du malade externe;
 - (h) les renseignements sur tous les traitements pratiqués à l'hôpital sur le malade externe par les membres du personnel médical, du personnel dentaire, du personnel obstétrical et du personnel infirmier de la catégorie supérieure;
 - h.1) les résultats des examens ou des tests d'imagerie diagnostique;
 - (i) les rapports concernant les procédés d'examen pratiqués à l'hôpital sur le malade externe et ceux concernant les résultats des examens ou des tests d'imagerie diagnostique;
 - (j) les diagnostics posés à l'égard du malade externe;
 - (k) le certificat de décès du malade externe en cas de décès à l'hôpital. Règl. de l'Ont. 204/06, art. 1. 9.
- (6) Il n'est nécessaire de verser au dossier médical d'un malade externe qui ne visite l'hôpital que pour subir des procédés de diagnostic que les ordres de pratiquer les procédés, les consentements aux procédés obtenus par écrit et les renseignements sur ces procédés. Règl. de l'Ont. 204/06, art. 1.

Annexe C – Loi de 1991 sur les médecins

Loi de 1991 sur les médecins

[Ce règlement existe en anglais seulement; le texte qui suit est une traduction.]

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 114/94

modifié jusqu'au Règl. de l'Ont. 122/03

PARTIE V DOSSIERS

18. (1) Le membre doit créer, pour chaque patient, un dossier qui contient les renseignements suivants :
1. le nom, l'adresse et la date de naissance du patient;
 2. le numéro d'assurance-santé de l'Ontario du patient, s'il en possède un;
 3. dans le cas d'une consultation, le nom et l'adresse du médecin de soins primaires ou de tout professionnel de la santé ayant aiguillé le patient;
 4. tout rapport écrit concernant le patient, provenant d'un autre membre ou professionnel de la santé;
 5. la date de chaque rendez-vous du patient à titre professionnel;
 6. un dossier de l'évaluation du patient, notamment :
 - i. les antécédents du patient, obtenus par le membre;
 - ii. les détails de chaque examen médical effectué par le membre;
 - iii. une note sur tout examen requis par le membre et les résultats de ces examens;
 7. un dossier des dispositions prises à l'égard du patient, qui comprend les renseignements suivants :
 - i. une indication de tout traitement prescrit ou administré par le membre;
 - ii. un dossier sur les conseils professionnels prodigués par le membre;
 - iii. les détails de tout aiguillage effectué par le membre;
 8. un dossier de tous les honoraires facturés qui n'avaient pas trait à des services assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, qui peut être conservé séparément du dossier clinique;
 9. tout autre dossier requis en vertu d'un règlement. Règl. de l'Ont. 241/94, art. 2.
- (2) Le membre doit garder un registre, un journal quotidien ou un cahier des rendez-vous contenant le nom de chaque patient ayant été rencontré à titre professionnel ou traité, ou à qui des services professionnels ont été rendus par le membre. Règl. de l'Ont. 241/94, art. 2..
- (3) Les dossiers requis en vertu du règlement doivent être :
- (a) écrits lisiblement ou tapés ou encore rédigés et conservés conformément à l'article 20;
 - (b) conservés de manière systématique. Règl. de l'Ont. 241/94, art. 2.
19. (1) Le membre doit conserver les dossiers prescrits par règlement pendant au moins dix ans suivant la date de la dernière entrée au dossier ou jusqu'à dix ans après la journée durant laquelle le patient a eu ou aurait eu dix-huit ans, ou encore jusqu'à ce que le membre cesse d'exercer la médecine, selon la première occurrence, sous réserve des dispositions du paragraphe (2). Règl. de l'Ont. 241/94, art. 2
- (2) En ce qui concerne les dossiers, s'il est omnipraticien ou médecin de soins primaires, le membre qui cesse d'exercer la médecine doit prendre l'une des mesures suivantes :
- (a) transférer les dossiers à un membre ayant la même adresse et le même numéro de téléphone que lui;
 - (b) aviser chaque patient que son dossier sera détruit dans les deux années qui suivent et qu'il peut obtenir son dossier ou demander qu'il soit transféré à un autre médecin dans les deux ans. Règl. de l'Ont. 241/94, art. 2.
- (3) Nul ne doit détruire les dossiers des patients d'un omnipraticien ou d'un médecin de soins primaires, sauf si cela est fait conformément aux dispositions du paragraphe (1) ou au moins deux ans après s'être conformé à l'alinéa (2) b). Règl. de l'Ont. 241/94, art. 2.

- 20.** Les dossiers prescrits par règlement peuvent être créés et conservés dans un système informatique électronique uniquement si ce dernier respecte les critères suivants :
1. Le système offre un affichage visuel des renseignements enregistrés.
 2. Le système permet d'accéder au dossier de chaque patient par son nom et, si le patient possède un numéro d'assurance-santé de l'Ontario, par ce numéro.
 3. Le système peut imprimer rapidement les renseignements enregistrés.
 4. Le système peut afficher visuellement et imprimer les renseignements enregistrés pour chaque patient, par ordre chronologique.
 5. Le système conserve une piste de vérification qui :
 - i inscrit la date et l'heure de chaque renseignement entré pour chaque patient;
 - ii indique toute modification apportée aux renseignements enregistrés;
 - iii conserve le contenu initial des renseignements enregistrés lorsqu'ils sont modifiés ou mis à jour;
 - iv peut être imprimée séparément des renseignements enregistrés pour chaque patient.
 6. La sécurité du système est assurée par un mot de passe ou une protection raisonnable contre les accès non autorisés.
 7. Le système enregistre automatiquement une copie de secours des fichiers et permet de récupérer les fichiers sauvegardés, ou encore est doté d'une protection raisonnable contre la perte, la corruption et l'inaccessibilité des renseignements. Règl. de l'Ont. 241/94, art. 2.
- 21.** Le membre doit accorder l'accès au matériel, aux livres, aux comptes, aux rapports et aux dossiers relatifs à son exercice de la médecine aux fins d'inspection, à des heures raisonnables, par une personne nommée à cette fin en vertu d'une loi ou d'un règlement. Règl. de l'Ont 241/94, art. 2.

Annexe D – Formulaire standard de congé d'un patient hospitalisé

Ce formulaire standard de congé d'un patient hospitalisé a été créé par le comité sur les hôpitaux de l'Ontario Medical Association (OMA) afin de signifier leur congé aux patients hospitalisés. On peut se procurer le modèle, approuvé par le conseil d'administration de l'OMA en avril 2005, sur le site Web de l'OMA (www.oma.org).

Hospital Logo		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Name</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Address</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Hospital ID#</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Health Card #</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Telephone (H) (W)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">DOB DD/MM/YY</td></tr> </table>		Name	Address	Hospital ID#	Health Card #	Telephone (H) (W)	DOB DD/MM/YY
Name									
Address									
Hospital ID#									
Health Card #									
Telephone (H) (W)									
DOB DD/MM/YY									
Admission Date and Time:		Most Responsible Physician:							
Family Physicians Information		Name:	Phone: Fax:						
Discharged	Date:	<i>Please bring this sheet with you to your next visit to the doctor/follow-up appointment/ER visit.</i>							
Signed Out	Transferred								
Death	Transferred to:								
Primary Diagnosis:									
Secondary Diagnoses:									
Discharge Medications:									
Key Investigational Results:		Treatment/Dressings:							
Instructions on Discharge and Medical Follow-Up:									
Follow-Up arranged with:		Telephone #:							
Date for follow-up:									
I have read and understand the above instructions.		MRP/Discharge Staff							
Signature: _____		Signature: _____							
Date: _____		Name/Credential: _____							

Please bring this sheet with you to your next visit to the doctor/follow-up appointment/ER visit.

Annexe E – Modèle de politique sur la façon de remplir les fiches médicales

Le modèle de politique sur la façon de remplir les fiches médicales a été créé par le Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins.

Logo de l'hôpital	Nom de la politique
	Numéro de la politique
	Section
	Page
Autorisation (signature)	Date (JJ/MM/AAAA)
Objet	Le parachèvement d'un dossier médical après le congé d'un patient fait partie de la continuité des soins qui lui sont prodigués. La présente politique sur la façon de remplir les fiches médicales a pour objet de définir une démarche succincte et uniforme pour remplir les dossiers médicaux et d'établir les conséquences applicables dans le cas de non-respect de la politique.
<p>Politique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un hôpital doit conserver un dossier médical complet pour chaque patient, comme le prévoient la <i>Loi sur les hôpitaux publics</i>, la <i>Loi de 1991 sur les médecins</i> ainsi que les règlements et les politiques et méthodes de l'hôpital. 2. Le dossier médical peut être conservé par l'unité des soins infirmiers pendant un maximum de 48 heures après le congé d'un patient. On incite les médecins à remplir (à dicter, le cas échéant), à dater et à signer toute la documentation au moment du congé. La documentation doit respecter les exigences de la loi et les politiques de l'hôpital (voir l'annexe A). Toutefois, le personnel du service d'archives médicales et de gestion de l'information doit s'assurer à tout le moins que les sections suivantes ont été remplies : <ol style="list-style-type: none"> a) antécédents et examen clinique, b) protocole opératoire, c) sommaire de congé. 3. Dans les cas de documentation en attente, le dossier doit être attribué au(x) médecin(s) en cause aux fins de parachèvement. 4. Le personnel du service d'archives médicales et de gestion de l'information doit faire des efforts raisonnables pour faciliter le processus concernant les fiches médicales à remplir. Ainsi, il doit s'assurer que les médecins ont en main les dossiers incomplets afin de les compléter dans les 3 à 5 jours ouvrables qui suivent le congé et les informer des dossiers incomplets dans les meilleurs délais. 5. Les médecins sont tenus de parachever tout dossier incomplet dans les 14 jours suivant la date à laquelle ils ont accès au dossier à cet effet. 6. Les médecins doivent aviser le service d'archives médicales et de gestion de l'information lorsqu'ils doivent s'absenter pendant de longues périodes afin d'éviter au personnel de préparer et de distribuer des avis de dossiers incomplets. 7. Un avis doit être envoyé chaque semaine à tous les médecins dont les dossiers sont incomplets. 8. Un troisième avis, final celui-là, doit être envoyé aux médecins qui ne se sont pas exécutés, les informant que, si leurs dossiers en attente ne sont pas parachevés dans les 72 heures qui suivent, l'affaire sera transmise au comité médical consultatif, qui prendra les mesures appropriées. 9. Le comité médical consultatif, le vice-président aux affaires médicales ou le médecin chef se réserve le droit de recommander la suspension des privilèges d'un médecin lorsque ses dossiers médicaux sont toujours incomplets cinq semaines après la date à laquelle il y a eu accès. Les exceptions à cette règle sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin a obtenu une prolongation du médecin chef (ou l'équivalent) en raison de circonstances atténuantes (p. ex., maladie, congé non prévu). • Le médecin n'avait pas accès au dossier médical pour le remplir parce que le patient est revenu à l'hôpital et que son dossier a été envoyé à la personne ou à l'unité prodiguant les soins. 10. Le médecin chef (ou l'équivalent) avisera le médecin dont les dossiers médicaux sont incomplets que ses privilèges ont été suspendus pour avoir omis de les compléter. 11. Une fois les dossiers en cause remplis, la suspension est révoquée et les privilèges sont rétablis. 12. La suspension des privilèges d'un médecin par un hôpital peut être signalée à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. 	

Directives concernant le modèle de politique sur la façon de remplir les fiches médicales

La norme minimale de parachèvement d'un dossier médical comprend ce qui suit :

Directives générales

- Tous les documents doivent être lisibles.
- L'utilisation d'abréviations non autorisées est fortement déconseillée.
- Chaque entrée doit être authentifiée (y compris par signature électronique) et datée par son auteur.
- Les documents transcrits sont fortement recommandés.

Antécédents et examen clinique

1. Il faut remplir la section sur les antécédents et l'examen clinique pour chaque patient hospitalisé (comprend les examens médicaux, dentaires et obstétricaux).
2. La section sur les antécédents et l'examen clinique doit comprendre :
 - i. les renseignements d'identification (p. ex., nom et qualité de l'auteur, nom du médecin ayant posé le diagnostic principal, nom du patient, numéro du dossier médical, sexe, date de naissance, etc.);
 - ii. la plainte principale et la maladie actuelle;
 - iii. les antécédents médicaux, la médication, les allergies, les antécédents médicaux familiaux;
 - iv. l'examen clinique et l'évaluation de l'état;
 - v. le diagnostic;
 - vi. le plan de traitement.

Protocole opératoire

1. Un protocole opératoire doit être dicté pour chaque patient ayant subi une intervention chirurgicale.
2. Tous les protocoles opératoires doivent être signés par le chirurgien qui a pratiqué l'intervention.
3. Tous les protocoles opératoires doivent comprendre
 - i. les renseignements d'identification (p. ex., nom et qualité de l'auteur, nom du médecin ayant posé le diagnostic principal, nom du patient, numéro du dossier médical, etc.);
 - ii. la date de l'intervention;
 - iii. la liste de distribution des copies (c.-à-d., médecin ayant aiguillé le patient, médecin de famille);
 - iv. le diagnostic préopératoire
 - v. l'intervention chirurgicale proposée (si elle diffère de l'intervention pratiquée);
 - vi. l'intervention chirurgicale pratiquée;
 - vii. la description de l'intervention pratiquée;
 - viii. l'état du patient pendant l'intervention chirurgicale et à la fin de celle-ci;
 - ix. le diagnostic post-opératoire.

Sommaire de congé

1. Un sommaire de congé/final doit être rempli pour chaque patient hospitalisé.
2. Tous les sommaires de congé/finaux doivent être authentifiés par le médecin traitant.
3. Tous les sommaires de congé doivent comprendre
 - i. les renseignements d'identification (p. ex., nom et qualité de l'auteur, nom du médecin ayant posé le diagnostic principal, nom du patient, numéro du dossier médical, dates d'admission et de congé);
 - ii. la liste de distribution des copies (c.-à-d., médecin ayant aiguillé le patient, médecin de famille);
 - iii. un bref résumé de la gestion de chacun des troubles médicaux actifs pendant l'hospitalisation, y compris les examens, les traitements et les résultats principaux;
 - iv. la liste des diagnostics, précisant le diagnostic principal et la comorbidité avant et après l'admission;
 - v. les détails de la médication au moment du congé, y compris les raisons de l'administration ou de la modification de la médication, la fréquence, la dose et la durée proposée du traitement;
 - vi. les directives de suivi et les plans précis des étapes suivant le congé, y compris les tests en attente et les rapports nécessitant un suivi.

Annexe F – Terminologie clé

CIM-10-CA et CCI

- La CIM-10-CA est la version canadienne améliorée de la CIM-10, la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (dixième révision), publiée par l'Organisation mondiale de la santé.
- La CCI est la Classification canadienne des interventions en santé créée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Groupe de maladies analogues (GMA)

- Méthode de regroupement des patients selon les diagnostics cliniques, les interventions et l'utilisation des ressources. Un GMA est par ailleurs subdivisé par âge et par complexité. La méthodologie de regroupement 2003 de l'ICIS comprend 478 GMA, répartis entre 25 catégories cliniques principales (CCP).

Catégorie clinique principale (CCP)

- Méthode de regroupement des patients plus vaste que la méthodologie des GMA. En règle générale, les CCP décrivent un système corporel ou un type précis de problème clinique (p. ex., troubles mentaux, nouveau-nés, brûlures, traumatismes, VIH). Un diagnostic principal est attribué à l'une des 25 CCP de la méthodologie de regroupement 2003 de l'ICIS.

Complexité

- Reflète l'interaction de plusieurs diagnostics sur la durée du séjour ou les ressources au sein de chaque GMA.
- Le degré de complexité désigne les patients hospitalisés des services de soins actifs qui ont plusieurs diagnostics (autres que le diagnostic principal), pour lesquels on peut raisonnablement s'attendre à un séjour prolongé et (ou) à un traitement plus coûteux. Ce sont les cas présentant une ou plusieurs conditions chroniques en plus de la raison principale de l'épisode de soins de courte durée, une insuffisance de plusieurs organes et des complications iatrogéniques ou autres. Les cas sont classés en quatre niveaux de complexité. Un cinquième, le niveau 9, est utilisé pour les congés, lorsque aucun niveau de complexité n'a été attribué.
 - 1 Pas de complexité
 - 2 Complexité relative à des conditions chroniques
 - 3 Complexité relative à des conditions graves ou importantes
 - 4 Complexité relative à des conditions mettant potentiellement la vie en danger
 - 9 Complexité non attribuée
 - Augmente les prévisions d'utilisation des ressources pour les soins actifs.
 - Complexité N'EST PAS synonyme de gravité.

Pondération de la consommation des ressources (RIW)

- Méthodologie servant à estimer l'utilisation prévue des ressources et les relations entre les coûts pour divers types de patients.
- C'est un outil de mesure qui permet de déterminer combien il en coûte de garder un patient précis en milieu hospitalier.
- Cette méthodologie indique la valeur relative du traitement d'un patient comparativement à celle du traitement d'un patient moyen, dont la RIW est de 1,0000. Par exemple, une RIW de 2,0000 correspond à la visite d'un patient ayant demandé deux fois plus de ressources qu'un patient moyen.
- Les valeurs sont calculées à partir de données sur les coûts de traitement réels de patients précis en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique.

Diagnostic principal

- Diagnostic que le médecin considère être responsable de la plus grande proportion du séjour du patient à l'hôpital. Lorsque plusieurs diagnostics sont posés, c'est le diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour.

Comorbidité avant l'admission

- Décrit la ou les conditions importantes qui influent sur la durée du séjour du patient et (ou) son traitement.

Comorbidité après l'admission

- Même définition que ci-dessus, mais la ou les conditions surviennent durant le séjour d'un patient à l'hôpital.

Typage du diagnostic

- Le type de diagnostic est un code à un chiffre désignant la relation entre le diagnostic et le séjour du patient en milieu hospitalier.
- Chaque code de la CIM-10-CA recueilli dans le résumé de la Base de données sur les congés des patients (DAD) doit être accompagné d'un type de diagnostic.
- Le type de diagnostic établit la distinction entre les conditions qui influent sur le séjour d'un patient à l'hôpital et celles qui ne le touchent pas.
- Les types de diagnostic désignent les codes considérés comme comorbidité après l'admission.
- Ils servent à attribuer le degré de complexité.

Authentification

- Le Règlement 965 pris en application de la *Loi sur les hôpitaux publics* définit l'authentification comme le fait de s'identifier comme l'auteur d'un document ou d'un dossier en apposant sa signature ou en utilisant tout autre moyen autorisé par le conseil.

Annexe G – Normes de typage du diagnostic

Le typage de diagnostic s'applique à toutes les données soumises à la Base de données sur les congés des patients (DAD). L'attribution d'un type de diagnostic à une condition vise à indiquer les répercussions de cette condition sur les soins administrés au patient. Un type de diagnostic doit être attribué à tous les diagnostics ou à toutes les conditions figurant dans la DAD.

Les définitions du typage de diagnostic qui suivent ont été modifiées en 2006.

Il existe plusieurs types de diagnostics :

- diagnostic principal (type M);
- diagnostics de comorbidité (types 1 et 2);
- diagnostics secondaires (type 3);
- codes de morphologie (type 4);
- diagnostics d'admission (type 5);
- diagnostic indirect final (type 6);
- diagnostics de transfert de service du patient (types W, X et Y);
- cause externe, lieu de l'événement et codes d'activités (type 9);
- diagnostics réservés aux abrégés sur les nouveau-nés (type 0).

Les types (M), (1), (2), (6), (W), (X) et (Y) sont considérés comme des types de diagnostic significatifs.

Définition de comorbidité

Les comorbidités correspondent à toutes les conditions qui coexistent au moment de l'admission ou qui apparaissent par la suite et qui présentent au moins l'une des caractéristiques suivantes :

- elles influent de façon importante sur le traitement reçu;
- elles exigent un traitement au-delà de la prise en charge de la condition préexistante;
- elles prolongent la durée du séjour d'au moins 24 heures.

Afin de juger si une condition est significative, les notes du médecin ou le sommaire du congé doivent établir qu'elle nécessitait au moins l'un des éléments suivants :

une évaluation ou une consultation clinique, à l'exclusion des consultations préopératoires en anesthésie, au cours de laquelle un nouveau traitement ou un traitement modifié est recommandé et mis en place;

un traitement ou une intervention thérapeutique dont le code correspond aux catégories 50 et plus de la section 1 de la CCI;

une intervention diagnostique, une inspection ou une biopsie dont le code correspond à la section 2 de la CCI;

la prolongation de la durée du séjour d'au moins 24 heures;

une intervention thérapeutique de la liste « Interventions signalées » figurant à l'annexe B (reportez-vous également à la norme de codification *Sélection des interventions à codifier de la section 1*);

une intervention d'imagerie diagnostique figurant dans la norme de codification *Interventions d'imagerie diagnostique*.

Pour être classés en tant que comorbidités, les diagnostics doivent être appuyés par le dossier médical du médecin selon les critères indiqués plus haut. Cependant, les notes infirmières, les rapports de pathologie, les résultats d'analyse de laboratoire, les rapports d'autopsie, les profils pharmaceutiques, les examens radiologiques, les examens par imagerie nucléaire et autres examens similaires sont des outils utiles pour la sélection du code de diagnostic approprié et précis. Les conditions consignées dans ces rapports peuvent être enregistrées comme diagnostics de type (3), lorsque le dossier médical du médecin n'appuie pas la saisie de la condition comme une comorbidité.

Diagnostic de type (M) – Diagnostic principal

Un diagnostic de type (M) est le diagnostic ou la condition qui peut être décrit comme étant le plus responsable du séjour du patient à l'hôpital. En présence de conditions multiples, choisissez celle qui est responsable de la majeure partie du séjour ou qui nécessite les ressources les plus importantes (c.-à-d. nombre d'heures en salle d'opération, technologie d'exploration, etc.).

- Si aucune intervention n'a été réalisée, considérez alors le premier diagnostic inscrit comme étant le diagnostic principal.
- Si aucun diagnostic n'a été posé avec certitude, le diagnostic principal sera le résultat anormal, le symptôme ou le trouble le plus important.

Diagnostic de type (1) – Comorbidité pré-admission

Un diagnostic de type (1) est une condition qui existait avant l'admission, qui a été codifiée au moyen de la CMI-10-CA et qui satisfait aux critères de comorbidité.

Diagnostic de type (2) – Comorbidité post-admission

Un diagnostic de type (2) est une condition qui se manifeste après l'admission, qui a été codifiée au moyen de la CMI-10-CA et qui satisfait aux critères de comorbidité. Une condition apparaissant après une intervention devient une comorbidité lorsque l'une des situations suivantes existe :

- la condition est décrite dans les notes du médecin comme étant une complication résultant de l'intervention;
- la condition est présente au moment du congé du patient;
- la condition persiste pendant au moins 96 heures après l'intervention.

Si une comorbidité post-admission satisfait aux critères de diagnostic principal, elle doit être enregistrée en tant que tel et en tant que diagnostic de type (2).

Reportez-vous également à la norme de codification *Conditions et complications postopératoires*.

Diagnostic de type (3) – Diagnostic secondaire

Un diagnostic de type (3) est un diagnostic ou une condition secondaire pour lequel un patient peut avoir reçu ou non un traitement, qui a été codifié au moyen de la CMI-10-CA et qui ne satisfait pas aux critères de comorbidité. Les diagnostics qui **apparaissent uniquement** sur la feuille sommaire, le résumé de congé, le certificat de décès, le rapport d'examen médical ou les consultations préopératoires en anesthésie sont des diagnostics de type (3) (diagnostic secondaire). Si le médecin a indiqué ailleurs dans la fiche médicale que la condition a influé sur le traitement reçu, qu'elle a nécessité un traitement au-delà de la prise en charge de la condition préexistante ou qu'elle a prolongé la durée du séjour d'au moins 24 heures, vous devez déterminer s'il s'agit d'une comorbidité de type (1) ou de type (2).

Remarque : La documentation de la médication en cours pour le traitement d'une condition préexistante ne suffit pas à dénoter qu'elle est significative. Si elles sont codifiées, les conditions qui ne répondent pas aux critères de comorbidité doivent être classées en tant que diagnostic de type (3).

Le type (3) ne peut être utilisé lorsque le code à l'admission est : (N) – Nouveau-né.

Diagnostiques de type (W), (X), (Y) – Diagnostic de transfert de service

Code de la CMI-10-CA associé au premier, au deuxième ou au troisième transfert de service.

Diagnostic de type (4) – Codes de morphologie

Les codes de morphologie, diagnostic de type (4), sont dérivés des codes de la CIM-O (Classification internationale des maladies – Oncologie), qui décrivent les types de tumeurs ainsi que leur comportement. Ces codes se trouvent au chapitre XXII – Morphologie des tumeurs.

Diagnostic de type (5) – Diagnostic d'admission

Le type (5) peut être utilisé pour codifier le diagnostic d'admission lorsque celui-ci diffère du code de diagnostic principal. Son utilisation est déterminée au niveau provincial ou à celui des établissements. Consultez le manuel de la DAD et les politiques de l'établissement pour connaître les critères d'utilisation de la province ou de l'établissement pour ce type de diagnostic.

Diagnostic de type (6) – Diagnostic indirect final

Un diagnostic de type (6) est attribué à un code à astérisque désigné, conformément à la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque, lorsque la condition qu'il représente correspond à la définition du diagnostic principal (M). Dans la codification de la morbidité, les codes à astérisque représentent la manifestation d'un état sous-jacent et, selon les règles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ils doivent être classés après le code de l'état sous-jacent. Ces codes sont mis en évidence au moyen du symbole d'une dague (†) dans la classification CMI-10-CA. Le diagnostic de type (6) est inscrit à la **deuxième ligne** du champ du diagnostic de l'abrégié afin d'indiquer que la manifestation est responsable de la plus grande proportion du séjour du patient à l'hôpital. Lorsque l'état sous-jacent répond aux critères du diagnostic principal ou lorsqu'il s'avère difficile de déterminer si ce diagnostic correspond à l'état sous-jacent ou à la manifestation, le code à astérisque se voit attribuer le type (3).

Reportez-vous également à la section *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque*.

Remarque : Un seul code à astérisque peut avoir le type (6).

Exemple :

M. Untel est un patient au stade avancé de la maladie de Crohn. Il prend une médication de maintenance pour traiter son entérite régionale. Cette fois, il se présente avec des douleurs, une tuméfaction et de l'inflammation dans le bas du dos. Il est admis pour le traitement de l'arthrite des articulations sacro-iliaques, une complication de l'entérite.	
K50.9† (M)	Maladie de Crohn, sans précision
M07.4* (6)	Arthropathie au cours de la maladie de Crohn (entérite régionale)
Justification :	Le code de l'arthropathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics dans l'abrégié. Cependant, étant donné que c'est l'arthropathie (et non la maladie de Crohn) qui répond aux critères du diagnostic principal, il faut donc lui attribuer le type (6). Veuillez prendre note que le code K50.9 n'est pas toujours un code à dague. Toutefois, dans le cas de cette combinaison de maladies, l'index alphabétique indique qu'il doit être utilisé à ce titre avec le code M07.4.

Exemple :

Un patient souffrant de lupus érythémateux disséminé se présente avec une hématurie et de la fièvre. On diagnostique une néphrite et on l'admet pour le traitement de sa maladie rénale.	
M32.1† (M)	Lupus érythémateux disséminé avec atteinte d'organes ou d'appareils
N08.5* (6)	Glomérulopathie au cours d'affections disséminées du tissu conjonctif
Justification :	Le code de la glomérulopathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics dans l'abrégié. Cependant, étant donné que c'est la néphrite (et non le lupus érythémateux disséminé) qui répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer le type (6) au diagnostic.

Exemple :

Mme Unetelle est admise pour une méningite à méningocoques.	
A39.0† (M)	Méningite à méningocoques
G01* (3)	Méningite au cours d'affections bactériennes classées ailleurs
Justification :	Cette patiente souffre d'une maladie infectieuse au niveau du système nerveux; la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque s'applique donc ici. Toutefois, comme il serait difficile de déterminer si c'est l'état sous-jacent ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, le code à astérisque se voit donc attribuer le type (3).

Exemple :

M. F. est atteint de diabète sucré de type 1 et d'une rétinopathie diabétique. Il est admis en ophtalmologie pour traiter sa rétinopathie.	
E10.30†(M)	Diabète sucré de type 1 avec rétinopathie simple
H36.0* (6)	Rétinopathie diabétique
Justification :	Le code de la rétinopathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics dans l'abrégié. Cependant, étant donné que c'est la rétinopathie (et non le diabète sucré) qui répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer le type (6).

Exemple :

M. F. est atteint de diabète sucré de type 1 et d'une rétinopathie diabétique. Son taux de glycémie est instable et il est admis pour le contrôle de son diabète.	
E10.30†(M)	Diabète sucré de type 1 avec rétinopathie simple
H36.0* (3)	Rétinopathie diabétique
Justification :	Dans cet exemple, le diabète répond aux critères du diagnostic principal. Par conséquent, le type (6) n'est pas attribué au code à astérisque.

Diagnostics de type (7) et (8) – Réserve à l'ICIS – NE PAS UTILISER**Diagnostic de type (9) – Code de cause externe de lésion traumatique**

Le type (9) est un code de cause externe de lésion traumatique (chapitre XX – Causes externes de morbidité et de mortalité), un code de lieu de l'événement (U98. – *Lieu de l'événement*) ou un code d'activité (U99. – *Activité*). Les codes du chapitre XX sont obligatoires avec les codes des rubriques S00 à T98 *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*. La catégorie U98, *Lieu de l'événement* doit être utilisée avec les codes des rubriques W00 à Y34, à l'exception des codes Y06 et Y07. La catégorie U99. – *Activité* est facultative.

Diagnostic de type (0) – Nouveau-né

Le type (0) ne s'emploie qu'avec les codes de nouveau-nés (catégorie d'admission « N »).

Chez un nourrisson en bonne santé dont le diagnostic principal est un code de la catégorie Z38. – *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, tout autre code inscrit dans l'abrégié doit être un diagnostic de type (0).

Chez un nourrisson en mauvaise santé dont le diagnostic principal est un code des rubriques P00 à P96 ou tout autre code correspondant à une condition significative chez le nouveau-né, la catégorie Z38. doit être un diagnostic de type (0). Dans de telles circonstances, ce type de diagnostic peut être utilisé pour enregistrer toute condition non significative supplémentaire qui n'a pas d'incidence sur le traitement ou la durée de séjour du nouveau-né et qui ne satisfait pas aux critères de comorbidité. Les autres conditions qui répondent aux critères de comorbidité se voient attribuer les types de diagnostic (1), (2), (W), (X) ou (Y), selon les remarques figurant au dossier.

Remarque : Il est obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z38. – *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, dans l'abrégé d'un nouveau-né. Le type (3) ne peut s'appliquer à aucun code de l'abrégé d'un nouveau-né.

Référence : *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2006, Détermination du diagnostic type*, page 9.

