

GUIDE DE
**RÉDACTION
SIMPLIFIÉE**
DES DOSSIERS



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

PREUVE DE COMPÉTENCE

QU'EST-CE QU'UN **DOSSIER** ?

Le dossier est le document dans lequel vous inscrivez, consignez et insérez les informations pertinentes qui correspondent à l'histoire de soins d'une personne ayant recours à vos services. Il s'agit essentiellement d'un outil de communication entre professionnels pour le suivi de la clientèle.

QUE DOIT CONTENIR **UN DOSSIER** ?

En ce qui a trait aux exigences de l'Ordre, les seules informations qu'un professionnel de la physiothérapie doit obligatoirement consigner au dossier sont celles exigées par le Règlement sur les dossiers¹. Pour les connaître en détail, vous pouvez lire le Règlement dans la section « Tenue des dossiers » sur le site Web de l'Ordre².

En résumé, voici les principaux éléments que doit contenir un dossier selon le Règlement :

1 L'identification et les coordonnées du client

2 L'objet de la consultation

3 L'évaluation et le diagnostic en physiothérapie pour le physiothérapeute ou les préalables et la collecte de données évaluatives pour le thérapeute en réadaptation physique

4 Les objectifs et le plan de traitement

5 Pour chaque visite : la date, la description des services rendus, les notes sur l'évolution du client, ses réactions au traitement et les recommandations qui en découlent

6 Le consentement du client

Il demeure important de retenir que le dossier doit contenir seulement les détails pertinents selon votre raisonnement clinique.

¹Le nom complet du règlement est *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*.

²Veuillez noter que l'Ordre a produit un **cahier explicatif** (<https://oppq.qc.ca/document/tenue-des-dossiers-cahier-explicatif>) pour vous aider à mieux comprendre le Règlement sur les dossiers. Ce cahier explicatif est également offert dans la section « Tenue des dossiers » sur le site Web de l'Ordre.

COMMENT TENIR **UN DOSSIER** ?

L'inscription des informations sera influencée par la structure rédactionnelle que vous choisirez et par la forme des différentes notes inhérentes au dossier.

A. LA STRUCTURE RÉDACTIONNELLE

Il importe à chaque clinicien de choisir la méthode rédactionnelle qui convient le mieux à sa pratique.

La méthode « **HSOAPIER** », proposée ci-dessous, **sans être obligatoire**, est une manière efficace de structurer ses notes au dossier. Elle est reconnue et utilisée par de nombreux professionnels de la santé et permet au clinicien d'organiser ses idées de manière compréhensible, concise et précise. À chacun de **l'adapter selon ses besoins**.

Chacune des lettres de l'acronyme « **HSOAPIER** » possède une signification particulière qui structure la collecte d'informations, en facilite l'analyse et en permet un meilleur suivi.

HISTOIRE (anamnèse) : Cette section constitue la description de l'histoire du client quant aux motifs de sa consultation. On y trouve des éléments comme les renseignements personnels (nominatifs), le motif de la consultation, les symptômes et leur évolution, les antécédents, les affections associées, la médication, l'occupation, les objectifs du client, etc.

DONNÉES SUBJECTIVES : Cette partie contient des informations recueillies directement auprès du client, d'une personne de sa famille ou d'une personne responsable pour les soins qui sont liés à son état actuel. Par exemple : symptômes, questions spécifiques, douleur.

DONNÉES OBJECTIVES : Cette partie comprend les résultats des mesures, des épreuves et des observations recueillies lors de toute évaluation, collecte de données évaluatives ou réévaluation. Ces données doivent être observables et mesurables. Par exemple : les bilans articulaire, musculaire, neurologique et les épreuves complémentaires.

ANALYSE : Cette section représente le lien entre les données recueillies, la nature du problème en présence et leurs répercussions sur la fonction. L'analyse comprend donc la liste des problèmes et les objectifs ou l'orientation de traitement. S'ajoute aussi, pour le physiothérapeute, la conclusion qui découle de son raisonnement clinique (diagnostic en physiothérapie).

PLAN DE TRAITEMENT : Le plan de traitement découle des conclusions obtenues à l'analyse. Il permet de planifier des interventions en fonction des résultats à atteindre. Il permet également au client de se situer par rapport au traitement dans lequel il s'engage afin qu'il puisse donner un consentement éclairé. On y trouvera les traitements proposés selon les problèmes identifiés, la fréquence prévue des visites, les projets de réévaluation et le plan de congé, l'orientation vers d'autres professionnels, etc.

INTERVENTION : Dans cette section, on trouve le détail de l'ensemble des services professionnels rendus, par ordre chronologique. La consignation détaillée, claire et concise des paramètres des services rendus doit permettre à un pair ou à vous-même de reproduire les interventions.

ÉVALUATION POST-INTERVENTION : Les informations contenues dans cette section résultent de la réévaluation, à la suite d'un traitement, d'une ou de plusieurs données subjectives (réaction du client au traitement) ou objectives recueillies avant l'intervention à des fins de comparaison. Par exemple : noter si l'intervention à des fins de comparaison, a été bien tolérée par le client, ou, si c'est pertinent, reprendre une mesure subjective ou objective.

RECOMMANDATIONS : Description des recommandations faites au client ou à ses proches. Par exemple : conseils sur la posture, soulèvement de charge, utilisation du chaud ou du froid, programme d'exercices. Joindre tout document pertinent.

B. LES DIFFÉRENTES NOTES AU DOSSIER

1. Évaluation initiale ou collecte de données évaluatives

De manière générale, une évaluation initiale ou une collecte de données évaluatives contient la description de l'histoire du client ainsi que la collecte de données subjectives et objectives, l'analyse des données recueillies et le plan de traitement (HSOAP).

Cependant, dans des cas où certaines données ne seraient pas disponibles, la note pourrait prendre une forme différente. Cela pourrait s'appliquer, par exemple, dans un contexte de prévention, de soins intensifs ou dans toute autre situation particulière où l'évaluation est limitée.

2. Notes sur l'évolution de la condition du client

Ces notes peuvent être succinctes, comme c'est le cas, par exemple, des notes quotidiennes consignées au dossier lors de chaque visite du client. Celles-ci comprennent la date, la description des services rendus, les réactions au traitement et les recommandations qui en découlent.

Lorsque nécessaire, ces notes peuvent aussi être plus élaborées quand vous êtes amenés, par exemple, à faire le point sur la condition du client en cours de traitement.

QUAND INSCRIRE L'INFORMATION **AU DOSSIER** ?

Le *Règlement sur les dossiers* prévoit l'obligation pour le membre de tenir son dossier à jour. Cependant, le *Règlement* ne spécifie pas le délai pour l'inscription des notes au dossier. Dans tous les cas, une inscription rapide favorise une meilleure qualité de l'information.

Il est important de rappeler qu'en tout temps, le dossier doit permettre à tout tiers lecteur d'obtenir les renseignements à jour concernant la condition du client.

COMMENT GAGNER **DU TEMPS** ?

Il est possible de réduire la redondance et la lourdeur de la tenue des dossiers en appliquant différentes stratégies :

En référant à la note d'un autre professionnel ou à toute autre information accessible. En effet, il n'est pas nécessaire de répéter de l'information qui se trouve déjà dans une autre section du dossier central ou du dossier du référent.

En étant **concis** lorsqu'on rapporte par écrit des événements, conversations et faits, en utilisant, par exemple, l'énumération.

En utilisant **des formulaires types** qui sont adaptés à la pratique ou au type de clientèle traitée. L'utilisation d'un formulaire adapté permet de refléter la structure de la pensée du professionnel de la physiothérapie en y incluant les exigences inhérentes à la tenue des dossiers (réglementaires, administratives, cliniques, etc.) et d'organiser la cueillette de façon systématique.

En utilisant **l'informatique** à bon escient dans le quotidien clinique. Elle peut permettre d'augmenter la rapidité de la rédaction des dossiers. Elle peut également permettre d'améliorer la qualité de la présentation des informations par sa structure et sa lisibilité et faciliter ainsi le partage des informations.

En utilisant des **abréviations** telles que N pour normale et SYM pour symétrique. Les milieux cliniques déterminent souvent les abréviations acceptées chez eux. Afin de faciliter la lecture du dossier et sa compréhension, une légende de ces abréviations devrait être disponible sur demande.

En utilisant des **phrases courtes** qui résument bien l'idée à inscrire au dossier. Par exemple, pour le consentement aux soins, « traitement expliqué, compris et accepté ».

Pour toutes questions concernant ce guide de rédaction, veuillez écrire à :
tenue-dossiers@oppq.qc.ca



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

PREUVE DE COMPÉTENCE