



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

# **LE DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINESITHERAPIE**

**MARS 2000**

**Service Recommandations et Références Professionnelles**

*Dans la même collection :*

**Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution – A paraître**

**Indications et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques – A paraître**

*Dans la collection Recommandations et Références Médicales en Massokinésithérapie :*

**Recommandations et références médicales en massokinésithérapie - novembre 1996**

**- Supplément au n° 38 du 16 novembre 1996 du Concours Médical :**

Massokinésithérapie dans les lombalgies communes, Massokinésithérapie dans la conservation de l'activité ambulatoire (marche, transferts, équilibre) des malades âgés, Massokinésithérapie dans le syndrome fémoro-patellaire et les suites de méniscectomie, Recommandations et références en massokinésithérapie.

*Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous ou consulter notre site : <http://www.anaes.fr> ou <http://www.sante.fr>*

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 Mars 2000. 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

© 2000 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.S.B.N. : 2-910653-68-4

Prix net : 100,00 F  
15,24 €

---

**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 patients, 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

Ces recommandations ont été établies dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé et

- l'Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie,
- la Société Française de Neurologie,
- la Société Française de Rhumatologie.

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

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET avec l'aide de Mme Sylvie LASCOLS, sous la responsabilité de Mme Hélène CORDIER, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été réalisé par Mlle Marie-Laure TURLET.

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

Le groupe de travail remercie MM. Christian BENOIT, Gilbert DUFOUR et Michel GOUBAN pour leurs informations concernant les équipements pour personnes mal ou non voyantes.

---

**COMITE D'ORGANISATION**

---

M. Éric VIEL, masseur-kinésithérapeute, Paris ;  
M. Pierre BOURGEOIS, rhumatologue, Paris ;

M. le Dr Bernard BUSSEL, neurologue, Garches.

---

**GROUPE DE TRAVAIL**

---

M. le Pr Francis GUILLEMIN, épidémiologiste,  
Vandœuvre-lès-Nancy ; président du groupe de  
travail ;

M. Jean-Michel LARDRY, masseur-  
kinésithérapeute, Dijon ; chargé de projet du  
groupe de travail ;

M. Vincent BACCIALONE, ortho-prothésiste,  
Mulhouse ;

M. Jean-Pierre BERTHELIN, masseur-  
kinésithérapeute, Saint-Saturnin-le-Mans ;

Mme Françoise BIZOUARD-NOURDIN, masseur-  
kinésithérapeute, Paris ;

M. le Pr Christian BRÉGEON, rhumatologue,  
Angers ;

M. Jacques CHARMASSON, pneumologue -  
allergologue, Pont-d'Héry ;

M. Yves CHATRENET, masseur-kinésithérapeute,  
Plateau-d'Assy ;

M. Jean-Louis ESTRADE, masseur-  
kinésithérapeute, Revilly ;

M. le Dr Pierre-Christian GOEPFERT, médecin de  
médecine physique et de réadaptation,  
Vandœuvre-lès-Nancy ;

M. Philippe HUGEROT, masseur-  
kinésithérapeute, Firminy ;

Mme Marie-Hélène LEMONNIER, psychologue,  
Garches ;

M. Philippe PAUMARD, masseur-  
kinésithérapeute, Paris ;

M. le Dr Pierre-François PRADAT, neurologue,  
Paris ;

Mme le Dr Gilberte ROBAIN, médecin de  
médecine physique et de réadaptation, Ivry-sur-  
Seine ;

Mme Odile SERAPHIN, ergothérapeute, Lyon ;

M. le Dr Philippe THOUMIE, médecin de  
médecine physique et de réadaptation, Paris.

---

**GROUPE DE LECTURE**

---

M. Christian ABALEA, masseur-kinésithérapeute,  
Besançon ;

M. le Dr Jean-Jacques AKNIN, orthopédiste,  
Villeurbanne ;

M. le Dr Gérard ALEXANDRE, chirurgien  
orthopédiste et médecin de médecine physique  
et de réadaptation, Paris ;

M. Christian ALLEZOT, masseur-  
kinésithérapeute, La Membrolle-sur-Choisille ;

M. le Dr René AUSSÉDAT, rhumatologue,  
Nancy ;

M. le Dr Laurent BARREAU, généraliste, Saint-  
Père-en-Retz ;

Mme Véronique BILLAT, masseur-  
kinésithérapeute, Neufchâteau ;

M. Marc BLANC, masseur-kinésithérapeute, Le  
Port-Barcarès ;

M. le Pr Pierre BOURGEOIS, rhumatologue,  
Paris ;

Mme Corinne BOURIGAULT PRELLE,  
ergothérapeute, Sainte-Foy-l'Argentière ;

Mme le Dr Frédérique BRUDON, neurologue,  
Villeurbanne ;

M. le Dr Bernard BUSSEL, médecin de médecine  
physique et de réadaptation, Garches ;

M. le Dr Jean-Loup CARTIER, chirurgien  
orthopédiste, Gap ;

Mme le Dr Catherine DAL ZOTTO, gériatre,  
Nice ;

M. Éric DECHAMPS, orthopédiste, Villiers-Saint-  
Denis ;

M. Jean DELEPINE, surveillant, Ballan-Mire ;

M. Jean-Pierre DENTZ, masseur-  
kinésithérapeute, Stains ;

M. le Dr François DESTOMBES, pneumologue, Le  
Havre ;

M. le Dr Jean-Pascal DEVAILLY, médecin de  
médecine physique et de réadaptation,  
Bobigny ;

M. le Dr Olivier DIZIEN, médecin de médecine  
physique et de réadaptation, Garches ;

M. François DUCROS, masseur-kinésithérapeute,  
Strasbourg ;

M. le Dr Jean-Marc DUMEIX, pneumologue,  
Chalon-sur-Saône ;

M. le Dr Benoît DUQUESME, pneumologue,  
Liévin ;

Mme Brigitte DUSSO, infirmière, Andelot-en-Montagne ;  
M. le Dr Pierre FERRU, médecin généraliste, Gencay ;  
M. le Pr Vincent GAUTHERON, médecin de médecine physique et de réadaptation, Saint-Étienne ;  
M. le Dr Bernard GAY, médecin généraliste, Rions, membre du Conseil scientifique de l'ANAES ;  
M. Jean-Luc GERARDI, masseur-kinésithérapeute, Lattes ;  
Mlle Chantal GERIN, ergothérapeute, Pierre-Bénite ;  
Mme Brigitte GOBERT, masseur-kinésithérapeute, Roubaix ;  
M. Dominique GRASSER, masseur-kinésithérapeute, Besançon ;  
M. le Dr Jean-Pierre HOCHART, rhumatologue, Étaples ;  
M. Édouard-Guy LECLERC, masseur-kinésithérapeute, Le Havre ;  
M. le Dr Jacques LECUREUIL, rhumatologue, Joué-lès-Tours ;  
M. le Dr Yves LEQUEUX, médecin généraliste, Saint-Père-en-Retz ;  
Mlle Lucienne LETELLIER, masseur-kinésithérapeute, Paris ;  
M. le Dr Daniel MAYEUX, médecin, METZ ;  
M. le Dr Bernard MAZIERES, rhumatologue, Toulouse ;  
Mme le Dr Danièle MEYER-FLECK, médecin de médecine physique et de réadaptation, Colmar ;  
M. le Dr Bernard MONTAGNE, neurologue, Roubaix ;  
M. Jean-François MULLER, masseur-kinésithérapeute, Mulhouse ;  
M. le Dr Fabrice NOUVELLE, médecin, Nîmes ;  
M. le Dr Jean-Luc NOVELLA, médecin, Reims ;  
M. le Dr Alain NYS, médecin de médecine physique et de réadaptation, Neuilly-sur-Seine ;  
Mme Christine ORVOINE, ergothérapeute, Rennes ;  
M. Michel POUJADE, masseur-kinésithérapeute, Toulon Naval ;  
M. le Dr Bernard PRALLET, rhumatologue, Saint-Étienne ;  
Mme le Dr Christiane PRIVAT-PAIN, médecin de médecine physique et de réadaptation, Malakoff ;

Mme Agnès RABOLIN, orthophoniste, Besançon ;  
M. le Dr Philippe RICHARD, médecin généraliste, Compertrix ;  
M. Claude-André RICHEL, masseur-kinésithérapeute, Montreuil ;  
M. le Dr Éric ROLLAND, orthopédiste, Paris ;  
M. Patrick ROTGER, masseur-kinésithérapeute, Saint-Maurice ;  
M. le Dr Bertrand ROUSSEAU, :médecin de médecine physique et de réadaptation, Nantes ;  
M. Jacques ROUSTIT, orthophoniste, Paris ;  
M. Jean-Joachim ROYES, masseur-kinésithérapeute, Saint-Martin-d'Aubigny ;  
Mme Évelyne SABOT, masseur-kinésithérapeute, Saint-Étienne ;  
Mme Maryse SAINSON, masseur-kinésithérapeute, Avon ;  
M. le Dr Guy SALFATI, médecin généraliste, Autun ;  
M. le Dr Jacques SAMUEL, rhumatologue, Paris ;  
M. le Dr Patrick SEGAUD, médecin généraliste, Niort ;  
M. le Dr Claude SICHEL, médecin généraliste, Carnoux-en-Provence ;  
M. Jean SIGNEYROLLES, masseur-kinésithérapeute, Paris ;  
M. Philippe STEVENIN, membre du Conseil scientifique de l'ANAES ;  
M. Dominique-Louis TIQUET, ergothérapeute, Ivry-sur-Seine ;  
Mme Yvonne TOURNIER, instructrice en locomotion, Rennes ;  
M. le Dr Guy VANCON, rhumatologue, Bainville-sur-Madon ;  
M. le Dr Philippe VASSEL, médecin de médecine physique et de réadaptation, Coubert ;  
M. le Dr Emmanuel VASSEUR, gériatre, Angers ;  
M. le Dr Jean-Michel VERRET, neurologue, Le Mans ;  
M. Christian VIADE, masseur-kinésithérapeute, Lille ;  
M. le Dr Éric VIEL, masseur-kinésithérapeute, Thonon ;  
Mme Geneviève VILLARET-SAMIER, orthopédiste, Lille ;  
M. Alain YELNICK, médecin de médecine physique et de réadaptation, Paris ;  
M. le Dr YVAIN, gériatre, Ivry-sur-Seine.



---

**SOMMAIRE**

---

<b>TEXTE DES RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>14</b>
<b>ARGUMENTAIRE.....</b>	<b>15</b>
<b>I. LES DOCUMENTS EXISTANTS .....</b>	<b>15</b>
I.1. LES TEXTES OFFICIELS SUR LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE 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 MASSO-KINÉSITHÉRAPIE .....	17
I.4. CONCLUSION.....	20
<b>II. DÉFINITION ET OBJECTIFS DU DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE ...</b>	<b>21</b>
II.1. PROPOSITION DE DÉFINITION DU DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE .....	21
II.2. LES OBJECTIFS DU DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE .....	21
<b>III. LE CONTENU DU DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE - PROPOSITIONS</b>	<b>23</b>
III.1. RÈGLES PRINCIPALES À RESPECTER .....	23
III.2. RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS.....	23
III.3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX .....	26
III.4. PROJET DU PATIENT.....	27
III.5. EXAMEN MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE.....	27
III.6. DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE .....	28
III.7. OBJECTIFS MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUES .....	28
III.8. TRAITEMENT MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE .....	28
III.9. RÉSULTAT DU TRAITEMENT - ÉVALUATION .....	29
III.10. COMPTE RENDU DE FIN DE TRAITEMENT .....	30
III.11. CORRESPONDANCES PROFESSIONNELLES.....	30
<b>IV. ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DOSSIER DU PATIENT EN MASSO- KINÉSITHÉRAPIE .....</b>	<b>31</b>
IV.1. À QUI S'ADRESSE LE DOSSIER ? .....	31
IV.2. COMMENT PRÉPARER LES PROFESSIONNELS À L'UTILISATION DU DOSSIER ?.....	31
<b>V. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA TENUE DU DOSSIER « PAPIER ».....</b>	<b>32</b>
<b>VI. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA TENUE DU DOSSIER « INFORMATIQUE ».</b>	<b>33</b>
VI.1. AVANTAGES DU DOSSIER « INFORMATIQUE » .....	33
VI.2. DOSSIER « INFORMATIQUE » ET PATIENT .....	33
VI.3. DOSSIER « INFORMATIQUE » ET CONFIDENTIALITÉ .....	33
VI.4. LE DOSSIER « INFORMATIQUE » DOIT RESPECTER CERTAINS CRITÈRES.....	34
VI.5. ESSAIS DE DOSSIERS INFORMATISÉS EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE.....	34
<b>PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES.....</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE I. ENQUÊTE DE PRATIQUES AUPRÈS DES PROFESSIONNELS ET DES INSTITUTS DE FORMATION .....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXE II. LE <i>PROBLEM ORIENTED MEDICAL RECORD</i> (POMR).....</b>	<b>46</b>

<b>ANNEXE III. LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (CIH-1) .....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXE IV. LE COMPTE RENDU DE FIN DE TRAITEMENT .....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXE V. PROPOSITION DE PRÉSENTATION DU DOSSIER EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE .....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXE VI. ARCHIVAGE DES DOSSIERS MÉDICAUX À L'HÔPITAL.....</b>	<b>58</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>60</b>

---

**TEXTE DES RECOMMANDATIONS**

---

Le groupe de travail recommande à tout masseur-kinésithérapeute (salarié ou libéral, 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. 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 masso-kinésithérapique ;
- la gestion du dossier respecte la confidentialité des données concernant le patient.

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie contient les données suivantes :

**1. Renseignements socio-administratifs**

Numéro de dossier	Préférable
<b>Nom</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Prénom</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Sexe</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Date et lieu de naissance</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Adresse</b>	<b>Indispensable</b>
Téléphone	Préférable
<b>Profession</b>	<b>Indispensable</b>
Situation familiale	Préférable
Environnement - Conditions de vie	Préférable
Activité(s) et sport(s) pratiqué(s)	Préférable
<b>Nom de l'assuré</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Numéro de Sécurité sociale</b>	<b>Indispensable</b>
Personne référente du patient (père, mère, tuteur, etc.)	Préférable
Référence de la mutuelle	Préférable
Date de la demande d'entente préalable (DEP)	Préférable
Mode de transport	Préférable
<b>Date de la première séance</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Date de la dernière séance</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Nom du masseur- kinésithérapeute</b>	<b>Indispensable</b>
Autres intervenants	Préférable

**2. Renseignements médicaux :**

<b>Diagnostic médical</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Histoire de la maladie</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Pathologie(s)</b>	
nécessitant l'hospitalisation	<b>Indispensable</b>
nécessitant la prise en charge masso-kinésithérapique	<b>Indispensable</b>
autre(s) pathologie(s)	Préférable
Antécédents médicaux	Préférable

chirurgicaux	Préférable
masso-kinésithérapiques	Préférable
familiaux	Préférable
<b>Comptes rendus</b>	
<b>d'examens (imagerie, explorations fonctionnelles, etc.)</b>	<b>Indispensable</b>
<b>opératoire</b>	<b>Indispensable</b>
d'hospitalisation	Préférable
de consultation	Préférable
Traitement(s) actuels(s)	Préférable
<b>Prescription médicale du traitement masso-kinésithérapique</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Médecin prescripteur</b>	<b>Indispensable</b>
<b>3. Projet du patient</b>	<b>Indispensable</b>
<b>4. Examen masso-kinésithérapique</b>	<b>Indispensable</b>
Contenant les fiches de bilans réactualisées et identifiées	
<b>5. Diagnostic kinésithérapique</b>	<b>Indispensable</b>
<b>6. Objectifs de la prise en charge masso-kinésithérapique</b>	<b>Indispensable</b>
Comprenant notamment :	
- les objectifs de traitement et les priorités	
- les délais prévus pour atteindre les objectifs fixés	
<b>7. Traitement masso-kinésithérapique</b>	<b>Indispensable</b>
Il fait état de la prise en charge masso-kinésithérapique :	
- la stratégie thérapeutique, préventive et éducative	
- des techniques exprimées selon la cotation de la nomenclature générale des actes professionnels ou selon le codage PMSI	
<b>La tenue d'un « séancier » pour le suivi thérapeutique est recommandée.</b>	
<b>8. Résultats du traitement – Évaluation</b>	<b>Indispensable</b>
<b>9. Compte rendu de fin de traitement</b>	<b>Indispensable</b>
<b>10. Correspondance professionnelle</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Le dossier est accessible à tout moment au cours du traitement.</b>	
<b>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.</b>	

---

## **INTRODUCTION**

---

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie représente le support indispensable des informations pertinentes à la délivrance de soins de bonne qualité (1, 2). Dans ce contexte, il doit :

- être un outil de réflexion en vue d'une démarche diagnostique, thérapeutique et pronostique ;
- faciliter la coordination des différents professionnels qui interviennent auprès du patient ;
- permettre d'évaluer la qualité des pratiques professionnelles (1, 2) ;
- fournir des données initiant une activité de recherche en kinésithérapie.

Même si certains professionnels se montrent encore réservés sur l'utilisation d'un tel dossier (en invoquant deux raisons : le manque de temps (3, 4) et la crainte d'un contrôle indirect sur les connaissances et le travail réalisé (4)), les masseurs-kinésithérapeutes prennent peu à peu conscience de l'intérêt d'un tel outil.

En effet, le dossier en masso-kinésithérapie peut permettre, en respectant certaines exigences, non seulement une prise en charge du patient dans les meilleures conditions, mais aussi, toujours pour optimiser la qualité et l'organisation des soins, de faciliter la communication avec les autres acteurs du système de santé.



---

## METHODOLOGIE

---

### I. LES QUESTIONS POSEES

Pour présenter les buts du dossier et son intérêt, le groupe de travail a répondu à 8 questions :

- Existe-t-il des obligations légales ?
- Quels sont les objectifs principaux du dossier ?
- Quelles données minimales doit-on trouver dans ce document ?
- Existe-t-il des différences entre le dossier de kinésithérapie ambulatoire et hospitalier ?
- De quelles données minimales a-t-on besoin en parallèle à la prescription ?
- Quelles sont les données minimales à adresser en fin de traitement ?
- Quels liens écrits doit-on mettre en place avec les autres professionnels ?
- Comment structurer le dossier de kinésithérapie ?

### II. STRATEGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Interrogation des bases de données.

Les banques de données MEDLINE, EMBASE, HealthSTAR, REDATEL et COCHRANE ont été interrogées pour la période allant de 1994 à 1999.

Seules les publications de langue française ou anglaise ont été retenues.

La stratégie de recherche a porté sur :

↪ une recherche générale sur le dossier de kinésithérapie

Les mots clés initiaux suivants : *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) *Diagnosis* 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*

ont été associés à : *Kinesiology* OU, *Movement therapy* OU, *rehabilitation medicine* OU, *Exercise therapy* OU, *Kinesiotherapy* OU, *Physiotherapy* OU, *Physical therapy*.

225 références ont été obtenues sur MEDLINE, 216 sur EMBASE et 83 sur HealthSTAR.

↪ la recherche de littérature française sur REDATEL

12 références ont été obtenues.

Devant le peu de littérature pertinente indexée sur le sujet, de nombreuses sociétés savantes étrangères (surtout anglaises, nord-américaines et canadiennes) spécialisées en kinésithérapie ont été contactées et nous ont fourni leurs publications.

### III. ENQUETE DE PRATIQUE

Une enquête de pratique (*Annexe I*) concernant la tenue d'un dossier en masso-kinésithérapie a été réalisée auprès :

- des professionnels libéraux et salariés, par le biais des ambassades de réflexion des cadres kinésithérapeutes ;
- des instituts de formation initiale en masso-kinésithérapie, des instituts de formation des cadres de santé kinésithérapeutes et des instituts de formation continue.

---

**ARGUMENTAIRE**

---

**I. LES DOCUMENTS EXISTANTS**

**I.1. Les textes officiels sur la profession de masseur-kinésithérapeute en rapport avec le dossier du patient**

La rédaction d'un dossier masso-kinésithérapique 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. Le statut légal de la profession de masseur-kinésithérapeute (loi du 30 avril 1946) (5)

Article L. 487 : « ... Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. »

Ce statut d'auxiliaire médical implique logiquement de rendre des comptes au médecin sur ce qui a été fait par rapport à sa prescription (6).

I.1.2. Nomenclature des actes professionnels (9 août 1985) (5)

Ce texte précise les cotations des actes de diagnostic kinésithérapique en rapport avec les bilans articulaires et musculaires.

I.1.3. Programme officiel des études de masso-kinésithérapie (arrêté et décret du 5 septembre 1989) (7, 8)

- Les modules de technologie évoquent les méthodes d'évaluation et d'exploration en masso-kinésithérapie.
- Les objectifs généraux des stages cliniques en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année insistent sur les points suivants :
  - étudier et apprendre à établir des relations avec les patients,
  - apprendre à collaborer à la prise en charge globale des patients et à la réalisation de protocoles thérapeutiques au sein d'une équipe pluriprofessionnelle,
  - observer l'état des patients et établir des bilans qui accompagnent l'utilisation des techniques masso-kinésithérapiques,
  - acquérir les connaissances pratiques et les techniques nécessaires à l'exécution des actes professionnels,
  - évaluer les techniques utilisées.

I.1.4. Examen du diplôme d'État (décret n° 93-1037 du 30 août 1993 et arrêté du 30 août 1993) (9, 10)

- L'examen en vue de l'obtention du diplôme d'État comporte deux épreuves de mise en situation professionnelle et la soutenance d'un travail écrit.
- Le travail écrit porte sur l'étude d'un cas clinique. Ce travail doit permettre à l'étudiant de synthétiser l'ensemble de la démarche de prise en charge masso-kinésithérapique.
- La mise en situation professionnelle auprès du patient comprend :
  - le bilan et le plan de traitement masso-kinésithérapique du patient,
  - l'exécution, la justification et l'évaluation des techniques masso-kinésithérapiques 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.1.5. La convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes (première convention en 1974, réactualisée en 1994) (11)

- Article 9, titre II - Le masseur-kinésithérapeute a le choix de ses techniques : « Le masseur-kinésithérapeute, dans la limite de sa compétence et sous réserve de respecter la prescription médicale et les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels, demeure libre du choix de sa technique. »
- Dans le préambule de la convention nationale du 17 mai 1994 (JO du 18 mai 1994), il est écrit : « La convention prévoit de mettre en œuvre, dès qu'elles couvriront un champ suffisant de l'exercice de la masso-kinésithérapie, des références médico-kinésithérapiques opposables (12) participant à la distribution de traitements de qualité, sous réserve des textes législatifs et réglementaires nécessaires. »

I.1.6. Actes professionnels et exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (décret n° 96-879 du 8 octobre 1996) (13)

- Article 2 : « Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un diagnostic kinésithérapique et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriées. »
- Article 6 : « Le masseur-kinésithérapeute est habilité à effectuer des bilans kinésithérapiques et évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5 ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance. »

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

Les recommandations pour la tenue du dossier du patient en masso-kinésithérapie considèrent les expériences déjà menées par les médecins (1) et par les infirmiers (2).

I.2.1. Le dossier médical

Le dossier médical peut ainsi se définir : « C'est une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelle et collective, constamment mise à jour. » (14)

Les médecins français ne semblent pas utiliser de dossiers de patient bien définis. Souvent ces dossiers sont le fait d'initiatives personnelles (1).

Généralement le dossier médical rassemble trois types d'informations : l'observation médicale (examen clinique, diagnostic, traitements), les notes d'exploitation (hypothèses, projets), et la correspondance médicale (15).

Certaines données peuvent être extraites du dossier médical pour le patient, les intervenants médicosociaux, les institutions (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 (17) ou privé (18).

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* (19).

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) (16, 18-20).

### — En libéral

En médecine ambulatoire, la tenue d'une fiche pour chaque patient a été rendue obligatoire, en 1995, par le Code de déontologie (1).

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 (1).

Les dossiers médicaux informatisés prennent une place de plus en plus grande (21, 22). Dans 71 % des cas le dossier médical est constitué d'une seule fiche, lors de sa création. 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 (1).

#### I.2.2. Le dossier de soins infirmiers

Il se définit ainsi : « C'est 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. » (23)

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 (24).

Ce dossier a pour but d'améliorer :

- la qualité des soins : efficacité, continuité, sécurité (25) ;
- l'organisation des soins (14, 23, 26, 27).

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

#### — *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 pris en compte. Il est alors considéré comme un élément d'appréciation d'une démarche de qualité (2).

Il a été constaté que la mise en place d'un support adapté renforçait la structuration de l'information écrite. Alors que sans structure, les informations s'amenuisent très vite (29).

#### — *En libéral*

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 (2).

### I.3. État des lieux de la tenue du dossier du patient en masso-kinésithérapie

#### I.3.1. À l'étranger

L'expérience des kinésithérapeutes étrangers, notamment des pays anglo-saxons, peut présenter un intérêt. Cependant, il faut relativiser la portée de certaines remarques ou conclusions qui n'auront peut-être pas la même résonance dans notre pays dont l'activité économique générale, l'organisation de la santé et les modes d'exercice professionnel sont différents.

#### — *Principaux pays ayant élaboré des recommandations pour la tenue d'un dossier du patient en kinésithérapie*

- **États-Unis** : la tenue de dossiers en kinésithérapie est fortement conseillée, voire imposée, par certains organismes de prise en charge des patients. Les kinésithérapeutes américains ont, dès les années 70, travaillé à la mise en place de dossiers de patients et de tests et mesures permettant de justifier et de valider leur travail (30, 31, 33).
- **Australie** : les dossiers de kinésithérapie ont été progressivement mis en place dans les années 80. Les kinésithérapeutes australiens ont pris conscience à cette époque que l'instauration d'un tel document permettait d'évaluer le résultat de leur travail et d'assurer ainsi une haute qualité des traitements (34).

- **Canada** : le dossier du patient en kinésithérapie 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, évaluation, plan de traitement, notes de progrès et résumé de fin de traitement (35-38). Les kinésithérapeutes canadiens, avec l'ensemble des professionnels en réadaptation, ont adopté la classification internationale des handicaps (CIH). Cette classification a fourni un cadre unificateur pour l'intégration des idées (39).
- **Grande-Bretagne** : le dossier du patient en kinésithérapie a été institué à l'initiative de la *Chartered Society of Physiotherapy* (40, 41).
- **Suède** : le dossier en kinésithérapie est conseillé mais non officialisé (42).

— *Type de dossier utilisé*

L'analyse des publications concernant le dossier de kinésithérapie à l'étranger montre que le dossier type est constitué la plupart de temps à partir des éléments figurant dans le système intitulé *Problem Oriented Medical Records* (POMR) (43, 44).

Ce système, servant de base au dossier médical, a été proposé en 1968 (45) (*Annexe 2-A*).

Progressivement le POMR a été instauré dans les services médicaux anglo-saxons et parallèlement dans les services de kinésithérapie qui ont saisi l'opportunité d'utiliser avec les médecins un langage commun (32, 33, 46).

D'autres avantages ont été notés. Ils concernent principalement la structure même du dossier type POMR qui permet au professionnel non seulement d'identifier aisément les problèmes, mais aussi de justifier et de donner en toute logique les bases du traitement à appliquer (32, 47).

L'utilisation du dossier de type POMR dans les pays anglo-saxons a fait évoluer l'exercice de la kinésithérapie. Les kinésithérapeutes, davantage « responsabilisés », sont devenus plus autonomes avec une prescription médicale plus « ouverte » ne précisant que la pathologie (48). Certains pays ont même proposé l'accès direct en kinésithérapie (49, 50).

Pour certains, le POMR s'adapte bien aux besoins du dossier en kinésithérapie (32, 42, 47, 48, 51), notamment grâce au système annexe *Subjective, Objective, Assessment, Plans* (SOAP) qui permet le suivi régulier (chaque jour ou à chaque séance) du patient (52).

Pour d'autres, le POMR est jugé trop médical et peu adapté au domaine spécifique de la kinésithérapie (53).

D'autres critiques sont encore formulées :

- risque de confondre bonne kinésithérapie et bonne tenue du dossier ;
- collecte des données nécessitant un temps non négligeable ;
- imprécision de la notion de problème ;
- risque de perdre la vision synthétique du patient en segmentant les données par problèmes ;
- problème de « mise en page » pour les dossiers volumineux.

Les bénéfices du POMR sur la qualité des soins (32), sur l'évaluation des techniques et des traitements n'ont jamais été démontrés par des essais randomisés (1, 54). Le POMR n'a pas été validé dans le cadre des activités de rééducation fonctionnelle et plus spécifiquement en masso-kinésithérapie.

I.3.2. En France

— *En établissements de soins*

Le dossier du patient est le thème à l'origine de toute démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement. 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. L'action

de tous les acteurs s'avère ainsi coordonnée, garantissant par là même un accès aisé aux informations (55).

Si la mise en place de dossiers en masso-kinésithérapie est loin d'être généralisée dans les établissements de santé en France, certains facteurs dynamiseront l'utilisation d'un tel document :

- L'**accréditation** (56) 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 quant à 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 son fonctionnement 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 (57) et mis en place à partir de 1997 (58). Parallèlement, la même année, le catalogue des actes de rééducation appelé PMSI-SSR (soins de suite ou de réadaptation) (59, 60) 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, le volume de l'activité produite par ces établissements de rééducation (58, 61-64).

**Le dossier en masso-kinésithérapie s'harmonise, dans ce contexte, avec le dossier médical et alimente les données nécessaires à la mise en place du PMSI.**

L'utilisation d'un dossier en masso-kinésithérapie peut cependant être difficile dans certains services :

- ceux de court séjour où les temps d'hospitalisation réduits (quelquefois limités à 2 ou 3 jours) ne valorisent pas pleinement les avantages d'un tel document ;
- ceux accueillant des patients présentant des multi-pathologies pour lesquelles la tenue d'un dossier peut s'avérer lourde et fastidieuse.

Deux types de dossiers coexistent actuellement dans les établissements de soins :

- soit un dossier unique destiné à l'ensemble du personnel de santé : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, intégrant des éléments communs, voire partagés (14, 55, 65, 66) ;
- soit un dossier propre à l'exercice de la masso-kinésithérapie (67-69).

Une étude faite en 1994 sur un projet de mise en place d'un dossier du patient en établissements de santé (14) a montré, chez les personnels concernés, qu'une dynamique d'amélioration de la qualité des soins s'était créée avec le sentiment d'une valorisation des pratiques professionnelles. Les limites concernaient essentiellement la notion de temps et de charge supplémentaire non négligeable.

— *En libéral*

Les traitements sont pratiqués :

- soit au cabinet du masseur-kinésithérapeute ;
- soit dans le lieu de vie actuel du patient : son domicile, celui où il loge (enfants, famille, amis, etc.), une structure d'hébergement, comme maison de retraite ou foyer-logement par exemple.

Il est possible de mettre en place deux documents : le principal restant au cabinet du masseur-kinésithérapeute et le complémentaire conservé par le patient. Ce dernier document pourrait permettre, entre autres, de noter les éléments de surveillance du traitement et les transmissions aux autres membres de l'équipe de santé : médecin, infirmier... ou à la famille (2, 66).

— *Type de dossier utilisé*

Des dossiers en masso-kinésithérapie ont été proposés soit sous la forme du POMR anglo-saxon (48, 70, 71) (*Annexe 2-B*), soit en utilisant le principe de la classification internationale des handicaps (CIH) (*Annexe 3-A*) adaptée aux traitements en masso-kinésithérapie (33, 61, 67-68, 72-78) (*Annexe 3-B*).

La CIH considère le schéma suivant :

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

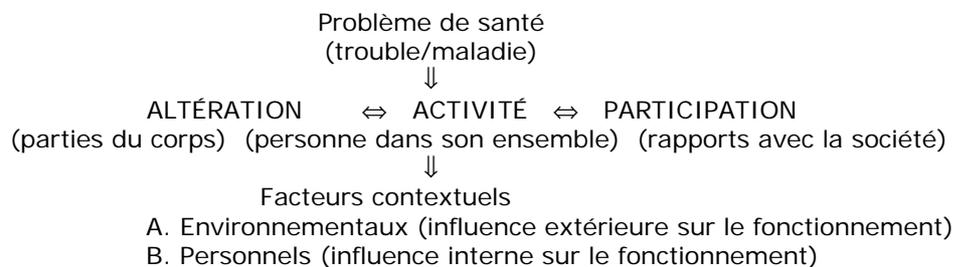
(Le signe ⇒ signifie qui peut mener à...)

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.

Certains professionnels reprochent cependant à la CIH de ne pas prendre suffisamment en compte ce qui fait la spécificité de la kinésithérapie : la pathologie du mouvement humain (76, 79).

L'OMS s'apprête à publier la CIH-2 qui s'intitulera : « Classification internationale des altérations du corps, des activités et de la participation » (80) pour remplacer la CIH. 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.



La CIH-2 est actuellement à l'état de projet. Aucune application n'a été proposée en kinésithérapie.

#### **1.4. Conclusion**

Le dossier du patient en pratique quotidienne semble, peu à peu, se mettre en place. La plupart des professionnels comprennent l'intérêt d'un tel document dans la prise en charge du patient. Les expériences très enrichissantes menées à ce sujet à l'étranger et en France n'ont cependant pas permis de mettre en évidence l'utilisation d'un dossier type adapté aux différents aspects de l'exercice professionnel.

Il semble effectivement difficile de proposer un dossier commun à tous les masseurs-kinésithérapeutes vu l'éventail très large des possibilités d'exercice.

En revanche, il serait utile, pour faciliter la mise en place du dossier et son utilisation large, de proposer une trame commune pouvant servir de base à la réalisation de dossiers quelle que soit l'activité du masseur-kinésithérapeute, le type de pathologie et de patients traités.

## II. DEFINITION ET OBJECTIFS DU DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINESITHERAPIE

### II.1. Proposition de définition du dossier du patient en masso-kinésithérapie

« 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.

Il peut donc y avoir des différences dans la forme. Mais « l'esprit » du dossier, dans son contenu, est identique.

### II.2. Les objectifs du dossier du patient en masso-kinésithérapie

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

#### II.2.1. Objectifs pour la prise en charge des patients

- Mettre en place des traitements adaptés et de qualité.
- Proposer un système d'information parfaitement structuré.  
La multiplicité des intervenants dans le processus de soins, l'augmentation du nombre d'actes divers, imposent une coordination sans faille à laquelle le dossier du patient, point de convergence de pratiques multiples, doit répondre (14).
- Développer la communication interprofessionnelle (40) (*Annexe I*).  
Le dossier doit donner une information précise sur le suivi du patient en masso-kinésithérapie (14) et transmettre une information pertinente aux médecins prescripteurs, aux soignants concernés (remplaçant d'un confrère libéral ou salarié (*Annexe I*), exercice en association par exemple), au patient, à l'entourage de celui-ci et faciliter la coordination interdisciplinaire, essentielle dans les services de rééducation.
- Participer à l'évaluation de la qualité des traitements reçus en masso-kinésithérapie. La qualité des soins est ainsi définie par l'OMS (81) : « Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur d'un système de soins » (82, 83).  
La société souhaite légitimement savoir si tout est mis en œuvre pour que les acquis de la science bénéficient aux patients et s'il est fait bon usage des ressources attribuées (84, 85).

#### II.2.2. Objectifs pour la pratique des soignants

- Évaluer les pratiques professionnelles (1, 2, 14) (34, 39, 86).  
Le dossier du patient en masso-kinésithérapie constitue la pierre angulaire de l'évaluation de l'exercice. Il peut permettre de cerner une pratique professionnelle, d'apprécier la qualité de celle-ci, de mesurer l'importance des services rendus à la société, de déterminer le rapport coût/utilité (85) et d'améliorer l'exercice professionnel (87).
- Mettre en place un support à des éléments permettant d'initier certaines recherches en kinésithérapie (23, 34).

- Servir de référentiel dans le cadre juridique.  
Si le médecin est responsable de sa prescription, le masseur-kinésithérapeute reste responsable de l'exécution du traitement. Le dossier du patient, dans ce cas, peut représenter un document qui peut être essentiel en cas d'action en justice menée à l'initiative des patients (36, 40, 88).
- Développer l'esprit de synthèse et d'analyse des étudiants en formation initiale (53) et des professionnels dans la pratique quotidienne.
- Assurer une meilleure gestion du temps des professionnels.  
La tenue d'un dossier prend du temps (2, 4, 28). Mais on peut admettre qu'un examen masso-kinésithérapique bien conduit, et résumé par des données claires, un diagnostic écrit et des objectifs établis permet de gagner en précision et en satisfaction du patient (89). Autrement dit le temps utilisé pour la rédaction du dossier du patient est un temps bien investi à la fois par le thérapeute et pour le patient (90).

### III. LE CONTENU DU DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINESITHERAPIE - PROPOSITIONS

#### III.1. Règles principales à respecter

Pour une utilisation optimale (en exercice libéral comme en exercice salarié), le dossier du patient en masso-kinésithérapie doit :

- concerner **tous les patients** ;
- être **structuré** ;
- être **adaptable**. Il semble illusoire, l'expérience du dossier médical (1) et du dossier infirmier (2) 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 masseurs-kinésithérapeutes, 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. Celle-ci permettra une utilisation large du document en fonction de la diversité de la prise en charge des patients ;
- être **simple d'utilisation** compte tenu des contraintes professionnelles (4, 69, 91) (*Annexe I*) ;
- utiliser un **langage précis**, clair, bref, pour permettre une lisibilité optimale du dossier (92, 93) ;
- utiliser un **vocabulaire compréhensible** par tous les masseurs-kinésithérapeutes et par les autres professionnels de santé pour favoriser le partage des données avec les différents intervenants (1, 2, 4, 34, 69, 94) ;
- contenir des **informations spécifiques** à la pratique du masseur-kinésithérapeute pour :
  - aider au diagnostic kinésithérapique (34),
  - assurer dans les meilleures conditions la continuité, la sécurité, la cohérence et le contrôle de la réalisation des soins(1),
  - prendre en compte les aspects curatif, préventif, éducatif et relationnel de la prise en charge masso-kinésithérapique ;
- respecter la **confidentialité** ; l'accessibilité de tous les intervenants masseurs-kinésithérapeutes ou autres professionnels de santé ne doit pas faire oublier les règles du secret professionnel pour protéger la vie privée du patient (5, 6).

#### III.2. Renseignements socio-administratifs

Cette partie du dossier (*Tableau 1*) concerne principalement l'exercice professionnel en milieu libéral car, en milieu salarié (hôpital, centre de rééducation, clinique, centre de cure thermale...), les renseignements socio-administratifs sont habituellement déjà contenus dans le dossier médical.

**Tableau 1.** Liste des renseignements socio-administratifs.

Numéro de dossier	Préférable
<b>Nom</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Prénom</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Sexe</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Date et lieu de naissance</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Adresse</b>	<b>Indispensable</b>
Téléphone	Préférable
<b>Profession</b>	<b>Indispensable</b>
Situation familiale	Préférable
Environnement - Conditions de vie	Préférable
Activité(s) et sport(s) pratiqué(s)	Préférable
<b>Nom de l'assuré</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Numéro de Sécurité sociale</b>	<b>Indispensable</b>
Personne référente du patient (père, mère, tuteur, etc.)	Préférable
Référence de la mutuelle	Préférable
Date de la demande d'entente préalable (DEP)	Préférable
Mode de transport	Préférable
<b>Date de la première séance</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Date de la dernière séance</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Nom du masseur- kinésithérapeute</b>	<b>Indispensable</b>
Autres intervenants	Préférable

- III.2.1. 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.
- III.2.2. Nom  
Pour les femmes, noter le nom de jeune fille et le nom usuel (marital).  
Veiller à modifier le nom lors des changements d'état civil.
- III.2.3. Prénom  
Permet de différencier les membres d'une même famille.
- III.2.4. Sexe  
Pour les prénoms mixtes ou ceux dont on ne peut facilement distinguer le genre.
- III.2.5. Date et lieu de naissance  
L'âge du patient peut être un élément indispensable à la conduite du traitement.
- III.2.6. 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.
- III.2.7. Téléphone  
Quelquefois nécessaire pour avertir le patient d'une modification ou d'un report de rendez-vous initialement fixé.
- III.2.8. Profession  
Actuelle ou passée ou statut actuel : invalide, chômeur, étudiant, lycéen, maladie de longue durée, accident du travail, arrêt de travail, etc.

III.2.9. Situation familiale

Marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), vie maritale, nombre d'enfants, personnes à charge, etc.

III.2.10. Environnement - Conditions de vie

Caractéristiques du logement par rapport à un handicap : accessibilité, escalier, etc.  
Proximité et disponibilité de l'entourage.

III.2.11. Activité(s) et sport(s) pratiqué(s)

Ce type de renseignement peut orienter la détermination des objectifs à atteindre et donc la conduite du traitement.

III.2.12. Personne référente du patient

Membre de la famille, voisin, et dans certains cas représentant juridique de la personne.

- Nom.
- Lien de parenté (père, mère, tuteur).
- Adresse.
- Téléphone.

III.2.13. Mode de transport

Ambulance, taxi, voiture personnelle, etc.

III.2.14. Date de la première séance

En centre de soins, il peut être utile de différencier le date d'entrée du patient dans l'établissement et la date de la première séance du traitement.

III.2.15. Date de la dernière séance

En centre de soins, il peut être utile de différencier le date de sortie du patient de l'établissement et la date de la dernière séance du traitement.

III.2.16. Nom du masseur-kinésithérapeute

Nom et références (adresse, téléphone, etc.) du professionnel assurant les traitements.

III.2.17. 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.

### III.3. Renseignements médicaux

**Tableau 2.** Liste des renseignements médicaux.

<b>Diagnostic médical</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Histoire de la maladie</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Pathologie(s)</b>	
<b>celle(s) nécessitant l'hospitalisation</b>	<b>Indispensable</b>
<b>celles(s) nécessitant la prise en charge masso-kinésithérapique</b>	<b>Indispensable</b>
autre(s) pathologie(s)	Préférable
<b>Antécédents</b>	
médicaux	Préférable
chirurgicaux	Préférable
masso-kinésithérapiques	Préférable
familiaux	Préférable
<b>Comptes rendus</b>	
<b>d'examens (imagerie, explorations fonctionnelles, etc.)</b>	<b>Indispensable</b>
<b>opératoire</b>	<b>Indispensable</b>
d'hospitalisation	Préférable
de consultation	Préférable
Traitement(s) actuels(s)	Préférable
<b>Prescription médicale du traitement masso-kinésithérapique</b>	<b>Indispensable</b>
<b>Médecin prescripteur</b>	<b>Indispensable</b>

#### III.3.1. Diagnostic médical

Noter le libellé du diagnostic. Un diagnostic médical précis est attendu par la plupart des masseurs-kinésithérapeutes (*Annexe I*).

#### III.3.2. Histoire de la maladie

Les informations qui y figurent sont celles qui peuvent être utiles pour le suivi d'une pathologie, la compréhension d'une situation clinique, la prévention.

#### III.3.3. Antécédents masso-kinésithérapiques

Ils s'agit ici de noter, par exemple, les prescriptions et les traitements masso-kinésithérapiques antérieurement appliqués.

#### III.3.4. Traitement(s) actuel(s)

On signale éventuellement ici certains traitements médicaux pouvant avoir des conséquences sur le traitement de masso-kinésithérapie : radiothérapie, antalgiques à forte dose, myorelaxants, barbituriques, etc.

#### III.3.5. Prescription médicale du traitement masso-kinésithérapique

- Il paraît indispensable de conserver dans le dossier une copie de la prescription médicale.
- Le masseur-kinésithérapeute peut aussi recopier dans cette rubrique le texte de la prescription médicale en précisant notamment si les séances doivent être effectuées à domicile ou débutées en urgence.
- On peut noter aussi les contre-indications et les précautions éventuelles à prendre au cours du traitement masso-kinésithérapique (risque contagieux, allergie cutanée, insuffisance cardiaque, comportement psychologique particulier, etc.).

### III.4. Projet du patient

La perception qu'a le patient de son état de santé est un élément important à prendre en compte. Il convient de prévoir un espace pour cette information dans le dossier en masso-kinésithérapie (37, 46, 94-101).

Le patient informé est un meilleur allié que le patient ignorant. Meilleur allié en terme de participation active au processus de soins et en terme de perception de la qualité du service et de la satisfaction du patient (102).

Les éléments pouvant figurer dans ce chapitre sont par exemple :

- **Le consentement aux soins**  
Ou « accord thérapeutique » relatif au respect de l'autodétermination du patient et de son consentement explicite et éclairé (103).
- **Le projet du patient (ou de ses proches)**  
Pour le masseur-kinésithérapeute, prendre en compte le projet du patient, c'est d'abord l'amener à formuler ses critères de bonne fin de rééducation d'un point de vue lésionnel, fonctionnel et situationnel. C'est aussi prospecter le domaine de ses préférences et craintes, de ses perceptions et sentiments, ses critères de qualité de la vie, sa vie. Cela peut astreindre le professionnel à accommoder ses normes aux contextes qui lui sont propres (79).  
On aide le patient à mieux comprendre et prendre en charge sa pathologie et son traitement.
- **Les délais**  
Temps prévisibles pour respecter les objectifs fixés d'un commun accord avec le masseur-kinésithérapeute.

Peu d'écrits existent sur la relation entre la tenue d'un dossier et la qualité des soins. On peut citer le travail d'une infirmière cadre (104) qui évoque les répercussions de l'absence d'information sur l'état de la personne soignée en chirurgie ambulatoire. Cette absence d'information génère anxiété et insatisfaction chez la personne soignée.

### III.5. Examen masso-kinésithérapique

Toutes les actions en rééducation sont guidées par la définition d'objectifs successifs, régulièrement ajustés en fonction de l'évolution et des situations nouvelles (105).

L'examen masso-kinésithérapique s'appuie sur une observation qui comporte deux paramètres essentiels : les mesures et les bilans.

#### III.5.1. Les mesures

Elles doivent être pratiquées avec des instruments efficaces (106-108) et validés (12, 39). Elles peuvent s'appuyer sur des fiches d'examen chiffré (amplitude articulaire, force musculaire, etc.) ou des fiches de constat (état de la peau, type de limitation orthopédique, etc.) qui ne reçoivent pas de score puisqu'il s'agit d'un enregistrement de la réalité observée, sans nécessité de traduction en chiffres (94). Dans ce cadre un examen « classique » peut être complété, par exemple, par des documents photographiques ou vidéo.

#### III.5.2. Les bilans

Ils doivent être :

- reproductibles : des praticiens différents obtiennent, avec le même test sur le même patient au même moment, des résultats identiques ;
- sensibles : à quelques jours d'intervalle, ils obtiennent des résultats qui permettent la comparaison, la notion d'évolution ou de régression.

Au moins 70 % des masseurs-kinésithérapeutes utilisent régulièrement des bilans dans le cadre de la prise en charge de leurs patients (*Annexe I*). Mais il manque une harmonisation des procédures d'évaluation et de traitement. Celle-ci est nécessaire dans le cadre de l'établissement d'un processus de qualité (12,109). Il faudrait dans ce contexte :

- élaborer une base capable de regrouper les tests existants, afin que les masseurs-kinésithérapeutes puissent y trouver différentes modalités d'évaluation parmi lesquelles choisir. Il paraît aussi utile et urgent que ces examens soient standardisés et reconnus opérants (89) ;
- recenser des instruments de mesure efficaces (106, 107) et validés (12, 39, 110) ;
- mettre au point des standards en kinésithérapie comme l'ont fait les kinésithérapeutes anglo-saxons (38, 41, 107, 111, 112). Les standards sont nécessaires pour prouver la qualité de la pratique, assurer un enseignement performant aux étudiants et donner toute la rigueur nécessaire aux activités de recherche.

Le récent rapport de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sur le thème « Des soins de qualité pour tous » insiste bien sur la nécessité d'une mise en place systématique de bilans en masso-kinésithérapie dans le cadre de la nouvelle nomenclature actuellement à l'étude (113).

Mesures et bilans sont mis à profit pour établir le diagnostic, définir les objectifs thérapeutiques, évaluer les progrès du patient, suivre les effets du traitement et évaluer les coûts engagés (69, 105). Ils constituent une aide pratique et objective à la décision tout au long de la prise en charge rééducative (83, 97, 106, 114-115) (*Annexe I*).

### III.6. Diagnostic kinésithérapique

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'éléments permettant d'établir un consensus professionnel sur cette notion.

Le diagnostic kinésithérapique permet à partir des renseignements médicaux, de l'examen masso-kinésithérapique et du projet du patient de formuler la problématique à partir de laquelle déterminer les éléments à traiter en priorité.

En fonction du diagnostic kinésithérapique, le masseur-kinésithérapeute établit la stratégie thérapeutique, préventive et éducative.

Il peut être intéressant de communiquer un **rapport de diagnostic** (33, 48, 66, 70) au médecin prescripteur pour lui dresser, en quelques brefs paragraphes, un panorama de l'état du patient.

### III.7. Objectifs masso-kinésithérapiques

Ils doivent être réalistes, compréhensibles (exprimés sous forme verbale), concrets, précis et mesurables. Trois types d'objectifs peuvent être déterminés :

- 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. Dans certains cas, des propositions de réinsertion sont formulées en concertation avec l'équipe médicale et paramédicale.

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

Les objectifs du médecin prescripteur et du masseur-kinésithérapeute doivent être communs et toute divergence identifiée est discutée.

### III.8. Traitement masso-kinésithérapique

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

Le masseur-kinésithérapeute cite les techniques utilisées en fonction des problèmes. En centre de soins, le codage PMSI pourra être utilisé pour chaque technique.

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

Un genre de « séancier » peut être mis en place, si nécessaire, pour assurer un véritable suivi thérapeutique. Par exemple (48) :

Séance du .././.. :  
Problèmes :  
Traitement :  
Techniques :  
Signature du MK  
Séance du .././.. :  
Problèmes, etc.

Peuvent figurer dans ce chapitre la cotation des actes selon la nomenclature générale des actes professionnels.

### III.9. Résultat du traitement - Évaluation

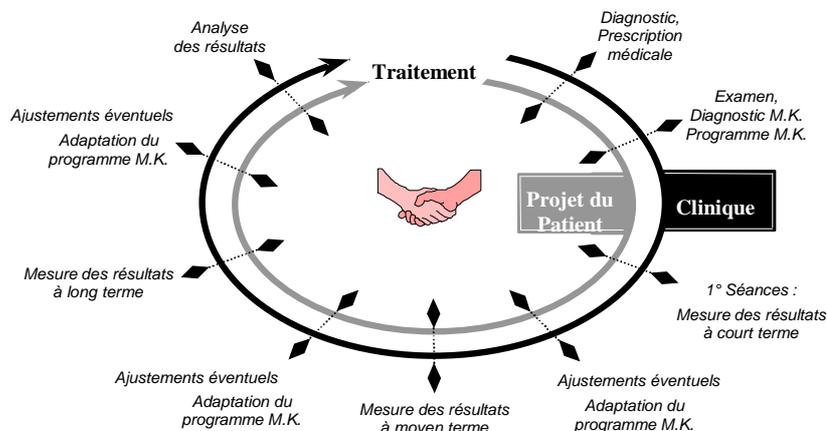
#### III.9.1. Par le masseur-kinésithérapeute

À la fin du traitement ou de la séquence, une réévaluation 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.

Le masseur-kinésithérapeute pose les questions suivantes :

- les objectifs fixés ont-ils été atteints ?
- si de nouveaux problèmes ont surgi, ont-ils été traités ?
- faut-il établir de nouveaux objectifs ?
- les objectifs ont-ils été atteints complètement ou partiellement ?
- si partiellement, pourquoi ?

Cette évaluation permanente du traitement peut se schématiser ainsi :



L'évaluation est aussi utile pour (116) :

- responsabiliser le thérapeute ;
- participer à la mise en place de standards en masso-kinésithérapie ;
- développer les pratiques de qualité en masso-kinésithérapie.

#### III.9.2. Par le patient

Le patient ayant 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 ? (33, 82, 96, 98, 117).

La satisfaction est l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu (82, 96, 118).

- 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 » (QdV) a sa place à côté de la mesure de la morbidité objective (95, 119) Bien que ce concept soit difficile à mesurer (120), les questionnaires de « qualité de vie » sont fortement conseillés par l'OMS. Mais ceux-ci sont actuellement surtout utilisés pour la recherche et n'ont pas été validés dans le cadre d'un dossier médicalisé.

### **III.10. Compte rendu de fin de traitement**

En fin de traitement, il est conseillé d'adresser une lettre au médecin prescripteur et au médecin traitant avec le compte rendu de fin de traitement (*Annexe IV*). Ce type de document, déjà utilisé dans son principe par près d'un professionnel sur deux (*Annexe I*), pourra permettre, non seulement de renseigner le médecin sur l'état de santé du patient à l'issue du traitement, mais aussi de proposer, voire de justifier la poursuite éventuelle des séances.

Un exemple de présentation de dossier en masso-kinésithérapie est proposé en *annexe V*. Ce document n'est présenté qu'à titre indicatif ; le masseur-kinésithérapeute est invité à adapter le contenu du dossier selon son type d'activité.

### **III.11. Correspondances professionnelles**

Une copie des courriers envoyés aux différents acteurs sanitaires et sociaux est conservée. Les divers courriers reçus sont classés et gardés pour être accessibles à tout moment.

#### IV. ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINESITHERAPIE

##### IV.1. À qui s'adresse le dossier ?

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie est destiné à l'ensemble des professionnels concernés et peut servir aussi de support de communication avec :

- les autres membres de l'équipe de santé (70, 121, 122) ;
- les organismes de prise en charge (94, 121, 122) en respectant les règles de confidentialité et du secret professionnel ;
- les patients (121) par l'intermédiaire d'un médecin, si on considère que ce document fait partie du dossier médical (18, 20).

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

##### IV.2. Comment préparer les professionnels à l'utilisation du dossier ?

Les professionnels doivent bénéficier d'une information la plus large possible sur le dossier en masso-kinésithérapie. Il serait souhaitable, par exemple :

- d'inclure une formation spécifique en **formation initiale** (121) en intégrant la démarche du dossier dans les instituts de formation ;
- de prévoir une information et une formation dans le cadre de la **formation professionnelle** continue (121). Elle apportera aux professionnels des précisions sur la nature et les avantages du dossier, sur les modalités de tenue du dossier, sur la façon de formuler, de sélectionner et de transmettre les informations. Le masseur-kinésithérapeute donnera sur son patient des informations repérables (trouver en place visible l'information dont on a besoin), suffisantes (sans noyer le lecteur dans des détails superflus) et fiables (informations sur lesquelles il ne subsiste aucun doute) (94) ;
- de **diffuser l'information** sur le dossier dans les revues professionnelles, par l'intermédiaire de conférences et lors des congrès de rééducation ;
- d'identifier ce qui peut **favoriser le changement** et ce qui peut le freiner (souvent les résistances sont plus faciles à déceler que les éléments incitateurs) (123).

Quel que soit le dossier proposé, pour être efficace et largement utilisé, il devra être conçu par (ou avec l'aide) des professionnels et soumis à l'évaluation de ceux-ci concernant notamment les points suivants : gain de productivité et conséquences sur l'amélioration de la qualité des soins.

**V. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA TENUE DU DOSSIER « PAPIER »**

Le dossier « papier » doit respecter certains critères.

- Le support matériel est résistant (le dossier peut être utilisé par différents représentants professionnels : étudiants, masseurs-kinésithérapeutes, formateurs, surveillants, etc. et par d'autres professionnels de santé : médecins, infirmiers). Le support utilisé peut être manipulé de façon répétitive et sans détérioration.
- Toutes les données inscrites sont lisibles et indélébiles.
- La conception du document respecte à la fois une disposition logique des informations et permet une manipulation aisée des éléments constitutifs (14).
- 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. Ces fiches comportent la fourchette de normalité, lorsqu'elle est connue (94).
- Si un dossier est utilisé par plusieurs masseurs-kinésithérapeutes, chacun d'entre eux remplit des feuilles de couleurs différentes (55).
- Le dossier est accessible à tout moment au cours du traitement.
- Il respecte la confidentialité (124). Le dossier papier est conservé dans un local non accessible au public ou dans un meuble fermé à clef.  
Pour l'exercice en milieu libéral, le masseur-kinésithérapeute détermine notamment quels sont les éléments du dossier qui peuvent être laissés au domicile du patient pour être consultés par d'autres professionnels de santé.

Le dossier « papier » présente cependant quelques inconvénients (1).

- Il peut être difficile à lire.
- Les informations peuvent être difficiles à retrouver.
- 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). Il n'y a pas de réglementation spécifique concernant la conservation des documents de traitement en kinésithérapie. La réglementation d'archivage des dossiers médicaux à l'hôpital (arrêté du 11 mars 1968) pourrait s'appliquer au dossier du patient en masso-kinésithérapie (23, 125) (*Annexe VI*).

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. Une adaptation comme l'agrandisseur télévisuel peut constituer un bon moyen de lecture ou d'écriture (126).

## **VI. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA TENUE DU DOSSIER « INFORMATIQUE »**

L'informatique peut devenir, dans le cadre de la gestion du dossier, un outil utile et intégré à la pratique masso-kinésithérapique.

### **VI.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 immédiate.

L'informatisation collective ouvre la possibilité de constituer de grandes bases de données en kinésithérapie, 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 (1).

L'informatisation permettrait ainsi d'associer directement ou indirectement les professionnels libéraux à des études épidémiologiques ou cliniques.

Elle permet un gain de temps dans la tenue du dossier (34, 127-128, 129). Celui-ci est estimé à 30 % par rapport à la tenue du dossier écrit.

L'utilisation d'un ordinateur portable présente un intérêt dans le cadre des traitements du patient à domicile.

Des adaptations sont possibles pour les professionnels mal ou non-voyants : plaque tactile braille (visiobraille), synthèse vocale (VVOX), système de grossissement de caractères (carte supervista), etc.

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.

### **VI.2. Dossier « informatique » et patient**

Une étude réalisée à propos du dossier médical (1) 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.

### **VI.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).

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<sup>er</sup> juillet 1994 et son décret d'application du 9 mai 1995 (130).

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 (130).

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 (124) et le décret n° 99-919 du 27 octobre 1999 (131) précisent dans quelles conditions est autorisé le traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et d'activités de soins et de prévention.

#### **VI.4. Le dossier « informatique » doit respecter certains critères**

- 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 (130).
- L'interface d'utilisation doit être simple, allégée au maximum et reposer sur deux concepts fondamentaux : utilité et maniabilité (132).
- La disposition du logiciel respecte la logique du masseur-kinésithérapeute. Les diverses rubriques proposées s'enchaînent de façon cohérente et prévisible selon les activités et 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.

#### **VI.5. Essais de dossiers informatisés en masso-kinésithérapie**

Des réflexions ont été menées et des propositions ont été faites dans le cadre de l'informatisation du dossier en masso-kinésithérapie (67, 68, 129, 133, 134), mais aucune n'a fait l'objet d'une évaluation.

Il est fort probable que le support du dossier en masso-kinésithérapie soit, dans un avenir proche, informatique. 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 diagnostic et le plan de traitement (132) ;
- mise en place et utilisation du système de télétransmission et de la carte Sésam-Vitale (135) ;
- importance de l'informatique dans la vie quotidienne personnelle ou professionnelle (traitement de texte, comptabilité, gestion, serveurs, banques de données, etc.).

Le dossier informatique peut contribuer à améliorer la conduite des traitements, donc à améliorer aussi leur qualité.

---

**PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES**

---

Il serait souhaitable de prévoir un **temps d'expérimentation** du dossier dans des centres de soins et cabinets pilotes, avec mise en place d'évaluations permanentes en collaboration avec les autres professionnels de santé, avant d'envisager son extension.

Ces évaluations chercheront, par exemple à apporter des réponses aux questions suivantes :

- Le dossier est-il utilisé ?
- Comment est-il utilisé ?
- Doit-il être simplifié ou amélioré ?
- Facilite-t-il la prise en charge du patient ?
- Améliore-t-il la pratique masso-kinésithérapique ?
- Améliore-t-il la qualité des traitements ?
- Facilite-t-il la coordination des différents professionnels intervenant auprès du patient ?



---

**CONCLUSION**

---

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie se présente à la fois comme un recueil d'informations sur le patient et comme un outil de réflexion d'une démarche diagnostique, thérapeutique et pronostique.

Il permet de faciliter la communication et de coordonner l'intervention des différents professionnels de santé concernés par les traitements de rééducation.

Il représente un élément important, voire indispensable, pour garantir, améliorer et évaluer la qualité des traitements et assurer en conséquence une prise en charge masso-kinésithérapique de qualité.

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

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie n'est pas imposé actuellement par la législation française. Son application et son utilisation nécessiteront pour la plupart des masseurs-kinésithérapeutes, quel que soit leur mode d'exercice, un changement des pratiques et des mentalités.



---

**ANNEXE I . ENQUETE DE PRATIQUES AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES INSTITUTS DE FORMATION**

---

**A. ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS**

**A.1. Méthodologie**

L'objectif était de recueillir des informations sur l'état des pratiques concernant le dossier du patient en masso-kinésithérapie, sur les éléments le composant usuellement et sur les supports utilisés pour le structurer.

Un questionnaire a été construit autour d'une question fermée et de questions ouvertes.

0. *Tenez-vous un dossier écrit pour le suivi de vos patients ?*

1. *Quelles sont les données minimales, **relatives à la prescription médicale**, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?*

*Pour quelles finalités ?*

2. *Quelles sont les données minimales, **relatives au suivi du patient**, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?*

*Pour quelles finalités ?*

3. *Quelles sont les données minimales, **relatives à la communication avec les autres professionnels**, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?*

*Pour quelles finalités ?*

4. *Quelles sont les données minimales, **relatives au compte rendu de fin de traitement**, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?*

*Pour quelles finalités ?*

Ce questionnaire a été diffusé auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés par le biais des 23 Ambassades de Réflexion des cadres kinésithérapeutes.

Pour chaque question ouverte, les informations recueillies ont été groupées par idée commune, la fréquence de chaque idée a été relevée afin de déterminer sa force.

**A.2. Résultats**

**A.2.1. Résultats quantitatifs**

894 questionnaires ont été retournés.

18 questionnaires, vierges ou doubles, ont été retirés de l'échantillon.

Les 876 questionnaires restants forment donc le contingent de l'étude.

Ces questionnaires ont été remplis par 50,6 % d'hommes et 49,4 % de femmes.

Le mode d'exercice des personnes ayant retourné le questionnaire est :

- activité salariée : 47,9 % ;
- activité mixte : 20,9 % ;
- activité privée : 31,2 %, dont plus de 19,7 % libéraux identifiés.

Une standardisation indirecte a montré que leur répartition géographique était représentative de la démographie métropolitaine de la profession :

- pour les libéraux : 1,17 % avec ajustement contre 1,15 % sans ;

- pour les salariés : 3,40 % avec ajustement contre 3,30 % sans.

(Données au 1<sup>er</sup> janvier 1997 de la Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques : documents statistiques n° 323 de janvier 1999)

La fonction des professionnels ayant retourné le questionnaire est :

- kinésithérapeute : 79,3 % ;
- cadre : 18,0 % ;
- cadre supérieur : 1,4 % ;
- chef de groupe : 0,8 % ;
- directeur d'école : 0,2 % ;
- formateur : 0,2 %.

Sur les 876 professionnels ayant répondu, 736 (84,0 %) déclarent tenir un dossier écrit pour le suivi des patients, 118 (13,5 %) répondent par la négative ; 22 (2,5 %) ne répondent pas.

#### A.2.2. Résultats qualitatifs (pour chaque critère, sont citées les meilleures fréquences)

1. *Quelles sont les données minimales, **relatives à la prescription médicale**, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?*

- le diagnostic médical : 512
- les indications et objectifs vus par le médecin : 353
- les antécédents médicaux et chirurgicaux : 271
- les contre-indications : 229
- le nombre de séances : 132
- la date de la prescription : 99
- le compte-rendu opératoire : 93
- les bilans médicaux et examens complémentaires : 84
- l'histoire de la maladie : 80
- les consignes et précautions particulières : 77
- l'état civil du patient : 73

*Pour quelles finalités ?*

- adapter le traitement kinésithérapique : 260
- planifier le programme de rééducation : 69
- connaître les objectifs à atteindre : 47
- cerner la demande médicale : 40
- cerner le patient et sa problématique : 39
- orienter le bilan d'entrée : 37
- se doter d'une couverture légale : 32
- éviter les risques : 30

2. *Quelles sont les données minimales, **relatives au suivi du patient**, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?*

- les bilans réguliers : 354
- l'évolution de l'état du patient : 253
- les bilans d'entrée : 135
- le traitement kinésithérapique : 121
- les antécédents : 110
- les bilans de sortie : 76
- l'état civil : 67
- les objectifs thérapeutiques : 64
- les événements intervenus et problèmes rencontrés : 61
- les aspects sociaux liés à la personne : 57

- le risque de contagion : 43
- le projet du patient : 43

*Pour quelles finalités ?*

- adapter le traitement kinésithérapique au patient : 293
- conserver une trace de l'évolution du patient : 161
- objectiver les progrès : 105
- évaluer l'efficacité du traitement : 65
- faciliter la réadaptation socioprofessionnelle : 43

3. *Quelles sont les données minimales, relatives à la communication avec les autres professionnels, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?*

- l'évaluation de l'état du patient (bilans kinésithérapiques) : 152
- les synthèses et compte rendus des autres intervenants : 91
- le traitement kinésithérapique et ses évolutions : 90
- le bilan fonctionnel : 85
- l'évolution de l'état du patient (historique) : 83
- les événements intervenus et difficultés rencontrées : 57
- les résultats kinésithérapiques : 45
- les objectifs kinésithérapiques : 42
- les traitements effectués par les autres intervenants : 41
- le comportement du patient (compliance) : 39
- les bilans d'entrée et de sortie : 34
- l'identité et les coordonnées des autres intervenants : 31

*Pour quelles finalités ?*

- coordonner dans la complémentarité les divers traitements : 212
- partager transversalement l'évolution du patient : 103
- transmettre au remplaçant : 84
- communiquer avec le prescripteur : 81
- améliorer, adapter le traitement : 68
- traiter le patient dans sa globalité : 60
- s'entraider, instaurer un travail d'équipe : 55
- suivre constamment le patient : 50
- connaître mieux les possibilités du patient : 48
- intégrer les acquis réels dans les activités quotidiennes : 42

4. *Quelles sont les données minimales, relatives au compte rendu de fin de traitement, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?*

- le bilan de fin de traitement : 382
- les résultats du traitement : 111
- le bilan fonctionnel : 91
- le résumé du traitement (historique) : 69
- les actions réalisées : 59
- tous les bilans : 50
- le bilan du début de traitement : 50

*Pour quelles finalités ?*

- transmettre aux professionnels de la filière ou du réseau : 178
- valider les objectifs atteints : 164
- argumenter l'arrêt ou la poursuite du traitement : 109
- objectiver les progrès : 96
- répondre au médecin prescripteur : 85

- gérer la réinsertion : 76
- faciliter d'éventuels traitements ultérieurs : 50

## B. ENQUETE AUPRES DES INSTITUTS DE FORMATION

### B.1. Méthodologie

L'objectif était de recueillir des informations sur l'état des enseignements concernant le dossier du patient en masso-kinésithérapie, les modèles et les bibliographies utilisés.

Un questionnaire a été construit autour de questions ouvertes et fermées.

1. *Dispensez-vous une formation abordant le dossier du patient en masso-kinésithérapie ?  
Si OUI, s'agit-il d'un enseignement ou d'une session spécifique à ce thème ?*
2. *Cette formation différencie-t-elle le dossier de kinésithérapie ambulatoire du dossier hospitalier ?  
Si OUI, en quoi ?*
3. *Quel type d'informations (relatives à la prescription, au suivi du patient, etc.) cette formation propose-t-elle de consigner ?*
4. *Cette formation propose-t-elle des moyens pour structurer le dossier masso-kinésithérapique ?  
Si OUI, lesquels ?*
5. *Cette formation propose-t-elle des modèles de communication (comptes rendus, courriers, etc.) connexes à ce dossier ?  
Si OUI, lesquels ?*
6. *Quelles données minimales souhaiteriez-vous trouver dans le dossier d'un patient en masso-kinésithérapie ?*

Ce questionnaire a été diffusé par voie postale le 30 avril 1999 auprès :

- des 35 instituts de formation initiale de la profession (IFMK) ;
- des 9 instituts de formation cadre de la profession ;
- de 15 instituts de formation continue reconnus nationalement.

Les informations recueillies ont été synthétisées pour chaque question.

### B.2. Résultats

#### B.2.1. Résultats quantitatifs

Vingt-deux questionnaires retournés, répartis de la façon suivante :

- 15 instituts de formation initiale, dont :
  - 8 instituts publics
  - 7 instituts privés
- 3 instituts de formation continue privés
- 3 instituts de formation mixte (initiale + continue), dont :
  - 2 instituts publics
  - 1 institut privé
- 1 institut de formation cadre



- Comptes rendus structurés présentés oralement et/ou par écrit – courriers au médecin traitant, prescripteur, spécialiste, etc.
- Lettre de transmission – compte rendu de l'intervention MK – étude de cas – analyse des pratiques.
- Du « dossier exhaustif » hospitalier des intervenants médicaux et paramédicaux... au dossier spécifique de kinésithérapie (pour centre de rééducation ou cabinet médical) + courrier au médecin prescripteur ou médecin contrôleur.
- Stratégies d'entretien.
- Grilles et échelles validées.
- Par l'intermédiaire de dossiers de formations, cliniques ou d'évaluation. Réguliers et soutenus et donc écrits et discutés.

6. *Quelles données minimales souhaiteriez-vous trouver dans le dossier d'un patient en masso-kinésithérapie ?*

- Chacun des points du « processus kinésithérapique » qui correspond à la prise en charge d'un « patient-client » par le kinésithérapeute.
- Les données administratives (sociofamiliales et professionnelles) du patient – le relaté - l'observé - le mesuré par rapport au diagnostic médical du prescripteur – le diagnostic MK – objectifs médicaux – objectifs MK – objectifs du patient.
- Le diagnostic médical et les termes de la prescription – une synthèse des bilans et du recueil d'informations – la doléance du patient.
- En plus des données habituelles, la recherche d'informations sur les traitements, leurs effets, les attendus, leurs évaluations, des informations cliniques systématiques, suivi, etc.

---

**ANNEXE II . LE PROBLEM ORIENTED MEDICAL RECORD (POMR)**

---

**A. LE POMR MEDICAL**

Il est composé de quatre éléments essentiels.

- **La base de données** : comprend les éléments administratifs et les informations ayant un caractère « définitif ».
- **La liste des problèmes** : résumé constamment à jour de l'histoire médicale du patient. Une liste de problèmes bien tenue constitue une véritable table des matières du dossier, grâce à l'indication des dates de début et de fin des problèmes.
- **La liste des traitements** : elle présente de manière claire l'ensemble des traitements actuels et passés. Elle inclut tous les médicaments pris de manière régulière, et permet d'éviter la prescription de traitements ayant échoué antérieurement, les prescriptions redondantes, les incompatibilités médicamenteuses.
- **Le journalier** : élément du dossier qui permet un recueil systématique des données de chaque contact. Pour chaque problème sont notés dans l'ordre :
  - les éléments subjectifs (S) c'est-à-dire les informations apportées par le patient ;
  - les éléments objectifs (O) issus de l'observation du médecin ;
  - l'appréciation (A) du problème à la fin du contact ;
  - le plan (P) de prise en charge du problème.

(L'acronyme SOAP signifiant en anglais : *Subjective, Objective, Assessment, Plans*)

	Problème 1	Problème 2	Problème 3
S	.....	.....	.....
O	.....	.....	.....
A	.....	.....	.....
P	.....	.....	.....

**B. LE POMR ADAPTE AU DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINESIOTHERAPIE (48, 70, 71)**

**La base de données**

- Renseignements administratifs.
- Histoire de la maladie.
- Histoire sociale.
- Prescription médicamenteuse.
- Examen masso-kinésithérapique.
- Recueil d'informations objectives.

**La liste des problèmes**

Chaque problème est noté, numéroté et daté.

(Problème = tout ce qui requiert un diagnostic ou une surveillance et qui peut perturber la qualité de vie comme le perçoit le patient).

- Exemple : traitement d'une entorse du ligament latéral externe de la cheville (datant de trois jours).

Liste des problèmes:

1. Douleur
2. Œdème
3. Diminution d'amplitude
4. Marche antalgique
  - \* Esquive d'appui
  - \* Diminution du pas postérieur

### **Le traitement masso-kinésithérapique**

Pour chaque problème la praticien formule : quelle thérapeutique il va utiliser, quels types d'exercices il va donner au patient, quels sont les buts à court et à long terme qu'il fixe au patient ?

Il faut procéder comme si quelqu'un d'autre devait intervenir à la place du masseur-kinésithérapeute titulaire (remplaçant, associé) et devait répéter les gestes thérapeutiques.

- Dans l'exemple ci-dessus :

Séance 1

1. Douleur : traitement 1
2. Œdème : traitement 2
3. Diminution d'amplitude : traitement 3
4. Marche : traitement 4

Buts : marche normale dans 10 jours, course à pied dans 2 mois.

### **Le journalier (appelé aussi « notes de progrès »)**

Il peut être rédigé à la fin de chaque séance pour noter le changement d'état du patient.

Les notes SOAP ne sont écrites, bien entendu, que s'il y a quelque chose à consigner.

- Dans l'exemple ci-dessus :

Séance 4

- S : Le patient a moins mal et se sent plus "mobile".
- O : Diminution de l'œdème : les mesures péri-malléolaire et tibiale montrent effectivement une diminution des périmètres.
- A : Œdème en voie de résorption.
- P : Arrêter le programme thérapeutique initial.

En fin de traitement le praticien rédige le compte rendu thérapeutique qui est adressé au médecin prescripteur et au médecin conseil.

---

## **ANNEXE III. LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS (CIH-1)**

---

### **A. PRESENTATION DE LA CIH-1**

*L'International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIH), devenue Classification Internationale des Incapacités et Handicaps (CIDIH ou CIH en abrégé), a été publiée pour la première fois en 1980 par l'OMS (136). La version française est apparue en 1988 (136). La Classification Internationale des Handicaps doit l'essentiel de sa conception au Pr Philip Wood, de l'université de Manchester.*

La CIH ne classe pas les maladies, les troubles ou les lésions, ce qui est l'objet de la Classification Internationale des Maladies (CIM). La CIH a une approche différente par laquelle elle s'efforce de saisir ce qui peut advenir en relation avec un problème de santé. CIM et CIDIH sont en conséquence complémentaires (136).

#### **A.1. Classification des déficiences**

1. Déficiences intellectuelles
2. Déficiences du psychisme
3. Déficiences du langage et de la parole
4. Déficiences auditives
5. Déficiences de l'appareil oculaire
6. Déficiences des autres organes
7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
8. Déficiences esthétiques
9. Déficiences des fonctions générales, sensibles et autres déficiences

Exemple de sous-catégories

7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
  - 7.0. Déficiences des régions de la tête et du tronc
  - 7.1. Déficiência mécanique d'un membre
  - 7.2. Paralysie spastique de plus d'un membre
  - 7.3. Autre paralysie des membres
  - 7.4. Autre déficiencia motrice des membres

#### **A.2. Classification des incapacités**

1. Incapacités concernant le comportement
2. Incapacités concernant la communication
3. Incapacités concernant les soins corporels
4. Incapacités concernant la locomotion
5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches
6. Maladresses
7. Incapacités révélées par certaines situations
8. Incapacités concernant des aptitudes particulières
9. Autres restrictions d'activités

Exemple de sous-catégories

4. Incapacités concernant la locomotion
  - 4.0. Incapacité de marcher
  - 4.1. Incapacité de franchir des obstacles
  - 4.2. Incapacité de monter les escaliers
  - 4.3. Autres incapacités d'ascension
  - 4.4. Incapacité de courir
  - 4.5. Autres incapacités concernant les différents types de marche

#### **A.3. Classification des désavantages (ou handicaps)**

- \* Rôle de survie

1. Désavantages d'orientation
  2. Désavantages d'indépendance physique
  3. Désavantage de mobilité
  4. Désavantages d'occupations
  5. Désavantage d'intégration sociale
  6. Désavantages d'indépendance économique
- \* Autres désavantages
7. Autres désavantages

## **B. ADAPTATION DE LA CIH-1 AU DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINESITHERAPIE**

### **La base de données**

Idem *Annexe II*

### **La liste des problèmes**

Exemple : traitement d'une entorse du ligament latéral de la cheville (ligament latéral externe) datant de trois jours.

#### **- Déficiences**

1. Lésion du ligament latéral externe de la cheville
2. Douleur
3. Œdème
4. Diminution d'amplitude

#### **- Incapacités**

Marche difficile

Marche antalgique avec esquive d'appui et diminution du pas postérieur

#### **- Désavantage**

1. Arrêt de travail pendant 3 jours
2. Arrêt de toute activité sportive pendant 1 mois

## **Le traitement masso-kinésithérapique et le journalier**

### **Séance 1**

1. Douleur : traitement 1
2. Œdème : traitement 2
3. Diminution d'amplitude : traitement 3
4. Marche : traitement 4

### **Séances 2... , 3...**

### **Séance 4**

1. Le patient a moins mal et se sent plus « mobile ».
2. Diminution de l'œdème : les mesures péri-malléolaire et tibiale montrent effectivement une diminution des périmètres.  
Œdème en voie de résorption.
3. Arrêter le programme thérapeutique initial.
4. Renforcer la stabilité active.

### **Séances 5... , 6... , 7... , 8... , 9...**

### **Séance 10**

#### **- Déficiences**

1. Absence de douleur
2. Absence d'œdème
3. Récupération complète des amplitudes

#### **- Incapacités**

Marche normale

- **Désavantages**

Reprise des activités professionnelles et sportives sans séquelles

---

**ANNEXE IV. LE COMPTE RENDU DE FIN DE TRAITEMENT**

---

**Plan de lettre à adresser au médecin prescripteur.**

Nom du médecin  
Adresse

Nom du masseur-kinésithérapeute (MK)  
Adresse  
Tél.  
Fax.

Date : .. /.. /....

Nom et prénom du patient

Diagnostic médical (prévoir 1 ligne) - Date  
Raisons pour lesquelles le patient a été confié au MK (prévoir 1 ligne)

Diagnostic kinésithérapique (prévoir 3 lignes)

Objectif(s) du traitement (prévoir 2 lignes)

Examen de fin de traitement (prévoir 3 lignes)

Évaluation (prévoir 4 lignes)  
- Le point de vue du MK  
- Le point de vue du patient

Conclusion (prévoir 3 lignes)  
Après "n" séances...  
- RAS  
- Estimation des besoins en actes supplémentaires de kinésithérapie  
- Examens complémentaires...

Signature du MK

---

**ANNEXE V. PROPOSITION DE PRESENTATION DU DOSSIER EN MASSO-KINESITHERAPIE**

---

Centre hospitalier de...  
Centre de rééducation de...  
Cabinet de kinésithérapie de...

N° dossier :

Nom du masseur-kinésithérapeute :

Date d'ouverture :

**DOSSIER DU PATIENT EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE**

**RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom :  
Prénom :  
Sexe :  
Date de naissance :  
Adresse :

Téléphone :

Profession :

Situation familiale :

Environnement – Conditions de vie :

**DATE D'ENTREE :**

(ou date de la 1<sup>re</sup> séance)

Service :

N° chambre :

Motif de l'hospitalisation :

**COUVERTURE SOCIALE**

Nom de l'assuré :

N° d'immatriculation :

Mutuelle :

**DATE DE LA DEP :**

Cotation demandée :

Activité(s) et sport(s) pratiqué(s) :

Mode de transport :

Autre(s) intervenant(s) :

**PERSONNE RÉFÉRENTE DU PATIENT**

Nom :  
Lien de parenté :  
Prénom :  
Adresse :  
Téléphone :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Dr :  
Adresse :  
Téléphone :

Fax :

**DIAGNOSTIC MEDICAL**

**HISTOIRE DE LA MALADIE - ANTECEDENTS**

**COMPTE(S) RENDU(S)**

**TRAITEMENT(S) ACTUEL(S)**

**PRESCRIPTION MEDICALE**

**CONTRE-INDICATIONS - CONSIGNES PARTICULIERES**

**PROJET DU PATIENT**

Date 1 :

Date 2 :

Date 3 :

**SYNTHESE DE L'EXAMEN MASSO-KINESITHERAPIQUE**

(Cf. fiches de bilans ci-jointes)

**DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE**

**OBJECTIFS - DELAIS**

- À court terme

- 1.
- 2.
- 3.

- À moyen terme

- 1.
- 2.
- 3.

**TRAITEMENT MASSO-KINESITHERAPIQUE**

**COTATION DES ACTES :**

**SÉANCIER**

<b>SÉANCE 1</b>	<b>Problème(s)</b>	<b>Traitement</b>
<b>Date :</b>		<b>Signature :</b>

<b>SÉANCE 2</b>	<b>Problème(s)</b>	<b>Traitement</b>
<b>Date :</b>		<b>Signature :</b>

<b>SÉANCE 3</b>	<b>Problème(s)</b>	<b>Traitement</b>
<b>Date :</b>		<b>Signature :</b>

**SÉANCE 4, etc.**

**FIN DE TRAITEMENT**

**RÉSULTAT DU TRAITEMENT – ÉVALUATION**

- Par le masseur-kinésithérapeute :

- Par le patient :

**CONSEILS D'HYGIÈNE DE VIE - PRÉVENTION**

**COMPTE RENDU DE FIN DE TRAITEMENT**

Adressé au Dr : .....

Le : ../../..

**DATE DE SORTIE**

(ou date de la dernière séance du traitement) :

**Signature du MK**

---

**ANNEXE VI . ARCHIVAGE DES DOSSIERS MEDICAUX A L'HOPITAL**

---

N° ordre	Désignation Série R Archives médicales	Délai de conservation
204	Registres d'entrées et sorties des patients	Indéfiniment
205	Dossiers médicaux des patients (diagnostics, observations, comptes rendus d'examens, clichés radiographiques, électrogrammes) * Dossiers d'affections de nature héréditaire pouvant avoir des répercussions pathologiques ou traumatisantes sur la descendance * Dossiers de pédiatrie, neurologie, stomatologie, maladies chroniques * Autres dossiers sous réserve de conservation des dossiers terminés par les chiffres 100, 350, 600 et 850.	Indéfiniment 70 ans 20 ans
206	Documents du service social. Enquêtes	70 ans Indéfiniment
207	Dossiers et livres de laboratoires	20 ans
208	Dossiers des transfusions sanguines	20 ans
209	Procès-verbaux d'autopsies	20 ans + tri
210	Soins externes	Conserver les statistiques Éliminer le reste
211	État des préparations pharmaceutiques	20 ans
212	Bons de médicaments, produits chimiques et toxiques	10 ans



---

**REFERENCES**

---

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. La tenue du dossier médical en médecine générale. Etat des lieux et recommandations. Paris: ANAES; 1997.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile. Paris: ANAES; 1997.
3. L'évaluation en cabinet libéral. Ann Kinésithér 1994; 21:115-9.
4. Benard C. Obstacles à l'élaboration de dossier de kinésithérapie. Rapport de recherches personnelles présenté par Christine Benard, masseur-kinésithérapeute D.E en vue de l'obtention du certificat national de moniteur-cadre en masso-kinésithérapie. Bois Larris: École des cadres de kinésithérapie; 1993.
5. Titre III. Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure. In: Code de la santé publique. Code de la famille et de l'aide sociale. Paris: Dalloz; 1997. p.249-54.
6. Lacomère C. Le statut légal du kinésithérapeute. In: Guide du kiné fiscal, administratif, juridique. Paris: Éditions Lamarre; 1997. p.34-6.
7. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Bulletin Officiel 1989;89/36: 75.
8. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Décret n° 89-633 du 5 septembre 1989 modifiant le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de kinésithérapeute. Bulletin officiel 1989;89/38:5.
9. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Décret n° 93-1037 du 30 août 1993 modifiant le décret du 29 mars 1963 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Bulletin Officiel 1993;93/35:9.
10. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Arrêté du 30 août 1993 relatif aux études préparatoires et aux diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Bulletin Officiel 1993;93/35:43-6.
11. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Arrêté du 17 mai 1994 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. Bulletin Officiel 1994;94/20:105-38.
12. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Recommandations et références en masso-kinésithérapie. Concours Méd 1996; (Suppl 38).
13. Ministère du Travail et des Affaires sociales. Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Journal Officiel 1996; 9 octobre:14802-3.
14. 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.
15. Elkin J. Charte du dossier médical. Osrose 1996; 74:5.
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;1 avril:4607-8.
17. Gribeauval JP. Le dossier médical à l'hôpital public. Rev Prescrire 1991;11:29-31.
18. Almeras JP. Le dossier médical d'hospitalisation. Concours Méd 1992; 114:1465-7.
19. Duclos R. La communication du dossier médical. Rev Hosp France 1992;5:541-51.
20. Allaert FA, Dusserre L. La nouvelle réglementation en matière d'accès aux informations du dossier médical du patient. Gestions Hosp 1993; 329:588-91.
21. Goldberg M, Bréart G, Ducrot H, Dusserre L, Letourmy A, Morel B. Le médecin et son ordinateur. L'informatique au cabinet

- médical. Paris: Editions Frison-Roche; 1994.
22. Dubois O. Dossier médical : que font les médecins généralistes ? Bull Ordre Méd 1995;1:7.
23. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Guide du service infirmier : le dossier de soins. Paris: Direction des Journaux officiels; 1991.
24. 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 1993; 16 mars:4098-100.
25. Godoc S, Delbecke E, Dazat T, Thieffry E. Dossier de soins infirmiers : mythe ou réalité ? Techn Hosp 1993;569:39-41.
26. Alfaro R. Démarche de soins : mode d'emploi. Paris: Éditions Lamarre; 1990.
27. Beaughon M. Le dossier de soins infirmiers : outils d'information, d'organisation et de planification. Informatique et gestion des unités de soins. Compte rendus du colloque AIMF-IF. Informatique Santé 1989;1:161-6.
28. Champion-Daviller MN, Bourgeois F, Laporte M. Le dossier de soins. Réalités et perspectives. Paris : Éditions Lamarre; 1991.
29. Ledoyen J. Ce que les infirmières écrivent au quotidien. Objectifs Soins 1993;14:29-32.
30. American Physical Therapy Association. Guide to physical therapist practice. J Am Phys Ther Assoc 1997;77:1160-652.
31. Singer DW. Functional capacity assessment. The new health care system will demand documentation that is objective, reliable, and thorough. Rehab Manag 1994;7:107-8, 111.
32. Feitelberg SB. The problem-oriented record system in physical therapy. Burlington (VT): University of Vermont; Department of Physical Therapy; 1975.
33. Stewart DL; Abeln SH. Documenting functional outcomes in physical therapy. Saint Louis: Mosby-Year Book Inc; 1993.
34. Nosworthy JC, Galea M, McCoy AT. Quality assurance: standard physiotherapy assessment forms and computerization. Aust Clin Rev 1989; 9:46-8.
35. College of Physical Therapists of British Columbia. Bylaws of the College of Physical Therapists of British Columbia. 1999 Available from: <http://www.cptbc.org/bylaws.htm>.
36. College of Physical Therapists of Alberta. Physical therapy records. Release of physical therapy records to patients and others.1997 Available from <http://www.planet.eon.net/~ctpa/release.htm>.
37. College of Physical Therapists of Alberta. Physical therapy treatment records. 1999 Available from <http://www.planet.eon.net/~ctpa/records.htm>.
38. College of Physiotherapists of Ontario. Standards of practice for physiotherapists. Ontario (ON): CPT; 1996.
39. Cole B, Finch E, Gowland C, Mayo N. Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique. Toronto: Association Canadienne de Physiothérapie; 1995.
40. The Chartered Society of Physiotherapy. General principles of record keeping. Information paper. London: CSP; 1994.
41. The Chartered Society of Physiotherapy. Standards of physiotherapy practice. London: CSP; 1993. 2<sup>nd</sup> ed.
42. Linnarsson R, Nordgren K. A shared computer-based problem-oriented patient record for the primary care team. Medinfo 1995;8(Pt 2):1663.
43. Fletcher RH. Auditing problem-oriented records and traditional records. N Engl J Med 1974; 290:829-33.
44. Grieve GP. Clinical examination and the SOAP Mnemonic. Physiotherapy 1988; 74:97.
45. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278:593-600.
46. Maggs J. Auditing practice. An information management approach using problem oriented medical records. Physiotherapy 1995; 81:213-6.
47. Orest M. Physical therapy diagnosis [letter]. Phys Ther 1995;75:637.

48. 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.
49. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract* 1997; 47:314-8.
50. Hensher M. Improving general practitioner access to physiotherapy: a review of the economic evidence. *Health Serv Manage Res* 1997;10:225-30.
51. Zimny NJ. Physical therapy diagnosis [letter]. *Phys Ther* 1995;75:635-6.
52. Hill JR. The problem-oriented approach to physical therapy care. Alexandria (VA): American Physical Therapy Association, 1980.
53. Delitto A, Snyder-Mackler L. The diagnostic process: examples in orthopedic physical therapy. *Phys Ther* 1995;75:203-11.
54. Wyatt JC. Clinical data systems. Part 1. Data and medical records. *Lancet* 1994; 344:1543-7.
55. Évaluation de la tenue du dossier du patient en collaboration avec l'ANAES. Bondigoux: Clinique du Château de Vernhes; 1999.
56. Leteurtre H, Vandenmersh V. L'accréditation des services hospitaliers : médico-techniques, techniques et logistiques. Paris: Berger-Levrault; 1997.
57. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Circulaire DH/P.M.S.I n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'informations (P.M.S.I) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics. *Bulletin Officiel* 1989; 89/46:75-84.
58. Direction des Hôpitaux. Circulaire DH/P.M.S.I n° 97-251 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.
59. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Manuel des groupes homogènes de journées P.M.S.I. Soins de suite ou de réadaptation. Volume I : principes de construction de la classification. *Bulletin Officiel* 1997;97/8 bis.
60. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Manuel des groupes homogènes de journées P.M.S.I. Soins de suite ou de réadaptation. Volume II : description de la classification. *Bulletin Officiel* 1997; 97/8 bis.
61. Menais P. Mise en place du recueil P.M.S.I, de l'obligation vers l'accréditation. *Ann Kinésithér* 1998; 25:226-33.
62. Legrand E, Chanussot JC, Peyranne J. Résultats préliminaires de la grille de saisie du P.M.S.I-SSR au Centre médico-chirurgical des Jockeys de Chantilly. *Ann Kinésithér* 1999;26:70-80.
63. Besnard C, Poindessous JL, Moret L, Stanek M. Le P.M.S.I en rééducation : du texte à la pratique. *Kinésithér Sci* 1999;389:47-52.
64. Aboiron H, Legall M, Charpentier P. P.M.S.I en soins de suite et réadaptation." La routine!". *Kinésithér Sci* 1999;389:53-6.
65. Mette F, Grall AM, Nounou P, Vinay MF, Binet JP, Doucet B. L'informatisation médicale au C.R.F Saint-Lazare. *Ann Kinésithér* 1993;20:145-52.
66. Brocas AM, Cuvillier N, Deuxdeniers ML. Rapport Brocas sur l'exercice libéral des professions paramédicales. Bois-Larris: Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie; 1998.
67. Grunberg M. Technique d'évaluation du travail du kinésithérapeute en centre de rééducation. *Ann Kinésithér* 1994;21:94-5.
68. Groupe de Réflexion et d'Évaluation des Cadres en Kinésithérapie de l'Ouest. L'évaluation de la charge de soins directs en masso-kinésithérapie. *Kinésithér Sci* 1993; 319:37-9.
69. Pujade M, Valero J, Dumas P, Troussset A, Romanet J. Procédure de suivi du patient en chirurgie orthopédique. *Ann Kinésithér* 1999;26:186-90.
70. Viel E. Le diagnostic kinésithérapique. Conception, réalisation et transcription en

- pratique libérale et hospitalière. Paris: Masson; 1998.
71. Pillon-Bernaux P. Évaluation de la mise en place d'une méthodologie rédactionnelle des dossiers de kinésithérapie (POMR) auprès des stagiaires hospitaliers. Rapport de recherche. Bois-Larris: École des cadres de kinésithérapie "Bois Larris"; 1994.
72. Minaire P, Cherpain J, Flores JL, Weber D. La classification des handicaps. Données actuelles, avantages et limites. EMC 1991; 26006 A10:1-5.
73. Aboiron H. Concrètement la CIH. Kinésithér Sci 1998; 378:17-20.
74. Vaillant J, Plas F. De notre pratique au diagnostic kinésithérapique. Kinésithér Sci 1997; 365:62-3.
75. Dekker J, Van Baar ME, Curfs EC, Kerssens JJ. Diagnosis and treatment in physical therapy. An investigation of their relationship. Phys Ther 1993; 73:568-80.
76. Jette AM. Diagnosis and classification by physical therapist. A special communication. Phys Ther 1989; 69:967-9.
77. Guccione AA. Physical therapy diagnosis and the relationship between impairments and function. Phys Ther 1991;71:499-504.
78. 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.
79. Gedda M. Au cœur de la kinésithérapie. : son diagnostic. Kinésithér Sci 1998; 375:39-50.
80. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des altérations du corps, des activités et de la participation. Avant-projet beta-1 pour essais de terrain. Genève: OMS; 1997.
81. 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.
82. 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; 1996.
83. Deburge A, Chouaid C. Évaluation de la qualité des soins dans les centres hospitaliers de rééducation. Ann Kinésithér 1998; 25:2-6.
84. L'évaluation en santé. Actual Dossier Santé Publ 1996; 17:1-36.
85. Haas M. Evaluation of physiotherapy using cost-utility analysis. Aust J Physiother 1993; 39:211-6.
86. Monet J. Évaluation des activités thérapeutiques en kinésithérapie. Ann Kinésithér 1994;21:90.
87. Kane RL. Looking for physical therapy outcomes. Phys Ther 1994; 74:425-9.
88. Ontario Physiotherapy Association. Guidelines for physiotherapy medico-legal reports. 1999 Available from: [http://www.opa on ca/MEDLEGAL HTML-SSI](http://www.opa.on.ca/MEDLEGAL HTML-SSI).
89. Viel E, Plas F. Méthodologie du diagnostic kinésithérapique. Les examens et bilans en théorie et en pratique. Ann Kinésithér 1997; 24:306-18.
90. Grosse D. L'évaluation : un exemple concret appliqué à la kinésithérapie ambulatoire. les pré-requis et les difficultés de mise en place. Ann Kinésithér 1994; 21:74-81.
91. Les fiches de bilan en exercice libéral . Ann Kinésithér 1998; 25:357-76.
92. Viel E. Le diagnostic kinésithérapique : vous savez le faire, alors sachez le faire. Kinésithér Sci 1999;389:4 –8.
93. Trudelle P, Maisonneuve H. Comment distinguer l'information validée de la pseudoscience par la sélection des articles de qualité en masso-kinésithérapie. Ann Kinésithér 1999; 25:253-8.
94. 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.
95. Boulanger YL, Leduc BE. Évaluation de la qualité de vie en médecine de réadaptation. J Réadpt Méd 1998;18:82-6.

96. Grenier R. La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. *J Réadpt Méd* 1998; 18:87-90.
97. Calmels P, Bethoux F. Qualité de soins et outils d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. *J Réadpt Méd* 1998;18:104-8.
98. Russek L, Wooden M, Ekedahl S, Bush A. Attitudes toward standardized data collection. *Phys Ther* 1997;77:714-29.
99. Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Phys Ther* 1999;79:159-70.
100. Wils J, Lepresle E, Langlois-Wils I, Lepresle C. Réflexion sur la notion de diagnostic kinésithérapique. *Kinésithér Sci* 1999;389:19-21.
101. Gedda M, Tardivat M. Du diagnostic masso-kinésithérapique. Mystifications ou vérités. *Kinésithér Sci* 1999;389:22-32.
102. Phanuel D. Les attentes des "patients clients" en matière d'information et de communication : dimensions médicale, humaine et administrative. *Gestions Hosp* 1995; 342:76-82.
103. Deccache A. La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques. Approche éducative globale. Thèse de doctorat en santé publique. Louvain: Université Catholique de Louvain 1994. p.25-51.
104. Mazoyer V. Chirurgie ambulatoire. Infirmiers hospitaliers, infirmiers libéraux, pour la qualité des soins. Rapport d'étude pour l'obtention du certificat cadre infirmier. Paris: AP-HP; 1993.
105. 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.
106. Busmann JBJ, Stam HJ. Techniques for measurement and assessment of mobility in rehabilitation: a theoretical approach. *Clin Rehabil* 1998; 12:455-64.
107. American Physical Therapy Association. Standards for tests and measurements in physical therapy practice. *Phys Ther* 1991; 71:589-622.
108. Trudelle P. L'évaluation pour un kinésithérapeute. *Kinésithér Sci* 1999; 389:33-6.
109. Jette AM. Measuring subjective clinical outcomes. *Phys Ther* 1989; 69:580-4.
110. Mayhew TP, Rothstein JM. Measurement of muscle performance with instruments. In: *Measurement in physical therapy*. New York: Churchill-Livingstone; 1985. p.57-102.
111. The Chartered Society of Physiotherapy Y. How to set standards. Information paper. London: CSP; 1994.
112. Mead J. Setting standards in physiotherapy. *Physiotherapy* 1989; 75:183-4.
113. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins. Conseil d'administration 12 juillet 1999. Paris: CNAMTS; 1999.
114. Kidd T, Yoshida K. Critical review of disability measures: conceptual developments. *Physiother Can* 1995; 47:108-19.
115. Dufour M. Les bilans kinésithérapiques. *Ann Kinésithér* 1999; à paraître.
116. Kendall N. Developing outcome assessments. A step-by-step approach. *NZ J Physiother* 1997; Déc.:11-7.
117. Marks R. Evaluating patient satisfaction: general considerations. I. Designing a questionnaire. *NZ J Physiother* 1993; Déc.:35-8.
118. 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.
119. 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* 1991:133-8.
120. Hunt S. The problem of quality of life. *Qual Life Res* 1997;6:205-12.

121. Gougeon F. L'école de Grenoble trace la route du processus kinésithérapique. *Kiné Actualités* 1999; 715:16-8.
122. La fiche de décision kinésithérapique (FDK). *Ann Kinésithér* 1998; 25:377-8.
123. Agence Nationale pour le développement de l'Évaluation Médicale E. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit médical. Paris: ANDEM; 1993.
124. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. *Journal Officiel* 1999; 28 juillet:11229-49.
125. Ministère d'État chargé des Affaires culturelles. Arrêté du 11 mars 1968 sur la durée de conservation des archives médicales. Règlement des archives hospitalières. Paris: Direction des Journaux Officiels; 1968.
126. Raynard F. *Se mouvoir sans voir*. Paris: Yva Peyret; 1991.
127. Shields RK, Leo KC, Miller B, Dostal WF, Barr R. An acute care physical therapy clinical practice database for outcomes research. *Phys Ther* 1994; 74:463-70.
128. Schumacher K, Brodник M, Sachs L, Schiller MR. Therapists' anxiety and attitudes toward computerized documentation in the clinical setting. *J Allied Health* 1997; 26:151-8.
129. Gedda M. De l'informatisation du dossier masso-kinésithérapique. Bois-larris: École des cadres de kinésithérapie "Bois Larris"; 1993.
130. Allaert FA, Dusserre L. Dossier médical informatisé. Déontologie et législation. *Rev Prat (MG)* 1996; 46:333-7.
131. 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; 31 octobre:16341-5.
132. Hugerot P. Étude de faisabilité de la phase de conception d'une application informatique. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé en kinésithérapie. Bois Larris: Institut de Formation de Cadres de Santé en Kinésithérapie; 1997.
133. Prot J, Georges B, Tison M. Recherche de contenu pour un dossier informatisé en kinésithérapie. *Ann Kinésithér* 1993; 20:213-20.
134. Zimny NJ, Tandy CJ. Development of a computer-assisted method for the collection, organization, and use of patient health history information in physical therapy. *J Orthop Sports Phys Ther* 1993; 17:84-9.
135. Sésam-Vitale, c'est parti! 1999 Available from: <http://kine.kinemedia.fr/sinformer/legislation/sesame.html>.
136. Institut National de la Santé et de la Recherche médicale. Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations. Classification internationale des handicaps. Déficiences, incapacités et désavantages. Paris: INSERM; 1988.





Achévé d'imprimer en Juin 2000  
Tipografia Giuntina (Italie)  
Dépôt légal – Juin 2000