

Tenue des Dossiers



ANBLPN

Association of New Brunswick Licensed
Practical Nurses

AIAANB

L'Association des Infirmier(ère)s Auxiliaires
Autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick

Mission

L'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick certifie au public son engagement à fournir des soins sûrs, compétents, empreints de compassion et conformes à la déontologie en réglementant et en améliorant la profession des soins infirmiers auxiliaires.

Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick tient à remercier le College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia de lui avoir accordé la permission d'adapter son document pour l'utiliser au Nouveau-Brunswick.

Comité de révision du document : Anne Reid, IAA, conseillère générale au conseil d'administration de l'AIAANB; Isabelle Roy, IAA en enseignement au CCNB; JoAnne Graham, IAA, directrice générale et registraire; Christie Ruff, IAA, conseillère en pratique; Dorothy Arsenault, II.

Tous droits réservés – Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick 2016. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite ou transmise sous aucune forme ni par aucun moyen, électronique, mécanique, par photocopie, par enregistrement ou par système de stockage et de récupération d'information sans permission écrite obtenue au préalable de l'éditeur.

L'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (l'Association) est l'organisme de réglementation des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) du Nouveau-Brunswick. Le mandat de l'association est de protéger le public en encourageant la prestation de soins infirmiers sûrs, compétents, conformes à la déontologie et empreints de compassion. L'Association établit et fait respecter les exigences d'entrée dans la profession, les *Normes de pratique*, le *Code de déontologie*, l'élaboration et la réalisation d'un programme de formation professionnelle continue et de politiques ainsi que de documents d'interprétation pour appuyer la pratique des soins infirmiers auxiliaires.

Utilisation du présent document

Les lignes directrices sont des documents qui expliquent l'obligation des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de rendre des comptes dans des cadres de pratique spécifiques. Elles s'harmonisent avec la législation pertinente et sont conçues pour aider les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés à comprendre leurs responsabilités et leurs obligations juridiques pour prendre des décisions infirmières sécuritaires et conformes à la déontologie.

Le présent document vise à offrir aux infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) des lignes directrices décrivant les attentes relatives à la tenue des dossiers dans tous les domaines de pratique des soins infirmiers, quelle que soit la méthode de conservation de cette documentation. Ces lignes directrices aideront les IAA à respecter les normes de pratique concernant la tenue des dossiers. Comme tous les documents de l'association, celui-ci peut être utilisé avec les *Normes de pratique* de l'AIAANB, le *Code de déontologie* et toutes les lignes directrices ou déclarations de principe applicables sur la pratique, qu'on trouve à l'adresse www.anblpn.ca.

Définition de la tenue des dossiers

La tenue des dossiers est la mise par écrit (ou sous forme électronique) de façon légale des interventions qui concernent le client, ce qui inclut une série de procédures. La tenue des dossiers est établie sous forme d'un dossier personnel du client, qui constitue la base d'information sur l'état de ses besoins de soins de santé (Ioanna, Stiliani et Vasiliki, 2007) ou qui décrit l'état de santé du client ou les soins et les services qui lui sont fournis (Perry et Potter, 2010).

Éléments essentiels de la qualité dans la tenue des dossiers en soins infirmiers

Une tenue des dossiers de haute qualité rehausse l'efficacité des soins individualisés (Jefferies, Johnson et Griffiths, 2010; Potter et Perry, 2010) et compte six caractéristiques essentielles. Le tableau 1 ci-dessous décrit les éléments essentiels de la qualité dans la tenue des dossiers en soins infirmiers, avec des exemples. Ces éléments essentiels de la qualité de la tenue des dossiers en soins infirmiers s'appliquent à tous les types de tenue des dossiers dans tous les milieux de pratique (CRNNS, 2012).

Tenue des dossiers

Tableau 1

Caractéristiques essentielles de la tenue des dossiers en soins infirmiers	Exemple
La tenue des dossiers en soins infirmiers devrait être :	La documentation sur les soins infirmiers devrait contenir :
1. Factuelle, objective et centrée sur le client.	Une information descriptive objective fondée sur des connaissances directes, sur l'évaluation de l'infirmière ou de l'infirmier auxiliaire et sur la perception du client concernant ses besoins.
2. Exacte et pertinente.	Une information claire et facile à comprendre contenant des détails qui sont importants pour le client, ainsi que les variations des réactions du client aux soins.
3. Complète (y compris les actes infirmiers et les réactions du client).	Une information qui décrit suffisamment les besoins de soins du client, les interventions infirmières (y compris l'enseignement et le soutien) et les résultats attendus.
4. Actuelle et à jour.	Une information qui est à jour et qui a été inscrite pendant ou aussitôt après l'intervention ou l'interaction.
5. Organisée, logique et en ordre chronologique.	Une information dans une suite chronologique raisonnable, de sorte que les décisions et les actes infirmiers ainsi que les réactions du client aux interventions (répétées au besoin) sont évidents.
6. Conforme aux normes et aux autres exigences juridiques.	Une information qui correspond à la prestation de soins sécuritaires, compétents, conformes à la déontologie et empreints de compassion et qui est conforme aux normes de pratique, aux politiques de l'employeur et à la législation provinciale ou fédérale.

Raison d'être de la tenue des dossiers en soins infirmiers

L'objectif fondamental de la tenue des dossiers en soins infirmiers est la création d'une *base de données* ou d'un *dossier de santé* sur l'expérience du client dans le système de soins de santé (Ioanna, Stiliani et Vasiliki, 2007; Beach et Oates, 2014; Prideaux, 2011). La documentation en soins infirmiers est un outil qui manifeste ce que l'infirmière auxiliaire accomplit pour et avec le client (Jefferies, Johnson et Griffiths, 2010), et elle est un élément de la documentation multidisciplinaire plus vaste qui constitue le dossier de santé du client. Le dossier de santé se compose de plusieurs outils et documents multidisciplinaires qui fournissent la preuve des soins, des traitements ou des services reçus par un client (Beach et Oates, 2014). Le tableau 2 explique la raison d'être de la documentation et pourquoi la tenue de dossiers de qualité en soins infirmiers est importante.

Tableau 2

Tenue des dossiers

Raison d'être de la documentation	Pourquoi la tenue de dossiers de qualité en soins infirmiers est importante
1. Communication entre fournisseurs de soins de santé	Une documentation de qualité favorise l'échange de renseignements pertinents sur le client au sein de l'équipe multidisciplinaire de soins (Prideaux, 2011).
2. Planification des soins et continuité des soins	Le plan de soins est établi grâce à une documentation de qualité et favorise la prestation continue de soins au client par le bon soignant ayant le bon ensemble de compétences (OIIO, 2008).
3. Obligation de rendre compte	Une documentation de qualité assure l'obligation des infirmières et infirmiers auxiliaires de rendre compte de la prestation de soins sûrs, compétents, conformes à la déontologie et empreints de compassion (CRNNS, 2012; OIIO, 2008).
4. Respect des exigences juridiques	Une documentation de qualité peut être utilisée comme preuve à un tribunal judiciaire ou à une audience disciplinaire (CRNNS, 2012).
5. Assurance de la qualité	La qualité des services (CRNNS, 2012) ou des organisations (Ioanna, Stiliani et Vasiliki, 2007) peut être évaluée grâce à l'analyse d'une documentation de qualité.
6. Gestion du financement et des ressources	L'affectation des ressources, la mesure de la charge de travail et l'utilisation des fonds peuvent être déterminées grâce à l'analyse d'une documentation de qualité (Potter et Perry, 2010).
7. Recherche	Une documentation de qualité peut être une source précieuse d'éléments pour la recherche en soins infirmiers (Ioanna, Stiliani et Vasiliki, 2007).

Quoi inscrire au dossier, quand et en quelle quantité

Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés sont tenus d'inscrire au dossier ce dont ils ont la connaissance directe (l'IAA qui tient le dossier est la même qui a fourni les soins) d'une manière conforme à leurs *Normes de pratique*, aux politiques de l'employeur et à la législation provinciale et fédérale. Chaque IAA a l'obligation de connaître et de comprendre ces éléments et de tenir des dossiers appropriés en conséquence.

Quoi inscrire au dossier

Les IAA sont tenues d'inscrire au dossier assez d'information sur le client pour que la continuité des soins soit maintenue. Les fournisseurs de soins de santé ont souvent défini la continuité des soins comme étant uniquement la prestation des soins par le *même* soignant au même client. Toutefois, dans le contexte présent, la continuité des soins veut dire que le client reçoit des soins constants d'autres soignants qui ont les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour fournir la qualité de soins requise. Une documentation claire, concise et exacte soutient la continuité des soins (Beach et Oates, 2014).

La documentation sur les soins infirmiers ne doit pas se limiter à une liste des interventions effectuées par l'IAA. La documentation doit être assez abondante pour présenter un compte rendu continu de l'expérience des clients. Elle doit aussi démontrer comment l'IAA perçoit l'état du client et comment elle s'est occupée des problèmes qui peuvent être évidents. Il est particulièrement important d'inscrire au dossier les variations ou les changements de l'état du client (Jefferies, Johnson et Griffiths, 2010). Quelle que soit la technologie (sur papier ou électronique) ou la méthodologie (format de la documentation), la documentation devrait donner une image claire des besoins du client, des actes personnels posés par l'IAA à partir de l'évaluation constante du client, et des résultats et de l'évaluation finale (y compris la réévaluation au besoin) de ces actes (OIIO, 2008). Il est conseillé aux IAA d'inscrire au dossier l'état du client et les soins d'une manière qui explique pourquoi les décisions concernant les soins ont été prises (Jefferies, Johnson et Griffiths, 2010).

Comment tenir les dossiers

La tenue des dossiers est un aspect important des soins fournis aux clients par les IAA. Cela est confirmé par de nombreuses études qui mentionnent son influence positive sur les résultats (Collins et al., 2013); toutefois, elle est souvent dédaignée par les infirmières et infirmiers auxiliaires au profit des soins directs (Prideaux, 2011). Le manque de respect pour la tenue des dossiers persiste même si sa nécessité est manifestée dans la recherche en soins infirmiers, les *Normes de pratique*, la politique de l'organisation et la législation. L'irrespect des *Normes de pratique* ou de la politique de l'organisation met le client en danger et peut être considéré comme une faute professionnelle. La tenue des dossiers n'est pas facultative.

Les formats de la documentation varient grandement. Les IAA devraient avoir une compréhension claire de la politique de leur organisation concernant la tenue des dossiers dans leur milieu de pratique. Quel que soit le format, il est important de comprendre qu'avec l'évolution vers les soins en collaboration, tous les professionnels des soins de santé doivent adopter un style de tenue des dossiers qui est conforme à cette perspective. Les IAA devraient tenir les dossiers en songeant au fait que les dossiers peuvent être examinés par d'autres membres de l'équipe qui ne jouissent pas de leur base de connaissances professionnelles (Blair et Smith, 2012), et ce, selon quatre principes (adaptés de Beach et Oates (2014) et d'Orwell (1962)) :

1. S'en tenir aux faits et aux renseignements pertinents.
2. Utiliser des mots simples et concis.
3. Écrire en phrases concises.
4. Éviter le jargon, les abréviations (à moins qu'elles ne soient approuvées), un langage inapproprié, l'argot, les généralisations et la partialité.

Quand inscrire au dossier

Pour assurer que toute la documentation en soins infirmiers correspond exactement à l'état de santé du client et aux soins, les IAA devraient y inscrire les événements en même temps ou aussitôt qu'ils se sont produits (Beach et Oates, 2014; Jefferies, Johnson et Griffiths, 2010). Une documentation en ordre chronologique est importante parce qu'elle améliore la clarté des

communications entre fournisseurs de soins de santé. Elle donne un compte rendu logique de la nature des soins qui ont été fournis et des données d'évaluation initiale ou finale qui ont été utilisées dans le processus décisionnel. L'inscription d'un événement au dossier ne devrait jamais être effectuée avant que l'événement ait eu lieu (CRNNS, 2012).

L'intensité (fréquence et quantité) de la tenue des dossiers dépend des politiques de l'organisation et de l'état de santé du client (CRNNS, 2012). À mesure que la complexité ou la variabilité de l'état du client augmentent, la quantité de la documentation et son besoin augmentent aussi (CRNBC, 2013). Il est important de remarquer que même si la politique de l'organisation peut indiquer les exigences minimales de tenue des dossiers, il est raisonnable de s'attendre à ce que les IAA y fassent des inscriptions plus fréquentes et plus détaillées que ce qui est prescrit dans la politique lorsque les besoins du client deviennent plus complexes (Collins et al., 2013). Le tableau 3 ci-dessous montre la relation entre la complexité de l'état du client, la tenue des dossiers et la politique de l'employeur.

Tableau 3*

Besoins du client	Prévisibles	Variables	Complexes
Intensité de la tenue des dossiers	Ordinaire	Fréquente	Très fréquente
Procédures de tenue des dossiers	Décrites par la politique de l'employeur		

*Adapté du CRNBC, 2013

Collaboration avec les autres professionnels de la santé

L'évolution actuelle tend vers la pratique multidisciplinaire. L'établissement de communications et de documentation multidisciplinaires est essentiel à la création d'une pratique multidisciplinaire solide (Harper, 2007). Cette façon de tenir les dossiers vise à éliminer la répétition des efforts, à améliorer un emploi du temps efficace et à renforcer les résultats du client grâce à une collaboration en équipe. La tenue des dossiers en collaboration permet aux professionnels de toutes les disciplines des soins de santé d'utiliser en commun les mêmes outils de tenue des dossiers. Des exemples de ces outils sont les voies cliniques qui s'inspirent des soins multidisciplinaires et les notes intégrées et multidisciplinaires sur les progrès du patient.

Lorsque les IAA collaborent avec les membres de l'équipe multidisciplinaire pour l'élaboration ou la modification du plan de soins, les points suivants devraient être inscrits au dossier :

- la date et l'heure de la rencontre;
- les noms et titres des personnes participant à la collaboration (par exemple, R. Smith, M.D.);
- l'information fournie ou reçue par les soignants;
- les réponses des soignants;
- les ordonnances ou interventions résultant de la collaboration;
- le plan d'action convenu;

Tenue des dossiers

- les résultats prévus.

Il est important de retenir qu'au Nouveau-Brunswick, les IAA pratiquent de façon autonome dans une relation de collaboration avec d'autres soignantes (les infirmières immatriculées). Il est raisonnable d'avancer que l'intensité accrue de la tenue des dossiers du client découle de l'intensité accrue de la consultation et de la collaboration entre l'IAA et l'infirmière immatriculée (i.i.). Les infirmières et infirmiers auxiliaires devraient tous reconnaître qu'une perturbation de la prestation des soins est un signe indiquant qu'il faut réévaluer l'affectation des soins lorsque la fréquence des consultations avec les i.i. augmente.

Lignes directrices pour une tenue de dossiers juridiquement solide

Le dossier de santé est le document juridique d'une organisation de soins de santé. En conséquence, il doit être tenu d'une manière conforme aux règlements applicables, aux normes d'agrément, aux normes de pratique professionnelle et aux normes juridiques.

Lignes directrices	Raison	Procédures correctes
1. Il doit y avoir assez de moyens d'identification du client (par exemple, nom, numéro de dossier) sur <i>chaque</i> page du dossier des soins infirmiers.	L'identification appropriée du client sur chaque page diminue le risque de confusion et assure la continuité des soins.	Inscrire des moyens d'identification du client (collant, imprimé ou écriture manuscrite) à chaque page de la documentation sur les soins infirmiers.
2. L'inscription au dossier doit être écrite lisiblement avec une encre non effaçable.	Une écriture lisible diminue le risque de confusion et assure une communication exacte de l'information. Le crayon et l'encre effaçable peuvent être modifiés après coup par d'autres soignants.	Écrire à l'encre en lettres moulées ou avec une écriture lisible. Suivre la politique de l'organisation concernant la couleur de l'encre ou l'utilisation de crayon-feutre ou de plumes à réservoir.
3. Les entrées doivent indiquer la date et l'heure et inclure le nom et le titre professionnel de l'infirmière auxiliaire.	Les entrées avec date et heure assurent que les événements sont inscrits dans le bon ordre chronologique. Les signatures assurent que les voies de responsabilité sont claires.	Inscrire les événements au dossier à mesure qu'ils se produisent, en s'assurant que la date et l'heure sont exactes. Inscrire la première initiale, le nom de famille et le titre infirmier (J. Robichaud, IAA) après chaque entrée. On peut utiliser des titres de compétence non infirmiers après le titre infirmier et les abréviations approuvées. (P. Babin, IAA. B.A.). <i>Suivre la politique de l'organisation concernant l'emploi d'initiales.</i>

Tenue des dossiers

<p>4. Inscrire tous les faits pertinents sous forme de déclarations. Éviter d'écrire à la troisième personne.</p>	<p>La documentation doit être factuelle, exacte et objective et exprimer le point de vue de l'IAA. Il est superflu d'ajouter « L'auteur de ces lignes remarque » parce que l'entrée est signée par l'infirmière auxiliaire qui la verse au dossier.</p>	<p>S'assurer que l'entrée est exacte et complète. Ne pas inscrire de conjectures ou de suppositions. L'entrée au dossier devrait montrer clairement les besoins du client, les mesures prises par l'infirmière auxiliaire et les résultats ou les interventions.</p>
<p>5. Utiliser seulement la terminologie ou les abréviations approuvées par l'organisation ou le milieu de pratique.</p>	<p>Une terminologie ou des abréviations non approuvées pourraient entraîner des erreurs d'interprétation et mettre le client en danger.</p>	<p>Suivre la politique de votre organisation concernant l'emploi d'abréviations. Consulter le site d'ISMP Canada, à https://www.ismp-canada.org/, pour trouver une liste d'abréviations À ÉVITER.</p>
<p>6. Comprendre la terminologie utilisée dans la documentation.</p>	<p>L'emploi d'une terminologie mal connue augmente le risque d'erreurs de communication entre soignants.</p>	<p>Utiliser seulement un langage bien connu et bien compris.</p>
<p>7. Éviter des phrases générales ou dépourvues de sens comme « a eu une bonne journée » ou « pas de changement ».</p>	<p>Une telle information est trop générale et hors contexte parce que les données spécifiques d'évaluation sont absentes (comment l'infirmière auxiliaire sait-elle que l'état de santé est inchangé?).</p>	<p>Donner des descriptions concises des soins, des actes infirmiers et des constatations.</p>
<p>8. Inscrire au dossier seulement ses propres actions.</p>	<p>Une pratique différente peut brouiller les voies de responsabilité.</p>	<p>La tenue de dossier pour un autre fournisseur de soins n'est généralement pas conseillée; toutefois, dans une situation d'urgence (telle qu'un code bleu), cela peut être justifié. L'association déconseille des procédures d'organisation qui exigent que les IAA tiennent les dossiers d'autres soignants à titre de procédures quotidiennes et courantes, à cause des risques causés aux clients aussi bien qu'aux soignants. Les IAA devraient agir en tant que leaders en engageant des conversations avec leurs employeurs sur l'institution d'une politique et de procédures de tenue des dossiers qui soient fondées sur</p>

Tenue des dossiers

		des pratiques exemplaires pour assurer un milieu de pratique de qualité.
9. Corriger promptement toute erreur de tenue des dossiers.	Les erreurs dans les dossiers peuvent entraîner des erreurs de traitement.	S'assurer que l'information est correcte. Biffer les entrées incorrectes , indiquer « erreur », initialer et corriger. Suivre la politique de l'organisation sur la correction des entrées erronées. Ne jamais utiliser de liquide correcteur, d'autocollants ou de crayon-feutre pour masquer l'erreur.
10. Éviter les propos critiques envers les clients, les soins fournis par d'autres ou l'employeur.	Cela est antiprofessionnel et inapproprié.	N'inscrire au dossier que des données objectives. S'il y a des problèmes concernant la pratique d'autres soignants, les discuter directement avec la personne.
11. Mentionner au dossier la collaboration ou les consultations avec d'autres soignants, et indiquer la raison de la consultation.	Les IAA sont tenues de consulter d'autres soignants quand les besoins des clients sont changeants ou complexes. L'indication des consultations (en vue d'un appui, de directives ou d'éclaircissements) dénote la responsabilité dans la prestation de soins sécuritaires.	<u>Clarté d'une ordonnance</u> : « Appelé D ^r Smith pour clarifier ordonnance d'analgésique. » <u>Appui à la prise de décisions</u> : « TA 150/90. Discuté avec A. Miller, i.i. Médicament PRN administré. » <u>Affectation en collaboration</u> : « Rapport reçu avec partenaire de collaboration S. Richard, i.i. » (Voir la page 8.)
12. Signaler les entrées en retard ou hors de l'ordre chronologique en indiquant l'heure réelle où l'entrée est inscrite et l'heure réelle où l'événement a eu lieu.	Le fait d'indiquer qu'une entrée est en retard ou n'est pas en ordre chronologique maintient la reddition de comptes sur les actes posés et assure que l'information est inscrite avec exactitude dans les dossiers du client.	8 août 2014, 23 h 15 <u>Entrée tardive</u> : « À 17 h 30 aujourd'hui, la cliente a demandé un analgésique pour maux de tête. A dit que l'intensité de douleur était 8/10. Médicament donné à 17 h 35. » Suivre la politique de l'organisation sur les entrées en retard ou hors de l'ordre chronologique. (Voir la page 23.)
13. Ne pas écrire à l'avance (en inscrivant les actes au dossier avant qu'ils soient effectués).	L'inscription à l'avance est une pratique pleine de risques qui peut entraîner de la confusion au sujet des soins fournis au client. Le manque de clarté peut	Faire l'entrée au dossier pendant ou immédiatement après avoir effectué l'intervention. La planification des soins est l'unique exception.

Tenue des dossiers

	entraîner un résultat indésirable pour le client.	
14. Ne pas laisser de blancs dans les notes d'infirmière auxiliaire.	Quelqu'un d'autre pourrait ajouter de l'information incorrecte dans l'espace libre.	Inscrire des entrées séquentielles, ligne par ligne, et remplir les vides à la fin d'une ligne avec une ligne ou un trait : -----D. Brown, IAA.
15. Protéger les mots de passe utilisés pour l'accès aux dossiers de santé électroniques.	Cela maintient la sécurité et protège la vie privée du client.	Suivre la politique de l'organisation sur la sécurité de l'information du client en utilisant un dossier de santé électronique.

Cosignature et contresignature

La cosignature consiste en une deuxième signature, de confirmation, d'un témoin de l'événement ou de l'activité (ARNNL, 2010). Les entrées avec cosignature d'autres soignants ne sont pas une norme de pratique et, quand la politique est mal définie, peuvent embrouiller l'obligation de rendre compte. Si deux infirmières ou infirmiers auxiliaires participent à une évaluation ou à la prestation des soins, les deux devraient faire des entrées au dossier conformément à la politique de l'organisation. Les politiques des organisations devraient décrire clairement comment la tenue des dossiers devrait être effectuée quand deux infirmières auxiliaires sont appelées à participer à un aspect des soins. Par exemple, si deux infirmières auxiliaires sont appelées à suspendre une unité de globules concentrés et si les deux doivent signer le dossier de santé, la raison d'être de la cosignature devrait être clairement formulée dans la politique. Dans ce cas, la politique de l'organisation indiquerait probablement que la cosignature confirme que l'infirmière auxiliaire cosignataire est témoin de ce que la bonne unité a été donnée au bon client. La cosignature entraîne l'obligation commune de rendre compte. Il est obligatoire que la cosignataire ait effectivement été témoin ou participante de l'événement (SRNA, 2011).

La contresignature est définie comme une deuxième signature sur un document signé auparavant, tel qu'une feuille courante. La contresignature est aveugle, c'est-à-dire que la signataire n'a pas été témoin des activités de la première signataire. On croit que la contresignature tire son origine d'une époque où les professionnels n'avaient pas d'obligation personnelle de rendre compte et où une contresignature était exigée dans le contexte de l'affectation ou de la délégation du travail à d'autres. Aujourd'hui, la pratique de la contresignature (signature d'approbation de la feuille courante, du plan de soins ou de la fiche d'un autre) n'est plus une pratique exemplaire (CRNNS, 2012) parce qu'elle brouille les voies de responsabilité.

Les contresignatures peuvent être appropriées dans les procédures de contrôle de la qualité telles que les examens du dossier aux 24 heures ou la transcription des ordonnances. Dans ce cas, la contresignature ne veut pas dire que la contresignataire a effectué l'action, mais plutôt qu'elle a vérifié que l'acte a été effectué par un autre (CRNNS, 2012).

De ce fait, on ne s'attend pas à ce que les IAA « contresignent » les documents ou les entrées dans les documents pour d'autres soignants tels que les fournisseurs de soins non réglementés. Les IAA devraient être conscientes que lorsqu'elles s'adonnent à cette pratique, elles assument la responsabilité des activités, des interventions et des résultats auxquels s'applique la contresignature. Si une organisation désire que les IAA contresignent des documents pour les soignants non réglementés, elle a l'obligation d'élaborer une politique qui décrit clairement le rôle des IAA et la responsabilité qu'elles assument par leur contresignature.

Rapports d'incidents

Les rapports d'incidents sont également appelés rapports d'événements indésirables. L'expression « rapport d'incident » sera utilisée dans le présent document.

Un incident est un événement qui n'est pas conforme au fonctionnement normal de l'unité ou des soins du client (Perry et Potter, 2010). Des exemples d'incidents sont les chutes, les erreurs d'administration de médicaments, les piqûres accidentelles ou toute circonstance qui cause un danger de blessure aux clients ou au personnel. Les incidents qui touchent les clients sont généralement mis par écrit à deux endroits : le dossier médical du client et un rapport d'incident. Les rapports d'incidents sont classés à part du dossier médical.

L'entrée au dossier médical vise à assurer la continuité des soins du client et devrait être exacte, concise, factuelle, impartiale et rédigée par la personne qui a été témoin de l'événement. Les IAA devraient éviter les mots « erreur », « incident » ou « accident » dans leur entrée au dossier. Il est recommandé aux IAA d'inscrire d'abord l'incident au dossier de santé de façon concise et factuelle pour assurer la continuité et l'exhaustivité, puis de rédiger un rapport d'incident conformément aux politiques et aux procédures de l'établissement (Grant et Ashman, 1997).

Le dossier de santé et le rapport d'incident ont des objectifs différents. En conséquence, aux fins de clarté, l'IAA devrait éviter d'inscrire au dossier de santé du client la mention « voir le rapport d'incident ». Les organisations utilisent les rapports d'incidents aux fins de la gestion des risques, pour suivre les tendances des systèmes et des soins des clients et pour justifier les changements de politiques, de procédures ou d'équipement. L'information incluse dans un rapport d'incident ressemble à l'information incluse dans le dossier de santé du client; toutefois, le rapport d'incident inclut aussi des renseignements additionnels sur des points qui peuvent ne pas se rapporter directement au soin du client. La politique de l'établissement devrait décrire clairement les procédures nécessaires pour la rédaction d'un rapport d'incident.

Emploi de la technologie

La technologie peut être utilisée de nombreuses façons pour appuyer la tenue des dossiers des clients. Si la technologie est utilisée, les principes régissant l'accès à la documentation, la conservation, l'extraction et la transmission de l'information restent les mêmes que dans un système traditionnel de données sur papier. Toutefois, ces nouvelles manières d'enregistrer, de

transmettre et de recevoir l'information du client donnent lieu à des problèmes importants pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires, particulièrement pour ce qui est de la confidentialité et de la sécurité de l'information du client. Il est important que les infirmières et les infirmiers auxiliaires soient appuyés par les organisations afin de résoudre ces problèmes au moyen de politiques et de directives claires et d'une formation permanente.

Documentation électronique

Le dossier de santé électronique d'un client est une collection de renseignements personnels sur la santé d'une seule personne, inscrits ou acceptés par les fournisseurs de soins de santé et conservés électroniquement avec des mesures de sécurité strictes. Comme pour les systèmes traditionnels de données sur papier, la tenue des dossiers de santé électroniques doit être complète, exacte, faite en temps opportun, et indiquer clairement quels soins ont été fournis par qui. Les entrées sont faites par le soignant qui a prodigué les soins et non par d'autres membres du personnel. Les entrées inscrites et conservées dans le dossier de santé électronique sont considérées comme des éléments permanents du dossier et ne peuvent pas être supprimées. S'il est nécessaire d'apporter des corrections à une entrée après qu'elle a été enregistrée, les politiques de l'établissement donnent des directives sur la façon de le faire.

Les organisations qui utilisent une documentation électronique devraient avoir des politiques appuyant son utilisation, notamment sur les points suivants :

- correction des erreurs dans les dossiers ou inscription d'entrées en retard;
- prévention de la suppression de l'information;
- indication des changements et des mises à jour des dossiers;
- protection de la confidentialité des renseignements des clients;
- maintien de la sécurité du système (mots de passe, protection contre les virus, cryptage, pare-feu);
- détection de l'accès non autorisé à l'information sur les clients;
- procédure de tenue des dossiers dans les organisations qui utilisent à la fois des systèmes électroniques et sur papier;
- copies de sécurité de l'information des clients;
- procédures de tenue des dossiers en cas de défaillance du système.

Directives pour les IAA qui utilisent des dossiers de santé électroniques

Les directives suivantes s'appliquent aux IAA qui utilisent des systèmes de tenue des dossiers de santé.

Directive	Raison
Ne jamais révéler votre numéro d'identification personnel et votre mot	La communication de mots de passe est une activité pleine de risques, car elle permet à d'autres d'avoir accès en votre nom à l'information sur les clients. Les IAA qui

Tenue des dossiers

de passe, et ne jamais y donner accès à d'autres.	communiquent leurs mots de passe, ou qui ne prennent pas des mesures raisonnables pour les protéger, peuvent être tenues responsables de toute activité effectuée en leur nom.
Changer les mots de passe à des intervalles fréquents et réguliers (selon la politique de l'organisation); choisir des mots de passe qui ne sont pas faciles à déchiffrer.	Cela diminue les chances que votre code soit utilisé par d'autres.
Informez votre supérieur immédiat si vous soupçonnez que le code d'identification personnelle qui vous est attribué est utilisé par quelqu'un d'autre.	Cela établit une date limite et aide à distinguer entre vos entrées et celles qu'un autre soignant a ajoutées en utilisant l'information qui vous donne l'accès.
Vous déconnecter quand vous n'utilisez pas le système ou quand vous quittez le terminal.	Cela diminue les chances de violation non intentionnelle de la confidentialité de l'information du client.
Maintenir la confidentialité de toute l'information, y compris les copies imprimées sur papier.	
Déchiqueter et jeter l'information sur papier qui identifie le client.	
Installer les imprimantes communes à des endroits sûrs et inaccessibles au public.	
Aller chercher immédiatement l'information imprimée.	
Protéger l'information des clients affichée sur des moniteurs (par exemple au moyen d'un économiseur d'écran, de l'emplacement des moniteurs, de cloisons de protection).	
Utiliser seulement des systèmes d'accès protégé pour enregistrer l'information du client.	

Il est essentiel de reconnaître que l'accès à l'information du client à d'autres fins que pour fournir des soins infirmiers constitue une violation de la confidentialité et peut être considéré comme une faute professionnelle.

Transmission par télécopieur

La transmission par télécopieur (*fax*) est une méthode commode et efficace de communication de l'information entre soignants. La protection de la vie privée du client est le risque le plus important dans la transmission par télécopieur, et des précautions spéciales sont nécessaires quand on utilise cette forme de technologie. Suivez les politiques et les procédures de l'organisation à chaque transmission par télécopieur.

Directives pour les IAA qui utilisent la technologie du télécopieur pour transmettre de l'information sur les clients

Les directives suivantes visent à protéger la vie privée du client quand on utilise la technologie du télécopieur pour transmettre de l'information sur les clients.

Directive	Raison
Installer les télécopieurs à des endroits sûrs et inaccessibles au public.	Cela diminue les chances de violation non intentionnelle de la confidentialité de l'information du client.
Faire des efforts raisonnables pour assurer que la télécopie sera récupérée immédiatement par le destinataire visé ou sera conservée à un endroit sûr jusqu'à ce qu'elle soit ramassée.	
Déchiqueter et jeter l'information envoyée par télécopieur qui identifie le client.	
Vérifier soigneusement les rapports d'activité pour confirmer que la transmission a réussi.	Cela assure que la télécopie a été envoyée et ne reste pas dans la file d'attente pour être réenvoyée ou examinée par quelqu'un d'autre.
Inclure une page couverture portant une <u>déclaration de confidentialité</u> qui indique que la télécopie est confidentielle et prescrit aux destinataires non voulus de détruire immédiatement le document sans le lire.	C'est une mesure de protection qui rend le destinataire non voulu responsable de toute utilisation qu'il peut faire de l'information qui lui a été envoyée par erreur.
Réclamer des systèmes et des politiques sécuritaires et confidentiels pour la transmission des télécopies.	C'est une mesure de leadership importante qui contribue à la qualité des milieux de pratique.

L'information sur le client reçue ou envoyée par télécopieur est une forme de document sur le client et est conservée sous forme électronique ou imprimée sur papier; on y appose une étiquette appropriée portant les renseignements nécessaires sur le client et on la verse au dossier de santé du client. Les télécopies font partie du dossier permanent du client et, si elles sont pertinentes, leur divulgation lors de poursuites judiciaires peut être obligatoire. Si l'ordonnance d'un médecin est reçue par télécopieur, les IAA sont tenues de prendre tous les moyens nécessaires pour confirmer l'authenticité de l'ordonnance.

Courrier électronique

L'emploi du courrier électronique par les organisations et les professionnels des soins de santé se répand de plus en plus en raison de sa vitesse, de sa fiabilité, de sa commodité et de son faible coût. Malheureusement, les facteurs qui rendent l'emploi du courriel si avantageux causent aussi des risques importants touchant la confidentialité, la sécurité et les problèmes juridiques.

Le courriel peut être comparé à une carte postale. Il n'est pas scellé et peut être lu par n'importe qui. Comme la sécurité et la confidentialité du courrier électronique ne peuvent pas être garanties, ce n'est pas une méthode recommandée pour la transmission de l'information sur la santé. Les messages peuvent être facilement mal adressés ou interceptés par un destinataire non souhaité. L'information peut ensuite être lue, transmise à d'autres ou imprimée. Bien que les messages sur un ordinateur local puissent être effacés, ils ne sont jamais effacés du serveur central qui dirige le message et peuvent en fait être récupérés.

Directives pour la protection de la confidentialité dans l'utilisation du courriel pour transmettre l'information sur le client

Après examen de ces risques et des autres moyens de transmettre l'information sur la santé, le courrier électronique peut être dans certains cas l'option préférée pour satisfaire aux besoins du client. Les directives suivantes peuvent aider les IAA à protéger le secret des renseignements du client.

Directive	Raison
Obtenir le consentement du client avant de transmettre par courriel l'information sur la santé suivant les prescriptions de la politique.	Même avec des mesures de protection, la transmission de l'information par courriel comporte de plus grands risques. Le client devrait être informé de la procédure et des risques éventuels.
Envoyer le courriel en utilisant un logiciel de sécurité spécial (par exemple, cryptage, vérification de l'utilisateur ou connexions sécurisées d'un point à l'autre).	Le cryptage protège contre le piratage et empêche les personnes non autorisées d'avoir accès à l'information sur le client.
Ne jamais révéler le mot de passe de votre courriel et ne jamais y donner accès à d'autres.	La communication de mots de passe est une activité pleine de risques, car elle permet à d'autres d'avoir accès en votre nom à l'information sur les clients. Les IAA qui communiquent leurs mots de passe, ou qui ne prennent pas des mesures raisonnables pour les protéger, peuvent être tenues responsables de toute activité effectuée en leur nom.
Vérifier que l'adresse de courriel des destinataires visés est correcte avant d'envoyer le courriel.	Cela diminue les chances de violation non intentionnelle de la confidentialité de l'information du client.
Assurer que la transmission et la réception du courriel se font à une adresse de courriel unique.	
Maintenir la confidentialité de toute l'information, y compris celle qui est reproduite sur papier.	
Installer les imprimantes à des endroits sûrs et inaccessibles au public.	

Tenue des dossiers

Aller chercher immédiatement l'information imprimée.	
Inclure un avis de confidentialité indiquant que l'information envoyée est confidentielle, que le message ne doit être lu que par le destinataire visé et qu'il ne doit pas être copié ou transmis à d'autres.	C'est une mesure de protection qui rend les destinataires non voulus responsables de toute utilisation qu'ils peuvent faire de l'information qui leur a été envoyée par erreur.
Ne jamais transmettre un courriel reçu au sujet d'un client sans le consentement écrit du client.	Le client doit accorder la permission pour que son information soit communiquée à d'autres; consulter les politiques et les procédures de l'organisme local.
Réclamer des systèmes et des politiques sécuritaires et confidentiels concernant le courrier électronique.	C'est une mesure de leadership importante qui contribue à la qualité des milieux de pratique.

Il est important de comprendre que les messages par courriel sont une forme de document sur le client et sont conservés sous forme électronique ou imprimés sur papier; on y appose une étiquette appropriée portant les renseignements nécessaires sur le client et on la verse au dossier de santé du client. Les courriels font partie du dossier permanent du client et, s'ils sont pertinents, leur divulgation lors de poursuites judiciaires peut être obligatoire. Les courriels sont écrits en conséquence. Les IAA sont tenues de prendre tous les moyens nécessaires pour confirmer l'authenticité des ordonnances reçues par courrier électronique. Les IAA ne peuvent pas non plus utiliser leur compte de courriel personnel (hors du travail) pour envoyer et recevoir de l'information sur les clients, en raison du danger de violation de la confidentialité. Elles ne peuvent pas non plus accepter des ordonnances envoyées par message texte en raison du danger de mauvaise interprétation et de la difficulté de validation de l'authenticité et de tenue des dossiers.

Soins infirmiers à distance

L'offre de conseils par téléphone n'est pas une nouvelle fonction pour les IAA. Ce qui est nouveau, c'est le nombre croissant de gens qui veulent utiliser des lignes d'assistance téléphonique qui les aident à prendre des décisions sur le moment et la manière d'utiliser des services de soins de santé. Des organismes tels que les unités de santé, les hôpitaux et les cliniques utilisent de plus en plus les conseils par téléphone comme moyen efficace, adapté et économique d'aider les gens à prendre soin d'eux-mêmes ou à avoir accès aux services de soins de santé. Les soins infirmiers à distance sont assujettis aux mêmes principes de protection de la vie privée des clients que tous les autres types de soins infirmiers.

Les IAA qui fournissent des soins par téléphone sont tenues de consigner au dossier leur interaction téléphonique. L'entrée au dossier peut se faire sous forme écrite (par exemple, registre ou formulaire de dossier de client) ou par ordinateur. L'entrée au dossier doit inclure au moins ce qui suit :

- la date et l'heure d'arrivée de l'appel (y compris les messages sur boîte vocale);
- la date et l'heure de réponse à l'appel;

Tenue des dossiers

- le nom, le numéro de téléphone et l'âge de l'appelant, si cela est pertinent (lorsque l'anonymat est important, cette information peut être omise);
- la raison de l'appel, les conclusions de l'évaluation, les signes et symptômes décrits, le protocole ou l'arbre de décision spécifique utilisé (s'il y a lieu) pour traiter l'appel, les conseils ou l'information donnés, les renvois à d'autres soignants, l'accord sur les étapes suivantes pour le client et le suivi nécessaire.

Parfois, les clients qui demandent des conseils ne vivent pas au Nouveau-Brunswick. Les IAA peuvent offrir un suivi ou des conseils par téléphone à un client qui réside hors du Nouveau-Brunswick dans le contexte suivant :

- la première évaluation du client a été faite en personne au Nouveau-Brunswick par un soignant ayant les connaissances, les compétences, le jugement et l'autorité nécessaires pour établir un plan de soins;
- le client a un plan de soins bien établi et y réagit de la façon espérée;
- l'IAA a les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour s'adonner à cette pratique;
- l'employeur a des procédures établies (personnel, renvois, politiques) suffisantes pour soutenir cette pratique;
- le client réside actuellement dans une province ou un territoire du Canada.

L'association déconseille l'offre de de conseils par téléphone aux clients qui n'ont pas leur résidence permanente dans une province ou un territoire du Canada, ou qui résident au Canada mais sont temporairement à l'extérieur du pays (en vacances par exemple).

Conclusion

Les IAA devraient reconnaître que la tenue des dossiers sur leurs décisions et actions infirmières est tout aussi importante sur le plan professionnel et juridique que les soins directs qu'elles prodiguent aux clients. Une tenue des dossiers de qualité est un élément important de la pratique des IAA; elle est essentielle à l'obtention de résultats positifs pour le client et elle est un élément clé du respect de leurs *Normes de pratique*.

Questions souvent posées sur la tenue des dossiers

Qui est propriétaire du dossier de santé?

L'organisation ou l'IAA autonome qui compile le dossier de santé du client est le propriétaire légal du dossier considéré comme bien matériel physique ou électronique. Toutefois, l'information au dossier appartient au client. Les clients ont le droit d'accès à leurs dossiers et à la protection de leur vie privée en ce qui touche l'accès, la conservation, l'extraction et la transmission des dossiers. Les droits des clients et les obligations des organisations publiques sont précisés dans la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et sont souvent résumés dans les politiques des organisations.

L'information au dossier de santé du client est-elle confidentielle?

Oui. L'information au dossier de santé est considérée confidentielle. Le consentement du client à la divulgation de cette information au personnel de l'organisation pour des fins liées aux soins et aux traitements est présumé au moment de l'admission, à moins qu'une exception spécifique ne soit établie par une loi telle que la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* ou par la politique de l'organisation. Le consentement du client est nécessaire si le contenu du dossier de santé doit servir à la recherche ou si toute information sur le client doit être transmise hors de l'organisation.

Les clients ont-ils accès à leur dossier de santé?

Oui. Les normes de pratique des IAA au Canada, adoptées par l'AIAANB en 2013, prescrivent que dans les circonstances appropriées, les IAA peuvent donner aux clients l'accès à leur dossier de santé ou les aider à l'obtenir. Ces normes sont conformes à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, aux termes de laquelle les clients peuvent présenter des demandes écrites d'accès à leurs dossiers ou de renseignements qui ne seraient peut-être pas normalement fournis par ailleurs. Consultez la politique de l'organisation sur la procédure à suivre quand des clients demandent l'accès à leurs dossiers de santé.

Comment l'information contenue dans le registre des communications et les rapports de quart est-elle communiquée?

Les registres des communications et les rapports de quart ne font pas partie du dossier de santé légal. Ce sont des outils qui servent à échanger de l'information entre les soignants et à les avertir de l'existence d'une information essentielle au soin de leurs clients. Ces outils servent à diriger les autres vers le dossier de santé, où les renseignements pertinents sont inscrits en détail. L'information pertinente sur la santé qui est communiquée par ces outils *doit* être enregistrée dans le dossier de santé.

À l'occasion, j'appelle un autre fournisseur de soins de santé parce que j'ai des questions sur le client. Devrais-je inscrire au dossier que j'ai fait ces appels? Devrais-je inscrire au dossier qu'on ne m'a pas rappelée?

Il est important d'inscrire les faits dans le dossier de santé du client. Dans les cas où des appels sont faits à cause d'une préoccupation au sujet d'un certain client, une note de ces appels est inscrite dans les notes d'évolution (des infirmières auxiliaires). La note devrait indiquer la raison de votre appel et qui vous avez appelé. Si on vous rappelle, indiquez le résultat de la conversation. Si on ne vous rappelle pas dans un délai raisonnable, indiquez ce que vous avez fait ensuite (par exemple, rappeler, appeler un autre fournisseur de soins, aviser votre supérieur) et les mesures que vous avez prises pour traiter la situation qui faisait l'objet de votre appel. Si vous terminez votre quart et si on ne vous a pas rappelée avant votre départ, inscrivez au dossier une mention indiquant que vous avez transmis l'information à la soignante qui vous remplace.

Des pages ou des entrées au dossier devraient-elles être recopiées?

En général, on ne devrait pas recopier des pages ou des entrées du dossier. Les erreurs sont corrigées conformément à la politique de l'organisation. Consultez la politique de votre organisation sur la gestion de l'information ou des pages qui sont difficiles à lire.

Comment est-ce que je traite les erreurs dans les entrées, les changements ou les ajouts?

Les inexactitudes inscrites au dossier peuvent entraîner des décisions inappropriées et des dommages à la santé du client. Les erreurs doivent être corrigées conformément à la politique de l'organisation. Le contenu en question doit rester clairement visible ou pouvoir être récupéré de sorte que la raison d'être et le contenu de la correction soient compris clairement. Si une erreur se trouve dans la documentation sur papier, ne faites pas d'entrées entre les lignes, n'enlevez rien (par exemple, bandelettes de test, rapports de laboratoire, réquisitions, listes de contrôle), n'effacez pas, n'utilisez pas de produits correcteurs, d'autocollants ou de crayon-feutre pour cacher ou masquer l'erreur.

La politique de l'organisation devrait indiquer aux IAA les moyens acceptés pour corriger les erreurs. Une pratique généralement reconnue pour corriger une erreur dans un système sur papier consiste à biffer les mots avec une seule ligne, d'écrire « erreur » au-dessus de la ligne et d'inscrire vos initiales, ainsi que la date et l'heure où la correction a été faite, et à inscrire l'information correcte.

Pour protéger l'intégrité du dossier de santé, les changements ou les ajouts doivent être effectués avec grand soin. N'enlevez jamais des pages. Un client, un autre décideur ou un autre soignant peut demander des changements ou des ajouts au dossier. Consultez la politique de l'organisation au sujet de la procédure appropriée à suivre pour traiter cette demande.

Le défaut de corriger une erreur de façon appropriée (conformément à la politique de l'organisation), de corriger ou de modifier l'entrée au dossier faite par un autre peut être traité comme une falsification du dossier. La falsification de dossiers est considérée comme une faute professionnelle.

Comment les entrées en retard sont-elles effectuées?

L'inscription au dossier devrait être effectuée le plus tôt possible après un événement. Quand il n'est pas possible de faire une inscription au dossier au moment de l'événement ou tout de suite après, ou si beaucoup de temps s'est écoulé, une entrée tardive est nécessaire. Les entrées tardives devraient être signalées clairement (par exemple, « Entrée tardive ou addenda aux soins ») et devraient être datées individuellement. Elles devraient indiquer l'heure réelle de leur inscription ainsi que l'heure où les soins ou l'événement ont eu lieu. La politique de l'employeur devrait définir comment les entrées tardives (pendant le même quart ou beaucoup de temps après) sont traitées.

Quels dossiers les infirmières et infirmiers auxiliaires autonomes sont-ils obligés de tenir?

Les infirmières et infirmiers auxiliaires autonomes doivent avoir un système de tenue des dossiers. Ce qui y est inscrit dépend du genre de service offert. Les formulaires peuvent être simples tout en couvrant l'évaluation infirmière, les plans, les interventions et les résultats pour le client. Un carnet de bord indiquant les heures de pratique est également recommandé, pour assurer que l'IAA peut justifier ses heures de pratique en cas de vérification.

Références

- College of Licensed Practical Nurses of Newfoundland and Labrador (2010). *Documentation standards for registered practical nurses*. St. John's (T.-N.); auteur.
- Beach, J., et J. Oates (2014). « Maintaining best practices in record-keeping and documentation ». *Nursing Standard*, 28(36), 45-50.
- Blair, W. et B. Smith (2012). « Nursing documentation: Frameworks and barriers ». *Contemporary Practical nurse*, 41(2), 160-168.
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2015). *Profil des compétences en soins infirmiers auxiliaires au Nouveau-Brunswick*. Fredericton (N.-B.); auteur.
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2013a). *Normes de pratique des soins infirmières et infirmiers auxiliaires autorisé(e)s au Canada*. Fredericton (N.-B.); auteur.
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2013b). *Code de déontologie des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé(e)s au Canada*. Fredericton (N.-B.); auteur.
- Registered Practical Nurses Association of Ontario (2006). *Relations thérapeutiques entre infirmière ou infirmier auxiliaire et client*. Toronto (ON); auteur.
- Registered Practical Nurses Association of Ontario (2008). *Practice Standard: Documentation*. Toronto (ON); auteur.
- College of Licensed Practical Nurses of British Columbia (2013). *Nursing documentation*. Vancouver (C.-B.); auteur.
- College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia (2012). *Documentation standards for registered practical nurses*. Halifax (N.-É.); auteur.
- Collins, S., C. Kenrick, D. Albers, K. Scott, P. Stetson, S. Bakken et D. Vawdrey (2013). « Relationship between nursing documentation and patient's mortality ». *American Journal of Critical Care Nursing*, 22(4), 306-313.
- Durgahee, T. (1997). « Reflective Practice : Nursing ethics through story telling ». *Nursing Ethics*, 4(2), 135-146.
- Grant, A., et A. Ashman (1997). *A practical nurse's practical guide to the law*. In Canada Law Book Inc. (133-153). Aurora (ON); Aurora Professional Press.

- Harper, C. (2007). « How interdisciplinary documentation improves the bottom line ». *Rehabilitation Nursing*, 32(3), 91-92, 111.
- Ioanna, P., K. Stilianoi et B. Vasiliki (2007). « Nursing documentation and recording systems of nursing care ». *Health Science Journal*, 4.
- Jefferies, D., M. Johnson et R. Griffiths (2010). « A meta-analysis of the essentials of a quality nursing documentation ». *International Journals of Nursing Practice*, 16, 112-124.
- Patrick, A., H.K. Spence Laschinger, C. Wong et J. Finegan (2011). « Developing and testing a new measure of staff practical nurse clinical leadership : The clinical leadership survey ». *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460.
- Potter, P. et A. Perry (2010). *Canadian Fundamentals of Nursing*. Toronto (ON); Elsevier Canada.
- Prideaux, A. (2011). « Issues in nursing documentation and recordkeeping practice ». *British Journal of Nursing*, 20, (22), 1450-1454.
- Saskatchewan Registered Practical Nurses Association (2011). *Documentation : Guidelines for registered practical nurses*. Regina (Saskatchewan); auteur.