



Agence **N**ationale
d'**A**ccréditation et
d'**É**valuation en **S**anté

LE DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE

MAI 2001

Service des recommandations et références professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en Mai 2001. Il peut être acheté (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service communication et diffusion

159, rue Nationale 75640 Paris Cedex 13 – Tél. : 01 42 16 72 72 – Fax : 01 42 16 73 73

© 2001. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

AVANT-PROPOS

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour le clinicien d'assimiler toutes les informations découlant de la littérature scientifique, d'en faire la synthèse et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a succédé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des Recommandations Professionnelles. À ce titre, elle contribue à mieux faire comprendre les mécanismes qui relient évaluation, amélioration de la qualité des soins et régularisation du système de santé.

Les Recommandations Professionnelles sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux praticiens une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.

Les Recommandations Professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans son document intitulé : « Les Recommandations pour la Pratique Clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 ».

Le développement des Recommandations Professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout acteur de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général de l'ANAES

La méthode utilisée est celle décrite dans le guide d'élaboration des «Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 », publié par l'ANAES.

L'ensemble du travail a été coordonné par M. Michel GEDDA, responsable de projet, sous la responsabilité de M. le P^r Alain DUROCHER, responsable du service des recommandations et références professionnelles.

La recherche documentaire a été réalisée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M^{me} Nathalie HASLIN.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Marie-Laure TURLET.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique dont les noms suivent.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier M^{me} Rozenn BOTOCHRO pour sa contribution relative à l'enquête de pratique réalisée auprès des professionnels et des instituts.

GROUPE DE TRAVAIL

M. le P^r Jean-Pierre DAURES, rééducateur, Nîmes ; président du groupe de travail
M^{me} Christine ORVOINE, ergothérapeute, Rennes ; chargée de projet du groupe de travail
M. Michel GEDDA, chef de projet, service des recommandations et références professionnelles, Anaes, Paris

M. le D^r Daniel BENYAMINE, médecine physique et réadaptation, Lyon
M^{me} Sergine BUISSON, psychologue, Paris
M. le D^r Philippe CARRET, médecin généraliste, Salins-les-Bains
M. Yves CHATRENET, masseur-kinésithérapeute, Plateau d'Assy
M^{me} Claude COUILLIEN MARTIN, orthophoniste, Marseille
M^{me} Marie-Christine DÉTRAZ, ergothérapeute cadre de santé, Ploemeur
M. Philippe FALBET, orthoprothésiste, Bordeaux Bruges

M^{me} Michèle GEBER, kinésithérapeute, Niort
M. le P^r Pierre-Alain JOSEPH, neurologue, Bordeaux
M. Hadj KALFAT, ergothérapeute, Limoux
M^{me} Claire MATTER, cadre infirmier, Mulhouse
M^{me} Pascaline MEILLER, ergothérapeute, Saint-Maurice
M. le D^r Jean SENGLER, médecine physique et réadaptation, Mulhouse
M. Paul SOUCIET, ergothérapeute, Villejuif
M. le D^r Jean-Pierre VIGNAT, psychiatre, Lyon

GROUPE DE LECTURE

M^{me} Jeannette BERNARD, ergothérapeute, Rouillet Saint-Estèphe
M. Marc BLANC, masseur-kinésithérapeute, Le Port-Barcarès
Mme le D^r Frédérique BRUDON, neurologue, Villeurbanne
M. Éric DECHAMPS, orthoprothésiste, Villiers Saint-Denis
M^{me} Agnès DECONINCK, ergothérapeute, Bois-Guillaume
M. Jean DELÉPINE, surveillant-chef, Ballan-Miré
M. le D^r Jean-Pascal DEVAILLY, médecine physique et réadaptation, Bobigny
M. le D^r Christophe DHÔTE, psychiatre, Paris
M^{me} Brigitte DUSSO, directrice des soins, Pont d'Héry
M. Didier d'ERCEVILLE, ergothérapeute, Saint-Saturnin
M^{me} Béatrice GALLOT, ergothérapeute, Marseille
M. le P^r Vincent GAUTHERON, médecine physique et réadaptation, Saint-Étienne
M^{lle} Chantal GÉRIN, ergothérapeute, Pierre-Bénite
M^{me} Brigitte GOBERT, kinésithérapeute, Roubaix
M. Philippe GROSSMANN, ergothérapeute, Strasbourg

M^{me} Claire HENNEQUIN, ergothérapeute, Lorient
M^{me} Hélène HERNANDEZ, directrice technique, Créteil
M^{me} Florence JEAY, ergothérapeute, Tourlaville
M^{me} Anne LACOMBE, ergothérapeute, Vaugneray
M. Jean-Michel LARDRY, masseur-kinésithérapeute, Dijon
M. le P^r Michel LEJOYEUX, psychiatre, Colombes
M^{me} Catherine LEROUX, ergothérapeute, Saint-Omer-en-Chaussée
M^{me} Lucienne LETELLIER, kinésithérapeute, Paris
M^{me} Sophie LOYER, ergothérapeute, Tours
M^{me} Isabelle MATHEZ, ergothérapeute, Eaubonne
M. le D^r Bernard MONTAGNE, neurologue, Roubaix
M. le D^r Gérard NADEAU, médecine physique et réadaptation, Saint-Gilles-Croix-de-Vie
M. le D^r Alain NYS, médecine physique et réadaptation, Neuilly-sur-Seine
M^{me} Frédérique PLUCHARD-LEFEBVRE, ergothérapeute, Saint-Dié-des-Vosges
M. Vincent QUÉAU, ergothérapeute, Avignon

M. le D^r Philippe RICHARD, médecin
généraliste, Compertrix
M^{me} Maryse SAINSON, kinésithérapeute, Avon
M. Philippe SENECHAL, ergothérapeute, Plateau
d'Assy

M^{me} Odile SÉRAPHIN, ergothérapeute, Lyon
M. Dominique-Louis TIQUET, ergothérapeute,
Ivry-sur-Seine
M. le D^r Emmanuel VASSEUR, gériatre, Angers

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
MÉTHODOLOGIE	10
TEXTE DES RECOMMANDATIONS	12
ARGUMENTAIRE	15
I. LES DOCUMENTS EXISTANTS	15
I.1. Les textes officiels sur la profession d’ergothérapeute en rapport avec le dossier du patient	15
I.2. État des lieux des dossiers du patient en France	16
I.3. État des lieux de la tenue du dossier du patient en ergothérapie	18
I.4. Articulation entre les différents dossiers	20
II. DÉFINITION ET OBJECTIFS DU DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE	20
II.1. Proposition de définition du dossier du patient en ergothérapie	20
II.2. Objectifs du dossier du patient en ergothérapie	20
II.3. À qui s’adresse le dossier du patient en ergothérapie	21
II.4. La démarche de soins en ergothérapie	22
III. PRÉALABLE À LA MISE EN PLACE DU DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE	23
III.1. Référence aux concepts fondamentaux utilisés en ergothérapie	24
III.2. Référence aux classifications du handicap	24
III.3. Les valeurs de l’ergothérapie	26
IV. CONTENU DU DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE	28
IV.1. Règles principales à respecter.....	28
IV.2. Schéma de la structure du dossier de soins en ergothérapie	28
IV.3. Informations générales	29
IV.4. Connaissance de la personne	32
IV.5. Synthèse des évaluations ergothérapeutiques	33
IV.6. Programme d’intervention en ergothérapie	36
IV.7. Évolution durant le séjour. Actualisation et suivi	37
IV.8. Synthèse et compte rendu.....	38
V. ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE	41
V.1. Guide de remplissage.....	41
V.2. Préparation des professionnels	41
V.3. Aspect éthique.....	42
VI. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA TENUE DU DOSSIER « PAPIER »	43
VI.1. Principes du dossier « papier».....	43
VI.2. Avantages du dossier « papier»	43
VI.3. Inconvénients du dossier « papier » (3).....	44
VII. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA TENUE DU DOSSIER « INFORMATIQUE »	44
VII.1. Avantages du dossier « informatique »	44
VII.2. Dossier « informatique » et patient	45
VII.3. Dossier « informatique » et confidentialité.....	45
VII.4. Principes du dossier « informatique ».....	45
VII.5. Essais de dossiers informatisés en ergothérapie	46

CONCLUSION	47
ANNEXE I. PROPOSITION DE DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE	48
ANNEXE II. ENQUÊTE DE PRATIQUE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS ET DES INSTITUTS DE FORMATION	60
RÉFÉRENCES	68

INTRODUCTION

L'évolution des pratiques professionnelles en ergothérapie, en lien avec les mesures actuelles d'accréditation, incite les professionnels à concevoir et à mettre en œuvre un dossier du patient en ergothérapie, élément constitutif du dossier du patient (1-3). En effet, ce dossier se révèle indispensable à la communication des informations avec le patient et entre professionnels. Il constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins.

Ces notions conduisent les établissements à modifier leur organisation et les professionnels à réfléchir sur leurs pratiques.

Dans ce contexte, le dossier du patient en ergothérapie :

- est un outil de travail et de réflexion en vue d'une démarche de soins de qualité (4,5) ;
- recueille et analyse des données utiles pour l'élaboration d'un plan d'intervention ;
- facilite la coordination entre les professionnels qui interviennent auprès du patient ;
- permet d'évaluer les pratiques professionnelles et d'augmenter les niveaux de compétences (2) ;
- représente un référentiel en ergothérapie (4,5) ;
- fournit les données pour la recherche en ergothérapie ;
- répond aux recommandations sur la qualité des soins et aux critères pour l'accréditation (4).

Le dossier du patient en ergothérapie est un document individualisé qui respecte la personne soignée en optimisant la qualité de sa prise en charge (6,7). Il participe à une meilleure organisation des actions rééducatives et réadaptatives, en facilitant la communication entre les différents acteurs du dispositif. Dans ce sens, ce dossier est une donnée participative au projet d'établissement.

Il est également un outil d'information et de communication pour le patient et son entourage.

MÉTHODOLOGIE

1. Questions

Existe-t-il des obligations légales en ergothérapie relatives au dossier-patient ?
À qui s'adresse-t-il ?
Quels sont les objectifs du dossier du patient en ergothérapie ?
Comment le dossier participe-t-il au processus de l'intervention en ergothérapie ?
Quelles données minimales utiles doit-on y trouver ?
Comment structurer le dossier d'ergothérapie ?
Comment objectiver l'évolution du patient ?
Quels liens écrits doit-on mettre en place avec les autres professionnels ?
Comment faire du dossier du patient en ergothérapie un des éléments du dossier du patient ?

2. Stratégie de la recherche documentaire

Les banques de données MEDLINE, EMBASE, HealthSTAR, PASCAL, BDSP et Cochrane Library ont été interrogées pour la période allant de 1990 à 2000.
Seules les publications de langue française ou anglaise ont été retenues.

Le mot clé : *Occupational therapy* a été associé à :

*Medical Record** OU, *Medical Records*, *Problem-Oriented* OU, *Medical Records Systems*, *Computerized* OU, *Data Collection* OU, *Records* OU, *Por* OU, *problem oriented (dans le titre)* OU, *Record** (en texte libre) OU, *Ambulatory care* OU, *Outpatient** OU, *Outcome Assessment (Health Care)* OU, *Process Assessment (Health Care)* OU, *Assessment (dans le titre)* OU, *Quality Assurance, Health Care* OU, *Quality of Health Care* OU, *Quality Control* OU, *Program Evaluation* OU, *Evaluation Studies* OU, *Organization** OU, *Reference Standards* OU, *Evaluation and Follow Up*.

34 références ont été obtenues sur MEDLINE 2 sur EMBASE et 15 sur HealthSTAR.

la recherche de littérature française a été effectuée.

137 références ont été obtenues sur PASCAL et 106 sur la BDSP.

Le nombre de références indexées sur le sujet étant insuffisant, des sociétés savantes étrangères (surtout nord-américaines et canadiennes) spécialisées en ergothérapie ont été contactées afin d'obtenir des publications exploitables.

Des contacts auprès de l'association mondiale des ergothérapeutes (WFOT) ont facilité la recherche sur ce qui existe sur le sujet, et pour connaître les références correspondantes.

3. Enquête de pratique

Une enquête de pratique (*Annexe 2*) concernant la tenue d'un dossier en ergothérapie a été réalisée auprès :

- des professionnels salariés et libéraux avec l'aide de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) ;
- des instituts de formation initiale en ergothérapie, des instituts de formation des cadres de santé et des instituts de formation continue.

4. Suivi de la démarche

La démarche méthodologique suivie est celle préconisée par le guide « Les recommandations pour la pratique clinique » publié par l'ANAES (8).

Ce guide précise le déroulement de la méthode, les acteurs qui y participent et les critères de qualité pour l'élaboration des recommandations.

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Le groupe de travail recommande à tout ergothérapeute (quel que soit son type d'activité) d'instaurer pour chaque patient un dossier et de le tenir à jour.

Il est recommandé d'intégrer ce dossier, dans la mesure du possible, au sein d'un dossier médical ou au sein d'un dossier unique destiné à l'ensemble du personnel de santé.

Il est conseillé de personnaliser la forme du dossier selon les modalités d'exercice, l'activité et le contexte de chaque professionnel ou centre de soins.

Les recommandations de ce texte sont adaptables aux besoins des utilisateurs et à ceux de leurs patients.

Il convient cependant de respecter les règles suivantes :

- la personne qui remplit le dossier doit être identifiée ;
- le dossier est structuré et simple d'utilisation ;
- il utilise un langage précis, clair, un vocabulaire compréhensible ;
- il contient des informations spécifiques à la pratique ergothérapeutique ;
- la gestion du dossier respecte la confidentialité des données concernant le patient.

Le dossier du patient en ergothérapie contient les données suivantes :

1^{RE} PARTIE : INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Renseignements socio-administratifs

Numéro de dossier	Préférable
Nom et prénom	Indispensable
Sexe	Indispensable
Situation familiale	Indispensable
Date et lieu de naissance	Indispensable
Adresse	Indispensable
Téléphone	Indispensable
Couverture sociale	Indispensable
Nom de l'assuré	Indispensable
Numéro de Sécurité sociale	Indispensable
Personne référente du patient (père, mère, tuteur, etc.)	Indispensable
Référence de la mutuelle	Préférable
Profession, niveau scolaire	Préférable
Date de fin de la prise en charge	Indispensable
Nom de l'ergothérapeute responsable	Indispensable
Autres intervenants	Indispensable

2. Renseignements médicaux

Motifs de prise en charge, diagnostic médical ou pathologie

- nécessitant l'entrée dans la structure de soins **Indispensable**
- nécessitant la prise en charge ergothérapique **Indispensable**
- autre(s) pathologie(s) **Indispensable**

Histoire de la maladie et éléments significatifs **Indispensable**

Antécédents

- médicaux **Préférable**
- chirurgicaux **Préférable**
- psychiatriques **Préférable**
- de rééducation **Préférable**

Prescription médicale du traitement ergothérapique **Indispensable**

Médecin prescripteur **Indispensable**

2^E PARTIE : CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

• **Rubrique 1 : présentation clinique**

Préférable

Concerne l'aspect physique, les installations et positionnements, les comportements du patient, l'aspect relationnel.

• **Rubrique 2 : habitudes antérieures de vie**

Indispensable

Décrit les habitudes de vie de la personne avant son hospitalisation ou sa demande de prise en charge.

• **Rubrique 3 : projet du patient**

Indispensable

Recueille les attentes et les projets du patient et de son entourage.

3^E PARTIE : SYNTHÈSE DES ÉVALUATIONS EN ERGOTHÉRAPIE

• **Rubrique 1 : facteurs personnels**

Indispensable

Évaluations des systèmes organiques, aptitudes, déterminants personnels (valeurs et motivations).

• **Rubrique 2 : facteurs environnementaux**

Indispensable

Évaluations des éléments liés aux environnements humains et matériels qui influencent l'autonomie de la personne.

• **Rubrique 3 : situations de handicap**

Indispensable

Évaluations de l'autonomie qui résulte des interactions entre les facteurs personnels et environnementaux.

4^E PARTIE : PLAN D'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE

- **Rubrique 1 : objectifs** **Indispensable**
Objectifs visés à court et à moyen termes et à la fin de la prise en charge, en fonction des problèmes de la personne.
- **Rubrique 2 : moyens d'intervention et de traitement** **Indispensable**
Interventions proposées en individuel ou en groupe.
- **Rubrique 3 : échéancier** **Indispensable**
Planification des actes.
- **Rubrique 4 : résultat du traitement-validation** **Indispensable**
Avis de l'ergothérapeute et du patient après les évaluations finales.

5^E PARTIE : ÉVOLUTION DU PATIENT DURANT LE SÉJOUR

- **Rubrique 1 : fiche de suivi** **Indispensable**
Tenue régulière des actions ergothérapeutiques et des observations du patient en activité et analyse des entretiens.
- **Rubrique 2 : fiche d'actualisation** **Indispensable**
Synthèse des évaluations et de l'évolution du patient durant le séjour ou lors d'une nouvelle prise en charge.

6^E PARTIE : COMPTE RENDU ET TRANSMISSION

- **Rubrique 1 : compte rendu de fin de traitement** **Indispensable**
Synthèse écrite du programme d'intervention ergothérapeutique et des résultats obtenus.
- **Rubrique 2 : fiche de liaison** **Indispensable**
Transmission des informations aux équipes professionnelles (médico-sociales) qui prennent le relais à la sortie du patient.

Le dossier est accessible à tout moment au cours du traitement.

Le groupe de travail recommande d'instaurer une communication manuscrite ou informatique autour de ce dossier avec le patient, le médecin prescripteur et les autres intervenants sanitaires et sociaux.

ARGUMENTAIRE

I. LES DOCUMENTS EXISTANTS

I.1. Les textes officiels sur la profession d'ergothérapeute en rapport avec le dossier du patient

La rédaction d'un dossier ergothérapeutique n'est pas imposée par la législation. Mais les dispositions réglementaires actuellement en vigueur donnent de nombreux éléments pouvant favoriser sa mise en place.

I.1.1. Création du diplôme d'État d'ergothérapie (décret n° 70.1042, JO du 10 novembre 1970) (9).

« Les ergothérapeutes contribuent aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle. » (décret d'actes 86.1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories des personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie) (9-11).

I.1.2. Le Programme officiel des études d'ergothérapie (arrêté du 24 septembre 1990, modifié au 21/07/96) (12,13) présente des modules spécifiquement concernés par le dossier de soins en ergothérapie :

- le module 1 de *méthodologie générale* a pour objectif d'« Acquérir une démarche scientifique adaptable aux situations de l'ergothérapie et de la recherche » ;
- les modules 3,4,9,10,11,12, portant sur la *clinique*, évoquent les évaluations et l'analyse des plans de traitement ;
- les modules de *technologie* 1 et 2 portent sur les techniques et outils d'intervention, en insistant sur l'analyse et l'efficacité des activités, et sur les moyens d'intervention en réadaptation ;
- le module 6 de *méthodologie professionnelle* doit permettre à l'étudiant d'analyser les actions et démarches proposées, d'évaluer les avantages et limites de l'ergothérapie, de conduire un traitement, de découvrir le cadre légal et général des actions de réadaptation.

Les objectifs généraux des stages cliniques en 2e et 3e année insistent sur les phases suivantes : recueil de données, analyse, élaboration des objectifs d'intervention, détermination des stratégies, intervention, évaluation. Chacune de ces phases correspond à des critères et objectifs spécifiques basés sur la relation, la communication, les évaluations, la résolution de problèmes, la démarche de soins, l'apprentissage et la pédagogie.

- I.1.3. L'examen en vue de l'obtention du diplôme d'État (arrêté du 21/07/1994 modifiant l'arrêté du 24/09/1990) comporte une épreuve de mise en situation professionnelle et la soutenance d'un travail écrit, choisi entre deux travaux de synthèse (13).

Les travaux écrits portent sur l'étude d'un cas clinique, d'une démarche de soins ou d'une thématique particulière de recherche en ergothérapie. Ce travail doit permettre à l'étudiant de synthétiser l'ensemble de la démarche ergothérapique, sur les plans théorique et pratique.

La mise en situation professionnelle auprès du patient comprend :

- l'évaluation et le plan de traitement ergothérapique du patient ;
- l'exécution, la justification et l'évaluation des techniques ergothérapiques nécessaires à la mise en œuvre de la prescription médicale ;
- la prise en compte et l'énoncé d'éléments liés au patient et à son environnement (aspects psychologiques, sociaux, professionnels et familiaux).

I.2. État des lieux des dossiers du patient en France

Les recommandations pour la tenue du dossier du patient en ergothérapie considèrent les expériences déjà menées par les médecins (3), par les infirmiers (1) et les masseurs-kinésithérapeutes (6).

I.2.1. Le dossier médical

Le dossier médical peut se définir comme la « mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelle et collective, constamment mise à jour » (2,3).

Les médecins français ne semblent pas utiliser de dossiers de patients bien définis. Souvent ces dossiers sont le fait d'initiatives personnelles (3).

Généralement le dossier médical rassemble trois types d'informations : l'observation médicale (examen clinique, diagnostic, pathologies, traitements), le dépistage et la prévention, les notes d'exploitation (hypothèses, projets) et la correspondance médicale (14). Certaines données peuvent être extraites du dossier médical pour le patient, les intervenants médico-sociaux, les institutions (14,15).

En établissements de soins :

Le décret du 30 mars 1992 (16) relatif au dossier médical rend obligatoire la constitution d'un dossier pour chaque patient hospitalisé dans tout établissement qu'il soit public (15) ou privé (17).

Ce dossier médical est un document administratif, propriété légale de l'hôpital, qui assure dès lors sous son entière responsabilité sa mise en place, sa constitution, sa bonne conservation et sa circulation tant *intra-muros* qu'*extra-muros* (16).

Le patient peut avoir accès aux informations contenues dans ce dossier par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet (principe de « l'accès indirect » aux informations du dossier médical) (18-20).

En médecine ambulatoire :

En médecine ambulatoire, la tenue d'une fiche pour chaque patient a été rendue obligatoire, en 1995, par le Code de déontologie (3). Il semble que 90 % des médecins généralistes français tiennent des dossiers pour les patients qu'ils voient régulièrement en consultation. Ces dossiers sont utilisés en visite à domicile dans environ 50 % des cas.

Les dossiers médicaux informatisés prennent une place de plus en plus grande (18,21).

Dans 71 % des cas le dossier médical est constitué d'un seul document.

Dans leur état actuel, les dossiers médicaux ne semblent pas constituer une source de données suffisante pour évaluer les pratiques de soins et pour être utilisée dans les activités de recherches clinique et épidémiologique (3).

I.2.2. Le dossier de soins infirmiers

Il se définit comme un « document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière » (1,22).

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers (22-24).

Ce dossier a pour but d'améliorer :

- la qualité des soins : efficacité, continuité, sécurité (2,25-27) ;
- l'organisation des soins (17,19).

Il représente pour l'équipe de soins un recueil d'informations sur le patient. Il peut aussi contribuer à la formation des étudiants, et constituer un élément de recherche (28,29).

— *En établissements de soins*

La tenue d'un dossier de soins infirmiers dans les établissements publics ou privés de soins n'est pas obligatoire. En revanche, lorsqu'il existe, son contenu est alors considéré comme un élément d'appréciation d'une démarche de qualité (1,22,23).

Il a été constaté que la mise en place d'un support adapté renforçait la structuration de l'information écrite (29).

— *En soins ambulatoires*

La tenue d'un dossier en exercice libéral n'est pas, non plus, obligatoire. Ces dossiers, lorsqu'ils existent, sont très divers dans leur contenu et leur structuration. Chaque professionnel libéral a sa recette personnelle et gère, soit un fichier, soit une fiche de liaison, soit un agenda, soit des feuilles volantes, soit encore un cahier (1).

I.2.3. Le dossier du patient en masso-kinésithérapie

— *Définition du dossier du patient en masso-kinésithérapie (6,30-33)*

« Outil de travail qui rassemble tous les renseignements nécessaires à la mise en place du diagnostic et du traitement masso-kinésithérapique. Ce document, destiné au suivi du patient et à la communication interprofessionnelle, prend en compte les aspects curatif, préventif, éducatif et relationnel de la prise en charge masso-kinésithérapique. »

Cette définition large situe le dossier du patient au cœur de l'exercice masso-kinésithérapique. Il concerne les dossiers tenus par tous les masseurs-kinésithérapeutes quel que soit leur mode d'exercice.

— *Objectifs du dossier du patient en masso-kinésithérapie (6,30,31,34)*

On considère deux niveaux d'optimisation dans le cadre de la qualité et de l'organisation des traitements.

Objectifs pour la prise en charge des patients :

- mettre en place des traitements adaptés et de qualité (25,30,31,35-37) ;

- proposer un système d'information parfaitement structuré ;
- développer la communication interprofessionnelle (38) ;
- participer à l'évaluation de la qualité des traitements reçus en masso-kinésithérapie (38-41) .

Objectifs pour la pratique des soignants :

- évaluer les pratiques professionnelles (1,6,25,42) ;
- mettre en place des éléments permettant de débiter certaines recherches en kinésithérapie (43-45) ;
- servir de référentiel dans le cadre juridique ;
- développer l'esprit de synthèse et d'analyse des étudiants en formation initiale et des professionnels dans la pratique quotidienne ;
- assurer une meilleure gestion du temps des professionnels (25).

I.3. État des lieux de la tenue du dossier du patient en ergothérapie

I.3.1. À l'étranger

Des différences importantes sont notées selon l'expérience et les modalités d'exercice des ergothérapeutes (*World Federation of Occupational Therapy*) (46-49).

Les ergothérapeutes nord-américains publient de nombreux documents sur les évaluations et la qualité des soins (50). Il faut cependant relativiser la portée de certains outils et la terminologie employée, qui n'ont pas le même sens dans notre pays, dont l'activité socio-économique, l'organisation du système de santé et les modes d'exercices professionnels sont différents.

Principaux pays ayant élaboré des recommandations pour la tenue d'un dossier du patient en ergothérapie :

- États-Unis et Canada :

Le dossier du patient en ergothérapie est officiellement institué et fait partie des standards de bonne pratique professionnelle. Il est recommandé que chaque dossier comporte les chapitres suivants : résumé de l'histoire de la maladie, buts du patient, évaluations, plan de traitement, notes de progrès et résumé de fin de traitement (50,51).

Les ergothérapeutes nord-américains, avec l'ensemble des professionnels en réadaptation, ont adopté la classification internationale des handicaps (CIH) comme cadre unificateur pour l'intégration des idées (52), même si parallèlement se développe le concept du Processus de Production du Handicap (53,54).

- Grande-Bretagne, Suède et Danemark, Belgique : des dossiers sont utilisés et préconisés dans ces pays (renseignements possibles auprès de la WFOT).

I.3.2. En France

— *En établissements de soins*

Le dossier du patient est un des thèmes de la démarche d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements. Son élaboration associe sans cesse l'ensemble des acteurs. Le dossier du patient constitue le point central de l'organisation médicale et paramédicale

de l'établissement (41,55,56). L'action de tous les acteurs s'avère ainsi coordonnée, garantissant par là même un accès aisé aux informations (57).

Si la mise en place de dossiers en ergothérapie est nouvelle dans les établissements de santé en France, certains facteurs dynamisent l'utilisation d'un tel document :

L'accréditation (8,36,58-60) demande la publication d'un recueil d'informations. Un médecin est désigné responsable de l'information médicale. Il conseille, entre autres, les différents acteurs de santé pour la production des données (constitution de dossiers patients).

Parmi les objectifs de l'accréditation, on note les éléments suivants directement en rapport avec le principe d'utilisation du dossier patient :

- mettre en valeur la qualité des soins par la mesure des résultats et l'évaluation des processus ;
- apprécier la capacité à prodiguer des traitements de façon régulière, à réviser et à améliorer le fonctionnement institutionnel pour administrer des soins de qualité ;
- améliorer les traitements par la mise à disposition de normes ou recommandations et par incitation en reconnaissant publiquement la performance des établissements.

Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). Le PMSI a été instauré en 1989 (61-63) et mis en place à partir de 1997 (62,64). Parallèlement, le catalogue des actes de rééducation du PMSI-SSR (soins de suite ou de réadaptation) (58,61) a été publié. Cet outil est destiné à décrire et analyser l'activité médico-économique des établissements. Les informations fournies doivent favoriser la création et l'enrichissement des bases de données médicales permettant de mieux connaître la nature et le volume de l'activité produite par les établissements de rééducation (65-67).

D'autres types de dossiers coexistent actuellement dans les établissements de soins, en sus des dossiers déjà cités :

- soit un dossier destiné au suivi du projet thérapeutique du patient, intégrant des éléments communs à l'ensemble de l'équipe de soins, comme par exemple le Plan d'Intervention Individualisé Interdisciplinaire (PIII) (68) ;
- soit un dossier « maison » qui synthétise les éléments concernant le patient (69) ;
- soit un dossier propre à l'exercice de l'ergothérapie, interne au service.

Dans ce cadre, un dossier de soins en ergothérapie est actuellement expérimenté (non validé) dans l'ouest de la France. Il a été élaboré par un groupe d'ergothérapeutes (Ergothérapeutes Collectif Cadres de l'Ouest). C'est un document de synthèse des données sur le patient, sur les plans informatif, évaluatif, attentes et projets, objectifs, plans de traitement, suivi et communication (49,70).

Des éléments de ce dossier, notamment concernant la synthèse des évaluations, sont repris dans la proposition du dossier figurant en Annexe 1.

— *En libéral*

Aucun dossier spécifique à l'activité libérale n'a été identifié ; il est vrai que cette forme d'exercice est peu développée en France (71,72). Cependant la majorité des ergothérapeutes libéraux a signé une charte d'exercice spécifiant la mise en place d'un dossier du patient, portant principalement sur les données administratives et médicales (4). La question se pose sur le destinataire de ce dossier.

I.4. Articulation entre les différents dossiers

Le dossier du patient en ergothérapie, associé aux autres dossiers des professionnels intervenant auprès du patient, pose la question de l'articulation et de la complémentarité des informations consultables (17,18,24).

Certaines informations sont communes à tous les professionnels (ex : données administratives et médicales). D'autres données sont spécifiques entre certaines catégories professionnelles (ex : entre rééducateurs) (14,57,73).

Nous voyons donc apparaître une structuration assez complexe du dossier du patient, qui peut varier selon les besoins d'un établissement ou d'un thérapeute.

Une réflexion sur l'organisation et l'utilisation du dossier du patient dans son ensemble paraît nécessaire afin d'en dégager les priorités, contenus et formes ; l'objectif n'étant pas d'alourdir la charge de travail, mais au contraire de la clarifier au service des utilisateurs. Les services de soins pourront alors mieux coordonner les données utiles à leur service et à l'information du patient (20,29,74).

II. DÉFINITION ET OBJECTIFS DU DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE

II.1. Proposition de définition du dossier du patient en ergothérapie

Document rassemblant les informations et données utiles concernant le patient afin d'élaborer, de planifier et d'évaluer la démarche de soins en ergothérapie, c'est un outil de réflexion, de synthèse, de traçabilité des soins permettant le suivi du patient. Partie constitutive du dossier du patient, c'est un support de communication entre les professionnels et d'information du patient.

Il intègre les aspects socio-administratif, médical, évaluatif, personnel et relationnel, préventif, le plan de prise en charge et de l'évolution des soins et le suivi après la fin du traitement (4,49,50,70).

Ce dossier contribue à la maîtrise dynamique du plan d'intervention en ergothérapie, quelle que soit la forme des pratiques.

C'est un outil pour l'ergothérapeute et l'équipe, à intégrer dans le dossier unique du patient. Il est consultable et communicable dans le système d'information de la structure de soins.

Il comporte le projet de soins établi de manière interdisciplinaire et, dans la mesure du possible, avec le patient, s'il en exprime le souhait.

II.2. Objectifs du dossier du patient en ergothérapie

Plusieurs niveaux interagissent dans l'approche de la qualité des soins et la mise en œuvre d'actions :

- centrer la démarche sur les besoins du patient (14,15,17) ;
- inciter les professionnels au recueil et à l'écriture des données relatives au patient, ainsi qu'à leur communication (7,70,75) ;
- impliquer l'ensemble de l'institution.

II.2.1. Objectifs pour les ergothérapeutes lors de la prise en charge du patient

- recueillir et analyser les données utiles pour l'élaboration d'un plan de traitement (meilleure évaluation des besoins = meilleure qualité des soins) (4,49,51,76) ;
- décrire et mettre en évidence les problèmes prioritaires (46,77) ;

- construire des objectifs spécifiques et un traitement ergothérapeutique en fonction du projet du patient (identification des prestations) (48,50) ;
- organiser dans le temps et avec les moyens appropriés une démarche de soins cohérente, en collaboration avec les autres professionnels de santé (7,78-80) ;
- suivre l'évolution et adapter les propositions de soins ;
- mieux communiquer au sein de l'équipe, auprès des différents acteurs de la prise en charge et des réseaux (49,70,81) ;
- permettre au patient le suivi des soins et la consultation de son dossier (20,27).

II.2.2. Objectifs pour l'institution

- faire converger les informations écrites utiles concernant le patient, dans le secteur de la rééducation et de la réadaptation (17,82) ;
- élaborer un langage commun entre professionnels, en mettant en évidence les complémentarités (68) ;
- communiquer et partager les informations (description des résultats et traçabilité des actes) (70) ;
- répondre aux recommandations sur la qualité des soins et aux évaluations des pratiques professionnelles (83) ;
- répondre aux critères d'accréditation (8,60,84).

II.2.3. Objectifs à plus long terme

- mieux gérer et organiser le travail et le temps ;
- motiver et impliquer les ergothérapeutes à cette démarche de soins ;
- analyser et optimiser les pratiques professionnelles en nommant et en décrivant plus clairement l'activité (83,85-87) ;
- participer à l'augmentation des niveaux de compétences et de l'efficacité (49,80,83) ;
- intégrer ces données à la recherche et aux avancées professionnelles et disposer d'outils de formation pour le développement des savoirs ergothérapeutiques ;
- intégrer ce dossier dans l'élaboration d'un référentiel professionnel (4).

II.3. À qui s'adresse le dossier du patient en ergothérapie

Le dossier du patient en ergothérapie est destiné à l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge et au patient (41,88).

Il est adressé :

— *Aux professionnels ergothérapeutes*

En fonction des objectifs exposés en II.2, les premiers agents concernés sont bien les ergothérapeutes. C'est un outil standardisé de références professionnelles (5).

— *Aux autres membres de l'équipe de santé*

Le dossier du patient en ergothérapie est une base des relations interprofessionnelles, devant faciliter la transmission, la communication et la meilleure compréhension des rôles et fonctions ergothérapeutiques (17,21).

- *À l'institution et aux organismes de prise en charge*
Une meilleure lisibilité des attributions professionnelles et des actions offertes aux patients fait partie des critères d'accréditation des établissements (60,88).
Les organismes de prise en charge, en respectant les règles de confidentialité et du secret professionnel, identifient les soins proposés et les compétences mobilisées.

- *Aux patients et à leurs familles*
La charte des patients hospitalisés les place comme premiers interlocuteurs de l'équipe médicale et pas seulement comme objets de soins (73,89-91).
La communication des données médicales est une obligation dans le cadre de la loi de réforme hospitalière et une condition à la participation du «patient-client» au service de santé.
Ce document, faisant partie du dossier médical, est accessible au patient, dans les conditions prévues par la loi (16).

- *Aux autres partenaires*
Cela concerne les thérapeutes ou les réseaux de soins et de santé sociale à la sortie du patient (V.1 et V.2), par l'intermédiaire de la fiche de liaison et du compte rendu de fin de traitement.

II.4. La démarche de soins en ergothérapie

Les différentes phases de cette démarche de soins soulignent le besoin d'un outil de référence tout au long de la prise en charge et lors de la sortie (4,44,50,79).

II.4.1. Recueil de données

Ce point est d'une importance capitale dans la méthodologie ergothérapique. Les données recueillies permettent de définir, valider et hiérarchiser les problèmes du patient. Sans celles-ci, les objectifs ne peuvent être fixés (51,77,92).

L'analyse de situation permet d'évaluer les aptitudes et capacités du patient. Elle commence par la prise de renseignements, à partir de données écrites (dossier du patient) et orales (entretiens avec le patient et sa famille...). C'est ensuite (ou en parallèle) l'observation du patient dans ses habitudes de vie, ainsi que ses conduites et relations dans les activités thérapeutiques qui guident la démarche (47,93).

Des bilans spécifiques sont réalisés en fonction des problèmes rencontrés (56,94-97).

Ils permettent d'objectiver les besoins et attentes du patient.

II.4.2. Choix de l'approche de soins

Plusieurs approches théoriques de soins sont identifiées en ergothérapie. Il faudra choisir des orientations et en définir les grandes lignes (85-87).

Le patient, selon ses dispositions et capacités, peut y participer.

II.4.3. Formulation des objectifs

Selon l'identification des problèmes par l'ergothérapeute et les ressources et motivations du patient, les objectifs sont formulés par priorités, en fonction des stades de rééducation et

de réadaptation. Ils visent l'autonomie maximale du patient dans les habitudes de vie et un mieux-être relationnel (46,51,77,78).

Les objectifs et les résultats attendus sont discutés et négociés avec le patient, sa famille et l'équipe soignante (4,70).

Une planification judicieuse répond aux problèmes du patient.

II.4.4. Plan de traitement et réalisation des soins

C'est l'étape de mise en œuvre des moyens et des outils en vue de la réalisation du plan de traitement (4,50,98).

Les activités choisies doivent être significatives pour le patient. Elles sont à la fois support de récupération et médiatrices de la relation. Elles peuvent être individuelles ou effectuées en groupes, à visée créative ou socialisante (52,68,85).

II.4.5. Évaluation et fin de traitement

Les évaluations des résultats obtenus et la prise en compte des facteurs environnementaux déterminent la fin du traitement. Une synthèse de ces informations est communiquée à l'équipe soignante et de réadaptation, au patient et à sa famille.

La décision de sortie est prise par le médecin. Les professionnels et le patient auront auparavant été consultés, lors de visites et de réunions de synthèse (4,79).

II.4.6. Suivi du patient

Cette phase, insuffisamment développée en France (99-101), se pratique :

- en soins externes dans les institutions ;
- lors de séjours ponctuels, le patient étant retourné à son domicile : évaluations et prises en charge rééducatives et réadaptatives ;
- en suivi libéral par les paramédicaux ;
- dans les services de maintien et de soins à domicile ;
- dans les structures missionnées pour ces actions (services de suite à partir des centres de réadaptation ou des services mandatés plus spécifiquement pour la réinsertion sociale et professionnelle).

En psychiatrie, le suivi s'effectue dans le cadre du secteur et dans les structures extra-hospitalières (76,99,102).

III. PRÉALABLE À LA MISE EN PLACE DU DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE

Avant sa mise en application, ce dossier doit faire l'objet d'une réflexion préalable des équipes et thérapeutes concernés.

Cette réflexion porte sur :

- les concepts fondamentaux utilisés dans les champs de la rééducation et de la réadaptation ;
- les démarches de soins à établir en ergothérapie et particulièrement dans leur service ;
- la méthodologie professionnelle garante d'une démarche qualité ;
- les actions à mettre en œuvre pour faciliter la réadaptation optimale du patient.

Le dossier du patient en ergothérapie intègre des éléments conceptuels connus et assimilés par les soignants.

III.1. Référence aux concepts fondamentaux utilisés en ergothérapie

Les ergothérapeutes sont impliqués dans la dynamique actuelle de la santé, se référant aux objectifs de qualité des soins et aux concepts définis par l'OMS (5), liés à la qualité de vie des patients (78,103).

Dans ce cadre, la démarche de soins en ergothérapie place le patient au centre du dispositif d'intervention afin qu'il soit acteur de sa prise en charge. Les concepts valorisés sont l'autonomie, l'activité et la qualité de vie (4,85,93,104,105).

« L'ergothérapie s'appuie sur une vision humaniste où l'individu est considéré comme un tout intégré dont aucune fonction ne peut être isolée » (50).

L'ergothérapeute, comme tout professionnel de santé, est impliqué tout au long de la démarche de soins de la personne « pour lui permettre de choisir, d'organiser et d'accomplir les occupations qu'elle considère utiles ou significatives dans son milieu de vie » (51).

Il a pour obligation d'y répondre dans l'établissement ou lors du suivi, en proposant des soins de qualité (5,7). « L'ergothérapie, thérapie privilégiant l'activité à la fois comme objet d'expertise et de médiation thérapeutique, a donc une place toute privilégiée pour concourir à la qualité de vie de la personne » ; « approche qui permettra à la personne en situation de handicap d'être acteur de sa réadaptation et de réintégrer ses rôles » (4).

Le concept de qualité de vie est complexe. Il pourrait se définir comme « l'ensemble des satisfactions ou insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie actuelle » (60). C'est la synthèse des perceptions de l'individu, de ses aspirations, de son adaptation qui détermine son niveau de bien-être, en fonction de son contexte social et culturel. L'individu est le médiateur entre les aspects subjectifs et objectifs de sa réalité.

Il s'agit d'un concept à la fois global et individuel qui implique une auto-évaluation (36,106).

III.2. Référence aux classifications du handicap

III.2.1. La Classification Internationale du Handicap

Certain dossiers proposés en ergothérapie se réfèrent à la classification internationale des handicaps (CIH-1) adaptée aux traitements en ergothérapie (107-110).

La CIH considère le schéma suivant :

MALADIE ⇒ DÉFICIENCE ⇒ INCAPACITÉ ⇒ DÉSAVANTAGE (ou HANDICAP)
(problème de santé) (pour l'organe) (pour la personne) (dans la société)

(Le signe ⇒ signifie qui peut mener à...)

Déficiences et incapacités comportent 9 catégories, incluant chacune 10 items (0 à 9). Les désavantages comportent 7 rubriques contenant diverses catégories codées selon une échelle propre à chaque rubrique.

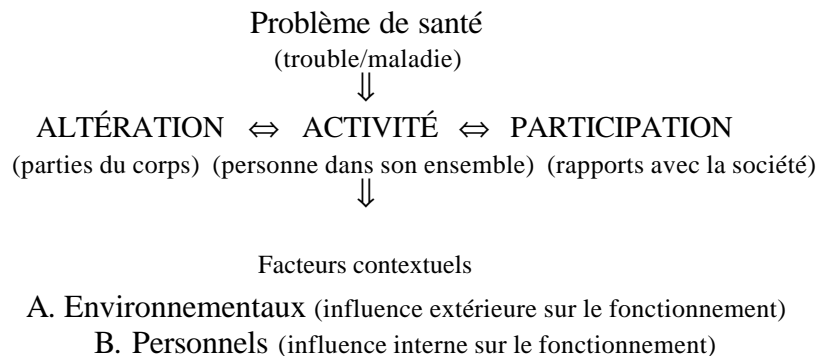
Les démarches de soins en ergothérapie sont encore actuellement largement inspirées de ce schéma. Cependant, de nombreux professionnels pensent qu'il n'est plus adapté à

l'exercice actuel et aux réalités de vie des personnes handicapées (111), notamment parce qu'il ne prend pas suffisamment en compte les interactions entre les différents paramètres (107).

L'ergothérapie agit en fonction des situations de vie rencontrées par la personne handicapée ; celles-ci sont dépendantes des facteurs personnels et du contexte environnemental.

L'OMS s'apprête à publier la CIH-2 qui s'intitulerait : « Classification internationale des altérations du corps, des activités et de la participation » (78) pour remplacer la CIH-1. La CIH-2 est une classification des « invalidations » et du « fonctionnement » qui regroupe de manière systématique les conséquences des problèmes de santé (par exemple les maladies, les troubles ou lésions).

Contrairement à la CIH-1, le schéma d'ensemble n'est pas linéaire et fonctionne dans les deux directions. L'invalidation est vue ainsi comme une interaction, un rapport complexe entre le problème de santé et les facteurs contextuels.



Aucune application n'a été proposée en ergothérapie.

La CIH-2 intègre bien des données environnementales et situationnelles, cependant la proposition canadienne du Processus de Production du Handicap (PPH) rencontre un autre intérêt auprès des ergothérapeutes, sur les plans conceptuel et pratique (53).

III.2.2. Le Processus de Production du Handicap

C'est un modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne. Il illustre la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (externes), qu'ils soient humains ou matériels (53,54,70,77).

Cet ensemble détermine les habitudes de vie de la personne et les performances nécessaires pour leur réalisation selon l'âge, le sexe et l'identité socio-culturelle et spirituelle du patient.

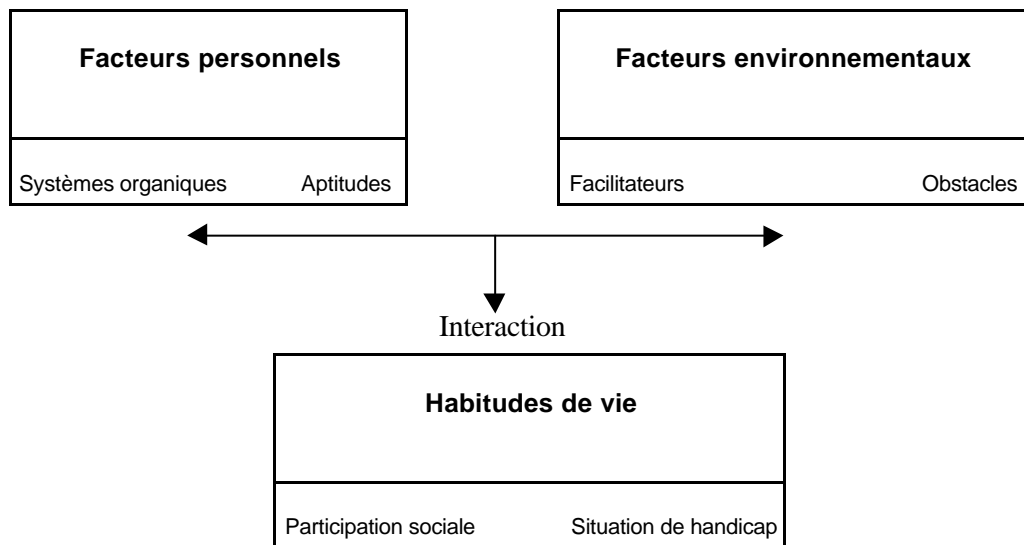


Figure 1. Facteurs de risques.

Les cotations se font selon des échelles de mesure :

- pour les facteurs personnels, les systèmes organiques sont notés selon la localisation et le degré des déficiences, les capacités selon leur degré et le type d'aide requis ;
- pour les facteurs environnementaux, les échelles apprécient les éléments facilitateurs ou les obstacles ;
- pour les habitudes de vie, les échelles de mesure évaluent les niveaux de participation sociale ou de handicap, en codifiant le degré et le type d'aide requis.

« Ce modèle conceptuel est un outil pratique qui nous aide à comprendre l'ensemble du processus de développement humain et les variables influençant le processus de production de handicap » (99).

Des outils d'évaluation utilisables en ergothérapie et par l'équipe interdisciplinaire sont directement conçus sur ce modèle, ce sont les : Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE) (54) et la Mesure de la Qualité de l'Environnement (MQE) (112).

III.3. Les valeurs de l'ergothérapie

III.3.1. Les valeurs professionnelles

Le dossier du patient en ergothérapie se réfère à des valeurs professionnelles. Ce sont ces fondements qui ont guidé la conception et la structuration du présent document.

Les valeurs incluses dans le dossier (4,46,50,51,74,85,86) considèrent que :

- la personne est capable d'autonomie et d'autodétermination ;
- la personne est responsable, digne et ses droits fondamentaux sont respectables ;
- les activités thérapeutiques significatives et créatives permettent à la personne de se développer, de se transformer et de trouver sa place dans la société ;
- la relation établie dans le cadre thérapeutique est essentielle pour la progression du patient, sa participation et son aptitude à être acteur de sa prise en charge ;

- la motivation et les valeurs de vie de la personne sont les moteurs de l'action, du changement et de l'adaptation ;
- la personne humaine doit être envisagée dans sa globalité, dans laquelle le corps et l'esprit forment un tout ;
- l'environnement humain et l'environnement matériel sont des facteurs déterminants, qui interagissent avec toutes les composantes physiques, psychiques et sociales du patient, dans ses différents domaines d'activités (70,90).

III.3.2. L'ergothérapie et l'activité

Le dossier du patient en ergothérapie propose à l'ergothérapeute de noter ses observations sur le déroulement de l'acte thérapeutique et sur les relations et comportements développés par le patient.

Les multiples aspects de la pratique ergothérapique, avec des emprunts aux philosophies plus ou moins pragmatiques, analytiques ou socialisantes, favorisent des sens et des lectures différentes du concept de l'activité en ergothérapie.

L'activité est la fin et le moyen de l'ergothérapie (4) :

- la *finalité* car elle active les potentialités existentielles de la personne en vue d'un maximum d'autonomie ;
- le *moyen* car la mise en activité d'une personne est thérapeutique en soi. C'est une médiation de la relation, tout en permettant le développement des aptitudes, l'expérimentation, l'adaptation aux situations de handicap.

Si l'on se réfère à une approche psycho-dynamique (55,85-87,113), l'activité en ergothérapie, par l'intermédiaire de la matière et du cadre thérapeutique, a pour objectif que le patient puisse passer d'un état de dépendance à un état d'autonomie, en se structurant en tant que sujet acteur de sa prise en charge.

Dans cette orientation, l'essentiel des éléments à transmettre dans ce dossier est basé sur l'instauration ou non de cette relation, et sur l'analyse des attitudes et comportements du patient (analyse de l'être et du faire durant l'activité).

En complément de cette approche, se développe un autre courant, basé sur les activités significatives, appelé sciences de l'occupation (50,86,105,113).

Il s'agit d'appréhender la personne dans toutes ses composantes (physique, psychique et sociale) selon ses domaines d'activités (soins personnels, travail, loisirs), ceci en interaction avec son milieu de vie socio-familial, professionnel et culturel. L'objectif est d'optimiser au maximum ses conditions de vie, en lien avec ses habitudes de vie (81,90).

L'ergothérapie privilégie alors des activités dites significatives pour le patient, c'est-à-dire qu'elle propose des situations proches des rôles et occupations quotidiennes, en tenant compte des composantes environnementales. L'indépendance et l'autonomie du patient sont alors la résultante des interactions individu/environnement (53,77,93).

Le schéma des synthèses des évaluations proposées dans ce dossier (facteurs personnels, environnementaux et situations de handicap) s'inspire de cette orientation.

Actuellement ces deux approches sont compatibles et complémentaires en fonction du positionnement de l'ergothérapeute. C'est aussi un axe de recherche (69,113).

IV. CONTENU DU DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE

IV.1. Règles principales à respecter

Pour une utilisation optimale, le dossier du patient en ergothérapie doit :

- concerner tous les patients ;
- être structuré ;
- être adaptable. Il semble illusoire, l'expérience des dossiers médicaux (3), infirmiers (1) et masso-kinésithérapiques (6) est suffisamment parlante à ce sujet, de chercher à mettre au point un dossier commun à la fois à tous les patients et à tous les ergothérapeutes, quel que soit leur mode d'exercice. En revanche, il paraît nécessaire de déterminer une trame commune qui servira de base à la mise en place du dossier, adaptable selon les pratiques. Celle-ci permettra une utilisation large du document en fonction de la diversité de la prise en charge des patients ;
- être évolutif en fonction de la progression du traitement et des résultats ;
- être simple d'utilisation compte tenu des contraintes professionnelles (7,43), utiliser un langage précis, clair, bref, pour permettre une lisibilité optimale du dossier ;
- utiliser un vocabulaire compréhensible par tous les ergothérapeutes et par les autres professionnels de santé pour favoriser le partage des données entre les différents intervenants (1-3,20,38,59) ;
- contenir des informations spécifiques à la pratique de l'ergothérapeute pour assurer dans les meilleures conditions la continuité, la sécurité, la cohérence et le contrôle de la réalisation des soins (3) et prendre en compte les aspects curatif, préventif, éducatif et relationnel de la prise en charge ergothérapique ;
- respecter la confidentialité : l'accessibilité de tous les intervenants ergothérapeutes ou autres professionnels de santé ne doit pas faire oublier les règles du secret professionnel pour protéger la vie privée du patient (114,115) ;
- assurer la continuité de l'information délivrée au patient.

IV.2. Schéma de la structure du dossier de soins en ergothérapie

Plusieurs rubriques constituent le dossier. Elles sont organisées en parties, selon la nature des informations.

Les documents papier et informatique proposent la même structuration. Certaines rubriques seront de fait déjà intégrées dans le dossier informatisé du patient.

L'ergothérapeute ou l'équipe privilégiera certaines parties, selon les besoins et les modes d'exercice. La modularité des données à transmettre et l'adaptabilité des rubriques de ce dossier incitent à une décision concertée (4,49,52,79).

- 1^{re} partie : Informations générales (partie du dossier commune à tous les intervenants)
 - Rubrique 1 : renseignements socio-administratifs
 - Rubrique 2 : renseignements médicaux
- 2^e partie : Connaissance de la personne
 - Rubrique 1 : présentation clinique

- Rubrique 2 : habitudes antérieures de vie
- Rubrique 3 : projet du patient : attentes du patient et de l'entourage
- 3^e partie : Synthèse des évaluations (49,70)
 - Rubrique 1 : facteurs personnels (systèmes organiques, aptitudes, déterminants personnels)
 - Rubrique 2 : facteurs environnementaux (humains et matériels)
 - Rubrique 3 : situations de handicap
- 4^e partie : Plan d'intervention ergothérapique (51,70)
 - Rubrique 1 : objectifs
 - Rubrique 2 : moyens d'intervention et de traitement
 - Rubrique 3 : échancier
 - Rubrique 4 : résultat du traitement-validation
- 5^e partie : Évolution du patient durant le séjour
 - Rubrique 1 : fiche de suivi : tenue régulière des actions ergothérapiques et observations du patient en activité (d'ordre physique ou psychique). Analyse des entretiens.
 - Rubrique 2 : fiche d'actualisation durant le séjour ou lors d'une nouvelle prise en charge. C'est une synthèse des évaluations et de l'évolution du patient.
- 6^e partie : Compte rendu et transmission (116)
 - Rubrique 1 : compte rendu de fin de traitement
 - Rubrique 2 : fiche de liaison pour communication des données aux équipes professionnelles (médico-sociaux) prenant le relais à la sortie du patient.

La 5^e partie, temporo-dépendante, permet de noter les attitudes et comportements du patient en activité et les entretiens, et de suivre l'évolution de la prise en charge, qu'elle soit de courte ou de longue durée.

Les patients pris en charge en ergothérapie sont atteints fréquemment de pathologies à évolution lente. Le suivi et la réadaptation en milieu de vie normale nécessitent des ajustements réguliers et des mises à jour.

Beaucoup d'éléments, directement utiles à l'ergothérapeute, sont notés au fur et à mesure de l'observation en activité thérapeutique ou lors des entretiens.

IV.3. Informations générales

IV.3.1. Renseignements socio-administratifs

L'essentiel de ces renseignements est contenu dans le dossier du patient, partie administrative. Ils permettent l'identification de la personne.

Le dossier informatisé évitera ou facilitera cette recherche d'informations.

Tableau 1. Liste des renseignements socio-administratifs.

Numéro de dossier	Préférable
Nom	Indispensable
Prénom	Indispensable
Sexe	Indispensable
Situation familiale	Indispensable
Date et lieu de naissance	Indispensable
Adresse	Indispensable
Téléphone	Indispensable
Couverture sociale	Indispensable
Nom de l'assuré	Indispensable
Personne référente du patient	Indispensable
Référence de la mutuelle	Préférable
Profession ou niveau scolaire	Préférable
Date du début de la prise en charge	Indispensable
Date de la fin de la prise en charge	Indispensable
Nom de l'ergothérapeute responsable	Indispensable
Autres intervenants sanitaires et sociaux	Indispensable

- Numéro de dossier
Il est préconisé, mais non obligatoire. Il est souvent indispensable pour les dossiers en centres de soins où il est complété par un numéro de séjour.
- Nom
Pour les femmes, noter le nom de jeune fille et le nom usuel (marital).
- Prénom
Permet de différencier les membres d'une même famille.
- Sexe
Pour les prénoms mixtes ou ceux dont on ne peut facilement distinguer le genre.
- Situation familiale
Marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), vie maritale, nombre d'enfants, personnes à charge, etc.
- Date et lieu de naissance
L'âge du patient peut être un élément indispensable à la conduite du traitement.
- Adresse
Dans le cadre de traitements à domicile, il peut être pratique d'apporter certaines précisions. Par exemple : étage, n° d'appartement, code d'accès, ascenseur...
- Téléphone
Nécessaire pour avertir le patient d'une modification ou d'un report de rendez-vous initialement fixé.
- Personne référente du patient et couverture sociale
Membre de la famille et dans certains cas représentant juridique de la personne.

- Nom
 - Lien de parenté (père, mère, conjoint, tuteur)
 - Adresse.
 - Téléphone
 - N° sécurité sociale et mutuelle
 - Mode de prise en charge
 - Profession et niveau scolaire
- Dates du début et de la fin de la prise en charge
En centre de soins, il peut être utile de différencier la date de sortie du patient de l'établissement et la date de la dernière séance du traitement.
 - Nom de l'ergothérapeute responsable
Nom et références du professionnel assurant les traitements.
 - Autres intervenants
Références des autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, ou celles du coordinateur du réseau de soins.
Les courriers échangés entre les différents professionnels concernés sont placés dans le dossier.

IV.3.2. Renseignements médicaux

L'essentiel de ces renseignements est consigné dans le dossier médical et le dossier infirmier. Une synthèse peut être nécessaire. Le dossier informatisé du patient simplifie cette recherche de renseignements.

Tableau 2. Liste des renseignements médicaux.

Motifs de prise en charge, diagnostic médical ou pathologie nécessitant l'hospitalisation	Indispensable
nécessitant la prise en charge ergothérapeutique	Indispensable
autre(s) pathologie(s)	Indispensable
Histoire de la maladie et éléments significatifs	Indispensable
Antécédents	
médicaux	Préférable
chirurgicaux	Préférable
psychiatriques	Préférable
de rééducation	Préférable
Prescription médicale du traitement ergothérapeutique	Indispensable
Médecin prescripteur	Indispensable

- Motif de prise en charge, diagnostic médical ou pathologie
Noter le libellé du diagnostic. Un diagnostic médical précis est attendu par la plupart des ergothérapeutes, notamment dans les secteurs de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (Annexe 2). Ce paramètre est discuté dans le secteur psychiatrique où il est préférable de noter la pathologie.
Les motifs nécessitant une hospitalisation peuvent être différents de ceux motivant une prise en charge en ergothérapie.

- L'histoire de la maladie, les comptes rendus médicaux et chirurgicaux, psychiatriques, les examens (imagerie médicale, exploration fonctionnelle), les traitements actuels sont consultables dans le dossier médical ou les dossiers infirmier et kinésithérapique.

- **Antécédents**

Il s'agit ici de noter, par exemple, les antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, les prescriptions et les traitements de rééducation antérieurement appliqués.

- **Prescription médicale du traitement ergothérapique**

Il paraît indispensable de conserver dans le dossier une copie de la prescription médicale. Dans le secteur psychiatrique, la prescription peut être consignée dans le dossier du patient. On note aussi les contre-indications et les précautions éventuelles à prendre au cours du traitement ergothérapique.

IV.4. Connaissance de la personne

Ce chapitre permet de se centrer sur le patient. Il repose sur une observation du patient (relations et comportements), sur un recueil de données de ses attentes, besoins et habitudes de vie (antérieures à l'hospitalisation) (1,51,77,80).

IV.4.1. Présentation clinique du patient à l'arrivée

- Aspect physique : intégrité corporelle, douleur, mobilité, problèmes sensoriels, attitudes fonctionnelles.
- Installation et positionnement : au lit, au fauteuil roulant, debout. Appareillage et aides techniques éventuelles.
- Comportements : agitation, agressivité, troubles du comportement, apragmatisme, auto-agression, conduites addictives, confusion, délire, hallucinations, mutisme, repli...
- Relationnel et communication: communications orale et écrite, instauration d'une relation, sociabilité...

Des fiches plus descriptives peuvent être jointes au dossier selon les besoins du service.

IV.4.2. Habitudes antérieures de vie

C'est une description concise des habitudes de vie de la personne avant son hospitalisation ou son problème, dans les différents domaines de sa vie.

Les habitudes de vie correspondent à des activités significatives pour le patient, qui sont sources de motivation (4,50,53).

Ce recueil de données d'ordre général se fait par entretiens et questionnaires. La famille est également source d'informations sur les plans relationnel et technique.

Domaines explorés :

- domaine des soins personnels : toilette, habillage, repas, hygiène, sommeil... ;
- déplacements : intérieurs et extérieurs, modes de déplacement ;
- communication : modes utilisés ;

- étude des rôles familiaux : activités domestiques, scolaires, de gestion, activités personnelles et interpersonnelles : couple, enfants, famille ;
- étude des rôles sociaux : activités scolaires et professionnelles (tâches, poste de travail, responsabilités, rythme), activités de loisir et de culture, activités sociales (bénévolat) ;
- environnement social : habitat, services, ressources.

IV.4.3. Projet du patient

La perception du patient sur son état de santé est un élément important à prendre en compte. Il convient de prévoir un espace pour cette information dans le dossier ergothérapeutique (4,48,49,68,79).

Il existe bien sûr des patients qui ne pourront formuler attentes ou projets.

Le patient informé est un meilleur allié que le patient ignorant. Meilleur allié en termes de participation active au processus de soins et en termes de perception de la qualité du service et de la satisfaction du patient (25,26,28,99).

— *Le recueil du projet du patient*

Pour l'ergothérapeute, prendre en compte le projet du patient, c'est d'abord l'amener à formuler ses critères de bonne fin de traitement d'un point de vue lésionnel, fonctionnel, psychique et situationnel (92,104,117) ; même s'ils paraissent irréalistes.

C'est recueillir ce qu'attend la personne à la sortie, en le restituant avec ses propres mots.

C'est aussi prospecter le domaine de ses préférences et de ses craintes, de ses perceptions et sentiments, de ses critères de qualité de la vie, de sa vie. Cela peut astreindre le professionnel à accommoder ses normes aux contextes qui lui sont propres (35,43,78).

On aide le patient à mieux comprendre et prendre en charge sa pathologie et son traitement.

Si la personne ne peut ou ne veut pas s'exprimer, cette rubrique ne sera pas remplie.

Selon les besoins, des entretiens guidés peuvent être réalisés par les ergothérapeutes. Les questionnaires seront spécifiés (exemples de guides validés : mesure canadienne du rendement occupationnel (92,117), évaluation de Kielhofner (118)).

— *Les attentes de l'entourage*

L'entourage est principalement constitué de la famille. Les amis ou autres relations sociales proches sont éventuellement importants à consulter (78,81,90).

Les familles des patients participent souvent pleinement à la prise en charge. Elles sont elles-mêmes intimement fragilisées. Recueillir leurs attentes et les accompagner fait partie intégrante de la démarche de soins en ergothérapie.

Le projet de retour à domicile est alors facilité par la relation de confiance instaurée. La redistribution éventuelle des rôles familiaux et sociaux est à prendre en compte (104,119).

IV.5. Synthèse des évaluations ergothérapeutiques

Toutes les actions en rééducation sont guidées par la définition d'objectifs successifs, régulièrement ajustés en fonction de l'évolution et des situations nouvelles (4,42,46,120).

IV.5.1. Différentes formes d'évaluation

Dans la démarche ergothérapeutique, plusieurs formes d'évaluation sont nécessaires et complémentaires. Le recueil de données a une part de subjectivité et d'interprétation, mais est grandement utile pour guider la suite des évaluations. Celles-ci sont fondées sur l'observation rigoureuse du patient, les entretiens et l'utilisation d'outils de mesure normés et validés (4,40,54,68,77,79,121).

Les ergothérapeutes doivent maîtriser les différentes formes d'évaluation, selon les approches de soins qu'ils pratiquent et en fonction des éléments cliniques et de l'évolution de la prise en charge.

Il faudrait dans ce contexte :

- élaborer une démarche évaluative (méthodologie professionnelle), ciblant de façon efficace les problèmes rencontrés par le patient et d'après diverses modalités d'évaluation : entretiens guidés, questionnaires, observations en situation simulée ou réelle, bilans génériques, bilans spécifiques, tests...
- recenser les outils valides en fonction des besoins évaluatifs et des facteurs recherchés dans le processus de qualité des soins ;
- acquérir une méthodologie d'interprétation et de transmission des résultats.

— *Les mesures*

Elles doivent être pratiquées avec des instruments efficaces et validés ou qui ont fait l'objet d'un consensus de l'équipe thérapeutique ou du groupe professionnel. Elles peuvent s'appuyer sur des fiches d'examen chiffrées (40,94,96,122) ou des fiches de constat (68,102) qui ne reçoivent pas de score puisqu'il s'agit d'un enregistrement de la réalité observée, sans nécessité de traduction en chiffres (32). Dans ce cadre un examen « classique » peut être complété, par exemple, par des documents photographiques ou vidéo.

Certains domaines d'activités, en particulier en psychiatrie, relèvent peu ou pas de cette forme de mesures (76,83).

— *Les bilans*

Ils doivent être (30,34,37) :

- reproductibles : des praticiens différents obtiennent, avec le même test sur le même patient au même moment, des résultats identiques ;
- sensibles : les résultats des bilans successifs permettent des comparaisons susceptibles de mesurer l'évolution ou la régression.

Les outils valides spécifiques à l'ergothérapie ne sont pas nombreux mais ils existent.

Exemples : bilan des 400 points, Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME), batterie Talbot... (77,79,94).

Par contre, en fonction des besoins évaluatifs et des facteurs recherchés, les ergothérapeutes sont habilités à utiliser divers bilans validés (dont le recensement reste à faire).

Exemples : bilan d'indépendance fonctionnelle, bilans des fonctions de préhension, bilans des fonctions cognitives, des facteurs environnementaux... (95,96,112,121,123,124).

Mesures et bilans sont mis à profit pour établir la synthèse des évaluations, définir les objectifs thérapeutiques, évaluer les progrès du patient, suivre les effets du traitement et évaluer les coûts engagés (7,58,120,125). Ils constituent une aide pratique et objective à la décision tout au long de la prise en charge rééducative et réadaptative.

Les ergothérapeutes exerçant en psychiatrie utilisent peu de bilans, en raison de la complexité des troubles psychiques, des courants thérapeutiques et des pratiques et habitudes de travail. Des besoins d'évaluations plus formalisées semblent cependant émerger actuellement dans ce domaine (52,57,69,76,102).

— *L'observation*

Une grande partie de la pratique en ergothérapie repose sur l'observation du patient, en situation quotidienne ou en activité. Il est donc important dans les évaluations de noter et d'analyser les attitudes, comportements et fonctionnements du patient (69,121).

— *Les entretiens*

Diverses formes d'entretiens sont proposées par les ergothérapeutes, selon les pratiques. Ils sont parfois guidés par des questionnaires (27,54,77,84,117). D'autres sont plus informels, soit lors des séances, soit en fonction de problèmes spécifiques rencontrés par le patient ou sur demande réciproque.

IV.5.2. Synthèse des évaluations

Dans ce dossier d'ergothérapie, n'apparaît que la synthèse des évaluations effectuées après analyse par l'ergothérapeute des mesures, bilans, entretiens, observations (les références des bilans valides doivent être notées). Cette synthèse évaluative a pour objectif de définir le plan d'intervention, en hiérarchisant les difficultés (49). Les instruments utilisés peuvent être joints au dossier (70).

— *Facteurs personnels*

Évaluation des systèmes organiques : en termes d'intégrité et de déficience.
Exemples : bilan trophique et cutané, bilan de la spasticité, visuel.

Évaluation des aptitudes : en termes de capacités et d'incapacités. Il s'agit d'évaluer les performances de la personne dans ses dimensions physiques et psychiques, indépendamment des facteurs environnementaux. Ce sont les évaluations les plus fréquentes en ergothérapie.

Exemples : bilans 400 points, tests mnésiques, bilan d'héminégligence fonctionnelle, MIF, etc. (47,80,95,96,124).

Évaluation des déterminants personnels : il s'agit des éléments sur les valeurs et les motivations du patient utiles à l'élaboration et à la conduite du traitement. Ils sont décrits sans notion de jugement et nécessitent l'accord du patient pour être transmis.
Exemples : entretiens ou bilan de Kielhofner (48,90,118).

— *Facteurs environnementaux*

Sont décrits ici les éléments liés à l'environnement humain et matériel qui influencent l'autonomie par leur aspect facilitateur / obstacle ou point fort / point faible.

Deux catégories sont évaluées :

- facteurs humains (familial, social, culturel, type d'aide humaine) ;
- facteurs matériels (habitat, aides techniques, aménagement, ressources).

Exemples : visite à domicile, bilan de Kielhofner, MAHVIE (54), MQE (42,53,77,112).

— *Situations de handicap*

Elles résultent des interactions entre les facteurs personnels et environnementaux décrits ci-dessus. Il s'agit d'évaluer les performances en situation simulée ou réelle.

Il est important de noter le lieu d'évaluation (institution, domicile, travail, école...).

Exemples : ESOPE, Profil des Activités de Vie Quotidienne, test des Errances multiples, (77,123,126).

D'autre part, des échelles de Qualité de Vie mesurent non seulement les modifications pathologiques mais aussi l'appréciation subjective de la vie ressentie (26,27,84,106).

IV.6. Programme d'intervention en ergothérapie

En fonction de la synthèse des évaluations, l'ergothérapeute établit sa stratégie thérapeutique, préventive et curative, en accord avec les décisions médicales et en cohérence avec le projet individualisé de soins. Ce plan d'intervention comprend les objectifs, les moyens de traitement et la planification pour l'ergothérapie.

« Le plan d'intervention précise ce que le patient et l'ergothérapeute feront pour résoudre ou atténuer les difficultés en matière de rendement occupationnel afin d'atteindre les résultats visés » (fonctionnement d'une personne dans ses activités habituelles) (51).

IV.6.1. Objectifs ergothérapeutiques

Ils doivent être réalistes, compréhensibles, concrets, précis et mesurables.

Trois types d'objectifs peuvent être déterminés (46) :

- à court terme : ceux que l'on peut atteindre assez rapidement, souvent en moins d'une semaine ;
- à moyen terme : ceux qui peuvent être atteints sur une période de temps plus longue, généralement des semaines ou des mois ;
- de fin de traitement ou de sortie d'établissement : propositions de réadaptation formulées en concertation avec l'équipe médicale et paramédicale.

Il est possible de spécifier les objectifs visés et les résultats attendus (4,81). Dans l'approche de la résolution des problèmes, les objectifs visés sont hiérarchisés en fonction des problèmes du patient et de son projet. Les résultats attendus correspondent à une optimisation de la qualité de sa vie (4,86,127).

Il est parfois préférable, dans le traitement de pathologies d'évolution lente, d'établir des échéances intermédiaires.

Les objectifs du médecin prescripteur, des autres intervenants et de l'ergothérapeute doivent être partagés et toute divergence identifiée est discutée (41,68,70,99,120).

IV.6.2. Moyens d'intervention et de traitement

Le dossier permet, à tout moment, de connaître les traitements appliqués.

L'ergothérapeute cite les moyens d'intervention et les techniques utilisés en fonction des problèmes, des objectifs thérapeutiques et du projet du patient (46,68).

La mise à jour du dossier permet à l'ergothérapeute ou à son remplaçant d'entreprendre une action adaptée en allant rapidement à l'essentiel.

L'orientation actuelle est de proposer des activités significatives au patient, c'est-à-dire correspondant aux domaines d'activités qui posent problème (domaine du faire) ou répondant aux besoins de mise en relation et d'expression (domaine de l'être) (105,113).

Les interventions peuvent être proposées en prise en charge individuelle ou de groupe. Ces moyens peuvent être mis en œuvre en institution ou dans le milieu de vie du patient.

IV.6.3. Échéancier

La planification des actes guide le thérapeute vers une validation des objectifs cadrés dans le temps (4,31,38,44,51).

Les échéances estimées structurent la fréquence et la durée des interventions.

Dans la mesure du possible, elles sont communiquées au patient, dans un souci de contractualisation. L'ergothérapeute est responsable de la mise en place de ses interventions et a un « devoir de moyens ». Le patient reconnaît concrètement ce que l'ergothérapie peut lui apporter et s'implique d'autant plus.

IV.7. Évolution durant le séjour. Actualisation et suivi

Ces deux fiches permettent de suivre l'évolution du patient et d'actualiser le programme d'intervention.

Les fiches d'actualisation et de suivi servent aussi de support à la communication verbale lors des synthèses en équipe ou de la réalisation du projet individualisé du patient.

IV.7.1. Fiche de suivi

C'est la tenue régulière des interventions auprès du patient (65,67,70).

Elle précise la date, le mode d'intervention, les moyens, les observations des séances et les conclusions des entretiens éventuels :

- le *mode d'intervention* correspond à la modalité de prise en charge : individuelle, de groupe, fréquence, durée, dans l'institution, en dehors ;
- les *moyens* spécifient le choix des activités, des techniques travaillées ou les médiateurs utilisés ;
- les *observations* sont un descriptif du comportement quotidien du patient ;
- les *conclusions* des entretiens permettent de garder une trace du discours du patient durant les séances d'ergothérapie.

Pour les paramètres liés à l'observation, des items clés peuvent guider les ergothérapeutes, en fonction des secteurs d'activités.

Par exemple en ergothérapie dans le secteur psychiatrique, on peut noter des observations sur les items suivants (49,52,69,102) :

- comportement général ;
- comportement relationnel ;
- comportement psycho-moteur ;
- investissement du patient, motivation ;
- réalisations techniques, application ;
- mode, qualité et contenu de l'expression ;
- choix et attitudes thérapeutiques.

Les conclusions des entretiens sont notées au verso de cette fiche, avec des modalités de suivi si besoin est (en psychiatrie et en fonctionnel).

IV.7.2. Fiche d'actualisation

Cette fiche a sa raison d'être quand le patient présente des changements suffisamment significatifs dans les différentes parties de son dossier initial (49,70).

Il s'agit d'extraire, parmi les rubriques du dossier du patient, celles qui sont pertinentes d'une nouvelle situation.

Cette fiche d'actualisation s'intéresse spécifiquement aux nouveaux éléments liés à la personne et aux facteurs situationnels du handicap, selon les habitudes de vie du patient. Elle peut être réalisée avant la synthèse d'équipe.

Contenu de la fiche d'actualisation :

1. Identification du patient :

- nom, prénom, date de naissance, n° de dossier, n° de séjour, ergothérapeute responsable, médecin prescripteur
- date

2. Connaissance de la personne :

- Rubrique 1 : synthèse de l'évolution clinique
- Rubrique 2 : projets du patient (réactualisés si besoin)
- Rubrique 3 : attentes de l'entourage (si changement)

3. Évaluations (synthèse des changements)

- Rubrique 1 : facteurs personnels, en développant les paramètres de capacités /incapacités
- Rubrique 2 : facteurs environnementaux si changements significatifs
- Rubrique 3 : situations de handicap en fonction des différentes habitudes de vie de la personne dans ses différents domaines d'activités. Ex : pour le retour à domicile de M. X, l'accessibilité extérieure de son logement en limite l'accès, ce qui accentue la dépendance de M. X.

4. Plan d'intervention en ergothérapie

L'actualisation des objectifs sera communiquée au patient, à sa famille et aux autres intervenants de l'équipe :

- Rubrique 1 : objectifs en fonction des nouvelles données
- Rubrique 2 : moyens adaptés aux nouvelles situations de vie
- Rubrique 3 : échéances à spécifier

Une place réservée aux commentaires du thérapeute peut conclure.

IV.8. Synthèse et compte rendu

Cette partie du dossier est une œuvre de transmissions, à la fois écrites et orales. Elle permet la communication des données au sein de l'établissement aux intervenants concernés et aux équipes médicales et professionnelles médico-sociales qui prennent le relais à la sortie du patient (4,49,50,68,70)

IV.8.1. Résultat du traitement - validation

— *Avis de l'ergothérapeute*

À la fin du traitement ou de la séquence, une évaluation mesure les écarts entre le projet de traitement et les résultats obtenus, en utilisant les mêmes critères que ceux utilisés lors de l'examen initial.

D'autres évaluations de sortie, orientées vers le retour à domicile et la reprise du travail, sont réalisées à ce moment.

L'ergothérapeute pose les questions suivantes :

- les objectifs ont-ils été atteints complètement ou partiellement ? dans quels domaines d'activités ?
- si partiellement, pourquoi ?
- si de nouveaux problèmes ont surgi, ont-ils été traités ?
- faut-il établir de nouveaux objectifs ?

Si les résultats sont atteints, la prise en charge se termine.

S'ils n'ont pas été atteints, l'ensemble de l'équipe réexamine la pertinence des objectifs et les moyens mis en œuvre, et les resitue. Le processus se poursuit si besoin. Une prospective d'orientation nouvelle à court et long terme peut être proposée, avec des priorités d'actions.

Il est évident que ce fonctionnement n'est pas aussi systématique dans le secteur psychiatrique, en raison des particularités liées à la maladie mentale et aux durées du suivi de ces patients.

— *Avis du patient*

Comme le patient a été consulté pour établir avec le thérapeute les bases du traitement et les objectifs à atteindre, il est légitime de connaître, en retour, à la fois son degré de satisfaction et son avis sur les résultats réellement obtenus.

- Le patient est-il satisfait du traitement qui a été appliqué ? (25,58,84).

La satisfaction est l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu (20,26,36,99,106).

- Le résultat obtenu a-t-il répondu à l'attente du patient ?

L'importance du vécu du patient sur le résultat final mesuré objectivement a produit une évolution de la pensée qui est telle qu'aujourd'hui beaucoup reconnaissent que la mesure de la qualité de vie a sa place à côté de la mesure de la morbidité objective (84,103)

Bien que ce concept soit difficile à mesurer (127), les questionnaires de qualité de vie sont fortement conseillés par l'OMS.

L'ensemble de ces paramètres est discuté en réunion de synthèse, lors des prises en charge institutionnelles.

IV.8.2. Compte rendu de fin de traitement

— *En interne à un établissement*

En fonction des pratiques de l'établissement, un compte rendu de fin de traitement peut être nécessaire pour le suivi du patient (28,29,34,43,99).

C'est une synthèse du programme d'intervention ergothérapeutique, qui fait apparaître les résultats obtenus et les faiblesses. Elle spécifie les nouveaux objectifs à atteindre, les axes et moyens d'intervention et les échéances.

C'est une phase qui place l'ergothérapeute comme expert vis-à-vis du patient, en ce qui concerne les difficultés abordées et les domaines de vie liés à la situation de handicap. Elle mesure l'écart entre la norme de fonctionnement d'une personne et les normes requises dans les situations de vie personnelle et sociale, sur les plans physique et psychique.

Cette rubrique peut intéresser les ergothérapeutes qui souhaitent apporter des éléments personnels d'appréciation sur le plan de l'intervention (réalisation et résultats).

— *Transmission des informations dans les services*

Le compte rendu écrit de fin de traitement est complété par des informations orales transmises lors des réunions d'équipe (28,29,68,116).

Elles doivent être structurées et compréhensibles par tous les membres de l'équipe soignante. Elles permettent de moduler ou de préciser le plan et les modes d'intervention dans le cadre du suivi individuel du patient.

— *Communication externe*

Ce compte rendu peut être souhaité par les partenaires médicaux ou sociaux qui assureront le suivi du patient (libéral ou structure d'accompagnement et d'aide).

IV.8.3. La fiche de liaison

L'objectif principal est d'assurer la transmission des informations auprès des intervenants extérieurs mobilisés par le projet du patient, lors de sa sortie (116).

Elle est complémentaire au compte rendu de fin de traitement, en fonction des besoins.

C'est un médiateur d'informations entre les différentes structures, institutions, et avec les partenaires médicaux et/ou sociaux.

Elle limite la perte ou la mauvaise compréhension d'informations entre deux services, préjudiciable à la qualité des soins.

Elle permet un gain d'efficacité dans la prise en charge et une meilleure compréhension du travail déjà entrepris.

Elle doit être explicite et synthétique car les destinataires sont divers. Il peut s'agir d'un rééducateur ou d'un partenaire du champ social.

Dans le cadre du respect du secret professionnel, n'apparaissent ni la pathologie ni son évolution, mais seulement les conclusions du plan d'intervention.

Contenu de la fiche de liaison :

- destinataire ;
- identification de la personne ;
- synthèse du plan d'intervention précédent :
 - objectifs, mode d'intervention et moyens utilisés,
 - évolution au cours du séjour ;

- synthèse des évaluations à la sortie :
 - facteurs personnels : capacités, incapacités, performances,
 - facteurs environnementaux ;
- habitudes de vie et situation de handicap ;
- commentaires ou observations de l'ergothérapeute ;
- date et signature.

Cette fiche de liaison peut être accompagnée selon le destinataire d'une lettre manuscrite de l'ergothérapeute référent.

V. ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE

V.1. Guide de remplissage

Le dossier doit satisfaire les besoins des différents utilisateurs dont les attentes sont parfois divergentes (49).

Le dossier du patient en ergothérapie dans ses deux formes, supports papier et informatique, nécessite une aide méthodologique pour l'écriture.

Le document vierge est accompagné d'un guide précisant :

- les concepts et références de base ;
- les objectifs du dossier ;
- la structuration des éléments du dossier ;
- des explications de remplissage pour chaque partie constitutive.

Pour ce dernier paramètre, il convient avec l'aide d'un dossier indicatif :

- de définir succinctement ce qui est recherché dans chaque catégorie ;
- de lister les paramètres utiles à faire apparaître (éventuellement avec des exemples) ;
- de préciser les formes d'évaluation possibles, ainsi que des exemples d'instruments utilisables (bilans valides avec protocoles).

Ce guide de remplissage est présenté aux équipes dans le cadre de la mise en place du dossier du patient en ergothérapie.

Il est un document méthodologique référentiel pour chaque ergothérapeute.

Un temps d'appropriation et de formation au niveau des professionnels apparaît comme un préalable à l'utilisation du dossier du patient en ergothérapie.

V.2. Préparation des professionnels

V.2.1. Analyse des pratiques

La loi de la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 a retenu plusieurs dispositions concernant l'évaluation de la qualité des soins.

L'évaluation et l'analyse des pratiques professionnelles sont deux d'entre elles (Art L. 710.3, Art L.710. 4) : « Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment de garantir la qualité et l'efficience » (5).

Les ergothérapeutes doivent intégrer ce processus afin de proposer et de garantir à chaque patient une démarche de soins de qualité, sur les plans évaluatif et thérapeutique, selon les évolutions actuelles des pratiques (83).

V.2.2. Appropriation des recommandations

L'évaluation des soins est définie par l'OMS : « Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (6,128).

Chaque professionnel, selon son mode d'exercice et l'organisation de son établissement, comprend et se forme à la nécessité de la tenue du dossier du patient.

V.2.3. Formation sur la tenue du dossier

La responsabilité des responsables de services est engagée dans la mise en œuvre de ce dossier (1,2,6).

Des réunions préparatoires s'avèrent un élément préalable, concernant :

- la démarche de soins ;
- les finalités du dossier de soins ;
- les contenus et les références s'y rapportant ;
- les modalités de tenue des dossiers (méthodologie) ;
- la communication écrite (vocabulaire, informations à transmettre), le travail interdisciplinaire.

Les instituts de formation initiale et le cadre doivent également intégrer le dossier du patient en ergothérapie dans leur module de méthodologie professionnelle.

V.3. Aspect éthique

Cette dimension engage la responsabilité de l'ergothérapeute référent, mais aussi la structure d'appartenance.

Un code d'éthique professionnelle a été adopté par la fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) (4,129). Il repose sur :

— *le respect de la confidentialité :*

Le dossier écrit recèle des informations privées non communicables en dehors des services habilités, et après accord du patient.

— *le respect de la prescription médicale :*

L'ergothérapeute en tant qu'auxiliaire médical doit se conformer aux prescriptions médicales. Un échange est cependant souhaitable pour une bonne harmonisation.

— *l'implication et la responsabilité :*

Élaborer et mettre en place une démarche des soins implique, motive et engage la triade thérapeute-patient-institution. Être garant et responsable de ses interventions est un devoir moral de l'ergothérapeute. Cette responsabilité est engagée sur un mode théorique (fondements professionnels) et pratique (méthodes et références professionnelles).

— *l'engagement par écrit :*

L'écrit a valeur de preuve. C'est un document référentiel identifiable, contractualisé et validé, qui transmet toute information nécessaire aux membres de l'équipe.

— *la valeur juridique du dossier :*

Les textes législatifs concernant le dossier de soins doivent être connus des ergothérapeutes, ainsi que la déontologie professionnelle qui précise les responsabilités des soignants. Le dossier est un instrument légal, référent des actes professionnels proposés.

VI. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA TENUE DU DOSSIER « PAPIER »

La forme de cet outil « papier » doit être à la fois synthétique et modulable :

- synthétique car c'est un document regroupant l'essentiel des informations concernant le patient : recueil, évaluations, plan d'intervention ;
- modulable car s'adaptant aux particularités des pratiques et aux différentes modalités de la prise en charge de longue durée (bilans spécifiques, fiches de suivi, d'observation, de réévaluation, de compte rendu).

VI.1. Principes du dossier « papier »

- Le support matériel est résistant (le dossier peut être utilisé par différents représentants professionnels : étudiants, ergothérapeutes, formateurs, surveillants... et par d'autres professionnels de santé). Le support utilisé peut être manipulé de façon répétitive et sans détérioration.
- Toutes les données inscrites sont lisibles et indélébiles (29).
- La conception du document respecte à la fois une disposition logique des informations et permet une manipulation aisée des éléments constitutifs (2,6).
- Les fiches ou feuilles volantes (mesures, bilans, etc.) sont identifiées (nom du patient et nom du thérapeute), datées et classées à l'intérieur du dossier.
- Il est conseillé, pour des raisons d'ordre pratique, de créer une fiche par bilan ou évaluation jointe au dossier (43).
- Le dossier est accessible à tout moment au cours du traitement.
- Il respecte la confidentialité (6,14,114,130).
- Le dossier papier est conservé dans un local non accessible au public ou dans un meuble fermé à clef.

VI.2. Avantages du dossier « papier »

L'évolution des pratiques est réelle, mais doit s'adapter à la culture des professionnels.

L'acte d'écrire n'étant pas toujours spontané, le support papier est le plus naturel pour beaucoup d'ergothérapeutes lors de la mise en relation avec le patient ou pour l'analyse et la synthèse des données.

Le support papier est encore le principal support de recueil de données et de leur archivage dans de nombreux services. Il convient d'étudier une forme conviviale et fonctionnelle, afin de ne pas alourdir la charge de travail.

Le dossier papier est aussi un endroit de conservation des divers évaluations, bilans, mesures et des productions du patient, rapidement consultables par le thérapeute.

VI.3. Inconvénients du dossier « papier » (3)

- Il peut être difficile à lire.
- Les informations peuvent être difficiles à retrouver.
- Des redites sont évidentes avec les autres dossiers du patient, ce qui entraîne une perte de temps.
- On rencontre souvent des difficultés de classement.
- La recherche manuelle est souvent fastidieuse.
- Il y a des risques de dégradation.
- Il existe à long terme des problèmes d'archivage (stockage papier). La réglementation d'archivage des dossiers médicaux à l'hôpital (arrêté du 11 mars 1968) peut s'appliquer au dossier d'ergothérapie (1,15,131,131).

Pour les professionnels malvoyants, des adaptations seront nécessaires : utilisation de feuilles blanches (et non de couleur), de séparations d'items noires pour majorer le contraste, de lignes suffisamment larges pour permettre une écriture étalée ou de documents en braille. Une adaptation comme l'agrandisseur télévisuel peut constituer un bon moyen de lecture ou d'écriture (132).

VII. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA TENUE DU DOSSIER « INFORMATIQUE »

L'informatique devient, dans le cadre de la gestion du dossier, un outil utile et intégré à la pratique de l'ergothérapie.

VII.1. Avantages du dossier « informatique »

Le dossier informatique supprime en grande partie les inconvénients du dossier papier. Il permet de présenter l'information dans n'importe quel ordre et format voulus. Il peut trier, classer, présenter des comptes rendus, résumés, index à partir de la totalité des informations enregistrées. La recherche d'une information est rapide, simple et précise. Il peut aussi générer des alertes et des rappels dans le respect des protocoles suivis et fournir des aides à la décision immédiates (115,133,134).

L'informatisation collective ouvre la possibilité de constituer de grandes bases de données en rééducation et en réadaptation, puissant moyen pour développer les connaissances sur les traitements appliqués, les techniques utilisées, les résultats obtenus, le nombre de séances par pathologie, la réponse à différents traitements et les coûts de prise en charge (3).

L'informatisation permettrait ainsi d'associer directement ou indirectement les professionnels de différents secteurs d'activités à des études épidémiologiques ou cliniques.

Elle permet un gain de temps dans la tenue du dossier (18,19,82,133,135,136). Celui-ci est estimé à 30 % par rapport à la tenue du dossier écrit. L'informatisation évite certaines redites pour une partie du recueil des données (renseignements administratifs et cliniques).

L'utilisation d'un ordinateur portable présente un intérêt dans le cadre des traitements du patient à domicile ou en situation (appartement thérapeutique, visites...).

Enfin, élément non négligeable pour une utilisation du dossier par le plus grand nombre de professionnels, le coût de l'informatisation se réduit de plus en plus par rapport aux possibilités de services rendus.

VII.2. Dossier « informatique » et patient

Une étude réalisée à propos du dossier médical (3) a montré que les patients semblent faire confiance à l'informatique dans le cadre de leur traitement. Par contre, la crainte la plus souvent exprimée est celle que la confidentialité des informations soit menacée par l'informatique.

VII.3. Dossier « informatique » et confidentialité

Le système informatique doit garantir la confidentialité des informations enregistrées. Tout traitement automatisé d'informations directement ou indirectement nominatives doit être déclaré à la Commission nationale informatique et liberté (CNIL : 21, rue Saint-Guillaume 75007 PARIS) (137).

Si les fichiers médicaux ont pour fin «le suivi thérapeutique ou médical individuel des patients » ou si les analyses dont ils sont l'objet à des fins de recherche sont «réalisées par les personnels assurant ce suivi et destinées à leur usage exclusif », ils sont alors soumis à la procédure générale définie par la loi du 6 janvier 1978. S'ils ont pour fin «la recherche dans le domaine de la santé », ils répondent aux nouvelles dispositions prévues par la loi du 1^{er} juillet 1994 et son décret d'application du 9 mai 1995 (82).

La loi du 6 janvier 1978 ne se limite pas à la réglementation de la création des traitements informatisés et de la collecte des données. Elle confère aux personnes fichées des droits individuels qui permettent à tout citoyen d'exercer un véritable contrôle sur cette évolution informatique de notre société qui, bien qu'obligatoire, doit rester maîtrisée et s'inscrire dans les règles du fonctionnement démocratique. Ces prérogatives individuelles sont essentiellement représentées par le droit à l'information, le droit d'opposition, le droit d'accès, le droit de contestation et de rectification, le droit à la sécurité (82,114).

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 (130) et le décret n° 99-919 du 27 octobre 1999 (114) précisent dans quelles conditions est autorisé le traitement des données individuelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et des activités de soins et de prévention.

VII.4. Principes du dossier « informatique »

Tout micro-ordinateur assurant la gestion des dossiers devrait être doté d'une protection limitant l'accès aux données par un système de mot de passe régulièrement modifié mais aussi par un système de clef électronique ou mieux par un système de carte à mémoire (82).

L'interface d'utilisation doit être simple, allégée au maximum et reposer sur deux concepts fondamentaux : utilité et maniabilité (115).

La disposition du logiciel respecte la démarche de l'ergothérapeute et le processus d'intervention. Les divers items proposés s'enchaînent de façon cohérente et prévisible selon les activités et les préférences.

L'interface s'adapte aux problèmes spécifiques du patient (plusieurs diagnostics possibles, expressions cliniques variables, réponses thérapeutiques personnalisées et évolutives, etc.). Les données sont fréquemment sauvegardées et archivées dans un lieu clos et spécifique.

VII.5. Essais de dossiers informatisés en ergothérapie

Des réflexions ont été menées et des propositions ont été faites dans le cadre de l'informatisation du dossier en ergothérapie (68,70,89,116), mais aucune n'a fait l'objet d'une évaluation.

Divers établissements réfléchissent, créent ou possèdent déjà des modèles de dossiers informatisés.

Il est fort probable que le support du dossier en ergothérapie soit informatisé dans un avenir proche. Plusieurs raisons à cela :

- facilité d'utilisation de l'outil informatique ;
- système d'organisation accessible, efficace et rapide ;
- support d'aide à la décision permettant d'améliorer le plan de traitement ;
- mise en place et utilisation du système de télétransmission et de la carte Sésam-Vitale ;
- importance de l'informatique dans la vie quotidienne personnelle ou professionnelle (traitement de texte, comptabilité, gestion, serveurs, banques de données, etc.) ;
- inclusion du dossier du patient en ergothérapie dans le dossier informatisé du patient.

CONCLUSION

Le dossier du patient en ergothérapie est un instrument de la pratique professionnelle dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins (5).

C'est à la fois un recueil d'informations sur le patient, une synthèse des évaluations et un outil de réflexion sur la démarche thérapeutique (49,70).

Il représente un élément important, voire indispensable, pour garantir et évaluer la continuité et la qualité des traitements.

Il permet de faciliter la communication et de coordonner l'intervention des différents professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient. Le patient est au centre du processus, ce qui renforce sa participation et sa motivation (70).

Pour que cet outil donne satisfaction aux professionnels et aux différents acteurs du système sanitaire et social, il doit être structuré, adaptable, modulable, simple d'utilisation et respecter les règles de confidentialité.

La tenue du dossier nécessite l'intégration de savoirs théoriques au service des pratiques professionnelles.

Son application et son utilisation solliciteront pour les ergothérapeutes, selon leur mode d'exercice, une démarche de changement.

ANNEXE I. PROPOSITION DE DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE

Renseignements administratifs

Date :	
Nom :	Prénom :
Sexe :	Date et lieu de naissance :
N° de dossier :	N° de séjour :
	Service :
Adresse :	
Téléphone :	
Personne référente :	Couverture sociale :
Contact :	Nom de l'assuré :
	Mutuelle :
Situation familiale :	
Situation professionnelle ou scolaire :	
Ergothérapeute responsable :	
Autres intervenants :	
Date de début :	Date de fin :

Renseignements médicaux

Motif de prise en charge : Diagnostic médical ou pathologie nécessitant : - l'hospitalisation ; - la prise en charge en ergothérapie.
Histoire de la maladie et éléments significatifs :
Antécédents : <ul style="list-style-type: none">- médicaux :- chirurgicaux :- psychiatriques :- de rééducation :
Médecin prescripteur :
Prescription d'ergothérapie :

DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE

Date :	
Nom :	Prénom :
N° de dossier :	N° de séjour :
Ergothérapeute :	Service :

Connaissance de la personne

1. Présentation clinique du patient à son arrivée

Concernes l'aspect physique sensoriel, les installations et positionnements, les comportements, la relation et la communication

Date :

2. Habitudes antérieures de vie

Description concise des habitudes et difficultés antérieures (soins personnels, déplacements, modes de communication, activités domestiques, scolaires, professionnelles, ludiques, loisirs, activités sociales et culturelles, environnement familial et social, personnes, ressources...)

Instruments utilisés :

3. Projet du patient

4. Attentes de l'entourage

Synthèse des évaluations

Date :

1. Facteurs personnels

1.1. Systèmes organiques

Intégrités et déficiences

Instruments utilisés :

1.2. Aptitudes

Capacités et incapacités. Performances de la personne dans ses dimensions physiques et psychiques, indépendamment des facteurs environnementaux. Ce sont ses aptitudes intrinsèques, dans un contexte d'évaluation standardisé.

Concernent les aptitudes psycho-intellectuelles, comportementales, aptitudes motrices et sensorielles, et performances fonctionnelles.

Instruments utilisés :

1.3. Déterminants personnels

Motivations, valeurs

Instruments utilisés :

2. Facteurs environnementaux

Sont décrits ici les éléments de l'environnement humain et matériel qui influencent l'autonomie par leur aspect facilitateur/obstacles ou point fort/faible.

2.1. Facteurs humains

Instruments utilisés :

2.2. Facteurs matériels

Instruments utilisés :

3. Situations de handicap

Évaluation de l'autonomie qui résulte des interactions entre facteurs personnels et environnementaux.
Il s'agit d'évaluer les performances en situation réelle. Important : noter le lieu d'évaluation (institution, domicile...).

Instruments utilisés :

Plan d'intervention ergothérapique

Date :

1. Objectifs en ergothérapie

À court terme	Échéances

À long terme	Échéances

2. Moyens d'intervention

--

1. Commentaires

Résultats du traitement en ergothérapie. Validation

Date :

Avis de l'ergothérapeute :

Avis du patient :

Conseils :

Prescriptions :

Compte rendu de fin de traitement

Sur feuillet libre

Adressé à :

Le :

Fiche de liaison

Feuillet à part

Adressé à :

Le :

FICHE D'ACTUALISATION

Date :

1. Identification du patient :

Nom :	Prénom :
N° de dossier :	Service :
Mode de prise en charge :	
Médecin responsable :	
Ergothérapeute responsable :	
Autres intervenants :	
Date d'entrée :	

2. Connaissance de la personne

Synthèse de l'évolution clinique :

Projet du patient :

Autres commentaires :

3. Synthèse des changements

Facteurs personnels :

Facteurs environnementaux :

Situations de handicap :

4. Orientation du plan d'intervention en ergothérapie

Objectifs	Échéances

Moyens d'intervention

--

Commentaires

--

Contacts à suivre :

FICHE DE SUIVI

Permet de suivre au quotidien l'évolution du patient, à partir d'observations et d'entretiens.

Nom de l'ergothérapeute :

Signature :

Dates	Code PMSI	Mode d'intervention	Observations des séances

Dates	Conclusions des entretiens

Commentaires :

FICHE DE LIAISON

Date :

Nom et signature de l'ergothérapeute :

Contact :

Destinataire(s) : Nom, qualification, lieu

Identification du patient :

Nom :	Prénom :
Établissement :	
N° de dossier :	Service :
Mode de prise en charge :	
Médecin responsable :	
Motif(s) d'hospitalisation :	
Ergothérapeute responsable :	
Date d'entrée :	Date de sortie :

Synthèse du plan d'intervention en ergothérapie durant le séjour

Objectifs :

Mode d'intervention et moyens utilisés :

Évolution durant le séjour :

Synthèse des évaluations de sortie

Facteurs personnels :

Facteurs environnementaux :

Habitudes de vie et situations de handicap :

Prescriptions :

Conseils ergothérapeutiques lors de la sortie du patient :

ANNEXE II. ENQUÊTE DE PRATIQUE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS ET DES INSTITUTS DE FORMATION

A. ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

Objectifs

L'objectif principal de cette enquête était de recueillir des informations sur les pratiques concernant le dossier du patient en ergothérapie et sur les éléments le composant.

Méthodologie

Un questionnaire écrit a été élaboré avec des questions fermées et ouvertes. Il a été diffusé auprès des ergothérapeutes adhérents à l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes par le biais de leur bulletin de liaison avec invitation à le diffuser autour d'eux.

Pour chaque question ouverte, les informations recueillies ont été groupées par sens proche puis par catégories. Le nombre de fois où une idée était citée a été relevé afin d'en déterminer la fréquence.

Questionnaire

1. Tenez-vous un dossier écrit pour le suivi de vos patients ?
2. Utilisez-vous des modèles conceptuels particuliers pour rédiger ce dossier ?
Lesquels ?
3. Énumérez les données minimales qui constituent, selon vous, le dossier du patient en ergothérapie ?
 - a) Relatives à la prescription médicale ? Suivant quels objectifs ?
 - b) Relatives au suivi du patient ? Suivant quels objectifs ?
 - c) Relatives à la communication avec les autres professionnels ? Suivant quels objectifs ?
 - d) Relatives au compte rendu de fin de traitement ? Suivant quels objectifs ?
4. Comment structurer le dossier du patient en ergothérapie ?

Résultats

1. Résultats quantitatifs

650 questionnaires ont été envoyés.

227 questionnaires ont été reçus dont deux non valides, retirés de l'échantillon.

Les résultats portent donc sur les 225 questionnaires restants.

Ces questionnaires ont été remplis par 22 % d'hommes et 78 % de femmes.

Le **mode d'exercice** des personnes ayant répondu au questionnaire est :

- activité salariée dans le public : 48 %
- activité salariée dans le privé : 49 %
- activité libérale : 2 %
- activité mixte, libérale et salariée privé : 1 %

La fonction des professionnels ayant répondu au questionnaire est :

- ergothérapeute : 88 %
- cadre de santé, chef de groupe, cadre supérieur : 10 %
- ergothérapeute consultant en entreprise : 0,5 %
- ergothérapeute ergonomiste : 0,5 %
- demandeur d'emploi : 0,5 %
- ergothérapeute chargé de mission : 0,5 %
- ergothérapeute formateur animateur de plate-forme : 0,5 %

L'ancienneté des ergothérapeutes ayant répondu, dans la profession, est de :

- moins de 5 ans : 19 %
- plus de 5 ans : 23 %
- plus de 10 ans : 35 %
- plus de 20 ans : 21 %
- plus de 30 ans : 2 %

98 % des professionnels déclarent tenir un dossier écrit pour le suivi des patients.
2 % répondent par la négative.

50 % des ergothérapeutes ayant répondu déclarent utiliser des modèles conceptuels pour rédiger le dossier. 47 % répondent par la négative. 3 % ne répondent pas.

Parmi les 50 % d'ergothérapeutes utilisant des modèles conceptuels, il est possible de distinguer trois groupes de réponses :

- 30 % citent des modèles conceptuels tels que la CIH, le PPH, le modèle de l'occupation humaine, l'approche systémique...
- 17 % citent des modèles d'évaluation tels que le BME, ESOPE, la MIF, bilans articulaires, de sensibilité, fonctionnels, 400 points...
- 3 % citent un dossier déjà structuré tel le dossier du groupe ECCO.

Parmi tous les questionnaires renvoyés, nous notons que seulement 28 % sont des originaux envoyés par l'intermédiaire du bulletin de liaison. Les 72 % restants sont des copies montrant ainsi la large diffusion que certains ergothérapeutes ont effectuée auprès de leurs collègues.

31 **documents annexes** étaient joints aux questionnaires dont 18 dossiers du patient en ergothérapie.

2. Résultats qualitatifs (pour chaque critère, est noté le nombre de fois où il a été cité)

a) Données relatives à la prescription médicale

Données relatives à la prescription médicale par catégories

- Données relatives à l'accident ou la maladie 377
- Données relatives aux objectifs indiqués sur la prescription 180

• Données relatives au bénéficiaire	105
• Données relatives à la prescription elle-même	92
• Données relatives à la démarche thérapeutique	70
• Autres données	13

Liste des données relatives à la prescription médicale

• Buts ou objectifs souhaités par le médecin	88
• Diagnostic médical, pathologie	86
• Bilan médical d'entrée et déficiences	71
• Contre-indications et recommandations particulières	64
• Situation socio-familiale, professionnelle et environnementale	55
• Histoire de la maladie, anamnèse	53
• Projet médical, orientation thérapeutique	44
• Antécédents médicaux	40
• Indications et modalités de prise en charge	36
• État civil du patient	29

Pour :

• Orienter les bilans	22
• Définir les objectifs	16
• Élaborer un plan de traitement pertinent	11
• Connaître le patient et sa problématique	11
• Proposer une prise en charge pluriprofessionnelle cohérente	7
• Agir légalement et être protégé juridiquement	7
• Avoir une approche globale	6
• Corréler les objectifs du médecin et ceux de l'ergothérapeute	5

b) Données relatives au suivi du patient

Données relatives au suivi du patient par catégories

• Données relatives au contenu du suivi	451
• Données relatives aux évaluations et bilans	228
• Données relatives à la personne suivie	132
• Données relatives à l'écriture du suivi	88
• Données relatives à la forme du suivi	32

Liste des données relatives au suivi du patient

• Évaluations ou bilans ponctuels ou réguliers	202
• Contenu des séances, observations, activités réalisées	92
• Situation socio-professionnelle, habitudes de vie et habitat	83
• Objectifs et principes de prise en charge, plan de traitement	75
• Progression, évolution de l'état du patient	61
• Projets et demandes du patient	60
• Compte rendu d'entretiens avec la famille, l'entourage, le patient	30
• Compte rendu des synthèses avec les différents intervenants	26
• Objectifs atteints, résultats	18

• Comptes rendus des examens médicaux et complémentaires	17
• État civil : nom, prénom, sexe, âge, adresse	13
• Données concernant l'avenir, la sortie ou la visite au domicile	13
• Liste des aides techniques, adaptations, appareillage et installations	12

Pour :

Ajuster et actualiser le projet et les objectifs	59
Évaluer l'évolution du patient et de la prise en charge	40
Connaître et comprendre le patient ; respecter ses habitudes de vie	22
Coordonner la prise en charge avec les autres membres de l'équipe	8
Conserver une trace écrite	6
Permettre la continuité des soins en cas d'absence	5

c) Données relatives à la communication avec les autres professionnels

Professionnels cités par les ergothérapeutes

• Équipe de rééducation, kinésithérapeutes, orthophonistes	50
• Équipe soignante, IDE, aides-soignants	25
• Psychologues, neuropsychologues	9
• Médecins, chirurgiens	6
• Assistants de services sociaux	5
• Auxiliaires de vie	2
• Revendeurs d'aides techniques	1
• Services de suite	1
• Diététiciens	1
• Conseillers en économie sociale et familiale	1
• Éducateurs	1
• Professeurs de sport	1
• Psychomotricien	1

Liste des données relatives à la communication entre professionnels

• Synthèse des évaluations et bilans effectués en ergothérapie	59
• Synthèse de la prise en charge en ergothérapie	55
• Synthèse des réunions en équipe pluriprofessionnelle	54
• Synthèse de chaque intervenant (ses objectifs et ses horaires de prise en charge)	52
• Rappel des objectifs d'ergothérapie	25
• Évolution et progrès de la personne	21
• Langage compris de tous les lecteurs, synthétique, pictogrammes	15
• Comptes rendus des entretiens avec la famille et l'entourage	13
• Liste des aides techniques recommandées et conseils en A.V.Q.	11
• Projets, objectifs, attentes du patient	11

Pour :

Favoriser la concertation et la collaboration entre professionnels	59
Transmettre et échanger des informations	27
Ajuster les objectifs et adapter le suivi	14

Définir des objectifs communs interprofessionnels	13
Proposer une prise en charge globale	12
Avoir un dossier commun	12

d) Données relatives au compte rendu de fin de traitement

Liste des destinataires cités

• Rééducateurs et infirmiers libéraux, services de soins au domicile	47
• Famille	14
• Médecin traitant	7
• Médecin du service	6
• Ergothérapeutes d'un autre centre ou service	6
• Collègues du même centre	6
• Patient	5
• Assistants sociaux	2
• Psychologue, neuropsychologue	2
• Référent éducatif	1
• Centre communal d'action sociale	1

Liste des données relatives au compte rendu de fin de traitement

• Synthèse de l'évolution, des résultats et des objectifs atteints	105
• Évaluations et bilans de fin de prise en charge	93
• Synthèse de la prise en charge réalisée et des actions engagées	79
• Actions à poursuivre, préconisations, projets	72
• Évaluation des capacités, incapacités et situations de handicap	42
• Compte rendu de visite au domicile ou professionnelle et organisation du retour	33
• Rappel des objectifs visés au départ	24
• Liste des aides techniques conseillées	17
• Synthèse de l'investissement du patient et projets du patient	14
• Compte rendu joint au dossier médical	14

Pour :

Transmettre des informations aux futurs intervenants	47
Avoir une trace écrite dans le dossier médical archivé en vue d'un séjour ultérieur	24
Permettre une réinsertion optimale et envisager le devenir	16
Évaluer l'atteinte des objectifs et les progrès, objectiver les résultats	11
Maintenir l'autonomie que le patient a retrouvée pendant le suivi	6

e) Structure du dossier du patient en ergothérapie

Contenu du dossier

• Évaluations et bilans	179
• Données relatives au patient	114

(Nom, prénom, âge, sexe, adresse, régime social et mutuelle, chambre ; données socio-familiales et professionnelles ; histoire de vie, projets, attentes, latéralité)

• Compte rendu des séances, du processus de soin en rééducation et réadaptation	112
• Synthèse de fin de prise en charge, évaluation finale, bilan du séjour	64
• Objectifs en ergothérapie	61
• Données relatives à la pathologie (Diagnostic, données cliniques, histoire de la maladie, antécédents, mode d'entrée)	60
• Prescription médicale signée	35
• Démarches de préparation de la sortie et compte rendu de visite au domicile	26
• Évolution, progrès, difficultés, résultats	26
• Aides techniques, appareillage	10
Forme du dossier	
• Dossier facile à lire par tous, concis, fonctionnel	28
• Référence au dossier ECCO	21
• Dossier informatisé, ordinateurs en réseaux, télétransmissions, intranet	15
• Dossier commun à tous les professionnels	11

B. ENQUÊTE AUPRÈS DES INSTITUTS DE FORMATION

Objectif

L'objectif était de recueillir des informations sur les enseignements et formations relatifs au dossier du patient en ergothérapie.

Méthodologie

Un questionnaire a été construit autour de questions ouvertes et fermées. Il a été envoyé par voie postale aux 8 instituts de formation initiale, aux 6 instituts de formation cadres de santé et à 6 organismes de formation continue reconnus par la profession.

Résultats

1. Résultats quantitatifs

9 questionnaires ont été renvoyés :

- 4 provenant d'instituts de formation initiale dont 2 publics et 2 privés ;
- 1 provenant d'un institut de formation initiale et continue privé ;
- 3 provenant d'instituts de formation cadres publics ;
- 1 provenant d'un organisme de formation privé.

2. Résultats qualitatifs

1) *Dispensez-vous une formation abordant le dossier du patient en ergothérapie ?*

OUI : 6

NON : 2

NRP (ne répond pas) : 1

2) *Si Oui, s'agit-il d'un enseignement ou d'une session spécifique à ce thème ?*

OUI : 2

NON : 3

NRP : 4

3) *Cette formation différencie-t-elle le dossier d'ergothérapie ambulatoire du dossier hospitalier ? Si Oui, en quoi ?*

OUI : 2

NON : 3

NRP : 4

- N'aborde pas du tout le soin/rééducation. Permet d'intervenir quand le "patient" est devenu "client" et qu'il choisit d'adapter son cadre de vie à ses capacités et modes de vie (organisme de formation continue).

4) *Quel type d'informations (relatives à la prescription, au suivi du patient...), cette formation propose-t-elle de consigner ?*

- Informations administratives, médicales, prescription médicale, plan d'intervention, fiches de suivi, évaluations ergo : habitudes de vie, évaluation de l'habitat, activités, soins personnels, activités productives et de loisirs, bilans des capacités et incapacités...

- Informations extraites du "dossier de soins en ergothérapie" du groupe ECCO ANFE, construit en référence au modèle de la PPH.
- Toute information permettant de constituer un cahier des charges techniques pour mettre en œuvre l'adaptation du lieu de vie.
- Prescription, projet de prise en charge, ressources (financières, aide humaine, contexte environnemental), bilans, suivi, démarches entreprises.
- Prescription, résumé du dossier, suivi journalier, feuille annotée des rééducateurs sur l'évolution du patient

5) *Cette formation propose-t-elle des moyens pour structurer le dossier ergothérapique ? Si Oui, lesquels ?*

OUI : 3

NON : 2

NRP : 4

- Structuration en cinq phases : évaluation initiale, objectifs à atteindre, moyens et programme, mise en œuvre, évaluation finale et suivi.
- Aborder le dossier de la personne dans la démarche CIH.

6) *Cette formation propose-t-elle des modèles de communication (comptes rendus, courriers...) connexes à ce dossier ? Si Oui, lesquels ?*

OUI : 2

NON : 3

NRP : 3

- Des fiches à chaque étape de l'analyse permettent une synthèse de notre guide d'évaluation des besoins.
- Dossiers de comptes rendus de l'évaluation de l'habitat de Limoux et de la visite d'expertise à domicile du GIHP de Bordeaux.

7) *Quelles données minimales souhaiteriez-vous trouver dans le dossier d'un patient en ergothérapie ?*

- Souligner l'importance des activités significatives pour le patient.
- Fiche comportant le diagramme de soins, les objectifs poursuivis et résultats atteints
- Les déficiences et capacités avec cotation de sévérité et d'évolution.

8) *Avez-vous des documents concernant le dossier ergothérapique ? Si oui, pouvez-vous nous les faire parvenir ?*

- Document créé avec dépôt de droits d'auteur s'appuyant sur la CIH : "Guide d'évaluation des besoins" : la personne, les situations de vie, le lieu de vie.
- "Dossier de soins en ergothérapie", groupe ECCO-ANFE, "Guide de pratique en ergothérapie", ANFE, 2000.
- Dossier d'ergothérapie du groupe ECCO, Dossier d'ergothérapie de Limoux, BME.

RÉFÉRENCES

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile. Paris: ANAES; 1997.
2. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Évaluation de la tenue du dossier du malade. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANDEM; 1995.
3. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. La tenue du dossier médical en médecine générale : états des lieux et recommandations. Paris: ANDEM; 1996.
4. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Ergothérapie : guide de pratique. Paris: ANFE; 2000.
5. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris: ANDEM; 1994.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. Paris: ANAES; 2000.
7. Eiberlé F. Démarche qualité en ergothérapie : critères et indicateurs. In: Expériences en ergothérapie. Montpellier: Sauramps Médical; 2000. p. 34-42.
8. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris: ANAES; 1999.
9. Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. Décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970. Décret portant création du diplôme d'État d'ergothérapeute. Bulletin Officiel; 10 novembre 1970.
10. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Décret n° 80-13 du 2 janvier 1980 relatif à la pratique professionnelle des ergothérapeutes. Journal Officiel; 12 janvier 1980.
11. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Article L 893 du 11/04/1993 modifié par le décret n° 86-1195 du 21/11/1986 portant sur l'intégration dans les emplois d'ergothérapeutes, modifié par l'arrêté du 23/07/1996. Bulletin Officiel; 1^{er} août 1996.
12. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État d'ergothérapeute. Bulletin Officiel 1990;90/42:21-47.
13. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Ville. Arrêté du 21 juillet 1994 modifiant l'arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute. Journal Officiel 14 août 1994:11956.
14. Elkin J. Charte du dossier médical. Osiose 1996;74:5.
15. Gribeauval JP. Le dossier médical à l'hôpital public. Rev Prescrire 1991;11:29-31.
16. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la santé publique. Journal Officiel 1992;78:4607-8.
17. Almeras J. Le dossier médical d'hospitalisation. Concours Méd 1992;114:1465-7.*
18. Goldberg M; Bréart G; Ducrot H; Dusserre L; Letourny A; Morel B. Le médecin et son ordinateur. L'informatique au cabinet médical. Paris: Editions Frison-Roche; 1994.
19. Beaughon M. Le dossier de soins infirmiers. Outils d'information, d'organisation et de planification. Informatique et gestion des unités des soins. In: Compte rendu du colloque AIMF-IF. Paris: Springer-Verlag; 1989. p. 161-6.
20. Phanel D. Les attentes des "patients clients" en matière d'information et de communication. Dimensions médicale, humaine et administrative. Gestions Hosp 1995;342:76-82.
21. Dubois O. Dossier médical. Que font les médecins généralistes? Bull Ordre Méd 1995;1:7.
22. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Le dossier de soins. Paris: Direction des Journaux Officiels; 1991. N°1 série Soins Infirmiers.
23. Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire.

- Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal Officiel 16 mars 1993:4098-100.
24. Godoc S, Delbecke E, Dazat T, Thieffry E. Dossier de soins infirmiers: mythe ou réalité? *Techn Hosp* 1993;569:39-41.
 25. Deburge A, Chouaid C. Évaluation de la qualité des soins dans les centres hospitaliers de rééducation. *Ann Kinésithér* 1998;25:2-6.
 26. Grenier R. La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. *J Réadpt Méd* 1998;18:87-90.
 27. Calmels P, Bethoux F. Qualité de soins et outils d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. *J Réadpt Méd* 1998;18:104-8.
 28. Champion Daviller M, Bourgeois F, Laporte M. Le dossier de soins. Réalités et perspectives. Paris: Éditions Lamarre; 1991.
 29. Le Doyen J. Ce que les infirmières écrivent au quotidien. *Objectifs Soins* 1993;14:29-32.
 30. Grunberg M. Techniques d'évaluation du travail du kinésithérapeute en centre de rééducation. *Ann Kinésithér* 1994;21:94-5.
 31. Groupe de Réflexion et d'Évaluation des Cadres en Kinésithérapie de l'Ouest. L'évaluation de la charge des soins directs en masso-kinésithérapie. *Kinésithér Sci* 1993;319:37-9.
 32. Viel E. Le dossier du patient de rééducation, une préoccupation pour le praticien libéral autant que pour le salarié. *Ann Kinésithér* 1999;26:98-116.
 33. Trudelle P. L'évaluation pour un kinésithérapeute. *Kinésithér Sci* 1999;389:33-6.
 34. Viel E, Plas F. Méthodologie du diagnostic kinésithérapique. Les examens et bilans en théorie et en pratique. *Ann Kinésithér* 1997;24:306-18.
 35. Gedda M. Au cœur de la kinésithérapie. Son diagnostic. *Kinésithér Sci* 1998;375:39-50.
 36. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. *Revue de la littérature médicale*. Paris: ANAES; 1997.
 37. Les fiches de bilan en exercice libéral. *Ann Kinésithér* 1998;25:357-76.
 38. Pillon-Bernaux P. Évaluation de la mise en place d'une méthodologie rédactionnelle des dossiers de kinésithérapie (POMR) auprès des stagiaires hospitaliers. Bois-Larris: École des cadres de kinésithérapie "Bois Larris"; 1994.
 39. American Physical Therapy Association. Guide to physical therapist practice. *J Am Phys Ther Assoc* 1997;77:1160-5.
 40. Cole B, Finch E, Gowland C, Mayo N. Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique. Toronto: Association Canadienne de Physiotherapy; 1995.
 41. Clinique du château de Vernhes S. Évaluation de la tenue du dossier du patient. Bondigoux: Clinique du château de Vernhes; 1999.
 42. L'évaluation en santé. *Actual Dossier Santé Publ* 1996;17:1-36.
 43. Viel E. Le diagnostic kinésithérapique. Conception, réalisation et transcription en pratique libérale et hospitalière. Paris: Masson; 1998.
 44. Corporation Professionnelle des Ergothérapeutes du Québec. Guide de pratique de l'ergothérapie. Montréal: CPEQ; 1993.
 45. Gedda M, Tardivat M. Du diagnostic masso-kinésithérapique. Mystifications ou vérités. *Kinésithér Sci* 1999;389:22-32.
 46. Détraz M. C. Ergothérapie. *Encycl Méd Chir Kinésithér-Rééduc Fonct* 1992;26150A:1-20.
 47. Le Gall M, Ruet J. Évaluation et analyse de l'autonomie. *Encycl Méd Chir* 1996;26-030-A-10:1-8.
 48. Ruet JI. Le travail de Knielhofner. Enjeux et intérêts. Proposition d'un modèle théorique de l'ergothérapie. In: *Expériences en ergothérapie*. Paris: Masson; 1993. p. 15-20.
 49. D'Erceville D. Le dossier en ergothérapie, espace professionnel de création. In: *Expériences en Ergothérapie*. Montpellier: Sauramps Médical; 2000. p. 21-4.
 50. Association Canadienne des Ergothérapeutes. Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. Toronto (ON): ACE; 1993.
 51. Association Canadienne des Ergothérapeutes. Promouvoir l'occupation. Une perspective de l'ergothérapie. Toronto (ON): COAT, ACE; 1997.

52. Brousseau M, Tremblay M. Tenue de dossiers : reflet de la pratique. *J Ergothér* 1998;20:28-35.
53. Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Côté J, Saint Michel G. Classification québécoise. Processus de production du handicap. Québec: RIPPH/SCCIDIH; 1998.
54. Fougeyrollas P, Noreau L. La mesure des habitudes de vie (MHAVIE 2.1). Québec: CQCIDIH; 1998.
55. Winnicot DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris: Gallimard; 1975.
56. Dubouloz CJ, Duquette S, Award J, Perron P. Profil descriptif de la recherche ergothérapique en Amérique du Nord depuis les années 1970. *J Ergothér* 1997; 19:82-101.
57. Dubouloz CJ, Vallerand J, Maillet R, Lefebvre G. Étude de l'importance de la recherche qualitative en ergothérapie. *J Ergothér* 1999;21:108-15.
58. Leteurtre H, Vandenners V. L'accréditation des services hospitaliers: médico-techniques, techniques et logistiques. Paris: Berger-Levrault; 1997.
58. Menais P. Mise en place du recueil PMSI, de l'obligation vers l'accréditation. *Ann Kinésithér* 1998;25:226-33.
59. Chouaid C, Morel M, Canis L, Viel E. Qualité et accréditation dans les établissements de santé. Application de l'expérience acquise en milieu industriel. *Presse Méd* 1998;27:66-71.
60. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection sociale. Circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics. *Journal Officiel* 1989;89/46:75-84.
61. Direction des Hôpitaux. Circulaire DH/PMSI n° 251 du 3 avril 1997 relative à la mise en place dans les établissements de santé ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS); dispositions particulières pour les établissements sous compétence tarifaire de l'État. *Journal Officiel* 1997;97/16:111-24.
63. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Manuel des groupes homogènes de journées PMSI- soins de suite ou de réadaptation. Volume 1. principes de construction de la classification. *Bulletin Officiel* 1997.
64. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Manuel des groupes homogènes de journées PMSI- soins de suite ou de réadaptation. Volume 2. Description de la classification. *Bulletin Officiel* 1997;97/8 bis.
65. Besnard C, Poindessous J, Moret L, Stanek M. Le PMSI en rééducation du texte à la pratique. *Kinésithér Sci* 1999;389:47-52.
66. Aboiron H, Legall M, Charpentier P. PMSI en soins de suite et réadaptation." La routine!". *Kinésithér Sci* 1999;389:53-6.
67. Legall M, Colombini S, Leroux V, et al. P.M.S.I. et ergothérapie. In: *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps médical; 2000. p. 25-33.
68. Moreau A, Pierrejean C, Chavanne N, et al. Le Plan d'Intervention Individualisé (P.I.I.) : un outil d'équipe pour le patient. In: *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps médical; 1996. p. 98-107.
69. Bignolais G, Choquet V, Darmas S, Freulon S, Houpin F, Lebihan-Cottin P, et al. Les ergothérapeutes s'engagent dans la démarche qualité. *J Ergothér* 2000;22:3-10.
70. Détraz M. C. Le dossier du patient en ergothérapie. 1^{res} journées nationales de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Paris: FEHAP; 2000. p. 37-42.
71. Hercberg E. Cabinet conseil en ergothérapie. *J Ergothér* 1994; 16:146-7.
72. Carlino B, Seraphin O. Charte française des ergothérapeutes libéraux. Instance exercice libéral de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes. *J Ergothér* 2000;22:11-6.
73. Duclos R. La communication du dossier médical. *Rev Hosp France* 1992;5:548-51.
74. Cloutier J, Tétreault S. Analyse d'outils de mesure des habiletés de la main pour la clientèle pédiatrique. *J Ergothér* 1998;20:141-9.
75. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Étude pratique de l'utilisation du P.O.M.R dans le dossier de soins en masso-kinésithérapie à Glasgow. Paris: ANDEM; 1993.
76. De Lépine C. Un dossier de soins en psychiatrie ? In: *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps médical; 1996. p. 212-6.
77. Castelein P, Noots-Villers P, Spicher C, Heris G.

- Évaluation systématique des objectifs prioritaires en réadaptation. Bruxelles: GRAVIR; 1998.
78. Roussel P. CIH-1/CIH-2: rénovation complète ou ravalement de façade ? *Handicap Rev Sci Hum* 1999;81:7-19.
79. Kalfat H, Duverger M, Albouy P. Démarche de soins d'ergothérapie en psychogériatrie. *J Ergothér* 2000;22:35-51.
80. Kalfat H, Othoniel J, Gonzalez L, et al. De l'ergo à la thérapie : quelle démarche et quelle qualité dans un processus de réhabilitation. In: *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps médical; 1999. p. 288-93.
81. Belio C, Destaillets JM. Inclusion et appartenance. *Ergothérapie en institution et système familial*. In: *Expériences en Ergothérapie*. Paris: Masson; 2001. p. 30-6.
82. Allaert F, Dusserre L. Dossier médical informatisé. Déontologie et législation. *Rev Prat* 1996;46:333-7.
83. Orvoine C, Bausson JY, Charpentier C. Les liens entre une démarche qualité en formation d'ergothérapeute et une démarche qualité de soins sur les terrains d'application. *J Ergothér* 1998;20:79-84.
84. Boulanger Y, Leo KC. Évaluation de la qualité de vie en médecine de réadaptation. *J Réadpt Méd* 1998;18:82-6.
85. Pibarot I. Dynamique de l'ergothérapie. *J Ergothérapie* 1977;26:3-20.
86. Morel Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie. In: *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps médical; 1998. p. 11-20.
87. Hadegorn R. Occupational therapy: foundations for practice. Models, frames of reference and core skills. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1992.
88. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit médical. Paris: ANDEM; 1993.
89. Allaert F, Dusserre L. La nouvelle réglementation en matière d'accès aux informations du dossier médical du patient. *Gestions Hosp* 1993;329:588-91.
90. Belio C, Destaillets JM. L'ergothérapie dans la construction du projet thérapeutique alliant le patient, la famille et l'institution. In: *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps médical; 1997. p. 135-41.
91. Marmet T. Une expérience d'ergothérapie dans le cadre de soins infirmiers à domicile. *J Ergothérapie* 1991;57:30-4.
92. Law M, Baptiste S, Carswell-Opzoomer A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. La mesure canadienne du rendement occupationnel. Toronto (ON): CAOT/ACE; 1991.
93. Bourhis C. Quand le handicap et l'autonomie se (ré)concilient. Construction, expérimentation et expertise d'un outil méthodologique d'évaluation des situations de handicap. Mémoire de DESS Promotion de la Santé et du Développement Social. Nancy: École de Santé Publique; 1999.
94. Gable C, Xenard J, André JM. Bilan 400 points. *J Ergothér* 1996;18:47-58.
95. Mathiowetz V, Volland G, Kashman N, Weber K. Adult norms for the box and block test of manual dexterity. *Am J Occup Ther* 1985;39:386-91.
96. Wilson B, Cockburn J, Baddeley A, Hiorns R. The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989;11:855-70.
97. Linnarsson R, Nordgren K. A shared computer-based problem-oriented patient record for the primary care team. *Medinfo* 1995;8:1663.
98. Alfaro R. Démarche de soins. Mode d'emploi. Paris: Éditions Lamarre; 1990.
99. Pour un projet de santé individualisé. Actes du séminaire de recherche, Paris 19-20 mars 1999. Bruxelles: GRAVIR; 1999.
100. Gervais M, Carrière M, Lavoie J. Le suivi de la personne traumatisée crânio-cérébrale tel que perçu par les acteurs québécois. In: *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps médical; 2000. p. 258-69.
101. Truffet-Malet E. La réinsertion socio-professionnelle de personnes en difficultés psychologiques : un projet entre l'unité de réadaptation socio-professionnelle (URSP) et le collectif Rhodanien d'Associations concourant à l'insertion des personnes en difficultés psychologiques (CRAPCIP). In: *Expériences en ergothérapie*. Montpellier: Sauramps médical; 1996. p. 242-9.
102. Dupeyroux M, Claude R, Cocheraux L, Franzoni

- W, Franceschi B. Place de l'ergothérapeute en psychiatrie. *J Ergothér* 1994;16:168-73.
103. Williams A. Des marches à gravir pour atteindre les étoiles. Quantifier la qualité, mesurer les soins. Défis et dilemmes de l'économie de santé. *Projections. La santé au futur*. 1991. p. 133-8.
104. Turlan N. L'autonomie : approche conceptuelle pour une meilleure pratique. *J Ergothér* 1999;21:62-71.
105. Etienne A. L'activité en Amérique du Nord : évolution vers une science de l'occupation. *J Ergothér* 1990;12:48-53.
106. Marks R. Evaluating patient satisfaction. General considerations. 1. Designing a questionnaire. *NZ J Physiother* 1993;Décembre:35-8.
107. Minaire P, Cherpain J, Flores J, Weber D. La classification des handicaps. Données actuelles, avantages et limites. *Encycl Méd Chir* 1991;26006 A10:1-5.
108. Aboiron H. Concrètement la CIH. *Kinésithér Sci* 1998;378:17-20.
109. Heerkens YF. Utilisation et utilité de la CIH dans les professions paramédicales (soins infirmiers, physiothérapie, orthophonie, ergothérapie, podologie et orthoptie). *Handicap et intégration*. Bruxelles: Conseil de l'Europe; 1996.
110. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Classification internationale des handicaps. Déficiences, incapacités et désavantages. Paris: INSERM, CTNERHI; 1993.
111. Hamonet C. Les enjeux de la classifications des handicaps. Actes de la journée d'études du C.T.N.E.R.H.I. 22 octobre 1998. *Handicap Rev Sci Hum* 1999;8.
112. Fougeyrollas P, Noreau L, Saint Michel G. La Mesure de la Qualité de l'Environnement (MQE). Québec: CQCIDIH; 1997.
113. Pibarot I. L'ergologie. Perspective française d'une science de l'occupation humaine ? Compte rendu de la conférence annuelle ENOTHE Paris 26 septembre 2000. Paris: ANFE; 2000.
114. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 99-919 du 27 octobre 1999 pris pour l'application du chapitre V ter de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et relatif aux traitements de données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et activités de soins et de prévention. *Journal Officiel* 1999 octobre.
115. Hugerot P. Étude de faisabilité de la phase de conception d'une application informatique. Bois Larris: Institut de Formation de Cadres de Santé en Kinésithérapie; 1997.
116. Botocro R, Adler N, Coudraye G, Henry P, Le Beguec E. Une fiche de liaison d'ergothérapie. *J Ergothér* 1998;20:129-32.
117. Association Canadienne des Ergothérapeutes. *Mesure canadienne du rendement occupationnel*. Montréal: COAT/ACE; 1997.
118. Kielhofner G. Le modèle de l'occupation humaine. "Model of human occupation". Aperçu des concepts actuels. Traduit par Sylvie Meyer, Myriam Zingale. Baltimore: Williams and Wilkins; 1985.
119. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. *Le domicile : espace de vie, de confort et de soins*. Paris: Masson; 1991.
120. André JM. Fondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation. In: *Traité de médecine physique et de réadaptation*. Paris: Flammarion; 1995. p. 167-8.
121. Sève-Ferrieu N. Bilan écologique, classique : quelle complémentarité en ergothérapie ? Une première version de cet article a été présentée lors des Actes de la journée régionale ANFE Ile-de-France du 14 novembre 1996. *J Ergothér* 1998;20:72-8.
122. Desrosiers J, Dutil E, Hebert R, Bravo G. La dextérité manuelle : définition et mesure. *J Ergothér* 1994;16:28-33.
123. Dutil E, Forget A. Profil des AVQ (traumatisme crânio encéphalique). Montréal: Institut de réadaptation de Montréal, Université de Montréal; 1991.
124. Spector WD, Katz S, Murphy JB, Fulton JP. The hierarchical relationship between activities of daily living. *J Chron Dis* 1987;40:481-9.
125. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. *Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins*. Paris: CNAMTS; 1999.
126. Le Thiec F, Jokic C, Énot-Joyeux F, Durand M, Lechevalier B, Eustache F. Évaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens graves : pour une meilleure approche du

- handicap. *Ann Réad Méd Phys* 1999;42:1-18.
127. Hunt S. The problem of quality of life. *Qual Life Res* 1997;6:205-12.
128. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des altérations du corps, des activités et de la participation. Avant-projet bêta-1 pour essais de terrain. Genève: OMS; 1997.
129. Committee of Occupational Therapists for the European Communities. Code éthique et standards de pratique. Révision septembre 1996. COTEC; 1996.
130. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. *Journal Officiel* 28 juillet 1999:11229-49.
131. Arrêté du 11 mars 1968 sur la durée de conservation des archives médicales. Règlement des archives hospitalières. Paris: ministère d'État chargé des Affaires Culturelles. 1968.
132. Raynard F. *Se mouvoir sans voir*. Paris: Yva Peyret; 1991.
133. Prot J, Georges B, Tison M. Recherches de contenu pour un dossier informatisé en kinésithérapie. *Ann Kinésithér* 1993;20:213-20.
134. Mette F, Grall A, Nounou P, Vinay M, Binet J, Doucet B. L' informatisation médicale au CRF Saint Lazare. *Ann Kinésithér* 1993;20:145-52.
135. Gedda M. De l'informatisation du dossier masso-kinésithérapique. Bois-Larris: École de la Fondation des Cadres de Kinésithérapie "Bois Larris"; 1993.
136. Sésam-vitale, c'est parti! Available from: <http://kine.kinemia.fr/sinformer/legislation/sesame.html>.
137. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Santé informatique et libertés. Professions libérales de santé. Paris: CNIL; 1999.