

# BIENVENUE!

## Les notes au dossier médical



**Me Hélène Montreuil**



**Votre présentatrice**

**Me Hélène Montreuil**

**Avocate, CRHA et Adm.A.**

# Votre formatrice

- **Me Hélène Montreuil**
- **1050, rue François-Blondeau**
- **Québec, Québec**
- **G1H 2H2**
  
- **Téléphone : 418-621-5032**
- **Télécopieur : 418-621-5092**
- **Courriel : [helene@madamemontreuil.ca](mailto:helene@madamemontreuil.ca)**
- **Site : [www.maitremontreuil.ca](http://www.maitremontreuil.ca)**

# Présentation de Me Hélène Montreuil I

- Me Hélène Montreuil, D.E.S.S. en éthique, D.E.S.S. en Ressources humaines et organisation, M.B.A., Di. Adm., LL.L., CCVM, B.Ed., Adm.A., CRHA est avocate en pratique privée depuis 1976 et chargée de cours à l'Université du Québec à Rimouski depuis 1984, principalement en Droit du travail, Administration et Négociation de la convention collective, Gestion des ressources humaines et Éthique.
- Elle a étudié à l'Université du Manitoba, à l'Université Laval, à l'Université d'Ottawa, à l'Université de Paris I - Panthéon-Sorbonne et à l'Université du Québec à Rimouski en Common Law, en Droit civil, en Ressources humaines et organisation, en Administration, en Éducation et en Éthique.

# Présentation de Me Hélène Montreuil II

- Elle a écrit de nombreux livres d'administration et de droit et présenté plusieurs mémoires tant devant la Chambre des Communes à Ottawa que devant l'Assemblée nationale du Québec.
- Elle a également prononcé de nombreuses conférences et donné de la formation au Canada et aux États-Unis.
- Elle concentre ses activités principalement en droit du travail, en droit de la personne et en droit disciplinaire.
- Dans la jurisprudence et dans l'actualité, elle a été connue sous le nom de **Micheline Montreuil**.  
Voir : [www.micheline.ca](http://www.micheline.ca)



HÉLÈNE  
MONTREUIL

# LES AFFAIRES ET LE DROIT

DEUXIÈME ÉDITION

LexisNexis

## Ce livre :

<https://store.lexisnexis.ca/fr/categories/products/les-affaires-et-le-droit-skusku-cad-6422/details>

## Les livres écrits par Hélène Montreuil

<http://recif.litterature.org/recherche/ecrivains/montreuil-helene-1985/>

# Les livres écrits ou coécrits par Hélène Montreuil

2020 - Les affaires et le droit, 2<sup>e</sup> édition

2012 - Les affaires et le droit

1999 - Le droit, la personne et les affaires, 2<sup>e</sup> édition

1994 - Le droit, la personne et les affaires

1993 - Organisation et dynamique de l'entreprise - Approche systémique, 2<sup>e</sup> éd

1991 - Initiation au droit commercial

1990 - Organisation et dynamique de l'entreprise - Approche systémique

1988 - Droit des affaires, 2<sup>e</sup> édition

1986 - Droit des affaires

1984 - Le marketing

1984 - Introduction à la comptabilité de gestion

1983 - L'entreprise d'aujourd'hui

1983 - L'entreprise et la gestion des opérations

1973 - Principes de base de la natation et du sauvetage

Voir : <http://recif.litterature.org/recherche/ecrivains/montreuil-helene-1985/>

# Buts de la formation I

## ➤ Répondre à un certain nombre de questions :

1. Quels sont les éléments à respecter et à retrouver dans un dossier obstétrical?
2. Quelles sont les informations qui devraient se retrouver sur un tracé obstétrical et comment et à quel endroit devrions-nous les inscrire?
3. Quelles informations ne sont pas nécessaires ou inutiles à inscrire au dossier et quelles précisions devrions-nous apporter à ces notes?
4. Quand et comment pourrions-nous faire une note tardive avec nos feuilles obstétricales?

# Buts de la formation II

5. **Pouvons-nous écrire des gestes ou actions durant lesquelles nous sommes témoins même si nous ne sommes pas en charge officiellement de la patiente?**
6. **Lorsque nous n'avons pas le temps de rédiger des notes immédiates comme dans un cas d'accouchement d'urgence, quelle est la bonne pratique à suivre?**
7. **Lors de réanimation néonatale immédiatement après l'accouchement, est-ce acceptable d'inscrire les données de la réanimation du nouveau-né sur la même feuille obstétricale que celle de la mère?**
8. **À l'inverse, est-ce acceptable de ne rien inscrire de note en lien avec la réanimation du nouveau-né sur la feuille obstétricale de la mère?**

# Les notes au dossier I

- Les notes au dossier du patient constituent souvent **la seule preuve que des soins infirmiers ou médicaux** ont effectivement été donnés, d'où l'importance de notes détaillées bien écrites.
- De plus, les notes au dossier représentent un outil essentiel pour un suivi efficace.
- **En général, les notes au dossier devraient représenter fidèlement les soins qui ont été donnés au patient**, mais il est possible de prouver, devant un tribunal, que ces notes peuvent être inexactes ou incomplètes.

# Les notes au dossier II

- **ATTENTION : Ce n'est pas parce qu'il n'a pas été noté au dossier qu'un soin n'a pas été donné.**
- **De même, un soin peut avoir été noté au dossier et pour un raison quelconque, comme une urgence, ce soin n'aura pas été donné.**
- **Par exemple, pour prendre de l'avance, vous notez au dossier les médicaments que vous devriez donner dans la prochaine heure, mais une urgence se produit et vous êtes appelés sur un autre étage et les médicaments ne sont pas donnés. Cette note est donc fausse.**

# Les notes au dossier III

- **Prenez le cas de l'exemple inverse.**
- **Par exemple, vous êtes en devoir au service de cardiologie de l'hôpital où vous travaillez et vous commencez à donner les médicaments aux douze patients dont vous avez la charge sur votre étage.**
- **Vous avez donné les médicaments à sept des douze patients, mais une urgence se produit et vous êtes appelée dans une autre chambre, sur un autre étage ou à l'urgence même de l'hôpital et vous n'avez pas le temps d'inscrire cette note dans le dossier.**
- **Donc, sept patients ont reçu les médicaments prévus mais cela n'est pas inscrit dans leur dossier, Donc, ce dossier est faux puisqu'il ne reflète pas la réalité.**
- **Que fera l'infirmière suivante; donnera-t-elle les médicaments aux douze patients sans savoir que sept d'entre eux ont déjà reçu les médicaments prescrits?**
- **Y aura-t-il alors possibilité d'intoxication médicamenteuse?**

# Notes au CSSS Alphonse-Desjardins I

- **La politique PO-15-01 intitulée Dossier de l'utilisateur, prévoit que le dossier de l'utilisateur se veut un instrument destiné à faciliter les interventions auprès de l'utilisateur.**
- **Elle privilégie la communication entre tous les intervenants impliqués dans un même dossier. Pour atteindre cet objectif, le dossier doit être un instrument de consignation et de communication des services médicaux, infirmiers, thérapeutiques et sociaux rendus de l'enfance à la vieillesse. Il doit refléter le support graduel et adéquat à l'utilisateur en perte d'autonomie. Il doit démontrer les actions prises pour prolonger un maintien dans le milieu de vie naturel ou pour faciliter une intégration en milieu d'hébergement. Il doit enfin recenser l'information relative à la prise en charge de la personne non autonome.**

# Notes au CSSS Alphonse-Desjardins II

- **7.2 Obligations relatives à la tenue de dossier**
- **Les intervenants ont l'obligation de tenir à jour le dossier de l'usager et la responsabilité d'inscrire les renseignements et les faits pertinents au dossier, de déterminer les jugements professionnels à y inscrire, et ce, compte tenu des droits des usagers et des normes et procédures établies. De plus, il incombe à chaque intervenant de colliger ses notes d'évolution de façon lisible.**
- **Les intervenants ont la responsabilité de consigner les rapports et les notes d'évolution à l'intérieur de trois jours ouvrables ou selon les normes de leur ordre professionnel et obligatoirement avant toute absence prévue (vacances, congé sans solde, etc.). Cependant, il est possible d'inscrire des notes tardives en prenant bien soin de les identifier comme telles.**

# Notes au CSSS Alphonse-Desjardins III

- Règle de soins infirmiers RSI 13-01
- Rédaction des notes d'évolution infirmière
- Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2002), la documentation de l'exercice infirmier est une responsabilité professionnelle. Les informations consignées au dossier de l'utilisateur témoignent de l'évolution de sa condition de santé, des interventions infirmières et des résultats de soins obtenus. Que cette documentation prenne la forme de **notes d'évolution narratives, de plan thérapeutique infirmier (PTI) ou de formulaire d'évaluation**, elle est déterminante de la qualité et de la sécurité des soins que reçoivent les usagers et constitue une activité essentielle de la pratique infirmière. Ainsi, l'infirmière engage sa responsabilité légale et professionnelle à chaque fois qu'elle porte une inscription au dossier (OIIQ, 2010).

# Notes au CSSS Alphonse-Desjardins IV

- **Les notes d'évolution doivent rendre compte de l'ensemble des services professionnels et de leur impact sur l'utilisateur et être complétées au jour le jour, au fur et à mesure que les observations sont recueillies ou constatées.**
- **Il faut minimalement retrouver 3 éléments d'information au dossier, et ce, quelles que soient les disciplines impliquées :**
  - ✧ **ce que l'intervenant ou le professionnel observe (données);**
  - ✧ **ce qu'il fait (interventions);**
  - ✧ **et les réactions de l'utilisateur telles plainte, évolution, etc. (résultats) [Loi sur la santé et services sociaux dans Ménard, 2011].**

# Notes au CSSS Alphonse-Desjardins V

- **Les notes d'évolution sont d'autant plus importantes considérant le niveau de responsabilités accru des infirmières dans les soins de santé. Ces dernières doivent témoigner du rôle attendu de ces professionnelles selon leur champ d'exercice.**
- **Par conséquent, les infirmières doivent démontrer par la qualité de leurs notes qu'elles font preuve de jugement clinique au regard des éléments de documentation suivants :**
  - ✧ **Évaluation de l'état de santé d'une personne**
  - ✧ **Mesures diagnostiques ou traitements initiés selon une ordonnance**
  - ✧ **Surveillance clinique et suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes et détermination**
  - ✧ **Ajustement du plan thérapeutique infirmier (PTI). (Gouvernement du Québec, 2012).**

# Notes au CSSS Alphonse-Desjardins VI

- Les notes d'évolution sont également un outil de communication essentiel de la condition de l'utilisateur assurant ainsi la sécurité, la coordination et la continuité des soins au sein de l'équipe des soins infirmiers et de l'équipe multidisciplinaire.
- Elles sont une preuve de qualité et de l'efficacité des soins prodigués en plus d'être utilisées pour la recherche et l'enseignement.
- Il faut souligner que le dossier de l'utilisateur est un document légal et les notes d'évolution de l'infirmière sont reconnues par les tribunaux comme preuve.
- Ces notes témoignent de la qualité des soins prodigués et servent à rétablir les faits dans l'éventualité où un intervenant serait traduit en justice.

# Étude de cas de notes au dossier obstétrical

➤ **Maintenant, examinons de près certaines notes d'évolution et autres que nous retrouvons dans le dossier médical ou obstétrical et demandons-nous si ces notes sont :**

✧ **Complètes**

✧ **Conformes**

✧ **Exactes**

✧ **Précises**

✧ **Ambiguës**

✧ **Utiles**

# Questions pour le dossier #1 - I

➤ **Page #1 - Dans les remarques, nous remarquons des mots qui ne sont pas complets comme explicat... ou évaluat...**

✧ **Devons-nous écrire le mot complet?**

✧ **Pas nécessairement si aucun doute n'est possible.**

✧ **Cela peut-il porter à diverses interprétations?**

✧ **Le pensez-vous? Si vous croyez que plusieurs interprétations sont possibles, cela peut être une bonne idée d'écrire le mot au complet.**

# Dossier obstétrical #1 – Page 1 de 5

exemple 1

p.1

## DOSSIER OBSTÉTRICAL ÉVOLUTION DU TRAVAIL



DT9120

### Légende

**Activité utérine** Intensité : F = Faibles M = Modérées FO = Fortes *Tonus au repos*  
**Mode d'auscultation** AI = Auscultation intermittente MEF = Monitoring fœtal externe MFI = M  
**FCF ou RB** FCF = Fréquence cardiaque fœtale RB = Rythme de base  
**Rythme/variabilité** Rythme à l'AI : R = Régulier I = Irrégulier Variabilité au MFE ou MFI  
**Classification** Type de tracé : N = Normal AT = Atypique AN = Anormal  
**Échelle de douleur** Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Date admission : 2016-12-01 Hre : 9h30  
 Date début latence : \_\_\_\_\_ Hre : \_\_\_\_\_  
 Date début travail : \_\_\_\_\_ Hre : \_\_\_\_\_  
 RSM :  Date : \_\_\_\_\_ Hre : \_\_\_\_\_  
 LA : \_\_\_\_\_ Allergies : pénicilline

G : 4 T : 2 P : 0 A : 1 V : 2 Gr RH : AB<sub>pos</sub> Strep B : nég.  
 D.P.A. : 2016-11-30 Sem de gest. : 40'  
 Autre : • ATCD BB à malfo cardiaques  
 • ATCD HPP → faire gestion active

Ginette Toupin  
 P822732  
 TAIG99628354  
 DON 1986-10-14  
 conj: Dan Leclerc

Année	Date		Évaluation maternelle				Activité utérine				Évaluation fœtale				Examen vaginal		Traitements et remarques	Initiales				
	M	J	Température (°C)	Pouls/respiration	Tension artérielle	Saturation en O <sub>2</sub>	Fréquence (1/min)	Durée (sec)	Intensité	Tonus au repos	Échelle de la douleur	Mode d'auscultation	FOFR B	Rythme/variabilité	Classification	Dilatation			Engorgement	Straiten	Coxytracine (ml/1min)	
2016	12	01	9:30	36°	92	108/62	7-8	40-60	+		AI	136-140-142									Arrivée du couple, s'installent chambre bambou. Arrête pour respirer CU. — MC	
			:																		Explicat <sup>o</sup> évaluat <sup>o</sup> , décline TV. CU rég. — MC	
			10:15									138-144-140									Sugg. écharpe & changement de position. — MC	
			:45				4-5	40-60				136-130-142									Trouve CU + fortes. — MC	
			11:26									144-150									Debout. S'hydrate bien. — MC	
			12:00									148-132-13									À genoux au lit, penchée en avant. — MC	
			:																		Mange quelques morceaux de pommes. — MC	
			12:30									140-150-132									Trouve travail moins intense que soir acc <sup>o</sup> antérieur. Explic. peut-être fin latence, au poche des eaux encore intacte qui fait la différence. Choix éclairé TV, décline. Dit avoir de l'énergie. — MC	
			:																		Souciante, calme. Respire doucement à CU. — MC	
			13:00				4	60	+			150-142									Dan murent, la soutient. — MC	
			:																		Debout, penchée derm l'écharpe. — MC	
			13:35									144-146									À genoux penchée sur lit, comme si à faire sans CU. — MC	
			14:05				2-3	60	+			140-144										

# Questions pour le dossier #1 - II

- **Page #2 - Après 16 h 15, un 30 minutes y est inscrit :**
  - ✧ **Est-ce acceptable de ne pas inscrire l'heure?**
  - ✧ **Cela pourrait être préférable, mais l'inscription précédente mentionne 16 h 15 et l'inscription suivante mentionne 16 h 45. Alors, le doute est relativement absent dans ce cas.**
  - ✧ **Une personne mal intentionnée pourrait-elle y inscrire 16 h 30 ou 17 h 30?**
  - ✧ **Théoriquement Oui, mais pas en regardant de plus près la page #3 où apparaît une note à 16 h 45, il est évident qu'une des deux inscriptions serait fausse.**



# Dossier obstétrical #1 – Page 2 de 5

exemple

p.2

## DOSSIER OBSTÉTRICAL ÉVOLUTION DU TRAVAIL



DT9120

Ginette Toupin

P822 732

### Légende

**Activité utérine** Intensité : F = Faibles M = Modérées FO = Fortes Tonus au repos : S = Souple F = Ferme  
**Mode d'auscultation** AI = Auscultation intermittente MEF = Monitoring foetal externe MFI = Monitoring foetal interne  
**FCF ou RB** FCF = Fréquence cardiaque foetale RB = Rythme de base  
**Rythme/variabilité** Rythme à l'AI : R = Régulier I = Irrégulier Variabilité au MFE ou MFI : A = Absente MI = Minimale MO = Modérée MA = Marquée  
**Classification** Type de tracé : N = Normal AT = Atypique AN = Anormal  
**Échelle de douleur** Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Année		Évaluation maternelle				Activité utérine				Évaluation foetale				Examen vaginal		Traitements et remarques	Initiales				
2016	Date	Heure	Température (°C)	Pouls/respiration	Tension artérielle	Saturation en O <sub>2</sub>	Fréquence (1/min)	Durée (sec)	Intensité	Tonus au repos	Échelle de la douleur	Mode d'auscultation	FCF/RB	Rythme/variabilité	Classification			Dilatation	Effacement	Station	Coxytrène (mU/min)
M	J	(0-24)																			
	12	01	14:35										136-138-140								Soutenue par échourpe. Enderphines ++, ferme les yeux, joues rouges. Dit "je me sens comme quand je me réveille la nuit". Calme. MC
			:																		
			15:05	36 <sup>8</sup>	90	108							142-140-132								En DLG. Fait sons graves à CU. MC
			:35										150-152-140								Debout, conjoint lui masse le dos. MC
			:45																		Conjoint vient me chercher, me dit que Ginette a eu peste à la toilette; à l'observation c'est du bouchon muqueux. MC
			:55				2-3	60-70	++				136-142-140								mictions régulières, au moins 3x par depuis peu arrivée. Dit que CU sont + fermes, semble en travail actif. Je repose bien entre les CU. MC
			:																		
			16:15										142-140								Disc-TV + disc. RAM can se demande si BB peut naître si membrane intacte. info donnée. Soutenue attendre. BBBB. MC
			:																		
			:30												5	70	0				Accepte TV. Col semi-centré, membranes intactes. Sugg. bain-pour aider à se détendre. D'accord MC
			:																		

# Questions pour le dossier #1 - III

- **Page #3 – On nous a toujours dit que de laisser plusieurs espaces blancs sans raturer les lignes avec aucune donnée inscrite, laisse place à écrire des choses supplémentaires ultérieurement par une main mal intentionnée; que recommandez-vous?**
  - ✧ **Je préfère les ratures comme dans le Dossier #2 car cela enlève toute place pour l'ajout de notes supplémentaires écrites postérieurement.**
  - ✧ **Dans les formules que je remplis personnellement, je rature toujours les sections non utilisées ou les lignes non utilisées pour éviter qu'une quelconque inscription y soit ajoutée.**
  - ✧ **Dans votre cas, cela peut être important lorsqu'il y a une heure inscrite dans la colonne gauche, mais qu'il n'y a pas d'inscription spécifique dans les colonnes suivantes comme à 17 h 30, 17 h 35 et 17 h 45.**

# Dossier obstétrical #1 – Page 3 de 5

exemple

p.3

## DOSSIER OBSTÉTRICAL ÉVOLUTION DU TRAVAIL



DT9120

Ginette Toupin  
P822 732

### Légende

**Activité utérine** Intensité : F = Faibles M = Modérées FO = Fortes Tonus au repos : S = Souple F = Ferme  
**Mode d'auscultation** AI = Auscultation intermittente MEF = Monitoring foetal externe MFI = Monitoring foetal interne  
**FCF ou RB** FCF = Fréquence cardiaque foetale RB = Rythme de base  
**Rythme/variabilité** Rythme à l'AI : R = Régulier I = Irrégulier Variabilité au MFE ou MFI : A = Absente MI = Minimale MO = Modérée MA = Marquée  
**Classification** Type de tracé : N = Normal AT = Atypique AN = Anormal  
**Échelle de douleur** Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Année		Évaluation maternelle				Activité utérine				Évaluation foetale				Examen vaginal		Traitements et remarques	Initiales			
Date	Heure	Température (°C)	Pouls/respiration	Tension artérielle	Saturation en O <sub>2</sub>	Fréquence (1/min)	Durée (sec)	Intensité	Tonus au repos	Échelle de la douleur	Mode d'auscultation	FCF/RB	Rythme/variabilité	Classification	Dilatation			Effacement	Station	Cyrocrite (mU/min)
M	J	(0-24)																		
20	16																			
		12	01	16:45								146-140								* Au bain. Trouve que ça fait du bien. — MC
				17:15			7-3	50-60	+			138-144								Tjns dans le bain. Dont entre les cu. — 1
				:																2e SF est déjà dans la mbw. — MC
				:30																Sort du bain. Va en OLG de lit. — MC
				:35																RBM é agit. Peux é CU. 2e SF Lily MAILLOUX V. — 1
				:																dans chambre. — LAMV
				:37								100								~50cc de p.s dans piqué é LAC. Perinée
				:																tombe é la CU. — LAMV
				:40								tentative ~70 pot CU?								Peux de peure entre les peurees. —
				:42								88-87								Tête visible à la peuree. Explic. CF ↓, encouragé
				:																à certain énergie pour peuree fort. —
				:44								85-90								Belle progression. — LAMV
				17:45																Naissance de la tête. Après ~30 sec, restée
				:																en OGA, naissance d'un BFB romique, pleine
				:																immédiatement, se colore, tel méco. — LAMV
				17:47																Injection mynte 10 unités 1M ceine qche,
				:																utérus ferme, O/C, centre. Gush sang ~100cc. — LAMV



# Dossier obstétrical #1 – Page 5 de 5

exemple

p.5

## DOSSIER OBSTÉTRICAL ÉVOLUTION DU TRAVAIL



DT9120

Ginette Toupin  
P822 732

### Légende

**Activité utérine** Intensité : F = Faibles M = Modérées FO = Fortes Tonus au repos : S = Souple F = Ferme  
**Mode d'auscultation** AI = Auscultation intermittente MEF = Monitoring fœtal externe MFI = Monitoring fœtal interne  
**FCF ou RB** FCF = Fréquence cardiaque fœtale RB = Rythme de base  
**Rythme/variabilité** Rythme à l'AI : R = Régulier I = Irrégulier Variabilité au MFE ou MFI : A = Absente MI = Minimale MO = Modérée MA = Marquée  
**Classification** Type de tracé : N = Normal AT = Atypique AN = Anormal  
**Échelle de douleur** Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Année		Date	Heure	Évaluation maternelle				Activité utérine			Évaluation fœtale				Examen vaginal		Traitements et remarques	Initiales			
M	J			Température (°C)	Pouls/respiration	Tension artérielle	Saturation en O <sub>2</sub>	Fréquence (1/min)	Durée (sec)	Intensité	Tonus au repos	Échelle de la douleur	Mode d'auscultation	FCF/RB	Rythme/variabilité	Classification			Dilatation	Effacement	Stalben
20	16	12	01	20:10	88	100	58													Début de la suture. Anesth. locale E xylo 1%. Fil polyorb 2-0. ——— Fin suture. ——— Se lève sans malaise. Miction libre sur toilette. ——— Examen placenta → complet. Présence d'un lobe accénaire. 2E SF quitte la mon. ——— De retour au lit. Utérus ferme, centre, OIZ. Perte sang. fœtales estimées à 400cc ——— Début examen n-né. ——— Fin examen BD; s/p. ——— Ombrignes 1er 24hrs expliquées. Se sent bien, utérus ferme, OIZ, sqnt R. ——— Rdv prévu demain pm, invités à appeler PRN. ——— SF quitte la mon. ——— Julie Cormier SF	
				:																	
				:35																	
				:40																	
				:																	
				:																	
				:50																	
				:																	
				:57																	
				21:25																	
				:40																	
				:																	
				:																	
				:																	
				:																	
				:																	

# Questions pour le dossier #1 - IV

➤ **D'autres questions pour le Dossier #1 ?**

# Questions pour le dossier #2 - I

- **Page #1 - À 10 h 30, on note que la patiente arrive, que l'infirmière a pris ses signes vitaux et a fait un toucher vaginal et autre, tout cela à 10 h 30. Devons-nous être plus précis pour spécifier l'heure exacte à laquelle les gestes ont été posés?**
  - ✧ **C'est une suite d'actes posés dans un temps très court par la même infirmière. Devrait-elle arrêter entre chaque acte?**
  - ✧ **Non; il faut être raisonnable.**



# Questions pour le dossier #2 - II

- **Page # 2 - À 12 h 13, il est inscrit « Dit s'en venir » suivi par un espace blanc, devons nous mettre une ligne après pour éviter que quelqu'un y inscrive une note supplémentaire?**
- **Si vous craignez qu'une note supplémentaire soit inscrite ou si vous considérez cette ligne complète, une rature empêcherait toute personne d'y ajouter une note supplémentaire à une date ultérieure.**
- **C'est une précaution supplémentaire pour éviter l'altération des notes déjà inscrites au dossier.**
-

# Questions pour le dossier #2 - III

- **Page #2 - À 12 h 32 on note une décélération du cœur foetal.**
  - ✧ **Comment bien décrire la décélération?**
  - ✧ **Existe-t-il des normes ou des façon de décrire une décélération afin d'avoir toute l'information nécessaire pour l'analyse de celle-ci ?**
  - ✧ **Est-ce que le tracé seulement nous permet l'analyse de la décélération?**
  - ✧ **« CF décélère à 97 récupère sur 4 minutes » : À quel moment survient la décélération? Au pic ou après la contraction?**
- **Posons-nous la question suivante : Ces notes sont-elles complètes et suffisamment explicites ou est-il nécessaire d'ajouter des explications supplémentaires?**
- **Si vous considérez ces notes comme incomplètes ou insuffisamment explicites, vous devez ajouter des précisions.**

# Dossier obstétrical #2 – Madame A – Page 2 de 5

DOSSIER OBSTÉTRICAL  
ÉVOLUTION DU TRAVAIL



DT9120

①

Madame A

Légende

Activité utérine Intensité : F = Faibles M = Modérées FO = Fortes Tonus au repos : S = Souple F = Ferme  
 Mode d'auscultation AI = Auscultation intermittente MEF = Monitoring foetal externe MFI = Monitoring foetal interne  
 FCF ou RB FCF = Fréquence cardiaque foetale RB = Rythme de base  
 Rythme/variabilité Rythme à l'AI : R = Régulier I = Irrégulier Variabilité au MFE ou MFI : A = Absente MI = Minime MO = Modérée MA = Marquée  
 Classification Type de tracé : N = Normal AT = Atypique AN = Anormal  
 Échelle de douleur Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Année	Date		Évaluation maternelle				Activité utérine				Évaluation foetale				Examen vaginal		Traitements et remarques	Initiales				
	M	J	Température (°C)	Pouls/respiration	Tension artérielle	Saturation en O <sub>2</sub>	Fréquence (/min)	Durée (sec)	Intensité	Tonus au repos	Échelle de la douleur	Mode d'auscultation	FCF/R.B.	Rythme/variabilité	Classification	Dilatation			Effacement	Station	Ocytocine (mU/min)	
2017																						
		07.01	11:52	93	142	88	2	40	FO S	-	MEF	140	MO N								en place. CTG installé. CF variable.	CD
			11:55	92	134	81	2	40	FO S	-		142	MO N								Pte installée p coussin de corps	CD
			11:57	87	126	85	2	40	FO S	-		140	MO N								↓ de la douleur.	CD
			12:02	104	116	95	2	40	FO S	4	4	140	MO N								Pte plus soulagée	CD
			12:07	87	127	82	2	40	FO S	-		135	MO N								4 0 TS Repose dans le lit.	CD
			12:10	94	125	84	2	40	FO S	-		140	MO N	5 <sup>+</sup>	80	-2					12h10 ↓ CF 100 retrouve rythme	CD
			:																		de base en 60 sec.	CD
			:																		Bolus LR. installée en lat. D	CD
			12:13																		12h13 ↓ CF idem : TV fait 5 <sup>+</sup> 80%	CD
			:																		-2. Dr. Normand avisé par téléphone	CD
			12:20																		Dit s'en venir.	CD
			:																		Dr. Normand présent. Visualise le	CD
			12:26																		tracé. CF ↓ à 103 sur 1 min	CD
			:																		TV fait par Dr. Normand, idem	CD
			:																		BB reçoit au TV. Pte installée	CD
			:																		liquement en latéral gauche.	CD
			12:32																		CF ↓ ad 97 récupère sur 4 minutes	CD

# Questions pour le dossier #2 - IV

- **Page # 3 – Est-il pratique ou légal ou acceptable de mettre des guillemets ou encore une ligne ou une flèche en dessous de MEF (monitoring foetal externe) au lieu de répéter sans cesse l’acronyme MEF sur chaque ligne?**
- **Il serait préférable d’écrire MEF pour éviter toute confusion. De plus, ce n’est pas tellement plus long à écrire.**
- 
- **Page# 3 - À 13h10 on remarque une note tardive, est-ce une bonne façon d’en écrire une dans une note obstétricale?**
- **Elle n’est tardive que de 5 minutes et elle a lieu dans la suite logique du texte. Donc, à moins d’une complication médicale urgente importante, je n’y vois pas de problème.**
- 
- **Page # 3 - Est-il légal de rajouter un mot ou 2 de plus en dehors des lignes attitrées aux notes (Voir la fin de la page)?**
- **Ce n’est pas illégal et comme il s’agit de la dernière ligne, cela est compréhensible, mais n’ajoutez pas deux lignes hors ligne. Dans un tel cas, passez à la page suivante.**

# Dossier obstétrical #2 – Madame A – Page 3 de 5

DOSSIER OBSTÉTRICAL  
ÉVOLUTION DU TRAVAIL



DT9120

②

Madame A

Légende

**Activité utérine** Intensité : F = Faibles M = Modérées FO = Fortes Tonus au repos : S = Souple F = Ferme  
**Mode d'auscultation** AI = Auscultation intermittente MEF = Monitoring fœtal externe MFI = Monitoring fœtal interne  
**FCF ou RB** FCF = Fréquence cardiaque fœtale RB = Rythme de base  
**Rythme/variabilité** Rythme à l'AI : R = Régulier I = Irrégulier Variabilité au MFE ou MFI : A = Absente MI = Minimale MO = Modérée MA = Marquée  
**Classification** Type de tracé : N = Normal AT = Atypique AN = Anormal  
**Échelle de douleur** Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Année	Date		Évaluation maternelle				Activité utérine			Évaluation fœtale				Examen vaginal		Traitements et remarques	Initiales				
	M	J	Température (°C)	Pouls/respiration	Tension artérielle	Saturation en O <sub>2</sub>	Fréquence (/min)	Durée (sec)	Intensité	Tonus au repos	Échelle de la douleur	Mode d'auscultation	FCF/RB	Rythme/variabilité	Classification			Dilatation	Effacement	Station	Ocytocine (U/L/min)
2017																					
	07	01	12:31	37	120	35	3	40	FO	S	MEF	140	MO	AT							Bolus LR, Pte latéral gauche franc
			12:33																		Plu repos, calme.
			12:34																		Dr Normand quitte.
			12:30																		CF ↓ ad 110 3 cu suivantes
			12:45	91	97	80	2	40	FO	S	"	130	MO	AT							Dr Normand sur place
			:																		Synto début à sa demande
			13:00	86	130	70	2	40	FO	S	"	130	MO	AT	7	80	-1	5/6			↓ CF ad 77 récupère en 50 sec
			:																		Bolus LR + TV fait CF ↑
			:																		Dr Normand vient voir trace
			:																		TV fait par Dr Normand 7cm
			:																		Installée en lat. Droit franc
			13:07				2	40	FO	S	"	130	MO	AT							↓ CF ad 56 sur 40 sec
			:																		O <sub>2</sub> au visage. Bolus LR installé
			:																		en décubitus dorsal
			13:08																		Dr Normand caché
			13:15		138	74	2	40	FO	S	"	140	MO	AT							↓ CF légèrement au cu.
			* 13:10																		Appel du Dr Normand. Dit venir bientôt. Avise de la descente.

AH-270 DT9120 (rév. 2015-04)

DOSSIER OBSTÉTRICAL  
Évolution du travail

Dossier de l'usager  
 Médecin traitant

## Questions pour le dossier #2 - V

- **Page #4 - Est-il acceptable de n'écrire aucune note dans les remarques à la ligne 14 h 00 et 14 h 05?**
- **Oui, cela est explicable car dans les deux lignes correspondant à 14 h 00 et à 14 h 05, il y a de nombreuses mesures techniques qui ont été inscrites.**
- **Dans un tel cas, est-il nécessaire d'inscrire des notes ou des remarques pour expliquer ou expliciter les nombreuses inscriptions de mesures techniques?**
- **Certainement pas.**
- **Par contre, raturer la ligne vierge de remarques est une bonne idée ou une bonne pratique pour éviter des inscriptions fausses ou postérieures à l'écriture originale de la note.**

# Dossier obstétrical #2 – Madame A – Page 4 de 5

DOSSIER OBSTÉTRICAL  
ÉVOLUTION DU TRAVAIL



DT9120

3

Madame A

Légende

**Activité utérine** Intensité : F = Faibles M = Modérées FO = Fortes Tonus au repos : S = Souple F = Ferme  
**Mode d'auscultation** AI = Auscultation intermittente MEF = Monitoring foetal externe MFI = Monitoring foetal interne  
**FCF ou RB** FCF = Fréquence cardiaque foetale RB = Rythme de base  
**Rythme/variabilité** Rythme à l'AI : R = Régulier I = Irrégulier Variabilité au MFE ou MFI : A = Absente MI = Minimale MO = Modérée MA = Marquée  
**Classification** Type de tracé : N = Normal AT = Atypique AN = Anormal  
**Échelle de douleur** Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Année	Date	Heure	Évaluation maternelle			Activité utérine			Évaluation foetale					Examen vaginal		Traitements et remarques	Initiales			
			Température (°C)	Pouls/respiration	Tension artérielle	Saturation en O <sub>2</sub>	Fréquence (l/min)	Durée (sec)	Intensité	Tonus au repos	Échelle de la douleur	Mode d'auscultation	FCF/R.B.	Rythme/variabilité	Classification			Dilatation	Effacement	Station
2017	07/01	13:10																	Synto ↑ à 12 cc à sa demande	CD
		13:30	90	120/22		2	40	FO	S		MEF	138	MO	AT				5/2		CD
		13:35																	Présence du Dr. Normand	CD
		13:45	100	120/24		2	40	FO	S		1	140	MO	AT				5/2	Pte repos. Cu reg	CD
		13:50				2	40	FO	S			140	MO	AT	C			5/2	Tv fait par Dr. Normand. Pte complète. Installée pour pousser.	CD
		:																	complet. Installer pour pousser.	CD
		13:58																	Pousse bien	CD
		14:00				2	40	FO	S			140	MO	AT				5/2		CD
		14:05				2	40	FO	S			142	MO	AT				5/2		CD
		14:10				2	40	FO	S			141	MO	AT				5/2		CD
		14:15																	Pte vomit	CD
		:																	↓ et ad 80 recevoir difficilement	CD
		:																	Dr. Normand au poste s'en vient.	CD
		14:18																	Pte à la vulve.	CD
		14:20																	Disinfection vulvaire.	CD
		14:25																	Naissance BB masculin, bon pleurs	CD
		14:28																	Délivrance placentaire.	CD
		14:28																	Réparation déchirure c fil 20x2	CD

AH-270 DT9120 (rév. 2015-04)

DOSSIER OBSTÉTRICAL  
Evolution du travail

Dossier de l'utilisateur  
 Médecin traitant

# Dossier obstétrical #2 – Madame A – Page 5 de 5

DOSSIER OBSTÉTRICAL  
ÉVOLUTION DU TRAVAIL



DT9120

4

Madame [A]

**Légende**

**Activité utérine** Intensité : F = Faibles M = Modérées FO = Fortes Tonus au repos : S = Souple F = Ferme  
**Mode d'auscultation** AI = Auscultation intermittente MEF = Monitoring foetal externe MFI = Monitoring foetal interne  
**FCF ou RB** FCF = Fréquence cardiaque foetale RB = Rythme de base  
**Rythme/variabilité** Rythme à l'AI : R = Régulier I = Irrégulier Variabilité au MFE ou MFI : A = Absente MI = Minimale MO = Modérée MA = Marquée  
**Classification** Type de tracé : N = Normal AT = Atypique AN = Anormal  
**Échelle de douleur** Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Année	Date		Évaluation maternelle				Activité utérine				Évaluation fœtale				Examen vaginal		Traitements et remarques	Initiales			
	M	J	Température (°C)	Pouls/respiration	Tension artérielle	Saturation en O <sub>2</sub>	Fréquence (min)	Durée (sec)	Intensité	Tonus au repos	Échelle de la douleur	Mode d'auscultation	FCF/R.B.	Rythme/variabilité	Classification	Dilatation			Effacement	Station	Oxytocine (mU/min)
2017	07	01	14	30	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Fin de la réparation Dix compte de gazes complet Toilette vulvaire flc Outiline Dalg	(A)
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		(A)
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		(A)
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		(A)
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
			:		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		

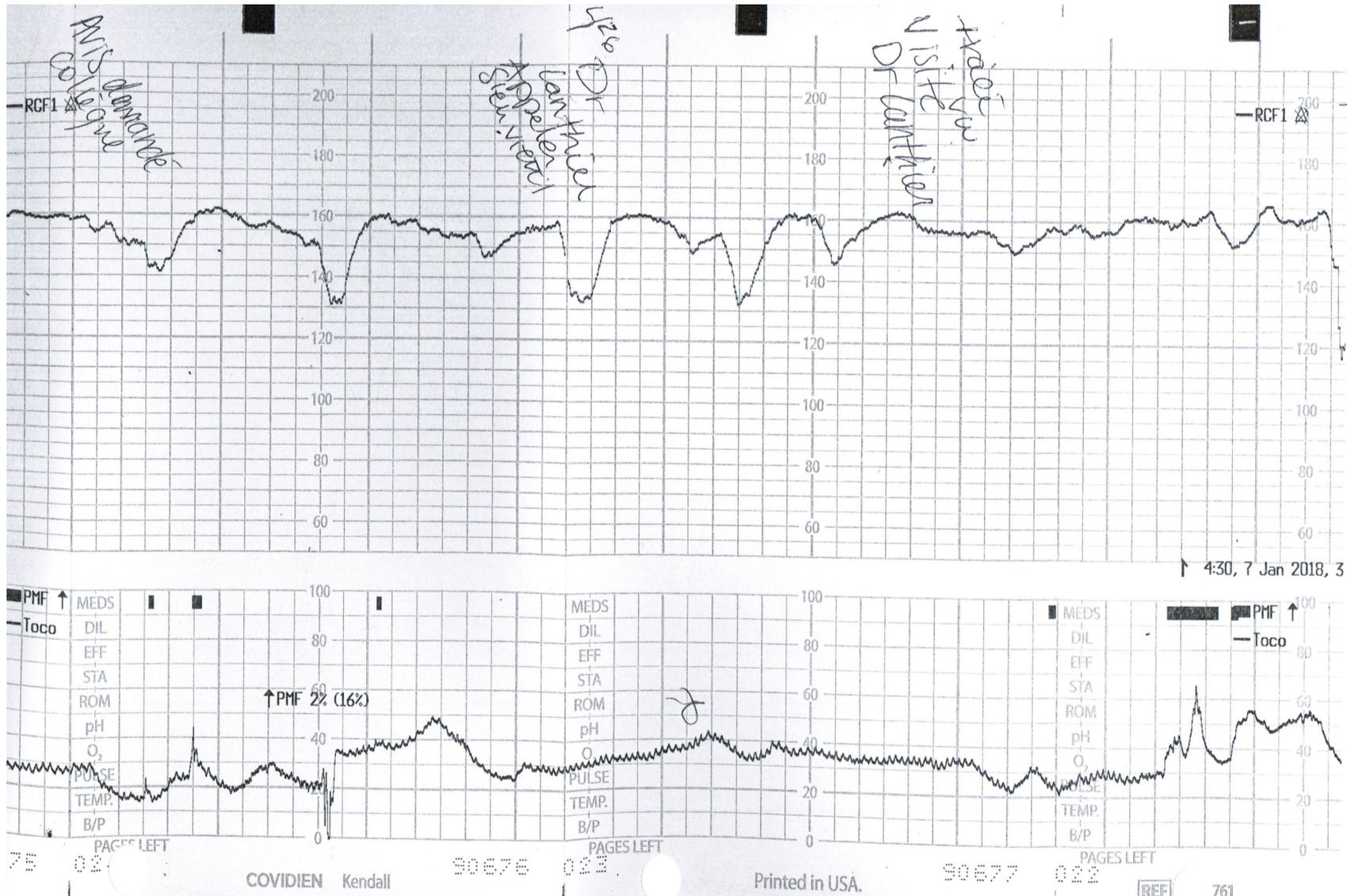
# Questions pour le dossier #2 - VI

➤ **D'autres questions pour le Dossier #2 ?**

# Questions pour les tracés cardiaques I

- **Tracé #1 – Est-il important de documenter conjointement les notes obstétricale et le tracé?**
- **Cela pourrait être important pour expliquer en termes clairs dans le dossier ce qui a été observé sur le tracé.**
  
- **Les notes sur le tracé sont-elles utilisées conjointement avec les notes au dossier pour voir leur similitude?**
- **Cela devrait normalement pouvoir ce faire car les notes au dossier devraient refléter ce que le médecin a déduit de l'examen du tracé, mais cela est-il inscrit de manière méthodique et compréhensible?**

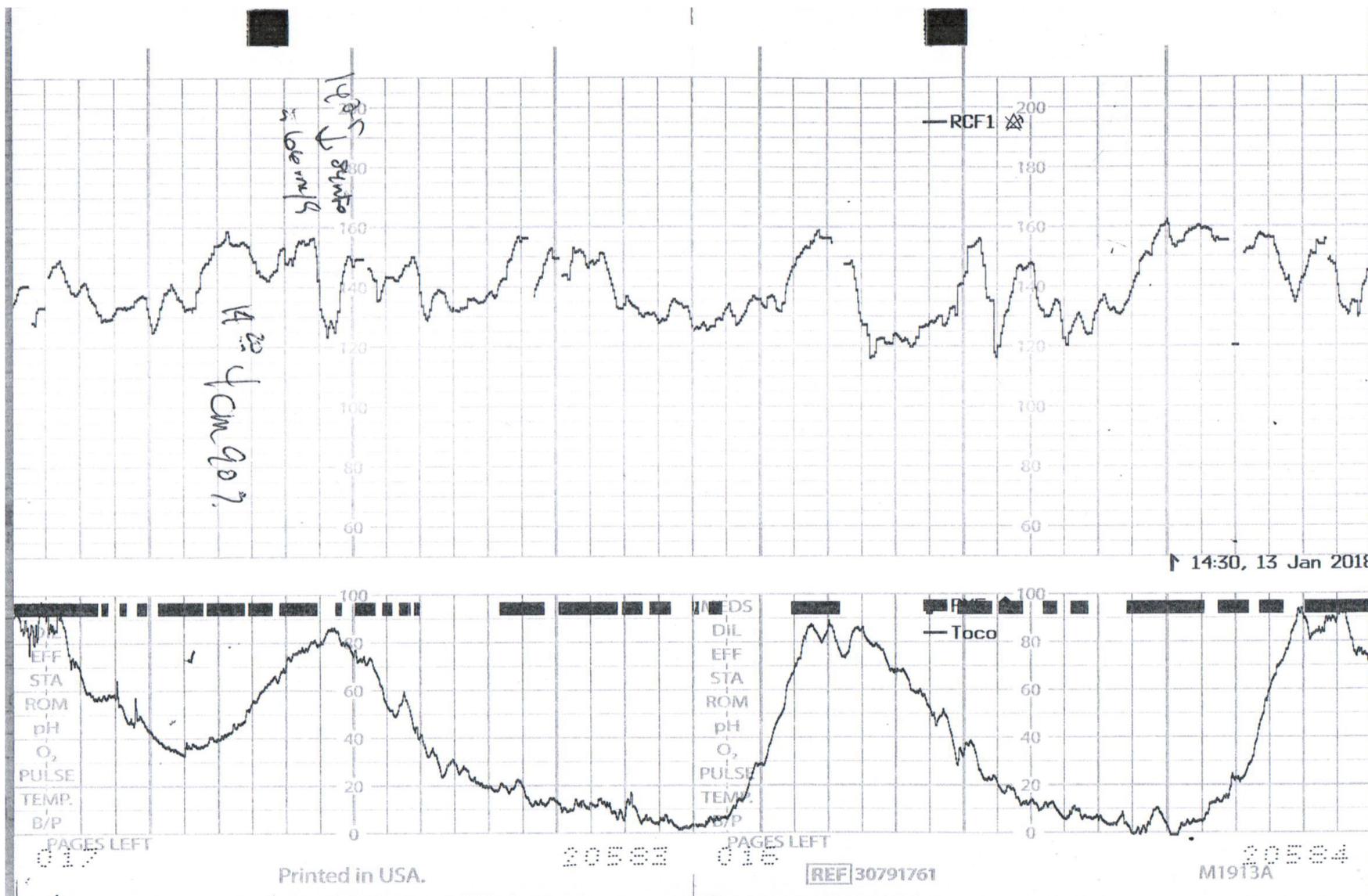
# Tracé cardiaque – Page 1 de 10



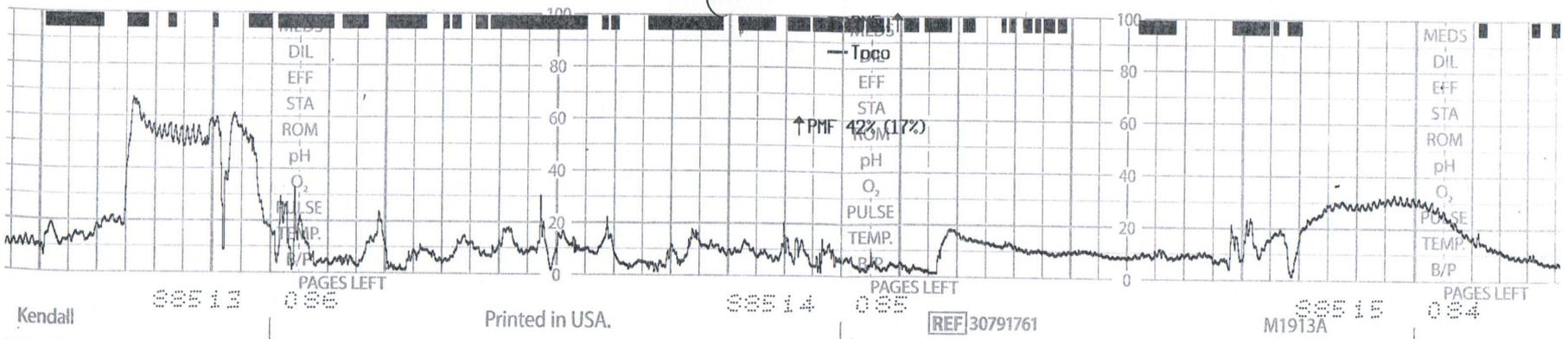
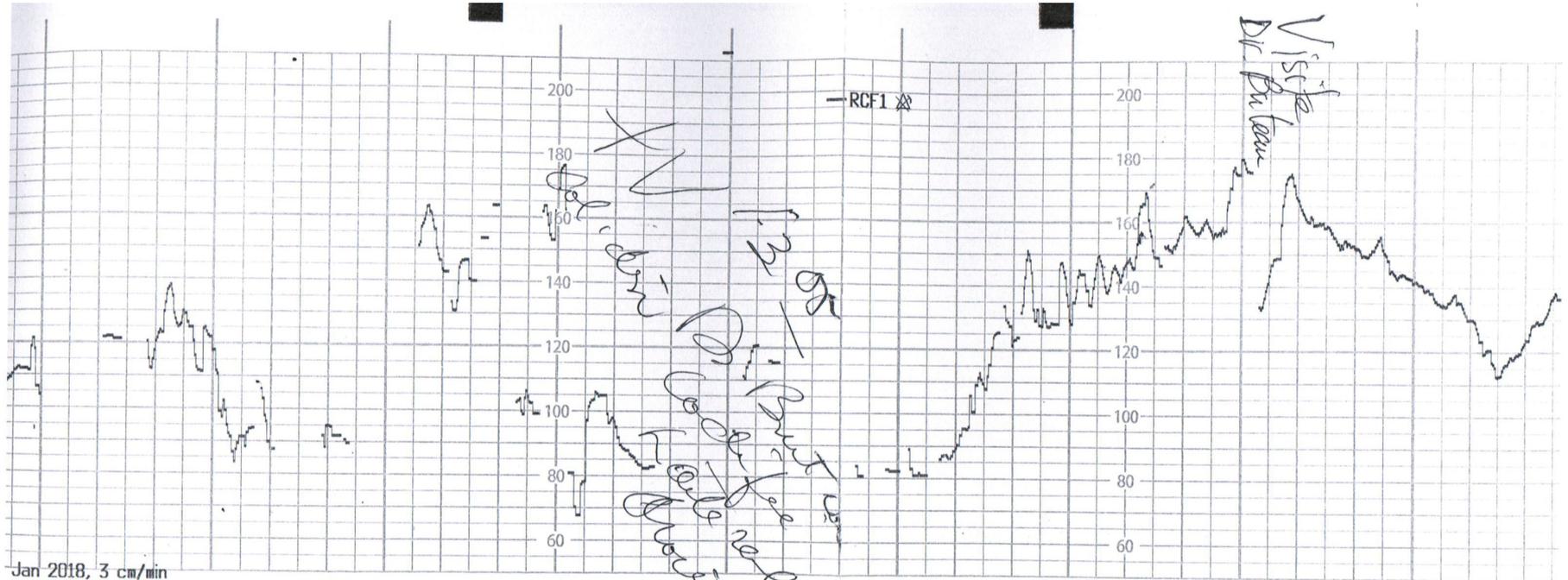
# Questions pour les tracés cardiaques II

- **Tracé #2 - On nous a déjà dit de ne rien inscrire dans le milieu du tracé car les écritures nuisent à l'analyse des tracés. Qu'en pensez-vous?**
- **Sur le tracé 2, les écritures n'empêchent pas la lecture et l'interprétation du tracé et des données tel que cela appert de manière évidente.**
- **Par contre, les écritures sur les tracés 3 et 4 m'ennuient davantage par leur nombre, la largeur qu'ils occupent, leur lisibilité douteuse et la possibilité de masquer une partie de l'information. Cela aurait pu être mieux fait.**

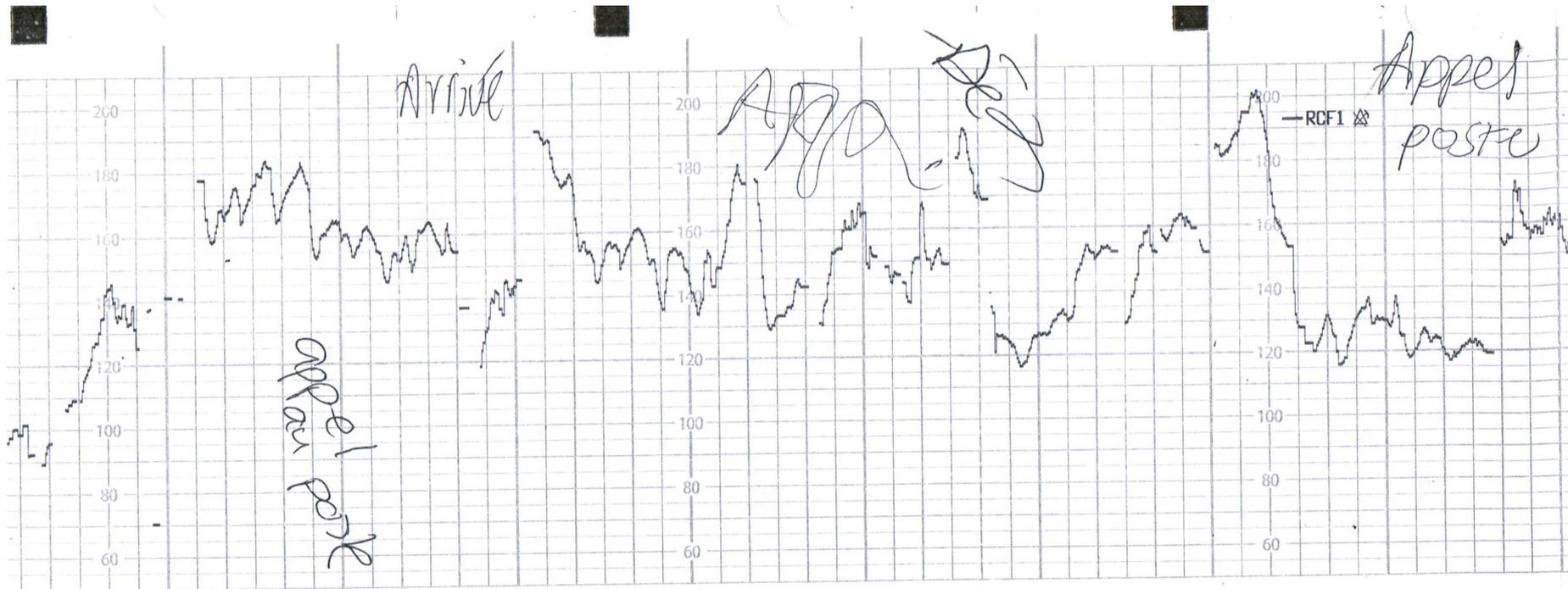
# Tracé cardiaque – Page 2 de 10



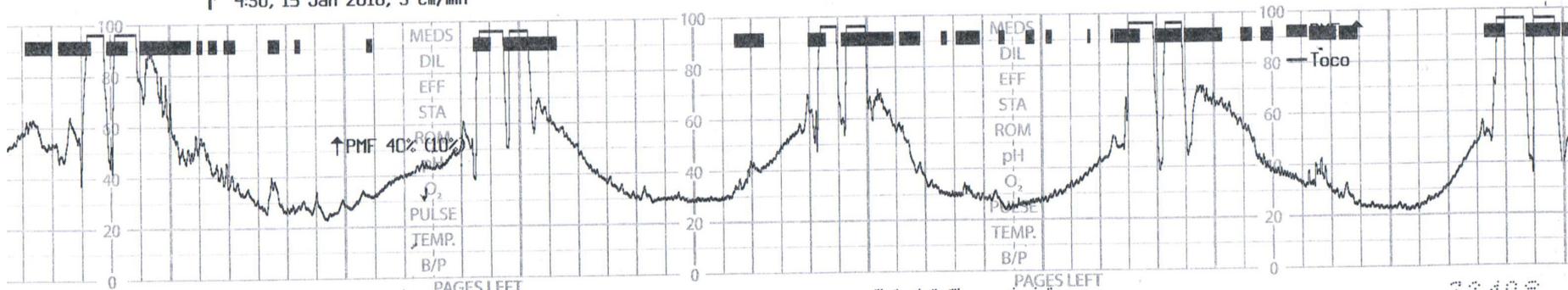
# Tracé cardiaque – Page 3 de 10



# Tracé cardiaque – Page 4 de 10



↑ 4:30, 15 Jan 2018, 3 cm/min



COVIDIEN Kendall

72406

PAGES LEFT  
142

Printed in USA.

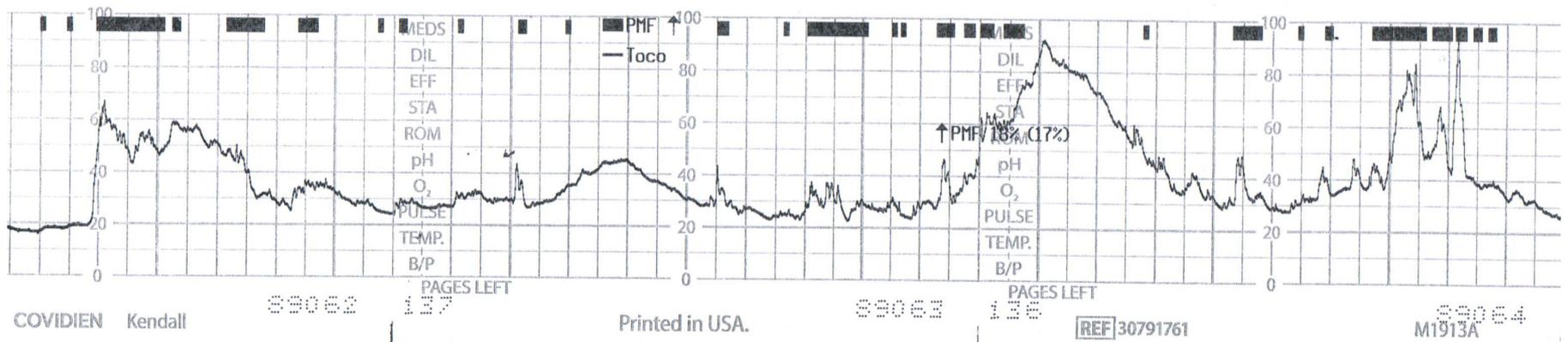
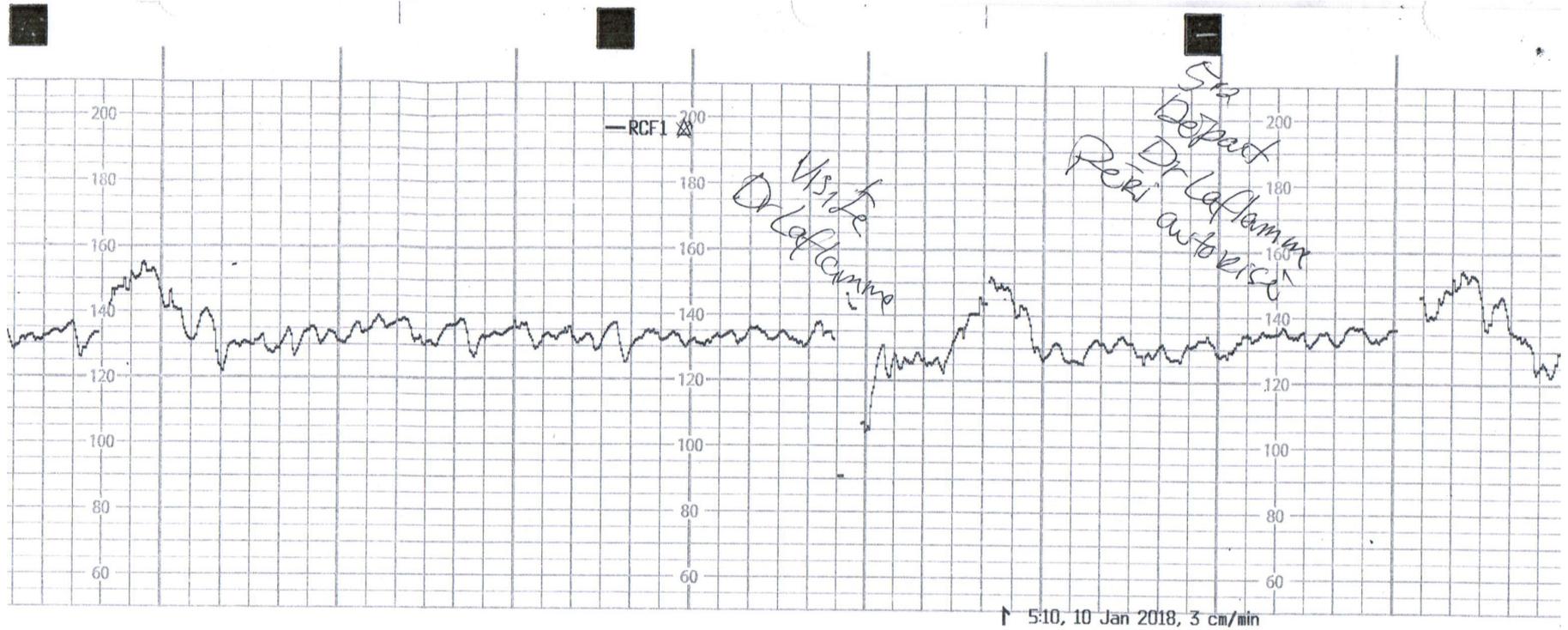
72407

PAGES LEFT  
142

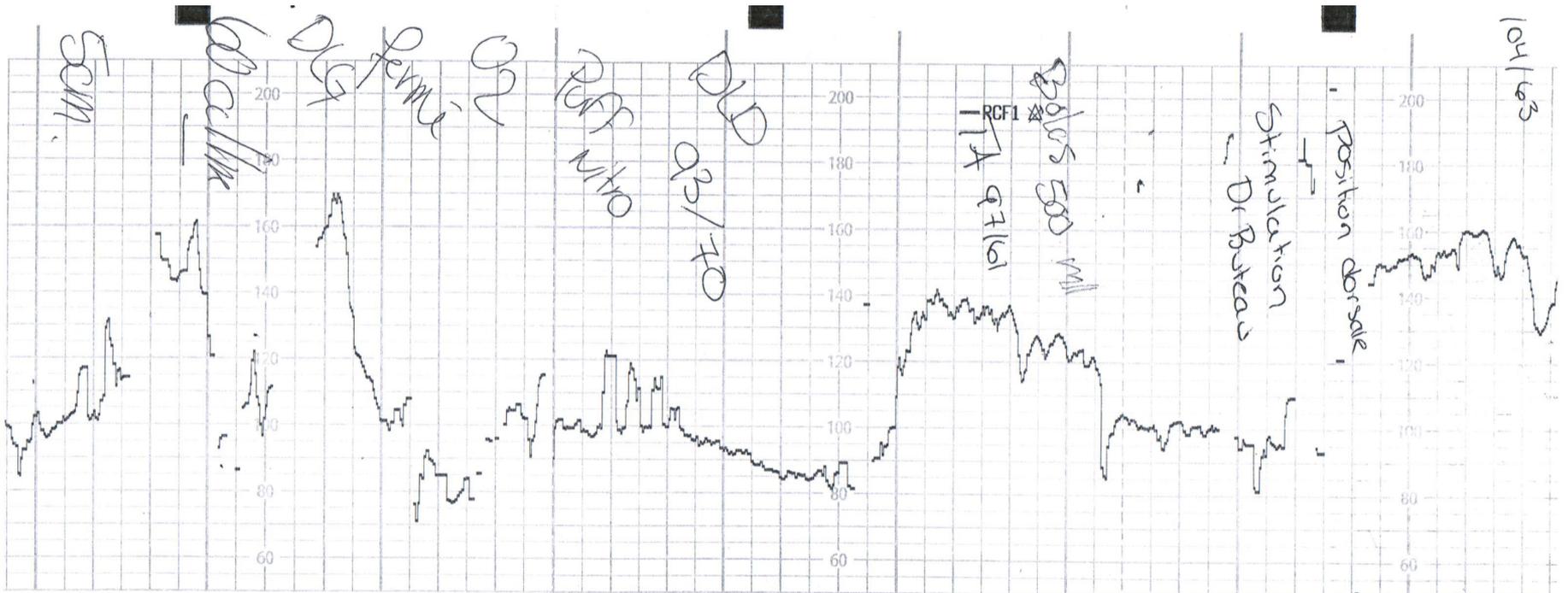
REF 30791761

72408  
M1913A

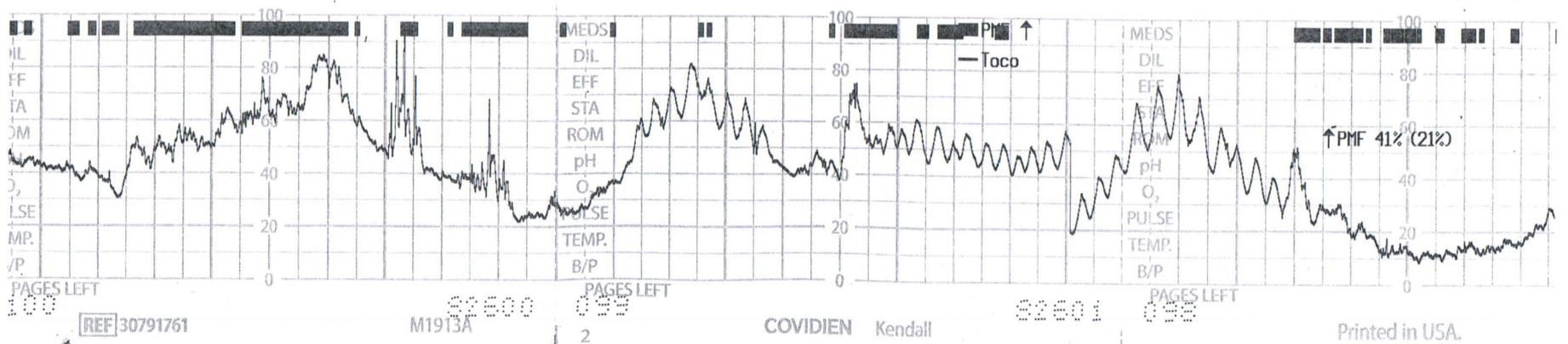
# Tracé cardiaque – Page 5 de 10



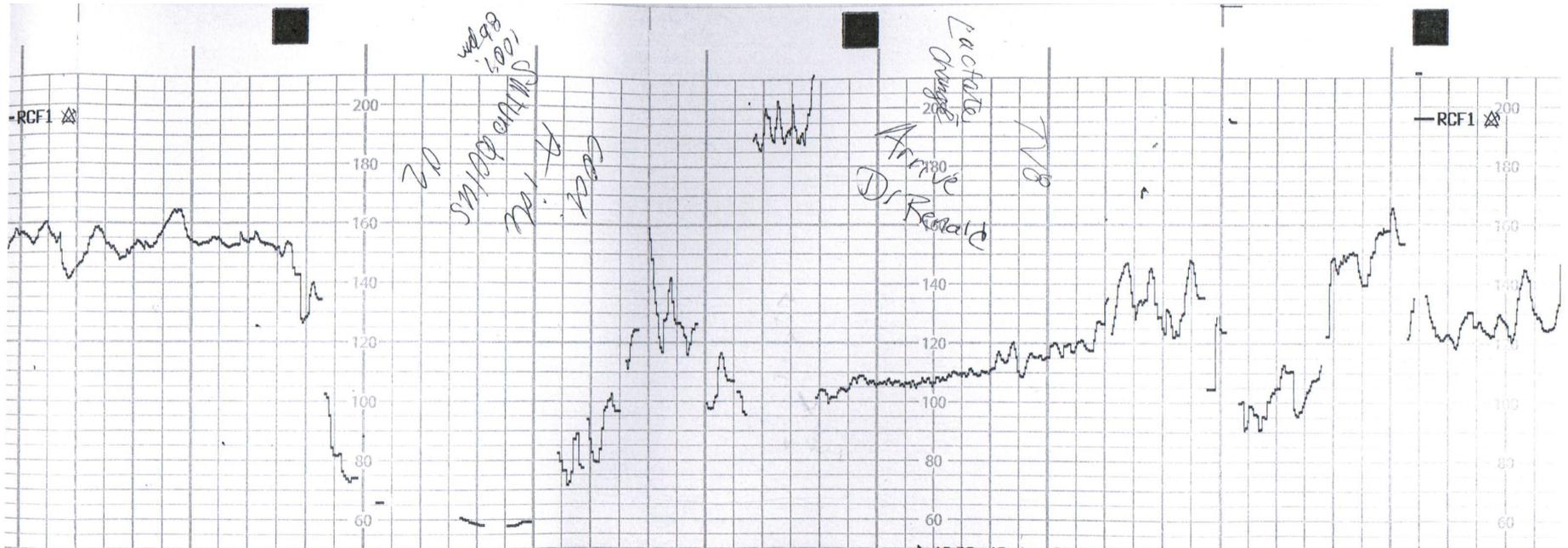
# Tracé cardiaque – Page 6 de 10



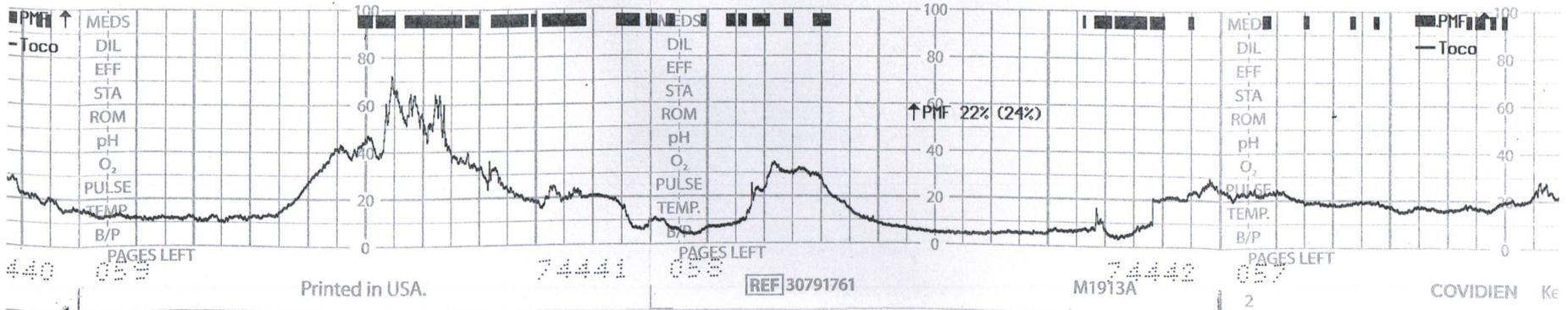
↑ 18:00, 13



# Tracé cardiaque – Page 7 de 10



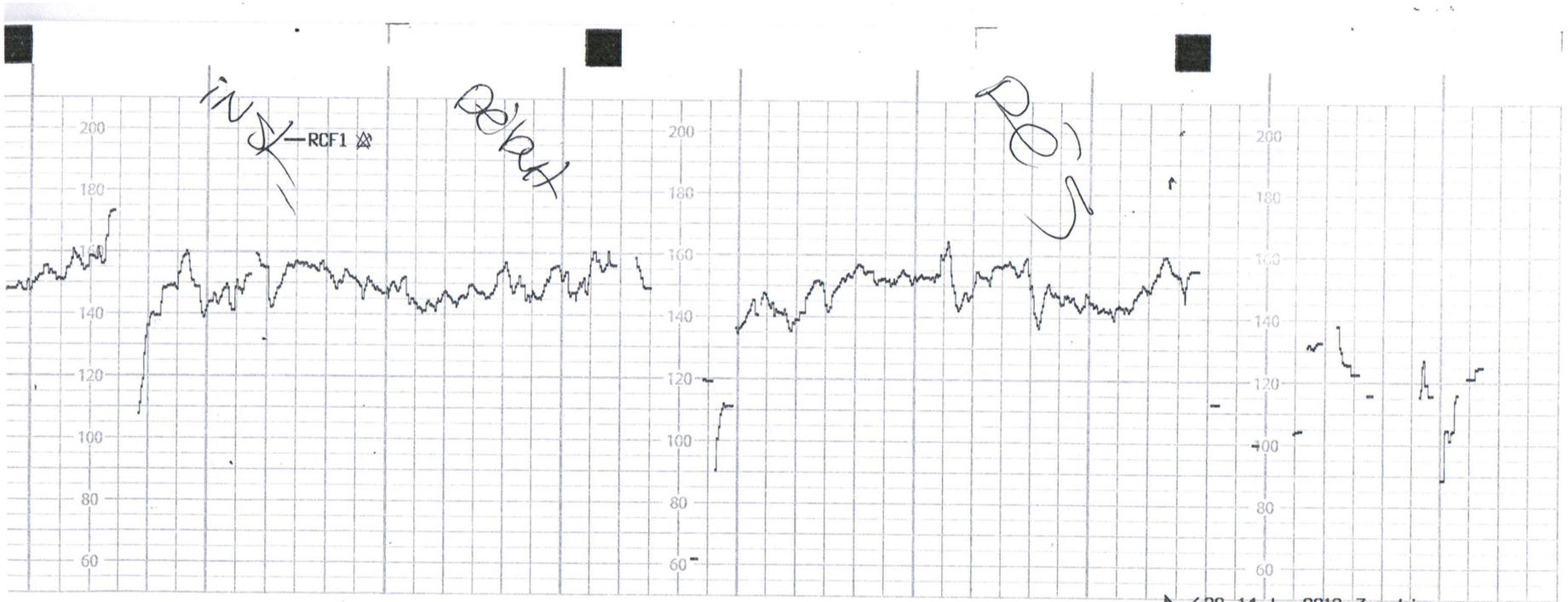
↑ 19:20, 12 Jan 18, 3 cm/min



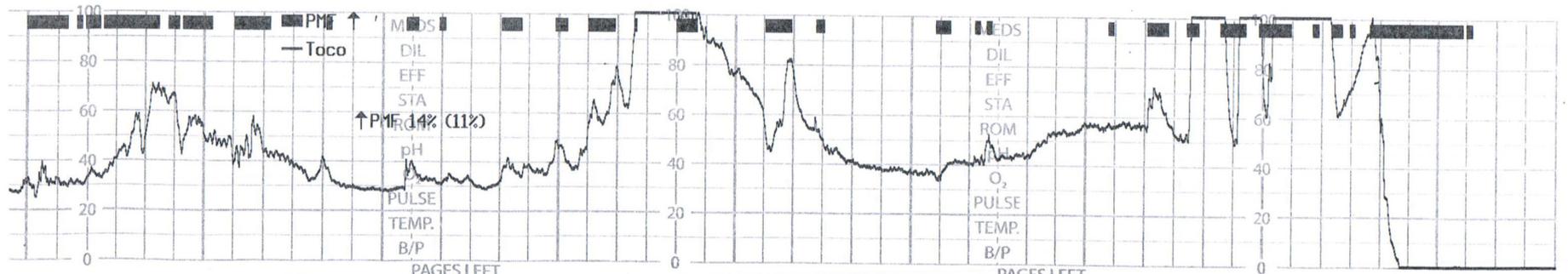
# Questions pour les tracés cardiaques III

- **Tracé #8 - Lorsque nous voyons des abréviations de lettres comme « Inst » et « Dés », ces abréviations sont-elles sujettes à interprétation devant un tribunal?**
- **Les abréviations « Inst » et « Dés » sont certainement sujettes à interprétation devant un tribunal car le juge n'est pas un médecin et il va s'attendre à ce qu'une des parties, particulièrement la personne qui a écrite ces abréviations, lui en explique le sens.**
- **Devons-nous écrire le mot complet?**
- **Il pourrait donc être souhaitable d'écrire le mot au long pour éviter toute erreur d'interprétation et pour éviter de compliquer la tâche de toute personne ayant accès à cette information et qui veut la comprendre.**

# Tracé cardiaque – Page 8 de 10



6:20, 14 Jan 2018, 3 cm/min



M1913A

PAGES LEFT  
015  
1

COVIDIEN Kendall

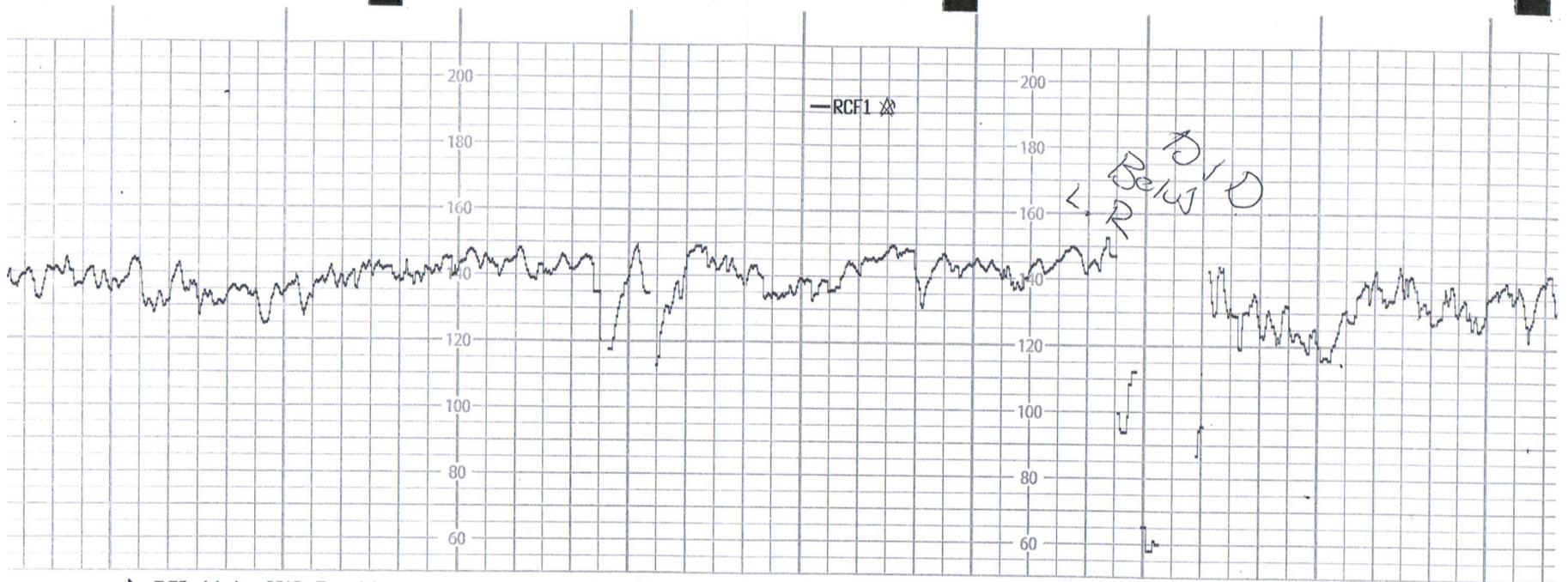
015

PAGES LEFT  
014

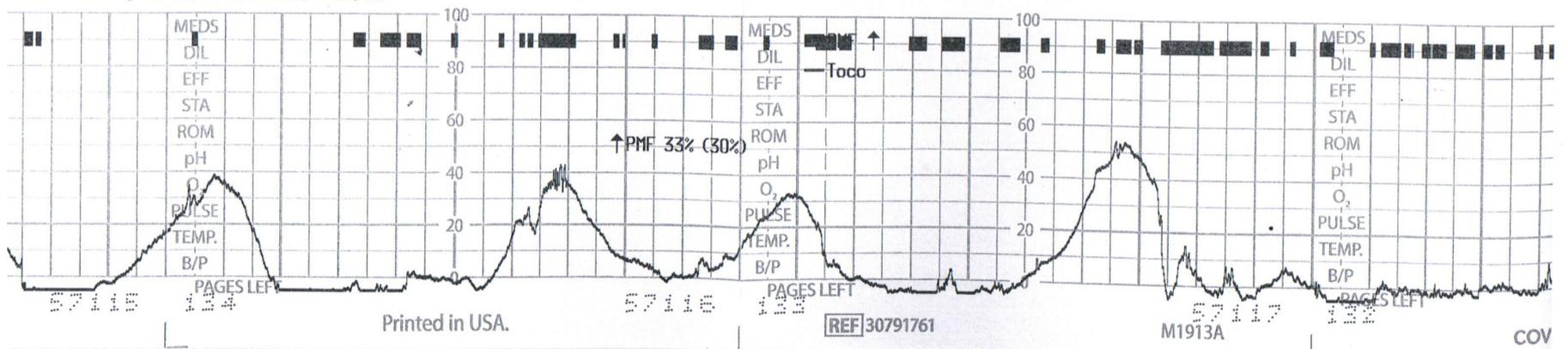
Printed in USA.

014

# Tracé cardiaque – Page 9 de 10



↑ 5:50, 14 Jan 2018, 3 cm/min





# Questions pour les tracés cardiaques I

- **D'autres questions pour les tracés cardiaques ?**

# Commentaires sur les notes au dossier I

- **L'utilisation d'abréviation peut porter à diverses interprétations et à confusion. Si vous croyez que plusieurs interprétations sont possibles, cela peut être une bonne idée d'écrire le mot au complet.**
- **Quand l'heure n'est pas inscrite au complet, Il est possible de modifier le dossier quand l'écart entre les heures est significatif. Pour éviter toute écriture postérieure, il est préférable d'inscrire l'heure exacte et complète à chaque fois que vous devez écrire l'heure.**
- **Il est préférable de raturer les lignes ou bouts de ligne avec aucune donnée inscrite pour éviter qu'il y ait une inscription ultérieure de données fausses ou inexactes qui auraient pour effet de rendre le dossier faux ou moins crédible devant un tribunal.**

# Commentaires sur les notes au dossier II

- **Quand il y a une suite d'actes posés dans un temps très court par la même infirmière, il lui est très difficile, voire impossible ou peu pratique, d'arrêter entre chaque acte pour écrire la note appropriée au dossier, sans compter qu'elle devrait se laver ou se désinfecter les mains entre chaque manipulation du dossier.**
- **Donc, elle devrait poser cette série d'acte et ensuite, inscrire les notes appropriées.**
- **Évidemment, si vous prenez la température, le pouls ou la tension artérielle d'un patient, vous devez inscrire cette mesure dans le dossier immédiatement après avoir pris cette mesure pour éviter de l'oublier ou de se tromper.**

# Commentaires sur les notes au dossier III

- **Si vous considérez que des notes sont incomplètes ou ne sont pas suffisamment explicites, il serait convenable ou même nécessaire d'ajouter des explications supplémentaires pour préciser exactement le sens de la note et éviter toute interprétation erronée.**
- **Il est préférable d'utiliser l'acronyme ou le mot approprié plutôt que d'utiliser des guillemets, une ligne ou une flèche pour éviter les erreurs d'interprétation en lisant les lignes subséquentes.**
- **La note tardive doit toujours être identifiée de manière précise pour indiquer qu'elle n'a pas été inscrite en temps opportun; cela pourrait avoir peu de conséquences, mais cela pourrait avoir aussi de graves conséquences. Donc, vous devez l'identifier.**
- **Raturer la ligne vierge de remarques est une bonne idée ou une bonne pratique pour éviter des inscriptions fausses ou postérieures à l'écriture originale de la note.**

# Commentaires sur les notes au dossier IV

- **Il est important de documenter conjointement les notes obstétricale et le tracé cardiaque pour démontrer que le tracé a été vu par un médecin et pour expliquer qu'il en a tiré un certain nombre de conclusions pertinentes qu'il a inscrites au dossier.**
- **Les écritures sur un tracé cardiaque ne devraient pas être faites de manière à empêcher la lecture et l'interprétation du tracé et des données. Elles peuvent empêcher la lecture et l'interprétation du tracé et des données si les écritures sont :**
  - ✧ **Trop nombreuses.**
  - ✧ **Qu'elles occupent trop de place.**
  - ✧ **Que leur lisibilité est douteuse.**
  - ✧ **Qu'elles soient mal placées.**
  - ✧ **Qu'elles peuvent masquer une partie de l'information.**
- **Il est préférable d'écrire un mot au long et d'éviter les abréviations pour éviter toute erreur d'interprétation et pour éviter de compliquer la tâche de toute personne ayant accès à cette information et qui veut la comprendre.**

# La responsabilité extracontractuelle

- **1457 Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.**
- **Elle est, lorsqu'elle est douée de raison et qu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice qu'elle cause par cette faute à autrui et tenue de réparer ce préjudice, qu'il soit corporel, moral ou matériel.**
- **Elle est aussi tenue, en certains cas, de réparer le préjudice causé à autrui par le fait ou la faute d'une autre personne ou par le fait des biens qu'elle a sous sa garde.**

# La responsabilité contractuelle

- **1458 Toute personne a le devoir d'honorer les engagements qu'elle a contractés.**
- **Elle est, lorsqu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice, corporel, moral ou matériel, qu'elle cause à son cocontractant et tenue de réparer ce préjudice; ni elle ni le cocontractant ne peuvent alors se soustraire à l'application des règles du régime contractuel de responsabilité pour opter en faveur de règles qui leur seraient plus profitables.**

# La faute

- **6 Toute personne est tenue d'exercer ses droits civils selon les exigences de la bonne foi.**
- **7 Aucun droit ne peut être exercé en vue de nuire à autrui ou d'une manière excessive et déraisonnable, allant ainsi à l'encontre des exigences de la bonne foi.**
- **1457 Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui. [...]**

# La faute lourde

- **1474** [...] **la faute lourde** est celle qui dénote une insouciance, une imprudence ou une négligence grossières.

# La responsabilité professionnelle

- Les règles auxquelles le médecin, l'infirmier ou la sage-femme doit souscrire concernant sa responsabilité professionnelle, visent à **protéger le public** et à assurer un **service professionnel de qualité**.
- **Les standards professionnels à une époque donnée et le comportement qu'aurait un médecin, un infirmier ou une sage-femme raisonnablement prudent placé dans les mêmes circonstances, constituent les repères utilisés par les tribunaux pour déterminer si un médecin, un infirmier ou une sage-femme a commis une faute dans l'exercice de sa profession.**

# L'obligation de moyens I

- **L'obligation de moyens est celle par laquelle le médecin, l'infirmier ou la sage-femme n'est tenu que d'employer les meilleurs moyens possibles et d'agir avec prudence et diligence en vue d'obtenir un résultat mais sans toutefois se porter garant de celui-ci.**
- 
- **Par exemple, l'obligation de l'infirmière de reconforter un malade ou celle du médecin de guérir un malade.**
- 
- **L'infirmière doit prendre les moyens appropriés pour reconforter le malade mais elle ne peut pas garantir qu'elle réussira à le reconforter.**
- 
- **De la même manière, le médecin doit prendre les moyens appropriés pour soigner le malade mais il ne peut pas garantir qu'il réussira à le guérir.**

# L'obligation de moyens II

- **Ainsi, le médecin, dans sa relation contractuelle avec son malade, ne s'engage ni à le guérir, ni à le soulager, mais seulement à utiliser les meilleurs moyens qu'un médecin normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances de fait, utiliserait pour parvenir à ce but ultime.**
- 
- **Pour établir la faute du médecin, de l'infirmier ou de la sage-femme, le patient à qui est due une obligation de moyens, doit donc démontrer que l'inexécution du contrat est due au fait que le médecin, l'infirmier ou la sage-femme n'a pas observé cette norme de conduite.**

# L'obligation de moyens III

- **Il faut se rappeler que la conduite du médecin doit toujours être appréciée ou comparée avec celle d'un médecin de qualité moyenne. En effet, la loi n'exige pas de comparer ce médecin aux meilleurs de sa profession ni aux pires de sa profession mais au médecin de qualité moyenne qui possède une bonne connaissance et une bonne expérience de la médecine.**
- 
- **Pour ce faire, le tribunal doit se poser cette question : «Comment s'y prendrait un médecin qui possède une bonne connaissance et une bonne expérience de la médecine et qui est un médecin normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances de fait pour soigner ce malade?»**

# L'obligation de moyens IV

- **De la même manière, la conduite de l'infirmier ou de la sage-femme doit toujours être appréciée ou comparée avec celle d'un infirmier ou d'une sage-femme de qualité moyenne. En effet, la loi n'exige pas de comparer cet infirmier ou cette sage-femme aux meilleurs de sa profession ni aux pires de sa profession mais à l'infirmier ou à la sage-femme de qualité moyenne qui possède une bonne connaissance et une bonne expérience de la science infirmière ou des méthodes d'assistance d'une femme enceinte.**
- 
- **Pour ce faire, le tribunal doit se poser cette question : «Comment s'y prendrait un infirmier ou une sage-femme qui possède une bonne connaissance et une bonne expérience de la science infirmière ou des méthodes d'assistance d'une femme enceinte et qui est un infirmier ou une sage-femme normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances de fait pour soigner ce malade?»**

# L'obligation de résultats I

- **L'obligation de résultat est celle pour la satisfaction de laquelle le médecin, l'infirmier ou la sage-femme est tenu de fournir au patient un résultat précis, fixé à l'avance.**
- 
- **Par exemple, l'obligation pour un infirmier de prendre la température d'un malade ou de lui donner une injection d'un médicament.**
- 
- **L'infirmier doit réussir à prendre la température de ce malade que ce soit au moyen d'un thermomètre buccal, d'un thermomètre rectal ou de toute autre méthode reconnue par la science.**
- 
- **De la même manière, l'infirmier doit réussir à donner cette injection d'un médicament car il s'agit d'une obligation de résultat mais il ne peut pas garantir que cette injection d'un médicament aura pour effet de guérir ce malade car la guérison d'un malade est une obligation de moyens.**

# Distinction entre obligation de moyens et obligation de résultats I

- **La distinction entre une obligation de moyens et une obligation de résultat a une grande importance sur le plan pratique au niveau des conditions de la responsabilité du médecin, de l'infirmier ou de la sage-femme et au niveau de la nature et de l'intensité de la preuve.**
- 
- **S'il s'agit d'une obligation de moyens, seule la faute dans l'utilisation des moyens peut engager la responsabilité du médecin, de l'infirmier ou de la sage-femme.**
- **Par exemple, le simple fait pour un médecin de rater une opération chirurgicale n'entraîne pas automatiquement sa responsabilité.**

# Distinction entre obligation de moyens et obligation de résultats II

- **De même, en principe, la seule survenance d'un préjudice ne rend pas le médecin, l'infirmier ou la sage-femme qui est l'auteur du dommage responsable s'il a fait preuve de prudence et de diligence raisonnables.**
- **De plus, dans le cas d'une obligation de moyens, le malade doit prouver, pour faire tenir le médecin, l'infirmier ou la sage-femme responsable, que celui-ci n'a pas exercé une diligence et une prudence raisonnables dans la poursuite du but fixé. L'absence de résultat ne fait donc pas présumer la faute du médecin, de l'infirmier ou de la sage-femme. C'est sur le malade que repose le fardeau de prouver celle-ci.**

# Distinction entre obligation de moyens et obligation de résultats III

- **Le médecin, l'infirmier ou la sage-femme qui a une obligation de moyens n'a pas à prouver que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée; il lui suffit d'établir son absence de faute, c'est-à-dire que, dans les circonstances de l'espèce, il a pris tous les moyens qu'aurait utilisé un médecin, un infirmier ou une sage-femme prudent et diligent placé dans la même situation de fait.**
- **Par contre, s'il s'agit d'une obligation de résultat, le fait que le résultat promis n'a pas été atteint engage, en principe, la responsabilité du médecin, de l'infirmier ou de la sage-femme.**
- **De plus, dans le cas d'une obligation de résultat, la simple constatation de l'absence du résultat ou du préjudice subi suffit à faire présumer la faute du médecin, de l'infirmier ou de la sage-femme, une fois le fait même de l'inexécution ou de la survenance du dommage démontré par le malade.**

# Distinction entre obligation de moyens et obligation de résultats IV

- Dès lors, le médecin, l'infirmier ou la sage-femme, pour dégager sa responsabilité, doit aller au-delà d'une preuve de simple absence de faute et d'un comportement d'une personne prudente et diligente.
- Il doit expliquer pourquoi il a été dans l'incapacité de fournir le résultat promis et donc établir que l'inexécution de l'obligation est due à un cas fortuit, à un cas de force majeure, à l'acte d'un tiers ou résulte de la faute du malade lui-même.

# La personnalité juridique

- **La personnalité juridique est un concept selon lequel chaque être humain constitue une personne distincte de son voisin** : Paul n'est pas Louise et Louise n'est pas Marie qui elle-même n'est pas Gérard.
- **Une personne se distingue d'une autre par son nom, son sexe, sa date de naissance, ses parents, son domicile, etc.** Chaque personne est donc juridiquement autonome et distincte des autres personnes.
- **Quand devenons-nous une personne, c'est-à-dire titulaire de la personnalité ? La naissance vivante et viable est le point de départ.**
- **Aucun article du *Code civil* ne protège le fœtus, ni ne lui accorde le droit à la vie, à la sécurité ou à la santé.**

# Les droits civils en matière de soins de santé

- **Les articles 10 à 31 du *Code civil* traitent des soins à être donnés à une personne mineure ou majeure**
  - Qui fait ou non l'objet d'une mesure de protection particulière
  - Des limites de l'expérimentation sur une personne humaine
  - Des problèmes qui résultent de la garde d'une personne en établissement et
  - Des examens psychiatriques.
- **Le législateur tente ainsi d'assurer juridiquement la prédominance de la personne, c'est-à-dire, mettre celle-ci à l'abri des atteintes qui proviennent des autres, mais aussi des atteintes pouvant provenir d'elle-même.**
- **Ils contiennent également des dispositions concernant le mineur de 14 ans et plus.**

# Le sens du mot soins

- **Le législateur donne un sens générique au mot soins en y intégrant toutes espèces**
  - **D'examens**
  - **De prélèvements**
  - **De traitements**
  - **D'interventions de nature**
    - **Médicale**
    - **Psychologique**
    - **Sociale**
- **requis ou non par l'état de santé physique ou mentale de la personne.**
- **Est également couvert comme acte préalable l'hébergement en établissement de santé lorsque la situation l'exige.**

# Le consentement aux soins

- Afin que la personne reçoive des soins, le *Code civil* exige que le médecin ou l'établissement de santé qui les prodigue obtienne le consentement de la personne concernée.
- Sans ce consentement, on ne peut obliger la personne à recevoir des soins contre son gré.
- Si, par contre, la personne est inapte à accepter ou à refuser des soins, une personne autorisée par le code ou un mandataire pourra autoriser les soins.
- Par exemple, Maurice est atteint d'un cancer en phase terminale et ne veut pas recevoir de traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie. Le personnel médical et ses proches doivent respecter sa décision.
- Par contre, si Maurice vient de subir un accident grave et qu'il est dans un coma profond, il ne peut décider par lui-même de recevoir ou non des soins. Dans ce cas, il est possible qu'il ait déjà confié à l'un de ses proches, comme sa conjointe Hélène ou son fils Paul, le refus de recevoir des soins advenant cette éventualité.

# Le consentement aux soins de santé

- Une personne apte a le **droit de refuser** tout traitement.
- Ce droit est basé sur les **principes d'inviolabilité, d'intégrité et d'autodétermination** de la personne.
- **Le consentement doit être libre et éclairé.**
- Il est important de **noter au dossier un bon résumé des informations transmises au patient pour obtenir son consentement** en cas de poursuites judiciaires.
- Le consentement **n'est pas requis en cas d'urgence** lorsque la vie du patient est en danger et que le consentement ne peut pas être obtenu en temps utile.
- Le médecin peut également cacher de l'information qui entraînerait des risques pour la santé du patient; c'est le «**privilège thérapeutique du médecin**».

# Le consentement aux soins de santé II

- **En vertu de l'obligation de renseignement imposée au médecin, ce dernier doit informer adéquatement le patient en lui fournissant tous les renseignements nécessaires relatifs à une intervention chirurgicale, à un plan de soin ou à un traitement proposés afin de permettre à ce patient de prendre une décision en connaissance de cause et ainsi de donner un consentement libre et éclairé à cette intervention chirurgicale, à ce plan de soin ou à ce traitement.**

# Le consentement aux soins de santé III

- **Un consentement doit être libre et éclairé.**
- **Un consentement est libre quand il s'exprime sans obstacle ni contrainte.**
- **Un consentement est éclairé lorsqu'il s'exprime à la suite d'une transmission et d'une compréhension adéquate des informations disponibles les plus fiables possibles sur l'objet du consentement.**

# Contenu de l'obligation d'informer

➤ **C'est principalement à l'égard des soins de nature médicale que la jurisprudence a développé le concept de consentement libre et éclairé. Selon les décisions des tribunaux, la personne qui prodigue des soins doit décrire et expliquer au malade, sans même qu'on le lui demande :**

- 1. Le but et la nature des soins envisagés**
- 2. La gravité des soins envisagés**
- 3. Les avantages de même que les conséquences ou risques particuliers, importants ou inhabituels associés aux soins envisagés. Il ne s'agit pas ici de recenser tous les avantages, les conséquences ou risques possibles mais bien d'informer le malade de ceux qui revêtent un caractère probable et que les connaissances scientifiques du moment permettent d'identifier**
- 4. Les avantages de même que les conséquences ou risques particuliers, importants ou inhabituels associés au fait de ne pas recevoir les soins envisagés.**

# Informations à transmettre au malade

- **Les conséquences de la maladie**
- **Le but et la nature des soins envisagés**
- **Les différents traitements disponibles**
- **L'existence d'un traitement conservateur**
- **Les avantages et inconvénients de chaque traitement**
- **Les risques probables associés à chaque traitement**
- **L'existence d'une douleur plus intense dans un des traitements**
- **Une diminution temporaire de la mobilité avec certains traitements**
- **Une différence dans le temps d'hospitalisation ou d'invalidité avec certains traitements**
- **La possibilité d'un bienfait temporaire dans certains cas**
- **Les conséquences en l'absence de traitement**
- **S'il s'agit d'un traitement normal ou dans le cadre d'une expérimentation**

# Informations qui peuvent être dissimulées au malade

- Les détails trop techniques
- Les trop longues explications sur les techniques opératoires
- Ce qui peut stresser indument le patient
- Ce qui peut causer une souffrance disproportionnée au patient
- Les risques possibles sauf en matière de chirurgie esthétique où il doit lui faire part de tous les risques, même les peu fréquents
- Certaines informations qui pourraient inciter le patient à refuser un traitement pourtant essentiel
- Toutes les conséquences tragiques car il pourrait être incapable de choisir
- La précarité de l'état de santé du patient qui empêche de tout lui révéler
- Les risques inhérents à toute intervention chirurgicale ou à tout traitement
- Plus généralement, toute information inutile

# L'aptitude à consentir

- **Une personne est inapte de fait quand son état physique ou psychique l'empêche d'exercer son autonomie et de prendre part aux décisions de soins.**
- **Une personne inapte doit être mise sous un régime de protection** et un tuteur ou un curateur sera nommé par un tribunal pour prendre les décisions à sa place mais toujours dans son meilleur intérêt.
- **Une personne peut être inapte que temporairement, comme dans une crise de schizophrénie ou d'hallucination ou de délire causée par son état mental, de l'alcool ou une drogue.**

# Le refus de traitement

- Le **refus de traitement a été consacré par plusieurs décisions des tribunaux.**
- Les cas les plus célèbres sont ceux de **Nancy B.** et de **Robert Corbeil.**
- C'est le **respect de la volonté du patient apte qui prime sur toute autre considération.**

# Traitement et religion

- **Une personne majeure peut refuser tout traitement pour un motif religieux.**
- **Un médecin peut passer outre à l'objection d'une personne majeure si le refus concerne une personne mineure.**
- **Dans ce cas, c'est l'intérêt de l'enfant qui prime.**

# Le consentement aux soins d'un mineur

- Pour un mineur de moins de 14 ans, le consentement aux soins requis par l'état de santé doit être donné par l'un ou l'autre des parents ou par son tuteur.
- Pour un mineur de 14 ans et plus, il peut donner seul son consentement à tous les types de soins qu'exige son état de santé.
- En cas d'urgence, si le consentement aux soins médicaux ne peut être obtenu en temps utile et si la vie de la personne est en danger ou que son intégrité est menacée, le consentement aux soins n'est pas nécessaire.

# Les droits de l'enfant

- Les articles 32 à 34 du Code civil portent spécifiquement sur les droits de l'enfant et sur le fait que toute décision concernant un enfant doit être prise dans son intérêt et dans le respect de ses droits.
- **32. C.c.Q.** Tout enfant a droit à la protection, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu peuvent lui donner.
- **33. C.c.Q.** Les décisions concernant l'enfant doivent être prises dans son intérêt et dans le respect de ses droits.
- Sont pris en considération, outre les besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial et les autres aspects de sa situation.
- **34. C.c.Q.** Le tribunal doit, chaque fois qu'il est saisi d'une demande mettant en jeu l'intérêt d'un enfant, lui donner la possibilité d'être entendu si son âge et son discernement le permettent.

# Le préjudice corporel

- | ➤ Type d'incapacité    | Exemple                        |
|------------------------|--------------------------------|
| ➤ Totale permanente    | Paralysie complète des membres |
| ➤ Totale temporaire    | Corps plâtré jusqu'au cou      |
| ➤ Partielle permanente | Bras coupé                     |
| ➤ Partielle temporaire | Jambe plâtrée                  |
- La paralysie totale est certainement un état plus grave que le fait d'avoir une jambe dans le plâtre.
  - La somme d'argent attribuée par le tribunal pour chaque cas est évaluée en fonction de la situation personnelle de chacun.
  - Une grande cicatrice sur la jambe d'un ouvrier de la construction a une valeur monétaire beaucoup plus faible qu'une cicatrice similaire sur la jambe d'un mannequin étoile, puisque cette cicatrice n'empêche pas le premier de gagner sa vie alors que la carrière du mannequin peut être sérieusement compromise.

# Le préjudice moral

- **Quelle est la valeur monétaire de la souffrance d'une personne victime d'un accident, de la douleur qui résulte des traitements et des soins médicaux, des problèmes causés par la réadaptation, comme celui de s'habituer à se déplacer en chaise roulante ? Combien valent la perte de jouissance de la vie et l'atteinte à la réputation ?**
- **Il s'agit de choses difficiles à évaluer et le tribunal essaie, cas par cas, de déterminer la valeur de ces préjudices. La plupart du temps, à la demande d'une partie, un expert comme un médecin, un psychologue, un ingénieur, un architecte, un entrepreneur, etc. selon la nature du préjudice, procèdera à une expertise et son rapport sera transmis au tribunal. La somme peut varier de un dollar à plusieurs millions de dollars, selon l'importance du préjudice.**
- **Par exemple, un médecin réputé est accusé en ondes par un animateur de radio d'être un charlatan de la pire espèce. Ces ragots entachent sa réputation. Le préjudice causé par cette diffamation n'est pas toujours facile à évaluer mais il est évident qu'il est très désagréable de se faire traiter de charlatan en public et que cela mérite une indemnité ou compensation.**

# Le préjudice matériel

- **Le préjudice matériel est celui qui est le plus facile à évaluer, car il suffit d'estimer le coût de réparation d'un bien ou son coût de remplacement, selon le cas.**
- **Ainsi, il est facile d'évaluer le coût de la réparation de l'aile d'un camion, le coût de remplacement d'un immeuble détruit par un incendie, le coût de remplacement d'un ordinateur abîmé durant le transport, etc.**