

# NORME SUR LA TENUE DES DOSSIERS

---

## Préambule

Les dossiers sur les services de sage-femme constituent un compte rendu des soins donnés aux clientes, de même qu'une forme de communication essentielle entre les sages-femmes, ainsi qu'entre elles et les autres fournisseurs de soins de santé. Les dossiers fournissent des données factuelles qui documentent la qualité des soins fournis et la prise de décision clinique, facilitent la continuité des soins, et reflètent les valeurs et les préférences de la cliente. Au minimum, les dossiers doivent décrire les soins fournis et en préciser la raison, le prestataire, le moment où les soins furent rendus, et offrir une description du suivi recommandé. En présentant l'historique des soins d'une cliente, les dossiers doivent être chronologiques, lisibles et exacts. Les clientes ont le droit d'avoir un dossier complet et intelligible, qui demeurera confidentiel et sécurisé.

## But

Cette norme a pour but de définir les exigences de l'Ordre en ce qui a trait à la consignation et à la gestion des dossiers liés à l'exercice de la profession de sage-femme.<sup>1</sup>

## Définitions

**Dossier sur les services de sage-femme** : dossier papier ou électronique concernant les soins d'une cliente d'une sage-femme. Les propriétaires de la clinique sont les dépositaires<sup>2</sup> du dossier sur les services de sage-femme.

**Dossier hospitalier** : dossier papier ou électronique comprenant les documents concernant les soins d'une cliente à l'hôpital. Les hôpitaux sont les dépositaires de ce dossier. Les exigences concernant les dossiers hospitaliers relèvent des hôpitaux.<sup>3</sup>

**Cliente** : personne qui obtient des soins de sage-femme (soins pendant la grossesse, soins prénataux, postnataux ou aux nouveau-nés).

---

<sup>1</sup> Tous les établissements et les emplacements où les sages-femmes exercent leur profession ont leurs propres exigences concernant la tenue des dossiers que les sages-femmes doivent suivre.

<sup>2</sup> Le groupe de pratique de sages-femmes ou une sage-femme qui exerce à titre individuel est le dépositaire du *dossier sur les services de sage-femme* (« Guide on Compliance with *Personal Health Information Protection Act* », octobre 2020).

<sup>3</sup> Voir l'article 19 de la [Loi sur les hôpitaux publics](#) pour prendre connaissance des exigences relatives à la tenue des dossiers hospitaliers.

## Norme

### Normes concernant le dossier sur les services de sage-femme

1. Le dossier sur les services de sage-femme comprend les renseignements identificatoires pertinents de la cliente, par exemple son nom, sa date de naissance, son numéro de carte Santé de l'Ontario et ses coordonnées (numéro de téléphone, adresse, etc.).
2. Chaque page du dossier sur les services de sage-femme comprend un identificateur de la cliente.
3. Le dossier sur les services de sage-femme indique la sage-femme désignée à titre de responsable de la gestion d'ensemble des soins de la cliente.
4. Le dossier sur les services de sage-femme doit mentionner tout soins fournis par d'autres fournisseurs de soin à l'extérieur du groupe de sage-femme et doit mettre à jour le plan de soin assigné à la cliente.

### Normes sur la documentation

La sage-femme est responsable de la documentation de tout soin fournis à une cliente selon les normes suivantes :

5. La documentation doit se faire de manière chronologique, dès que les soins sont fournis, ou le plus tôt possible par la suite. S'il est impossible de documenter les soins au moment même où ils sont rendus, les notes doivent être complétées dès que possible après l'évènement en indiquant la date et l'heure approximative de prestation des soins ainsi que la date et l'heure de la note, de même que la raison pour laquelle la documentation a été faite plus tard.
6. Les corrections faites à un dossier incomplet ou inexact doivent être clairement identifiées comme inexactitudes et conservées dans le dossier. La date en est indiquée et une signature est apposée.
7. Les entrées doivent être lisibles et rédigées en anglais ou en français. Les termes et abréviations doivent être intelligibles pour tout fournisseuses et fournisseurs de soins de santé pouvant être impliqués dans les soins de la cliente.
8. Chaque entrée doit être identifiable et doit avoir une signature ou des initiales ou une piste de vérification permettant d'en connaître l'auteur ainsi que sa désignation professionnelle.

9. Si des listes de vérifications et des sections à remplir font partie du dossier, toutes doivent être remplies et chaque case pertinente doit être cochée.
10. Les soins donnés sous supervision (p. ex. par une étudiante) doivent être identifiés comme tels.<sup>4</sup>
11. Si la prise de notes durant une urgence est confiée à une autre personne, la sage-femme doit vérifier l'exactitude des notes prises par cet individu et approuver la documentation le plus tôt possible après l'évènement.
12. La documentation des faits cliniques doit être exacte et objective et doit comprendre :
  - a. la raison de la rencontre clinique et les renseignements qui décrivent l'état de santé de la cliente et ses préoccupations médicales;
  - b. les évaluations, les constatations cliniques, les traitements, les discussions, ou toute autre prestation de soins à la cliente par la sage-femme;
  - c. le motif justifiant les interventions ou les traitements;
  - d. la réponse de la cliente et les résultats des interventions ou des soins;
  - e. les plans de gestion des soins et les mises à jour qui y sont apportées;
  - f. les communications avec la cliente qui concernent ses soins, que ce soit en personne, de façon virtuelle ou par des moyens électroniques comme les courriels ou les textos;
  - g. les communications importantes entre les fournisseuses et fournisseurs de soins, les membres de la famille et les substituts de décisions médicales de la cliente ;
  - h. les recommandations et les demandes d'examens, de tests et de consultations faites par la sage-femme, ainsi que les rapports connexes qu'elle reçoit ou les tentatives faites par elle afin d'obtenir ces rapports;
  - i. les actes autorisés que la sage-femme a délégués à une autre fournisseuse de soins ou que la sage-femme a accomplis à travers une délégation;
  - j. les renseignements pertinents contenus dans une ordonnance de la sage-femme ou une copie de celle-ci;

---

<sup>4</sup> Le dossier de la cliente ainsi que le protocole clinique du groupe de pratique sages-femmes doivent décrire de quelle façon les soins fournis sous supervision sont documentés dans le dossier de la cliente.

- k. les discussions concernant les choix éclairés, y compris toute information portant sur les risques, les avantages et les alternatives, les recommandations formulées, ainsi que le consentement ou le refus de la cliente;
- l. les transferts de soins et les mises en congé ainsi que les raisons les motivants.

## Accès au dossier sur les services de sage-femme et leurs préservations

Les sages-femmes doivent savoir qui est le dépositaire du dossier sur les services de sage-femme, de même que connaître les règles et les responsabilités relativement à l'utilisation, à la gestion et à la conservation<sup>5</sup> du dossier.

Elles doivent aussi savoir comment accéder aux dossiers d'anciennes clientes après leur départ du groupe de pratique de sages-femmes, au cas où il faudrait le faire pour procéder à un examen des soins.

Chaque dossier sur les services de sage-femme à une cliente est conservé durant les périodes suivantes par le dépositaire.<sup>6</sup>

- a) Clientes de 18 ans et plus : 10 ans à partir de la date de la dernière entrée.
- b) Clientes ayant moins de 18 ans : 10 ans après la date à laquelle la cliente a eu ou aurait eu 18 ans.

L'entreposage, le transfert et la destruction des dossiers sur les services de sage-femme doivent se faire conformément aux dispositions de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.<sup>7</sup>

## Références (lois et autres)

*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

*Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*

« Guide on Compliance with *Personal Health Information Protection Act* » (octobre 2020)  
Strategies for Improving Documentation: Lessons from Medical-Legal Claims (HIROC)

Approuvé par le Comité de direction

Date d'approbation : 11 janvier 2013

Date d'entrée en vigueur : 11 janvier 2013

---

<sup>5</sup> Veuillez vous reporter à l'article 14 de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (disponible en ligne).

<sup>6</sup> Les dépositaires doivent noter qu'un délai de prescription de 15 ans est possible pour certaines instances judiciaires après un événement. Ils devraient donc songer à conserver les dossiers au-delà l'exigence minimale de 10 ans.

<sup>7</sup> Veuillez vous reporter au document intitulé « Guide on Compliance with *Personal Health Information Protection Act* » pour ce qui est des obligations aux termes de la loi sur la protection de la vie privée (2020) (disponible en ligne).

Dernier examen et dernière révision : 7 décembre 2022 (par le Conseil)

à compter du 1er avril