



LA TENUE  
DES DOSSIERS

EN

PHYSIOTHÉRAPIE

(2010)

# TENUE DES DOSSIERS

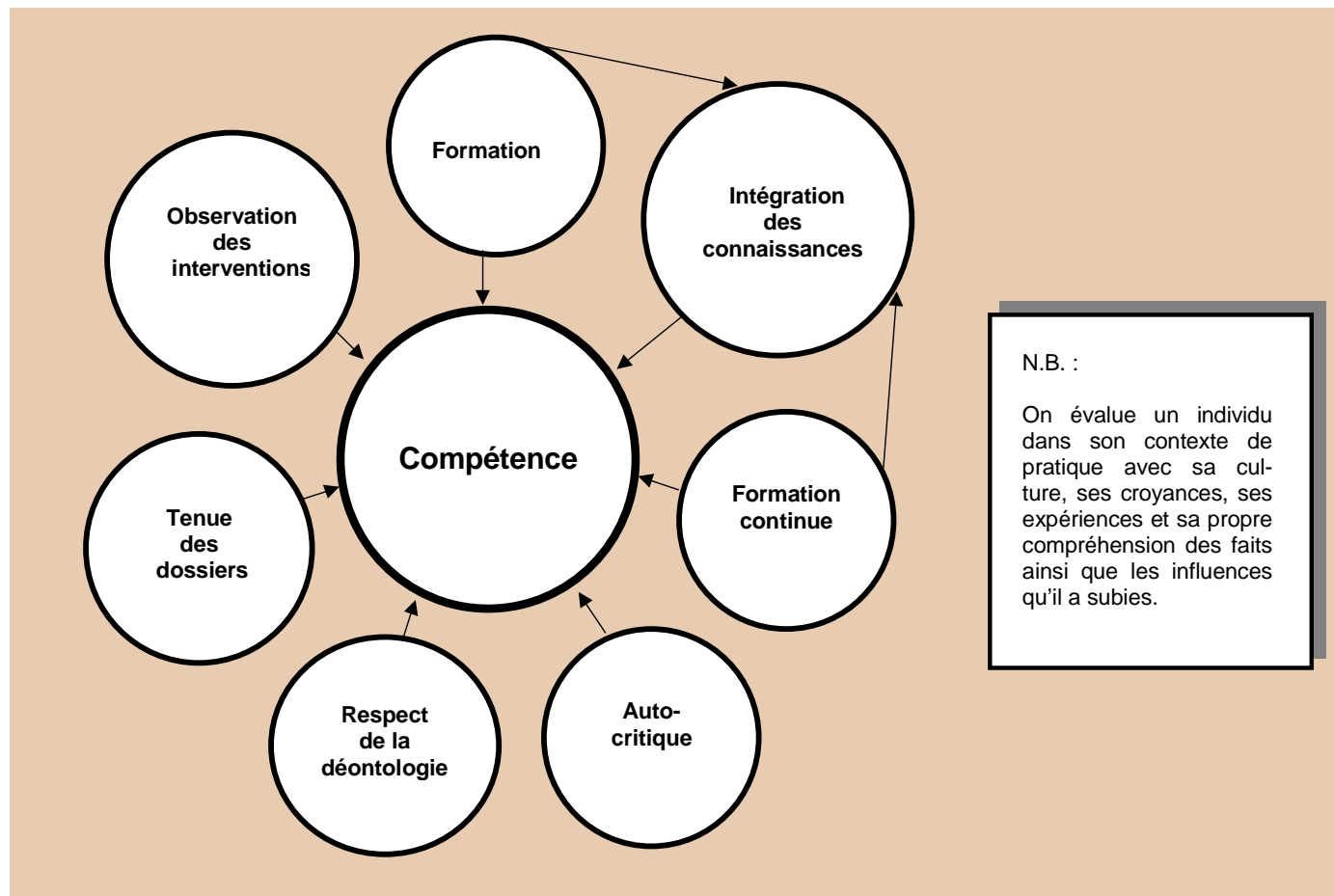
## PLAN

- 1. Les objectifs de la présentation
- 2. La raison d'être d'un dossier
- 3. Les qualités d'un dossier
- 4. Les différentes notes au dossier
- 5. La forme SOAPIE
- 6. Les principes à retenir
- 7. Les erreurs les plus fréquentes

# Objectifs

- Initier les participants aux normes de pratique en physiothérapie concernant la tenue des dossiers.

# Mesurer et évaluer la compétence



# Le cadre normatif

- **Le critère à l'étude :**
  - la compétence
- **Les sous critères à l'étude :**
  - la sécurité
  - l'objectivité
  - l'efficacité

# La sécurité

**Intervention qui tient compte des précautions et des contre-indications inhérentes à l'état du client.**

# L'objectivité

**Utilisation d'outils pertinents, valides et fidèles lors de l'évaluation (la collecte des données) des capacités fonctionnelles d'un client.**

# L'efficacité

**Évaluation de l'effet des traitements démontrant objectivement l'atteinte des résultats escomptés justifiant de poursuivre ou de cesser les interventions.**

# Pourquoi constituer un dossier-client en physiothérapie ?

- ♠ Ça prend du temps...
- ♠ Ça prend beaucoup de temps...
- ♠ Ça prend bien trop de temps...

## C'est obligatoire ...

**1.1 “ le membre doit tenir, à l'endroit où il exerce principalement sa profession, un dossier pour chacun de ses clients. ”**

*\* Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres de l'OPPQ.*

# C'est indispensable pour...

- 😊 **assurer la qualité des services**
- 😊 **maintenir la continuité des services**
- 😊 **justifier la pertinence des services**
- 😊 **gagner du temps**

# C'est sécuritaire

- **Le dossier-client = témoin de notre pratique clinique**
- **complet = témoignage juste**
- **lisible = témoignage compréhensible**

# LA TENUE DES DOSSIERS des membres de l'OPPQ

## **LA RAISON D'ÊTRE DU DOSSIER:**

- Moyen de communication
- Aide-mémoire
- Façon de se remettre en question
- Évaluation par les pairs
- Règlement sur la tenue des dossiers
- Preuve en cas de plainte
- Cueillette des données pour la recherche

## Moyen de communication

Transmettre les informations aux autres professionnels (physiothérapeutes, T.R.P., médecins, ergothérapeutes, infirmières, éducateurs, etc.), aux établissements, à des organismes afin d'assurer le suivi.

# Aide-mémoire

Le dossier doit refléter clairement l'état et l'évolution du client ainsi que la conduite professionnelle du physiothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique.

# Évaluation par les pairs

La tenue du dossier témoigne généralement de la qualité des services fournis par le pht. et le T.R.P. à leurs clients et, conséquemment, de leur compétence. Le dossier constitue un instrument privilégié pour évaluer la qualité de l'exercice professionnel.

# Preuve en cas de plainte

Le dossier constitue pour le professionnel et le client un élément de protection juridique. Plus le dossier est bien documenté, plus il sera en mesure d'attester des événements survenus.

# Cueillette des données pour la recherche

Le dossier représente un document précieux pour l'enseignement et la recherche.

# DES DOSSIERS DE QUALITÉ

- Quantité d'information: SUFFISANTE
- Informations: PERTINENTES
- Informations: PRÉCISES
- Informations: QUANTIFIÉES
- Mesures: STANDARDISÉES
- COHÉRENCE des éléments.

# LES DIFFÉRENTES NOTES AU DOSSIER

- L'évaluation initiale/la cueillette de données évaluatives
- Les notes d'évolution
- Les bilans en cours de traitement
- Le bilan final

# L'ÉVALUATION INITIALE

L'évaluation initiale du rendement fonctionnel est faite par le pht lors du premier rendez-vous et conduit au processus de résolution d'hypothèses menant à l'identification des déficiences et du niveau d'incapacité ayant un impact sur la fonction.

# L'ÉVALUATION INITIALE

L'évaluation faite par un pht « a pour objet d'identifier la nature, le degré et l'impact de toute déficience ou incapacité de la fonction physique d'un individu ainsi que la dysfonction à l'origine de ces problèmes ».

# LA CUEILLETTE DE DONNÉES ÉVALUATIVES

La cueillette de données évaluatives faite par le T.R.P. correspond à rassembler les données lui permettant de planifier ses interventions en fonction des niveaux de responsabilité et de suivre l'évolution de l'état du client.

# LES NOTES D'ÉVOLUTION

Le professionnel inscrit une note d'évolution au dossier du client chaque fois que ce dernier reçoit un service. Cette note doit contenir des données subjectives et objectives illustrant l'évolution du client, les détails de l'intervention du jour et l'évaluation de l'efficacité de cette intervention.

## Règlement art. 3 al. 2 par. 4

- *À chaque visite, la description des services rendus, les notes sur l'évolution de l'état de client et ses réactions au traitement;*

# LES BILANS EN COURS DE TRAITEMENT

Les bilans en cours de traitement permettent de faire le point sur l'état du client selon une fréquence appropriée. La fréquence est déterminée par le professionnel et fait appel à son jugement.

# LE BILAN FINAL

L'évaluation du rendement fonctionnel maximal du client obtenu à la fin des traitements représente le bilan final.

# LA FORME *SOAPIE*

La forme *SOAPIE* est une façon simple et efficace d'inscrire une note au dossier d'un client. Par convention, on a défini différentes sections à cette note afin de faciliter la communication entre les professionnels de la santé. C'est un code qu'il faut savoir utiliser.

# LA FORME SOAPIE

- L'anamnèse
- La partie subjective:**S**
- La partie objective:**O**
- L'analyse:**A**
- Le plan de traitement:**P**
- L'intervention:**I**
- L'évaluation de l'efficacité de l'intervention:**E**

# L'ANAMNÈSE

L'anamnèse ne fait pas proprement partie de la forme *SOAPIE*. Elle constitue la description de l'histoire du client comprenant, notamment, le motif de consultation, le mécanisme de la blessure et l'évolution des symptômes. Les antécédents, les rapports d'examens, les affections associées et la médication se retrouvent également dans l'anamnèse.

# HISTOIRE

- **Adresse et date de naissance:**  
obligatoires en vertu du *Règlement sur la tenue des dossiers*.

# HISTOIRE

- **Âge:** peut modifier les hypothèses diagnostics, le pronostic et la conduite vis-à-vis les lésions.

# HISTOIRE

- **Mécanisme à l'origine de la douleur:**  
pourra orienter le professionnel vers l'hypothèse de structures atteintes.

# HISTOIRE

- **Évolution des symptômes:** il est important de décrire l'évolution des symptômes depuis leur apparition afin de connaître dès la 1<sup>ère</sup> visite où se situe le client dans son processus de guérison.
  - Permet également de connaître le niveau d'irritabilité

# HISTOIRE

- **Les traitements antérieurs:** peuvent aider à orienter le plan de traitement.

# HISTOIRE

- **L'occupation et les loisirs** servent à chercher le lien entre la blessure et les loisirs ou le travail. Permettra de songer à inclure l'arrêt ou la modification des activités comme éléments du traitement. Ces éléments peuvent faire partie de l'origine de la blessure (mauvais équipement, mauvaise technique dans un sport).
  - Permet de mieux orienter le traitement.

# HISTOIRE

- **Aspect ergonomique du travail** permet de mieux orienter le plan de traitement.

# HISTOIRE

- **Les objectifs du client:** permettent de mieux répondre aux attentes du client, de les ajuster au besoin et de ne pas traiter de manière disproportionnée (art. 19 *Code de déontologie*).

# HISTOIRE

- **Rapports d'examens:** les résultats des différents examens doivent être cités ou mis en référence comme éléments importants du tableau clinique complet du client.

# HISTOIRE

- **Les antécédents:** peuvent faire soupçonner la présence d'une autre atteinte et mieux diriger l'approche thérapeutique.
  - Obligatoire en vertu du *Règlement sur la tenue des dossiers.*

# HISTOIRE

- **Affections associées:** en vertu du *Règlement sur la tenue des dossiers* (art. 3 al. 1 par. 4), cette information doit être notée puisqu'elle peut influencer la fonction et l'état actuel du client.

# LA PARTIE SUBJECTIVE

La partie subjective contient les informations recueillies directement auprès du client et qui sont liées à son état actuel. On y retrouve les symptômes éprouvés par le client se traduisant par une description faite par celui-ci. Il est important de rechercher activement ces symptômes.

# LA PARTIE SUBJECTIVE

- **Le type de douleur et l'horaire** permettent parfois de distinguer une douleur d'origine mécanique de celle présentant une origine inflammatoire (dépister le type d'irritation).

# LA PARTIE SUBJECTIVE

- **Les paresthésies et les faiblesses:** peuvent permettre de dépister un problème d'origine neurologique.

# LA PARTIE SUBJECTIVE

- **AVQ/AVD:** afin de connaître le niveau fonctionnel au quotidien et de réévaluer la fonction du patient.

# LA PARTIE SUBJECTIVE

- Les **positions de sommeil** permettront de donner des conseils au client.

# LA PARTIE SUBJECTIVE

- Les **questions spécifiques** aideront à faire un bon dépistage et permettent également d'assurer davantage la sécurité. Elles font référence aux autres signes et symptômes: nausée, étourdissement, maux de tête, troubles sphinctériens (rachis), blocage et déroboement (genou), port d'orthèse (cheville), spécifiques à l'articulation évaluée.

# LA PARTIE OBJECTIVE

Ce qui est observable et mesurable est objectif. La partie objective comprend donc les résultats des mesures, des épreuves et des observations recueillis pendant l'évaluation initiale ou la cueillette des données évaluatives. **On prendra soin d'utiliser des outils de mesure valides et fiables pour effectuer cette étape.**

# LA PARTIE OBJECTIVE

Elle comprend explicitement tous les signes positifs retrouvés ainsi que les éléments négatifs pertinents en rapport avec les symptômes ou l'état du client.

# LA PARTIE OBJECTIVE

- **Le bilan articulaire passif physiologique:** permet de préciser les sensations de fin de mouvement et de reconnaître l'irritabilité et les limitations mécaniques.

# LA PARTIE OBJECTIVE

- **Transferts:** la description de la capacité du client à exécuter ses transferts enrichit l'information concernant son niveau fonctionnel; servira également à enseigner au patient les bonnes façons de se déplacer sans se blesser ou sans aggraver sa blessure.

# LA PARTIE OBJECTIVE

- Le **bilan musculaire** objective une faiblesse.

# LA PARTIE OBJECTIVE

- **Le bilan neurologique:**
  - Motoneurones inférieurs (atteinte d'une racine): sensibilité cutanée (toucher léger, piquêre, chaud-froid); faiblesse musculaire(myotomes);évaluation des réflexes ostéotendineux.
  - Motoneurones supérieurs (problème d'origine centrale): évaluation des réflexes ostéotendineux, clonus, réflexe cutané plantaire.

# LA PARTIE OBJECTIVE

- Les **tests complémentaires** permettent d'obtenir une confirmation de l'impression clinique. Ils peuvent inclure un bilan cardiorespiratoire, lorsqu'indiqué. Les épreuves en Ostéopathie ou en Rééducation posturale globale s'inscrivent dans cette section.

# L'ANALYSE

- Pour le physiothérapeute, l'analyse comprend la liste de problèmes, **le raisonnement clinique**, les objectifs de traitement et l'orientation de traitement, s'il y a lieu.
- Pour le T.R.P., l'analyse comprend la liste de problèmes, l'impact sur le rendement fonctionnel, les objectifs de traitement et l'orientation de traitement, s'il y a lieu.

# L'ANALYSE

La **liste de problèmes** se limite à l'**énumération** des signes, des symptômes, des déficiences et des incapacités identifiés à la suite de la cueillette des données subjectives et objectives obtenues lors de l'évaluation du rendement fonctionnel.

# L'ANALYSE

**Le raisonnement clinique:** c'est une démarche qui fait appel à l'intégration de toutes les connaissances du physiothérapeute et qui conduit à l'identification des déficiences et du niveau d'incapacité ayant un impact sur la capacité fonctionnelle optimale du client.

# L'ANALYSE

L'impact sur le rendement fonctionnel consiste en l'identification faite par le thérapeute en réadaptation physique des liens qui existent entre les problèmes notés et le rendement fonctionnel.

# L'orientation de traitement

- Inclut notamment les principaux objectifs, les buts et s'il y a lieu, les contre-indications et précautions.
- En vue de la prise en charge du client par le T.R.P., **le pht participe à l'élaboration ou détermine l'orientation de traitement.**
- Selon les niveaux de responsabilité, le T.R.P. détermine, participe à l'orientation, choisit les modalités ou applique le traitement d'usage général.

# PLAN DE TRAITEMENT

Le professionnel dresse son plan de traitement, lequel peut être détaillé ou global. S'il est global, il devra être plus précis dans la note d'évolution ou la section « I » du *SOAPIE*. Il doit contenir notamment les modalités choisies, la fréquence des visites et la durée estimée du suivi.

# L'INTERVENTION

- Cette section de la note consiste en une description des services professionnels rendus à chaque visite incluant la **précision des paramètres**, si ceci n'a pas déjà été fait dans le plan, et les recommandations faites au client incluant le programme d'exercices. La note d'évolution est l'endroit par excellence pour inscrire cette note car elle témoigne des gestes que vous posez et de l'évolution du client.
- Ces données doivent être consignées au dossier suivant un ordre chronologique.

# L'INTERVENTION

La description des paramètres notés à chaque visite doit décrire tous les paramètres permettant à un pair ou à vous-même de reproduire l'intervention et de la modifier au besoin. Ces informations peuvent être consignées sur une feuille de modalités ou feuille de route.

Voir l'exemple dans le guide.

# L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION

L'efficacité de l'intervention se mesure en comparant une ou plusieurs données subjectives et objectives pré et post intervention.

# L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ

- Les notes d'évolution et l'évaluation de l'efficacité du traitement sont des moyens d'évaluer la qualité des plans d'intervention.
- Elles permettent de démontrer que les progrès du client s'orientent vers les résultats escomptés.

# LES ABRÉVIATIONS

N'inventez pas votre propre système d'abréviations. Il alourdit la lecture de votre texte et contribue à la confusion. Il faut utiliser des ouvrages de référence.

# PRINCIPES À RETENIR

- La forme *SOAPIE* est un code et non un carcan.
- Il n'est pas obligatoire de faire un *SOAPIE* à chaque visite.
- On peut/doit référer à la note d'un autre professionnel.
- Il faut inscrire une note au dossier du client **à chaque visite.**

## PRINCIPES À RETENIR (suite...)

- Ce qui n'est pas inscrit au dossier du client est considéré comme n'ayant pas été fait.
- Inscrire tout ce qui a été évalué ou fait, pas seulement les tests dont le résultat est positif.
- **Tous les items qui se retrouvent dans les guides sur la tenue des dossiers n'ont pas à être documentés systématiquement.**

## PRINCIPES À RETENIR (suite...)

- Ne pas utiliser le trait (-) ou le crochet(✓) pour identifier une réponse à une épreuve mais décrire la réponse obtenue.
- Ne pas utiliser de liquide correcteur pour corriger les erreurs. Faire un trait sur l'erreur, dater et initialiser.
- Ne pas laisser d'espace vide dans les formulaires types.

## PRINCIPES À RETENIR (suite...)

- Les bilans et les épreuves faits dans le cadre d'une approche particulière (TMO, ostéopathie, RPG, etc.) occupent la même place que les tests complémentaires.
- Toujours disposer d'un bilan neurologique complet en présence d'une atteinte vertébrale.
- Toujours évaluer le côté sain, s'il y lieu, afin de comparer.

## PRINCIPES À RETENIR (suite...)

- Toujours utiliser des instruments de mesures fidèles et valides pour obtenir des données objectives **lors des bilans de l'articulation atteinte**. Il est inadéquat d'inscrire « complet », des fractions ou des pourcentages. Cette notation est acceptée pour les articulations proximale et distale.

# PRINCIPES À RETENIR (suite...)

- Éviter l'utilisation du « N » pour normal ». «N » est accepté pour la sensibilité, la démarche, la posture, le tonus et les articulations avoisinantes.
- Les épreuves qui sont faites doivent être en lien avec l'intervention envisagée afin d'assurer une application sécuritaire de ladite intervention.
- Le bilan neurologique doit décrire avec précision les épreuves réalisées et les résultats obtenues.

# LES ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES

- Omettre de noter la région affectée.
- Omettre de comparer le côté atteint avec le côté sain.
- Omettre de spécifier le côté droit et le côté gauche.
- Omettre d'inscrire les données objectives en termes mesurables ou observables.

# LES ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES (suite...)

- Procéder à l'analyse à même la partie objective.
- Omettre de noter si les amplitudes articulaires sont actives ou passives.
- Confondre l'évaluation des mouvements résistés et le bilan musculaire.

# LES ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES (suite...)

- Utiliser à outrance le « N » pour normal.
- Ne pas documenter l'efficacité de l'intervention.
- Omettre de noter une ou quelques données subjectives et objectives avant l'intervention.
- Omettre de signer les notes inscrites au dossier du client.

# LES ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES (suite...)

- Omettre d'indiquer une note au sujet des rapports d'examen.
- Omettre d'inscrire l'effet des traitements antérieurs, de la médication.

# Les guides sur la tenue des dossiers de physiothérapie

Ces guides servent de référence à tous les membres, aux inspecteurs et enquêteurs concernant les items appropriés et pertinents devant être évalués.

# ??? QUESTIONS ???

**Pour toutes questions  
concernant cette présentation,  
écrivez à**

**M<sup>me</sup> Justine Couturier-Des Rochers**  
(Chargée de dossiers à l'inspection professionnelle)

**[jcouturier@oppq.qc.ca](mailto:jcouturier@oppq.qc.ca)**