

*La gestion du dossier de
l'usager à l'Hôtel-Dieu
de Montmagny**

*Le contrôle et la rationalisation de
la création de l'information
administrative consignée*

Hélène Mercier
Luc Guinard

INTRODUCTION

Nous recourons tous un jour ou l'autre aux services hospitaliers. La plupart du temps, nous ne voyons de notre dossier que le formulaire de consentement aux soins et les diverses formules d'examen. Toute intervention clinique dans un établissement hospitalier est notée et recensée et chaque hôpital possède un service des archives cliniques: un département en général bien structuré où sont gérées toutes les informations relatives aux usagers des services depuis l'étape de leur création jusqu'à leur disposition finale. Le service des archives cliniques a plus précisément la responsabilité de l'organisation, de la gestion et de la garde des dossiers des usagers.

Une compilation sommaire révèle que la masse documentaire constituée par les dossiers médicaux détenus par les services cliniques des centres hospitaliers canadiens s'évalue facilement à une centaine de millions de dossiers actifs, semi-actifs et inactifs. L'Hôtel-Dieu de Québec, par exemple, détient plus de 700 000 dossiers.

Aussi, nous avons cru intéressant d'analyser le contrôle et la rationalisation de la création de l'information administrative consignée dans ces dossiers médicaux en prenant comme champ d'étude le dossier clinique tel que produit à l'Hôtel-Dieu de Montmagny (HDM). Ce centre hospitalier régional dessert la région comprise entre celles de Lévis et de Rivière-du-Loup. Le service des archives

* Nous désirons remercier madame Jocelyne Morin, archiviste-chef à l'Hôtel-Dieu de Montmagny, qui a bien voulu accepter que notre étude soit effectuée dans son milieu de travail. La connaissance de son travail et sa rigueur professionnelle n'ont eu d'égal que sa collaboration. Nous tenons aussi à remercier monsieur Guy Dinel qui a supervisé cette étude dans le cadre du cours *Création de l'information*, maîtrise en histoire, option archivistique, Université Laval, automne 1991.

cliniques traite annuellement les documents résultant des 70 000 visites externes et des 3 500 hospitalisations. En tout, 94 000 dossiers y sont administrés dont 69 000 actifs.

Le but de notre recherche était de mesurer l'impact des législations et réglementations sur le processus de création de l'information, d'identifier et d'évaluer l'efficacité des méthodes utilisées et de comparer celles-ci avec les grands principes du contrôle de l'information. Nous avons ensuite cerné et évalué les impacts futurs des technologies nouvelles sur les pratiques établies. Finalement nous avons mesuré les avantages et les inconvénients de ces pratiques au niveau du fonctionnement interne du centre hospitalier.

MÉTHODOLOGIE

Pour réaliser notre étude nous avons élaboré une grille d'entrevue et rencontré madame Jocelyne Morin, archiviste-chef au service des archives cliniques de l'HDM¹. Celle-ci, en plus de nous fournir des pistes intéressantes pour notre recherche documentaire, nous a dressé un portrait de la situation vécue dans son service.

L'étape suivante a été consacrée au dépouillement de la documentation traitant du contrôle général de la création de l'information, de la gestion du dossier de l'usager, de la gestion des formulaires et plus spécifiquement des formulaires reliés au secteur de la santé et des services sociaux.

Nous nous sommes ensuite enquis des pratiques de gestion imposées par les lois, les règlements, les organismes de contrôle et les codes de déontologie qui régissent la création de l'information consignée portant sur la clientèle hospitalière. Le but de cette recherche était de pouvoir établir des comparaisons entre la théorie archivistique et la pratique quotidienne.

Nous avons enfin pris connaissance des innovations technologiques reliées au traitement futur des informations à caractère médical (carte magnétique, dossier électronique composé, numérisation...) afin de bien mesurer l'impact des changements technologiques sur le processus de création de l'information consignée, sur le travail des principaux intervenants et sur les principes de gestion mis en place.

L'entrevue avec Madame Morin ainsi que le dépouillement des ouvrages de référence ont fait ressortir un point majeur: le dossier de l'usager des services hospitaliers est un instrument légal de consignation de l'information à caractère médical en raison de son aspect nominatif et de son importance relativement à la qualité des soins et des services de santé dispensés.

À ce titre, nombre de lois, de réglementations, de normes forcent les établissements à instaurer des mécanismes de contrôle efficaces sur le plan de la production des informations (contenu) et sur l'aménagement du support (contenant) afin d'être en mesure de présenter un dossier complet, à jour et accessible en tout temps.

L'IMPACT DES LÉGISLATIONS ET DES RÉGLEMENTATIONS SUR LA CRÉATION DU DOSSIER DE L'USAGER

Législations et règlements

En juin 1991, l'Assemblée nationale a sanctionné la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (Réforme ou Loi 120)*. Cette législation confère notamment au gouvernement du Québec le pouvoir de «déterminer les normes relatives à la constitution et à la tenue des dossiers des usagers, aux éléments et aux pièces qui y sont contenus ainsi qu'à leur consultation et à leur transfert²».

La démarche n'est pas nouvelle et la présente législation ne fait que confirmer l'autorité du gouvernement en matière de contrôle de la création de l'information consignée dans les dossiers des usagers des services de santé. Ainsi, l'article 50 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* statue «qu'un établissement de santé doit tenir un dossier sur chacun des usagers qui en obtient des services³».

Le même règlement détermine aussi le contenu légal d'un dossier clinique détenu par un centre hospitalier (art. 53) et identifie les rapports et registres à compléter et à tenir relativement aux informations consignées dans ce même dossier (art. 57-62). Ce règlement oblige enfin les établissements hospitaliers à conserver à l'état inactif certains éléments bien identifiés du dossier médical de chaque usager (art. 63).

La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels* stipule d'autre part que «nul ne peut, au nom d'un organisme public, recueillir un renseignement nominatif si cela n'est pas nécessaire à l'exercice des attributions de cet organisme ou à la mise en œuvre d'un programme dont il a gestion⁴».

Ces législations définissent donc les règles obligatoires qui régissent l'ouverture du dossier clinique en milieu hospitalier. Par ailleurs, d'autres documents viennent renforcer les législations. On pense entre autres, au Code des professions, aux codes de déontologie des médecins et professionnels de la santé et des services sociaux, aux normes établies par certains organismes et associations dont le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, la Corporation professionnelle des médecins du Québec et l'Association québécoise des archivistes médicales. Nous nous limiterons ici à la présentation des réglementations de deux organismes relativement au contrôle de l'ouverture des dossiers.

Réglementation

Le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé est un organisme de surveillance chargé de contrôler l'organisation et la qualité des soins et services dispensés dans les établissements hospitaliers canadiens. Aussi, a-t-il établi des normes de gestion du dossier clinique.

Le conseil a élaboré comme principe de base «qu'un dossier clinique adéquat doit être établi pour chaque patient recevant des traitements, quels qu'ils soient, de l'établissement de soins de santé. Les dossiers cliniques doivent être exacts, complets, faciles d'accès et doivent pouvoir servir à la recherche et à l'enseignement⁵».

La Corporation professionnelle des médecins du Québec, de son côté prescrit à ses membres d'ouvrir un dossier pour chacun des malades inscrits soit aux services d'urgence, soit en clinique externe ainsi que pour chacun des malades hospitalisés et pour tout nouveau-né.

La corporation ajoute que le «dossier médical doit être le reflet fidèle de tous les gestes posés à l'endroit d'un bénéficiaire et de tout événement le concernant qui survient pendant son séjour dans un établissement. Le dossier doit permettre la compréhension du problème médical en cause tant à l'égard de l'utilisation des moyens d'investigation que du diagnostic, du traitement, et des complications, le cas échéant⁶. C'est aussi une source importante de renseignements pour le médecin traitant. Il constitue donc un outil indispensable de communication et de protection légale pour le médecin et le bénéficiaire. Pour la corporation, le dossier médical représente un document précieux pour l'enseignement, la recherche et la compilation de statistiques tout en étant un instrument privilégié de l'évaluation de la qualité des services fournis aux bénéficiaires et conséquemment des connaissances et de la compétence des médecins. La corporation estime qu'il y a avantage à ce que tous les éléments du dossier médical soient consignés dans un dossier unique.

Sur le plan de la collecte et de la consignation d'informations, la corporation statue enfin que «seuls les éléments pertinents à l'investigation ou au traitement du malade doivent être consignés au dossier médical qui ne doit, en aucun temps, servir de véhicule à des remarques ayant trait à des problèmes administratifs ou à des conflits interpersonnels⁷».

LES OBJECTIFS ET LES RESPONSABILITÉS DE L'HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY RELATIVEMENT AU CONTRÔLE DE LA CRÉATION DE L'INFORMATION CLINIQUE

À la lumière de ce qui précède, force nous est de constater à quel point l'étape de la création du dossier clinique des usagers des centres hospitaliers doit être soumise à un contrôle rigoureux. Nul établissement et aucun professionnel de la santé et des services sociaux ne peut se soustraire à ses obligations légales au niveau de l'ouverture du dossier et de la collecte de l'information sous peine de sanction.

La phase pré-contrôle de la création de l'information telle que définie par Betty Ricks et Kay F. Gow⁸ et qui consiste à anticiper les problèmes et à les éliminer avant qu'ils n'apparaissent a donc été prise en charge par le législateur et par des groupes qui ont un pouvoir de contrainte sur leurs membres.

Ainsi, devant l'obligation d'appliquer la Loi sur les services de santé et des services sociaux, le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, les normes du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé et de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, l'HDM s'est défini des objectifs pour ses dossiers cliniques. Ces objectifs ont été établis par l'archiviste-chef, par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital, par le directeur des services professionnels et par des représentants de l'administration.

Les objectifs de l'HDM relatifs au dossier clinique

Selon l'archiviste-chef, le dossier clinique doit:

- servir de base à la planification et à la continuité des soins des usagers;
- assurer un moyen de communication entre tous les professionnels collaborant au soin des usagers, y compris les rapports des consultants;
- fournir la preuve documentaire de l'évolution de la maladie et du traitement de l'utilisateur;
- servir de base à la revue, à l'étude et à l'évaluation des soins prodigués à l'utilisateur;
- aider à protéger les intérêts juridiques de l'utilisateur, de l'HDM et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement;
- procurer des données susceptibles d'être utilisées en recherche et en éducation⁹.

Dans cette optique, le dossier clinique doit contenir tous les renseignements significatifs relatifs à un usager, y compris tous les détails pour permettre:

- au praticien de dispenser des soins efficaces et continus et d'être en mesure, plus tard, de savoir quel fut l'état de l'utilisateur à un moment donné, quelles mesures furent prises et à quel moment;
- au médecin consultant de donner son opinion après avoir examiné l'utilisateur;
- à un autre praticien de prendre l'utilisateur en charge.

Les responsabilités du service des archives cliniques

Le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé stipule qu'un:

«... service des archives cliniques doit être implanté dans chaque établissement et que ce service doit être organisé de façon à pouvoir établir, vérifier, répertorier, classer, et retrouver rapidement tous les dossiers cliniques, tout en assurant les services nécessaires pour les études d'évaluation des soins cliniques et les exigences de la compilation de statistiques, de la recherche et de la préparation du matériel pédagogique¹⁰».

Dans cet esprit, la direction de l'hôpital a confié à son service des archives cliniques la responsabilité de la réalisation de ses objectifs quant à la gestion du

dossier clinique. La définition de ces objectifs donne au service des archives cliniques toute la latitude voulue pour agir efficacement sur la création et la consignation des informations cliniques se rapportant aux usagers des services de l'établissement et sur l'uniformisation du dossier clinique. Cette vision centralisatrice rejoint celle de plusieurs auteurs américains dont William Benedon¹¹ et James C. Bennett¹². Pour ces auteurs, le contrôle de la création de l'information doit être centralisé de façon à ce que le gestionnaire de documents puisse agir non seulement sur le contenant, mais aussi sur le contenu. Cependant, alors que les auteurs optent pour cette conception principalement dans l'optique d'une réduction des coûts, l'HDM y est d'abord contraint en vertu de l'obligation d'appliquer la norme du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé. Encore une fois, nous observons l'impact d'une norme issue d'une autorité extérieure à l'établissement sur le contrôle de l'information consignée dans le dossier clinique.

Voici les rôles et responsabilités du service des archives cliniques de l'HDM:

- détenir une autorité sur la gestion du dossier clinique au niveau de tout l'hôpital;
- gérer les pratiques courantes des professionnels relativement à la consignation des informations sur un usager, à l'utilisation et à la reproduction des informations contenues dans le dossier clinique;
- avoir la responsabilité de tout le système de création de l'information nominative à caractère clinique compilée dans le dossier de l'utilisateur ainsi que la création des rapports, des statistiques et des registres obligatoires de par la législation ou les réglementations auxquelles sont soumis les centres hospitaliers.

Le service des archives cliniques relève directement de la Direction des services hospitaliers et indirectement de la Direction des services professionnels. Le service gère son propre budget et on y dénombre 11 employés soit une archiviste-chef, deux archivistes (1 à temps plein), quatre secrétaires médicales, deux commis-intermédiaires et deux préposées aux dossiers.

En dehors des heures d'ouverture du service des archives cliniques¹³, la coordonnatrice des soins infirmiers prend la relève et veille à ce que l'entrée et la sortie des dossiers soit contrôlée et que la consignation des informations à l'intérieur des dossiers aient une qualité acceptable pour que le personnel des archives puisse procéder à la finalisation de l'application des règles de pratique lors de la reprise de ses activités.

Pour imposer ses règles de pratique le service des archives cliniques a en main tous les éléments: un champ de compétence bien défini, une délégation d'autorité, des ressources humaines et des ressources financières, le support de la direction et des assises légales, normatives et corporatives. Le service des archives cliniques peut exercer un contrôle direct sur les créateurs de l'information, soit les professionnels de la santé et le personnel responsable des admissions et des inscriptions. Il dispose des outils nécessaires pour contrôler la masse documentaire, uniformiser les procédures et méthodes, faciliter l'accès à l'infor-

mation, contrôler les coûts, améliorer la productivité, assurer la sécurité et veiller au respect de la confidentialité.

LES MOYENS DE CONTRÔLE DE LA CRÉATION DE L'INFORMATION CONSIGNÉE

L'archiviste-chef a rédigé une politique de confidentialité et des procédures de gestion du dossier clinique qui donnent au personnel des archives cliniques des directives sur l'étendue et les limites de ses fonctions et de ses responsabilités. Ces directives visent à rendre les dossiers cliniques des usagers confidentiels, actuels, complets, précis, lisibles et suffisamment accessibles.

L'uniformisation de la présentation du support physique, l'établissement de normes relatives à l'ouverture, au contenu, à l'analyse et à la vérification du dossier, l'exercice d'un contrôle administratif sur le processus de création, de diffusion et de protection des renseignements personnels ainsi que la gestion des imprimés administratifs représentent les principales mesures implantées pour faciliter la tâche du personnel affecté à la gestion des archives cliniques.

Normes relatives au support physique du dossier

À l'HDM, le dossier a un format lettre, un numéro séquentiel à 5 chiffres et comprend 3 sections:

- administrative et légale (organisme payeur, MED-ECHO, consentements, signatures, heures d'admission et de sorties, responsabilité légale);
- médicale (la partie gauche du dossier regroupe les documents se rapportant aux services externes incluant la correspondance avec les autres établissements (résumés de dossiers principalement) et la partie droite regroupe les documents se rapportant aux hospitalisations);
- paramédicale (réservée aux infirmières, travailleurs sociaux, psychologue, ergothérapeute...).

L'ordre chronologique décroissant est adopté dans le dossier et l'utilisation de séparateurs et d'onglets permet d'identifier rapidement les années et les mois. Tous les documents sont reliés à la chemise cartonnée au moyen d'agrafes métalliques à l'exception de ceux qui ne sont pas visés par une conservation permanente.

La présentation physique du dossier clinique est donc uniforme. Tous les dossiers sont créés de la même façon. La procédure d'ouverture du dossier est, elle aussi, bien établie.

Normes relatives à l'ouverture du dossier

Pour qu'un dossier soit ouvert, il faut obtenir un service de l'HDM, c'est-à-dire être un usager des services externes ou hospitaliers. La carte de l'hôpital atteste de l'ouverture du dossier de l'utilisateur. Si ce dernier ne peut présenter la carte, on effectue une recherche au fichier central dans lequel sont compilés les

renseignements d'identité de tous les clients de l'hôpital. L'usager (sauf dans le cas de rendez-vous pour examens diagnostiques ou consultation en spécialité) doit alors consentir par écrit à recevoir les soins et services requis (Annexes B).

Normes relatives au contenu du dossier

Le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé définit ainsi le contenu du dossier clinique: «Le dossier doit contenir, en bon ordre, tous les renseignements susceptibles d'identifier clairement l'usager des services, de justifier le diagnostic et le traitement et d'expliquer avec exactitude et de façon bien ordonnée les résultats obtenus¹⁴».

Sur chaque page du dossier de l'HDM ces éléments d'identité apparaissent et ce, afin d'éviter les erreurs de classement. En plus des renseignements d'identité, le dossier comprend minimalement:

- la feuille sommaire qui doit être le reflet du contenu du dossier;
- le diagnostic à l'admission;
- l'anamnèse;
- le rapport sur l'examen physique;
- les formulaires de consentement (Annexes B);
- les ordonnances thérapeutiques;
- les notes d'évolution, rapports et consultations;
- les sommaires de départ.

Normes relatives à l'analyse et à la vérification du contenu

Des normes ont été élaborées par l'archiviste-chef afin de faciliter l'analyse et la vérification du contenu du dossier clinique à partir des documents du dossier. Ainsi, les documents pré-cités sont répartis à l'intérieur du dossier dans leurs sections¹⁵ respectives selon l'ordre chronologique décroissant. L'utilisation d'abréviations n'est possible que si celles-ci ont d'abord été approuvées par l'archiviste-chef. Les archivistes procèdent régulièrement à l'analyse et à la vérification des dossiers afin de s'assurer que tous les documents originaux, obligatoires et pertinents sont présents et que la rédaction du dossier permet de justifier les diagnostics et les traitements.

Plus spécifiquement la vérification des dossiers a pour buts:

- d'améliorer de façon sensible la tenue des dossiers des usagers;
- d'identifier rationnellement les déficiences relatives aux normes de rédaction du dossier;
- de faire connaître à la Corporation professionnelle des médecins du Québec, aux comités du centre hospitalier et aux départements concernés l'état réel du dossier clinique par des rapports d'étude;
- d'établir de meilleurs mécanismes de contrôle de la qualité du dossier;

- de sensibiliser les professionnels quant à leur responsabilité face à la rédaction du dossier;
- d'éliminer une somme de travail faite au service des archives cliniques par le médecin et non requise légalement après le départ de l'utilisateur;
- d'améliorer et rentabiliser la productivité du service des archives cliniques de l'HDM;
- de se plier aux normes canadiennes et provinciales afin d'assurer une uniformité et une compréhension du dossier par les autres établissements et par les intervenants autres que les créateurs des documents (cas de transfert, entre autres)¹⁶.

Suite à la vérification des dossiers, les archivistes doivent compléter une feuille de parachèvement afin de réclamer aux créateurs de documents les pièces non complétées ou manquantes. À noter que tous les dossiers doivent être parachevés dans les 14 jours qui suivent la sortie des usagers. Un rapport recensant tous les dossiers qui ne sont pas conformes aux statuts et aux règles est préparé mensuellement.

Le centre hospitalier s'assure ainsi que le contenu du dossier est uniforme, que les intervenants respectent les normes établies et que la rédaction des documents suit les règles définies dans les guides de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé et de l'Association québécoise des archives médicales. Les plaintes des archivistes peuvent aussi être acheminées à un comité du centre hospitalier, à l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou au directeur des services professionnels.

L'analyse du dossier par les archivistes de l'HDM ne représente qu'une des formes de contrôle de la tenue du dossier. Les corporations professionnelles exercent une surveillance régulière sur les pratiques de leurs membres (visites et inspections professionnelles). Le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé s'assure, pour sa part, que les établissements canadiens respectent les normes qu'il a établies. Au niveau provincial, l'Association des hôpitaux du Québec¹⁷ par l'entremise de son programme de gestion des risques évalue la qualité des informations et rapports contenus dans le dossier clinique.

Il faut ajouter que ce contrôle va plus loin que la seule vérification du contenu et de l'ordre des documents dans le dossier. Ainsi, les normes canadiennes exigent que les inscriptions dans les dossiers des usagers soient faites uniquement par des personnes habilitées par l'établissement (médecins et autres professionnels de la santé et des services sociaux) et selon les décrets gouvernementaux. Tout document consigné doit, de plus, être daté et signé. La Corporation professionnelle des médecins ajoute la mention de l'heure puisque celle-ci est requise dans les cas d'urgence, aux soins intensifs, à la salle de réveil, à la salle d'accouchement... Les médecins doivent aussi assurer la lisibilité de leurs dossiers ou, à défaut, se servir d'un système de dictée. Ils doivent cependant relire la transcription, la

corriger, s'il y a lieu, et la signer dans les plus brefs délais après son dépôt au dossier.

Contrôle administratif de la création de l'information consignée

La direction de l'HDM a adopté des mesures pour contrôler la création de l'information consignée dans le dossier clinique. La principale a trait à la mise sur pied d'un comité des archives cliniques qui réunit un représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'HDM, du service des archives cliniques, du service des soins infirmiers et de la direction du centre hospitalier. Ce comité étudie et accepte tous les formulaires maison du dossier clinique, rédige des rapports et recommande à l'administration des normes et des procédures en ce qui a trait aux archives cliniques.

L'élaboration de procédures de gestion du dossier clinique vise à assurer l'uniformisation et la normalisation des procédés à l'intérieur du service des archives et dans tous les endroits où sont créées et traitées des informations devant être éventuellement consignées dans le dossier. Les procédures apportent de plus une solution aux problèmes de communication entre les intervenants; elles facilitent la formation des nouveaux employés et servent de référence pour la vérification de la conformité des pratiques courantes relativement aux règles établies.

L'HDM, voit aussi à ce que son service des archives cliniques produise les renseignements statistiques nécessaires sur les maladies, leurs conséquences et leur traitement, sur la clientèle hospitalisée et sur les services dispensés. Les renseignements statistiques de base doivent être tenus à jour, publiés régulièrement et envoyés au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi qu'à ceux qui doivent procéder à des études cliniques et administratives et plus particulièrement le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. La consignation des informations doit enfin assurer la confidentialité et des mesures de sécurité doivent être mises en place afin que seules les personnes autorisées aient la possibilité de prendre connaissance du contenu du dossier, d'où la nécessité d'exercer un contrôle sur la diffusion.

Contrôle de la diffusion et protection des renseignements personnels contenus au dossier

En 1982, l'Assemblée nationale a voté la *Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels* confirmant la confidentialité des informations contenues dans les dossiers à caractère nominatif (tel le dossier clinique) et définissant des règles précises pour la communication, la diffusion et la consultation de ces renseignements. Les deux principaux objectifs de la loi ne sont pas contradictoires mais l'application simultanée pose souvent problème, à savoir: la confidentialité d'une part, et l'accessibilité, d'autre part. La *Loi sur la santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* établit de plus des principes directeurs régissant l'accès et la consultation du dossier clinique dans les établissements de santé et de services sociaux.

Le consentement de l'usager (Annexes B) est obligatoire pour la communication de renseignements contenus au dossier à des tiers y compris les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux. D'autres consentements peuvent aussi être exigés en vertu de ces deux lois, soit pour permettre la prise de photographies à des fins de publication de travaux de recherche et la consultation par les parents d'un usager mineur de plus de 14 ans. Ces consentements doivent apparaître au dossier.

Tout représentant d'un usager de moins de 14 ans et tout usager de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier, sauf si de l'avis de son médecin traitant la communication d'un renseignement le concernant risque de causer un préjudice grave à sa santé physique ou mentale. Les articles 17 et 21 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que la *Charte des droits et libertés de la personne* obligent les créateurs de l'information, en l'occurrence les professionnels de la santé à s'imposer des règles de rédaction et de transcription des données afin que l'information soit complète, accessible et compréhensible par la personne concernée et qu'elles respectent le secret professionnel¹⁸.

L'impression, sur la couverture du dossier, des règlements de confidentialité remémore constamment au personnel de l'HDM ses obligations relatives à la protection des renseignements personnels.

L'HDM exerce aussi un contrôle sur les pratiques de duplication et de transmission d'informations. Une procédure définit les pratiques d'utilisation du photocopieur lors de la reproduction de documents nominatifs. Le service applique de plus la directive de la Commission d'accès à l'information¹⁹ pour la transmission d'informations confidentielles par télécopieur. Seul un cas d'urgence justifie la transmission d'un renseignement nominatif par télécopieur. En autant que faire se peut, l'expéditeur modifie le document pour s'assurer que seul le destinataire puisse identifier les personnes concernées. Le service doit cependant faire parvenir au destinataire une copie de l'original dans des délais raisonnables. Cette copie est conservée au dossier tandis que la copie télécopiée est détruite.

Enfin, les archivistes s'assurent que tout document identifié à un usager soit déchiqueté ou désencré lors de sa destruction. Cette mesure a pour but d'éviter que des informations confidentielles sur un usager ne tombent entre les mains de personnes non autorisées et ne soient diffusées.

L'implantation de ces mesures de sécurité nous démontre que la diffusion de l'information contenue dans le dossier clinique à l'HDM est sévèrement contrôlée. La reproduction complète ou partielle du dossier clinique n'est justifiée que pour répondre à une demande spécifique et légale. Le consentement du client est exigé sauf en cas d'urgence et si la non-transmission risque de causer un préjudice grave à sa santé physique ou mentale. De plus, le dossier ne peut être sorti du centre hospitalier sauf sur ordre de la Cour.

Afin de sensibiliser son personnel, l'HDM participe aux deux ans à la Semaine de la confidentialité organisée par l'Association québécoise des archivistes médicales. L'établissement profite de la tenue de cette activité provinciale pour

exercer des pressions afin que le contrôle de la diffusion de l'information contenue dans le dossier clinique soit resserré et les directives en vigueur publicisées et appliquées.

La gestion des imprimés administratifs

L'utilisation d'imprimés administratifs standardisés facilite la compilation des données et par le fait même le travail du personnel des archives.

La presque totalité, soit environ 80 % du dossier clinique de l'HDM est constitué d'imprimés administratifs. Depuis une quinzaine d'années, le MSSS, travaille à l'uniformisation des imprimés administratifs utilisés par l'ensemble du réseau de la santé afin de pallier à la difficulté, pour chaque établissement, d'implanter individuellement une gestion rationnelle de ces documents²⁰.

De plus, le réseau de la santé et des services sociaux constitue un système organisationnel très ouvert au sein duquel l'information est véhiculée par différents canaux de communication. Etant donné l'importance des transferts d'information d'un établissement à un autre pour les personnes qui reçoivent des soins de santé et des services, il faut qu'il y ait une certaine standardisation afin de faciliter la compréhension des données transmises par les intervenants qui ont à les analyser et à intervenir cliniquement.

Le ministère a opté pour une uniformisation des imprimés administratifs tels que les formules de consentement, les rapports médicaux, les prélèvements de laboratoire, les formulaires d'admission et tout autre document utilisé par l'ensemble des centres hospitaliers pour assurer une meilleure communication et une meilleure coordination des services au sein du réseau.

La normalisation et la standardisation des formulaires facilitent aussi le travail de consignation des informations cliniques et leur lecture par l'ensemble des professionnels qui ont à consulter le dossier²¹.

Le MSSS produit maintenant la presque totalité des formulaires destinés à consigner l'information dans le dossier. Selon l'archiviste-chef de l'HDM, cette centralisation de la production a de multiples avantages :

- une production jugée de plus grande qualité en raison: de l'utilisation de procédés plus élaborés et non disponibles dans les établissements; du fait que la conception soit du ressort de personnel spécialisé et; par l'utilisation de matériel adapté;
- un prix de revient beaucoup plus bas que si l'HDM se chargeait de ce travail;
- une plus grande efficacité du service des archives cliniques, puisqu'il n'a pas à attribuer le travail de conception, d'analyse et de vérification à son propre personnel;
- une plus grande qualité des documents produits car le matériel est testé par plusieurs établissements avant d'être adopté et diffusé;

- une augmentation de la productivité du personnel qui travaille avec ces imprimés puisque le ministère s'assure que les formules sont concises, qu'elles ne font référence qu'à des informations pertinentes, que la présentation graphique facilite la collecte et le traitement des données, que les normes établies par les corporations professionnelles et par l'Association des archivistes médicales sont respectées. Les professionnels ont donc en main un outil de travail adapté à leurs besoins;
- une plus grande uniformité dans le dossier. Tous les formulaires du MSSS ont un format lettre et une présentation standardisée;
- une formation du personnel plus rapide étant donné que les nouveaux employés ont souvent travaillé avec des instruments identiques dans des emplois antérieurs;
- une plus grande sécurité, car ces formulaires ont reçu l'approbation de l'organisme superviseur;
- l'assurance d'un approvisionnement régulier parce que centralisé.

Pour ses formulaires maison l'HDM a adopté certaines mesures qui font partie des procédures de gestion du dossier clinique, telles que:

- prévoir des espaces pour dater et signer chaque intervention;
- éviter les répétitions d'informations déjà colligées sur d'autres formulaires utilisés dans le cadre d'un même plan de traitement;
- réduire au minimum les espaces libres tout en conservant un texte aéré et encourager l'utilisation du verso;
- opter pour le format 8 ½ X 11 qui s'apparente au format du dossier;
- adopter la formule recto-verso afin de ne pas gonfler inutilement le dossier;
- veiller à ce que le nouveau formulaire respecte les critères de normalisation du MSSS soit:
 - au coin supérieur gauche: l'identification de l'HDM et le titre du formulaire;
 - au coin supérieur droit: identification de l'utilisateur en laissant un espace suffisant pour l'impression de sa carte d'hôpital;
 - au coin inférieur gauche: date de la conception ou de la révision du formulaire et le numéro d'édition;
 - au coin inférieur droit le numéro d'édition du formulaire. Le coin droit de l'imprimé a une couleur distinctive pour faciliter le repérage.
 - au bas du formulaire: la répétition du titre du document. Il est préférable de placer le titre en bas de page, les documents étant attachés par le haut. Une telle pratique permet de feuilleter le dossier, de retrouver un formulaire avec un minimum de manutention d'où une meilleure protection des pièces au dossier et une usure moins rapide du dossier physique.

Dans un avenir prochain, le formulaire sera conforme au système international d'unités en santé et le signe (S.I.) sera indiqué. Seule l'utilisation d'abréviations reconnues par l'établissement deviendra obligatoire.

Tout nouveau formulaire maison doit recevoir l'approbation du comité des archives cliniques avant sa mise en circulation. Ce comité dresse périodiquement un inventaire des formulaires en usage, fait une évaluation de leur contenu ainsi que de leur pertinence et procède à la destruction des formulaires périmés. Le comité applique les mêmes principes de gestion des imprimés administratifs que ceux édictés par des auteurs tels que William Benedon²² ou Michael Leyzorek²³. Ce qui facilite une meilleure prise de décision, une coordination et une amélioration des opérations et un contrôle de la qualité.

La gestion centralisée des formulaires cliniques est un acquis pour l'établissement puisqu'elle facilite le rangement, la mise à jour et l'élimination des formulaires périmés et le contrôle efficace de la reproduction. En effet, à l'exception de certains formulaires à petit tirage gérés par les départements utilisateurs, les commandes se font par l'entremise de l'acheteur et du magasinier qui contrôlent la production, les commandes et l'inventaire.

L'IMPACT DE L'UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DANS LE PROCESSUS DE CRÉATION DU DOSSIER DE L'USAGER

Quatre-vingt-quatorze mille dossiers représentent une masse impressionnante de papier à classer et à repérer le plus rapidement possible. Le nombre de pieds carrés réservés à l'archivage des dossiers augmente d'année en année et constitue un problème de plus en plus sérieux en raison du manque d'espace disponible.

Deux solutions sont possibles: une première repose sur une épuración sélective des dossiers ce qui, en raison de la *Loi sur les archives*, ne permet qu'une récupération de 10 % de l'espace utilisé, la seconde est d'entreposer à l'extérieur les dossiers du centre hospitalier, ce qui ne peut constituer qu'une solution temporaire, un demi-mal, parce que non fonctionnelle.

Le service des archives cliniques s'enquiert des possibilités offertes par les technologies nouvelles afin de trouver une solution permanente à cet état de fait²⁴. Le choix s'oriente vers le microfilmage des dossiers inactifs, une technologie en progression constante et qui permettra à l'HDM une récupération d'espace évaluée à 225 pieds linéaires.

L'arrivée sur le marché du micro-imageur est appelé à révolutionner le monde de la micrographie²⁵. Cet appareil peut microfilmer 36 pouces de document recto-verso à la seconde. La nouvelle technologie s'avère beaucoup moins dépendante de la qualité de l'original puisque le micro-imageur accepte tous les formats, tous les types de papier incluant le papier oignon et toutes les couleurs d'encre. Les textes manuscrits effacés ou dactylographiés peuvent même retrouver leur lisibilité. Le micro-imageur, grâce à l'utilisation des codes à barres, assure aussi une indexation automatique des dossiers. L'index-usagers produit sert au

repérage des dossiers sur les microfilms et est utilisé aux fins d'assermentation en vertu de la *Loi sur la preuve photographique des documents*. Il constitue enfin le registre des dossiers microfilmés.

L'HDM voit d'autres avantages au microfilmage tels que:

- le microfilm est un support qui peut être admis en preuve au même titre que l'original si la procédure est conforme aux spécifications de la *Loi sur la preuve photographique des documents*;
- la récupération de l'espace est impressionnante, par exemple un film de 215 pieds comprend environ 450 dossiers totalisant 6 400 pages recto-verso;
- la remise en circulation d'un dossier est simple. Lorsqu'un usager revient au centre hospitalier après plusieurs années, le dossier est réactivé. Dans la chemise sont placés des extraits du microfilm, ce qui évite aux professionnels d'avoir à le consulter.
- le micro-imageur supporte aussi le disque optique et permet la digitalisation des informations microfilmées. Ceci permet la consultation à l'intérieur d'un réseau de communication à l'interne. La digitalisation demeure pour l'instant une solution encore trop coûteuse pour un centre hospitalier régional, mais la possibilité imminente de digitaliser les radiographies, la voix et de coupler la technologie avec l'utilisation éventuelle de la carte à puce laisse entrevoir des développements intéressants.

À l'HDM, le virage technologique touchera donc en premier lieu les dossiers inactifs des usagers, assurant au Service des archives cliniques une récupération d'espace suffisante pour poursuivre le rangement des dossiers actifs qui demeureront sur un support papier.

LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DU CONTRÔLE DE LA CRÉATION DE L'INFORMATION

Les avantages

Les principaux avantages de la création de l'information identifiés par Madame Morin lors de l'entrevue²⁶ ou qui découlent de nos observations ont trait à la protection des usagers, à une gestion hospitalière plus performante, à une plus grande efficacité du service des archives et à une meilleure coordination des soins et des services à la clientèle hospitalière.

Protection de l'usager

Un resserrement du contrôle de la création assure la protection des droits des usagers des services et ce, à plusieurs niveaux:

- sur le plan de la collecte de l'information, seuls les renseignements pertinents sont recueillis, afin de protéger l'intégrité de la personne;

- sur le plan de la consignation de l'information, un cadre normatif rigide assure à tout usager la constitution d'un dossier complet, clair, concis, dont le contenu ainsi que les pratiques de rédaction sont vérifiées périodiquement;
- sur le plan de l'accès à l'information, l'utilisateur peut consulter un dossier complet où les informations sont consignées chronologiquement et lisiblement de façon à ce qu'il puisse comprendre les informations;
- sur le plan de la protection des renseignements personnels, le contrôle de la diffusion de l'information assure à l'utilisateur une confidentialité réelle.

Une gestion hospitalière plus performante

- Le contrôle de la création de l'information permet une réduction des coûts, notamment dans le secteur de la gestion des formulaires et de la reproduction. Il permet une plus grande rationalisation de l'espace réservée au rangement des dossiers.
- Le contrôle de la création signifie également une plus grande efficacité. Il souscrit de ce fait aux principes de la gestion rationnelle du temps et contribue à une meilleure affectation des ressources humaines.
- Le contrôle de la création de l'information permet une meilleure gestion du centre hospitalier qui de ce fait peut se conformer à certaines lois et réglementations en vigueur dont la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi qu'au *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*.

Une plus grande efficacité du service des archives cliniques

- L'implantation et l'application de normes de rédaction et de tenue du dossier facilitent le travail de vérification des dossiers de l'équipe du service.
- L'uniformisation de la présentation du support physique facilite le rangement et le repérage des dossiers.
- L'utilisation courante des formulaires du MSSS réduit considérablement le temps consacré à la conception des imprimés administratifs, à leur mise en service, à l'évaluation de leur pertinence, à leur diffusion et à leur reproduction.
- Le contrôle de la production des imprimés administratifs réduit l'épaisseur des dossiers, assure une certaine standardisation des documents consignés ainsi que leur légalité.
- L'établissement d'une politique et de procédures de gestion confirme l'autorité du service sur la gestion du dossier clinique.
- Les normes implantées assurent de plus une meilleure communication entre l'utilisateur, le service des archives gestionnaire du dossier et les

professionnels de la santé créateurs et utilisateurs de l'information consignée.

- Le contrôle de la création et la rationalisation de l'information consignée vont faciliter le passage à l'utilisation de technologies nouvelles.

Une meilleure coordination des soins et services dispensés à la clientèle hospitalière

- L'utilisation des formulaires standardisés du MSSS améliore les communications inter-établissements parce qu'elle uniformise les procédures de collecte et de transmission de l'information clinique.
- L'utilisation d'outils normalisés, testés, mis à jour et épurés périodiquement contribue à diminuer le taux d'erreurs et assure une compréhension plus grande de l'information consignée.
- Les procédures qui régissent les pratiques quotidiennes de création et de consignation de l'information clinique contribuent à sécuriser le personnel dans l'exécution de ses tâches et à fournir une meilleure qualité de travail.
- L'établissement est en mesure de dispenser plus rapidement des soins et des services parce que l'information est complète, facilement reparable et que sa consignation selon les normes établies assure une meilleure analyse de la situation ainsi qu'une évaluation pertinente des interventions à effectuer.

Les inconvénients

Les inconvénients du contrôle de la création de l'information ont principalement trait aux difficultés de la mise en application d'un cadre normatif.

Point de vue de l'administration hospitalière

- L'imposition d'un cadre rigide demande un appui constant de la haute direction. Cette dernière doit justifier ses décisions et ses actions en s'assurant qu'elles se conforment à la mission de l'établissement. Le contrôle de la création de l'information consignée dans le dossier clinique s'inscrit dans la démarche d'une recherche de la qualité totale et de l'excellence des soins et des services dispensés aux usagers. Le contrôle de la création exige cependant des efforts d'implantation. Le virage technologique à ce niveau est appelé à demander un grand effort sur le plan financier en plus d'exiger une planification stratégique et de provoquer une modification des procédés et des modes de fonctionnement du personnel.

Point de vue du service des archives cliniques

- Le contrôle de la création et la rationalisation de l'information consignée supposent une vérification soutenue des pratiques quotidiennes. Le service doit s'assurer que le personnel reçoit la formation nécessaire

pour rédiger et consigner les informations cliniques selon les normes et principes établis.

- Le service des archives cliniques doit de plus imposer partout son autorité sur la gestion du dossier, non seulement dans ses propres locaux, mais aussi sur les étages, dans les bureaux des médecins et dans tous les milieux où se crée l'information. Les archivistes doivent donc convaincre les professionnels de l'utilité et des bienfaits du contrôle.

Point de vue des créateurs de l'information

- L'imposition de normes et de procédures reliées au traitement de l'information clinique impose une discipline de travail.
- La gestion de la paperasse s'avère parfois une nuisance ou à tout le moins une contrainte irritante.
- On souhaiterait dans certains cas ou dans certaines circonstances utiliser ses propres outils de consignation et ses propres imprimés administratifs, sans avoir à les présenter pour approbation.

CONCLUSION

À l'HDM, les avantages d'un contrôle de la création et de la rationalisation de l'information consignée dans le dossier clinique l'emportent sur les inconvénients et présentent un bilan nettement positif, et ce à tous les niveaux.

L'application de telles mesures est rendue nécessaire en raison du nombre imposant de dossiers que constitue cette série documentaire et de la facilité relative d'adopter des normes uniformes pour la création et le traitement de l'information, étant donné le caractère spécialisé des informations consignées et la similitude des données d'un dossier à un autre et d'un établissement hospitalier à un autre.

L'importance de l'information consignée dans le secteur hospitalier est reconnue au Canada depuis des décennies. Le contrôle de la gestion du dossier clinique a d'abord été imposé par la valeur et la quantité des informations compilées. Pour tout individu, le dossier médical représente le rapport le plus complet et souvent le plus intime écrit sur sa personne. La santé et parfois la vie des gens dépendent de la justesse des informations qu'il renferme. Individuellement, nous sommes tous conscients de la nécessité d'un tel contrôle. La démarche pan-canadienne, longuement mûrie, a conduit à l'adoption d'une législation claire et bien articulée qui s'appuie sur une réglementation rigoureuse.

Les corporations et les associations professionnelles imposent de plus à leurs membres des règles de pratique qui facilitent la tâche des archivistes lorsque vient le temps de mettre en vigueur des procédés afin de se conformer aux législations.

Le support de la haute direction du centre hospitalier demeure quand même l'élément clé d'un contrôle efficace. L'HDM a resserré le contrôle de la création par la mise sur pied d'un comité des archives cliniques. Ce comité est

chargé d'évaluer périodiquement la qualité du dossier clinique, tant au niveau de sa présentation, que de son contenu ou de la pertinence des imprimés administratifs utilisés. Le comité a de plus pour tâche l'approbation de tout nouveau formulaire et l'établissement de procédures de gestion.

Notons enfin que les nouvelles technologies sont à l'étude. Les principaux intervenants sont persuadés que l'adoption du procédé de microfilmage et de numérisation des pièces du dossier clinique aura pour conséquence un contrôle plus serré de la création de l'information en facilitant à l'utilisateur l'accès à son dossier et tout en protégeant la confidentialité des renseignements nominatifs colligés.

La gestion du dossier clinique constitue donc un exemple intéressant de ce que peut représenter un contrôle de la création de l'information. Cependant, nous devons constater l'impact considérable des législations et réglementations sur la décision par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de prendre une position ferme et d'imposer des principes directeurs relativement à ce sujet.

Nous croyons qu'un contrôle aussi serré de la création de l'information risquerait d'être voué à l'échec dans un ministère ou une entreprise qui tenterait de l'imposer, indistinctement, pour l'ensemble de ses dossiers. À notre avis, l'importance quantitative des différentes séries documentaires ainsi que la valeur accordée à l'information contenue dans celles-ci justifieront ou non l'application de mesures de contrôle sévères dans un organisme et en détermineront les normes et procédés.

Hélène Mercier
Luc Guinard

Les auteurs sont respectivement présidente et vice-président de Gestion documentaire Protex Inc. Hélène Mercier et Luc Guinard sont également étudiants à l'Université Laval, au niveau de la maîtrise en histoire, option archivistique.

NOTES

1. Se référer à l'annexe A pour la grille d'entrevue.
2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, art. 505, par. 24, Québec, Éditeur officiel du Québec, Sanctionnée le 4 septembre 1991, p. 142.
3. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, établi par le Décret 1320-84, (1984) 116 G.O. II 2745.
4. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., Québec, Éditeur officiel du Québec, chapitre A-2.1, à jour au 15 janvier 1991, art. 64.
5. *Conseil canadien d'agrément des hôpitaux. Normes pour l'agrément des établissements de santé du Canada*, janvier 1983, p. 87.

6. Corporation professionnelle des médecins du Québec. *Guide concernant la tenue du dossier par le médecin dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et dans les CLSC*, mise à jour novembre 1989, p. 6.
7. *Ibid.*, p. 7.
8. Betty R. Ricks et Kay F. Gow, *Information Resource Management*, Proceeding of the ARMA International 33RD Annual Conference, Baltimore, octobre 1988, pp. 409-410.
9. Tiré de l'entrevue réalisée avec madame Jocelyne Morin, archiviste-chef, le 18 octobre 1991.
10. CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES HÔPITAUX. *Normes pour l'agrément des établissements de santé au Canada*, janvier 1983, p. 90.
11. William Benedon, *Records Management*, Los Angeles, The Trident Shop, [c. 1969], pp. 217-230.
12. James C. Bennett, *The Fundamental Elements of a comprehensive Records Management Program*, Proceedings of the ARMA International 33RD Annual Conference, Baltimore, octobre 1988, pp. 218-222.
13. Le service des archives cliniques est ouvert du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 22 h 30 et de 8 h 00 à 16 h 00 le samedi.
14. Conseil canadien d'agrément des hôpitaux. *Normes pour l'agrément des établissements de santé du Canada*, janvier 1983, p. 87.
15. Référence aux sections du dossier clinique décrites en page 19.
16. Les buts ont été définis à partir du nouveau mode d'analyse élaboré par l'Association québécoise des archivistes médicales dans la parution intitulée *Analyse du dossier de santé*, mars 1988, p. 4.
17. L'Association des hôpitaux du Québec joue auprès de ses membres un rôle de support-conseil et de formation principalement en ce qui a trait aux questions juridiques et légales.
18. L.R.Q., c. C-12, art.9 "Chacun a droit au respect du secret professionnel. Toute personne tenue par la loi au secret professionnel... ne peut même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi".
19. COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION. *Exigences relatives à l'utilisation des télécopieurs dans les organismes publics*, 2^e trimestre, 1991, 7 pages.
20. La consultation de deux documents produits à l'époque par le ministère des Affaires sociales met en évidence les grands principes de cette uniformisation. Nous faisons référence ici au *Guide des imprimés administratifs*, février 1982, 108 pages; et au *Contrôle de qualité des imprimés administratifs*, juin 1981, 27 pages.
21. Les formulaires conçus par le ministère de la Santé et des Services sociaux sont regroupés et mis à jour périodiquement pour constituer le *Répertoire des imprimés administratifs. Dossier du bénéficiaire en centre hospitalier*. Les centres hospitaliers recourent à ce répertoire pour s'approvisionner en imprimés administratifs.
22. William Benedon, *Records Management*, Los Angeles, The Trident Shop, [c. 1969], pp. 125-144.
23. Michael J. Leyzorek, *Form control in Records Management Systems*, vol. 25, no 3, juillet 1991, pp. 18-20, 22.
24. L'archiviste-chef de l'HDM suit de près les expériences réalisées dans d'autres centres hospitaliers dont le Centre hospitalier de Sainte-Marie de Trois-Rivières et l'Hôtel-Dieu de Québec. Les rencontres entre chefs de service d'archives cliniques permettent aussi, à l'occasion, de faire le point sur l'évolution des nouvelles technologies.
25. Nous faisons référence ici au produit offert par la compagnie Kodak inc.
26. Référence à l'entrevue du 18 octobre 1991.

BIBLIOGRAPHIE

DIFFUSION ET REPRODUCTION

COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION. *Exigences relatives à l'utilisation des télécopieurs dans les organismes publics*, 2^e trimestre, 1991, 7 pages.

DOCUMENTATION RELATIVE À LA CRÉATION DE L'INFORMATION

BENEDON, William. *Records Management*, Los Angeles, The Trident Shop, [c. 1969], 272 pages.

BENNETT, James C. *The fundamental elements of a comprehensive records management program*, Proceedings of the ARMA International 33RD Annual Conference, Baltimore, octobre 1988, pp. 217-227.

DINEL, Guy. *Notes de cours*, Université Laval, Maîtrise en histoire, option archivistique, cours Création de l'information (GAD-64130), 1991.

RICKS, Betty et Kay F. GOW. *Information Resource Management: A Records Systems Approach*, Cincinnati, South-Western Publishing Co., 2^e édition, 1988, VIII et 635 pages.

RICKS, Betty et Kay F. GOW. *Information Resource Management*, Proceedings of the ARMA International 33RD Annual Conference, Baltimore, octobre 1988, pp. 407-410.

GESTION DES IMPRIMÉS ADMINISTRATIFS

LEYZOREK, Michael J. *Form control in Records Management Systems*, RMQ, vol. 25, n^o 3, juillet 1991 pp. 18-20, 22.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES. *Répertoire des imprimés administratifs*, février 1982, 108 pages.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION. *Contrôle de qualité des imprimés administratifs*, juin 1981, 27 pages.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION. *Guide des imprimés administratifs*, février 1982, 108 pages.

GESTION DU DOSSIER CLINIQUE ET NORMES RELATIVES À LA TENUE DU DOSSIER

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ARCHIVISTES MÉDICALES. *Analyse du dossier de santé*, mars 1988, 33 pages.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, *Un aperçu*, 1^{re} édition, octobre 1987, 31 pages.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES HÔPITAUX, *Normes pour l'agrément des établissements de santé du Canada*, janvier 1983, 184 pages.

- CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES HÔPITAUX, *Profil de l'établissement de santé*, révisé décembre 1987, 33 pages.
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Guide concernant la tenue du dossier par le médecin dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et dans les CLSC*, mise à jour novembre 1989, 23 pages.
- GESTION DOCUMENTAIRE PROTEXTE INC., *Le dossier des bénéficiaires, état de situation et plan d'intervention*, juin 1990, 49 pages.

LÉGISLATIONS, RÉGLEMENTATIONS ET DOCUMENTS RELIÉS À L'APPLICATION DES LOIS

- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Document explicatif du calendrier de conservation des documents et de la liste de classement des documents des centres hospitaliers*, 1985, 60 pages et bonification, 1989.
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., Québec, Éditeur officiel du Québec, chapitre A-2.1, à jour au 15 janvier 1991.
- Loi sur la preuve photographique des documents*, L.R.Q., C.P., Québec, Éditeur officiel du Québec, 1964.
- Loi sur les archives*, L.R.Q., Québec, Éditeur officiel du Québec, chapitre A-21.1, à jour au 17 juillet 1986.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec, Sanctionné le 4 septembre 1991, 176 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Loi sur la Charte des droits et libertés et Loi sur l'Accès aux documents*, Circulaire, 3 juin 1988, 7 pages.
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, établi par le Décret 1320-84, (1984) 116 G.O. II 2745.

TECHNOLOGIES NOUVELLES

- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. Salon informatique-santé, documents du colloque «La solution informatique», Montréal, 26-27 novembre 1991.
- CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE. *Un système de gestion des documents en opération*, Atelier spécialisé de l'AHQ, 22 mai 1991, 8 pages.
- COMPTE RENDU de la réunion des chefs de service d'archives médicales de la région 06-A, tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal le 4 avril 1991, 5 pages.
- HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC. *Du papier au microfilm, expérience pratique*, Atelier spécialisé de l'AHQ, 22 mai 1991, n.p.
- THE COMMUNICATION GROUP. *Les archives médicales sous le couperet de l'informatique*, reproduit par Kodak Canada inc., Info-log magazine, juin/juillet 1990.

ANNEXE A

GRILLE D'ENTREVUE

Avec: Madame Jocelyne Morin

Archiviste-chef

Hôtel-Dieu de Montmagny

Entrevue réalisée le 18 Octobre 1991

1. Description du service des archives cliniques

- Territoire couvert par le centre hospitalier
- Situation du service des archives cliniques dans la structure administrative
- Mission du centre hospitalier
- Mission du service:
 - nombre de dossiers traités
 - obligations administratives et légales
 - services dispensés
- Composition du service:
 - effectifs
 - rôles et responsabilités du personnel
- Fonctionnement du service des archives cliniques:
 - horaire
 - description des tâches
 - relations avec les créateurs de l'information consignée ainsi qu'avec la haute direction

2. Impact des législations et réglementations

- Identification des lois et des règlements qui régissent le dossier clinique
- Identification et force de pression des organismes et associations diverses qui ont une influence sur les pratiques de création de l'information consignée dans le dossier de l'utilisateur

3. Le dossier clinique

- Présentation physique du dossier clinique
- Description des procédures d'ouverture, de consignation et de fermeture des dossiers
- Identification des principales pièces consignées au dossier

- Identification des principaux créateurs de l'information consignée et description des pratiques courantes reliées à la rédaction
- Identification des normes en vigueur relativement à la tenue du dossier et degré d'application de ces normes
- La gestion des formulaires: centralisée ou décentralisée
- Identification des problèmes les plus courants de création et de consignation
- Les principales formes de diffusion de l'information incluant la reproduction. Les règlements relatifs à la transmission des informations nominatives et les principaux modes de communication
- Les autres documents générés par le dossier clinique (statistiques...)

4. Le contrôle de la création de l'information

- Le centre hospitalier a-t-il des objectifs précis relativement à l'implantation de mécanismes de contrôle de la création et de la rationalisation de l'information consignée?
- L'établissement a-t-il élaboré des politiques et procédures relatives à ce sujet?
- Pratiques en vigueur compte tenu des objectifs de l'établissement
- S'il y a un contrôle de la création de l'information consignée, quels en sont:
 - les avantages
 - les inconvénients
- Vers quelles pratiques s'orientent le centre hospitalier et le service des archives cliniques pour les prochaines années

5. Les nouvelles technologies

- Le service des archives cliniques a-t-il effectué un virage technologique?
- Si oui, dans quel but et où en est la démarche?
- Quelles sont les répercussions sur le personnel et sur les pratiques courantes principalement en regard du contrôle de la création?
- Quelles sont les techniques privilégiées?
- Les avantages et les problèmes engendrés par la bureautisation.

6. Identification des ressources documentaires

ANNEXE B2

FORMULE DE CONSENTEMENTS (C.H.)

1. Consentement général
2. Consentement à une intervention chirurgicale
3. Consentement à l'anesthésie
4. Consentement à des examens ou traitements particuliers
5. Départ sans autorisation

Cette formule est applicable dans tous les CENTRES HOSPITALIERS et dans les CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES, le cas échéant.

1- CONSENTEMENT GÉNÉRAL (à remplir à l'admission)

Nom de l'établissement _____

J'autorise les médecins ou dentistes traitants à me dispenser les soins ou services nécessaires. De plus, j'autorise l'établissement ainsi que les médecins ou dentistes traitants ou consultants à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation, et à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les renseignements nécessaires pour exercer les recours prévus aux articles 10 de la Loi de l'assurance-hospitalisation et 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements transmis au MSSS et à la RAMQ sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance-maladie.

Date

Signature bénéficiaire ou personne autorisée

Témoïn à la signature

2- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

J'autorise le docteur _____ à pratiquer l'intervention chirurgicale qui comprend la ou les opérations indiquées ci-dessous.

Spécifier type d'intervention

Je reconnais avoir été informé-e de la nature et des risques ou effets possibles de cette intervention.

J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention chirurgicale et pour laquelle il serait alors impossible d'obtenir mon consentement.

J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

Dans le cas d'une intervention chirurgicale stérilisante, je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comporte m'ont été expliquées par le docteur _____ et qu'elle est faite dans le but de me rendre stérile. Toutefois, j'ai été informé-e que cette intervention n'assure pas la stérilité dans tous les cas et aucune garantie en ce sens ne m'a été donnée. Je reconnais que si cette intervention chirurgicale réussit, il en résultera pour moi une stérilisation permanente et qu'il me sera donc impossible d'engendrer ou de concevoir un enfant.

Date

Signature bénéficiaire ou personne autorisée

Témoïn à la signature

Date

* Contresignataire: médecin ou dentiste responsable de l'intervention

Témoïn à la signature

3- CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE

Je consens à ce que, à l'occasion de _____ intervention, examen, accouchement _____

me soit administrée une anesthésie générale ou _____ genre d'anesthésie _____

par le docteur _____ ou un autre médecin de l'établissement ayant des privilèges en anesthésie.

Je reconnais avoir été informé-e de la nature et des risques ou effets possibles de cette anesthésie.

Date

Signature bénéficiaire ou personne autorisée

Témoïn à la signature

Date

* Contresignataire: médecin responsable de l'anesthésie

Témoïn à la signature

* Par sa signature, le contresignataire marque son engagement solidaire avec le contenu du document