

Les Cahiers de droit



Sous-section 1 - Constitution et contenu du dossier

Volume 15, numéro 2, 1974

La responsabilité hospitalière

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/041963ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/041963ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté de droit de l'Université Laval

ISSN

0007-974X (imprimé)

1918-8218 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

(1974). Sous-section 1 - Constitution et contenu du dossier. *Les Cahiers de droit*, 15(2), 501–504. <https://doi.org/10.7202/041963ar>

Tous droits réservés © Faculté de droit de l'Université Laval, 1974

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Sous-section 1 – Constitution et contenu du dossier

C'est à l'article 3.5.1 du règlement de la Loi 48 que se trouve le fondement de l'obligation pour le centre hospitalier de constituer un dossier pour chaque patient :

« 3.5.1 : Dossier : Un établissement tient un dossier individuel sur chacune des personnes qui y requiert ou obtient des services.

Les renseignements exigés par l'article 3.1.2 sont conservés dans ce dossier.

Dans un centre hospitalier, un dossier est constitué pour chaque nouveau-né admis à la pouponnière ».

Ainsi, suivant cet article, le centre hospitalier est obligé de tenir un dossier sur chaque personne qui y requiert ou y obtient des services. En fait, une seule exception est prévue à ce principe, soit dans le cas de personnes qui ne sont qu'enregistrées au centre hospitalier²⁸⁷. En effet, l'article 3.5.3. du règlement de la Loi 48 édicte que :

« 3.5.3 : Services externes : Lorsqu'un centre hospitalier ne fournit à une personne que des services diagnostiques en externe, il n'est pas tenu d'ouvrir un dossier mais doit inscrire le nom de cette personne et la nature des services rendus sur un registre spécial tenu à cette fin ».

Mais que signifie exactement cette obligation pour le centre hospitalier de « tenir » un dossier ? Afin de pouvoir répondre à cette question, il est nécessaire, croyons-nous, de nous arrêter d'abord sur le contenu du dossier.

Ce sont les articles 3.5.1, 3.1.2 et 3.5.2 du règlement de la Loi 48 qui nous donnent le contenu du dossier. En effet, le second alinéa de l'article 3.5.1 prévoit que :

« Les renseignements exigés par l'article 3.1.2 sont conservés dans ce dossier ».

Or, l'article 3.1.2 se lit comme suit :

« 3.1.2 : Renseignements : Une personne admise, inscrite ou enregistrée dans un établissement doit déclarer son nom actuel, son nom à la naissance, la date et le lieu de celle-ci, son prénom usuel et autres initiales, son sexe, état civil, adresse, nom à la naissance de sa mère, nom et prénom de son dernier conjoint.

Ces renseignements sont transmis au ministre par l'établissement ».

Comme on peut le constater, il s'agit essentiellement de renseignements ayant trait à l'identification du patient. Par contre, les renseignements exigés à l'article 3.5.2 concerneront son état de santé :

287. Cf., section 1, *supra*, p. 421.

« 3.5.2: Contenu du dossier: Le dossier tenu par un centre hospitalier comprend, entre autres éléments:

- a) l'observation médicale, l'examen physique, le diagnostic provisoire et, s'il y a lieu, l'examen dentaire;
- b) les feuilles d'ordonnances;
- c) les notes d'évolution rédigées par le personnel professionnel;
- d) le rapport sur la nécessité de la cure fermée et le rapport sur la capacité de la personne d'administrer ses biens si tels rapports sont faits en vertu de la Loi de la protection du malade mental (L.Q., 1972, ch. 44);
- e) les demandes et rapports de consultations;
- f) les demandes et rapports de traitements;
- g) les clichés radiologiques, les tracés d'électrocardiographie et d'électroencéphalographie ainsi que les autres pièces ayant servi à l'établissement d'un diagnostic;
- h) les rapports d'examens diagnostiques et notamment le diagnostic préopératoire du chirurgien devant effectuer une opération, la nature de l'opération projetée et les motifs qui justifient l'intervention;
- i) les formules d'autorisations légales;
- j) le protocole d'anesthésie;
- k) le protocole opératoire, dans les 24 heures de toute intervention, indiquant les constatations, les techniques opératoires utilisées et la description des pièces prélevées;
- l) le rapport d'anatomo-pathologie;
- m) les rapports d'infection;
- n) un rapport sur tout cas d'accident survenu dans l'établissement;
- o) le rapport d'autopsie;
- p) une copie de la déclaration de décès;
- q) la feuille sommaire, comportant le diagnostic final, les diagnostics secondaires, les complications, les interventions chirurgicales, les manœuvres obstétricales et l'authentification du médecin traitant;
- r) un résumé du dossier ou au moins une note de départ; et
- s) toute autre pièce requise par les règlements internes du centre hospitalier. »

Bien que la liste des éléments énumérés à l'article 3.5.2 soit fort longue, il nous semble clair, à la lecture même de cet article, qu'elle ne saurait être considérée comme exhaustive. L'article 3.5.2 le spécifie d'ailleurs dès le début ainsi qu'au paragraphe s):

« Le dossier tenu par un centre hospitalier comprend, entre autres éléments:

[...]

s) toute autre pièce requise par les règlements internes du centre hospitalier ».

L'obligation du centre hospitalier relativement aux pièces que doit contenir le dossier ne saurait donc se limiter à celles prévues aux articles 3.1.2 et 3.5.2. Ceci implique donc que toute autre indication jugée nécessaire devra être portée au dossier du patient sans quoi le

centre hospitalier pourrait se voir blâmer pour négligence dans la constitution de son dossier. Par contre, il est bien évident que la liste d'éléments contenus à l'article 3.5.2 du règlement est une liste générale et que le dossier de chaque patient ne contiendra pas nécessairement tous ces éléments. Ainsi, il n'y aura de « copie de déclaration de décès »²⁸⁸ que si le patient est décédé !

Signalons enfin que d'autres articles du règlement viennent préciser quelques-uns des éléments mentionnés à l'article 3.5.2. C'est ainsi que, par exemple, l'article 3.6.1 établit certaines normes concernant la rédaction des feuilles d'ordonnance (art. 3.5.2 par. b) alors que l'article 3.5.5 en fait de même relativement aux notes d'évolution (art. 3.5.2 par. c) :

« 3.6.1 : Feuilles d'ordonnance : Une ordonnance prescrite à une personne admise ou inscrite dans un établissement doit être faite par écrit, datée et signée par un médecin ou un chirurgien dentiste sur une feuille d'ordonnance et doit être versée au dossier de la personne ».

« 3.5.5 : Notes d'évolution : Les notes d'évolution rédigées par un médecin, un dentiste ou un membre du personnel professionnel sont consignées par ordre chronologique sur une ou des feuilles indiquant la nature du service, le nom du professionnel qui l'a rendu, l'indication, le cas échéant, de la nécessité d'une relance et de la date où elle devrait être faite et enfin, une référence, s'il y a lieu, aux pièces du dossier contenant les observations du personnel traitant, le diagnostic médical ou psycho-social ou tout autre renseignement relatif aux services rendus ».

Cette description du contenu du dossier nous permet de conclure que le centre hospitalier ne doit pas se contenter d'« ouvrir » un dossier pour chaque patient mais doit le constituer véritablement, c'est-à-dire y inclure toutes les pièces nécessaires. Or, nous croyons que l'obligation qui incombe au centre hospitalier de voir à ce qu'ainsi les divers éléments constituant le dossier d'un patient y soient consignés en est une de résultat. Il y aurait sûrement négligence de la part d'un centre hospitalier (et plus spécialement de son service d'archives médicales) si, par exemple, le diagnostic pré-opératoire, les formules d'autorisations légales, le protocole d'anesthésie ou le protocole opératoire²⁸⁹ ne se trouvaient pas dans le dossier d'un patient ayant subi une opération. Nous croyons que le centre hospitalier ne pourrait s'exonérer qu'en prouvant un cas fortuit ou un cas de force majeure.

Mais, attention ! Si nous soutenons qu'il y a obligation de résultat pour le centre hospitalier de voir à ce qu'ainsi les divers éléments

288. Règlement de la Loi 48, art. 3.5.2 par. p.

289. Règlement de la Loi 48, art. 3.5.2 par. h) i) j) et k). À noter qu'en vertu du paragraphe k), le protocole opératoire doit être complété dans les 24 heures de l'opération.

constituant le dossier médical y soient consignés, on ne peut exiger par contre que le contenu de chacun de ces éléments soit rigoureusement exact et absolument complet. Par exemple, il se peut que le médecin ait omis dans son protocole opératoire un détail qu'il n'a pas constaté lui-même au cours de l'opération. De même, on ne retrouvera pas dans le dossier d'un patient la mention d'une chute en bas de son lit, si elle s'est faite sans témoin et que le patient n'en a pas parlé. L'obligation du centre hospitalier quant au contenu de chacun des éléments du dossier n'est donc évidemment qu'une obligation de moyen. Une conclusion contraire serait d'ailleurs totalement illogique puisque bien des obligations du centre hospitalier envers le patient sont de moyen et que le dossier n'est que l'ensemble des constatations résultant de ces obligations de moyens.

Évidemment, en pratique, il sera parfois difficile de découvrir pourquoi un élément manque au dossier ou est inexact. S'agit-il de négligence ou de conspiration du silence quant à ce fait, de la part du centre hospitalier, ou au contraire d'un fait qui n'a pas été constaté? Ainsi, dans la cause *St-Hilaire v. S.*²⁹⁰, un médecin inscrivit dans le dossier un diagnostic erroné afin de protéger un confrère dans un souci de solidarité professionnelle.

Sous-section 2 – Conservation du dossier

L'obligation pour le centre hospitalier de conserver le dossier qu'il a constitué est énoncée implicitement au second alinéa de l'article 7 de la Loi 48, lorsqu'on y mentionne que l'établissement a la garde du dossier :

« Toutefois, un professionnel peut prendre connaissance d'un tel dossier pour fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, avec l'autorisation du directeur des services professionnels de l'établissement qui a la garde du dossier ou, faute d'un tel directeur, avec l'autorisation du directeur général ».

Ce sont cependant les articles 3.5.7 et 3.5.8 du règlement de la Loi 48 qui précisent le contenu de cette obligation :

« 3.5.7: Conservation: Un dossier doit être conservé par l'établissement qui l'a constitué dans un lieu déterminé par le conseil d'administration

290. Cf., *supra*, note 150, pp. 256 et 267. Voir aussi l'arrêt *Coulombe v. Hôtel-Dieu de Montréal*, *supra*, note 2, C.A., où les juges s'interrogent sur le fait qu'une chute d'un patient en bas de son lit n'a pas été signalée au dossier.