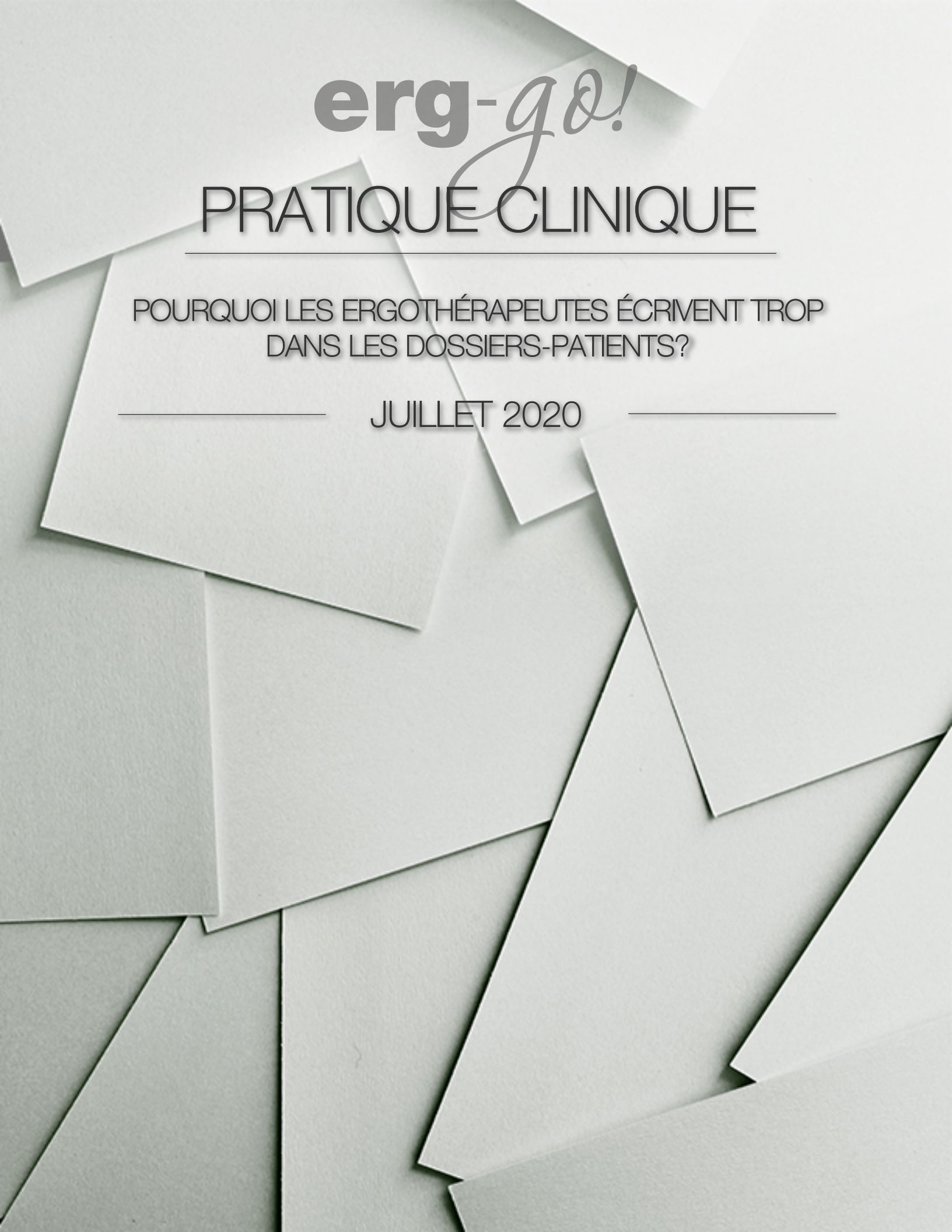




erg-*go!*

PRATIQUE CLINIQUE

POURQUOI LES ERGOTHÉRAPEUTES ÉCRIVENT TROP
DANS LES DOSSIERS-PATIENTS?

JUILLET 2020

MARTINE BROUSSEAU, erg [77-052], CAROLINE DUMAS,
MARIE-PIER GAUTHIER et CHLOÉ VALADE



MARTINE BROUSSEAU, ERG [77-052], PROFESSEURE EN ERGOTHÉRAPIE À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES, CAROLINE DUMAS, ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE UQTR, MARIE-PIER GAUTHIER, ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE UQTR, ET CHLOÉ VALADE, ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE UQTR.

LES ergothérapeutes ont la réputation de trop écrire dans les dossiers-patients. Wilson (1992), chef des programmes professionnels en ergothérapie et chercheure au Rancho Los Amigos Medical Center, en Californie, observait déjà que « les ergothérapeutes de son programme avaient tendance à noter tous les détails dans les dossiers qui d'ailleurs ne seront pas nécessairement lus » (traduction libre de « *therapists seemed compelled to document every detail so minutely that no one will read it* »). Afin de réduire le temps de rédaction et d'alléger les dossiers, chaque ergothérapeute de ce centre de réadaptation a été doté d'un ordinateur; le résultat fut tel que le temps libéré a été utilisé pour écrire encore davantage (Wilson, 1992). Les ergothérapeutes du Québec ont aussi la réputation d'écrire trop. Dans une étude effectuée auprès de deux groupes de discussion focalisée composés chacun de sept ergothérapeutes provenant de divers milieux cliniques, Thompson (2015) notait que maints ergothérapeutes disent subir des pressions à l'effet de diminuer leur temps de rédaction. Ceux-ci rapportent des stratégies pour favoriser une rédaction efficace, dont, en particulier, utiliser les technologies de l'information (utiliser l'ordinateur) (100%, n=14), avoir recours à un canevas (92,9 %, n=13); et utiliser le langage associé à un modèle théorique (78,6%, n=11). Or, ces stratégies ne conduisent pas nécessairement à écrire moins dans les dossiers-patients ainsi qu'à produire des écrits concis.

Il y a lieu de comprendre pourquoi les ergothérapeutes écrivent trop dans les dossiers-patients. Comprendre ce phénomène pourrait être utile afin d'en

tirer des leçons et éventuellement mettre en place des solutions pour corriger cette problématique. Par conséquent, l'objectif du présent article est de proposer des explications possibles au fait que les ergothérapeutes écrivent trop dans les dossiers, ce qui a comme conséquence de diminuer le temps direct avec la clientèle et de créer chez ces derniers une perception de surcharge au travail. Un sondage réalisé par Dumas, Gauthier et Valade (2019) a d'ailleurs montré que 65% (n= 156) des 230 ergothérapeutes québécois sondés considèrent que le temps accordé à la tenue de dossiers nuit grandement à leur temps direct et 30% (n= 72) ont mentionné que ce temps nuit légèrement à leur temps direct. Dans l'ensemble, 95% des ergothérapeutes de ce sondage croient que le temps dédié à la tenue de dossiers nuit à leur temps direct. Deux répondants ont aussi indiqué que leur temps direct n'était pas affecté compte tenu qu'ils rédigent en prenant du temps en dehors du travail.

À notre avis, huit raisons conduisent au fait d'écrire trop dans les dossiers-patients. Ces raisons sont basées sur des informations obtenues d'une recension des écrits, des leçons tirées des expériences pratiques d'enseignement en formation continue auprès d'ergothérapeutes et des observations faites en stage ou entre stagiaires pendant le cursus de formation.

1. ÉCRITURE QUI SUIV LA CHRONOLOGIE

Lorsqu'il s'agit de rapporter le contenu d'échanges avec un client, comme dans la situation de rédaction de notes de suivi, la façon la plus fréquente de le faire est de rapporter le contenu de ces échanges

selon un ordre chronologique. Mais ce mode ne sert pas nécessairement l'intention d'écrire puisqu'il ne permet pas au lecteur de saisir rapidement l'intention d'écriture. En effet, la personne qui écrit dans un ordre chronologique rapporte tous les faits dont elle se rappelle au lieu de rapporter simplement les faits essentiels.

La solution pour écrire moins est de se poser la question « En quoi le contenu des échanges est-il utile? Et pour documenter quoi, au juste? Qu'est-ce qui est le plus important? » Par conséquent, la solution est de rédiger les notes selon les thèmes importants abordés pendant cet échange.

2. APPLICATION INTÉGRALE DU MODÈLE THÉORIQUE

La venue des modèles théoriques (ou conceptuels) de la discipline a certes contribué à la compréhension qu'ont les ergothérapeutes de leur pratique et sert à raffermir la spécificité professionnelle (Tufano, 2014; Sames, 2008). Les modèles théoriques (ou conceptuels) sont nés d'un besoin au sein de la profession de faire valoir ce qui est unique et spécifique à l'ergothérapie pour se distinguer des autres groupes professionnels. Certains auteurs soutiennent qu'ils reflètent le raisonnement clinique de l'ergothérapeute (Boniface et coll, 2008; Brousseau, Gauthier et Morel-Bracq, 2017; Fisher, 2013) et qu'ils renforcent l'identité professionnelle (Boniface et coll., 2008). Plusieurs modèles typiquement ergothérapiques sont nés pour s'éloigner, comme le mentionne Prud'Homme (2011, p. 161), des cadres théoriques exogènes (associés aux autres professionnels).

Un « modèle théorique » (conceptuel) est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique (Morel-Bracq, 2017). Selon cette auteure, cela signifie qu'un modèle en ergothérapie va s'élaborer à partir d'hypothèses, selon des valeurs fondamentales propres à la profession avec une critique approfondie des fondements, principes, hypothèses et résultats du modèle donné. La pratique va confronter le modèle à la réalité.

Le recours à des modèles théoriques dans la pratique en ergothérapie pour l'écriture dans les dossiers-patients sert à uniformiser les écrits et à donner une structure (Brousseau, 2015; Hedberg- Kristensson et Iwarson, 2003). Selon le sondage réalisé par Dumas, Gauthier et Valade (2019) les ergothérapeutes notent davantage d'aspects positifs que négatifs à les utiliser. Effectivement, 78,2 % (n=187) croient que les modèles les aident à structurer les informations obtenues et à ne rien oublier lors de l'évaluation. Par contre, pour 31,8 % (n= 96) d'entre eux, les modèles les incitent à écrire plus d'informations que nécessaire. Aussi, 10,4 % (n= 25) des ergothérapeutes sondés affirment qu'il est difficile de catégoriser les informations dans les modèles. Le pourcentage total dépasse 100 car les répondants pouvaient fournir plus d'une réponse.

Toutefois, dans la pratique, en espérant bien faire, un grand nombre d'ergothérapeutes font une application intégrale du modèle, croyant qu'il faille inscrire dans le rapport tout ce qui est proposé par le modèle. Le meilleur exemple est celui de l'utilisation du PPH (Processus de production du handicap) où l'ergothérapeute détaillera les 13 habitudes de vie suivant l'ordre proposé dans le modèle, alors qu'en réalité, peut-être que seulement quelques-unes s'avèrent problématiques. Cette façon de faire est aussi prônée par des chefs de programme ou des responsables d'équipes en centre de réadaptation qui, lors des réunions d'équipe, discuteront de toutes les habitudes de vie, et ce même si la rencontre visait à discuter des actions à entreprendre pour assurer le suivi dans la communauté concernant une seule habitude de vie hautement problématique (expérience vécue par la première auteure). Cette façon de faire devient lourde à porter et n'est pas nécessaire.

Par conséquent, la solution est de rédiger les informations plus détaillées sur les habitudes de vie ciblées (ou les occupations selon le modèle utilisé) comme étant problématiques et d'avoir recours à des phrases synthèses pour les autres. Le texte sera ainsi beaucoup plus court et le rapport plus rapide à rédiger.

[suite page 04]

3. UTILISATION DE CANEVAS

Dans son étude, Thompson (2015) a aussi rapporté que 13 des 14 ergothérapeutes qui composent son échantillon (soit 92,9 %) indiquent avoir recours à un canevas. Souvent, ces canevas incluent des phrases stéréotypées calquées sur un modèle théorique de la discipline. Avec le temps, en étant prônée par un grand nombre de professionnels sans être remise en question, cette façon de faire est devenue une habitude. Ainsi, ce savoir a été transmis de bouche à oreille pour enfin en venir à constituer un savoir de référence. Buysse (2011) définit ce phénomène comme un savoir référentiel qui provient de propositions, souvent entachées d’implicites et présentes dans des interactions sociales entre les professionnels d’un milieu, constituant ainsi de nouvelles normes et manières de faire. Ce savoir émane d’interprétations de règlements, de textes prescriptifs de la discipline et de référentiels de compétences dans la discipline par les professionnels ou par les chefs de programmes d’établissements. Il peut être en tension avec les savoirs savants de la discipline qui eux, sont constitués des savoirs théoriques et scientifiques et des savoirs issus de la recherche. D’autant plus, une étude menée par Kuipers et Grice (2009a et 2009b) a montré que bien que les canevas soient utiles pour les ergothérapeutes novices (en stage) pour les aider à structurer leur raisonnement clinique, leur utilité n’est pas démontrée pour les ergothérapeutes d’expérience. L’argument utilisé par

les ergothérapeutes pour conserver les canevas est celui de « se rappeler ce qu’il faut évaluer ». Le canevas serait alors utile pour se rappeler de ne rien oublier lors de l’évaluation, mais rien ne démontre qu’il est utile pour la rédaction des rapports. Par ailleurs, le sondage réalisé par Dumas, Gauthier et Valade (2019) met en lumière ce qui contribue, chez des ergothérapeutes, à modeler la façon d’effectuer la tenue de dossiers. L’expérience acquise avec le temps est la raison première donnée par 71,9 % (n=172) des répondants. La deuxième raison donnée est la lecture de documents pour 42,3% (n=124). Ensuite, la formation dédiée à la tenue de dossiers et la rétroaction des collègues y contribuent pour 49,8%. La rétroaction des superviseurs est rapportée par 48,5% (n=116) des répondants alors que 24,6 % (n=59) considèrent que l’inspection professionnelle influence la façon dont la tenue de dossiers est effectuée. Seulement un des répondants n’a donné aucune de ces réponses. Les répondants pouvaient donner plus d’une réponse. Ces résultats reflètent dans une certaine mesure la culture du bouche-à-oreille en ergothérapie qui se perpétue dans un savoir référentiel, concept de Buysse (2011).

Ainsi, le canevas peut être un outil pertinent pour s’assurer de ne rien oublier lors de l’évaluation, mais le rapport d’évaluation ne devrait pas être rédigé selon ce même format. Par conséquent, la solution serait de remettre en question l’utilisation de canevas si on veut produire des rapports concis. Aussi, il serait important de distinguer l’utilisation d’un canevas pour l’évaluation afin de ne rien oublier, de l’utilisation d’un canevas pour la rédaction. Il y a lieu de faire preuve de prudence avec l’utilisation des canevas.

4. MÉCONNAISSANCE DES CRITÈRES DE QUALITÉ DES RAPPORTS ET DES NOTES DE SUIVI EN ERGOTHÉRAPIE

Il y a lieu de croire que la connaissance des critères de qualité des rapports en ergothérapie aide à la rédaction des dossiers et à leur concision. Ces critères tiennent compte du fait que le rapport se doit d’avoir une structure permettant de convaincre que l’analyse ergothérapique produite est de qualité et renvoie à des principes de communication écrite

et d’écriture professionnelle. Ils proviennent d’un savoir savant, c’est-à-dire qu’ils sont issus d’une recension critique des écrits, et ont été compilés par Brousseau (2016).

Ces critères sont inclus dans le Tableau 1 (ci-après) et ils renvoient aux écrits de Fisher (2013) ainsi que de Weinstock-Zlotnick et Hinojosa (2004) pour appuyer le fait qu’un rapport de qualité en ergothérapie est occupationnel et est écrit selon une approche top-down. Aussi, Sames (2008) a mis en lumière que l’objet d’évaluation en ergothérapie se doit d’être précis et occupationnel. La qualité d’une analyse en ergothérapie renvoie au fait qu’elle répond à un mandat d’évaluation d’une situation (Sames, 2008), qu’elle représente une appréciation (Clark et Youngstrom, 2013; Pendleton et Schultz-Krohn, 2013) et que par son caractère explicatif, l’analyse établit des liens entre les occupations, les dimensions de la personne et l’environnement (Clark et Youngstrom, 2013; Davis, Craik et Polatajko, 2013; Rogers, 2004). Aussi, l’analyse est l’explication d’une situation (Clark et Youngstrom, 2013; Davis, Craik et Polatjko, 2013) ainsi qu’une opinion professionnelle en soi (Clark et Youngstrom, 2013; Pendleton et Schultz-Krohn, 2013; Perinchief, 2003). Dubois et collaborateurs (2017) en donnent des exemples.

Sames (2008) aborde les critères de qualité des objectifs en ergothérapie. Ceux-ci doivent être occupationnels, observables, mesurables ainsi que contenir un échéancier et refléter un comportement attendu de la personne.

De plus, les critères de qualité des rapports et des notes de suivi en ergothérapie inclus dans le Tableau 1 ont fait l’objet d’une étude de validité auprès de huit ergothérapeutes experts. Ces experts ont validé le contenu et la compréhension de la façon dont les énoncés ont été formulés (Brousseau, 2017a).

Des données obtenues auprès de 14 ergothérapeutes dans un milieu clinique participant à une formation sur les stratégies de concision à développer pour écrire des rapports et des notes de suivi plus concis ont montré que tous les critères de qualité de rapports en ergothérapie ne sont pas maîtrisés à 100% par des cliniciens d’expérience (Brousseau, 2017b). Ces données ont été obtenues au début de la formation. L’obtention de telles données se rattache à l’une des compétences en enseignement, soit celle d’identifier les connaissances et les compétences antérieures des participants à une formation (Guillemette, Leblanc et Renaud, 2015).

Tableau 1. Niveau de connaissances des critères de qualité de rapports et de notes de suivi en ergothérapie tels que perçu par des répondants avant une formation sur la concision (* 14 répondants ** 13 répondants, *** 12 répondants)

Critères de qualité		Connaissance élevée	Connaissance moyenne	Connaissance faible
1.	Le rapport est écrit dans une approche top-down *	42,8% (n=6)	57,1% (n=8)	-
2.	Critères de qualité d’une entrée en matière			
1.	Indique clairement « vu en ergothérapie » *	71,4 % (n=10)	28,6% (n=4)	-
2.	Recadre le mandat afin que celui-ci soit centré sur le fonctionnement, le rendement ou la performance dans une ou plusieurs occupations **	61,2 % (n=8)	30,8% (n=4)	7,7 % (n=1)

3. Critères de qualité d'une analyse			
1.	Répond au motif d'évaluation dans la première moitié de la 1 ^{ère} phrase *	28,6 % (n= 4)	50 % (n=7) 21,4 % (n=3)
2.	Donne les explications venant appuyer pourquoi le client a des difficultés de fonctionnement dans une ou plusieurs occupations ou activités quotidiennes *	85, 7 % (n=12)	14,3 % (n=2) -
3.	Utilise des mots-liens pour l'explication *** tels que « en raison de », « compte tenu que »	50 % (n=6)	50 % (n=6) -
4.	Qualifie ou apprécie le fonctionnement. Des mots appréciatifs sont présents (« léger », « modéré » « sévère », « à risque ») *	42,9 % (n=6)	50 % (n=7) 7,1 % (n=1)
5.	Priorise les faiblesses ou difficultés dans le quotidien en les listant par priorité et par la suite en les pondérant par les forces du client *	7,2 % (n =1)	71,4 (n=10) 21,4 % (n=3)
6.	Explicite les liens entre les occupations, l'environnement et les dimensions de la personne *	42,9 % (n=6)	57,1 % (n=8) -
7.	Reflète les problématiques ciblées par les recommandations et/ou des objectifs ***	66,7 % (n=8)	33,3 % (n=4) -
8.	Utilise un langage vulgarisé et accessible (il y a absence de jargon professionnel, comme rendement occupationnel et participation sociale) *	42,9% (n=6)	57,1 % (n=8) -
9.	Il y a absence de mots-pièges (« diminution », les verbes au conditionnel) *	35,7 % (n= 5)	64,3 % (n=9) -
4. Critères pour les objectifs/plan d'intervention			
1.	Les objectifs sont centrés sur les occupations *	100% (n=14)	
2.	Sont cohérents avec l'analyse **	84,6% (n=11)	15,4% (n=2)
3.	Sont spécifiques, mesurables, limités dans le temps, écrits dans un vocabulaire clair *	71,4% (n=10)	28,6% (n=4)

5. Organisation des informations			
1.	Est structuré pour faire ressortir les éléments importants dans le dossier *	7,1 % (n=1)	85, 7 % (n=12) 7,1 % (n=1)
2.	Est organisé au profit de l'argumentation de l'analyse *	7,1 % (n=1)	57,1 % (n=8) 35,7% (n=5)
3.	Inclut une quantité minimale de détails pour soutenir le raisonnement clinique *	35,7 % (n=5)	57,1% (n=8) 7,1 % (n=1)
6. Connaissance complète des faits			
		71,4% (n=10)	28,6% (n=4)
7. Modalités d'évaluation			
1.	Reflètent les meilleures pratiques en ergothérapie**	23,1% (n=3)	76,9% (n=10)
2.	Sont listées par ordre d'importance*	7,1 % (n=1)	50% (n=7) 42,9 % (n=6)
7.3.	Sont listées sous chacune des rubriques du rapport *	92,9% (n=13)	7,1% (n=1)
7.4.	Des précisions sont apportées quant à la durée des évaluations pour montrer l'ampleur du phénomène *	7,1 % (n=1)	14,3 % (n=2) 78,6 % (n=11)
8. Concision			
8.1.	Seules les données venant soutenir l'analyse sont développées**	7,7 % (n=1)	69,2 % (n=9) 23,1% (n=3)
8.2.	Les données les plus importantes apparaissent en premier, les autres sont secondaires **	15,4 % (n=2)	61,5% (n=8) 23,1% (n=3)
3.	Les autres données sont présentées dans des phrases synthèses *	14,3 % (n=2)	85,7% (n=12) -
4.	Il n'y a pas de répétition d'information **	23,1% (n=3)	69,2 % (n=9) 7,1 % (n=1)

9.Évaluation de la qualité des notes de suivi			
9.1 Indiquent l'objet du suivi ou de la visite*	71,4 % (n= 10)	21,4 % (n=3)	7,1 % (n=1)
9.2. Reflètent les thèmes abordés durant la rencontre en étant clairement identifiés*	92,9% (n=13)	-	7,1 % (n=1)
9.3. Sont inscrites par ordre d'importance les thèmes abordés durant la rencontre. Les données les plus importantes apparaissent en premier, les autres sont secondaires *	7,1 % (n=1)	57,1% (n=8)	35,7% (n=5)
9.4. Il n'y a pas de répétition d'informations*	50 % (n=7)	50% (n=7)	-
9.5. Seules les données venant soutenir les interventions sont développées**	30,7% (n=4)	69,3 % (n=9)	-
9.6. Les autres données sont présentées dans des phrases-synthèses***	33,3% (n=4)	66,7% (n=8)	-
9.7. Les données illustrent ce qui est important pour le raisonnement clinique*	61,5 % (n=8)	38,5% (n=5)	-
9.8. Si une analyse est présente, l'argumentation est étoffée*	14,3 % (n=2)	71,4% (n=10)	14,3 % (n=2)

À titre informatif, chacun des critères a été évalué à l'aide d'une échelle de type Likert en 10 points avec la question : « Dans quelle mesure êtes-vous familier avec ces critères »? Le 10 correspondant à : Extrêmement familier et le 1 à : Aucunement familier. À des fins de compilation, une connaissance élevée inclut les cotes 10, 9 et 8, alors qu'une connaissance moyenne regroupe les cotes de 7, 6 et 5. Une connaissance faible correspond aux cotes de 4, 3, 2 et 1.

Les données obtenues auprès des répondants montrent que c'est au plan de la formulation des objectifs et du plan d'intervention que les critères de qualité sont les plus connus. Les données en gras dans le Tableau 1 visent à attirer l'attention sur certains résultats. Les répondants ont une connaissance moyenne de critères contribuant à la concision dans les rapports (au point 8 dans le tableau). Aussi, 71,4 % des répondants ont une connaissance moyenne du critère d'analyse visant à prioriser les

faiblesses ou les difficultés du quotidien en les listant par priorité en les pondérant par les forces du client. La moitié (50 %) des répondants disent savoir qu'il faille répondre au motif d'évaluation dans la première moitié de la première phrase, alors que 21,4 % en ont une connaissance faible. Ces deux derniers critères contribuent aussi à la concision. Finalement, savoir que dans un dossier, un ergothérapeute peut avoir recours à des phrases synthèses est encore assez méconnu. Le verbatim suivant l'illustre bien : « *J'écris souvent toutes les informations questionnées. J'ai l'impression qu'il va manquer quelque chose si je ne le fais pas* ».

Si l'échantillon des ergothérapeutes ayant participé à la formation sur la concision est représentatif de l'ensemble des ergothérapeutes, il y a lieu de croire que la connaissance des critères de qualité reste encore à maîtriser par ceux-ci et qu'ils seraient utiles pour écrire moins.

Une solution proposée serait ainsi d'avoir une meilleure connaissance et une autoévaluation de ses dossiers par le recours aux critères de qualité. Ainsi, les rapports d'évaluation seraient de meilleure qualité et davantage concis.

5. PRESSION PERÇUE D'INCLURE TOUTES LES INFORMATIONS OBTENUES

Les arguments donnés par des ergothérapeutes pour tout inclure dans un dossier se rattachent à une possible consultation ultérieure des informations au dossier si le client devait être revu en ergothérapie, et aussi au fait de s'assurer de répondre à toutes les finalités de l'écriture dans les dossiers et ne pas oublier d'informations. Or, il est important de rappeler ici les finalités des dossiers-patients en ergothérapie. On peut alors se demander **pour qui** écrit-on et **pourquoi** écrit-on? Il n'est pas faux d'affirmer qu'il peut y avoir plusieurs réponses à ces questions. En effet, un ergothérapeute écrit pour communiquer avec un référent réel ou potentiel, pour protéger légalement le client ou le professionnel, pour planifier ses activités professionnelles, pour répondre aux exigences d'un ordre professionnel, pour répondre aux exigences de son employeur qui, lui, doit se conformer à la loi (en particulier la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)) (Publications Québec, s.d.) et pour documenter le besoin de services (Brousseau, 2005).

Même si les rapports servent plusieurs finalités en même temps, une de celles-ci doit primer sur les autres pour aider à la concision. Une solution serait alors de se rappeler que l'ergothérapeute écrit d'abord pour convaincre un interlocuteur que son analyse est bonne et astucieuse. Écrire pour communiquer avec un référent réel ou potentiel doit donc primer sur les autres finalités lors de la rédaction.

6. IMPRÉCISION QUANT À LA RAISON POUR LAQUELLE EST VU LE CLIENT

Comment un texte peu ciblé dès le départ peut-il être clair et concis par la suite? L'imprécision de la raison pour laquelle est vu le client conduit à des rapports trop longs. Des principes simples de communication s'appliquant pour la rédaction des cour-

riels peuvent être transposés aux notes et aux rapports. Par exemple, l'idée que l'objet du courriel soit précis permet de rédiger par la suite un courriel concis (Armand, 2011). Trop souvent, des raisons d'évaluation stéréotypées sont synonymes de motifs d'évaluation trop larges à couvrir, comme « évaluation fonctionnelle ». De plus, des raisons d'évaluation stéréotypées incluant du jargon professionnel posent problème pour la clarté et la compréhension des rapports par des personnes de l'extérieur. Les études de Donaldson et collaborateurs (2004) et de Makepeace et Zwicker (2014) ont montré que des parents ne comprennent pas toujours les difficultés de leur enfant notées aux rapports tenus par des professionnels de la santé (ergothérapeute et orthophonistes) quand ces rapports ont recours à du jargon professionnel.

Une solution est de recadrer la raison d'évaluation en utilisant un vocabulaire simple que le grand public peut comprendre. Par ailleurs, plus la raison est simplement formulée, plus il est possible d'être concis et précis.

7. VESTIGE HISTORIQUE EN ERGOTHÉRAPIE DE LA CONCEPTION DE DRESSER UN TABLEAU COMPLET DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE

L'ergothérapie au fil des ans a connu un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation récréative de l'activité, de la promotion des occupations jusqu'à l'habilitation aux occupations (Polatajko, 2001). Plusieurs courants de pensées ont influencé la profession. Prud'homme (2011), en retraçant l'histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleurs sociaux au Québec, a fait valoir certains vestiges qui hantent encore la profession d'ergothérapeute. Les réformes des systèmes d'éducation et de santé ont fait en sorte qu'en ergothérapie, dans les années 70, il y a eu le développement de plusieurs « évaluations des activités de la vie quotidienne » (Prud'homme, 2011). Ceci a eu comme conséquence que les ergothérapeutes se sont définis comme des spécialistes de l'autonomie. À cette époque, dans la pratique, les ergothérapeutes avaient alors tendance à dresser un bilan de l'autonomie des usagers pour lesquels une évaluation était requise. Ce vestige, bien qu'il se soit

[suite page 09]

transformé avec le temps, reste présent dans les milieux de réadaptation et influence toujours les ergothérapeutes à dresser un bilan complet des habitudes de vie (voire activités) de leurs clients. L'Outil d'évaluation multiclientèle (maintenant Outil de Cheminement Clinique Informatisé [OCCI]) reflète aussi ce vestige. Un propos tenu par une participante de la formation sur la concision dans les dossiers en ergothérapie illustre ce phénomène : « *Dans mon analyse, j'ai tendance à résumer le bilan de l'autonomie* ». Cette façon de concevoir l'apport de l'ergothérapie éloigne de la concision dans les rapports.

Une solution proposée est donc de revisiter les concepts centraux de la profession qui nous distinguent des autres professionnels. Polatajko (2001) rappelle que le concept central de l'ergothérapie est l'habilitation aux occupations. Pour pouvoir accompagner et habilitier une personne dans ses occupations, les ergothérapeutes doivent se poser la question suivante : « Est-ce que la personne participe à des occupations qui sont importantes pour elle ». La solution est de rattacher le mandat d'évaluation aux concepts centraux de la profession et ainsi aborder seulement les occupations importantes pour le client qui sont sujettes à être touchées par ses difficultés fonctionnelles.

D'ailleurs, il y a peu de recherches empiriques ayant abordé les concepts centraux de la profession à l'exception des études australiennes de Rodger, Turpin et O'Brien (2015) ainsi que de Nicola-Richmond, Pépin et Larkin (2016). Ils ont trouvé que ces concepts sont : 1) la compréhension et l'application des modèles et des théories de l'ergothérapie; 2) la pratique fondée sur des résultats probants; 3) le raisonnement clinique; 4) les compétences et connaissances spécifiques à la discipline; 5) la pratique en tenant compte du contexte; 6) l'approche centrée sur le client; 7) l'occupation; 8) le rôle de l'ergothérapeute et 9) la pratique réflexive. Au Canada, en l'absence d'études empiriques canadiennes, il y a lieu de s'appuyer sur les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie, car elles constituent un rempart témoignant de la qualité de la compréhension de ce qu'est l'ergothérapie (Townsend et Polatajko, 2013). Ces lignes directrices

précisent que l'habilitation aux occupations contribue davantage à l'identité professionnelle des ergothérapeutes que le concept d'occupation. Ainsi, afin de réconcilier la notion de vestige d'autonomie à celle d'habilitation aux occupations, répondre à la question suivante pourrait être utile : « Est-ce que la personne participe à des occupations importantes? Est-ce que la personne est en mesure de participer aux occupations qui lui sont importantes (importantes pour qui? Pour elle? Pour les autres de l'entourage?) ». Un rapport ciblé en fonction des occupations importantes risque d'être plus concis et de prendre moins de temps à rédiger.

8. FAUSSE REPRÉSENTATION DE CERTAINS PRINCIPES LÉGAUX

Les principes légaux en tenue de dossiers sont certes nécessaires et utiles dont en particulier, « *Si ce n'est pas écrit, ça n'a pas été fait* » et « *Avoir une connaissance complète des faits* ». L'interprétation de ces principes peut poser problème car les ergothérapeutes peuvent se sentir obligés de tout écrire. Ces principes s'appliquent davantage pour noter les interventions ou évaluations faites, mais pas nécessairement toutes les observations ou encore toutes les informations recueillies lors du processus d'évaluation.

Une solution pour écrire moins et respecter ces principes légaux serait de noter les évaluations faites et seulement les principaux résultats venant soutenir l'analyse. Par exemple, il n'est pas nécessaire d'écrire que madame s'appuie sur la barre d'appui lorsqu'elle enjambe le bain, s'il n'y avait aucun indice que la sécurité est en jeu ou si ce n'était pas la raison d'évaluation.

CONCLUSION

En conclusion, plusieurs solutions sont à la portée des ergothérapeutes pour écrire des rapports concis et ainsi écrire moins, permettant alors de libérer du temps pour des tâches cliniques. :

- 1- Dans les notes de suivi, rédiger les notes selon les thèmes importants abordés pendant les échanges avec les clients en évitant d'écrire selon la chronologie des événements;
- 2- Utiliser des canevas d'évaluation pour guider le processus d'intervention, mais s'en détacher lors de l'écriture des rapports (l'utilisation de canevas allonge les rapports en ne permettant pas la concision);
- 3- Utiliser un modèle théorique pour guider le processus d'intervention et le raisonnement clinique qui soutient l'analyse ergothérapique, mais s'en détacher lors de l'écriture des rapports (il n'est pas nécessaire d'inclure toutes les catégories et sous-catégories d'un modèle dans un rapport d'évaluation);
- 4- Se rappeler que la finalité première d'un rapport est de convaincre son interlocuteur que son analyse est bonne, judicieuse et qu'elle repose sur un raisonnement clinique de qualité. Les informations ne soutenant pas l'analyse peuvent être écrites à l'aide des phrases synthèses.
- 5- Se référer aux critères de qualité de rapports et de notes de suivi en ergothérapie présentés ci-haut pour s'assurer que tous les éléments nécessaires y sont présents;
- 6- S'assurer que la raison d'évaluation est simplement formulée, concise et précise. Au besoin, il peut être nécessaire de recadrer la raison d'évaluation;
- 7- Éviter de dresser un bilan complet de l'autonomie des clients dans leurs habitudes de vie. Il est suffisant d'aborder seulement les occupations importantes pour le client qui sont sujettes à être touchées par ses difficultés fonctionnelles.
- 8- Dans le corps du rapport, noter les évaluations faites et seulement les principaux résultats qui viennent soutenir l'analyse.

Il devient important de discerner quelles informations sont essentielles à inclure dans les dossiers. Écrire moins en ergothérapie invite aussi à se remettre en question et à avoir confiance en ses compétences pour rester centré sur le client et ses

occupations. **C'est ainsi que l'ergothérapeute habilite la personne à ses occupations et c'est cette conception qui nous distingue des autres professionnels.**

En réduisant la longueur de leurs écrits, les ergothérapeutes libéreront du temps. Ce temps sera utilisé pour procéder à de nouvelles évaluations et interventions et cette situation risque ainsi de contribuer à diminuer les listes d'attente. Par ricochet, il y a aussi lieu de croire que la qualité des services en ergothérapie en sera affectée positivement.

Pour joindre l'auteure:
martine.brousseau@uqtr.ca

Crédit photo : brandi-redd-aJTiw00qqtI
(Unsplash)

RÉFÉRENCES

- Armand, N. (2011). *Rédaction de courriels efficaces suivi de Rédiger avec concision*. Presses de l'Université du Québec.
- Beer, M. et Mårtensson, L. (2005) Feedback on students clinical reasoning skills during fieldwork education. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(4), 255-264.
- Boniface, G., Fedden, T., Hurst, H.; Mason, M., Phelps, C., Reagon, C. et Waygood, S. (2008) Using Theory to Underpin an Integrated Occupational Therapy Service through the Canadian Model of Occupational Performance. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(12), 531-539.
- Brousseau, M. (2005). *Habiletés de communication*. Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Brousseau, M. (2015). Outils pratiques pour développer l'écriture du « diagnostic ergothérapique » : Expérience à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Dans M. H. Izard et R. Nespoulous (dir.). *Expériences en ergothérapie. 28e série* (p. 320-328). Sauramps-Medical.

[suite page 11]

Brousseau, M. (2016). Trousse pédagogique-ERG1011. *Démarche clinique et tenue de dossiers*. Université du Québec à Trois-Rivières.

Brousseau, M. (2017a). Étude de validité auprès d'experts des critères de qualité d'un rapport en ergothérapie. Article en préparation.

Brousseau, M. (2017b). Formation sur la concision dans les notes au dossier. *Notes de cours* [document inédit]. Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.

Brousseau, M., Gauthier, A. et Morel-Bracq, M.-C. (2017). Liens entre modèles, raisonnement clinique et diagnostic en ergothérapie. Dans M.-C. Morel-Bracq (Dir.). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd., p. 222-231). DeBoeck Supérieur.

Buysse, A. (2011). Une modélisation des régulations et de la médiation dans la construction des savoirs professionnels des enseignants. Dans P. Maubant et S. Martineau (Dir.). *Fondements des pratiques professionnelles des enseignants* (p.243-284). Presses de l'Université d'Ottawa.

Clark, G. F., et Youngstrom, M. J. (2013). Guidelines for documentation of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(6), 32-38. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.67S32>

Davis, J., Craik, J. et Polatjako, H.J. (2013) Employer le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le processus. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (Dir.) *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd. version française Noémi Cantin, p.291-320). CAOT Publications ACE.

Donaldson, N., McDermott, A., Hollands, K., Copley, J., et Davidson, B. (2004). Clinical reporting by occupational therapists and speech pathologists: Therapists' intentions and parental satisfaction. *Advances in Speech Language Pathology*, 6(1), 23-38.

Dubois, B., Thiébaud Samson, E., Trouvé, E. Tosser, M., Poriél, G., Tortora, L., Ringuet, K. et Guesné, J. (2017). *Le diagnostic ergothérapique : Lignes directrices*. DeBoeck Supérieur.

Dumas, C. Valade, C. et Gauthier, M.J. (2019) Sondage en ligne auprès d'ergothérapeutes québécois sur leur perception de la tenue de dossiers dans le cadre du cours ERG-6020 *Pratique émergente en ergothérapie et interventions de groupe en réadaptation et en éducation à la santé*. UQTR.

Fisher, A.G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 162-173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952912>

Guillemette, F., Leblanc, C. et Renaud, K. (2015). Référentiel de compétences pédagogiques en enseignement supérieur. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/Gsc/Portail-ressources-en-enseignement-sup/documents/PDF/noir_blanc_referentiel_compentes_1page.pdf

Hedberg-Kristensson, E. et Iwarsson, S. (2003). Documentation quality in occupational therapy patient records: focusing on the technical aid prescription process. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 72-80.

Kuipers, K. et Grice, J. (2009a) Clinical reasoning in neurology: Use of the repertory grid technique to investigate the reasoning of an experienced occupational therapist. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(4), 275-284.

Kuipers, K. et Grice, J. (2009b) The structure of novice and expert occupational therapists' clinical reasoning before and after exposure to a domain-specific protocol. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(6), 418-427.

Morel-Bracq, M.C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie. *Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd.). DeBoeck Supérieur.

Makepeace, E. et Zwicker, J. G. (2014). Parent perspectives on occupational therapy assessment reports. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(11), 538-545. <https://doi.org/10.4276/030802214X14151078348396>

Nicola- Richmond, K. M., Pépin, G. et Larkin, H. (2018). «Once you get the threshold concepts the world is changed forever: The exploration of threshold concepts to promote work-ready occupational therapy graduates. *International Journal of Practice Based Learning in Health and Social Care*, 6(1), 1-17.

Pendleton, H.M. et Schultz-Khron, J. (2013). *Pedretti's Occupational Therapy practice skills for physical dysfunction*. (7e éd). Elsevier/Mosby.

Polatajko, H. (2001). The evolution of our occupational perspective: The Journey from diversion through therapeutic use to enablement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 203-207.

Perinchief, J. M. (2003). Documentation and management of occupational therapy services. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn, B. A. Schell (dir.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10e éd., p. 897-905). Lippincott Williams & Wilkins.

Prud'homme, J. (2011). Professions à part entière. *Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Presses de l'Université de Montréal.

Publications Québec (s.d.). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à <http://le-gisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>

Rodger, S., Turpin, M. et O' Brien, M. (2015). Experiences of academic staff in using threshold concepts within a reformed curriculum. *Studies in Higher Education*, 40(4), 545-560. <https://doi.org/10.1080/03075079.2013.830832>

Rogers, J.C. (2004). Occupational Diagnosis. Dans M. Molineux (dir.). *Occupation for occupational therapist* (p.17-30). Blackwell Publishing.

Sames, K, M. (2008). Impact of Models and Frames of Reference. Dans *Documenting occupational therapy practice*. (2e éd., p.36-46). Pearson Education.

Thompson, N. (2015). *Enjeux de rédaction dans les dossiers cliniques chez les ergothérapeutes exerçant au Québec : recommandations à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*. https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/essai_thompson_n..pdf

Townsend, E.A. et Polatajko, H.J (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd. version française Noémi Cantin). CAOT Publications ACE.

Tufano, R. (2014). Occupational therapy theory use in the process of evaluation and intervention. Dans. K. Jacobs, N., MacRae, et K. Sladyk. (dir.). *Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence* (2e éd., p.185-198). Slack Inc.

Weinstock-Zlotnick, G., et Hinojosa, J. (2004). Bottom-up or top-down evaluation: is one better than the other? *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 594-599.

Wilson (1992). If I had known the what I know now. *Effective documentation for Occupational Therapy*. (p.1-4). American Occupational Therapy Association.