

UNIVERSITÉ DE PROVENCE-AIX-MARSEILLE 1
DÉPARTEMENT DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION
LAMBESC

LE DOSSIER DU PATIENT EN
ERGOTHÉRAPIE
IMPACT D'UNE RECOMMANDATION DE L'A.N.A.E.S.
SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Mémoire réalisé pour le Diplôme de DESS-Mastaire
MISSIONS ET DÉMARCHES D'ÉVALUATION

Présenté par **Hélène HERNANDEZ**

Sous la direction de **Jean WILS**

Octobre 2002

SOMMAIRE

Introduction	1
I- L'historique du dossier du patient en ergothérapie	3
I-1 Des textes officiels	3
I-2 De l'initiative de professionnels ergothérapeutes	5
I-3 La méthodologie de l'A.N.A.E.S.	6
I-4 Les enquêtes préalables en ergothérapie	7
I-5 Suite à ces enquêtes, quelles conclusions ?	8
II- Présentation du dossier du patient en ergothérapie	9
II-1 Définition du dossier du patient en ergothérapie	9
II-2 Les objectifs du dossier	9
II-3 Les règles cadrant le dossier	11
II-4 Les différentes parties du dossier	12
II-5 Les textes professionnels en lien avec le dossier	12
II-6 Les concepts valorisés en ergothérapie	13
II-6-1 L'activité	14
II-6-2 L'autonomie	15
II-6-3 La qualité de vie	16
II-7 Les références internationales	17
II-7-1 La Classification Internationale des Handicaps	17
II-7-2 Le processus de production du handicap	20
II-8 Les moyens ergothérapeutiques	23
II-9 L'acte d'écrire et l'implication du professionnel	24
II-10 Le dossier du patient en ergothérapie : adaptation et évolution	25
III- Les recommandations professionnelles du côté des médecins et des rééducateurs	26
III-1 L'analyse de la littérature	26
III-2 Le dossier médical, infirmier et masso-kinésithérapique	28
III-3 Un questionnaire auprès de rééducateurs	28
III-3-1 L'élaboration du questionnaire	29
III-3-2 Les résultats du questionnaire	31
III-3-3 L'analyse des résultats	33
III-4 La mise en oeuvre du dossier du patient : adaptation et accompagnement ...	35
IV- De la recommandation professionnelle au changement dans les pratiques professionnelles	36
IV-1 De la recommandation... ..	36
IV-2 ... à l'évaluation : entre contrôle et régulation	38
IV-3 ... des pratiques professionnelles	40

IV-4	Le changement...	43
IV-5	... dans les pratiques professionnelles	45
IV-6	Les représentations liées aux recommandations	47
IV-7	Une conclusion sous forme de question	51
V-	Une enquête sur l'impact de la recommandation de l'A.N.A.E.S. dans les pratiques professionnelles	52
V-1	L'objectif de l'enquête	52
V-2	Premier volet : un groupe d'ergothérapeutes	54
V-2-1	Le recueil de données	54
V-2-2	Les résultats du recueil de données	56
V-2-3	Une grille de lecture pour l'analyse des résultats	58
V-3	Deuxième volet : des entretiens individuels d'ergothérapeutes	60
V-3-1	La parole aux professionnels	60
V-3-2	L'analyse longitudinale : à la recherche des thèmes	62
V-3-3	L'analyse transversale : à la recherche des inférences	67
V-4	Conclusions de l'enquête	70
VI-	Des perspectives	73
	Conclusion	77
	Bibliographie	79
	Annexes	I à X
Annexe I	Le dossier du patient en ergothérapie, version ANAES	
Annexe II	Enquête sur le dossier du patient – Étudiants cadres de santé	
Annexe III	Réponses à l'enquête sur le dossier du patient – Étudiants cadres de santé	
Annexe IV	Recueil de données relatives aux dossiers du patient en rééducation - Formation de cadres de santé	
Annexe V	Recueil de données synthétiques relatives au dossier du patient en ergothérapie – Formation continue	
Annexe VI	Entretiens avec des ergothérapeutes	
Annexe VII	Tableaux d'analyse des entretiens	
Annexe VIII	Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie – Régulation de stages, étudiants de 2 ^{ème} année	
Annexe IX	Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie – Régulation de stages, étudiants de 3 ^{ème} année	
Annexe X	Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie – Démarche Qualité, étudiants de 2 ^{ème} année	

Précision au lecteur :

Les références des documents utilisés et des citations sont incluses dans le texte comme suit : [A.N.A.E.S., 2001, 3] et se lisent [Auteur, année de parution, page éventuellement].

Elles se retrouvent dans la bibliographie finale par ordre alphabétique des auteurs.

*« La fantaisie abandonnée par la raison produit des monstres impossibles ;
unie à elle, elle devient la mère des arts et l'origine de leurs merveilles »*
Francisco GOYA, épigraphe de *Los Caprichos*

« S'il y avait une seule vérité, on ne pourrait faire cent toiles sur le même thème »
Pablo PICASSO¹

Introduction

Francisco GOYA et Pablo PICASSO ouvrent la réflexion : à partir d'un choix raisonné, comment pouvons-nous garder suffisamment de fantaisie pour pratiquer notre art professionnel de thérapeute ? A chaque rencontre d'une demande de soins, ne devons-nous pas nous adresser à une personne singulière et répondre à ses besoins, suffisamment humble, performant, actualisant nos compétences pour donner le meilleur de notre art ?

L'un des objectifs de l'A.N.A.E.S.², en matière de recommandations professionnelles, vise à ce que l'élaboration de celles-ci génère des changements de pratiques professionnelles, dans le souci d'améliorer la qualité des soins et des prestations : ces recommandations, par le fait qu'elles sont définies selon une méthodologie rigoureuse, se proposent d'aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins et les actes les plus appropriés dans un certain nombre de circonstances cliniques. Aussi, ces recommandations concernent les connaissances des professionnels, leurs pratiques et les résultats des soins ou actes délivrés. *« 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 »* [A.N.A.E.S., 2001, 3].

Dans le cadre du DESS-Mastaire « Missions et Démarches d'Évaluation », nous nous proposons de cibler la profession d'ergothérapeute – qui est la nôtre – et la recommandation relative au dossier du patient en ergothérapie. Nous chercherons à évaluer l'impact de cette recommandation, c'est-à-dire à caractériser les changements observés et à préciser en quoi

¹ <http://www.citationsdumonde.com>, juillet 2002.

² A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

ces changements ont partie liée avec la recommandation et comment répondent-ils à une amélioration de la pratique et à une efficience dans l'utilisation des ressources : mieux comprendre comment des professionnels s'approprient une recommandation devrait permettre d'optimiser l'impact d'autres recommandations professionnelles.

Nous choisissons une posture d'étudiant dans un milieu professionnel connu et pour lequel nous assumons deux fonctions en rapport avec la thématique de l'étude universitaire : celle de vice-présidente de l'A.N.F.E. (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), association co-rédactrice du dossier du patient en ergothérapie, et celle de directrice technique d'un Institut de Formation en Ergothérapie, dans lequel la formation au dossier du patient en ergothérapie est un objectif important vis-à-vis des étudiants et des formateurs, afin de contribuer à l'amélioration des prestations. Nous apparaissions donc d'emblée comme très impliquée par nos engagements professionnels et associatifs, impliquée au sens défini par Jacques ARDOINO [2000, 205-215] et ce, d'autant plus que nous allons conduire une investigation sur des pratiques sociales qui composent notre quotidien professionnel, et que celles-ci vont constituer la « *matière première, tissus complexes de représentations, d'élaborations imaginaires, de processus inconscients, de productions langagières, d'effets de force et d'effets de sens, d'interrelations, de situations mettant en jeu, aussi bien comme agents que comme acteurs, des sujets individuels et collectifs* » [ARDOINO, 2000, 77].

Pour autant, nous porterons notre regard sur l'histoire de l'élaboration du dossier du patient en ergothérapie, sur son contenu, sur les références sous-jacentes de ce dossier, et sur d'autres professions pour lesquelles des recommandations professionnelles sont émises. Un éclairage théorique sur des notions et des concepts tels que recommandation, pratique professionnelle, évaluation, changement, représentation mentale, nous aidera à élaborer une méthodologie d'enquête que nous mènerons auprès d'ergothérapeutes : nous pourrons ainsi cerner si cette recommandation de l'A.N.A.E.S. a un impact sur les pratiques professionnelles et quels sont les facteurs qui favorisent cet impact.

I- L'historique du dossier du patient en ergothérapie

Au fil du développement de la pratique ergothérapeutique, de nombreux ergothérapeutes ont ressenti la nécessité de disposer d'outils permettant d'organiser les notes prises lors des interventions de rééducation ou de réadaptation auprès des patients. Ils ont vu bien vite des avantages dans le suivi de la prise en charge ainsi que des possibilités de transmettre des informations à d'autres collègues, ergothérapeutes, autres paramédicaux et médecins, tant pour la prise en charge en cours que pour passer le relais à d'autres équipes [BROUSSEAU, 1998]. Le dossier du patient en ergothérapie, élaboré selon les recommandations de l'A.N.A.E.S., est le fruit du travail de diverses équipes. La réflexion amorcée s'est inscrite d'emblée dans celle qui est à l'œuvre dans le secteur sanitaire et médico-social : assurer la continuité de l'information professionnelle pour pouvoir assurer la continuité et l'amélioration de la qualité des soins, tout en optimisant à coût maîtrisé l'offre de soins. Aussi, l'obligation de constituer un dossier pour chaque patient, le dispositif d'accréditation des établissements de santé et l'application du programme de médicalisation des systèmes d'informations contribuent-ils à cet objectif majeur d'amélioration de la qualité des prestations dans une politique de maîtrise médicale des dépenses de santé.

I-1 Des textes officiels

Le 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 rend obligatoire la constitution d'un dossier pour chaque patient hospitalisé.

Aujourd'hui, l'accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés [A.N.A.E.S., 1999, 10]. Les objectifs de l'accréditation, procédure d'évaluation externe, sont au nombre de six : « *l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins, l'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, la formulation de recommandations explicites, l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité, la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé, l'amélioration continue de la confiance du public* » [Ibid.].

A la lecture de ces objectifs, il est aisé de comprendre que la constitution du dossier du patient participe pleinement aux objectifs visés dans la mesure où elle met en jeu les professionnels dans une formalisation explicite et partageable en interne, objectivable et appréciable dans toute évaluation externe.

Dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, des références de l'A.N.A.E.S. concernent le dossier du patient [A.N.A.E.S., 1999, 45-48] sous le chapitre « DPA³ », notamment :

« DPA – Référence 1

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.

- DPA.1.a : Pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins.

- DPA.1.b : Une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement. »

« DPA – Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

- DPA.5.a : Le dossier du patient comporte, sous l'autorité du praticien responsable, dans les meilleurs délais après son admission, les motifs d'hospitalisation et les conclusions de l'évaluation initiale de la situation du patient.

- DPA 5.b : Le dossier du patient comporte des informations actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge.

- DPA. 5.f : Le dossier du patient comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi.

- DPA. 5.g : Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge. »

Non seulement le dossier du patient a été rendu obligatoire mais les références pour l'accréditation précisent qu'il doit permettre d'assurer la continuité des soins et la coordination de la prise en charge, que ce soit au sein de l'institution de santé ou que ce soit en lien avec les thérapeutes extérieurs. Les informations doivent être regroupées et faire apparaître le motif de l'hospitalisation, la synthèse de l'évaluation initiale, le suivi de l'évolution de la prise en charge et de l'état clinique du patient, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi. Ces références visent à ce que le dossier du patient regroupe l'ensemble des informations relatives au séjour et à la continuité de la prise en charge.

³ DPA : Dossier du patient, une des références dans le chapitre « Le patient et sa prise en charge » du *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, A.N.A.E.S., 1999.

A terme, il s'agira d'un dossier unique comprenant les éléments administratifs et médicaux, mais aussi les examens complémentaires d'exploration, le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent, les suivis des traitements assurés par les professionnels para-médicaux, les projets de soins, de rééducation, de réadaptation, et de réinsertion, et leurs résultats. A ce jour, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes ont à leur disposition, dans chacune des professions, une recommandation définissant les données indispensables ou préférables devant apparaître dans le dossier formalisé relatif à leur action professionnelle vis-à-vis de chaque patient. Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre des recommandations et références professionnelles proposées par l'A.N.A.E.S.

En outre, si l'accréditation demande la publication d'un recueil d'informations commun relatif à l'accueil et à la prise en charge de chaque patient, le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) est destiné à décrire et analyser l'activité médico-économique des établissements. Instauré en 1989 [Circulaire DII/PMSI, 1989], le PMSI a été mis en place à partir de 1997 [Journal Officiel, 1997] et dans le secteur des soins de suite ou de réadaptation, le catalogue des actes de rééducation et de réadaptation a été publié en 1997 dans le Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Les informations recueillies par les divers professionnels concernés enrichissent la base de données médicales et permettent ainsi de mieux connaître la nature et le volume de l'activité produite par les établissements assurant le volet rééducatif. Le recueil d'informations nécessite déjà de la part des professionnels une réflexion sur les activités menées et les actes dispensés et sur la façon de les intégrer dans le PMSI. Mais il ne formalise pas la démarche d'intervention de l'ergothérapeute ou des autres professionnels.

I-2 De l'initiative de professionnels ergothérapeutes

Dans les établissements de soins, au-delà des recommandations de l'accréditation et de la mise en place du PMSI, d'autres formes de dossiers existent :

- des dossiers internes, propres à certains services d'ergothérapie ou à certains établissements [DE LEPINE, 1996], [BOTOCRO, 1998], [BIGNOLAIS, 2000] ;
- des dossiers destinés au suivi du projet thérapeutique du patient, rassemblant les informations que l'équipe de soins souhaite partager, comme dans le cas du Plan d'Intervention Individualisé (PII) [MOREAU, 1996].

C'est dans le cadre de toutes ces recommandations, des divers textes ministériels et au cœur de la pratique ergothérapique, que des ergothérapeutes ont élaboré un dossier expérimenté dans l'Ouest de la France [d'ERCEVILLE, 2000], [DETRAZ, 2000]. Il se veut être « *un document de synthèse des données sur le patient, sur les plans informatif, évaluatif, attentes et projets, objectifs, plans de traitement, suivi et communication* » [A.N.A.E.S., 2001, 19].

Depuis 1997, le groupe E.C.C.O. (Ergothérapeutes Collège Cadres de l'Ouest) a effectué un travail relatif à un dossier d'ergothérapie, avec l'idée qu'il puisse être généralisé à l'ensemble des professionnels [A.N.F.E., 2000, 211]. Ce travail a été présenté à l'A.N.F.E. qui a apporté son soutien. Puis, fin 1999, l'A.N.F.E. et le groupe E.C.C.O. ont demandé à l'A.N.A.E.S. d'élaborer une recommandation professionnelle à partir du dossier d'ergothérapie proposé.

I-3 La méthodologie de l'A.N.A.E.S.

Ainsi, le dossier du patient en ergothérapie [A.N.A.E.S., 2001], validé par le Conseil scientifique de l'A.N.A.E.S. en mai 2001, est le fruit d'un travail commun réalisé par un groupe de professionnels de santé – pour moitié composée d'ergothérapeutes – « *selon une méthodologie explicite, publiée par l'A.N.A.E.S. dans son document intitulé : "Les recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999"* » [A.N.A.E.S., 2001, 3]. Les recommandations professionnelles préconisées dans le cadre de l'A.N.A.E.S. 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* » [A.N.A.E.S., 2001, 3].

Rappelons que la méthode de travail suivie nécessite :

- la constitution d'une équipe coordonnée par un chef de projet travaillant au service des recommandations et références professionnelles de l'A.N.A.E.S., sous la responsabilité du responsable de ce service. L'équipe comprend un président (professeur de médecine physique et de réadaptation, dans le cas présent), le chef de projet, un chargé de projet du groupe de travail (ergothérapeute, dans ce cas) et une quinzaine de professionnels de santé parmi lesquels des médecins, un psychiatre, un psychologue, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste, un orthoprothésiste, un infirmier et des ergothérapeutes ;

- une recherche documentaire au regard des publications françaises et étrangères ;
- la constitution d'un groupe de lecture, qui apporte sa contribution pour lire le projet de rédaction proposé.

I-4 Les enquêtes préalables en ergothérapie

En outre, une enquête de pratique a été effectuée auprès des ergothérapeutes et des Instituts de formation (initiale et cadre). « *L'objectif principal (...) était de recueillir des informations sur les pratiques concernant le dossier du patient en ergothérapie et sur les éléments le composant* » [A.N.A.E.S., 2001, 60].

Sur les 650 questionnaires envoyés, 227 ont été reçus dont 2 non valides : 225 questionnaires ont pu être exploités. 98 % des professionnels déclarent tenir un dossier écrit pour le suivi des patients. 50 % déclarent utiliser des modèles conceptuels pour rédiger le dossier : des modèles pour la conception de l'intervention ergothérapique comme la C.I.H. (Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages), [INSERM-CTNERHI, 1988], le P.P.H. (Processus de Production du Handicap) [FOUGEYROLLAS, 1997], le modèle de l'occupation humaine [RUET, 2000], l'approche systémique [DESTAILLATS, 1999], ... ; des modèles pour réaliser des évaluations comme le B.M.E. (Bilan modulaire d'Ergothérapie) [A.S.M., 2000], ESOPE (Évaluation systématique des objectifs prioritaires en ergothérapie) [CASTELEIN, 1998], la MIF (Mesure d'indépendance fonctionnelle) [MINAIRE, 1991], le bilan « 400 points » [GABLE, 1996], ...

Quant aux Instituts de formation initiale en ergothérapie (8 au total), et aux Instituts de formation de cadres de santé ouverts à des ergothérapeutes (6 au moment de l'enquête), ils ont tous été destinataires d'un questionnaire, ainsi que 6 organismes de formation continue reconnus par la profession. Le questionnaire avait pour objectif de recueillir des informations sur les enseignements et formations relatifs au dossier du patient en ergothérapie [A.N.A.E.S., 2001, 66]. 5 Instituts de formation initiale, 3 Instituts de formation de cadres de santé et 1 organisme de formation ont répondu. Les Instituts de formation initiale dispensent tous une formation abordant le dossier du patient en ergothérapie mais seulement 2 déclarent y consacrer un enseignement ou une session spécifique.

I-5 Suite à ces enquêtes, quelles conclusions ?

Pouvons-nous en conclure un vif intérêt vis-à-vis du dossier du patient en ergothérapie de la part des professionnels ? Sans doute, compte tenu d'un nombre important de réponses (34,61 % des ergothérapeutes ciblés) et d'une pratique de communication de plus en plus importante sur la thématique de l'écriture professionnelle :

- d'une part, des articles ou des communications (Journal d'ergothérapie depuis 1998, Expériences en Ergothérapie depuis 1996, Congrès européen en 2000) parus dans les publications et congrès d'ergothérapie ces dernières années, alors qu'auparavant, aucun article ou communication ne paraissait,
- et d'autre part, un nombre important d'appels téléphoniques auprès de l'A.N.F.E., et auprès des Instituts de Formation en Ergothérapie, se renseignant sur la date d'édition, sur la forme et sur le contenu du dossier du patient en ergothérapie.

Mais le dossier du patient pourra-t-il répondre aux attentes des ergothérapeutes dans leur diversité des pratiques ?

Pour tenter d'y répondre, l'élaboration de la recommandation par l'A.N.A.E.S. a pris en compte de nombreux facteurs, tant conceptuels que pratiques.

II- Présentation du dossier du patient en ergothérapie

D'emblée le dossier du patient en ergothérapie [Annexe I] est positionné comme élément constitutif du dossier du patient (appelé par beaucoup « unique » ou « commun »), celui-ci se révélant « *indispensable à la communication des informations avec le patient et entre professionnels (...), outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins* » [A.N.A.E.S., 2001, 9].

II-1 Définition du dossier du patient en ergothérapie

Le dossier du patient en ergothérapie est défini ainsi :

« *Document rassemblant les informations et données utiles concernant le patient afin d'élaborer, de planifier et d'évaluer la démarche de soins en ergothérapie, c'est un outil de réflexion, de synthèse, de traçabilité des soins permettant le suivi du patient. Partie constitutive du dossier du patient, c'est un support de communication entre les professionnels et d'information du patient.* » [Ibid., 20].

C'est-à-dire qu'il a été élaboré pour être « *un outil de travail et de réflexion en vue d'une démarche de soins de qualité* », démarche s'appuyant sur un recueil et une analyse des données utiles pour l'élaboration d'un plan d'intervention. Cet outil vise à faciliter la coordination entre les professionnels et peut permettre d'évaluer les pratiques professionnelles, augmenter les niveaux de compétences et fournir des données pour la recherche en ergothérapie. A terme, « *il participe à une meilleure organisation des actions rééducatives et réadaptatives* » [Ibid., 9].

II-2 Les objectifs du dossier

Dans le dossier du patient en ergothérapie, plusieurs axes d'objectifs apparaissent : centrés sur les besoins du patient, en lien avec le souci d'inciter les professionnels à écrire et communiquer, et avec l'engagement nécessaire de l'ensemble de l'institution de soins.

La Charte du patient hospitalisé [Circulaire, 1995], comme celle de l'enfant hospitalisé [Charte européenne, 1988] ou de la personne âgée dépendante [Charte, 1996] témoignent de la volonté de considérer le patient comme une personne singulière et non plus seulement comme « objet de soins » : aussi la communication des données médicales s'inscrit dans la loi et devient une condition de la participation du patient au processus de soins et de réadaptation. Dans le texte de recommandations accompagnant le dossier du patient en ergothérapie, il est fait référence à la participation du patient dans le recueil de ses attentes et de ses projets, (partie « Connaissance de la personne »), dans le recueil de l'évaluation des déterminants personnels et dans l'appréciation des situations de handicap (partie « Synthèse des évaluations ergothérapeutiques »), dans l'échéancier (partie « Programme d'intervention en ergothérapie »), et dans son avis (partie « Synthèse et compte rendu »). Non seulement, le recueil portant sur la connaissance de la personne et celui synthétisant les évaluations traduisent une démarche centrée sur les besoins du patient, car quel autre interlocuteur pourrait-il aussi bien parler du patient que le patient lui-même ?

Un autre axe d'objectifs concerne les professionnels. Les ergothérapeutes sont sollicités pour :

- recueillir et analyser les données utiles pour l'élaboration d'un plan de traitement en se fondant sur l'équation « meilleure évaluation des besoins = meilleure qualité des soins » ;
- décrire et mettre en évidence les problèmes prioritaires ;
- élaborer des objectifs et proposer un traitement en collaboration avec les autres professionnels de santé ; suivre l'évolution et adapter les propositions de soins ;
- mieux communiquer au sein de l'équipe et auprès des différents acteurs de la prise en charge ;
- permettre au patient le suivi des soins et la consultation de son dossier [A.N.A.E.S., 2001, 20-21].

Pour l'institution, les objectifs visent à :

- faire converger les informations écrites concernant le patient ; élaborer un langage commun en mettant en évidence les complémentarités entre professionnels ; communiquer et partager les informations ;
- répondre aux recommandations sur la qualité des soins et aux évaluations des pratiques professionnelles ; répondre aux critères d'accréditation [*Ibid.*, 21].

A plus long terme, les ergothérapeutes peuvent rechercher à :

- mieux gérer et organiser le travail et le temps ;
- analyser et optimiser les pratiques professionnelles, participer à l'augmentation des niveaux de compétences et de l'efficacité ;
- intégrer ces données à la recherche et disposer d'outils de formation pour le développement des savoirs ergothérapeutiques ;
- voire intégrer ce dossier dans l'élaboration d'un référentiel professionnel [*Ibid.*, 21].

Ainsi, le dossier du patient en ergothérapie s'adresse aux ergothérapeutes, et pour certaines parties, aux autres membres de l'équipe, aux patients et à leur famille, à l'institution, aux organismes de prise en charge, aux autres partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux.

II-3 Les règles cadrant le dossier

Le texte des recommandations présente les différentes parties du dossier du patient en ergothérapie en soulignant les données qu'il est préférable ou indispensable de recueillir⁴ et en conseillant de « *personnaliser la forme du dossier selon les modalités d'exercice, l'activité et le contexte de chaque professionnel ou centre de soins* » [A.N.A.E.S., 2001, 12-14]. Cependant, des règles sont énoncées, cadrant la forme du dossier. Il est recommandé d'identifier la personne qui remplit le dossier [*Ibid.*, 12], de favoriser l'accessibilité à tout moment au cours du traitement [*Ibid.*, 14] , « *d'instaurer pour chaque patient un dossier et de le tenir à jour* », et « *d'intégrer ce dossier, dans la mesure du possible, au sein (...) d'un dossier unique* » [*Ibid.*, 12].

D'autres règles apparaissent dans l'argumentaire accompagnant le texte des recommandations : le dossier doit être « *structuré* », « *évolutif en fonction de la progression du traitement et des résultats* », « *simple d'utilisation* », « *utiliser un langage précis, clair, bref* » pour une lisibilité optimale, « *utiliser un vocabulaire compréhensible* » aussi bien par les autres ergothérapeutes que par les professionnels de santé, « *contenir des informations spécifiques à la pratique de l'ergothérapeute* », « *respecter la confidentialité* » et « *assurer la continuité de l'information délivrée au patient* » [*Ibid.*, 28]. Nous comprenons bien là le souci de

⁴ Le texte des recommandations apparaît en Annexe I.

communication interprofessionnelle, de continuité des soins et de protection de la vie privée du patient, toute condition pour améliorer la qualité de prestation et l'optimisation des ressources.

II-4 Les différentes parties du dossier

Quant aux données collectées, elles sont organisées en six parties, celles-ci correspondent à la structure recommandée pour le dossier :

- La première partie est relative aux informations générales : renseignements socio-administratifs, médicaux, histoire de la maladie et éléments significatifs, prescription médicale du traitement ergothérapeutique, nom du médecin prescripteur ;
- La deuxième partie concerne la connaissance de la personne : sa présentation clinique, ses habitudes antérieures de vie, son projet ;
- La troisième partie présente la synthèse des évaluations en ergothérapie à partir des facteurs personnels, environnementaux et des situations de handicap ;
- La quatrième partie est consacrée au plan d'intervention ergothérapeutique : objectifs, moyens d'intervention et de traitement, échéancier, résultat de l'intervention mentionnant l'avis de l'ergothérapeute et du patient ;
- La cinquième partie aborde l'évolution du patient durant le séjour ou la prise en charge : fiche de suivi, fiche d'actualisation ;
- La sixième partie est constituée du compte rendu et de la transmission : compte rendu de fin de traitement, fiche de liaison.

II-5 Les textes professionnels en lien avec le dossier

L'argumentaire rappelle que la rédaction d'un dossier ergothérapeutique n'est pas imposée par la législation mais un certain nombre de dispositions l'évoquent. Par exemple, le programme officiel des études conduisant au diplôme d'État d'ergothérapeute [Arrêté du 24 septembre 1990, Arrêté du 21 juillet 1994] présente des modules de formation concernés par le dossier du patient en ergothérapie :

- le module 1, consacré à la méthodologie générale, dans la mesure où il vise à faire « *acquérir une démarche scientifique adaptable aux situations de l'ergothérapie et de la recherche* » ;
- le module 6, concernant la méthodologie professionnelle parce qu'il doit « *permettre à l'étudiant d'analyser les actions de prévention, de soins, de rééducation et de réadaptation,*

d'évaluer les avantages et les limites de l'ergothérapie et d'acquérir la conduite du traitement » ;

- les modules 3, 4, 9, 10, 11, 12 car ils portent sur la clinique médicale et paramédicale, les diverses évaluations et l'analyse des plans de traitement ;
- les modules 5, 7 et 13 car ils présentent les techniques et les outils d'intervention : activités, actions de réadaptation, appareillage.

De même les stages cliniques du deuxième cycle des études ont pour objectifs généraux de « *favoriser la mise en application de la méthodologie ergothérapique, la maîtrise et l'application des techniques spécifiques* ».

L'examen en vue du diplôme d'État d'ergothérapeute [Arrêté du 21 juillet 1994] comporte deux épreuves :

- une épreuve orale portant sur la présentation et la soutenance d'un des deux travaux écrits de synthèse rédigés au cours du second cycle des études. Les travaux peuvent être « *un travail de recherche spécifique à la pratique de l'ergothérapie* », ou « *le résultat d'observations recueillies durant les stages et portant sur l'application de techniques ergothérapiques à un ou plusieurs cas cliniques* ».
- une épreuve pratique de mise en situation professionnelle auprès d'un patient : la démarche ergothérapique doit être présentée, argumentée et adaptée au patient.

Ainsi autant le programme des études que les épreuves du diplôme d'État cherchent à définir et à présenter la structuration de la démarche comme fondamentale dans l'intervention de l'ergothérapeute. Précisons que la démarche ergothérapique est définie dans le module 6 comme suit : « *bilans, analyse et synthèse, concepts de projets thérapeutiques, indications et contre-indications, action, évaluation des résultats et retour sur l'analyse* ». C'est bien cette démarche qui est reprise comme ossature du dossier du patient en ergothérapie.

II-6 Les concepts valorisés en ergothérapie

Le dossier du patient en ergothérapie apparaît avant tout comme l'expression d'une profession sur des valeurs et des priorités qui fondent un univers professionnel commun

partagé par les ergothérapeutes quel que soit le secteur ou la forme d'exercice⁵ : « *la reconnaissance de la personne dans toutes ses dimensions, la recherche de l'indépendance et de l'autonomie, la prise en compte des facteurs humains et environnementaux et leurs interactions avec les facteurs personnels, la place donnée à l'activité et à l'activité thérapeutique, une conception appropriée de l'évaluation* » [A.N.F.E., 2000, 212]. Les concepts valorisés par la profession, dans sa pratique, sont l'autonomie, l'activité et la qualité de vie : autonomie et qualité de vie comme visée du projet de vie, activité comme moyen de rééducation et de réadaptation et finalité de vie quotidienne et de développement personnel.

Dans *Ergothérapie : guide de pratique* [Ibid., 25], la définition de l'ergothérapie est ainsi présentée : « *L'ergothérapie est une thérapie par l'activité. L'ergothérapie s'adresse à des personnes atteintes de maladies ou de déficiences de nature somatique, psychique ou intellectuelle, à des personnes qui présentent des incapacités ou à des personnes en situation de handicap temporaire ou définitive. Le but de l'ergothérapie est de permettre à ces personnes de maintenir ou développer leur potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale, scolaire ou professionnelle* ». L'activité apparaît comme un moyen fondamental en ergothérapie dans la mesure où elle est conçue à la fois comme fin et moyen de l'ergothérapie :

- « *la finalité car elle active les potentialités existentielles de la personne en vue d'un maximum d'autonomie ;*
- *le moyen car la mise en activité d'une personne est thérapeutique en soi. C'est une médiation de la relation, tout en permettant le développement des aptitudes, l'expérimentation, l'adaptation aux situations de handicap* » [A.N.A.E.S., 2001, 27].

II-6-1 L'activité

Selon l'approche psycho-dynamique [WINNICOT, 1975], et selon la conception de cette approche en ergothérapie [PIBAROT, 1978, 2000], l'activité, par la matière transformable et le cadre thérapeutique instauré, vise à ce « *que le patient passe d'un état de dépendance à un état d'autonomie, en se structurant en tant que sujet acteur de sa prise en charge* » [Ibid.]. L'activité y est envisagée comme médiation à la relation. Dans l'approche des sciences de l'occupation [ACE, 1997], la personne est appréhendée dans toutes ses composantes selon ses domaines d'activités, en interaction avec son milieu de vie : l'ergothérapie privilégie des activités dites significatives pour la personne, c'est-à-dire des situations proches des rôles et

⁵ Le secteur s'entend par : rééducation fonctionnelle, psychiatrie, réadaptation, expertise, conseil, ... La forme d'exercice est soit salariée soit libérale.

occupations quotidiens. L'indépendance et l'autonomie sont alors la résultante des interactions individu-environnement. C'est cette deuxième approche qui sous-tend l'organisation de la partie « Synthèse des évaluations ».

Selon HEGEL, « *L'activité n'est (...) pas seulement à double sens dans la mesure où une activité est tout autant à l'endroit de soi qu'à l'endroit de l'autre, mais aussi dans la mesure où elle est de manière inséparable tout autant celle de l'une que celle de l'autre* » [HEGEL, Éd. 1991, 151]. L'activité nous relie à l'autre et c'est dans ce jeu entre soi et autrui que se construisent de nombreuses actions thérapeutiques en ergothérapie. Pour Jean-Philippe GUIHARD, cadre de santé ergothérapeute, l'activité est « *ce qui permet la relation à l'autre, au monde et qui nous fonde biologiquement et psychiquement. Il s'agit d'une dimension centrale qui fait que l'homme lui-même est activité, relation et qu'il n'est pas envisageable de séparer l'activité de la psyché, de l'émotion, du plaisir à être et à faire* » [GUIHARD, 2000, 57].

II-6-2 L'autonomie

En ergothérapie, l'autonomie dépasse l'acception classique du champ politique qui consiste à lui donner le sens d'indépendance ou d'autodétermination, pour aller vers « *l'obéissance à la loi qu'on s'est prescrite* » de Jean-Jacques ROUSSEAU [CANTO-SPERBER, 1996, 115], parce que comme le dit KANT, dans les *Fondements de la métaphysique des mœurs*, l'autonomie est définie comme « *la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même (indépendamment de toute propriété des objets du vouloir)* » [KANT, Éd. 1985] : l'autonomie est ainsi conçue comme propriété de la volonté, mais aussi comme un mode de la liberté.

Au-delà du « *droit de se gouverner par ses propres lois* »⁶, c'est la recherche de cette possibilité de pouvoir se nommer soi-même : en effet, autonomie vient du grec « *auto-nomia* », qui renvoie au « *droit de se régir et de se gouverner par ses propres lois d'us et coutumes : par rapport à la famille ; par rapport au statut de vassal, origine du nom patronymique* » [BAILLY, 1954]. Ainsi, « *Autonomie peut se traduire par la liberté de se gouverner soi-même, soit au sens large maîtriser ou gérer l'ensemble des situations de vie quotidienne dans lesquelles l'individu évolue régulièrement. Décider de sa vie, gérer sa dépendance, l'autonomie associe des capacités d'exécution, de résolution, de gestion, de décision, mais aussi d'adaptation réciproque* » [LE GALL, RUET, 1996]. Il s'agit donc de lucidité sur ce qui détermine l'action, de

⁶ REY-DEBOVE J., REY A. (dir.), *Le nouveau Petit Robert*, Paris : Le Robert, 1993, p. 163.

cette capacité d'adaptation à la culture environnante et aux diverses situations et donc de la capacité de gérer ses liens de dépendance dans la finalité d'un projet : c'est cette lucidité qui nous permet de nous autoriser à vouloir, à pouvoir, à savoir. Dans le *Journal d'Ergothérapie*, M. SCHWARZ n'évoquait-il pas : « *L'autonomie véritable se manifeste dans la capacité de juger ses propres compétences en jeu dans les rapports sociaux, de se rendre sérieusement compte de ses actions, et de prendre en charge l'aménagement du développement de sa personnalité selon ses propres valeurs* » [SCHWARZ, 1991]. Quant à Edgar MORIN, il dit que « *par un paradoxe qui est le propre de la relation écologique, c'est dans (la) dépendance que se tisse et se constitue l'autonomie (des) êtres* » [MORIN, 1977, 204], l'autonomie d'un être humain nécessite sa dépendance à l'égard de son environnement.

II-6-3 La qualité de vie

Quant à la qualité de vie, autre objectif de l'ergothérapie, elle se définit dans le dossier du patient en ergothérapie comme « *l'ensemble des satisfactions ou insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie actuelle* » [A.N.A.E.S., 2001, 24]. En 1988, David GOODE, de l'Université de la ville de New York, a donné une définition, parmi d'autres, qui fait état d'une dimension processuelle : « *La qualité de vie est ressentie quand les besoins essentiels de la personne sont satisfaits et quand la personne a la chance d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés dans les situations importantes de sa vie* » [GOODE, 2000, 278]. D'autres écrits vont dans le même sens, ainsi, Per HOLM et ses collaborateurs évoquent que « *la qualité de vie offerte à chacun dépend de son cheminement personnel, du degré de sensibilisation aux modalités de la vie quotidienne, de sa perception de soi, de ses attentes et de son niveau d'aspiration* » [HOLM, 2000, 23]. Bon nombre d'auteurs renvoient à trois dimensions : physique, psychologique et sociale. « *Ces trois dimensions du vécu d'un sujet sont cernées à l'aide d'items par des critères à la fois objectifs et subjectifs* » [CHWALOW, 1993, 23]. Ainsi toutes les évaluations de la qualité de vie, qu'elles s'appuient sur des échelles génériques (en lien avec l'ensemble de la population) ou sur des échelles spécifiques (adaptées aux problèmes particuliers d'une population donnée), toutes prennent en compte a minima la perception de la personne quant à la qualité de vie.

Rappelons qu'aucun médecin ou thérapeute ne saurait définir de son seul point de vue, la qualité de vie d'une personne hormis la sienne propre, que c'est la personne elle-même qui évalue, avec sa perception subjective, sa satisfaction ou son insatisfaction à un moment donné, dans une situation donnée. « *On semble ne pas savoir ou accepter que l'on puisse être*

heureux même dans un corps infirme. De même, on semble ne pas savoir, ou oublier, qu'il y a des personnes qui souffrent, même avec un corps dit normal » [MARZANO-PARISOLI, 2001, 79].

Françoise EIBERLE, cadre de santé ergothérapeute, précise que « *L'ergothérapie, thérapie privilégiant l'activité à la fois comme objet d'expertise et de médiation thérapeutique, a donc une place toute privilégiée pour concourir à la qualité de vie de la personne* » [EIBERLE, 2000, 111].

II-7 Les références internationales

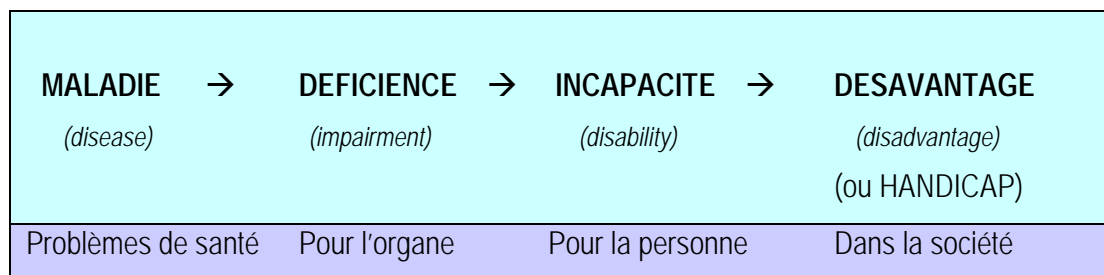
Après avoir précisé les concepts valorisés en ergothérapie, nous présentons les références sur lesquelles s'appuie le dossier du patient en ergothérapie. Celles-ci sont explicites dans ce dossier : il s'agit d'une part de la Classification Internationale des Handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé, appelée CIH-2 [W.H.O., 1999], puis aujourd'hui C.I.F. (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) [W.H.O., 2001], et d'autre part du Processus de Production du Handicap défini par Patrick FOUGEYROLLAS (P.P.H.) [FOUGEYROLLAS, 1997], sociologue canadien, atteint d'une paraplégie.

Ces conceptions structurent le dossier du patient en ergothérapie : par exemple, le recueil de données (connaissance de la personne et synthèse des évaluations) est construit à partir des références du P.P.H.

II-7-1 La Classification Internationale des Handicaps

Rappelons que la C.I.H., première Classification Internationale des Handicaps, a été proposée en 1980, par le Professeur Philip WOOD, de l'Université de Manchester, dans le cadre des travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) sous le titre *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). En français, le titre est devenu *Classification Internationale des Handicaps, déficiences, incapacités et désavantages* (CIH). Le handicap y était défini par un processus linéaire, ayant pour cause une maladie, engendrant une ou des déficiences qui elles, entraînent une ou des incapacités, sources finalement d'un désavantage ou handicap. Philip WOOD et son équipe ont eu le grand mérite de mettre en évidence la partie non médicale du handicap, par l'introduction de la notion de

désavantage social. Cette classification inspire encore de nombreux services de rééducation⁷ : la rééducation et la réadaptation visent à vouloir mobiliser les capacités intactes de la personne pour limiter son handicap. La classification peut être présentée schématiquement ainsi :



La flèche → indique « qui peut mener à ... ».

Figure 1 : CIH

Chacune de ces dimensions correspond à une expérience de nature différente réalisée par la personne concernée. Les déficiences tout comme les incapacités se déclinent en 9 catégories comportant chacune 10 items. Les désavantages comportent 7 rôles sociaux auxquels sont associés une sorte d'échelle de sévérité, allant de l'absence totale de désavantage à la situation de désavantage la plus lourde. En France, cette classification fait l'objet de deux principales catégories d'applications : d'une part, les applications épidémiologiques ou statistiques, dont la nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages adoptée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (arrêté du 4 mai 1988) et par le ministère de l'Éducation nationale (arrêté du 9 janvier 1989), et d'autre part, les applications administratives telles que le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées utilisé par les CDES⁸ et par les COTOREP⁹ (décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993).

Cette classification a montré ses limites, notamment parce qu'elle utilise un vocabulaire négatif (déficience, incapacité, désavantage), et qu'elle est sous-tendue par une relation linéaire de cause à effet entre les déficiences, les incapacités et les désavantages. Elle renvoie l'explication de l'expérience négative de la personne à ses caractéristiques personnelles [RAVAUD, 1999, 67]. En effet, très empreinte du modèle biomédical, « axé sur la recherche des causes des maladies qui permet de trouver les clés de leur guérison » [RAVAUD, 1999, 66], la C.I.H. ne pouvait rendre compte, dans toute leur complexité, des conséquences des maladies

⁷ Notons que *Le dossier du patient en masso-kinésithérapie*, paru en 2000, ne s'appuie que sur la CIH [A.N.A.E.S., 2000, 23, et 55-56], même si la CIH-2 y est évoquée [*Ibid.*, 23-24].

⁸ Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale

⁹ Commissions Techniques d'Orientation et de REclassement Professionnel

chroniques, des traumatismes ou des maladies à distance de la phase aiguë. Les séquelles dans certaines pathologies ou le vieillissement de la population doivent être appréhendées autrement que par un modèle qui ne prévoit que la guérison, et qui ne s'intéresse pas aux facteurs individuels de la personne chez qui l'événement pathologique survient. C'est pourquoi des chercheurs comme Claude HAMONET, Pierre MINAIRE ou Patrick FOUGEYROLLAS¹⁰ ont travaillé sur d'autres modèles de compréhension. Ainsi Pierre MINAIRE a introduit la notion de handicap de situation [1992] et Claude HAMONET celle de subjectivité dans un travail de recherche entrepris avec un médecin légiste du Portugal, Teresa MAGALHAES, intitulé *Système d'identification et de mesure du handicap* [HAMONET, MAGALHAES, 2000].

Par ailleurs et de manière concomitante, des personnes handicapées ont contesté cette classification en soutenant qu'un grand nombre de situations de handicap résultait de facteurs socio-politiques : des barrières socioculturelles font obstacle à la pleine participation sociale des personnes, comme par exemple le regard stigmatisant porté sur la différence, l'environnement architectural ou la non-prise en compte des projets de vie des personnes en situation de handicap. « *Une même déficience ne représente pas le même "handicap", selon les orientations et les modes d'organisation des sociétés* » [EBERSOLD, 1992, 20], et que l'individu, « *handicapé dans certaines circonstances, [...] ne le sera pas dans d'autres alors que sa déficience ou son incapacité persiste* », ajoute Serge EBERSOLD dans *L'invention du handicap* [Ibid., 21].

Aussi, pour dépasser cette conception réductionniste faisant du handicap « *un état d'infériorité systématique* » [HAMONET, 1997, 116], l'O.M.S. a engagé un processus de révision de la C.I.H., conduit par plusieurs groupes de travail et centres collaborateurs. Plusieurs avant-projets ont été établis avec une volonté affichée de refondre cette classification pour lui donner une dynamique interactionniste entre les différents paramètres en jeu. A l'heure de la rédaction du dossier du patient en ergothérapie, c'est-à-dire avant mai 2001, date de parution du dossier du patient en ergothérapie, et date aussi de la publication de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, l'O.M.S. en était à une version baptisée CIH-2. Il s'agit d'une classification des « *invalidations* » et du « *fonctionnement* » qui regroupe de manière systématique les conséquences des problèmes de santé. L'invalidation est envisagée en terme d'interaction dans un rapport complexe entre le

¹⁰ Nous présenterons les travaux de P. FOUGEYROLLAS dans les pages suivantes.

problème de santé et les facteurs contextuels. Le schéma ci-dessous rend compte de la bi-dimensionnalité de cette interaction :

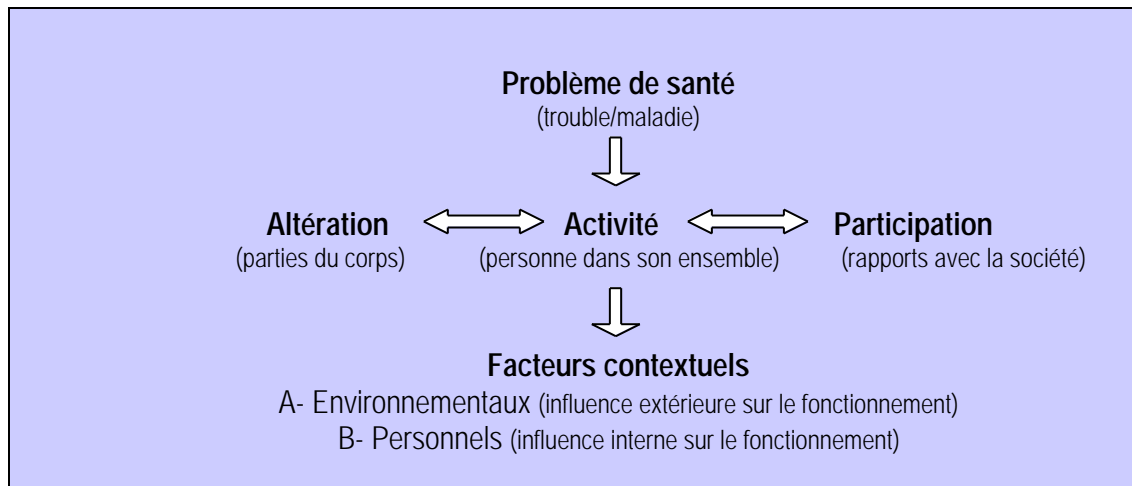


Figure 2 : CIH-2

L'intérêt de cette proposition réside dans un vocabulaire ou neutre ou positif. Mais surtout, elle prend en compte la personne dans ses rapports avec la société et les facteurs environnementaux et personnels. Elle vise à décrire « *la situation de chaque personne dans toute une série de domaines de la santé ou liés à la santé, dans le contexte des facteurs environnementaux et personnels* » [W.H.O., 2001, 7]. En cela elle n'oppose plus l'individuel au collectif, la personne à la société dans cette responsabilité de situation de handicap mais donne les moyens de repérer en positif les ressources de part et d'autre qui permettront de réduire l'expérience négative.

Les ergothérapeutes se trouvent particulièrement sollicités dans cet accompagnement car l'ergothérapie intervient en fonction des diverses situations de vie quotidienne rencontrées, résultantes d'interactions entre des facteurs personnels et des facteurs contextuels.

II-7-2 Le processus de production du handicap

Pour autant, il n'est pas suffisamment explicité dans la C.I.H. ce que Patrick FOUGEYROLLAS, sociologue - vivant au quotidien des situations de handicap -, expose quand il évoque le processus de production du handicap. A partir de 1987, le comité québécois dirigé par P. FOUGEYROLLAS¹¹ est mandaté par l'O.M.S. pour travailler sur la révision de la C.I.H. et

¹¹ Le Comité québécois sur la CIH a pour sigle « CQCIDIH » ; le Réseau international sur le processus de production du handicap a quant à lui pour sigle RIPPH.

pour apporter des améliorations concernant le 3^{ème} niveau de la C.I.H., celui du handicap. Il publie en 1997, une proposition de classification intitulée « Révision de la proposition québécoise de classification. Processus de production du handicap ». Pour Patrick FOUGEYROLLAS et son équipe, « le processus de production du handicap n'est pas une réalité autonome séparée du modèle générique du développement humain ; il ne constitue qu'une variation de possibilités en relation avec la norme biologique, fonctionnelle et sociale dont nous tentons de clarifier le processus de production » [FOUGEYROLLAS, 1997, 9].

Le processus de production du handicap peut être schématisé comme suit :

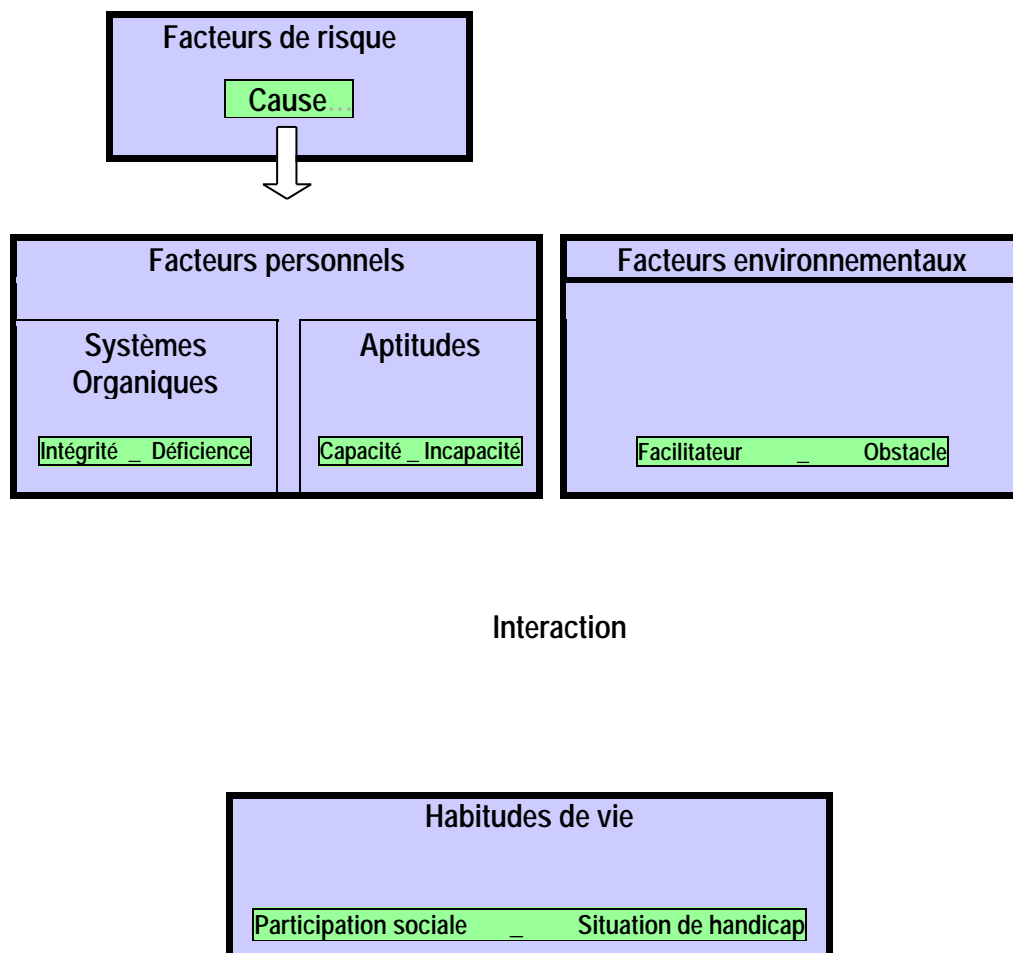


Figure 3 : Processus de production du handicap, d'après FOUGEYROLLAS et al.

Le handicap n'est pas « *une simple caractéristique de l'individu mais, bien au contraire, [...] une interrelation entre des déficiences, des incapacités fonctionnelles et un système social déterminant les variables des rôles et des activités socio-culturellement attendus pour la personne. Le handicap doit alors être considéré comme une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie, compte tenu de son âge, de son sexe, de son identité socioculturelle : perturbations résultant d'une part, de déficiences et d'incapacités fonctionnelles et, d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux* » [SCHALLER, s.d., n.p.].

Chaque élément intervenant dans la situation de la personne est analysé à partir d'un modèle générique de développement humain et étudié au sein de l'interaction avec les autres éléments, selon une échelle de mesure.

Le facteur de risque est défini comme « *un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme, ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne* » [FOUGEYROLLAS, 1997, 24]. Parmi les facteurs personnels, Patrick FOUGEYROLLAS avec son équipe identifie les systèmes organiques et les aptitudes mais aussi l'ensemble des variables personnelles et identitaires. Il précise que les facteurs personnels sont des « *caractéristiques appartenant à la personne, telles que son âge, son sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.* » [Ibid., 24]. Le facteur environnemental est « *une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société* » [Ibid., 25] et l'habitude de vie est « *une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence* » [Ibid., 26]. Pour chacune des dimensions retenues, apparaissent des échelles de mesure de sévérité : l'évaluation des systèmes organiques peut varier de *l'intégrité à la déficience*, les aptitudes de *la capacité à l'incapacité*, les facteurs environnementaux du *facilitateur à l'obstacle*, et les habitudes de vie peuvent aller de *la pleine participation sociale à la situation de handicap totale*.

D'après Jean-François RAVAUD, c'est la proposition de FOUGEYROLLAS qui apparaît la plus aboutie sur le plan international. « *Il donne une place claire aux facteurs environnementaux et, ce faisant, est compatible avec des perspectives de changements personnels mais aussi socio-politiques* » [RAVAUD, 1999, 73]. Par ailleurs, des outils

d'évaluation, proposés par P. FOUGEYROLLAS, sont utilisables en ergothérapie et au niveau des équipes interprofessionnelles : il s'agit de la Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE) et de la Mesure de la qualité de l'environnement (MQE). C'est pourquoi cette conception rencontre un vif intérêt auprès des ergothérapeutes.

Pour autant, nous ne pouvons affirmer qu'une modélisation d'un processus puisse rendre compte parfaitement de celui-ci dans toutes ses composantes et interactions. Par exemple, Claude HAMONET remarque que la subjectivité n'apparaît pas comme une composante en tant que telle alors que nous savons que l'expérience de la maladie, de la déficience, de l'incapacité ou du handicap est vécu pour chaque personne de manière différente au regard de sa perception subjective en lien avec son histoire personnelle et collective, son contexte, son estime de soi, sa personnalité, etc. Malgré cette limite mise en évidence et d'autres limites sans doute à venir, ce modèle est utile pour la compréhension des interactions des différentes composantes d'expérience d'une personne.

II-8 Les moyens ergothérapeutiques

Dans la pratique ergothérapeutique, les moyens utilisés sont identifiables tant par les patients que par les autres professionnels de santé, acteurs sociaux ou éducatifs. Ce sont les diverses évaluations (entretiens, mesures, bilans, ...), les activités thérapeutiques (manuelles, artisanales, ludiques, d'expression, de travail, de loisirs, ...), les mises en situation de vie quotidienne, l'accompagnement dans la thérapie et dans l'élaboration du projet de vie, l'appareillage, les dispositifs de positionnement et d'installation, l'aménagement environnemental nécessaire (aides techniques, conseil et avis pour les modifications architecturales ou mobilières), l'analyse des besoins en aide humaine pour le retour ou le maintien à domicile.

Cependant il apparaît nécessaire aujourd'hui d'engager un effort d'inventaire et de validation pour les outils d'évaluation : la seule structuration des synthèses d'évaluations dans le dossier ne renseigne pas sur les outils utilisés. Ce travail est amorcé par le même groupe E.C.C.O. [Cf. supra, p. 6] qui avait engagé la réflexion sur un dossier généralisable.

II-9 L'acte d'écrire et l'implication du professionnel

Par ailleurs, il est important de souligner que tout dossier suppose l'acte d'écrire et que cet acte implique le professionnel ergothérapeute. Nous n'irons pas aussi loin que Graham GREENE, dans *Ways of escape*¹² : « *Écrire est une forme de thérapie ; parfois, je me demande comment tous les gens qui n'écrivent, ne composent ou ne peignent pas parviennent à échapper à la folie, à la mélancolie, à la peur panique inhérentes à la condition humaine* ». Pour autant, nous savons qu'écrire implique l'individu au-delà de sa fonction thérapeutique réglementairement définie : écrire renvoie aussi à l'expression du respect de la personne soignée par la formulation du processus thérapeutique mis en jeu. C'est l'implication au sens d'ARDOINO : « *Étymologiquement, le terme se construit à partir du préfixe « in », du verbe latin *plicare* signifiant plier, et de la terminaison « tion » indiquant un mouvement plus encore qu'un état* » [ARDOINO, 1992]. Implication se comprend donc pour l'individu impliqué comme « *constitutif de sa subjectivité et, par conséquent de son identité* » [Ibid.] parce que « *plié dans* », « *replié sur soi* »¹³, excluant choix, volonté et intentionnalité.

Cette subjectivité est à relier à la situation clinique pour laquelle est requise l'écriture. « *Réfléchir un objet comme l'écriture mêle forcément des processus historiques et projectifs, diversifiés et hétérogènes* » [SIGNEYROLE, 2000, 43]. L'écriture est un travail d'interprétation qui unit le patient au thérapeute et à l'objet de soins : c'est un discours singulier d'un sujet sur un autre sujet dans la complexité de la relation thérapeutique, c'est-à-dire qui joue autant de l'*altérité* - chacun est autre pour autrui - que de l'*altération* - chacun altère et s'altère de manière féconde dans la relation.

C'est par l'écriture, donc en travaillant son implication, que la distanciation peut permettre une formalisation d'un processus de travail le plus souvent non conscient, parfois correspondant à des *compétences incorporées à l'action* [LEPLAT, 1995], et qui peut autoriser la réflexion sur l'action. Cette réflexion peut se réaliser par des processus d'exercice de la pensée sur l'action : par la réflexion rétrospective sur l'action et par la réflexion anticipatrice de changement sur l'action. Ces deux processus « *s'observent notamment à certains moments explicitement prévus pour analyser des pratiques professionnelles, en vue ou bien de les formaliser ou de les changer* » [WITTORSKI, 2002, 41]. Les acteurs, alors, « *élaborent et*

¹² GREENE G., *Ways of escape*, Harmondsworth, 1981, p. 211.

¹³ En référence à « *pliure en dedans ou en dehors* », in ARDOINO J., *Les avatars de l'éducation*, Paris : PUF, 2000, p. 257.

utilisent dans le même temps de nouvelles compétences à l'occasion de l'analyse de leurs pratiques » [Ibid.].

L'écriture dans le dossier du patient correspond à ces deux processus : c'est bien en collectant des informations sous forme d'évaluations ou de suivi de la prise en charge qu'il est possible de réfléchir à ce qui s'est passé pendant les séances de rééducation ou au cours d'interventions de réadaptation et qu'il est également possible d'élaborer des objectifs de rééducation, donc d'anticiper, ou de réguler les objectifs préalablement définis, d'envisager une fin de traitement ou une modification de celui-ci, par exemple.

II-10 Le dossier du patient en ergothérapie : adaptation et évolution

Pour conclure sur cette présentation du dossier du patient en ergothérapie, si ce dossier est au service d'une pratique professionnelle et permettant une appropriation individuelle, loin d'être un modèle à appliquer tel quel, sa conception doit autoriser la personnalisation, l'adaptation et l'évolution. C'est ainsi qu'il a été conçu et qu'il est préconisé dans les recommandations accompagnant le dossier du patient en ergothérapie. Didier d'ERCEVILLE¹⁴ précise « *le dossier est (...) un stimulant qui ouvre le champ au choix raisonné* » [A.N.F.E., 2000, 212]. En outre, il devrait favoriser la communication entre les ergothérapeutes et entre les professionnels de santé, par la trace écrite des différents volets de la prise en charge du client : « *connaissance de la personne, synthèse des évaluations, plan d'intervention ergothérapique, évolution du patient durant le séjour (fiche de suivi et fiche d'actualisation), compte rendu et transmission* » [A.N.A.E.S., 2001, 29].

Par la formalisation de la pratique et par l'ouverture à la communication interprofessionnelle, le dossier du patient devrait pouvoir répondre aux préoccupations de l'A.N.A.E.S. et de toute organisation de travail : l'amélioration continue des prestations et l'optimisation des ressources à mobiliser. Il vise incontestablement au changement qualitatif des pratiques professionnelles par l'écriture et le partage d'informations, et doit servir l'intérêt du patient, du thérapeute, de l'équipe et de l'institution.

¹⁴ Didier d'ERCEVILLE, cadre de santé ergothérapeute.

III- Les recommandations professionnelles du côté des médecins et des rééducateurs

Très tôt, l'A.N.A.E.S. s'est intéressée à connaître l'impact des recommandations médicales. En nous penchant sur ses travaux, et notamment sur la publication intitulée « Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales » [A.N.A.E.S., 1999], nous cherchons à y puiser des enseignements pour notre étude.

III-1 L'analyse de la littérature

Dans le milieu médical, l'analyse de la littérature [A.N.A.E.S., 1999] montre que l'impact des recommandations est parfois faible et peu durable. « *La plupart des travaux montrent une disparition rapide de l'impact des interventions à l'arrêt de celles-ci* » [Ibid., 5]. Les études sur l'impact des recommandations médicales donnent des résultats contrastés ne permettant pas d'analyser les causes de réussite et d'échec. Elles renseignent toutefois sur l'indissociabilité de la recommandation et de la méthode d'application employée et notamment sur la meilleure performance quand sont associées plusieurs interventions de mise en œuvre.

L'impact peut être amélioré lorsque plusieurs modalités de transmission sont associées. Parmi les modalités susceptibles d'influencer la pratique médicale, nous pouvons retenir :

- la distribution de documents imprimés ou de matériels audiovisuels, effectuée par des contacts personnels, par mailings ou par Internet ;
- la publication dans la presse scientifique ou professionnelle ;
- les conférences, les présentations didactiques, les ateliers éducatifs ;
- les visites d'éducation au cabinet du médecin ;
- les leaders d'opinion ;
- le marketing ;
- l'audit-retour d'information ;
- le rappel au moment de la décision.

L'intérêt de l'action interactive est souligné [Ibid., 23] : la rencontre personnalisée, les visites à domicile mais aussi en formation médicale continue, les groupes de travail, les groupes de discussion, les sessions de formation individualisées ou toute intervention assurant

un apprentissage interactif avec participation des médecins formés (jeux de rôles, discussion par cas, ...).

Si nous nous rapportons aux professions de rééducation, la littérature est bien plus faible que celle relative à la pratique médicale. Pour autant, la problématique est de nature semblable. En effet, pour que soit mise en pratique une recommandation professionnelle ou une référence professionnelle, il est nécessaire d'envisager les méthodes les plus pertinentes de diffusion et de mise en œuvre de cette recommandation ou de cette référence. De même pour toute action visant à améliorer les pratiques professionnelles – ce qui est l'objectif des recommandations – il est tout aussi nécessaire de prévoir l'évaluation de cette intervention. Nous rappelons, en appui, que pour les recommandations professionnelles, *« 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. »* [A.N.A.E.S., 1999, 3]

Il est donc important de trouver les meilleurs moyens pour que les recommandations professionnelles soient connues, comprises, acceptées et mises en œuvre si nous voulons promouvoir le développement continu de la qualité des prestations dispensées en rééducation.

Pour certaines professions, comme les diététiciens, les masseurs-kinésithérapeutes ou les médecins, les recommandations commencent à être en nombre conséquent. Pour d'autres, le nombre est encore faible voire inexistant : par exemple, pour les ergothérapeutes, la première recommandation pour la pratique clinique concerne « Le dossier du patient en ergothérapie » et a vu le jour en mai 2001.

Il peut être avantageux de se pencher sur les facteurs influençant positivement la connaissance et la mise en œuvre des recommandations à l'heure où elles sont peu nombreuses, et avant qu'elles ne se développent. Ainsi, une meilleure connaissance des processus de résistance et de facilitation pourrait permettre d'optimiser en amont la mise en œuvre des recommandations à venir.

III-2 Le dossier médical, infirmier et masso-kinésithérapique

L'exemple des dossiers médical, infirmier et masso-kinésithérapique nous renseigne sur la nécessaire adaptabilité de tout dossier : « *il semble illusoire, l'expérience des dossiers médicaux, infirmiers et masso-kinésithérapiques est suffisamment parlante à ce sujet, de chercher à mettre au point un dossier commun à la fois à tous les patients et à tous les ergothérapeutes, quel que soit leur mode d'exercice* » [A.N.A.E.S., 2001, 28].

C'est un enseignement que nous pouvons tirer pour déterminer une trame commune qui servira de base à la mise en place du dossier, adaptable selon les pratiques. Il est à remarquer que pour la mise en place du dossier de soins infirmiers, dans de nombreux établissements publics et privés de santé, un ou plusieurs cadres, le plus souvent formés à la démarche-qualité, ont été mobilisés pour aider à l'appropriation de ce nouvel outil : souvent un cadre à temps plein est missionné sur plusieurs années (2 à 3, voire plus) pour un établissement de moyenne importance (1 200 agents).

III-3 Un questionnaire auprès de rééducateurs

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie a été édité en mars 2000, celui en ergothérapie a été validé¹⁵ en mai 2001. Allons voir auprès de quelques rééducateurs, pris au hasard de nos rencontres professionnelles, si les recommandations sont connues et si les rééducateurs s'en sont saisis. Nous avons proposé un questionnaire à 15 rééducateurs, en début de formation de cadre de santé, soit en septembre 2001 [Annexe II].

La rééducation est le contexte de travail des ergothérapeutes, c'est pourquoi nous avons privilégié ce groupe de professionnels car d'une part, des ergothérapeutes y étaient présents et d'autre part d'autres rééducateurs pouvaient nous renseigner sur les pratiques de dossier dans les services de rééducation où ils travaillent, et enfin les masseurs-kinésithérapeutes pouvaient nous indiquer si après un an et demi de diffusion, la recommandation leur était connue. Ainsi nous nous sommes adressée à une population hétérogène : 2 ergothérapeutes, 11 masseurs-kinésithérapeutes, 1 pédicure-podologue, 1 psychomotricien. Cette proposition se situait juste avant une intervention pédagogique intitulée

¹⁵ Le dossier du patient en ergothérapie n'est pas diffusé par l'A.N.A.E.S. sous forme papier, il est seulement disponible sur le site de l'A.N.A.E.S.

« *Dossiers du patient en rééducation : méthodologie d'élaboration et mise en œuvre* », intervention assurée par une autre formatrice que nous-mêmes. L'accueil a été très favorable de la part des étudiants cadres.

III-3-1 L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été choisi principalement en raison de la rapidité de passation. Le questionnaire laisse toute possibilité au questionné de répondre ou de ne pas répondre mais il n'a pas la spontanéité d'une parole reçue en toute confiance lors d'un entretien. Il est classique de séparer les méthodes d'enquête : « *L'entretien est un instrument privilégié pour la compréhension des comportements, le questionnaire est une excellente méthode pour l'explication de la conduite* » [de SINGLY, 1998, 23]. Cependant le recueil d'informations visait principalement une description d'une situation à un instant précis : des questions fermées ou des questions ouvertes pouvaient répondre à cet objectif. 10 questions ont été proposées. Elles ont été testées préalablement auprès de deux cadres de santé ergothérapeutes, ce qui a permis d'ajouter la question n° 8.

Dans ce questionnaire, une première question permet de savoir la profession dont est issu le professionnel : il s'agit de recueillir une information précise. Six questions sont fermées et visent aussi une information précise : les questions 2, 3, 4, 5, 6, 8. Elles portent en premier lieu sur la connaissance de l'existence d'un dossier du patient dans la profession de chacun (question n° 2), sur l'utilisation d'un dossier (question n° 3), sur l'utilisation du dossier recommandé (question n° 4). Ensuite, elles visent à préciser si le dossier utilisé a été élaboré par le professionnel lui-même (question n° 6) ou par l'institution dans laquelle il travaille (question n° 5), et à savoir si le rééducateur est favorable à un dossier commun à l'ensemble de la profession ou à l'ensemble des rééducateurs (question n° 8). Hormis cette dernière question, ces diverses questions offrent la possibilité de répondre de manière binaire : oui ou non. La question n° 8, elle, autorise un choix multiple : l'une ou l'autre des propositions, l'une et l'autre, ou aucune des propositions.

Les trois autres questions sont ouvertes et cherchent à obtenir des informations sur les modèles de rééducation sur lesquels s'est construit le dossier qu'ils utilisent (question n° 7). La question n° 9 explore les données que les étudiants cadres pensent souhaitables de faire apparaître dans le dossier et la question n° 10 recueille les objectifs poursuivis par l'utilisation d'un dossier du patient en rééducation.

Sur l'ensemble des questions, nous avons essayé de respecter « *l'exigence de cohérence expressive* » [de SINGLY, 1998, 79], c'est-à-dire de faire en sorte que les questions soient amenées dans l'ordre cohérent de la pensée expressive ; quant à la question n° 8, il est recherché un « *degré personnel d'engagement* » [Ibid., 82] afin de recueillir l'engagement du questionné et non un engagement par délégation de son groupe professionnel¹⁶.

Pour les questions fermées, nous comptabiliserons les réponses pour avoir une vue d'ensemble et une vue par profession. Pour les questions ouvertes, nous essaierons de dégager des catégories en rapprochant les réponses dont le sens est proche.

Ce travail aurait pu être complété par un entretien avec les questionnés afin d'explicitier davantage leurs réponses pour une meilleure compréhension de leurs réponses écrites, mais il eût fallu y consacrer plus de temps. Ceci constitue une principale limite de la méthode utilisée. Par ailleurs, une autre limite correspond à la petite taille de l'échantillon : 15 personnes seulement ne pouvant refléter la diversité des situations de travail, seulement 2 ergothérapeutes et une seule personne travaillant en psychiatrie.

Un des biais que nous pouvons souligner dans tout questionnaire, et donc dans celui-ci, repose sur l'effet d'ordre : présenter une question avant ou après une autre induit des réponses différentes. Par exemple, pour les questions 9 et 10 : demander les objectifs poursuivis avant ou après l'énumération des « *données souhaitées indispensables dans le dossier* » fait varier les réponses. L'énumération des « *données souhaitées* » est plus spontanée quand les « *objectifs* » ne sont pas encore écrits : si le passage à l'écriture clarifie les idées, il donne à réfléchir autrement pour les questions suivantes car il fait associer « *objectifs* » et « *données* ». C'est pourquoi, nous avons choisi cet ordre. Mais l'écriture comme réponse à un questionnaire n'interdit nullement de revenir en arrière, de compléter et de modifier certaines réponses.

Un autre biais réside dans la formulation des questions qui reflète plus ou moins explicitement l'intention de l'auteur, ses préférences.

¹⁶ Le degré d'engagement du groupe professionnel pourrait s'obtenir par délégation avec une question comme : *Les masseurs-kinésithérapeutes sont-ils favorables à un dossier du patient ... ?*

III-3-2 Les résultats du questionnaire

Pour ce questionnaire (Annexes II et III), 15 étudiants cadres de santé, issus des professions de rééducation ont répondu : 7 femmes (2 ergothérapeutes, 1 pédicure-podologue et 4 masseurs-kinésithérapeutes) et 8 hommes (7 masseurs-kinésithérapeutes, 1 psychomotricien).

Pour les questions de 1 à 6 et la question 8, le tableau ci-dessous expose les résultats chiffrés de l'enquête présentée au III-3-1 :

n°1 Quelle est votre profession d'origine ?	Total des réponses		2 Ergos		11 MK		1 PM		1 PP	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
n°2 Connaissez-vous l'existence du dossier dans votre profession ?	10	5	2	0	8	3	0	1	0	1
n°3 Utilisez-vous un dossier ?	14	1	2	0	10	1	1	0	1	0
n°4 Est-ce celui recommandé par l'ANAES ?	3	12	2	0	1	10	0	1	0	1
n°5 Est-ce celui élaboré par votre institution ?	10	5	2	0	7	4	1	0	0	1
n°6 Est-ce celui élaboré par vous-même ?	9	6	1	1	7	4	0	1	1	0
n°8 Êtes-vous favorable à un dossier										
- commun à l'ens. de la profession ?	11	2	1	1	10	1	1	0	1	0
- commun à l'ens. des rééducateurs ?	14	1	2	0	10	1	1	0	1	0

Tableau n° 1

*Ergos = ergothérapeute ; MK = masseur-kinésithérapeute ;
PM = psychomotricien ; PP = pédicure-podologue*

Pour la question 7, très peu de réponses ont été apportées : seuls deux masseurs-kinésithérapeutes disent utiliser le modèle de la Classification Internationale des Handicaps, pour l'un, et le modèle de rééducation neuro-motrice de Michel LE METAYER¹⁷, pour l'autre.

¹⁷ LE METAYER M., *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant*, Paris : Masson, Coll. Abrégés, 1980.

Pour la question 9, le tableau n° 2 aide à repérer les données souhaitées dans le dossier :

	E1	E2	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	PM	PP	Total
Données administratives	+			+			+									3
Données sur identité du patient	+		+					+								3
Données sociales et psychologiques										+						1
Antécédents			+			+						+			+	4
Données médicales	+	+		+			+	+	+			+				7
Objet de l'hospitalisation			+													1
Prescriptions	+		+	+		+										4
Contre-indications						+										1
Traitement										+					+	2
Diagnostic		+														1
Projet du patient		+									+					2
Évaluations - bilans		+	+	+		+	+	+	+	+	+		+			10
Objectifs		+			+	+					+	+	+			6
Suivi		+				+	+						+	+		5
Évolution de la prise en charge			+	+	+					+		+		+		6
Conseils et recommandations													+			1
Relation thérapeutique			+		+								+			3
Relation humaine			+													1
CR de fin de traitement		+														1
Bilan de sortie			+	+												2
Le devenir, les perspectives			+					+		+						3
Identification des intervenants	+			+												2
Relation avec autres praticiens															+	1
Relation avec réseau														+		1

Tableau n° 2

E = ergothérapeute ; MK = masseur-kinésithérapeute

PM = psychomotricien ; PP = pédicure-podologue

A chaque professionnel, est attribué un numéro pour le distinguer parmi ses collègues.

Pour la question 10, les objectifs poursuivis pour la tenue du dossier du patient apparaissent ainsi :

	E1	E2	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	PM	PP	Total	
Qualité des soins	+				+				+			?	+	+	+	6	
Traçabilité	+		+												+		3
Clarifier prescription médicale			+														1
Responsabilité								+									1
Évaluation	+														+	+	3
Évolution du traitement				+						+							4
Suivi							+				+						2
Efficacité	+	+															2
Transmission	+	+		+		+	+										8
Relation interprofessionnelle			+											+		+	4
Relais collègues				+	+											+	4
Sortie				+			+			+	+						4
Recherche clinique					+												1
Accréditation, nomenclature libérale								+							+		2

Tableau n° 3

E = ergothérapeute ; MK = masseur-kinésithérapeute

PM = psychomotricien ; PP = pédicure-podologue

A chaque professionnel, est attribué un numéro pour le distinguer parmi ses collègues.

III-3-3 L'analyse des résultats

En tout premier lieu, à partir du tableau n° 1, si l'on remarque que la majorité des masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes connaissent le dossier du patient élaboré pour leur profession selon la méthodologie de l'A.N.A.E.S., un seul masseur-kinésithérapeute l'utilise 18 mois après sa diffusion, les deux ergothérapeutes l'utilisent déjà avant même qu'il ne soit sur le site de l'A.N.A.E.S. et ce, grâce aux circuits associatifs. Au moment de l'enquête, il n'existait pas de dossier pour les deux autres professions de rééducation représentées.

Tous sauf un masseur-kinésithérapeute utilisent un dossier et souhaitent qu'il soit commun à l'ensemble des rééducateurs. D'ailleurs, il n'existe pas de différences quant aux données qu'ils souhaitent voir apparaître dans le dossier. Les données administratives, sociales et médicales sont utiles pour l'ensemble des rééducateurs : tous travaillent selon une démarche professionnelle se fondant sur une prescription, des évaluations au début de la prise en charge, des objectifs, une mise en œuvre de ces objectifs par différents moyens adaptés, des évaluations au cours et à la fin de l'intervention.

Aussi 20 réponses concernent les données médicales au sens large, émanant de 11 professionnels. 10 réponses s'appliquent aux évaluations et 12 intéressent le suivi et l'évolution de la prise en charge, avec les conseils et les recommandations prodigués au patient (10 professionnels). Ces réponses correspondent aux démarches de prise en charge classiques, le plus souvent sur un modèle biomédical mécaniciste et subordonné à la médecine. Dans le même sens, peu concernent le projet du patient : seulement 2. En effet, recueillir le projet du patient, c'est une condition pour qu'il puisse être acteur, et non seulement « objet » de soins. Et c'est à corréler avec le peu de réponses vis-à-vis des relations interprofessionnelles : le seul qui en parle, c'est le masseur-kinésithérapeute K5 quand il évoque le P3I, c'est-à-dire le plan d'intervention individualisé interdisciplinaire. De même, le peu de volonté exprimée pour une communication vis-à-vis des autres partenaires extérieurs à l'institution (2 réponses). Non seulement le projet du patient ne semble pas être une préoccupation majeure, mais la communication et la transmission n'apparaissent pas prioritaires vis-à-vis des autres professionnels et des relais extérieurs : l'exercice professionnel prend alors une forme individualiste.

C'est aussi à mettre en relation avec la question n° 7 (tableau n°1) qui n'a reçu que deux seules réponses : les modèles du handicap et de la rééducation restent non explicités, les

professionnels n'ont aucunement conscience d'être assujettis à une certaine vision du monde, le « *paradigme mécaniciste* » avec son « *brin rationnel* » [VIAL, in BONNIOL, 1997, 31]. En comparant ces résultats avec ceux produits par un sous-groupe de travail réunissant une partie de ces étudiants cadres [Annexe IV, exercice A], donc travail collectif au cours de la séance pédagogique qui a suivi ce questionnaire, sans que les résultats de celui-ci n'aient été divulgués, nous remarquons une réponse nouvelle, c'est celle qui est relative au « *degré de satisfaction du patient* ». La synthèse réalisée par les étudiants leur permet de penser à la satisfaction du patient alors qu'ils ne se préoccupent pas de connaître son projet et de lui proposer de définir un projet de rééducation.

Quant au tableau n° 3, il nous renseigne sur les objectifs que les professionnels poursuivent quant à l'instauration et à la tenue des dossiers. Un des étudiants cadre a répondu à cette question par un point d'interrogation. N'a-t-il pas compris la question ? Mais comment peut-on mettre en place un dossier et le tenir à jour si on n'a pas d'objectif quant à sa tenue régulière ? Parmi les objectifs poursuivis, se retrouvent la qualité des soins (6), l'évaluation et l'évolution de la prise en charge (3+7), la responsabilité, la clarification de la prescription médicale et la traçabilité (5), la conformité à l'accréditation et à la nomenclature libérale, mais aussi les transmissions (9) et les relations interprofessionnelles (3), les bilans ou les relais à la sortie (4). Et là apparaît un paradoxe : on peut afficher un objectif de communication interne et externe mais on n'organise pas le dossier en conséquence.

Ce qui suggère que le décloisonnement dans les institutions sanitaires voulu par certains n'est semble-t-il qu'un voile de bonnes intentions mais pas encore en germe dans toutes les têtes des professionnels, même si les conceptions avancent dans les formations interprofessionnelles de cadres de santé. Les items apparaissant dans le tableau n° 3 sont en concordance avec la synthèse de l'exercice A collectif, dans lequel « *améliorer la qualité des soins et la prise en charge globale du patient* » est l'objectif principal affiché, intention louable certes mais qu'il faut pouvoir mettre en œuvre par une organisation pensée et partagée.

III-4 La mise en œuvre du dossier du patient : adaptation et accompagnement

Au travers de l'analyse des travaux de l'A.N.A.E.S. et de ce questionnaire, nous pouvons identifier des éléments importants que nous chercherons à repérer auprès des ergothérapeutes :

- d'une façon générale, les recommandations produites dans le milieu médical et para-médical ont peu d'impact sur les pratiques professionnelles, même quand elles sont connues ; ainsi, 18 mois après la diffusion de la recommandation relative au dossier, les masseurs-kinésithérapeutes n'en tiennent pas compte ;
- la plupart des rééducateurs utilisent un dossier dans lequel n'est pas explicité le modèle du handicap et de la rééducation qui le sous-tend ;
- des rééducateurs souhaitent partager un dossier commun ;
- le projet du patient est peu recherché et recueilli ; la transmission et la communication n'apparaissent pas être une priorité pour la continuité des soins ;
- les expériences dans le milieu médical et para-médical suggèrent que l'adaptabilité du dossier est indispensable pour qu'il convienne à la diversité des pratiques des professionnels ;
- ces mêmes expériences soulignent la nécessité d'accompagner les professionnels pour la mise en œuvre du dossier car l'information seule ne suffit pas.

Avant de mener une investigation auprès d'ergothérapeutes, il nous semble nécessaire de préciser quelques notions et concepts afin de pouvoir appréhender ce qui est en jeu dans l'appropriation d'une recommandation et le changement dans les pratiques professionnelles.

IV- De la recommandation professionnelle au changement dans les pratiques professionnelles

IV-1 De la recommandation...

Les recommandations professionnelles sont définies par l'A.N.A.E.S. comme « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* » [A.N.A.E.S., 2001, 3]. « *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* » [Ibid., 3].

Dans cette définition, le praticien et le patient peuvent rechercher ensemble quel serait le soin le plus approprié : il est donné au patient un statut de sujet et non plus d'objet de soins, il s'agit d'une co-responsabilité partagée [LAGREE, 2002]. Déjà amorcée depuis quelques années, la tendance se confirme avec la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Suzanne RAMEIX évoquait, il y a quelque temps, la relation paternaliste « *fondée sur le principe de bienfaisance* » à l'égard d'un malade qui se présente « *comme un enfant que le médecin soutient et protège, et qu'il décharge de la responsabilité de décision* », et la relation d'autonomie dans laquelle « *le malade est d'abord, entièrement informé par un médecin qui est son égal, dans une relation prestataire de service* » et « *responsable des décisions thérapeutiques qui le concernent* » [RAMEIX, 1995, 1]. La relation s'oriente vers le contrat passé avec le patient : ce n'est que de sa demande que naît le contrat thérapeutique et il est responsable de son application dès lors que son consentement libre et éclairé est requis [HERNANDEZ, 1998, 4].

Par la diffusion des recommandations, l'A.N.A.E.S. reconnaît que le patient puisse être un partenaire du soin. Il n'en reste pas moins que dans la relation soignant-soigné persiste un déséquilibre : au-delà du savoir, et de ses représentations, cette inégalité dans la relation relève autant de la technique maîtrisée par le seul soignant que de ce besoin d'abandon confiant vis-

à-vis de soignants reconnus compétents, éprouvé par de nombreux soignés dans ce moment de fragilisation physique et psychique que représente l'événement pathologique.

Par ailleurs, l'aide à la décision est fondée sur les données actuelles de la science et l'opinion d'experts : la science est reconnue pour ce qu'elle est, toujours en évolution et en doute, et non pas mise sur le piédestal de la rigueur infaillible. C'est en cela que le terme de recommandation est plus approprié que le terme d'obligation.

En effet, le mot recommandation vient du verbe recommander, formé de « re- » et de « commander », issu du latin *commandare* d'après *mandare*, confier, charger¹⁸. Confier a donné au verbe une attention bienveillante dans la désignation d'une personne à la protection d'une autre personne, avant qu'il ne donne le sens de rendre quelqu'un digne d'estime, de considération, ou encore de vanter les mérites et les avantages de quelque chose à l'attention de quelqu'un. Le préverbe « re- » marque un mouvement en arrière ou un retour à un état antérieur : il peut donner l'idée d'une réciprocité (dans l'adjectif *reciprocus*)¹⁹. Ainsi une recommandation n'est pas une obligation, mais plutôt l'action de conseiller avec insistance quelque chose à quelqu'un²⁰ pour son bien-être, c'est en ce sens qu'il y a mouvement de réciprocité car toujours adressée à quelqu'un qu'on estime digne aussi de recevoir une recommandation.

Dans le domaine de la santé, les recommandations peuvent apparaître des références pour la profession : « loin d'avoir une démarche normative, l'A.N.A.E.S. 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 » [A.N.A.E.S., 2001 3]. Elles visent une amélioration de la qualité des soins par un changement de pratiques professionnelles afin que celles-ci soient les plus adaptées possible. Mais à trop les prendre au pied de la lettre, certains professionnels pourraient y voir une tentative d'homogénéisation des pratiques professionnelles, sur le modèle de la norme, ou de la certification. Au-delà, le souci d'optimiser les ressources à mobiliser renvoie bien à l'idée de critères économiques et de la recherche d'une plus grande efficacité par le meilleur rapport qualité/coût. Reste ainsi questionné ce qu'est une recommandation pour l'A.N.A.E.S. et ce que les professionnels

¹⁸ REY A. (dir.), *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, Paris : Éd. Le Robert, 1998, p. 811.

¹⁹ ERNOUT A., MEILLET A., *Dictionnaire étymologique de la langue latine*, Paris : Éd. Klincksieck, 1979, p. 565-566.

²⁰ ROBERT P., *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris : Éd. Le Robert, Tome VIII, 1985, p. 103.

peuvent entendre dans ce refus affiché de démarche normative, mais la plus rigoureuse et objective qui soit, dans des situations cliniques souvent inédites.

IV-2 ... à l'évaluation : entre contrôle et régulation

Par leur existence, les recommandations professionnelles peuvent permettre un contrôle social dans la conception normative de la recommandation ou bien une régulation par une incitation à discuter les pratiques, à les évaluer, pour les faire évoluer : imposer le même dossier du patient en ergothérapie, par exemple, quel que soit le secteur ou le mode d'exercice, ou permettre un temps d'appropriation pour choisir et élaborer le dossier le plus adapté. Il pourra s'agir d'améliorer les pratiques et d'exercer un choix des pratiques les plus appropriées, mais la prise d'initiative et la créativité seront-elles favorisées dans les deux cas ? Ce changement souhaité dans les pratiques relève-t-il de l'ordre imposé au professionnel par une loi, une norme, ou de l'appropriation individuelle et collective ? Deux logiques peuvent être ainsi en jeu : le contrôle ou l'évaluation-régulation. S'opposent-elles ?

La logique du contrôle conduit à surveiller, mesurer, juger, vérifier un résultat, « *un projet fini et total. A la limite, l'idéal du contrôle est de tout contrôler et que rien n'échappe à l'inspection du regard, avec toujours cette visée permanente d'établir, au final, une conformité totale entre l'objet contrôlé et le registre qui sert de modèle. (...) Contrôler consiste à mesurer les écarts et les variations entre un référé et un référant constant sinon immuable, puisqu'il sert d'étalon permanent* » [ARDOINO & BERGER, 1986]. C'est la logique la plus courante autant pour les évaluateurs, que peuvent être les cadres, la hiérarchie de l'organisation, les collègues eux-mêmes, que pour les évalués. Se conformer au produit attendu. Ne pas injecter d'inattendu, de créativité, de fantaisie. Alors que pour ces mêmes auteurs, « *le projet d'évaluation est un processus infini et par conséquent toujours partiel, puisque le sens est sans cesse remis en cause par l'évolution de chaque situation. (...). L'évaluation en ce qu'elle pose la question du sens, consiste essentiellement à produire, à construire, à créer un référant en même temps qu'elle s'y rapporte* » [Ibid.].

Selon Michèle GENTHON, l'évaluation-régulation est à appréhender comme une logique interactive. « *Une approche systémique peut permettre de considérer l'évaluation-régulation comme un sous-système constitué de boucles d'informations rétroactives qui peuvent avoir deux fonctions : l'une de conserver le sens du projet initial en induisant le réajustement des écarts qui gêneraient la cohérence, l'autre d'ouvrir, de construire de nouvelles*

significations et de proposer de nouvelles orientations, en exploitant les écarts pour provoquer du changement. Ces deux fonctions qui paraissent contradictoires, sont néanmoins nécessaires, dans leur complémentarité, à la survie et à l'évolution du système » [GENTHON, 1997, 61].

Pour le dossier du patient en ergothérapie, l'évaluation-régulation peut être mise en œuvre pour non seulement conserver le sens du projet initial (un dossier pour chacun des patients, qui assure traçabilité, amélioration de la qualité et continuité des soins, confidentialité, optimisation de l'utilisation des ressources) mais aussi élaborer un document qui donne sens au travail, à l'intervention ergothérapique autant pour les professionnels que pour les patients. Le sens n'est-il pas « un tissage de relations » ? [BALPE, 2002, 344]. « *Le sens se calcule toujours entre le prévisible (les choses ont déjà été dites, sont connues et immédiatement acceptées) et l'aléatoire (les choses n'ont pas encore été dites et sont dans l'ordre d'un possible ouvert) : une partie en est toute faite, alors qu'une autre se construit » [Ibid., 345].* Comme le dit le poète Antonio MACHADO, le chemin se fait en marchant :

*« ...caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino... »²¹.*

Il ne s'agit pas de construire un outil « conforme » mais de concevoir un dossier légitime au regard des professionnels, des secteurs et des formes d'exercice, et au regard des besoins des patients. C'est aux professionnels eux-mêmes qu'il revient de définir ce dont ils ont besoin au risque sinon de scléroser et l'outil et la pratique. Aussi est-il nécessaire au préalable qu'ils évaluent leurs pratiques afin de concevoir un outil en lien avec ce qu'ils souhaitent faire de ces pratiques, pour quoi et comment les faire évoluer.

Pour Jacques ARDOINO et Guy BERGER, « *l'évaluation, parce qu'elle est un processus, est indissociable d'un "vécu" historique et temporel* » [1986]. Évaluer les pratiques, c'est donc les ancrer dans une histoire sociale et individuelle, celle du secteur de la rééducation et de la réadaptation, en France et au niveau mondial (comme nous l'avons vu par les références mondiales de classification du handicap), mais aussi dans une institution et dans une équipe, sans oublier l'inscription professionnelle de chaque acteur et son cheminement personnel dans la relation de travail.

²¹ « ... voyageur, il n'y a pas de chemin/ qui ne se fasse sans marcher/ le chemin se fait en marchant... », MACHADO A., "Proverbios y cantares", *Poesías*, Barcelona : Losada S.A., 1998, 210.

Pour Michel VIAL, dans l'évaluation se met en jeu un processus d'auto-questionnement : « *L'auto-questionnement, c'est-à-dire la faculté qu'a le sujet de se poser des questions essentielles sur l'intérêt de ce qu'il fait* » [VIAL, 1997a, 23]. Il interroge sur le sens donné à l'activité par soi-même et par autrui. « *L'auto-questionnement n'est pas l'analyse distanciée appelée analyse critique. (...) Dans l'auto-questionnement, cette distance est réduite au maximum : je parle de moi, je me pose des questions sur moi, sur mon projet* » [VIAL, 1997b, 58].

IV-3 ... des pratiques professionnelles

En référence à Francis IMBERT²², Michel VIAL rappelle qu'évaluer les pratiques professionnelles renvoie à une « *réflexion sur la praxis, c'est-à-dire sur la pratique conduite par des personnes et pas seulement des agents* » [VIAL, 1997a, 13]. Interviennent alors le temps en tant que durée, l'histoire de la personne et son rapport au contexte social et professionnel. Jean-François BLIN précise que « *les activités professionnelles (...) ne sont jamais des structures totalement déterminées par les contraintes de production mais des construits sociaux élaborés dans des situations de travail* » [BLIN, 1997, 159] et qu'elles doivent être étudiées « *au travers des dynamiques qui lient leurs composantes* » [*Ibid.*, 161], à savoir les pratiques, les identités et les représentations. Cette étude dont nous sommes porteuse dans le cadre d'un DESS ne s'attachera pas à analyser l'ensemble des activités professionnelles mais ce qu'en dit Jean-François BLIN nous permet de comprendre qu'évaluer les pratiques professionnelles touche aux interrelations avec les identités et les représentations. C'est pourquoi il est aussi difficile de préciser ce que sont les pratiques professionnelles.

Les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être ne suffisent pas à cerner les pratiques professionnelles. Les gestes professionnels et les pratiques sociales s'interpénètrent et se tissent ensemble pour former les pratiques : la façon de dire bonjour ou de prendre son café peut appartenir autant aux gestes professionnels qu'aux pratiques sociales, de même le remplissage d'un dossier en fonction des habitudes du service ou du médecin-chef. Jean-François BLIN propose un « système des activités professionnelles » qui tente de décrire les relations qui unissent :

²² IMBERT F., *Pour une praxis pédagogique*, Vigneux : Éditions Matrice, 1985.

- «- les conditions réelles d'exercice des activités : contexte ;
- l'émergence de groupes se construisant leurs propres règles : identités ;
- les styles d'intervention propres à chaque groupe : pratiques ;
- les savoirs impliqués partagés dans les groupes : représentations ;
- les capacités à mobiliser tout ou partie des ressources : compétences » [Ibid., 161].

Ainsi les pratiques sont rapportées aux styles d'intervention de chaque groupe professionnel, ce que d'autres auteurs appellent « genre ». En effet, Yves CLOT fait la distinction entre « *style de l'action* » et « *genre professionnel* ». Le style est « *la transformation des genres par un sujet, en moyens d'agir dans ses activités réelles* » et « *le genre, lui, n'est rien d'autre que le système ouvert des règles impersonnelles non écrites qui définissent, dans un milieu donné, l'usage des objets et l'échange entre les personnes* » [CLOT, 2000, 43].

Dans le champ de l'histoire des arts, Roland RECHT²³ rappelle que ce n'est qu'à partir du XVIII^e siècle que « *le style va désigner des caractères apparents de l'œuvre d'art que l'on peut mettre en relation avec un nom propre* » [RECHT, 2002]. Le style apparaît comme la manière de faire, d'exprimer en tant que langage individuel mais aussi comme aboutissement d'un processus sélectif mettant en jeu trois agents que sont le commanditaire, le modèle et l'artiste : le commanditaire représente la destination première de l'œuvre, le modèle peut être explicite ou implicite, et l'artiste œuvre avec sa subjectivité. Ne pouvons-nous pas examiner les pratiques professionnelles avec cet éclairage : la commande institutionnelle, le genre du groupe professionnel avec ses référents plus ou moins explicites et la pratique de l'acteur toute empreinte de sa subjectivité quant à la situation donnée et quant à ses implications ?

« *Pour Goethe, le style est la manifestation la plus haute du génie individuel* » [Ibid.], et « *A propos de la poésie de Mallarmé, Paul Valéry parle de "la forme du sens" qui distingue la poésie de la prose. La forme du sens : c'est ainsi que nous pourrions définir le style* » [Ibid.]. Dans n'importe quelle pratique professionnelle, nous nous devons de tenir compte des divers styles respectant par là-même les professionnels tout en comprenant le sens donné à l'action.

D'autant que bon nombre d'auteurs s'accordent sur le fait que le travail réalisé ne peut se réduire au seul travail prescrit. Ainsi, Guy JOBERT écrit-il que « *les activités des*

²³ Roland RECHT est professeur au Collège de France (Chaire d'histoire de l'art européen médiéval et moderne).

professionnels contiennent, par leur nature même, une marge importante d'indétermination qui échappe aux règles codifiées et transmissibles » [1985, 140] : il faisait suite à de très nombreux travaux sur cette problématique, que ce soit WALLON²⁴, dès 1932, quant au système taylorien, ou que ce soit plus récemment DEJOURS, LE GUILLANT, LEPLAT ou SCHWARTZ²⁵, par exemple. Dans *La fonction psychologique du travail*, CLOT décrit très bien ce qui est en jeu invisible par rapport au jeu visible de l'acteur : tout le travail psychologique de l'évaluation de la tâche à entreprendre, de l'anticipation, de la conception, de l'organisation, ... en amont de l'action et au cours de l'action encore. Et Edgar MORIN parle de *production* de manière dialogique : « *Créer et copier (reproduire un modèle, un programme) sont les deux pôles, opposés et éventuellement liés, du concept de production* » [MORIN, 1977, 158]. Dans l'acte produit, il y a du même (copier selon les normes) et du différent, du autre (créer) par le fait que c'est un acteur qui produit et pas seulement une machine.

Les pratiques professionnelles sont instituées, mises en œuvre par les professionnels : toute pratique met en jeu des normes sociales mais active aussi la vision de ce que chaque professionnel veut faire et produire. Une pratique professionnelle s'appréhende par ce qui est fait, par la norme à partir de laquelle cela est fait, par ce qui est mobilisé au niveau personnel en tant qu'intention, volonté, désir, résistance, « négaticité »²⁶ ..., par le lieu où la pratique est réalisée, par la situation dans laquelle la pratique se déroule. Les pratiques professionnelles s'inscrivent dans des situations données : or « *une situation comprend les perceptions, les représentations et les connaissances que les acteurs peuvent, plus ou moins consciemment en avoir* » [ARDOINO, 1992, 3]. Cette actualisation de l'expérience est donc instituée et située dans un cadre spatio-temporel : la pratique professionnelle est à la fois une construction historique, en référence aux textes légiférant l'exercice professionnel et aux représentations professionnelles antérieures, et une construction quotidienne, par transformation des représentations dans l'exercice des activités [BLIN, 1997, 161]. « *Toute interprétation d'un rôle est en quelque manière une réécriture d'où émerge un sens nouveau et singulier par rapport au texte qui l'a initialement fixé ; il suppose une lecture appropriative de ce texte* » [DONNADIEU, 1998, 23].

²⁴ WALLON H., « Culture générale et orientation professionnelle » (1932) in *Lecture d'H. WALLON. Choix de textes* (pp. 205-219), Paris : Éditions sociales, 1976.

²⁵ DEJOURS C., LE GUILLANT L., LEPLAT J., SCHWARTZ Y. : se référer à leurs ouvrages et à leurs contributions en psychologie du travail et en psychopathologie (abondante bibliographie dans CLOT Y., *La fonction psychologique du travail*, Paris : PUF, Coll. Le travail humain, 1997).

²⁶ Négaticité définie par Jacques ARDOINO comme « *la capacité individuelle et collective de déjouer par des contre-stratégies appropriées les stratégies dont on se sent être l'objet* » [2000, 29].

IV-4 Le changement ...

Avant d'aborder le changement dans les pratiques, il convient de proposer une définition du changement. En effet, ce terme est polysémique et ses sens s'étendent de la crise, parfois vécue comme une *mise à mort* [KAES, 1979, 6], jusqu'au changement qui apporte continuité ou retour à l'état antérieur²⁷, comme après le cycle d'une révolution, en passant par le changement opérant création, nouveauté.

Le vocable changement apparaît au XII^e siècle sous forme de *cangement*, dérivant du verbe *changier*, venant du bas latin *cambiare* et du latin impérial *cambire* qui veut dire « changer, troquer », l'origine en est probablement celtique. Le changement c'est « *le fait de changer, de ne pas rester le même, avec l'idée de modification dans le temps* ». Ce peut être aussi « *le fait d'abandonner une chose, une personne pour une autre* », (et nous retrouvons le sens de troquer) ou bien « *une modification d'état, de nature, de situation, qui transforme* ». Dans d'autres cas, le changement est « *l'état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique (choses, circonstances, états psychologiques)* » ou encore « *une modification d'une caractéristique dans un continuum spatia*²⁸ ». Dans changer apparaît aussi l'idée de « *convertir, métamorphoser, muer, transfigurer, transformer* », ou « *de rendre quelque chose autre ou différent* » (c'est un des sens de modifier) ou encore en tant que verbe intransitif sans complément, l'idée de « *devenir autre, différent, éprouver un changement*²⁹ ».

Alain REY apporte d'autres précisions sur le verbe changer par le fait qu'il viendrait du *vocabulaire commercial*. Et « *qu'il aurait progressivement évincé muer (du latin mutare)*³⁰ ». Deux axes apparaissent pouvoir nous intéresser : l'un concerne les repères spatio-temporels puisqu'il y aurait modification dans le temps alors qu'il pourrait y avoir un continuum spatial, le changement est donc possible avec le temps sur une même chose, une même situation ou une même personne. L'autre axe se joue sur le troc ou la modification : abandonner pour ou devenir

²⁷ « *Le proverbe français selon lequel plus les choses changent plus elles restent pareilles est davantage qu'un mot d'esprit* », WATZLAWICK P., *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris : Seuil, Coll. Points Essais, 2000, p. 19.

²⁸ ROBERT P., *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris : Éd. Le Robert, Tome II, 1985, p. 482.

²⁹ *Ibid.*, p. 483.

³⁰ REY A. (dir.), *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, Paris : Ede. Dictionnaires Le Robert, 1998, p. 697.

autre, différent, « muer ». Nous comprenons bien là qu'il y a action de la part du sujet : on ne troque pas a priori pour moins bien, ce qui suppose d'évaluer et d'opérer un choix ; on ne devient pas autre s'il n'y a pas nécessité ou désir, c'est encore le sujet qui décide de changer.

Edgar MORIN nous rappelle que le changement est lié à la notion d'évolution à partir de la fin du XVIII^e siècle quand « *le mot Révolution signifie, non plus recommencement du même par le même, mais rupture et changement* » [MORIN, 1977, 34]. La théorie des systèmes montre que tout système est régi par la relation trinitaire : organisation–ordre–désordre, sachant que « *c'est dans les systèmes fondés sur la réorganisation permanente que le désordre est "détourné", capté (la désorganisation devenant un constituant de la réorganisation), sans être toutefois résorbé ni exclu, sans qu'il ait cessé de porter en lui sa fatalité de dispersion et de mort* » [Ibid., 132]. Ainsi le désordre a deux visages, celui de la désorganisation et celui de la réorganisation. La perturbation, qu'elle soit interne ou externe, permet le déblocage de potentialités inhibées, la levée de contraintes et le développement des rétroactions positives. Le changement apparaît alors inhérent au système du fait d'un ordre organisationnel « *relatif, fragile, périssable, mais aussi, évolutif et constructif* » et d'un désordre « *présent de façon potentielle et/ou active* » [Ibid.].

La crise, quant à elle, vient du grec *krisis*, décider ; c'est une forme de changement brusque, une irruption qui surprend, qui peut correspondre à une rupture. René KAES nous rappelle qu' « *à l'origine, la mise au monde est mise en crise, dérèglement multiple* » [KAES, 1979, 4], qu'un certain nombre d'autres crises vont suivre qui nous sont tout autant nécessaires, et que « *penser l'homme en crise, c'est le penser comme un système vivant en organisation, désorganisation et réorganisation permanente* » [Ibid., 13-14]. En se fondant sur l'espace potentiel défini par D. W. WINNICOTT³¹, René KAES nous invite à explorer les espaces transitionnels, de possible transition vers la création, que dès notre plus jeune âge, nous empruntons pour dépasser les diverses crises que nous vivons. Chez Sigmund FREUD, « *il y a une théorie implicite du changement (...) elle s'ordonne en trois stades* » [Ibid., 76] : ainsi, le premier « *concerne les représentations, leurs équivalences et leur inscription dans un des deux systèmes de pensée* », le second « *concerne le déplacement des investissements libidinaux et l'aptitude du sujet à déplacer ses investissements* » et le troisième « *concerne les remaniements d'investissements des objets intériorisés sur le mode de l'identification et les*

³¹ WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris : Gallimard NRF, Coll. Connaissance de l'inconscient, 1975.

effets de ces remaniements dans la dynamique des conflits intersystémiques ». Le changement est donc compris comme déplacement et remaniement des investissements libidinaux à partir de représentations. Toujours dans la perspective psychanalytique, Daniel LAGACHE³² a étudié le changement au cours du processus analytique : « *En termes de pulsions de vie et de pulsions de mort, le changement peut être décrit en deux temps. D'une part, il suppose le désinvestissement des structures défensives et l'amortissement des opérations défensives qui en procèdent (...). D'autre part, les aspects positifs du changement supposent la réunion des pulsions de mort aux pulsions de vie* » [Ibid., 76-77]. Le changement peut ainsi apparaître comme un effet du jeu dialectique entre *Éros* et *Thanatos*.

Pour Paul WATZLAWICK, « *le changement implique toujours le niveau immédiatement supérieur : pour passer par exemple de l'immobilité au mouvement, il faut faire un pas en dehors du cadre théorique de l'immobilité* » [WATZLAWICK, 1997, 25]. Il définit deux niveaux de changement : un changement de niveau 1 qui est sans effet sur le système à l'intérieur duquel il opère [WATZLAWICK, 2000, 28] et, un changement de niveau 2 qui oblige à sortir du système à l'intérieur duquel le changement opère : c'est le passage à un autre système, c'est l'ouverture vers la création, « *le changement 2 a toujours la forme d'une discontinuité ou d'un saut logique* » [Ibid, 30].

Dans *Les racines du consultant* [1988a, 216-218], Jean-Jacques BONNIOL a, quant à lui, tenté de repérer trois types de changement :

- *le développement dans la stabilité, dans la continuité*, tel qu'il nous est possible de le remarquer dans le changement d'un enfant qui grandit ; ce changement est régi par trois principes que sont *les principes d'identité, de non contradiction et du tiers exclu* ;
- *le changement rupture, le changement mutation* dans lequel opèrent *les principes d'altérité (voire d'altération), de tiers inclus et de la contradiction* ;
- *le changement hybride* sur le principe de l'innovation et qui allie le changement dans la continuité et le changement rupture.

³² LAGACHE D., « Pour une étude sur le changement individuel au cours du processus psychanalytique », *Bulletin de l'Association Psychanalytique de France*, 1967, n° 3, 7-43.

IV- 5 ... dans les pratiques professionnelles

A partir de ces différents axes de réflexion, que pouvons-nous retenir qui nous serve pour évaluer les changements dans les pratiques professionnelles ? « *Le changement traduit aussi la capacité d'innover, de recréer. Il est traduction d'un état d'autonomie active* » [STEVENIN, 1990, 26]. Le changement ne s'engage que si le sujet le décide, qu'il décide d'ailleurs de se laisser faire ou qu'il décide d'agir. Le consentement du sujet correspond à la neutralisation ou à la mise à l'écart des forces de résistance, qu'elles soient défenses internes du sujet ou de l'organisation, qu'elles soient inaptitude à déplacer et remanier ses investissements libidinaux et ses représentations, qu'elles soient le développement de rétroactions négatives. Pour cela, il est nécessaire d'évaluer ce qui est en jeu, ce que le changement va pouvoir apporter au sujet, à l'organisation. En effet, les risques de ce changement peuvent apparaître comme une remise en cause douloureuse de la continuité de soi, de ses identifications et de ses idéaux, de sa cohérence dans son mode de penser et d'agir, de la fiabilité de ses liens d'appartenance, de l'efficacité du code social partagé [KAES, 1979, 23] mais aussi de ses représentations, en ce sens qu'elles sont « *un ensemble de connaissances et de croyances, encodées en mémoire* » [DORTIER, 2002, 24] et qu'elles sont utilisées pour communiquer avec autrui, pour rêver, imaginer, planifier et orienter nos conduites.

Le changement peut être vécu comme un intervalle instable entre une perte assurée et une acquisition incertaine. « *Entre l'idée d'altération et celle d'alternance, le changement pose l'interrogation de la rupture ou de la continuité* » [STEVENIN, 1990, 25]. Aussi la proposition de Jean-Jacques BONNIOL de préférer le changement hybride dans les organisations a un grand intérêt : garantir l'identité, « *enfant métis et bâtards et métèques de l'identique et de l'autre* » [BONNIOL, 1988a, 218] et pourtant toujours laisser entrevoir l'innovation.

Quant à l'évaluation du changement dans les pratiques, l'exercice peut sembler difficile car il n'existe pas de références ou de normes de pratiques sauf celles considérées comme telles par les professionnels eux-mêmes : ouvrages, formation initiale, formation continue, pratiques expertes... Au regard de ce que nous avons évoqué, le changement est en lien avec le temps, il est donc relatif. Dans la mesure où nous avons développé que les acteurs participent activement au changement, nous faisons le choix de faire parler les professionnels eux-mêmes du changement dans leurs pratiques professionnelles et qu'ils délimitent eux-

mêmes la borne de départ de l'évaluation de leurs pratiques et du changement dans leurs pratiques.

IV-6 Les représentations liées aux recommandations

En situation professionnelle, tout acteur développe des pratiques en se positionnant par rapport aux exigences, aux contraintes et aux injonctions mais aussi en tenant compte de son éthique et de la déontologie professionnelle, de son expérience et de la compréhension de la situation. « *Cela suppose la capacité à penser, par soi-même et dans son groupe de travail, ses activités, autrement dit à les concevoir, à les organiser et les mettre en pratique mais aussi à en construire le sens. L'exploration du langage, des actes de communication posés dans un contexte organisationnel est donc indispensable pour saisir, en partie, le sens des activités professionnelles* » [BLIN, 1997, 160]. Pour autant, l'expérience du travail ne peut jamais être parfaitement décrite par des mots et des phrases, dans l'instant car il existe toujours dans toute activité une part d'inédit.

Par le fait que nous choisissons de faire parler des professionnels sur l'impact de la recommandation de l'A.N.A.E.S. relative au dossier du patient en ergothérapie, nous croisons le chemin des représentations et des pratiques : quelles représentations ont les professionnels de leurs pratiques professionnelles, d'une recommandation, de la recommandation de l'A.N.A.E.S, du changement dans leurs pratiques professionnelles ?

Dans le champ psychanalytique, Sigmund FREUD a désigné trois dimensions pour le concept de représentation, que nous présente René KAES [1997] :

- la « *représentation rend compte de la présentation d'un objet dans l'espace psychique et de la figuration, visuelle, imagée, de cet objet* » [Ibid., 106] et la « *présentation-figuration concerne le rapport d'un sujet à un autre sujet* » en tenant compte du regard, de la mise en scène et de l'effet produit par la manière de la présentation (séduction, domination, répulsion) [Ibid., 107].
- La « *représentation rend compte soit d'un contenu, soit d'un processus de l'activité de pensée* » : il s'agit d'un processus de « *représentation d'un objet qui s'est absenté, constituant par là même un objet pour cet objet manquant ; un mouvement de désir le représente dans l'espace psychique* » [Ibid., 107].

- La « *représentation désigne la délégation d'un élément d'un ensemble dans un autre : ainsi le concept de représentant-représentation définit la délégation de la pulsion dans le domaine de la représentation* » [Ibid., 107].

La représentation est donc un travail psychique : effet d'objet par la présence là où se marque l'expérience de l'absence ou du défaut d'objet, effet de subjectivité introduit par le refoulement, effet de censure, effet de sens et de vérité. « *Ce travail de la représentation obéit à la nécessité interne de l'appareil psychique d'obtenir une satisfaction par le moyen de la représentation, ce qui s'entend aussi bien comme la recherche de l'objet, l'apaisement de la pulsion et le plaisir du fonctionnement représentationnel* » [Ibid., 110-111]. Selon Serge MOSCOVICI, la lecture de Freud montre que les représentations sont marquées par les conflits psychiques et les échanges sociaux : le travail d'intériorisation fait passer les représentations « *de la vie de tous dans la vie de chacun, du niveau conscient au niveau inconscient* » [MOSCOVICI, 1997, 94-95].

En psychologie sociale, la théorie des représentations a été abordée en tout premier lieu par Serge MOSCOVICI en 1961 dans *La psychanalyse, son image et son public*³³. Jean-Claude ABRIC rappelle la définition de la représentation : « *on appelle représentation "le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique". La représentation est donc un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation* » [ABRIC, 1997, 206].

Jean-François DORTIER, dans un dossier qu'il a coordonné pour *Sciences Humaines*, résume ce que les recherches ont dégagé comme idées-forces : « *les représentations mentales sont organisées ; elles sont stables ; elles sont utiles ; elles sont vivantes* » [DORTIER, 2002, 25].

Notre mémoire encode des objets que nous identifions par ressemblance avec un prototype de référence : elle les rassemble autour de schémas simples, cohérents et familiers. « *La vision des représentations mentales organisées en petits noyaux de sens est l'une des thèses centrales de la psychologie sociale* » [Ibid., 26]. Les représentations sont bâties autour d'un noyau correspondant à quelques principes directeurs. Autour de ce noyau de base,

³³ MOSCOVICI S., *La psychanalyse, son image et son public*, Paris : PUF, 1976 (2^{ème} édition).

s'agrègent des « *éléments périphériques* ». Le noyau aurait une fonction génératrice de sens et une fonction organisatrice ; les éléments périphériques assureraient une fonction concrète et opérationnelle de décodage des situations sociales [MOLINER, 1996, 60-61].

Les représentations sont stables du fait d'un triple ancrage : psychologique, social et institutionnel. L'enracinement psychologique est lié à la formation de schèmes de perception et de comportement acquis tôt dans l'enfance, selon les travaux de Jean PIAGET. L'ancrage social vient s'y ajouter : « *Les routines mentales, les mécanismes d'influence et de subordination aux normes de groupe assurent tout d'abord une stabilité des représentations dans la vie quotidienne ou le travail* » [DORTIER, 2002, 27]. Certaines représentations s'ancrent plus que d'autres parce qu'elles apportent une fonction de décodage du monde. C'est ce que Jean-Claude ABRIC évoque en étudiant les représentations sociales : celles-ci possèdent quatre fonctions, une fonction cognitive, une fonction d'orientation de l'action, une fonction de justification des pratiques et une fonction identitaire [DORTIER, 2002, 27]. Reprenant les thèses de Jean-Claude ABRIC, Pascal MOLINER repère deux pôles essentiels dans les représentations sociales :

- un pôle descriptif dans lequel le noyau assure un rôle structurant de définitions et les éléments périphériques un rôle dans les descriptions donnant un caractère opérationnel pour les processus de catégorisation,
- et un pôle évaluatif dans lequel les cognitions centrales jouent le rôle de normes et les cognitions périphériques assurent un rôle quant aux attentes, c'est-à-dire les désirs et les craintes à l'égard de l'objet de représentation, « *critères d'évaluation attitudinale³⁴ de l'objet* » [MOLINER, 1996, 97-99].

Définitions, descriptions, normes et attentes permettent d'organiser les représentations sociales et de jouer un rôle de filtre cognitif en interprétant toute nouvelle information dans les cadres mentaux préexistants. L'assise institutionnelle est un autre facteur de stabilité des représentations : les diverses institutions (école, État, médias, partis politiques, ...) produisent et transmettent des représentations et les consolident.

Les représentations sont utiles et fonctionnelles : « *elles nous servent aussi à évaluer les objets et à agir* », « *elles véhiculent de véritables petits modes d'emploi* », « *elles sont des guides pour l'action : elles construisent nos goûts et nos dégoûts à l'égard de notre environnement* » [DORTIER, 2002, 29]. Elles permettent de relier un phénomène à d'autres phénomènes. Notre rapport à n'importe quel objet est finalisé : il y a toujours intentionnalité,

³⁴ Pascal MOLINER utilise le terme « attitudinel », ce que d'autres définissent par « attitudinal ».

c'est-à-dire que « *les idées qui nous servent à penser le monde passent par des représentations qui sont orientées par nos désirs et nos projets* » [Ibid.]. Il n'y a pas de représentation sans intention ou projet. Prenons quelques exemples : dans un travail d'équipe, les représentations apparaissent utiles car elles permettent aux acteurs de s'entendre et de structurer leurs actions ; en formation, elles permettent que des cadres de références communs soient utilisés, activés dans les situations d'apprentissage ou dans les situations de travail.

Les représentations sont vivantes : elles présentent une grande vitalité, elles sont en permanence en transformation. « *Toute représentation, en passant d'un cerveau à un autre, est soumise à un processus de filtrage cognitif qui déforme et réinterprète les informations échangées dans les catégories nouvelles* » [Ibid.]. Le monde mental est sans fin et se réactualise : toujours « *ouverture de sens* ». Les représentations guident les pratiques, mais réciproquement ces dernières contribuent à construire les représentations et à les transformer.

Si la représentation est « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* » (cf. supra p. 48), il nous faut préciser que le processus de cette activité mentale comprend quatre phases : en premier, le passage de l'objet au modèle figuratif par un processus de décontextualisation et de recontextualisation ; en second, la catégorisation au cours de laquelle le noyau organise les images ; en troisième, l'élaboration du modèle actif en tant qu'orientation des conduites, affirmation sur la réalité ; et en dernier, la structuration hiérarchisée et cohérente autour du noyau. Ainsi, le noyau est générateur de représentations constituées par les éléments cognitifs et assure une fonction de stabilisation tandis que les éléments périphériques correspondent aux schèmes d'action et permettent l'évolution de la représentation [MOSCOVICI, 1976 ; ABRIC, 1997].

En lien avec le terrain des pratiques professionnelles, les représentations vont avoir des effets à différents niveaux pour le professionnel [STEVENIN, 2001]. La représentation que le professionnel a de lui détermine son implication et conditionne la représentation de la situation. Le professionnel a aussi une représentation de la tâche qui répond à l'objectif qu'il perçoit comme étant celui à viser dans la situation ; les relations qu'il entretient avec les autres seront établies en fonction de la représentation qu'il se construit des autres ; la représentation du contexte définit la finalité de la situation. Mais le professionnel a aussi une représentation de la représentation de l'autre sur lui-même et une représentation de sa fonction qu'il se représente

comme attendue. C'est l'ensemble de ces représentations qui façonne le sujet au niveau de son identité professionnelle et de sa propre identité : les divers filtrages opérés donnent sens à son action et à son comportement, et lui permettent de se construire au fil de la pratique et de s'adapter aux situations. « *Le professionnel devient l'élément actif de sa transformation et de toutes situations* » [STEVENIN, 2001, 3].

IV-7 Une conclusion sous forme de question

Tenant compte d'une part de l'histoire et de la présentation du dossier du patient en ergothérapie, et d'autre part de ce que nous avons développé pour préciser des notions et des concepts comme recommandation, évaluation-contrôle et évaluation-régulation, pratiques professionnelles, changement et représentations mentales, et prenant en compte nos propres implications, nous retenons quelques propositions comme celles de considérer :

- l'adaptation au contexte de travail et aux pratiques professionnelles ;
- l'évolution car les pratiques et le contexte, comme tout système ouvert, évoluent ;
- l'accompagnement car la seule information ne suffit pas à se saisir d'un document qui peut remettre en question les pratiques professionnelles et donc ses représentations ;
- l'auto-évaluation et la régulation qui permettent d'évaluer et d'interroger les pratiques professionnelles.

Mais il n'en reste pas moins que le professionnel est acteur de la transformation de sa pratique : que le changement lui soit imposé ou pas, c'est lui qui décide de ce qu'il va en faire.

Nous choisissons de regarder ces notions et concepts sous forme de binômes, ce qui permet soit d'opposer les deux termes soit de les lier :

- recommandation – obligation, pour la représentation des professionnels quant à ce dossier,
- évaluation – contrôle, pour la mise en œuvre du dossier recommandé,
- changement – immobilisme, pour l'impact sur les pratiques professionnelles.

En conclusion de la présentation du dossier du patient en ergothérapie et de l'éclairage théorique, nous formulons la question suivante :

« En quoi une recommandation, comme celle du dossier du patient en ergothérapie, produit un impact dans les pratiques professionnelles ? »

V- Une enquête sur l'impact de la recommandation de l'A.N.A.E.S. dans les pratiques professionnelles

V-1 L'objectif de l'enquête

Si le premier sens d'impact renvoie à « *collision, heurt* » et à la « *trace laissée par le projectile* », nous considérerons l'impact au sens figuré comme « *effet produit, action exercée* »³⁵, encore qu'à certains moments peuvent surgir collisions, heurts dans le quotidien des habitudes professionnelles. Notre enquête vise à mettre en lumière si la recommandation A.N.A.E.S. relative au dossier du patient en ergothérapie a un impact, ou non, et lequel, dans les pratiques professionnelles.

Ainsi, plusieurs questions peuvent être soulevées :

- Les professionnels savent-ils qu'un dossier du patient est recommandé par l'A.N.A.E.S. ?
- Si oui, quelle représentation de la recommandation en ont-ils ?
- Les professionnels se sont-ils appropriés cette recommandation dans leur pratique professionnelle, pour mettre en place ce dossier ? Et par quels moyens ?
- Est-ce que la mise en œuvre de ce dossier apporte du changement dans les pratiques professionnelles ?

Pour avoir participé activement à la réflexion sur la contribution des ergothérapeutes au développement de la qualité des soins [HERNANDEZ, 2000], [A.N.F.E., Actes 2000], [ENOTHE, 2000], et notamment à la mise en place d'un groupe de travail de l'A.N.F.E. pour l'élaboration du dossier du patient en ergothérapie, nous avons pu évaluer l'attente qu'ont les ergothérapeutes en exercice, mais aussi les étudiants en formation en ergothérapie, quant à l'élaboration de références professionnelles. Mais nous n'avons aucune illusion, qui dit attente ne dit pas mise en œuvre *in extenso*. Les références et les recommandations sont attendues mais cela n'augure en rien qu'elles soient appliquées à la lettre : si tel était le cas, cela supposerait qu'elles soient parfaitement comprises ; en outre, n'oublions pas d'envisager la « *trahison* » révélant la mise en jeu du processus réflexif et du processus de changement dans la pratique elle-même. L'appropriation n'est-elle pas toujours « *altération* » et « *interprétation* »

³⁵ REY-DEBOVE J., REY A. (dir.), *Le nouveau Petit Robert*, Paris : Le Robert, 1993, p. 1131.

[ARDOINO, 2000, 21-22], « *transformation du savoir et de la personne qui sait* » [DONNADIEU, GENTHON, VIAL, 1998, 26], « *processus complexe qui n'a lieu qu'en se donnant les moyens de mise en distance de l'objet par le questionnement* » [Ibid., 28] ?

Par notre implication associative et professionnelle quant à la diffusion du dossier du patient en ergothérapie auprès des professionnels et des étudiants, nous avons rencontré des situations où nous avons commencé à appréhender la transmission du dossier du patient en ergothérapie par les ergothérapeutes, et leur appropriation de la recommandation et du dossier.

Aussi nous nous proposons d'exposer deux volets de notre enquête, d'un point de vue chronologique : en premier, les propos recueillis auprès d'un groupe de professionnels, en second, les propos relevés au cours d'entretiens individuels d'ergothérapeutes. Chaque volet essaie de cerner le même objet : l'impact de la recommandation dans les pratiques professionnelles. Nous aurions pu occulter ce que notre pratique professionnelle et ce que notre engagement associatif nous apportait, et nous en tenir à des entretiens d'ergothérapeutes, mais il nous semble, lors de la rédaction de cette partie de notre travail, que ces apports ont nourri notre manière d'analyser les entretiens. En effet, tant l'approche et le choix des notions et des concepts théoriques, que l'élaboration de la grille d'analyse ont bénéficié de notre formation universitaire et de notre activité professionnelle et associative. Cette mise en distance de notre implication, qu'il est nécessaire de développer, ne peut se réaliser que si nous sommes lucide quant à cette implication.

Nous chercherons à répondre aux questions soulevées précédemment en nous adressant à des ergothérapeutes sur le terrain professionnel. Le premier volet peut servir à donner un aperçu sur la pratique professionnelle et donner des indications quant à un état des lieux de la pratique du dossier du patient en ergothérapie. Le deuxième volet, l'analyse des entretiens individuels, vise à comprendre la pratique professionnelle relative au dossier du patient en ergothérapie, en lien ou non avec la recommandation de l'A.N.A.E.S. C'est donc tout autant dans une démarche descriptive que nous nous inscrivons que dans une démarche compréhensive qui tente à l'ouverture de perspectives. La démarche d'enquête reste disponible à l'émergence de sens, essentiellement démarche qualitative de compréhension.

V-2 Premier volet : un groupe d'ergothérapeutes

Nous avons eu l'opportunité de rencontrer des ergothérapeutes au cours d'une action de formation continue et avons relevé les propos des participants. Nous visions à recueillir des premiers éléments sur la pratique professionnelle avant de réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeutes. Cette première approche du terrain entre dans une démarche de compréhension des pratiques professionnelles en cherchant à faire émerger des critères qui puissent servir à l'analyse des entretiens à venir.

Nous avons ainsi profité d'une formation organisée par le Service de Formation Continue (S.F.C.) de l'A.N.F.E., formation s'adressant à des ergothérapeutes souhaitant devenir formateurs de formateurs pour le dossier. Il nous paraissait important de se saisir de cette situation d'un groupe de professionnels rassemblés, pour récolter des informations sur les démarches déjà entreprises, par des ergothérapeutes, en vue de mettre en œuvre le dossier du patient en ergothérapie recommandé par l'A.N.A.E.S., et de recueillir les réactions lors des diverses expérimentations.

V-2-1 Le recueil de données

Il s'agit d'une population sensible à la démarche de diffusion du dossier, le connaissant et l'ayant expérimenté. Cette population est composée de : 13 ergothérapeutes dont 5 cadres de santé, 1 ergothérapeute, 6 formateurs en Institut de formation en ergothérapie (dont nous-même) et 1 formateur du S.F.C., soit 4 personnes issues du secteur de la psychiatrie et 9 travaillant ou ayant principalement travaillé en rééducation fonctionnelle et en réadaptation [Annexe V].

Ce recueil s'est réalisé en deux temps correspondant aux deux sessions de cette action de formation : lors de la première session, en décembre 2001, et lors de la deuxième session, en mars 2002, c'est-à-dire deux et cinq mois après la mise en ligne du dossier sur le site de l'A.N.A.E.S. Le premier recueil de données a pour objectif de présenter une synthèse réalisée par deux commissions à partir de l'analyse des pratiques dans les services d'ergothérapie d'une part, et dans les instituts de formation, d'autre part. Le deuxième recueil rapporte un tour de table, après le temps d'inter-session et donc après l'expérimentation sur le terrain habituel de travail de chaque sessionnaire.

Lors de la première session, la formatrice conduisant la formation a proposé que deux commissions de travail se penchent sur une analyse des pratiques, pour un temps délimité à deux heures :

« *Ergothérapeutes cadres ou exerçant en établissement et désirant intervenir dans des établissements, réflexion autour de :*

- *orientations des soins et démarches proposées dans leur service d'ergothérapie*
- *mode de recueil des données et démarche d'évaluation (pourquoi, comment, lesquelles)*
- *mode de transmission des informations (dans l'établissement et à la sortie du patient)*
- *mode de travail entre professionnels*

« *Ergothérapeutes formateurs en instituts de formation, réflexion autour de :*

- *orientations des démarches proposées aux étudiants pour le recueil des données concernant les patients (spécialement orientées sur les évaluations)*
- *méthodologie de présentation des plans d'intervention en ergothérapie (cibler ce travail autour de modules spécifiques)*
- *place du patient dans les démarches de soins proposées en I.F.E³⁶.*
- *méthodologie de transmission des données dans le cadre des mises en situation professionnelles. »*

Lors de la seconde session, chaque sessionnaire a été invité par la formatrice responsable de cette session à évoquer l'expérimentation mise en œuvre entre les deux sessions de formation. La consigne était formulée ainsi :

« *Phase d'expérimentation :*

- *dans les services de soins : transmission auprès des collègues et adaptation selon les besoins des patients accueillis ; remplissage des dossiers en fonction de l'exercice professionnel (auprès de 2 ou 3 patients minimum)*
- *dans les I.F.E. : transmission auprès des étudiants ; applications pédagogiques dans le cadre des enseignements (présentation de cours) ou pour la préparation aux mises en situations professionnelles ».*

Pour la restitution orale, la consigne était :

« *Évaluation de l'expérimentation : tour de table des expérimentations réalisées dans les services, ou dans le cadre d'une transmission aux étudiants ».*

Souhaitant pouvoir garder toute la spontanéité des propos, nous avons opté pour le recueil des paroles de chaque sessionnaire mais n'avons pu recevoir l'accord d'enregistrer : aussi avons-nous essayé de retranscrire les idées principales développées par chacun des sessionnaires en croisant deux prises de notes. Parmi ces paroles, notons un tableau synthétique correspondant aux résultats d'une enquête par questionnaire effectuée dans un des

³⁶ I.F.E. : Institut de formation en ergothérapie.

instituts de formation en ergothérapie auprès des étudiants, qui a été rapporté oralement par un des formateurs.

Nous choisissons de privilégier l'analyse de contenu thématique telle que Laurence BARDIN la définit dans son ouvrage sur *L'analyse de contenu* [2001], c'est-à-dire que nous repérons les « *noyaux de sens qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi* » [Ibid., 137], l'analyse de contenu étant présentée comme « *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages* » [Ibid., 47].

Les limites de ce recueil résident d'une part, dans une population sensible à la démarche de diffusion du dossier recommandé, d'autre part dans un échantillon réduit ne pouvant traduire la diversité des situations. La non retranscription intégrale est en même temps une limite à cette étude et en même temps un biais du fait du filtre interprétatif inhérent à toute prise de notes (excluant ou choisissant les paroles en fonction de nos centres respectifs d'intérêt, en fonction de nos représentations). Notre inclusion parmi les sessionnaires crée un autre biais, en même temps qu'elle supprime ou diminue la distance enquêteur-enquêtés.

V-2-2 Les résultats du recueil de données

Les résultats apparaissent en Annexe V. Ils font état de la synthèse des deux commissions et du tour de table des expérimentations réalisées dans des services et dans des instituts de formation.

Les professionnels travaillant dans des services d'ergothérapie pensent que leur « *démarche professionnelle est souvent assujettie aux médecins et à leur philosophie médicale, à l'institution, au groupe professionnel dans lequel on repère des obstacles et/ou des leviers pour le changement* ». Le recueil est très majoritairement écrit et quand il ne l'est pas, c'est en fonction du médecin qui dirige le service : par exemple « *en psychothérapie institutionnelle, peu d'écrit de la part des médecins ou des paramédicaux car c'est le patient qui est considéré comme le vecteur de la communication, c'est lui qui porte son histoire personnelle* ».

Le dossier prend des formes différentes : s'il existe un dossier unique, soit s'y insère un écrit ergothérapique, soit le dossier ergothérapique y est introduit au fur et mesure, sinon, le dossier ergothérapique est remis en fin de séjour au médecin pour que celui-ci rédige la lettre de sortie. « *Les comptes rendus de visite à domicile sont systématiques dans la pratique professionnelle* » alors que celui de fin de séjour ne l'est pas.

La synthèse fait état aussi de « *la nécessité de réunions d'équipe et de réunions de synthèse pour permettre une plus grande qualité dans les pratiques professionnelles* ».

Quant au tour de table des expérimentations, les professionnels en rééducation-réadaptation s'engagent dans une mise en œuvre du dossier recommandé au sein de leurs équipes tout en soulignant quelques difficultés [P4] d'appropriation qu'ils essaient de vaincre par des analyses de pratique, des évaluations, des temps de travail commun, des explicitations. En revanche en psychiatrie, les objections sont plus nombreuses et solides : quelques leviers sont toutefois repérés comme la « *nécessité de formaliser les actes ergothérapiques en psychiatrie* » et les effets sur les professionnels, et sur leurs pratiques, de la formation des étudiants à « *une démarche plus formelle* » [P2].

Les interventions pédagogiques qui ont eu lieu ont permis de relever le besoin « *d'outils pédagogiques pour les formateurs* » et de réfléchir sur les évaluations en ergothérapie [P1].

Les formateurs en institut de formation conviennent de mettre à contribution le module de méthodologie professionnelle pour former les étudiants au dossier recommandé mais en renforçant la formation aux « *modèles conceptuels de l'ergothérapie* » et tout autant les relations avec les terrains de stage. Il leur apparaît nécessaire d'articuler le module de méthodologie professionnelle avec les différents modules, ce qui nécessite de former tous les intervenants et que le lien soit fait par l'équipe de formateurs permanents.

Dans le tour de table des expérimentations, les six instituts de formation en ergothérapie représentés ont débuté un projet de formation au dossier recommandé. Mais les formes varient : information, travaux dirigés, régulation de stage, etc. L'utilisation du dossier par les étudiants sur le terrain de stage et des séances de travaux dirigés ensuite à l'institut de formation permettent de reprendre certaines difficultés, de les expliciter, et d'envisager des adaptations du dossier. En psychiatrie, et en pédiatrie [F3], les difficultés pour utiliser le dossier

conduisent à l'adapter sans que les résultats soient toujours positifs [F2]. Nous pouvons remarquer aussi l'organisation d'une action de formation continue en direction d'une trentaine d'ergothérapeutes d'un grand groupe hospitalier : « *elle comprend une formation aux modèles utilisés en rééducation, au modèle PPH³⁷, à la démarche-qualité, au DPE³⁸ et à l'évaluation* » [FC].

V-2-3 Une grille de lecture pour l'analyse des résultats

Après une lecture linéaire des idées recueillies au fil des propos des sessionnaires, nous allons établir une grille de lecture, issue du travail d'éclairage théorique que nous avons mené. Cette grille a pour objectif de nous faire mieux comprendre ce que disent les sessionnaires.

En reprenant les questions que nous avons évoquées quand nous précisons l'objectif de cette étude (V-1, p. 52), nous pouvons distinguer des critères pertinents par rapport à notre étude, pour lesquels nous rechercherons des indicateurs.

Nous n'avons pas besoin, pour ce groupe, de repérer qui connaît ou ne connaît pas l'existence du dossier recommandé car l'action de formation continue ne s'adressait qu'à des ergothérapeutes sensibilisés à ce dossier, et suffisamment, pour avoir envie de former d'autres collègues.

A partir de là, nous retenons 6 critères que nous nous proposons d'opposer deux à deux, compte tenu de ce que nous avons développé sur le plan théorique :

- recommandation-obligation,
- régulation-contrôle,
- changement-immobilisme,

ce qui correspond chaque fois à deux facettes de représentation d'un objet. Nous cherchons ensuite les indicateurs dans les propos des sessionnaires.

³⁷ PPH : Processus de production du handicap, défini par Patrick FOUGEYROLLAS (Cf. supra).

³⁸ DPE : Dossier du patient en ergothérapie.

La relecture des propos transcrits nous amène à proposer le tableau n° 4 suivant :

<i>Connaissance de l'existence du dossier recommandé : oui</i>	
<i>Si oui, quelle représentation de la recommandation ?</i>	
RECOMMANDATION * <ul style="list-style-type: none"> - guide - adaptation 	OBLIGATION <ul style="list-style-type: none"> - contrainte - accréditation
<i>Mise en place du dossier recommandé ou facteurs de mise en place</i>	
ÉVALUATION-RÉGULATION <ul style="list-style-type: none"> - formation - pédagogie - analyse des pratiques - évaluation - régulation - appropriation - réflexion - faire du lien 	CONTRÔLE <ul style="list-style-type: none"> - directive - information - mise en conformité - normalisation
<i>Changement dans les pratiques ou facteurs de changement</i>	
CHANGEMENT <ul style="list-style-type: none"> - modèles pour le handicap, la rééducation - patient = sujet - dossier commun, dossier ANAES - élaboration - formalisation - adaptation des pratiques - amélioration des pratiques professionnelles - réorganisation - acte d'écrire - communication interne et externe - difficulté à surmonter - compte rendu de fin de séjour - place dans l'institution - reconnaissance de la profession 	IMMOBILISME <ul style="list-style-type: none"> - assujettissement à la philosophie médicale - pas de modèle explicité - problème de prescription médicale - patient = objet - refus - difficulté - temps

Tableau n° 4

* Les indicateurs repérés apparaissent en gras dans les différentes cases, les autres mots sont des aides pour préciser les idées.

Concernant le groupe de sessionnaires, à partir des thèmes déployés en critères et au regard de la diversité des indicateurs relevés, nous remarquons que la balance penche vers l'axe « *recommandation – régulation – changement* », avec cependant, vers l'autre axe, « *obligation – contrôle – immobilisme* », une présence non négligeable d'indicateurs abordant les difficultés matérielles, que certains trouveront insurmontables, et des problèmes de conception du soin et du soigné. Il apparaît alors que le changement pourra se faire que si on abandonne une conception « patient=objet », présente encore dans l'environnement médical et institutionnel. Le groupe, par l'analyse des pratiques, par l'auto-évaluation et la régulation

pourra accompagner ce changement d'autant qu'une plus grande reconnaissance professionnelle pourra être gagnée en même temps que s'instaurera une contribution à l'amélioration de la qualité des soins, et une orientation vers une relation partenariale entre soigné et soignant.

Ne négligeons pas aussi le fait que la catégorie « *contrôle* » ait reçu peu d'indicateurs au regard de la catégorie « *évaluation-régulation* » : la majorité des sessionnaires sont des cadres ou des formateurs qui expérimentent chaque jour la difficulté de passer du *transfert-effet*, autrement dit répétition, copie, simple transfert ou transposition *au transfert processus* [GENTHON, 1997, 30] et donc à l'appropriation et à l'évaluation-régulation.

V-3 Deuxième volet : des entretiens individuels d'ergothérapeutes

Nous avons affirmé précédemment que nous choisissons « *de faire parler les professionnels eux-mêmes du changement dans leur pratiques professionnelles et qu'ils délimitent eux-mêmes la borne de départ de l'évaluation de leurs pratiques et du changement dans leurs pratiques* » (Cf. supra p. 46). En effet, nous reconnaissons le rôle joué par le professionnel dans le changement de ses pratiques : à nous de lui donner directement la parole.

V-3-1 La parole aux professionnels

Nous recherchons des informations sur la pratique des professionnels, pour pouvoir interpréter des situations et donner du sens : quels changements, pour quoi et comment ? Ainsi, nous procédons à des entretiens individuels semi-directifs en direction de professionnels travaillant dans des services d'ergothérapie et privilégions l'analyse de contenu en essayant de suivre ce que dit Laurence BARDIN : dire non à l' « *illusion de la transparence* » des faits sociaux et refuser ou tenter « *d'écarter les dangers de la compréhension spontanée* ». « *Se "faire méfiant" à l'égard des prénotions, lutter contre l'évidence du savoir subjectif, détruire l'intuition au profit du "construit"* » [BARDIN, 2001, 31]. Non seulement, nous recherchons à « *comprendre le sens de la communication* » mais aussi « *à décaler son regard vers une autre signification, un autre message entrevu à travers ou à côté du premier* » [Ibid., 46]. Et nous savons que : « *Le discours reconstitue la pratique, introduit des liaisons, propose des points de vue, met à distance. Il témoigne d'un vécu ; mais n'est pas le vécu* » [CLERC, 1998, 317].

Nous avons retenu 6 ergothérapeutes dont 3 cadres de santé ergothérapeutes. Le choix s'est opéré en respectant la diversité des secteurs d'exercice (rééducation pour adultes ou pour enfants, psychiatrie), des temps d'ancienneté dans l'exercice professionnel et en prenant en compte la représentation des hommes et des femmes. Après avoir obtenu leur accord, nous avons donc interviewé : 1 homme, 5 femmes, parmi lesquels 3 cadres et 3 non cadres. Quatre d'entre eux travaillent en rééducation fonctionnelle dont un auprès d'enfants, deux travaillent en psychiatrie et l'ancienneté s'étage de 8 mois à 26 ans.

Chaque entretien est enregistré, retranscrit en intégralité [Annexe VI]. Les enquêtés ont choisi le moment et le lieu : les cadres nous ont reçu dans leur bureau, une non cadre dans une salle d'activité protégée de toute perturbation extérieure et les deux autres ergothérapeutes ont préféré le domicile. Nous avons proposé la durée de 30 minutes mais elle a souvent approché 45 minutes. Deux questions ont orienté les discours :

« - Quel dossier utilisez-vous ? Avez-vous un dossier, comment-est-il organisé par rapport à l'admission, au suivi, à la fin de la prise en charge ?

« - Comment envisagez-vous l'utilisation d'un dossier du patient en ergothérapie, selon la recommandation de l'A.N.A.E.S. ? Dans votre organisation, ce dossier peut-il être utilisé ? »

et quelques questions de relance ont été formulées afin que l'enquêté n'oublie pas la question principale. Les questions sont d'ordre pratique, ouvertes et simples, s'adressent à l'interviewé mais envisagent aussi l'organisation dans laquelle il travaille. Le guidage est voulu faible pour permettre l'expression. Par exemple, nous n'avons posé aucune question directe sur les changements dans les pratiques professionnelles : par l'analyse de contenu, nous inférerons s'il y a ou non des facteurs de changement. Quant à l'écoute, elle aspire à la plus grande qui soit pour mettre le questionné en confiance par l'intérêt porté à ses paroles. Les questions sont les mêmes pour tous les interviewés.

Les limites de ce travail résident dans le nombre réduit de personnes interviewées qui ne peut donner aucun résultat quantitatif, mais nous cherchons des données qualitatives ouvrant des pistes de compréhension et de réflexion. Elles résident aussi dans l'outil lui-même car l'analyse de propos requiert l'interprétation organisée à partir de l'objet d'étude : *« l'utilisation de l'entretien suppose le recours à des méthodes d'analyse de contenu dont chacun sait qu'elles sont largement tributaires d'interprétations que même les méthodes les*

plus récentes ne parviennent à détacher de la subjectivité et des biais de lecture des analystes » [ABRIC, 1994, 61].

D'autres biais sont liés à notre posture : le fait d'interviewer des ergothérapeutes en tant que directrice technique les sollicitant régulièrement pour des stages ou, pour un certain nombre d'entre eux, pour des interventions pédagogiques, peut orienter l'entretien soit vers une complicité soit vers une distance vis-à-vis de l'interviewer. Il nous a semblé que le magnétophone était vite oublié, une fois que la mise en route et la vérification aient été faites, le langage a été spontané, facilité sans doute par la première question qui demande une réponse très concrète, *a priori*, sur du quotidien de la pratique professionnelle et sur un plan descriptif : d'ailleurs l'entretien s'est toujours passé avec deux ou trois dossiers sous les yeux (dossier vierge et/ou rempli).

Une fois recueilli ce matériel, questionnaires et propos, une fois la transcription faite sur papier, l'analyse peut être proposée.

Nous procédons à une étude sur le plan longitudinal ou « horizontal » (plan synchronique) pour désigner le texte et son analyse descriptive, et sur le plan transversal ou « vertical » (plan diachronique) pour renvoyer aux variables inférées [BARDIN, 2001, 45].

V-3-2 L'analyse longitudinale : à la recherche des thèmes

Nous commençons par une lecture flottante pour nous « *mettre en contact avec les documents d'analyse, à faire connaissance en laissant venir à soi des impressions, des orientations* » [BARDIN, 2001, 126].

Après nous avoir présenté la forme du dossier utilisé actuellement dans le service, la cadre de santé ergothérapeute **EC1** [Annexe VI, 1-2] évoque des atouts pour le changement vers le dossier recommandé et des difficultés qu'il serait nécessaire de surmonter. En effet, réduire l'activité ergothérapique à la seule rééducation entrave le processus de réadaptation : « *il n'y a pas de suivi* » [ligne 13], « *on fait des visites à domicile quand c'est utile mais guère plus* » [ligne 15]. Même si les « *choses informelles* » [ligne 32] permettent de s'informer, il est indispensable de « *courir entre tous les étages* » [ligne 23] et d'« *aller à la pêche* » [ligne 60] aux informations. De fait, les médecins déterminent la forme des pratiques ergothérapiques : ce sont eux qui rédigent le document de fin de séjour à partir des données ergothérapiques, ce

sont eux qui décident de la présence ou non de l'ergothérapeute à la visite d'admission, ce sont eux qui organisent ou non les réunions de synthèse, et ce sont eux qui sont responsables de l'absence de projet de rééducation porté par l'ensemble de l'équipe et par le patient. Mais nous percevons une envie de « *ne pas être à la traîne* » [ligne 65], de s'informer, de se former, de réfléchir à une adaptation du dossier pour garantir la poursuite d'un travail de qualité : des protocoles sont déjà écrits, des « *bilans* » sont déjà répertoriés et classés, l'équipe se prépare. Une demande de formation est en cours tant sur les modèles du handicap que pour la mise en place du dossier recommandé, par une analyse des pratiques de toute l'équipe.

L'ergothérapeute **EE2** [Annexe VI, 3-6] aborde une méthodologie de démarche qualité ayant conduit à la formalisation d'un dossier en ergothérapie : au départ, pourtant, il ne s'agissait que de définir ce que peut être une « *indication médicale en ergothérapie* » [lignes 47-48]. La démarche a été portée par un groupe composé d'ergothérapeutes, de cadres infirmiers, de psychiatres et de la responsable qualité de l'hôpital. Ce dossier a été validé par les instances de l'hôpital et soumis depuis à deux audits. La démarche d'élaboration a puisé dans le quotidien commun de la pratique professionnelle et dans ce qui « *semblait important de transmettre aux équipes* » [ligne 83]. Donc apparaît une dimension interprofessionnelle : élaborer en équipe interprofessionnelle un outil, c'est parce qu'on a le souci de construire un outil qui serve à la transmission interprofessionnelle. Nous remarquons aussi la stratégie déployée : non seulement on prend « *le taureau par les cornes* » [ligne 6] pour ne pas se laisser imposer des outils, mais on recherche la collaboration de la responsable qualité de l'hôpital afin de *l'avoir avec soi plutôt que contre soi* et qu'elle puisse soutenir le travail entrepris. S'il s'est agi d'un important travail de réflexion, c'est avant tout parce qu'il a pu mobiliser le groupe dans une mise à plat de l'existant, dans une analyse des pratiques, et s'inscrivant dans un modèle psycho-dynamique (freudien ou lacanien) partagé par tous les professionnels concernés. L'ergothérapeute interviewée souligne que ça « *a fait beaucoup mûrir nos relations avec les psychiatres* » [ligne 99] : ainsi ont-ils reconnu ne pas bien connaître la démarche professionnelle en ergothérapie, et ont-ils essayé de mieux la comprendre, tout en percevant ces professionnels comme des « *enjeux cliniques* » [ligne 101].

Nous comprenons bien que tout le travail réalisé et toute cette réflexion préalable puissent servir pour faire évoluer le dossier actuel vers le dossier recommandé par l'A.N.A.E.S. et que l'équipe est prête à faire des propositions. La démarche engagée participe au processus de « *professionnalisation* » dans le sens où elle permet de « *dire ce que l'ergo fait* » et de

l'écrire : « *L'écriture est formatrice parce qu'elle engage un certain nombre d'opérations : préfiguration, configuration, refiguration qui permettent au formé de développer des heuristiques de problématisation et de modélisation. Elle est du domaine de l'agir et de la compréhension en action* » [DONNADIEU, 1998, 76].

L'ergothérapeute **EE3** [Annexe VI, 6-9] n'apparaît pas, dans ce qu'elle dit lors de l'entretien, dans une dynamique de changement ni dans celle d'aller vers le dossier recommandé. Pourtant de nombreux facteurs peuvent être repérés comme facteurs de changements mais ils sont systématiquement contrebalancés par un propos marquant la routine, l'habitude, l'immobilisme. Avec de nombreuses hésitations, elle discourt longuement sur le dossier actuel entrant dans beaucoup de détails : nous notons un comportement scrupuleux dans la tenue du dossier mais là où nous nous attendons à une méthode ouverte sur les diverses situations, nous trouvons une méthode rigoureuse et des exceptions qui déstabilisent la rigueur : « *ça m'arrive de rajouter* » [ligne 35] sur un « *post-it* » [ligne 39] « *les objectifs de la rééducation* » [ligne 39]. Pourtant, pour tout professionnel de la rééducation et de la réadaptation, élaborer des objectifs et les faire évoluer est un des éléments importants de la démarche de soins : écrire sur un post-it c'est risquer de ne pas en laisser trace de manière continue. Cependant, des facteurs permettant d'améliorer la pratique professionnelle sont présents : l'informatisation des données administratives, sociales, médicales et relatives au planning des patients et des professionnels, des réunions de synthèse interprofessionnelles fréquentes, des bilans et des comptes rendus réguliers, une propension à organiser les outils pour optimiser le temps. Mais nous remarquons un assujettissement vis-à-vis des médecins et du chef du service de rééducation : les ergothérapeutes attendent que les médecins s'approprient les classifications du handicap et n'envisagent aucune réponse quand le chef de service « *attend quelque chose de plus global* » [ligne 126]. Si le dossier recommandé est connu, il est mis de côté et rien n'est prévu pour qu'il soit saisi, travaillé, adapté par les ergothérapeutes.

L'entretien avec le cadre de santé ergothérapeute **EC4** montre-là un discours structuré, une réflexion globale sur le dossier unique du patient et sur la partie médico-technique du dossier [Annexe VI, 9-11]. En effet, le dossier, élaboré en équipe interprofessionnelle, comprend quatre parties dont une commune à tous les professionnels médico-techniques (rééducateurs, psychologues, assistantes sociales, ...) ; l'archivage a été pensé en même temps que l'élaboration du dossier ; de même pour le stockage et le guide de remplissage.

L'accès du dossier aux professionnels et aux stagiaires est organisé tout au long du séjour du patient mais pour l'instant, les modalités ne prévoient qu'en fin de séjour l'accès pour le patient. Si de nombreux atouts sont réunis pour prendre en compte la recommandation de l'A.N.A.E.S., le cadre précise que « *l'écrit est difficile. Il faut passer de la tradition orale à l'écrit* » [lignes 61-62]: son souci est, en outre, que l'écrit soit « *clair, précis, pertinent* » [ligne 63]. La structuration du dossier est très semblable à celle recommandée par l'A.N.A.E.S. mais il reste « *à passer de la prose à la qualité des éléments, que cela ait du sens pour le patient et pour l'équipe* » [lignes 64-65]. Trois leviers peuvent être repérés : « *accéder à la réalité de la législation* » [ligne 66], « *formuler une procédure pour passer de l'oral à l'écrit* » [ligne 69], et « *introduire un contrôle qualité* » [ligne 73]. A chaque fois, le cadre se donne un rôle pour ces trois leviers : informer et former pour les deux premiers, contrôler pour le troisième. Le dossier est pensé pour être évolutif et des modalités sont prévues. Nous comprenons qu'il y a un travail de réflexion engagée par toute l'équipe d'ergothérapeutes appuyé par l'équipe de cadres : ce travail tend à reconnaître la responsabilité de chacun, la nécessité de l'organisation, et à promouvoir la transmission, la communication et la continuité des soins.

L'entretien **EE5** concerne une jeune ergothérapeute ayant 8 mois d'ancienneté [Annexe VI, 11-12]. Ayant pris un poste où aucune trace n'était laissée, elle a d'emblée voulu mettre en place un dossier. Elle relate comment elle s'y est prise en étant guidée par le dossier recommandé par l'A.N.A.E.S. malgré un environnement difficile qu'elle surmonte en le transformant peu à peu : non reconnaissance de l'ergothérapeute comme professionnel paramédical, pas de relation de travail avec les médecins ni de prescription de leur part, pas d'équipe d'ergothérapeutes, et par ailleurs, c'est son premier poste de travail, après des études réalisées en Belgique, y compris les stages. Elle parvient à participer aux réunions de synthèse et elle démarre un dossier en adaptant, à la pratique en psychiatrie et à la réalité de l'institution, le dossier recommandé.

Elle recherche à être plus rigoureuse, à laisser des traces, à communiquer avec les autres professionnels et elle estime qu'écrire « *m'aide à réfléchir à ma pratique* » [ligne 61], à la fois pour organiser son travail et pour élaborer les objectifs de prise en charge. Pour elle, « *dès qu'il y a rédaction, il y a encore questionnement* » [lignes 65-66] et elle exprime son besoin en supervision, en échanges et en formation, car même aidée par la recommandation, elle se trouve seule dans cette entreprise.

Quant au dernier entretien **EC6** [Annexe VI, 13-15], il s'agit d'une cadre de santé ergothérapeute qui dit avoir toujours utilisé un dossier dès qu'elle est sortie de formation. Dans le service de rééducation où elle travaille, un dossier structuré existe avec des renseignements administratifs et médicaux qui lui parviennent selon une procédure efficace. L'équipe de médecins et d'ergothérapeutes travaillent ensemble et sur le même modèle du handicap, la classification internationale de l'O.M.S. L'informatisation du dossier est programmée, le dossier fait apparaître déjà la plupart des items proposés dans le dossier recommandé, avec notamment un axe fort de communication et de transmission vers l'équipe et le patient puisque des comptes rendus lui sont remis. L'équipe, d'ores et déjà, travaille sur le dossier recommandé : le cadre a mis à disposition la recommandation, une synthèse de celle-ci, les deux modèles présents dans le dossier recommandé, des définitions des items en se servant d'un guide de remplissage élaboré par le groupe E.C.C.O. En effet, certains items méritaient une explicitation et l'équipe se penche sur l'adaptation du dossier à leur pratique quotidienne : en intervertissant certains items, en en définissant certains autres, en s'appropriant un nouveau vocabulaire.

Dans cet entretien, il semble donc que la pratique professionnelle puisse changer : les ergothérapeutes élargissent leur écoute en s'intéressant systématiquement aux facteurs humains environnementaux, pour prendre en compte dans la prise en charge les ressources et/ou les obstacles pour la personne. Ainsi, le dossier de l'A.N.A.E.S. apparaît logique, il sert de guide à la formalisation et aide à être plus rigoureux dès lors qu'il est adopté par les professionnels. Au cours des échanges entre les ergothérapeutes sur ce travail, « *on se dit des choses importantes sur d'autres aspects* » [ligne 76]: « *S'il n'y a pas de changement et d'amélioration sans déplacement et déstabilisation des représentations et des imaginaires, ce ne sera pas en les attaquant directement qu'on y parviendra, mais bien au contraire par le détour de médiations, par l'objectivation dans des faits et dans des alternatives concrètes* » [LECOINTE, 1994, 93]. Le travail d'équipe s'en trouve renforcé car on prend le temps de dire sa pratique, de la mettre en mots et de la partager et on permet « *la verbalisation et la rationalisation de ce qui est essentiellement une pratique* » [BLIN, 1997, 162]. Le cadre admet qu'il faudra du temps pour changer la pratique professionnelle, « *on ne change pas si facilement ses habitudes* » [ligne 89] et qu'il faut aussi du temps pour travailler sur le dossier : 5 à 6 séances de travail au cours desquelles, il joue un rôle formateur et vise un objectif commun à toute l'équipe même si « *en cours de route on dévie* » [ligne 103]. Il compte sur les jeunes de l'équipe plus prompts à changer des habitudes moins ancrées.

V-3-3 L'analyse transversale : à la recherche des inférences

Puis le travail d'analyse se poursuit avec la constitution de catégories. Pour Laurence BARDIN, les catégories doivent être homogènes, exhaustives (éprouer la totalité du texte), exclusives (un même élément ne peut être classé dans deux catégories différentes), objectives (des codeurs différents doivent pouvoir aboutir aux mêmes résultats), pertinentes (adaptées au contenu et à l'objectif) [*Ibid.*, 40].

Après avoir expérimenté les catégories proposées pages 58-59, elles nous semblent pertinentes par rapport à ce que nous continuons à chercher : en quoi le dossier du patient recommandé par l'A.N.A.E.S. peut apporter du changement dans les pratiques professionnelles ?

Nous les rappelons ci-dessous dans le tableau n° 6 :

CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DU DOSSIER RECOMMANDÉ : OUI OU NON	
OUI	NON
SI OUI, QUELLE REPRÉSENTATION DE LA RECOMMANDATION ?	
RECOMMANDATION	OBLIGATION
MISE EN PLACE DU DOSSIER RECOMMANDÉ OU FACTEURS DE MISE EN PLACE	
EVALUATION-REGULATION	CONTROLE
CHANGEMENT DANS LES PRATIQUES OU FACTEURS DE CHANGEMENT	
CHANGEMENT	IMMOBILISME

Tableau n° 6

Nous découpons les divers entretiens ligne par ligne, en les numérotant et en considérant donc la ligne comme unité d'enregistrement. C'est un choix qui constitue un biais par le fait qu'un thème développé longuement aura plus de poids qu'un autre plus brièvement développé sans tenir compte de l'importance que l'interviewé lui revêt *a priori*. Mais il permet de coder simplement sans être gêné par les aller et retour dans la pensée et les hésitations.

Pour relever les indicateurs correspondant aux catégories retenues [Annexe VII], nous n'avons considéré que les lignes en lien avec la thématique du dossier du patient. Nous avons accepté un maximum de deux indicateurs par unités d'enregistrement dès lors qu'ils entraient dans deux catégories différentes. Les indicateurs sont constitués d'un mot, d'un groupe de mots ou d'une phrase suffisamment significatifs de l'idée prise dans son contexte.

Le tableau récapitulatif n° 7 rend compte de cette vue transversale sur les 6 entretiens.

NOMBRE D'UNITÉS D'ENREGISTREMENT PAR CATÉGORIE

Entretien	UE	Représentation		Évaluation	Contrôle	Changement	Immobilisme
		Recommandation	Obligation				
EC1	57	1	5	14	0	18	23
EE2	130	3	10	40	24	45	9
EE3	87	0	1	0	0	30	56
EC4	61	5	3	9	3	42	1
EE5	64	9	0	21	0	27	8
EC6	63	4	2	22	0	33	4
Total	462	22	21	106	27	195	101

Tableau n° 7

EC = entretien d'un cadre ; EE = entretien d'un ergothérapeute
 UE = unité d'enregistrement (le nombre peut être inférieur à la somme des colonnes si une unité d'enregistrement renseigne deux catégories).

Tous les interviewés connaissent le dossier du patient en ergothérapie recommandé par l'A.N.A.E.S. Parmi eux, 2 le mettent en œuvre pour l'instant (EE5, EC6), 3 envisagent de le faire (EC1, EE2, EC4) et 1 ne prévoit aucunement de le mettre en place (EE3).

En considérant le total des unités d'enregistrement obtenu pour chacune des catégories, il apparaît que le dossier relève autant de la recommandation (22 ue) que de l'obligation (21 ue). L'obligation renvoie essentiellement, dans les entretiens, à la référence au PMSI. Celui-ci a été imposé dans tous les établissements de soins de suite ou de réadaptation depuis 1997, ou bien il apparaissait comme un risque de protocolisation en psychiatrie, seul secteur épargné par le PMSI à ce jour. En effet, il est légitime de penser au PMSI, qui correspond au renseignement hebdomadaire des actes et des activités professionnels, quand on tend à formaliser sa pratique professionnelle. En revanche quand il s'agit du dossier de l'A.N.A.E.S., il est entendu comme guide ou comme aide et non pas comme un produit figé à appliquer quelle que soit la pratique professionnelle.

L'évaluation est présente beaucoup plus souvent (106 ue) que le contrôle (27 ue) et elle se réfère à l'analyse des pratiques, à la réflexion sur les pratiques, à l'appropriation du dossier et à la formation : c'est bien la dimension appropriation et régulation qui est sous-jacente dès lors que le dossier de l'A.N.A.E.S. est considéré comme une recommandation. Le contrôle

apparaît peu : les professionnels pour parler de la mise en œuvre du dossier recommandé ne misent pas sur la mesure d'écart entre les dossiers mais pensent à l'adaptation nécessaire à partir des besoins évalués, quitte à modifier le référentiel proposé.

Quant au changement et aux facteurs susceptibles de produire du changement, le nombre d'unités d'enregistrement (195 ue) est presque le double de celui de l'immobilisme ou des facteurs allant dans le sens de l'immobilisme. En fait, en référence aux recommandations de l'A.N.A.E.S., bon nombre d'items sont déjà présents dans les dossiers existants ou dans les pratiques professionnelles et interprofessionnelles. Cette réalité pourrait constituer un point d'appui pour le changement pour peu que les pratiques quotidiennes soient analysées et évaluées, pour peu qu'on ait conscience par la réflexion de ce que l'on fait et qu'on puisse se projeter dans un « autre possible ». Jean-Jacques BONNIOL évoque la conscientisation et l'appropriation [1996, 4] par le formé pour permettre la régulation, autant par le réajustement des procédures que des processus mis en œuvre [*Ibid.*, 15], et ajoute la création [*Ibid.*, 16] comme troisième niveau de l'évaluation. Derrière le vocable « adaptation », souvent utilisé par les interviewés, la création est possible : modifier le référentiel, celui de l'A.N.A.E.S., le faire évoluer en fonction de la pratique du secteur professionnel ou en fonction de celle de l'institution, nécessite de l'innovation, de la création. Dans la mesure où le dossier de l'A.N.A.E.S. n'est pas vécu comme une obligation, mais plutôt comme une incitation, le processus créateur peut s'activer et permettre du changement.

Ainsi, d'après le tableau n° 7, le changement repéré ou les facteurs de changement distingués s'accompagnent pour 5 entretiens d'un fort nombre d'indicateurs relevant de la catégorie d'évaluation, d'analyse de pratiques et de réflexion (EC1, EE2, EC4, EE5, EC6). Pour l'entretien EE3, le nombre important d'indicateurs d'immobilisme amène à contrecarrer un nombre conséquent de facteurs pouvant permettre le changement, d'autant qu'aucune analyse des pratiques ou qu'aucune réflexion n'apparaît. C'est l'immobilisme qui l'emporte et c'est d'ailleurs le seul entretien qui n'envisage pas l'adoption du dossier recommandé. Pour l'entretien EC1, les indicateurs d'immobilisme sont en nombre supérieur à ceux du changement mais l'élan vers le changement est possible par une réflexion et une analyse sur les pratiques professionnelles objectivées par une demande de formation clairement exprimée et préparée.

La formation est un indicateur présent dans les 5 entretiens tournés vers le changement : formation externe pour s'approprier le dossier à l'aide d'un formateur (EC1),

formation interne animée par le cadre pour mettre en place le dossier (EC4, EC6) ou travail en groupe avec aide méthodologique (EE2) ou expression d'un besoin de supervision et de formation (EE5). La formation est toujours corrélée avec des indicateurs de changement en grand nombre : là où on s'engage dans le changement, là où on est conscient de la présence de facteurs de changement, la formation peut apparaître. Le cadre peut apporter cette dimension soit en prenant le rôle de formateur (EC4, EC6) soit en évaluant le besoin de formation et en en faisant une demande argumentée (EC1).

Quant à la psychiatrie, les deux entretiens montrent que l'adaptation du dossier recommandé à ce secteur d'activité est tout à fait envisageable sous couvert d'une analyse des pratiques pour repérer quelles modifications sont nécessaires pour rendre compte de la pratique. Quand le modèle psycho-dynamique structure la pratique, il ne peut être question d'utiliser le modèle de processus de production du handicap (EE2). En référence aux recueils de données précédents, il semble qu'en essayant de questionner les différents items au regard de la pratique, comme le suggère l'ergothérapeute EE5, il soit possible d'adapter le dossier dans ce secteur.

V-4 Conclusions de l'enquête

Cette enquête a été menée très tôt après la diffusion de la recommandation de l'A.N.A.E.S. Mais déjà s'ouvrent des axes de réflexion et d'action. La finalité des récentes recommandations dans diverses professions dessine peu à peu le dossier du patient, dit « général » ou « unique », dans lequel les différentes parties professionnelles viendront s'insérer. C'est d'ailleurs, une demande qui se remarque dans les différents recueils de données que nous avons collectés au cours de l'enquête. Pour cela, il sera nécessaire comme le recommande l'A.N.A.E.S. de savoir extraire des dossiers professionnels les éléments qui serviront à la communication interprofessionnelle et de les joindre régulièrement au dossier du patient. Donc au-delà de la rédaction du dossier du patient en ergothérapie, il s'agira de synthétiser les données recueillies pour en faire un outil de communication interprofessionnelle et en direction du patient.

La connaissance de modèles conceptuels dans la pratique ergothérapique est récente, quelques années au plus, et pas encore généralisée, ni dans la formation initiale, ni dans la formation continue, ni dans les structures sanitaires et sociales. Aussi l'appropriation du dossier

recommandé se nourrit de l'appropriation des modèles conceptuels et l'alimente en même temps. D'ores et déjà, l'adoption de la référence au processus de production du handicap permet de mieux appréhender la problématique majeure de la personne : cette problématique se situe au cœur des interactions entre les facteurs personnels (systèmes organiques et aptitudes), les facteurs environnementaux (humains et matériels) et les habitudes de vie, si bien que la personne peut assumer pleinement ou avec restriction ses rôles sociaux (participation sociale ou situation de handicap).

Si la très grande majorité des ergothérapeutes utilisent un dossier et connaissent l'existence du dossier recommandé, pour autant, ils sont peu à l'utiliser dès à présent. Beaucoup d'atouts sont relevés : le souci de laisser des traces, de pratiquer des bilans régulièrement et d'en faire une synthèse écrite, de rédiger des comptes rendus pour tous les aspects réadaptatifs. Mais l'assujettissement aux médecins, l'absence de prescription médicale dans certains cas, et de travail fondé sur une modèle conceptuel partagé du handicap et de la rééducation freinent la structuration du dossier pour une plus grande compréhension de la problématique du patient et pour une communication vis-à-vis du patient comme vis-à-vis des partenaires relais dans l'intervention ergothérapique.

Cependant, des leviers apparaissent : en premier lieu, la conception de la personne soignée se modifie vers une conception plus respectueuse de la prise en compte de ses attentes et de son contexte, tant humain que matériel, vers une considération en tant que sujet singulier. En second lieu, l'interrogation sur les outils d'évaluation, sur la formalisation des actes en psychiatrie et sur la définition des prescriptions médicales en ergothérapie, contribuent à l'analyse des pratiques et au processus de professionnalisation. C'est aussi un moyen de mieux faire comprendre aux médecins ce qu'est la pratique ergothérapique, et qu'ils puissent l'intégrer dans leur démarche thérapeutique.

Le dossier de l'A.N.A.E.S. est appréhendé comme une recommandation. Cette représentation autorise un travail partant de l'existant, notamment partant des atouts que nous avons souligné, vers une adaptation par une élaboration du dossier. La réflexion préalable à la mise en œuvre du dossier accompagnant l'analyse des pratiques professionnelles est une condition pour l'appropriation. Le changement dans ce travail de réflexion et d'élaboration relève d'une conception de « *changement hybride* » [BONNIOL, 1988a], à la fois continuité et à la fois création.

Si l'axe « Recommandation – Évaluation – Changement » est apparu plus fort dans les divers recueils de données que l'axe « Obligation – Contrôle – Immobilisme », il n'en reste pas moins que tout élan individuel ou collectif vers le changement s'opère dans une organisation avec ses leviers et ses freins : les professionnels en sont conscients et ils manœuvrent en fonction de la connaissance du terrain, s'appuyant sur les atouts et tentant de transformer les freins en leviers.

Et c'est tout autant un changement dans le dossier qu'un changement dans les pratiques professionnelles : le dossier révèle ce que sont pour une part les pratiques, cette part de formalisation. Les plus jeunes professionnels ne s'y trompent pas : ils ne pensent pas que le dossier recommandé va se plaquer sur les pratiques mais au contraire, ils estiment qu'il constitue une pratique sur laquelle l'intervention ergothérapique se fonde et réciproquement, dans ce mouvement récursif entre action et réflexion. Le dossier vise aussi une plus grande communication interne et externe permettant que chacun, professionnel et patient, comprenne mieux ce que fait l'autre : par là-même, il améliore les pratiques professionnelles au bénéfice du patient. D'autant que les ergothérapeutes commencent à réfléchir sur l'accès du dossier au patient : comment rédiger pour que cet accès soit possible et bénéfique ? Poser cette question traduit une plus grande considération du patient : celui-ci est passé du statut « maladie » ou « handicap » à « sujet ».

Avec une formalisation de la pratique, et une conception accordant une place de sujet au patient, nous nous orientons vers une pratique réfléchie dans une rencontre toute singulière et inédite, chaque fois à inventer, à créer. Le patient y gagne, la profession aussi : la valorisation de l'un renvoie en miroir la valorisation de l'autre.

VI- Des perspectives

Certains pourraient craindre un effet de bureaucratisation, par le fait d'écrire et ainsi de s'éloigner de la clinique, d'autres pourraient entrevoir un risque de normalisation des pratiques : en fait le dossier de l'A.N.A.E.S., parce qu'il est appréhendé comme un guide, apporte une aide méthodologique et une structure qui permet de mieux comprendre la personne soignée ou accompagnée dans son projet de vie, ce qui conforte le professionnel au cœur de la clinique.

Dès lors, une recommandation pourrait pointer : celle d'inciter les professionnels à prendre le temps de se former et d'analyser leurs pratiques pour s'approprier le dossier du patient en ergothérapie. Cet investissement devrait non seulement améliorer les pratiques mais aussi conduire à une meilleure utilisation des ressources : une meilleure compréhension des problématiques des personnes, une adaptation des stratégies rééducatives et réadaptatives, un développement de la communication interprofessionnelle.

Rappelons que la formation est entendue généralement comme vecteur de changement [STEVENIN, 1990]. Mais si la formation peut apporter du changement par de la connaissance nouvelle et par une analyse des pratiques, elle ne peut produire du changement que si le professionnel est déjà dans un processus de changement. Une formation imposée aura peu ou pas de résultat au contraire d'une formation demandée et souhaitée surtout quand la demande est travaillée en terme de besoin de formation. Si la formation est un facteur déterminant pour le changement, il n'en reste pas moins que les professionnels doivent avoir envie d'être acteur de leur formation et du changement. Souvent, des résistances se font jour. Il y a toujours lieu de prévoir ces résistances et de les travailler avec la participation active des personnes en formation. Notamment, la déconstruction des représentations provoquée et associée à des activités d'auto-évaluation et de discussion entre pairs participe à comprendre les résistances et à les transformer en vecteur d'appropriation de nouvelles connaissances [REPPÉLIN, 1989]. La formation apparaît comme un espace potentiel qui permet de déconstruire et de reconstruire ses représentations mentales à la condition que le formateur favorise l'évaluation et la régulation : « *il existe dans la pratique d'évaluation, une logique formatrice, de promotion des possibles, d'aide au développement des potentiels : une relation humaine, dans laquelle les sujets se construisent* » [VIAL, 1997, 52]. C'est en ouvrant la boucle des possibles que le changement peut se profiler et féconder les pratiques.

Au niveau de la formation initiale, une question incidente apparaît : aucune mesure n'oblige les instituts de formation initiale à intégrer dans leur projet de formation, l'apprentissage des recommandations professionnelles. Il nous semble pourtant important que les futurs professionnels soient sensibilisés à la pratique à venir. Comment imaginer un professionnel nouvellement diplômé ne maîtrisant pas les nouvelles techniques et modalités préconisées de manière scientifique ou consensuelle par les experts de la profession ? C'est justement aux nouveaux diplômés que les professionnels confirmés demandent de leur apporter les nouvelles pratiques.

Mais pour que cet apprentissage soit initié, encore faut-il envisager de former des formateurs à ces nouvelles pratiques et recommandations. Les cadres que ce soit dans leur fonction de formation en institut de formation, ou que ce soit dans leur fonction d'encadrement d'une équipe de professionnels, apparaissent comme la population pouvant favoriser l'appropriation et la mise en œuvre des recommandations professionnelles. C'est ce qui a été mis en évidence par les entretiens individuels.

Aussi, l'A.N.F.E. a-t-elle envisagé, au-delà de la formation des ergothérapeutes au dossier recommandé, de former des formateurs de formateurs afin de favoriser l'appropriation du dossier du patient en ergothérapie [Annexe V]. La formation continue a ce rôle à jouer et cela apparaît comme indispensable autant pour s'approprier les modèles de l'O.M.S. et de Patrick FOUGEYROLLAS que pour personnaliser le dossier à sa pratique professionnelle. Ainsi ces formateurs pourront-ils contribuer à la formation en institut de formation initiale [Cf. Annexes VIII, IX et X] comme en institut de formation de cadres de santé et dans les services d'ergothérapie.

Non seulement les professionnels doivent avoir connaissance de l'existence de la recommandation, mais ils doivent pouvoir engager un changement dans leur pratique accompagné par un temps de formation et d'appropriation. « *Pour qu'il y ait apprentissage encore faut-il que ces savoirs se traduisent dans l'action du sujet et dans la compréhension de son action* » [DONNADIEU, GENTHON, VIAL, 1998, 27]. Changer dans ses pratiques professionnelles pour s'adapter à la recommandation passe par une appropriation qui change la recommandation pour l'adapter aux pratiques professionnelles : mouvement de récursivité comme dans tout phénomène de communication [ARDOINO, 1993], c'est-à-dire mise en commun de part et d'autre. Ce lent travail doit pouvoir bénéficier de tous les facteurs

facilitateurs possibles : participation des associations professionnelles, des instituts et organismes de formation, élaboration la plus collective possible, diffusion la plus interactive possible.

Sur le terrain professionnel, le formateur peut être externe à l'équipe ou bien interne et incarner le cadre. Celui-ci travaille alors avec son équipe pour formaliser la pratique dans le dossier, et avec l'aide de la recommandation de l'A.N.A.E.S. Ainsi dans l'argumentaire qui accompagne le texte des recommandations, il est fait état que chaque équipe de professionnels puisse travailler à un « guide de remplissage » dans le cadre de la mise en œuvre du dossier, que ce guide puisse constituer un « *document méthodologique référentiel pour chaque ergothérapeute* » et, que ce travail soit accompagné d'un « *temps d'appropriation et de formation* » au préalable [A.N.A.E.S., 2001, 41]. Le guide de remplissage s'élabore au sein de l'équipe, il permet de modifier le référentiel au regard des pratiques : il est un vecteur d'appropriation. « *La régulation remet en question le référentiel de départ* », « *elle s'ouvre sur de l'imprévisible, mais un imprévisible négocié, contractuel, consensuel : la divergence, ce n'est pas n'importe quoi, c'est bien par rapport à autre chose que l'on décide ensemble du programme nouveau* » [VIAL, 1997, 54]. La régulation permet à l'équipe de faire évoluer le référentiel de départ.

Les recommandations sont censées interroger la qualité : elles peuvent aussi contribuer à une dynamique de recherche de la qualité. Aiguillon pour une remise en question, elles peuvent être une aide à la pratique réflexive.

Au regard de notre enquête, la formation apparaît être un des facteurs déterminants pour permettre des changements de pratique attendus par les recommandations professionnelles : formation initiale, formation continue et formation de cadre, chacune à leur niveau et en interaction entre elles :

- la formation initiale pourrait prendre en compte au fur et à mesure les recommandations professionnelles et favoriser l'appropriation de celles-ci par les étudiants, futurs professionnels ;
- la formation de cadre pourrait aider les futurs cadres à s'approprier la démarche d'analyse des pratiques et à se former aux recommandations professionnelles ;

- la formation continue pourrait être sollicitée pour former les professionnels à l'analyse des pratiques et à l'adaptation de la recommandation à la pratique professionnelle dans des collectifs de travail.

La perspective de la formation peut donc être envisagée comme partie prenante de la recommandation du dossier du patient en ergothérapie. Souhaiter « *une amélioration de la qualité des soins et une meilleure utilisation des ressources* » [A.N.A.E.S., 2001, 3] et donc des changements dans les pratiques professionnelles suppose que soit précisé le recours à la formation pour l'appropriation de la recommandation.

Mais cette perspective doit être accompagnée de conditions favorables pour enclencher des changements dans les pratiques professionnelles. En effet, il semble important, au regard de cette enquête, que la prescription médicale soit formalisée et de travailler à un projet thérapeutique faisant alliance entre le pôle médical, le pôle paramédical et le patient, donnant ainsi une place à chacun dans la prise en charge et l'accompagnement. Quand les ergothérapeutes proposent aux médecins de travailler à cette question, les résultats apparaissent³⁹ tant pour les professionnels que pour le patient et pour l'institution de soins. A terme, l'approfondissement de cette collaboration peut faire émerger un dossier du patient commun et partagé par tous les acteurs du soin, de la rééducation ou de l'intervention réadaptative. Un travail interprofessionnel pourrait s'en trouver renforcé au bénéfice du patient.

³⁹ Cf. l'entretien EE2 (ligne 99), Annexe VI : cela « *a fait beaucoup mûrir nos relations avec les psychiatres* ».

Conclusion

Dans le milieu médical ou paramédical, l'impact des recommandations est parfois faible et peu durable : l'information ne suffit pas à faire changer les pratiques et à les améliorer ; les modalités doivent être interactives pour favoriser l'apprentissage et la mise en œuvre. A ce jour, peu de recommandations concerne l'ergothérapie. Le dossier du patient est la première recommandation ciblant la profession. L'objectif visé par cette étude reposait sur une intention : comprendre à quelles conditions une recommandation peut apporter du changement dans les pratiques professionnelles.

L'enquête a été menée trop tôt pour cerner les changements opérés dans les pratiques professionnelles suite à la diffusion de la recommandation. Pour autant, de par la représentation qu'en ont les professionnels – celle d'un guide pour l'action et non celle d'une directive contraignante -, de par l'intérêt qu'ils y trouvent en terme de valorisation professionnelle et de levier quant à leur relation avec les médecins et les autres professionnels, et de par l'ouverture à la réflexion sur la pratique professionnelle et interprofessionnelle, une impulsion est donnée. Ce sont les conditions ou les facteurs susceptibles d'apporter du changement qui ont été mis en lumière. La formation associée à l'analyse des pratiques et à la régulation apparaît nécessaire pour l'appropriation de la recommandation. Il semble bien que les difficultés évoquées puissent être surmontées : l'absence de disponibilité dans la charge de travail et le défaut de formalisation dans le secteur psychiatrique, notamment. En effet une volonté de réfléchir et d'analyser les pratiques, de les formaliser et de reconnaître le patient comme sujet peut contribuer à engager un processus d'amélioration de la qualité des prestations. N'est-ce pas le but recherché par la recommandation ? Ainsi, la personnalisation et l'adaptation aux pratiques professionnelles de la recommandation se mettent en route. La demande de formation aux modèles conceptuels et au dossier recommandé, l'émergence d'un besoin d'analyse des pratiques, en témoignent.

De par notre posture professionnelle et associative, nous sommes impliquée pour que cette démarche aboutisse : mais il ne suffit pas de vouloir pour pouvoir. Aussi cette étude nous a permis une distanciation salutaire pour ne pas idéaliser cette recommandation et pouvoir ainsi participer sereinement à la mise en œuvre de la recommandation et d'autres à venir, dans les différents collectifs de travail. Elle permet aussi d'inférer le sens d'une démarche de travail et

d'exercice professionnel et non pas de rester au stade de l'outil de travail. D'objet, la recommandation a conquis l'entrée dans un processus de travail et d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles. Elle y gagne en puissance, le professionnel en valorisation, la pratique en qualité, et le patient bénéficie d'une prestation améliorée dans laquelle il est considéré comme sujet.

Francisco GOYA et Pablo PICASSO ont ouvert la réflexion sur la raison et la fantaisie, Antonio MACHADO nous a accompagné sur le chemin, Piet MONDRIAAN nous renvoie à la multitude de variations possibles de la « *ferme Geinrust dans la brume* », du « *moulin sur le Gein* » ou des « *arbres au bord du Gein : lever de lune* »⁴⁰, tout comme il y a une multitude de manière de travailler et d'élaborer un dossier professionnel : le cadre reste le même (les arbres et le lever de lune) mais chacun y met du sien, du « soi professionnel » [REPPÉLIN, 1989].

Reste à poursuivre cette étude auprès des professionnels dans quelque temps, quand des ergothérapeutes se seront appropriés cette recommandation, quand d'autres professionnels se seront saisis d'autres recommandations, mais aussi et surtout auprès des patients pour évaluer l'impact sur les prestations qui leur sont dispensées.

⁴⁰ JANSSEN H. & JOOSTEN J. M. (catalogue établi par), *Mondrian de 1892 à 1914, Les chemins de l'abstraction*. Paris. Musée d'Orsay, Paris : Réunion des Musées Nationaux, 2002 : « *Arbres sur le Gein : lever de lune semble avoir été peint alla prima, en une seule fois (...). Mondrian en fit aussi un dessin détaillé au crayon, qui, une fois encore, ne constitue pas une étude, mais peut être considéré comme un dessin indépendant.* », pp. 117-118.

Bibliographie

OUVRAGES

A.N.F.E., *Actes du VI^{ème} Congrès européen d'ergothérapie*, Paris : A.N.F.E., 2000.

A.N.F.E., *Ergothérapie : guide de pratique*, Paris : A.N.F.E., 2000.

ARDOINO J., *L'implication, Se former*, Lyon : Voies livres, 1992, 1-8.

ARDOINO J., *Les avatars de l'éducation*, Paris : PUF, 2000.

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES, *Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client*, Toronto : A.C.E., 1993.

BARDIN L., *L'analyse de contenu*, Paris : PUF, 2001, 10^{ème} édition.

BEILLEROT J., BLANCHARD-LAVILLE C., MOSCONI N. (dir.), *Pour une clinique du rapport au savoir*, Paris : L'Harmattan, Coll. Savoir et Formation, 1998.

BONNIOL J.-J., *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur*, En question, Cahier n° 1, Aix : Département des Sciences de l'éducation, Université de Provence Aix-Marseille 1, 1996.

BONNIOL J.-J., VIAL M., *Les modèles de l'évaluation*, Bruxelles : De Boeck Université, 1997.

CASTELEIN P., NOOTS-VILLERS P., SPICHER C., HERIS G., *Évaluation systématique des objectifs prioritaires en ergothérapie*, Bruxelles : GRAVIR, 1998.

CLOT Y., *La fonction psychologique du travail*, Paris : PUF Le Travail Humain, 2000.

DONNADIEU B., *La formation par alternance, coopération herméneutique*, En question, Série Titre, Aix : Département des Sciences de l'éducation, Université de Provence Aix-Marseille 1, 1998.

DONNADIEU B., GENTHON M., VIAL M., *Les théories de l'apprentissage*, Paris : InterEditions Masson, 1998.

EBERSOLD S., *L'invention du handicap. La normalisation de l'infirme*, Paris : CTNERHI, 1997 (2^{ème} édition).

FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., COTE J., COTE M., SAINT-MICHEL G., *Révision de la proposition québécoise de classification. Processus de production du handicap*, Québec : RIPPH-CQCIDIH/SCCIDIH, 1997.

GENTHON M., *Apprentissage, évaluation, recherche : genèse des interactions complexes comme ouvertures régulatrices*, Synthèse présentée en vue de l'habilitation à diriger des recherches, Université de Provence (1993), En question, Mémoire n° 1, Aix : Département des Sciences de l'Éducation, Université de Provence Aix-Marseille 1, 1997.

GOODE D., MEGEROOTE G., LEBLANC R., *Qualité de vie pour les personnes présentant un handicap, Perspectives internationales*, Bruxelles : De Boeck Université, 2000.

HAMONET C., MAGALHAES T., *Système d'identification et de mesure du handicap*, Paris : Eska, 2000.

- HAMONET C., *Les personnes handicapées*, Paris : PUF-Que sais-je ?, 2000, 3^{ème} édition.
- HEGEL G. W. F., *Phénoménologie de l'esprit*, Paris : Aubier, Bibliothèque philosophique, trad. J.-P. LEFEBVRE, 1991.
- HERISSON C., SIMON L., *Évaluation de la qualité de vie*, Paris : Masson, 1993.
- HERNANDEZ H., *Éthique en rééducation*, Mémoire de Cadre de santé - Licence de sciences de l'Éducation, Croix-Rouge Française – Université de Provence Aix-Marseille 1, 1998.
- I.N.S.E.R.M., C.T.N.E.R.H.I., *Classification internationale des handicaps. Déficience, incapacités et désavantages*, Paris : INSERM, 1988.
- JODELET D., *Les représentations sociales*, Paris : PUF, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1997, 5^{ème} édition.
- KAES R., MISSENARD A., KASPI R., et al., *Crise, rupture et dépassement*, Paris : Dunod, 1979.
- KANT, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, in *Œuvres philosophiques*, tome II, Paris : Gallimard, Pléiade, 1985.
- LAGREE J., *Le médecin, le malade et le philosophe*, Paris : BAYARD, 2002.
- LECOINTE M., REBINGUET M., *Éthique et pratique de l'audit, le cas des audits de formation*, Lyon : Chronique sociale, 1994, chapitre 6.
- MOLINER P., *Images et représentations sociales. De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, Coll. Vies Sociales, 1996.
- MORIN E., *La méthode. 1. La Nature de la Nature*, Paris : Seuil, 1977
- RAMEIX S., *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris : Ellipses, 1996.
- REPELIN D., *Évolution de la représentation du soi professionnel à l'hôpital par une procédure favorisant l'auto-évaluation*, Thèse de Doctorat, Université Provence Aix-Marseille I, U.F.R. Psychologie et Sciences de l'Éducation, 1989.
- SINGLY (de) F., *L'enquête est ses méthodes : le questionnaire*, Paris : Nathan, Coll. 128, 1998.
- STEVENIN P., *Changements et systèmes de formation : l'acquisition des capacités pour les cadres de santé*, D.E.A., Université Provence Aix-Marseille I, U.F.R. Psychologie et Sciences de l'Éducation, 1990.
- VIAL M., *Conceptions de la régulation et apprentissage*, En question, Cahier n° 9, Aix : Département des Sciences de l'éducation, Université de Provence Aix-Marseille 1, 1997a.
- VIAL M., *L'auto-évaluation comme auto-questionnement*, En question, Cahier n° 12, Aix : Département des Sciences de l'éducation, Université de Provence Aix-Marseille 1, 1997b.
- VIAL M., *Organiser la formation : le pari sur l'auto-évaluation*, Paris : L'Harmattan, Coll. Défi-Formation, 2000.
- WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON D., *Une logique de la communication*, Paris : Seuil, Coll. Points Essais, 1997.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R., *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris : Seuil, Coll. Points Essais, 2000.

WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris : Gallimard, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève : W.H.O., 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *I.C.I.D.I.H.-2*, Genève : W.H.O., 1999.

ARTICLES et REVUES

ABERNOT Y., « Évaluation des attitudes à l'école », in *Pratiques de l'évaluation, Éducatives*, n° 12, 1997, 24-27.

ABRIC J.-C., « Méthodologie de recueil des représentations sociales », in ABRIC J.-C. (dir.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF, 1994, 59-82.

ABRIC J.-C., « L'étude expérimentale des représentations sociales », in JODELET D., *Les représentations sociales*, Paris : PUF, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1997, 5^{ème} édition, 206-223.

A.N.F.E., « Le dossier du patient en ergothérapie », *ErgoThérapies*, A.N.F.E., n°5, mars 2002.

ARDOINO J., BERGER G., « L'évaluation comme interprétation », *Pour*, n° 107, 1986, 120-127.

BALPE J.-P., « La programmation du sens », in Université de tous les savoirs, *Le cerveau le langage, le sens*, Paris : Odile Jacob, 2002, 343-356 (texte de la 261^{ème} conférence de l'Université de tous les savoirs donnée le 17 septembre 2000).

BIGNOLAIS G., CHOQUET V., DARMAS S., FREULON S., HOUPIN F., LEBIHAN-COTTIN P., et al., « Les ergothérapeutes s'engagent dans la démarche-qualité », *Journal d'Ergothérapie*, 2000, tome 22, 3-10.

BLIN J.-F., « Les représentations professionnelles : un outil d'analyse du travail », *Éducation permanente*, n° 132, 1997, 159-170.

BONNIOL J.-J., « Les racines du consultant », *Définir la fonction consultant dans la fonction publique, Actes de l'Université d'été de Sophia Antipolis*, Nice : CRDP, 1988a, 216-218.

BONNIOL J.-J., « Entre les deux logiques de l'évaluation, rupture ou continuité », *Bulletin de l'ADMEE*, n° 3, 1988b, 1-6.

BOTOCRO R., ADLER N., COUDRAYE G., HENRY P., LE BEGUEE E., « Une fiche de liaison ergothérapique », *Journal d'ergothérapie*, 1998, tome 20, 129-132.

BROUSSEAU M., TREMBLAY M., « Tenue de dossiers : reflet de la pratique », *Journal d'Ergothérapie*, 1998, tome 20, 28-35.

CANTO-SPERBER M., « Autonomie », *Dictionnaire d'Éthique et de Philosophie morale*, Paris : PUF, 1996, 115-123.

CHWALOW J., « Méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie dans les essais cliniques », in HERISSON C., SIMON L., *Évaluation de la qualité de vie*, Paris : Masson, 1993, 22-31.

- CLERC F., « Les savoirs professionnels des enseignants », in BEILLEROT J., BLANCHARD-LAVILLE C., MOSCONI N. (dir.), *Pour une clinique du rapport au savoir*, Paris : L'Harmattan, Coll. Savoir et Formation, 1998, 301-335.
- DELEPINE C., « Un dossier de soins en psychiatrie ? », *Expériences en Ergothérapie*, Montpellier : Sauramps Médical, 1996, 212-216.
- DESTAILLATS J.-M., BELIO C., « L'abord systémique du handicap : plaidoyer pour la prise en compte de la dimension familiale et institutionnelle », *Expériences en Ergothérapie*, Montpellier : Sauramps Médical, 1999, 148-156.
- DETRAZ M.-C., « Le dossier du patient en ergothérapie », *Premières journées nationales de rééducation et de réadaptation fonctionnelle*, Paris : FEHAP, 2000, 37-42.
- DORTIER J.-F., (dir.) Dossier « Les représentations mentales », *Sciences Humaines*, n° 128, juin 2002, 23-39.
- EIBERLE F., « Démarche Qualité en ergothérapie. Critères et indicateurs », *Ergothérapie : guide de pratique*, Paris : A.N.F.E., 2000, 111-126.
- ENOTHE, *Congrès européen du Réseau ENOTHE*, Paris : ENOTHE, 2000.
- ERCEVILLE (d') D., « Le dossier en ergothérapie, espace professionnel de création », *Expériences en Ergothérapie*, Montpellier : Sauramps Médical, 2000, 21-24.
- GABLE C., XENARD J., ANDRE J.-M., « Bilan 400 points », *Journal d'Ergothérapie*, 1996, tome 18, n° 2, 47-58.
- GOODE D., HOGG J., « Vers la compréhension d'une qualité de vie globale chez les personnes avec un retard mental profond et des handicaps multiples », in GOODE D., MEGEROOTE G., LEBLANC R., *Qualité de vie pour les personnes présentant un handicap, Perspectives internationales*, Bruxelles : De Boeck Université, 2000, 277-291.
- GUIHARD J.-P., « Cadre conceptuel », *Ergothérapie : Guide de pratique*, Paris : A.N.F.E., 2000, 51-61.
- HAMONET C., « Situations handicapantes, désavantages et évaluation du handicap. Pour une autre vision du normal et du pathologique », *Journal d'Ergothérapie*, 1997, tome 19, n° 3, 113-118.
- HERNANDEZ H., « L'éthique au service de la qualité en ergothérapie », *Actes du VI^{ème} Congrès européen d'ergothérapie*, Paris : A.N.F.E., 2000, 98-99.
- HOLM P., HOLST J., PERLT B., "Écrire ensemble votre vie : la problématique de la qualité de vie au Danemark", in GOODE D., MEGEROOTE G., LEBLANC R., *Qualité de vie pour les personnes présentant un handicap, Perspectives internationales*, Bruxelles : De Boeck Université, 2000, 11-38.
- JOBERT G., « Processus de professionnalisation et production du savoir », *Éducation permanente*, 1985, n° 80, 125-145.
- KAES R., « Introduction à l'analyse transitionnelle », in KAES R., MISSENARD A., KASPI R., et al., *Crise, rupture et dépassement*, Paris : Dunod, 1979, 1-83.
- KAES R., « Psychanalyse et représentation sociale », in JODELET D., *Les représentations sociales*, Paris : PUF, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1997, 5^{ème} édition, 104-132.
- LE GALL M. et RUET J.-L., « Évaluation et analyse de l'autonomie », in *Encycl. Méd. Chir. - Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle*, Paris : Elsevier, 26-030-A-10, 1996, 8 p.

- LEPLAT J., « A propos des compétences incorporées », *Éducation Permanente*, 1995, n° 123, 101-115.
- MARZANO-PARISOLI, « Wrongful : réflexion philosophique autour de la normalité, la félicité et la valeur de la vie », *Handicap*, n° 91, 2001, 65-81.
- MINAIRE P., « La mesure d'indépendance fonctionnelle (M.I.F.), historique, prévention, perspectives », *Journal de Réadaptation Médicale*, 1991, vol. 11, 168-174.
- MINAIRE P., « Disease, illness and health : the critical models of the disablement process », *Bulletin of the World Health Organization*, 1992, 70 (3), 373-379.
- MOREAU A., PIERREJEAN C., CHAVANNE N., et al., « Le Plan d'Intervention Individualisé (PII) : un outil d'équipe pour le patient, *Expériences en ergothérapie*, Montpellier : Sauramps médical, 1996, 98-107.
- MOSCOVICI S., « Des représentations collectives aux représentations sociales », in JODELET D., *Les représentations sociales*, Paris : PUF, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1997, 5^{ème} édition, 79-103.
- PIBAROT I., « Dynamique de l'ergothérapie », *Journal d'Ergothérapie*, 1978, tome 26, 3-20.
- PIBAROT I., « L'ergologie. Perspective française d'une science de l'occupation humaine ? », *Congrès européen du Réseau ENOTHE*, Paris : ENOTHE, 2000
- RAMEIX S., « Du paternalisme à l'autonomie des patients ? L'exemple du consentement aux soins de réanimation », *Médecine et Droit*, n° 12, 1995.
- RAVAUD J.-F., « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », *Handicap*, 1999, 81, 64-75.
- RECHT R., « L'œuvre d'art et son style », extrait de la leçon inaugurale prononcée jeudi 14 mars 2002 au Collège de France, parue dans *Le Monde*, 16 mars 2002.
- RUET J.-L., « Le travail de Kielhofner. Enjeux et intérêts. Proposition d'un modèle théorique de l'ergothérapie », *Expériences en Ergothérapie*, Montpellier : Sauramps Médical, 2000, 15-20.
- SCHWARZ M., « Autonomie : but thérapeutique, professionnel, personnel », *Journal d'Ergothérapie*, 1991, tome 13, 34-35.
- SIGNEYROLE J., « Les enjeux d'une approche clinique entre recherche et pratiques professionnelles », in *L'Année de la Recherche en Sciences de l'Éducation*, 2000, 41-50.
- STEVENIN P., « De la représentation aux représentations », in *Identité(s) professionnelle(s) : de la représentation à la représentativité, quelle reconnaissance pour les rééducateurs et médico-techniques ?*, 5^{ème} Journée nationale d'étude et de réflexion, Paris, UIPARM, 26 janvier 2001, 1-3.
- VIAL M., « La régulation cybernétique et la régulation systémiste », in *Éducation*, n° 12, octobre 1997, 52-57.
- WITORSKI R., « Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives », *Soins-Cadres*, n° 41, février 2002, 38-42.

TEXTES OFFICIELS

A.N.A.E.S., Service des recommandations professionnelles, *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*, Paris : A.N.A.E.S., 1999.

A.N.A.E.S. – Direction de l'accréditation, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Paris : A.N.A.E.S., février 1999.

A.N.A.E.S., Service des recommandations et références professionnelles, *Le dossier du patient en masso-kinésithérapie*, Paris : A.N.A.E.S., 2000.

A.N.A.E.S., Service des recommandations et références professionnelles, *Le dossier du patient en ergothérapie*, Paris : A.N.A.E.S., 2001.

Charte de l'enfant hospitalisé, APACHE, Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants, 1988.

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Fondation nationale de Gérontologie-Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1996.

Charte du patient hospitalisé, Annexe de la Circulaire ministérielle DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995, Bulletin Officiel, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, n° 25, 6 septembre 1995, 9333-0335.

DIRECTION DES HÔPITAUX, Circulaire DH/PMSI n° 251 du 3 avril 1997 relative à la mise en place dans les établissements de santé ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS), Dispositions particulières pour les établissements sous compétence tarifaire de l'État, Journal Officiel 1997, 97/16, 111-124.

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, NOR : MESX0100092L.

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Circulaire DII/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics, Journal Officiel 1989, 89/46, 75-84.

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute, Bulletin Officiel 90/42, 21-47.

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE, Arrêté du 21 juillet 1994 modifiant l'arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État d'ergothérapeute, Journal Officiel du 14 août 1994, 11956.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Manuel des groupes homogènes de journées PMSI-soins de suite ou de réadaptation,

- Volume 1, Principes de construction de la classification, Bulletin Officiel 1997, 97/6.
- Volume 2, Description de la classification, Bulletin Officiel 1997, 97/8 bis.

DIVERS

A.S.M., G.E.R.E.G., *Bilan Modulaire d'Ergothérapie*, A.S.M., G.E.R.E.G., 2000.

BAILLY A., *Dictionnaire du grec en français de la Sorbonne*, Paris : Hachette, 1954.

ARDOINO J., in SFEZ L., *Dictionnaire critique de la communication*, Paris : PUF, 1993.

SCHALLER J.-J., « De la Déficience aux Situations de Handicap. Des classifications en mouvement », Université Paris XIII, Département des Sciences de l'Éducation, Groupe de Recherche sur les Ressources Éducatives et Culturelles, s. d., n. p.

Annexes

- Annexe I* *Le dossier du patient en ergothérapie, version ANAES*
- Annexe II* *Enquête sur le dossier du patient – Étudiants cadres de santé*
- Annexe III* *Réponses à l'enquête sur le dossier du patient - Étudiants cadres de santé*
- Annexe IV* *Recueil de données relatives aux dossiers du patient en rééducation – Formation de cadres de santé*
- Annexe V* *Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie – Formation de formateurs*
- Annexe VI* *Entretiens avec des ergothérapeutes*
- Annexe VII* *Tableaux d'analyse des entretiens*
- Annexe VIII* *Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie – Régulation de stages, étudiants de 2^{ème} année*
- Annexe IX* *Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie – Régulation de stages, étudiants de 3^{ème} année*
- Annexe X* *Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie – Démarche Qualité, étudiants de 2^{ème} année*

Annexe II

Enquête sur le dossier du patient Étudiants cadres de santé Septembre 2001

- 1- Quelle est votre profession d'origine ?
- 2- Connaissez-vous l'existence d'un dossier du patient dans votre profession ?

Oui	Non
-----	-----
- 3- Utilisez-vous un dossier du patient ?

Oui	Non
-----	-----
- 4- Est-ce celui recommandé par l'A.N.A.E.S. ?

Oui	Non
-----	-----
- 5- Est-ce celui élaboré par votre institution ?

Oui	Non
-----	-----
- 6- Est-ce celui élaboré par vous-même ?

Oui	Non
-----	-----
- 7- Sur quels modèles de rééducation s'appuie le dossier du patient que vous utilisez ?

- 8- Êtes-vous favorable à un dossier du patient :

- commun à l'ensemble de la profession ?	Oui	Non
- commun à l'ensemble des rééducateurs ?	Oui	Non
- 9- Quelles données doivent apparaître dans ce dossier ?

- 10- Quels objectifs poursuivez-vous pour ce dossier ?

Merci de vos réponses

Annexe III

Réponses à l'enquête sur le dossier du patient Étudiants cadres de santé Septembre 2001

15 étudiants

- 1- Quelle est votre profession d'origine ?
2 ergothérapeutes, 11 masseurs-kinésithérapeutes, 1 pédicure-podologue, 1 psychomotricien
- 2- Connaissez-vous l'existence d'un dossier du patient dans votre profession ?
10 Oui 5 Non dont 3 MK, 1 PP, 1 PM
- 3- Utilisez-vous un dossier du patient ?
14 Oui 1 Non (1 MK qui utilise le dossier de soins infirmiers)
- 4- Est-ce celui recommandé par l'A.N.A.E.S. ?
3 Oui (2 E, 1 PM) 12 Non
- 5- Est-ce celui élaboré par votre institution ? *10 Oui 5 Non*
- 6- Est-ce celui élaboré par vous-même ? *9 Oui 6 Non*
- 7- Sur quels modèles de rééducation s'appuie le dossier du patient que vous utilisez ?
2 seules réponses émanant de 2 MK : Rééducation neuro-motrice (Le Métayer), CIH.
- 8- Êtes-vous favorable à un dossier du patient :
 - commun à l'ensemble de la profession ? *11 Oui 2 Non (1 E, 1MK)*
 - commun à l'ensemble des rééducateurs ? *14 Oui 1 Non (1 MK)*
- 9- Quelles données doivent apparaître dans ce dossier ?

E1 : données administratives du patient, médicales, avec les prescriptions médicales, les dates, les heures, les signatures ou paraphes répertoriées, la fonction, les données sur identité, âge, profession, adresse, ...).

E2 : prescription médicale, évaluation, projet du patient, diagnostic, objectifs, suivi et cotation, compte rendu de fin de traitement.

MK1 : info sur le patient (âge, profession, antécédents, objet de l'hospitalisation, ...), sur la prescription demandée et l'acte précis effectué, sur la relation thérapeutique, relation humaine, sur l'évolution de la prise en charge thérapeutique, info précise sur l'état (bilan de sortie) du patient, sur la mesure de l'indépendance fonctionnelle, sur le devenir, retour à domicile, CRF, moyen ou long séjour, etc.

MK2 : données administratives du patient, résumé des données médicales, bilan entrée-sortie, prescription, évolution du traitement et des prescriptions, nom du ou des intervenants.

MK3 : données utiles aux objectifs des soins, aux relations avec patient, à l'évolution des pratiques.

MK4 : antécédents médicaux et chirurgicaux, contre-indications, prescription, bilan antérieur, bilan actuel, objectifs, compte rendu des différentes séances, remarques particulières.

MK5 : bilans (rééducateurs, médical), suivi (P3I, etc.), informations médicales, administratives.

MK6 : état civil, incapacité, déficience, handicap (CIH), perspectives.

Annexe III – page 1

MK7 : données qualitatives

MK8 : bilans, traitement, données sociales et psychologiques, évolution du patient, conditions de retour à domicile

MK 9 : bilans standards de chaque profession, synthèse interdisciplinaire, projet du patient, bilan éducatif du patient, objectifs validés par le patient, les rééducateurs, les médecins, les infirmiers

MK 10 : données médicales (antécédents, pathologie, ...), objectifs de soins, évolution du patient en parallèle avec les objectifs

MK 11 : qualité de contact avec le thérapeute, techniques utilisées et pourquoi, buts – objectifs, résultats analytiques et subjectifs, douleur, conseils et recommandations

PM : l'articulation des pratiques utilisées par le PM, les temps forts d'évolution de la clinique du PM, les interactions avec le réseau

PP : antécédents médicaux, chirurgicaux, ..., traitements en cours, autres praticiens (coordonnées)

10- Quels objectifs poursuivez-vous pour ce dossier ?

E1 : traçabilité du suivi, connaissance améliorée du patient, qualité de la prise en charge, efficacité de la prise en charge, sensibiliser, informer les autres professionnels pour une meilleure utilisation des acquis des patients, transmissions

E2 : meilleure exploitation, utilisation plus régulière des rééducations, difficulté actuelle : les orthophonistes ne l'utilisent pas, ils ont leurs propres dossiers (3 pour 3 orthophonistes)

MK1 : clarification de la prescription médicale (actes de rééducation), relation interprofessionnelle, améliorer la qualité de la prise en charge du patient, recul sur les techniques utilisées, transparence des actes et des informations

MK2 : pouvoir prendre en charge le patient « au pied levé », pouvoir répondre aux questions des autres professionnels (par rapport aux interactions des soins) et inversement, mieux organiser le temps de travail inter équipes, pouvoir juger de l'évolution des soins, établir les fiches de sortie

MK3 : rechercher une qualité des soins « constante » (possibilité de substituer un intervenant à un autre sans perte d'information), recherche clinique (bénéfice du traitement, proposition de nouveaux traitements)

MK4 : utilisation facile, cohérence, accessible aux autres professionnels

MK5 : suivi du patient de l'entrée à la sortie, voir le suivi post-hospitalisation, connaissance d'un maximum d'informations utiles à l'ensemble des équipes de rééducation (MK, ergo, etc. + IDE, AS)

MK6 : être conforme à la nomenclature (de l'exercice libéral), informer au mieux le corps médical prescripteur sur le diagnostic kinésithérapique établi

MK7 : amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge du patient dans sa globalité

MK8 : évolution du patient durant son séjour au niveau des différents acteurs pour améliorer les conditions de retour à domicile du patient

MK9 : suivre l'évolution du patient, suivre les réajustements des équipes, suivre l'évolution du patient en dehors de l'institution et réajuster, partie accessible à ceux qui prendrait le relais après la sortie de l'institution (synthèse d'équipe)

MK10 : ?

MK11 : améliorer la qualité de la prise en charge du patient, améliorer la communication interprofessionnelle, prise en charge globale du patient

PM : la qualité des pratiques évaluées, la réévaluation périodique, l'explicitation de la clinique, l'inscription dans la démarche d'accréditation

PP : mieux connaître le patient dans sa globalité, s'entraider entre professionnels médicaux, obtenir de meilleurs résultats quant au traitement proposé : qualité des soins

Annexe III – page 2

Annexe IV

Recueil de données relatives aux dossiers du patient en rééducation

Formation de cadres de santé : « Dossiers du patient en rééducation : méthodologie d'élaboration et mise en œuvre »

Septembre 2001

Exercice A

« Quelles sont pour vous les données minimales constituant le dossier du patient en rééducation ? Suivant quels objectifs ? »

Réponse :

Objectif principal : améliorer la qualité des soins et la prise en charge globale du patient

Objectifs :

<i>Traçabilité Évaluation Réévaluation Transmission Transmission interdisciplinaire Évolution du traitement</i>	<i>Prescription médicale + Clarification Établissement de la fiche de sortie Remplacement de praticien Réajustement du traitement Situer les responsabilités Établissement de bilans</i>
---	--

Données minimales :

<i>Fiche civile. Éléments psychosociologiques du patient Fiche administrative Antécédents médicaux, chirurgicaux, traitement en cours Coordonnées des différents praticiens intervenant Prescriptions Bilans, bilan d'entrée, examens cliniques (mesures, outils, ...) Examens complémentaires</i>	<i>Demande du patient Diagnostic professionnel (propre à chaque patient) Pratique : traitement, évolution, transmission, actes Compte rendu, synthèse professionnelle Bilan de sortie Degré de satisfaction du patient</i>
--	--

Exercice B

« Pour constituer un dossier du patient en rééducation, sur quels modèles théoriques pouvez-vous vous appuyer ? »

Réponses :
Prescriptions médicales
Renseignements administratifs
Prise en charge globale du patient
Bilans spécifiques à chaque profession, bilan interprofessionnel
Environnement
Différents modèles de communication

Exercice C

« Vous êtes cadre de santé. Comment allez-vous mettre en œuvre les recommandations dans un service de rééducation ? Étapes ? Freins, résistances, atouts ? »

Réponses :

- 1- Contextualisation
 - connaissance des textes
 - projet d'établissement
 - acteurs concernés
- 2- Information – discussion
 - présentation des textes et explication, mise en évidence des contraintes et des intérêts
 - modèle A.N.A.E.S., discussion
 - modèle prototype
 - méthodologie expérimentale
- 3- Mise en place de l'expérimentation
 - durée
 - critères, indicateurs
 - suivi, régulation
- 4- Évaluation
 - analyse des résultats
 - discussion
 - adaptation
- 5- Validation
 - régulation
- 6- Freins, résistances
 - acteurs : immobilisme, opposition, crainte du jugement, difficultés à écrire
 - moyens : matériel, humain
- 7- Atouts
 - officialisation (notion de pratiques reconnues)
 - amélioration de la qualité des soins
 - amélioration du fonctionnement et de la communication
 - aspects juridiques
 - valorisation individuelle et collective
 - traçabilité

Annexe V

Recueil de données synthétiques relatives au dossier du patient en ergothérapie Formation continue « Formation de Formateurs au dossier du patient en ergothérapie » décembre 2001 - mars 2002

DPE = dossier du patient en ergothérapie.

1A, 2A, 3A désignent respectivement les étudiants en 1^{ère} année, 2^{ème} année, 3^{ème} année de formation en ergothérapie.

1- SYNTHÈSE DES COMMISSIONS DE TRAVAIL SUR L'ANALYSE DES PRATIQUES – DÉCEMBRE 2001

Commission de travail « services d'ergothérapie »

- *la démarche professionnelle est souvent assujettie :*
 - o *aux médecins et à leur philosophie médicale*
 - o *à l'institution*
 - o *au groupe professionnel : dans lequel on repère les obstacles et/ou les leviers pour le changement*
- *le recueil de données*
 - o *est très majoritairement écrit*
 - o *mais dans certains services, rien n'est écrit en fonction du médecin*
- *le dossier professionnel est*
 - o *dans un dossier unique, avec un écrit ergothérapique qui s'y insère*
 - o *un dossier ergothérapique, qui est remis en fin de séjour au médecin pour que celui-ci rédige la lettre de sortie*
 - o *un dossier ergothérapique qui s'insère au dossier unique au fur et à mesure*
- *quelques points particuliers*
 - o *la nécessité des réunions d'équipe et des réunions de synthèse pour permettre une plus grande qualité dans les pratiques professionnelles*
 - o *les comptes rendus de visite à domicile sont systématiques dans la pratique professionnelle*
 - o *alors que le compte rendu de fin de séjour ne l'est pas*
 - o *en psychothérapie institutionnelle, peu d'écrit de la part des médecins ou des paramédicaux car c'est le patient qui est considéré comme le vecteur de communication, c'est lui qui porte son histoire personnelle.*
- *la formation pour la mise en place du dossier du patient en ergothérapie*
 - o *doit permettre aux ergothérapeutes de donner les moyens d'utiliser au mieux les structures et les systèmes existants*
 - o *et de mettre en évidence ce qui existe déjà et de savoir s'en servir.*

Commission de travail « formateurs »

- le module de méthodologie professionnelle doit largement être mis à contribution pour former les étudiants au DPE, par la formation
 - o aux modèles conceptuels de l'ergothérapie
 - o au plan d'intervention ergothérapique
 - o et à la cohérence dans la démarche en ergothérapie enseignée
- les expériences
 - o intégrer un outil relatif au DPE, avec la fiche d'évaluation de stage
- l'alternance doit être mise à profit
 - o pour renforcer l'étroite relation entre la méthodologie professionnelle enseignée et la pratique des stages, notamment utiliser la mise en situation pratique pour mettre en évidence le niveau d'appropriation de l'étudiant
 - o et renforcer les échanges avec les encadrants de stage
- quatre niveaux d'intervention pédagogique sont soulignés
 - o selon que l'équipe de formateurs comprend plusieurs permanents qui assurent des missions linéaires et transversales
 - o ou qu'elle n'est composée que de vacataires ponctuels
 - o ou de mi-permanents/mi-professionnels
 - o et de toute façon, tenir compte de la formation assurée par les encadrants de stage qui doivent être reconnus comme participant activement à la pédagogie
- l'articulation nécessaire
 - o entre le module de méthodologie professionnelle et les différents modules de formation
 - o ce qui nécessite de former tous les intervenants
 - o et qu'aux permanents pédagogiques revient le devoir de faire du lien.

2- TOUR DE TABLE DES EXPÉRIMENTATIONS RÉALISÉES DANS LES SERVICES, OU AUPRÈS DES ÉTUDIANTS MARS 2002

Ergothérapeutes et Cadres de santé ergothérapeutes

P = professionnel(s)

P1 Groupe de cadres de santé ergothérapeutes

- intervention pédagogique dans divers services
- élaboration d'outils pédagogiques pour les formateurs
- groupe de réflexion sur les évaluations en ergothérapie

P2 Cadre de santé ergothérapeute, en psychiatrie

- nécessité de formaliser les actes ergothérapiques en psychiatrie
- l'apprentissage faits par les étudiants du DPE va changer la pratique car elle s'appuiera sur une démarche plus formelle

P3 Cadre de santé ergothérapeute, en psychiatrie

4 catégories de position apparaissent :

- on a déjà un dossier, pourquoi en adopter un autre ?
- refus
- on est un peu intéressé mais on n'a pas le temps
- favorable et essaient de l'adapter à leurs pratiques professionnelles, de plus c'est vécu comme pouvant permettre de se faire une place dans l'institution.

P4 Cadre de santé ergothérapeute, en rééducation-réadaptation adultes

Dans l'équipe, nous avons tenu une réunion d'information et nous nous sommes exercés à remplir des dossiers par rapport à des cas cliniques

- difficultés quant à la forme, à la structuration du dossier
- déterminants personnels ?
- Tout à fait en accord avec la synthèse des évaluations, la fiche de suivi et la fiche de sortie
- Le dossier nous est apparu adapté à notre pratique de rééducation-réadaptation fonctionnelle adultes

P5 Ergothérapeute, en psychiatrie

Au cours de deux réunions du Collège des ergothérapeutes (janvier et février 2002), le DPE a été présenté à l'ensemble des ergothérapeutes (16 ergothérapeutes) : l'intérêt relevé

- transmission interprofessionnelle
- outil de travail des ergothérapeutes par l'acte d'écrire et par la formalisation de la démarche par l'écriture

Dans l'établissement, un dossier en ergothérapie a été mis en place depuis 1998 suite à une démarche-qualité. Ce dossier est depuis régulièrement évalué par un groupe d'auditeurs internes. La DAQ, l'accréditation, la recommandation ANAES, l'existence du DPE nous semblent entrer dans une démarche logique d'amélioration de nos pratiques professionnelles.

P6 Cadre de santé ergothérapeute, en rééducation-réadaptation adultes

- information à l'ensemble de l'équipe (17 ergothérapeutes)
- sondage pour la proposition d'une formation avec un formateur externe à l'équipe : majorité favorable
- une enquête du DIM va s'engager sur l'existant du dossier : cela mettra en évidence les différences et les points communs (en particulier, deux n'écrivent pas ou peu)
- les directives relatives à l'accréditation préconisent de systématiser le dossier à tous les patients.

Formateurs

F = formateur en formation initiale (chacun des formateurs travaille dans un Institut de formation en ergothérapie différent).

F1

Une information aux 3A :

- présentation de cas clinique et remplissage de DPE
- TD permettant de travailler la réelle synthèse, pas seulement celle relative aux évaluations : cela nous amène à des objectifs différents
- Ce qui est visé, c'est d'intégrer le DPE dans l'enseignement par l'intermédiaire des enseignants (cours de méthodologie et cours de rééducation).

F2

mise en équivalence des cours de psychiatrie par rapport au DPE, nécessité de les adapter ; travail de recueil de données cliniques lors des stages par les étudiants : les résultats pour l'instant sont plutôt négatifs car toutes les équipes n'ont pas travaillé leur dossier par rapport au DPE.

La formation au DPE s'inscrit dans le module de méthodologie professionnelle : pour cette année 2001-2002

- 1A : sensibilisation au cours du module
- 2A : information plus conséquente puis consigne de remplir un DPE à partir d'une expérience de stage
- 3A : remplir un DPE au cours d'un stage puis TD facultatifs.

F3

Une information a été donnée aux étudiants. Un travail en groupe est mené par rapport aux cas cliniques. Une enquête vis-à-vis des étudiants de 2A et de 3A montre des difficultés d'adaptation en pédiatrie et en psychiatrie

Tableau synthétique des réponses à l'enquête réalisée auprès des étudiants	
2 ^{ème} Année (37 étudiants)	3 ^{ème} Année (34 étudiants)
<p><i>Le plus mal identifié :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - synthèse des évaluations - habitude de vie antérieure - comportement du patient - évolution si l'hospitalisation est longue 	<ul style="list-style-type: none"> - évolution du patient
<p><i>Le vocabulaire qui pose le plus de problème :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - facteurs environnementaux - prescription 	<ul style="list-style-type: none"> - aptitudes - projet du patient - déterminants personnels
<p><i>Concepts les mieux maîtrisés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - situation de handicap - aptitudes 	
<p><i>Rubriques du dossier perçues comme significatives de la pratique ergothérapique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - plan d'intervention 71 % - situation de handicap 55 % - habitudes de vie, facteurs personnels et environnementaux, projet du patient 43 % - connaissance de la personne 28,5 % 	
<p><i>Dossier adapté en fonction de la pathologie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - non 55 % 	<ul style="list-style-type: none"> - non 86 %
<p><i>Principales critiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - manque de place - mal adapté pour la psychiatrie et la pédiatrie 	
<p><i>Rubriques manquantes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - type d'hospitalisation - traitement médical - antécédents familiaux - motifs de sortie 	

F4

Une présentation du DPE a été faite à la réunion des encadrants de stage (mars 2002). Des réticences et des difficultés apparaissent :

- un dossier de plus à remplir !
- un changement dans les habitudes de travail
- comment coordonner les objectifs ergothérapiques avec les objectifs des autres professionnels ?
- en psychiatrie, difficultés à établir des échéances.

En revanche, l'invitation à travailler dans le sens d'un relais de la prise en charge à l'extérieur de l'institution est vécue comme intéressante.

F5

Une réflexion est amorcée pour les cours relatifs aux Évaluations en ergothérapie : une adaptation de ces cours est envisagée pour la rentrée 2003.

Le DPE a été évoqué dans le cours sur l'intervention à domicile pour les 3A.

Il est tout à fait dommageable que les ergothérapeutes travaillant en institution ne fassent pas systématiquement un rapport de sortie pour, notamment, les ergothérapeutes libéraux.

F6

Dossier présenté aux 1A, 2A 3A :

Les étudiants de 2A ne voulaient pas partir en stage sans avoir été largement informés du DPE : ils sont revenus avec des cas cliniques présentés avec le DPE, excellentes présentations. Travail avec les étudiants de 3A : explicitation et travail sur le guide de remplissage, à partir de cas cliniques. Très bonne réception de tous les étudiants : le DPE leur paraît être un plus pour la reconnaissance de la profession, notamment parce que c'est validé à l'extérieur de la profession, par l'ANAES.

Actuellement 2 étudiants présentent le TES [travaux écrits de synthèse = travaux de fin d'étude pour le diplôme d'État] sur le modèle du DPE.

Les cours de traumatologie adultes ont été réorganisés en tenant compte du DPE.

Présenté aux encadrants de stage (mars 2002) : 52 personnes en rééducation fonctionnelle et 49 en psychiatrie, avec discussion et nombreux échanges. Tous les professionnels intéressés : certains réfléchissent déjà à une adaptation sur leur lieu de travail, certains ont mis en place un nouveau DPE en lien avec le DPE ANAES, sous la forme d'un quatre-pages ; des réticences apparaissent quant à la longueur et donc au temps qu'il faut consacrer au dossier, et quant à la difficulté de faire apparaître des évaluations en psychiatrie.

Formation Continue

FC = formateur en formation continue

FC

Une formation continue pour les ergothérapeutes d'un grand groupe hospitalier multi-sites est organisée en 2001-2002 : elle comprend une formation aux modèles utilisés en rééducation, au modèle PPH, à la démarche-qualité, au DPE et à l'évaluation. Elle concerne une trentaine d'ergothérapeutes et se déroule sur plusieurs mois, pour permettre des temps de réflexion et favoriser l'appropriation.

Sinon, nous envisageons pour 2002-2003, et pour quelques années à venir, que les formations au DPE se fassent selon les deux modalités en intra et en extra-institution et qu'elles soient organisées principalement par les Instituts de formation en ergothérapie au regard de leur région respective.

Des formations nationales peuvent aussi être prévues mais il y a lieu dans tous les cas de figure de privilégier les formations en intra-institution pour une meilleure appropriation du dossier par les ergothérapeutes.

Annexe VI

Entretiens avec des ergothérapeutes Juillet 2002

EE = entretien d'ergothérapeute ; EC = entretien de cadre de santé ergothérapeute.

Entretien EC1

Cadre de santé ergothérapeute, plus de 25 ans d'ancienneté, équipe de 4 ergothérapeutes, rééducation-réadaptation fonctionnelle adultes, 120 patients par jour, centre de jour privé non lucratif.

Quel dossier utilisez-vous ? Avez-vous un dossier, comment est-il organisé par rapport à l'admission, au suivi, à la fin de la prise en charge ?	Idées principales
<p><i>Nous avons une chemise cartonnée dont les items pour le remplissage des données utiles sont imprimés. On ajoute une étiquette identifiant le patient. La même étiquette, on la colle sur chaque feuille de suivi de prise en charge. Sur la chemise, on a le nom, le prénom, la date de naissance, le médecin référent, la date d'entrée et la date de début de prise en charge, quelques mots d'indications ou d'objectifs. Les feuillets internes, c'est nous qui les éditons selon un modèle qu'on s'est fait : on colle l'étiquette du patient, on note à chaque séance (ou presque) la date et les objectifs, ce qu'on a fait avec nos observations, et le résultat des évaluations. On note aussi le PMSI et les actes hors patients, par exemple pour finir la confection d'un appareillage, à partir d'une grille préétablie, chaque semaine. C'est une obligation de rendre le PMSI toutes les semaines. On a une case et on y remet nos feuillets pour que la secrétaire relève les actes PMSI et les autres. Il y a une secrétaire par étage assistant un médecin de rééducation. On a un délai d'une semaine pour finir le dossier quand le malade sort. On ne fait pas de lettre de suivi en fin de prise en charge car il n'y a pas de suivi, généralement. Le patient s'en va et c'est tout. C'est vrai que c'est un centre de rééducation et de réadaptation mais on fait presque pas de réadaptation. On fait des visites à domicile quand c'est utile mais guère plus, là on fait toujours un compte rendu écrit dans le dossier. Mais si on conseille la poursuite de la rééducation en libéral, on le note mais il n'y a pas vraiment de compte rendu de prise en charge. Pour les aides techniques, et pour l'appareillage, on note chaque fois dans le dossier sur les feuillets de suivi de manière chronologique comme pour les séances, avec les séances.</i></p> <p><i>Il y a 6 étages, nous on est au 4^{ème}, 3 départements sont au 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} étage et un autre au 6^{ème}. Chaque département, c'est un médecin, une secrétaire médicale et des kinés attirés. Les infirmières, les orthophonistes et les ergos on est pas dans ces étages. On travaille avec tous les patients qui sont sur tous les étages Alors on passe notre temps à courir entre tous les étages. Ce sont les médecins qui font la synthèse à partir de notre dossier. Ce n'est pas nous. Mais cela devra être revu ... [silence, réflexion].</i></p>	<p>1 Chemise 2 cartonnée 3 Étiquette 4 5 Feuille interne 6 7 PMSI 8 9 Communication via 10 secrétaire 11 Lettre de fin de 12 prise en charge 13 14 Rééducation et 15 réadaptation 16 17 18 19 20 21 Courir entre étages 22 23 Les médecins font 24 la synthèse 25</p>
<p><u>... Et pour l'admission ?</u></p> <p><i>On reçoit la liste de tous les entrants du centre et la liste de tous les sortants chaque semaine : à nous de voir à finir les dossiers des sortants. Il n'y a pas de staff d'admission avec la présentation des patients mais souvent le médecin nous appelle ou vient nous voir et nous dit « voilà tel patient, il a ceci , il a cela, il faudra faire ceci ou cela en ergo. Nous on note ce que le médecin dit et ça fait la prescription. Souvent c'est au téléphone. On n'arrive pas à faire de réunion de synthèse sauf s'il y a problème mais souvent on l'appelle, on lui en parle... en fait, il y a beaucoup de choses informelles [petits rires]. Il nous appelle au téléphone, il nous présente rapidement le patient et les objectifs qu'il attend de l'ergothérapie puis on descend voir le dossier médical, il y a la conduite à tenir en kiné, en ergo, et puis voilà, il n'y a pas de réunion.</i></p>	<p>26 Pas de staff 27 d'admission, de 28 réunion de 29 synthèse 30 31 32 Choses informelles 33 34</p>

<p><i>Les visites d'admission c'est un peu long surtout en neuro. Mais on descend pas. C'est le médecin qui juge s'il y a besoin de la présence des rééducateurs. Les patients sont convoqués tel jour à telle heure pour cette visite. On pourrait y être, car les rendez-vous peuvent nous être communiqués mais on n'a pas le temps d'y aller. Les synthèses c'est au coup par coup quand le médecin ou un rééducateur en demande car il y a problème. Mais il n'y a rien de systématique. On discute pas tous ensemble du projet de rééducation et de réadaptation. On dit directement à l'autre intervenant ce qu'on fait, quels sont les progrès mais il n'y a pas de projet d'ensemble avec le patient. C'est le médecin qui décide de la sortie avec aussi ce que chacun des rééducateurs dit. On a la chance d'avoir des médecins rééducateurs, ils le sont tous, à plein temps et très présents : alors on peut les joindre par téléphone, les voir directement tous les jours, c'est bien cette relation privilégiée mais il n'y a pas de réunion de tous les intervenants pour un même patient, sauf quand il y a une réunion de synthèse mais c'est pas souvent.</i></p>	<p>35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46</p>	<p>Le médecin qui juge si... Pas de projet de rééducation en équipe C'est le médecin qui décide Relation privilégiée avec le médecin</p>
<p><u>Comment envisagez-vous l'utilisation d'un dossier du patient en ergothérapie, selon la recommandation de l'A.N.A.E.S. ? Dans votre organisation, ce dossier peut-il être utilisé ?</u> <i>Nous on a lu le dossier A.N.A.E.S. et on veut l'utiliser mais il nous faut un travail d'équipe préalable : connaître les référents contenus dans ce dossier, la CIH et le modèle de Fougeryollas. On a lu le modèle de Kielhofner sur un document que (une cadre ergothérapeute) nous a donné mais Kielhofner n'est pas dans le dossier. Ce travail préalable, il nous permettra justement d'adapter et de savoir quelles sont les choses qui nous paraissent essentielles pour l'élaboration du dossier. Si on n'a pas ce travail préalable, ... [silence] Alors j'en ai parlé à mon directeur pour qu'on ait une formation ici pour élaborer le dossier car j'ai vu que l'ANFE proposait des formations. Et c'est bien que ErgOTHérapies ait sorti le dossier A.N.A.E.S. Mais il y a un projet d'informatiser les dossiers alors je ne sais pas ce qu'on va faire. Le directeur a dit de ne pas annuler notre projet de formation. Je crois que c'est bien qu'on réfléchisse avant l'informatisation car sinon qu'est-ce qu'on va mettre en informatique ? Nous n'avons pas de modèle de rééducation ou de modèle de conception du handicap, qui organise notre dossier : il faut qu'on y réfléchisse. Les items sont les uns derrière les autres. Quand on veut aller aux informations, il faut vraiment aller à la pêche et ce n'est pas évident. Sur Internet, nous n'arrivons pas à avoir la Classification internationale en français, nous on en a un bout mais sinon, c'est en anglais... [silence, désapprobation] Il doit y avoir des pré-requis pour travailler, pour avancer sur un dossier du patient. A travailler comme ça, on va finir bêtement, on va se scléroser. Car sur le plan technique, je crois qu'on fait des trucs bien, qu'on bosse bien. On ne peut pas être à la traîne de l'ensemble des ergothérapeutes. On ne peut pas se permettre. On nous dit qu'on est un centre ceci, un centre cela, que l'année prochaine, on a la visite d'accréditation, ... [silence]</i></p>	<p>47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67</p>	<p>Fougeryollas Kielhofner CIH Formation Information Informatisation Modèle Aller à la pêche aux infos On bosse bien Ne pas être à la traîne</p>
<p><u>Vous souhaitez-vous engager dans le dossier recommandé ?</u> <i>Oui, et c'est pourquoi nous voulons nous former aux concepts et avoir de l'aide extérieure par l'ANFE, avec un formateur. On est déjà engagés dans des démarches qualité, je travaille avec une infirmière dans le CLIN. On réfléchit sur les protocoles pour l'appareillage, pour le prêt, l'entretien, les consignes à donner au patient. On a un protocole de nettoyage de l'étuve régulièrement. On a commencé à réfléchir aux divers bilans : on a déjà répertorié une dizaine de bilans avec le protocole de passation qu'on a rangé dans un classeur. Chaque ergo puise dans ce classeur le bilan qu'il lui faut (une photocopie). Après que le bilan soit passé, la feuille on l'intègre dans le dossier du patient et on note dans le feuillet de suivi les résultats du bilan. On transmet pas le bilan tel qu'il a été fait mais le résultat. On est déjà préparées donc déjà à ce niveau.</i></p>	<p>68 69 70 71 72 73 74 75 76 77</p>	<p>Aide extérieure Protocole Bilans</p>

Entretien EE2

Ergothérapeute, animatrice du Collège des ergothérapeutes (17 ergothérapeutes), 15 ans d'ancienneté, en psychiatrie, hôpital public

<p><u>Quel dossier utilisez-vous ? Avez-vous un dossier, comment-est-il organisé par rapport à l'admission, au suivi, à la fin de la prise en charge ?</u></p> <p><i>Le dossier que nous utilisons et qui a été établi, c'est la conséquence, qui n'était pas prévue, de notre engagement dans la démarche qualité. En 1995, le directeur pensait déjà à l'accréditation et avait fait venir une équipe canadienne pour faire un audit sur l'hôpital. Tous les groupes professionnels ont été sollicités. Certains ont refusé de travailler sur la démarche qualité puisqu'à l'époque l'idée c'était qu'est-ce qu'on vient vérifier ? Nous, dans le groupe professionnel des ergothérapeutes, on s'est dit qu'il fallait prendre le taureau par les cornes et qu'il vaut mieux se saisir d'outils et qu'on les crée plutôt que ce nous soit imposé de l'extérieur. A cette époque-là on avait répondu à l'audit.</i></p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>	<p>Démarche qualité Prendre le taureau par les cornes</p>
<p><u>Quand tu dis nous, c'est le Collège des ergothérapeutes ?</u></p> <p><i>Quelques uns, en partie, car certains s'étaient opposés donc il y a eu un engagement nominatif et personnel : 9 ergothérapeutes sur 17 ou 18. A partir de là, il y avait d'énormes questionnaires de 50 à 80 pages. Alors on a travaillé sur la question de pouvoir dire ce qu'on fait. Ce qui les intéressait c'était que finalement les différents professionnels puissent dire non seulement ce qu'ils faisaient mais savoir ce qu'ils faisaient comme actes. Est-ce qu'ils pouvaient anticiper leurs actes, est-ce qu'ils pouvaient effectivement penser leurs actes et savoir pourquoi ils faisaient telle ou telle chose car on se rend compte que dans le quotidien, on fait des choses, plein de choses mais qu'on sait pas très bien pourquoi on les fait, comment on les fait et quand on reproduit a priori un acte, est-ce que c'est dans le même contexte ? est-ce que ça provoque la même chose ?</i></p> <p><i>D'emblée, c'était intéressant car les canadiens posaient d'emblée quelle est notre priorité d'être ? Tu vois le cheminement intellectuel, il a été ... Et nous on s'est dit il faut qu'on construise un outil et la première question qu'on s'est posé était de se dire comment choisir un mot...</i></p> <p><i>Et ensuite il y a eu la constitution d'un service Qualité à l'hôpital. Ce service Qualité a proposé de mettre en place des groupes de travail sur, pour l'amélioration grosso modo du fonctionnement de l'hôpital et au départ ça n'a été que des groupes pluri-professionnels mais qui ont concerné les services logistiques de l'hôpital, l'amélioration des services techniques et ça a été essentiellement ça. Et nous on est assez fiers parce qu'on a été le premier groupe clinique à se mettre en place parce que c'est quand même plus facile de voir la qualité des repas et comment les repas arrivent froids.</i></p> <p><i>Et le premier groupe qu'on a monté concernait la question qui nous semblait la plus intéressante, finalement la promotion de l'ergothérapie, c'était de se dire il y en a assez que effectivement, notre travail, dans notre travail qu'est ce qui se passe dans un premier temps : c'est uniquement une autorisation à aller en ergothérapie. C'est quelque chose de cet ordre-là, on n'est pas dans le but de la prise en charge mais dans l'autorisation et on s'est dit qu'on allait faire avancer ça, d'où le travail qu'on a fait sur l'indication médicale en ergothérapie. D'un côté le cadre réglementaire qui précise qu'on travaille sur prescription et nous on a réfléchi sur comment la prescription se déclinait en psychiatrie. Il est bien évident qu'on ne pouvait pas concevoir, c'est mon point de vue et c'est un point d'accord collégialement aussi, on ne peut pas fonctionner à partir d'une ordonnance en psychiatrie voilà où on prescrit tant de séances d'ergothérapie. Ça, ça devient l'élément dominant.</i></p> <p><i>Donc voilà le premier sujet de réflexion sur toute cette question. Et à partir de là on s'est entouré d'un certain nombre d'éléments pour valider notre groupe Qualité. Il y avait des ergos, des psychiatres, il y avait aussi des cadres infirmiers et il y avait la permanente Qualité de l'hôpital. Ce n'est pas pour rien, c'est un peu stratégique. Même si cette femme pouvait nous apporter quelque chose, nous on s'est dit qu'il faut qu'elle nous apporte non seulement sur le plan méthodologique et surtout qu'il y ait quelqu'un qui soit la personne référente Qualité sur l'hôpital. Si elle est d'accord avec notre travail, elle pourra le porter, le soutenir, etc.</i></p>	<p>9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46</p>	<p>Équipe partagée Dire ce qu'on fait Savoir ce qu'on fait Réflexion sur les actes Service Qualité Services logistiques Premier groupe clinique Prescription / autorisation / ordonnance Valider notre groupe Stratégie</p>

<p><i>Et donc elle, son travail a été difficile, ça a été de formaliser cette réflexion sur l'indication médicale en ergothérapie et à partir du moment où ça a été formalisé, qui dit forme, qui dit effectivement mise en forme, dit établissement d'un document qui au départ n'était qu'un document qui n'avait comme prétention que de laisser des traces dans le protocole Qualité de l'hôpital. Petit à petit, en cheminant, il nous a fallu deux ans, on est arrivé à se dire, on peut peut-être formaliser un dossier d'ergothérapie. Le groupe de travail avait démarré en 1994. Là c'est fin 1997, 1998, 1999. A ce moment-là, on a formalisé cette réflexion, on a mis en place, on a constitué un dossier papier d'ergothérapie qui a été validé par les différentes commissions de l'établissement, la commission Qualité, la commission médicale, etc. Et avec tous les moyens que cela suscite, c'est-à-dire après la reprographie, etc. pour qu'il soit diffusé et qu'il puisse être utilisé par l'ensemble des ergothérapeutes. Et assez vite on a dû mettre en place fin mars 99 une première audit Qualité sur l'utilisation du dossier. Voilà un peu l'histoire. Après les choses se sont mises en place.</i></p>	<p>47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59</p>	<p>Formalisation Dossier Validation Audit</p>
<p><u>L'audit, c'est un audit externe ou interne ?</u> <i>Non interne. Est-ce que le dossier est utilisé ? Faut décliner ensuite : est-ce qu'il est correctement rempli ? Où est-ce qu'il va, est-ce qu'il est dans le dossier ou est-ce qu'il reste dans les archives des ergothérapeutes ? Et on a fait un deuxième audit. On n'a pas encore les résultats. On l'a fait au premier trimestre 2002 et qui portait sur les 6 derniers mois 2001. Il y a un protocole établi : on doit prélever un certain nombre de dossiers dans chaque secteur. C'est piloté par le référent Qualité dans chaque secteur. C'est sous son pilotage que sont exécutées les évaluations. C'est à la fois une auto-évaluation et à la fois c'est un cadre déposé, une méthodologie qui nous est imposée par la nouvelle responsable de la qualité de l'hôpital. Tout est précisé, les modalités sont très précises. On nous demande les 6 derniers mois. Vous prenez la liste de tous les nouveaux patients qui vous ont été adressés, vous en faites un tirage au sort, 10 dossiers, vous tirez au sort 10 dossiers et à partir de ces 10 noms, vous appliquez un questionnaire : est-ce que le dossier est bien rempli ? qui le remplit ? ... C'est l'ergo qui remplit le questionnaire, supervisé par le référent Qualité. Le dossier et l'audit, c'est généralisé, pour tous les patients, il y a un dossier ergo. Pour tous les ergothérapeutes.</i></p>	<p>60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73</p>	<p>Audit interne Modalités précises 10 dossiers tous les ergos tous les patients</p>
<p><u>Comment est constitué le dossier ?</u> <i>On a mis en commun tous nos dossiers professionnels à partir de cas cliniques et on a cherché ce qui était commun à tous les ergothérapeutes. On a précisé 3 choses, on en a généralisé, on en a ressorti des points communs à la pratique des ergothérapeutes. Et dans la pratique, il s'est avéré qu'il y avait plusieurs aspects qui ressortaient dans les pratiques de tous les ergothérapeutes. La première, c'est qu'il y avait systématiquement un entretien, un premier entretien. Qu'il y avait l'établissement des modalités de suivi puis ce qui était important les observations puis la synthèse de la prise en charge, qui était quelque chose qui pouvait être retenu pour nous inviter à réfléchir. Voilà sur quoi nous nous sommes appuyés, à la fois sur des aspects de la pratique quotidienne professionnelle et à la fois sur ce qui nous semblait important à transmettre aux équipes car là on était dans la conception d'un dossier ergo. C'est clair que les ergothérapeutes qui ont travaillé sur le dossier étaient d'orientation psychanalytique et pratiquement sur le modèle psycho-dynamique. C'est l'idée que c'est effectivement qu'on place le patient en position de sujet et ce qui nous intéresse, c'est d'écouter, d'entendre et de ressentir ce qu'il nous dit. Ce qu'il en est apparaîtra plus tard. Il y a cette pensée psycho-dynamique. Autre chose, certains sont même lacaniens. Ce qui illustre bien cela, cette position, c'est que dans la case qui correspond à « prescription du suivi d'ergothérapie », il y est mentionné le nom du médecin, la date de la prescription et nous avons formulé comme cela l'indication médicale en lui demandant de préciser le motif de la demande. « Qu'attendez-vous, à partir du moment où vous nous adressez un patient, qu'attendez-vous du suivi d'ergothérapie ? » Quand on parle du motif de la demande, on situe et c'est intéressant : dans cette case, on a remarqué deux types de réactions de médecins, les psychiatres, certains nous disaient « j'en sais rien, il faut que vous me disiez », il faut que je comprenne mieux votre démarche professionnelle », et d'autres qui indiquaient le diagnostic du patient.</i></p>	<p>74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98</p>	<p>Commun Entretien Modalités de suivi Observations Synthèse Transmission à équipe Conception dossier Psycho-dynamique Le sujet 2 types de réactions médicales</p>

<i>Cette petite précision d'indication a fait beaucoup mûrir nos relations avec les psychiatres. Le psychiatre qui avait le plus de prestance, là, il s'est dit « je ne sais pas » [sourires, silence]... Les psychiatres nous perçoivent alors comme des enjeux cliniques...</i>	99 100 101	Mûrir les relations Enjeux cliniques
<u>Comment envisagez-vous l'utilisation d'un dossier du patient en ergothérapie, selon la recommandation de l'A.N.A.E.S. ? Dans votre organisation, ce dossier peut-il être utilisé ?</u> <i>Nous avons suivi la démarche Qualité préconisée par l'A.N.A.E.S. pour élaborer le dossier, mais n'avons pas suivi ce qui est préconisé aujourd'hui pour le dossier du patient, ça n'existait pas alors. Il n'était pas encore élaboré, diffusé. Mais la démarche suivie est celle d'une démarche Qualité et l'avons suivi avec méthodologie et rigueur.</i> <i>Ça a amené les ergos qui ne faisaient pas d'entretien à en faire un. Un questionnaire s'est mis en route. Ça a modifié la pratique d'entretien. Il y avait aussi encore des ergos qui fonctionnaient sur le principe de l'atelier polyvalent : ouverture du service en fonction des horaires de l'ergothérapeute et les patients viennent comme dans une boutique ouverte. A partir du moment où on indique sur le dossier les modalités de suivi, on se pose la question de quelle manière j'accueille, de quelle manière je vais organiser le suivi en ergothérapie : est-ce que j'instaure un cadre spécifique ou non ? ou est-ce que je l'accueille toute la journée ? C'est donc la question du suivi individuel ou non.</i> <i>Avant ce dossier, il y avait une diversité de formalisation. Il y avait des ergothérapeutes qui s'étaient constitué des fiches, un petit dossier, mais ça restait au sein du service d'ergothérapie. C'était consigné à l'équipe et au médecin que sur demande, lors des synthèses notamment. Il y avait des centaines de notes qui sont restées dans les tiroirs des services d'ergothérapie.</i> <i>On a eu aussi des cahiers de rapports... [rires francs], qu'on remplissait et qui correspondaient à un écrit des faits quotidiens et qui était transmis chaque jour au médecin-chef. Il n'existe plus. Le cahier, c'était pour tous les patients, il n'y avait pas de dossier individualisé pour chaque patient. D'autres ergothérapeutes remplissaient la fiche « activité » qu'il y avait dans le dossier infirmier mais ça a aussi évolué.</i> <i>Aujourd'hui, on peut considérer que la feuille de suivi est photocopiée et placée dans le dossier médical : c'est-à-dire la première page sur laquelle on indique les conclusions du premier entretien et les modalités de suivi. Puis ce sera de même pour la feuille de synthèse à la fin de la prise en charge. Entre les deux, la communication avec le médecin et les autres soignants est surtout orale. Même si nous notons régulièrement le suivi dans le dossier. Tu sais le fonctionnement psychique n'est pas le temps réel de travail, ne coïncide pas avec le temps réel. Certains vont mettre régulièrement des éléments d'observation mais ce n'est pas utilisable.</i> <i>Pour les événements d'alerte, ça peut être transmis par écrit mais le plus souvent c'est oral car nous avons une relation étroite avec le psychiatre et les infirmières. Mais ça m'arrive d'aller mettre une note dans le dossier de soins infirmiers. Pour les gens non hospitalisés, la référence, c'est le médecin.</i>	102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133	Démarche qualité ANAES Entretien Questionnement Modalités de suivi Diversité de formalisation Fiches, dossier, notes, cahier de rapports Photocopie Communication orale Et écrite
<u>Et le dossier A.N.A.E.S. ?</u> <i>C'est une question qui est mise en chantier dans le Collège des ergothérapeutes et qui sera traitée à partir de septembre 2002. Mon objectif, c'est qu'on arrive à un dossier commun à tous les ergothérapeutes. Même si nous avons fait un travail très-avant-gardiste, il n'en reste pas moins qu'il y a un dossier qui est sorti : tout le travail qu'on a fait peut s'inscrire dans le dossier national. La réflexion préalable doit servir. On a eu déjà deux réunions où on a parlé de ce chantier. Ce qu'on sait déjà, c'est qu'on ne veut pas d'un gros dossier, long à remplir donc il faut qu'on aménage le dossier A.N.A.E.S. et la deuxième chose qu'on sait c'est que la référence au processus de production du handicap est une vraie question, qu'elle ne nous renvoie pas du tout à notre pratique. Et ce à quoi on aspire aussi c'est que le dossier du patient en ergothérapie évoque une dynamique du patient et pas seulement une observation occupationnelle. Ça rejoint quel sens prend la formalisation des actes ? La question, c'est comment à partir du dossier A.N.A.E.S. faire évoluer notre dossier. Il faut qu'on fasse des propositions.</i>	134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145	Chantier Avant-gardiste Réflexion préalable Aménager le dossier PPH Dynamique du patient Evolution du dossier

<u>En conclusion</u>		
<i>Nous on est pour dès lors qu'il ne s'agit pas de quantifier le nombre de patients et le nombre d'actes. Ce qui a beaucoup parasité l'avancée de la réflexion, c'est le PMSI. Dès lors que ce risque s'éloigne, le dossier A.N.A.E.S. peut être saisi par les ergothérapeutes en psychiatrie. On ne peut pas protocoliser la prise en charge. C'est la rencontre avec une personne en souffrance mentale, chaque fois nouvelle rencontre. Les ergothérapeutes ne parlent pas de ce qu'ils font. La démarche engagée doit pouvoir permettre aux ergothérapeute de dire ce que l'ergo (et non le patient) fait. Ça c'est une bonne chose et c'est un élément de professionnalisation. Il y a un consensus pour qu'il y ait un dossier commun. Maintenant, une autre question, c'est le passage à l'informatique. Il faudra une expérimentation papier de toute façon.</i>	146 147 148 149 150 151 152 153 154	PMSI Ne pas protocoliser la prise en charge Parler de ce qu'on fait Professionnalisation Informatisation

Entretien EE3

Ergothérapeute, 26 ans d'ancienneté, dans équipe de 3 ergothérapeutes, en rééducation et réadaptation fonctionnelle enfants, 100 patients, centre de rééducation privé à but non lucratif.

<u>Quel dossier utilisez-vous ? Avez-vous un dossier, comment-est-il organisé par rapport à l'admission, au suivi, à la fin de la prise en charge ?</u>		
<i>Il est composé de..., on met chaque enfant dans une..., on prend les coordonnées du patient, ça on l'a, soit par le chef de service [cadre de santé masseur-kinésithérapeute], et puis on a un complément du dossier par l'enfant lui-même, ce qui va permettre de faire une fiche de présentation avec son nom, sa date de naissance, quand on l'a pris en charge pour la première fois, sa pathologie, quel est le médecin qui le suit, le problème pour lequel il vient, et on regarde aussi s'il a besoin d'une tierce-personne. On voit aussi d'emblée sa dominance, ça c'est peut-être lui qui nous le dit, on ne l'a pas forcément par les informations du médecin ou du chef de service. Quelques éléments au niveau de sa famille, la profession des parents, s'il a des frères et sœurs, voilà, on a ça. Et puis ensuite quand on va constituer son dossier par la suite, on va faire différentes rubriques en mettant tout ce qui peut être au niveau du bilan, des..., du..., comment te dire, tous les renseignements mais aussi tout ce qui va être comptes rendus médicaux, les observations des médecins, s'il y a des synthèses à son sujet, la rédaction de nos bilans, là on va faire une rubrique. Une autre rubrique, ça va être les évaluations qu'on a pu faire avec lui, tous les bilans remis à jour etc., pas forcément rédigés, c'est-à-dire juste en notant les choses qu'il effectue et puis la rédaction c'est plutôt dans l'autre pochette qu'on va la mettre. Dans une autre rubrique, on y met aussi les comptes rendus de séances, on fait aussi souvent une rubrique sur le graphisme, les dessins, etc. Une autre avec les activités, une autre avec par exemple avec tout ce qui touche aux fauteuils, les fauteuils électriques, les fauteuils manuels, les aides-techniques.</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19	Fiche de présentation Différentes rubriques Observations médicales Bilans CR de séances Rubriques spécialisées
<i>Donc en fait, nous, le dossier du patient, il est fait sous cette forme-là, avec des rubriques c'est-à-dire, si tu veux, chaque rubrique dans des sous-chemises qui est intégrée à la grande chemise. Au maximum, ça peut faire une dizaine de sous-chemises. Mais par exemple, celui qui marche, il aura rien du tout de fauteuil électrique, de fauteuil manuel. Mais ça dépend. On les fait un peu au fur et à mesure, si tu veux.</i>	20 21 22 23 24	<10 rubriques
<i>C'est le dossier utilisé par les trois ergothérapeutes. Nous, on a des feuilles de référence pour la présentation du patient qui est identique pour tout le monde donc avec tout ce que je te disais par rapport à la date de naissance, etc., l'identité, la pathologie, tout ce qui touche de près, ce qui ne relève pas des informations médicales, qui est juste administratif, nous, on a la même feuille pour tout le monde...</i>	25 26 27 28 29	
<i>Et en général, les différentes sous-chemises dans lesquelles nous allons mettre les comptes rendus, les bilans, etc., on fait la même chose chacune. Ça va plus vite. C'est aussi une question pratique. Quand on ouvre un dossier, si on veut regarder l'amélioration de la main dans le graphisme, on va voir dans la pochette qui recouvre le graphisme ; par contre si on veut voir ce qu'on a fait la veille, on va dans les comptes rendus de séances. C'est une question de rapidité.</i>	30 31 32 33 34	Pratique Rapide

<p>Une rédaction d'un compte rendu systématique, ça l'est presque finalement mais on ne peut pas dire que systématiquement tout enfant qui part on demande un compte rendu.</p> <p>Très souvent l'enfant va partir à un moment précis mais 3 semaines ou 1 mois avant, on va avoir eu la demande d'un compte rendu, parfois très peu de temps avant qu'il ne parte et finalement quand l'enfant part au niveau du [service] médical, il y a déjà un compte rendu ergo qui existe mais qui n'est pas fait forcément pour sa sortie mais qui est déjà là, qui retrace... Des fois on nous a demandé quand l'enfant part dans un autre centre, ou pour qu'il parte, il faut monter un dossier, il faut un compte rendu, une évaluation par rapport à ce qu'il fait en ergo et la rééducation, etc. Donc il y aura quelque chose de fait mais le jour de son départ, ça ne va pas être forcément fait à moins qu'il y ait eu un changement important.</p> <p>Par rapport au compte rendu, on évalue les enfants quand ils arrivent et puis après régulièrement. Il y a certains cas, les chirurgiens ont demandé à ce que tous les mois on fasse une évaluation. Pour ça, on fait des grilles pour comparer. C'est quelque chose de régulier qu'on a mis en place, qu'on nous demande ou qu'on nous demande pas, c'est pas un problème.</p> <p>Tout ce qui est fait par les ergos, au niveau du dossier, ce n'est pas informatisé mais je pense que ça le deviendra (de toute façon tout ce qu'on rend comme rapport écrit est saisi sur informatique par nous-mêmes) mais ce qui est informatisé, c'est tout ce que... les observations des médecins, le planning des enfants, le planning à nous. Tu interrogues l'ordinateur, tu vas avoir tout l'emploi du temps d'un même enfant mais tu peux demander à voir aussi tout l'emploi du temps de l'ergo qui s'appelle comme ça. Tu vas avoir l'arrivée de l'enfant, sa photo... Le code d'accès n'est pas forcément pour tout le monde. Tu es dans tel ou tel service. Par exemple, l'assistante sociale a droit de savoir quelque chose que l'ergo n'aura pas le droit de savoir, par exemple. Ce qui est accessible aux ergos, c'est aussi tout ce qui touche à l'appareillage. Il y a un double code d'accès, un code d'accès pour le service et un code d'accès pour chaque ergo.</p> <p>Sinon, il y a 3 synthèses d'une heure par semaine, faites entre tous les rééducateurs et le chef de service. Et par semaine, tous les enfants sont vus. Ça permet de faire le point et de voir si un enfant a un problème, voir par rapport à ce que fait l'enfant. Le chef de service dit alors, je vais voir le chirurgien pour lui en parler. Nous entre ergos, on s'arrange parfois en représentant aussi telle ou telle collègue.</p>	<p>92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120</p>	<p>CR non systématique Mais fréquent</p> <p>CR pour monter un dossier de recherche de centre</p> <p>Bilans réguliers</p> <p>Non informatisé Mais dossier administratif et médical informatisé</p> <p>Code d'accès</p> <p>Réunion de synthèse</p>
<p><u>Comment envisagez-vous l'utilisation d'un dossier du patient en ergothérapie, selon la recommandation de l'A.N.A.E.S. ? Dans votre organisation, ce dossier peut-il être utilisé ?</u></p> <p>Le dossier ANAES, je l'ai entre les mains. En fait on ne l'a pas vraiment utilisé parce que à un moment donné, on l'a présenté à notre chef de service comme quelque chose qui allait être mis en place par l'ANAES et que c'est intéressant. Mais je pense qu'elle souhaitait que ce soit plus rééducation en général. Donc de fait on a mis le dossier un peu de côté et puis on a eu d'autres choses à faire. Il n'est pas mis au panier du tout, pour cette interview, je l'ai retrouvé tout de suite. Notre chef de service attend quelque chose de plus global.</p> <p>Sinon, je connais la CIH mais on ne l'utilise pas pour rédiger la synthèse des bilans ni le compte rendu de fin de séjour. On pourra peut-être l'utiliser un jour si les médecins se sensibilisent à cette manière de voir les choses. Moi je l'utilise aux carrefours des métiers quand je veux présenter l'ergothérapie et le handicap.</p> <p>Autrement, la classification au quotidien, je pense que les médecins sont plus sensibles à... Par exemple, on a voulu faire des tableaux avec des + et des -, et bien il y a des chirurgiens qui préfèrent quand nos bilans sont rédigés. Sur les 4 médecins, le médecin de rééducation est très proche de nous et sensible à toutes les nouveautés. S'il n'y avait que lui, je crois que ça serait déjà mis en place...</p>	<p>121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135</p>	<p>Dossier ANAES connu</p> <p>Chef de service : dossier de rééducation et non ergo</p> <p>CIH connue mais non utilisée car non utilisée par médecins</p>

<u>Le dossier du patient repose sur deux modèles du handicap, la CIH-2 et le PPH : qu'en penses-tu par rapport à une population d'enfants ?</u>		
<i>Pour l'évaluation de l'environnement, ce serait plus pertinent si on avait des séjours plus long. On a de plus en plus de séjours courts, un mois, deux mois. On ne peut peut-être pas voir toutes les incidences par rapport à l'environnement que si on avait des patients qui séjourneraient plus longtemps et avec un handicap prépondérant au niveau des membres supérieurs, en fait concernant plus l'ergo. Pour la scolarité, on en tient compte.</i>	136 137 138 139 140	Séjour trop court pour utiliser PPH ou CIH
<i>Pour les facteurs personnels, on prend en compte la motivation bien sûr, c'est le B-A-BA de la rééducation. Si l'enfant ou l'adulte n'accroche pas... Ici la population évolue, les jeunes adultes, tu sens très bien, tu ne vas pas pouvoir leur proposer les mêmes choses qu'avec les enfants. L'accord va être un peu plus haut. Tu vas avoir besoin de savoir au début leurs pôles d'intérêt et c'est quelque chose qu'on fait beaucoup plus d'emblée quand ils arrivent, le fait de leur demander leurs intérêts, leurs motivations, peut-être plus qu'avant.</i>	141 142 143 144 145 146	Rééducation différente entre enfants et adultes
<i>Par rapport aux familles, ça dépend du type de prise en charge de l'enfant. Si l'enfant habite extrêmement loin, on n'a pas toujours la possibilité d'avoir des relations téléphoniques ou par écrit avec la famille. Autrement on essaie de les voir dès le début du séjour s'il est interne. S'il est externe, on leur téléphone, on leur met un petit mot et on essaie d'avoir une relation avec eux et de toute façon, eux peuvent nous joindre d'une manière ou d'une autre pour qu'on puisse échanger par rapport à l'évolution de la rééducation.</i>	147 148 149 150 151 152	Relations avec les familles surtout pour enfant externe
<i>Les attentes de la famille, c'est plus le chef de service ou le médecin qui les recueillent. Mais en général, ça nous est pas transmis. Quand on nous dit de prendre en charge un enfant, on nous dit plus ce que souhaite le chirurgien, ce que souhaite le médecin, oui, de ce qui a déjà été fait et de ce que nous il faut qu'on fasse pour que l'enfant récupère, récupère telle fonction.</i>	153 154 155 156	Attentes de la famille : ne sais pas
<i>La famille, je ne sais pas quelles sont ses attentes.. [silence]. Les attentes de la famille, elles sont surtout... par exemple un enfant qui arrive qui ne marche pas, qui n'a pas la possibilité d'utiliser un bras, pour eux la chose prioritaire, c'est de marcher, ça c'est sûr, le bras, il viendra après. La première chose, c'est la marche. C'est pourquoi, nous on va moins insister.</i>	157 158 159 160	

Entretien EC4

Cadre de santé ergothérapeute, 26 ans d'ancienneté, dans équipe de 16 ergothérapeutes, en rééducation-réadaptation fonctionnelle adultes, 220 patients, centre de rééducation et de réadaptation privé à but non lucratif.

<u>Quel dossier utilisez-vous ? Avez-vous un dossier, comment est-il organisé par rapport à l'admission, au suivi, à la fin de la prise en charge ?</u>		
<i>Ici, nous avons un dossier patient, un dossier unique comprenant plusieurs parties, quatre : la partie administrative, la partie médicale avec les observations médicales, la partie soins c'est-à-dire soins infirmiers, prescriptions (l'ensemble des prescriptions médicales, les examens complémentaires, les indications de prise en charge médico-technique) et les transmissions médicales, soignantes et médico-techniques, et la partie médico-technique. Celle-ci correspond aux kinésithérapeutes, aux ergothérapeutes, aux orthophonistes, aux psychologues, au service des sports, aux assistantes sociales, à la réinsertion professionnelle, à la diététicienne, au neuropsychologue. Tu comprends, le dossier ergo ou kiné ou orthophoniste c'est le même au niveau de sa constitution, la même chose et ça s'est bien qu'on ait pu tous se mettre d'accord pour avoir le même support. Après ce qu'on met dedans ça dépend de chaque profession bien sûr. C'est un support cartonné à l'en-tête du centre. Il s'intitule « dossier medicotechnique ». Sur la couverture, il y a un cadre pour coller l'identifiant patient avec un code barre puis un tableau pour noter les divers séjours avec les unités d'hospitalisation, les dates d'entrée et de sortie, le médecin référent pour chaque séjour, le thérapeute référent pour chacun des séjours aussi. A l'intérieur, si tu veux la page 2, ce sont les renseignements médicaux avec le diagnostic principal, les diagnostics associés et les antécédents, les contre-indications : tu sais, les diagnostics associés c'est important car on parle toujours en cours d'un seul diagnostic mais la plupart des patients, ils cumulent et que parfois ça complique sacrément les choses.</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	Dossier unique avec 4 parties : - Administratif - Médical - Soins infirmiers - Médico-technique Même dossier que MK et orthophoniste Support cartonné Identifiant/code barres Renseignements

<p>Bon, sur cette même page, il y a la prescription, alors pour nous ergothérapeutes, c'est la prescription pour l'ergothérapie, bien sûr. Alors on note la date de la prescription, la date de la prise en charge correspondant et après le dernier cadre de cette page 2, ce sont les objectifs du médecin par rapport à l'intervention d'ergothérapie. D'accord ? En fait là, c'est la première prescription. Et après dans le rabat de la page 3, si tu veux, ce sont tous les supports papier relatifs aux évaluations, aux objectifs thérapeutiques, aux observations au cours du suivi, mais aussi les éléments sentinelle, le suivi du matériel et puis tous les comptes rendus, les comptes rendus des synthèses, les comptes rendus de visite à domicile, les comptes rendus vis-à-vis des médecins. Alors, il faut que je te dise aussi, les procédures d'archivage. C'est simple : tous les documents qui doivent être archivés dans le dossier à la sortie du patient, c'est indiqué sur le rabat et sur chacun on met une étiquette identifiant le patient comme sur le support cartonné. Donc tout ce qui a une étiquette, ça s'archive. C'est simple. Alors c'est : objectifs thérapeutiques, observations du thérapeute, bilans standardisés, suivi du matériel, comptes rendus. En fait beaucoup de choses que je t'ai déjà dites mais pas les évaluations initiales ou les autres seulement la synthèse des évaluations. Le cahier de suivi, il est indexé donc il est archivé. Et pour ce qu'on mettra pas en archivage, il y a une procédure de destruction particulière pour assurer la confidentialité. Donc pour le dossier du patient, la partie médicale est stockée dans les infirmeries des unités d'hospitalisation ou au niveau des bureaux médicaux. La partie soins est stockée dans le bureau de l'infirmière générale de l'hospitalisation. La partie administrative, elle est à l'admission, à la facturation. La partie médico-technique, elle est dans les différents lieux de travail mais ce sera archivé dans le dossier du patient. Les outils d'évaluation, tout ce qui nous servira pour établir la synthèse des évaluations, reste la propriété de l'ergothérapeute, c'est domicilié en ergothérapie. Les autres intervenants n'ont besoin que de consulter la synthèse. S'ils veulent en savoir plus, ils demandent alors à l'ergothérapeute à consulter les outils d'évaluation. J'insiste toutefois sur le fait que les éléments du dossier qui sont en ergothérapie doivent pouvoir être toujours accessibles aux médecins et aux ergothérapeutes. Quand le dossier sera informatisé, il y aura des clefs d'accès avec différents niveaux d'accès. Il a toujours existé un dossier médical, infirmier et médico-technique, plus ou moins aléatoire. C'est important en terme d'organisation et de niveau de responsabilité, ne l'oublions pas. Maintenant, le dossier est généralisé au niveau de tous les médico-techniques et donc bien sûr des ergothérapeutes. On a eu besoin de revoir la partie prescription et la partie transmissions ciblées : celles-ci d'ailleurs prennent aussi bien en compte la demande de visite à domicile vis-à-vis de l'ergothérapeute que l'indication d'appui vis-à-vis du kiné mais de l'ensemble de l'équipe aussi. Ce qui serait bien aussi, au niveau informatique, c'est qu'il y ait des boîtes de dialogue pour les consignes interprofessionnelles. Quant à l'accès au dossier, pour le patient, aujourd'hui c'est plutôt un accès professionnel : pour l'ergothérapeute référent, pour tout ergothérapeute qui remplace le référent et pour les stagiaires mais là sous contrôle (le stagiaire il a des droits et des devoirs). Pour le patient, il a accès à son dossier à la sortie, avec des documents médicalement sélectionnés pour la bonne compréhension du patient et a droit à l'intégralité de ses examens. S'il veut des copies de son dossier, cela lui est facturé 0,25 euros la copie. Cet accès passe par le médecin responsable.</p>	<p>19 Prescriptions 20 médicales 21 22 23 Rabat avec autres 24 documents 25 26 27 28 29 Archivage 30 31 32 33 34 35 36 37 Stockage 38 39 40 41 42 43 44 45 Non informatisé 46 47 Organisation 48 Responsabilité 49 50 51 52 53 54 Accès 55 professionnel 56 surtout 57 58 Sinon accès à la 59 sortie</p>
<p><u>Comment envisagez-vous l'utilisation d'un dossier du patient en ergothérapie, selon la recommandation de l'A.N.A.E.S. ? Dans votre organisation, ce dossier peut-il être utilisé ?</u> Alors là, tu poses une question difficile. Tu sais pour les ergothérapeutes, l'écrit est difficile. Il faut passer de la tradition orale à l'écrit. C'est ce que nous essayons de faire avec le dossier médico-technique. Mais l'écrit il doit être clair, précis et pertinent. Là nous proposons un contenant, peu différent de ce que recommande l'ANAES, mais il faut passer au contenu : passer de la prose à la qualité des éléments, que cela ait du sens pour le patient et pour l'équipe. Pour y arriver, il y a trois leviers : 1- accéder à la réalité de la législation : les droits et les devoirs, ça c'est le rôle du cadre (de moi) et des responsables institutionnels, c'est le rôle informateur et formateur du cadre ; 2- formuler une procédure pour passer de l'oral à l'écrit : c'est ce qu'on a fait au niveau de l'institution avec le guide méthodologique de remplissage du dossier, il faut que ce soit adapté à notre réalité de terrain, ça la recommandation ANAES le permet, le conseille même, et on définit des règles de fonctionnement, c'est encore le rôle formateur des cadres ;</p>	<p>61 Écriture difficile 62 Tradition orale 63 Clair, précis, 64 pertinent 65 Sens 66 67 Législation 68 69 Passage oral > 70 écrit 71 Rôle formateur du 72 cadre</p>

<p>3-introduire un contrôle qualité, 1 à 2 fois par an : c'est-à-dire, on tire au sort des dossiers et on évalue les écarts et on engage des mesures de correction. Il faut que la démarche d'amélioration de la qualité soit continue.</p> <p>Quelques mots sur le guide de remplissage : on rappelle les pièces constitutives du dossier, les consignes d'utilisation et le contrôle qualité. Le dossier comporte systématiquement le dossier médico-technique, les fiches d'observation paramédicale, les fiches de bilan spécifique. J'ai oublié de te dire qu'on a travaillé sur les outils d'évaluation en ergothérapie et que nous avons choisi un certain nombre d'outils avec systématiquement le protocole d'utilisation : ce protocole doit être respecté par chacun. Si on veut le changer pour x ou x raison, alors on se réunit et on redéfinit un protocole unanimement accepté. On respecte aussi les protocoles validés sur le plan international et/ou sur le plan national. Dans le guide, il est dit que la fiche d'observation paramédicale sert de support comparatif pour le suivi de consultation externe après la sortie du patient et que la fiche de liaison favorise la continuité des soins dans le réseau de ville. Le thérapeute est responsable du rangement (la clé du bureau est conservée par le chef de service), de la qualité et du classement du dossier ainsi que de la possibilité de le consulter. Tu vois, on est bien dans la logique de l'accréditation et de l'ANAES.</p>	73	Contrôle qualité
	74	
	75	
	76	
	77	Guide de
	78	remplissage
	79	
	80	
	81	Le dossier peut
	82	évoluer
	83	
	84	
	85	Fiche de liaison :
	86	continuité des soins
87	Logique	
88	accréditation	

Entretien EE5

Ergothérapeute, 8 mois d'ancienneté, la seule ergothérapeute, en psychiatrie, 110 patientes, structure regroupant CAT, CHRS, Maison de retraite, privé non lucratif.

<p><u>Quel dossier utilisez-vous ? Avez-vous un dossier, comment est-il organisé par rapport à l'admission, au suivi, à la fin de la prise en charge ?</u></p> <p>Quand je suis arrivée, il y a 8 mois, il n'y avait aucune trace écrite. Les ergos n'étaient pas reconnues comme des paramédicaux et avaient tout juste le droit, limite, d'accès au dossier médical. Elles ne tenaient pas de dossier. Pour moi, c'était déjà de mettre en place..., de faire avec..., car je ne peux pas travailler sans avoir accès au dossier médical.</p> <p>En fait, les ergos, avant, faisaient un boulot d'animatrices et animaient par exemple un atelier poterie mais qui ne s'appelaient pas ergothérapie. Il n'y avait que de la poterie.</p> <p>Il y a aussi des réunions de synthèse, chaque patiente est vue une fois par an, donc il y a au moins une réunion par semaine. Mais l'ergo n'y participait pas.</p> <p>Donc, c'était déjà de participer aux réunions et puis après c'est le dossier. Et comme il n'y en avait pas, j'ai commencé à écrire ce qu'on faisait dans chaque séance, comment les patientes se comportaient dans chaque séance pour prévoir après ce que j'allais faire avec elles. Petit à petit, j'ai complété par leur histoire, ce qu'elles racontaient de leur histoire familiale, comment elles étaient arrivées dans le centre et puis quels étaient leurs projets, si elles en avaient, et puis après essayer d'être plus rigoureuse dans la forme du dossier.</p> <p>J'ai commencé donc à prendre des notes pour constituer le dossier. Et puis j'ai téléchargé le dossier ANAES. J'ai commencé à prendre toutes les sous-parties qu'ils conseillaient de prendre et puis j'ai adapté, voir si c'était une partie intéressante pour le centre ou pas. Je me suis vraiment inspirée du dossier ANAES. J'ai gardé au maximum les sous-parties et j'ai essayé de les adapter. Même si il y en a de trop pour l'instant, ça sera à diminuer par la suite, et d'être le plus complet possible au risque que ça prenne trop de temps et que je diminue après. Donc à voir.</p>	1	Aucune trace écrite
	2	
	3	Ergo non reconnue
	4	comme PM,
	5	animatrice
	6	
	7	Réunion synthèse
	8	Y participer
	9	
	10	Début d'un dossier
	11	
	12	
	13	
	14	Pour être plus
	15	rigoureuse
	16	
	17	Dossier ANAES
	18	
	19	Adaptation du
	20	dossier
	21	
<p><u>Comment envisagez-vous l'utilisation d'un dossier du patient en ergothérapie, selon la recommandation de l'A.N.A.E.S. ? Dans votre organisation, ce dossier peut-il être utilisé ?</u></p> <p>Ça met du temps à adapter et puis je vais mettre en place le dossier en septembre. Pour l'instant, ce que j'ai fait c'est que j'ai rempli certains dossiers avec toutes les notes que j'avais déjà prises : j'ai noté les objectifs, les moyens et commencé à prendre les fiches de renseignements qu'il y a dans le dossier médical. Mais il n'y a rien d'autre.</p>	22	Prévision d'une
	23	mise en place
	24	
	25	

La difficulté majeure que j'ai rencontré, c'est que je ne connaissais pas suffisamment la population, à savoir si ça va être utile et comment utiliser cette partie-là. Donc, c'est plus... je l'ai trouvé assez clair. C'était très utile. Je l'ai bien lu, relu et maintenant c'est par rapport au centre, comment je vais l'adapter. Pour la psychiatrie, le dossier semble plus loin que pour le fonctionnel. Il manque tout ce qu'on peut mettre dans un dossier psychiatrique.	26	Difficulté
Alors, comme adaptations, j'ai lié présentation clinique et habitudes antérieures de vie en « comportement général de la personne et habitudes de vie /intérêt » dans une même rubrique.	27	Clair, utile, à
De même, projet du patient et attentes de l'entourage deviennent « projet de la patiente et attentes de l'entourage » ; là j'ai rien changé, simplement je les ai liés car je ne peux recueillir les attentes de l'entourage qu'au travers des propos de la patiente. Et puis j'ai fait une rubrique : « compte rendu des réunions et projet individualisé » car cela devient central dans la prise en charge. Depuis le mois de janvier, est mis en place le projet individualisé alors j'intègre cette partie après le projet de la patiente. Chaque professionnel dit quels sont les objectifs poursuivis, on échange là-dessus et une synthèse écrite est réalisée et transmise oralement à la patiente par un des membres de l'équipe. Je fais un entretien individuel avant toute prise en charge : je me présente et je présente en quoi je peux les aider dans la vie quotidienne. Je pose des questions très concrètes pour relever des éléments de la vie quotidienne. Ça fait une petite discussion : qu'est-ce qu'elles attendent ? qu'est-ce qu'elles voudraient faire ? ». Et un peu avoir un premier avis pour les placer dans les groupes thérapeutiques : « faisons connaissance », « actualités », « journal », « soins personnels », « argent ». C'est surtout l'autonomie qui est visée et les sorties à l'extérieur. Il y a des femmes qui ne veulent plus sortir. Déjà instaurer une relation, sortir dans le parc, on verra par la suite. Alors, la synthèse des évaluations s'intitule « entretien préalable » et « bilans d'autonomie, AVJ, en début de prise en charge » car plus loin, j'ai une rubrique plus spécifique « bilans et évaluations » pour toutes les évaluations que je ferais au cours des séances, à partir de mes observations.	28	adapter, et surtout pour la psychiatrie
Je n'ai pas de case « indications médicales »... [silence]. Car il n'y en a pas, il n'y a pas d'indications médicales qui me soient transmises ni par le psychiatre du centre, ni par les psychiatres personnels des patientes. Mais j'ai fait voir le dossier ANAES à la directrice qui semblait gênée de voir « prescriptions médicales ». Elle m'a dit « il va y avoir besoin d'ordonnances ? », elle ne savait même pas qu'on travaillait avec les médecins [sourires].	29	
Mon objectif, c'est de laisser des traces pour les suivants.	30	
Aussi, j'ai élaboré une feuille de premier bilan pour cerner l'autonomie, voir si elles sont gênées, et si elles sont gênées dans leur travail, puisqu'elles travaillent au CAT, dans leur vie quotidienne, dans leur projet de vie, car certaines voudraient bien sortir du CAT, et voir sur quels points, elles sont en difficulté.	31	
Le dossier en fait, c'est pouvoir m'aider à réfléchir à ma pratique, comment je vais faire une prise en charge, comment je vais organiser mon travail pour chaque patiente. Noter les objectifs, ça m'aide : dès que je les rédige, je vois si ils sont déjà d'une part réalisables, ou si c'est réellement un objectif, car si ne peux pas le mettre en objectif, c'est que ce n'est pas réellement un objectif et qu'il faut que je réfléchisse de nouveau à mes objectifs. Dès qu'il y a rédaction, il y a encore questionnement, est-ce que c'est vraiment ça qui va permettre d'arriver à ce que j'avais prévu au départ ? Quels sont les objectifs, les moyens, les résultats ?	32	
J'ai donc élaboré un dossier, des feuilles de bilans notamment une feuille de bilan synthétique sur laquelle je mets : la synthèse des bilans, les observations, les objectifs et les moyens, et les modalités de prise en charge : c'est un document de communication pour les autres professionnels, pour préparer la réunion de synthèse ou pour la réunion sur le projet individualisé. J'ai aussi un bilan de fin de prise en charge. Et j'ai rédigé, mais ce n'est pas fini, au fur et à mesure je vais continuer à le remplir, j'ai rédigé un guide de remplissage. Je note tout ce qui correspond, en regard de ma pratique, tout ce qui correspond à chaque rubrique.	33	Diverses adaptations au regard de la pratique
J'ai fait ça toute seule grâce au dossier ANAES, et en discutant avec la psychomotricienne, surtout et la psychologue un peu. Mais je ressens le besoin d'une supervision, d'une formation qui me permette de rencontrer d'autres ergos pour échanger, confronter mes expériences. Mais j'ai pas encore le droit à la formation professionnelle.	34	
	35	
	36	
	37	
	38	
	39	
	40	
	41	
	42	
	43	
	44	
	45	
	46	
	47	
	48	
	49	
	50	
	51	Pas d'indication médicale
	52	
	53	
	54	
	55	
	56	Laisser des traces
	57	
	58	Un 1 ^{er} bilan
	59	
	60	
	61	Aide à la réflexion pour la pratique
	62	
	63	Et pour organiser le travail
	64	
	65	Rédaction =
	66	questionnement
	67	
	68	Communication interprofessionnelle
	69	
	70	Bilan de fin de prise en charge
	71	
	72	Guide de remplissage
	73	
	74	
	75	Seule
	76	Discussion avec collègue
	77	Besoin supervision, formation, échanges
	78	

Entretien EC6

Cadre de santé ergothérapeute, 24 ans d'ancienneté, dans équipe de 7 ergothérapeutes, en rééducation-réadaptation fonctionnelle adultes, 120 patients, service de rééducation public.

<p><u>Quel dossier utilisez-vous ? Avez-vous un dossier, comment-est-il organisé par rapport à l'admission, au suivi, à la fin de la prise en charge ?</u></p>	
<p><i>Dès que je suis sortie de la formation, j'ai instauré un dossier, juste la prise de notes des observations et puis après j'ai recherché les objectifs et donc j'ai fait une fiche pour les objectifs et sur la chemise cartonnée, il y avait le nom, le prénom, la date de naissance du patient, sa date d'entrée et sa date de première prise en charge. Et en ouvrant, pour pas que ce soit visible de l'extérieur, parce que des fois, tu sors un dossier, tu es appelé au téléphone, tu dois aller quelque part, et tu laisses le dossier sorti. Donc en ouvrant, je notais à l'intérieur la pathologie et les renseignements et les indications médicaux. Dans le premier mois, j'avais installé un mini-dossier. Et puis après j'y ai aussi rangé les recherches d'aides techniques, du genre la copie du modèle avec le téléphone du revendeur : tout cela, pour me simplifier la tâche.</i></p>	<p>1 A toujours utilisé un 2 dossier 3 4 5 6 7 8 9</p>
<p><i>Là à l'hôpital, c'est d'emblée structuré car on nous donne une feuille pour chaque nouveau patient avec les renseignements administratifs d'un côté et la prescription médicale de l'autre. C'est la secrétaire qui nous apporte cela ou bien le médecin car il veut nous préciser certaines choses qu'il ne souhaitait pas écrire, par exemple. Les médecins, ils font des prescriptions courtes mais organisées en trois plans : les atteintes ou les déficiences observées, examinées, les incapacités à voir pour la rééducation, et un objectif global de réadaptation (reprise de la conduite automobile, reprise ou réorientation professionnelle, relations familiales, parfois). Donc c'est le modèle de la classification internationale qui est sous-jacente. Donc si tu veux, c'est sur ce modèle qu'on travaille : en l'adaptant à la rééducation, on voit un niveau moteur et fonctionnel, un niveau des fonctions neuro-psychologiques, affectives et comportementales et un niveau d'autonomie. En gros, les deux premiers niveaux correspondent aux déficiences et incapacités, le troisième, une fois qu'on a bien cerné le niveau d'indépendance et de dépendances, c'est celui du handicap dans la vie quotidienne : le travail, les loisirs, l'accessibilité, la volonté de participer à la vie sociale.</i></p>	<p>10 Dossier structuré 11 Renseignements 12 administratifs et 13 médicaux fournis 14 15 16 CIH 17 18 Adaptation à la 19 rééducation 20 21 22 23</p>
<p><i>Donc notre dossier démarre par ce feuillet, c'est bien car c'est déjà fait, on n'a pas à aller chercher une information qu'on ne sait pas qu'elle est là ou pas là, on nous l'apporte le jour de l'admission, de la consultation et puis on a pas à recopier et tu sais recopier c'est source d'erreur. Par exemple, avec les noms et prénoms étrangers tu ne sais jamais comment c'est écrit, là c'est déjà écrit, pareil pour les dates qu'on risque d'inverser. Le mieux serait que cela soit informatisé mais ça va venir en fin d'année. Ensuite, on a une feuille de bilans rapides : pour savoir si la personne se repère, s'habille, si elle a mal, pour tout de suite lui donner une bonne installation et c'est une prise de contact, la personne comprend-elle les consignes ? par exemple.</i></p>	<p>24 25 26 27 28 Informatisation 29 prévue 30 Un premier bilan 31 rapide 32</p>
<p><i>Et une autre feuille qui donne les résultats de tous les bilans réalisés en gros dans les tout premiers jours (la première semaine) : sur le plan moteur et fonctionnel, sur le plan des fonctions supérieures et sur le plan de l'autonomie envisagée au regard des dépendances bilantées. Et après, la feuille de nos objectifs, c'est celle-là que regardent le plus les stagiaires car c'est souvent cela qu'ils ne savent pas très bien élaborer : faire le constat des problèmes, des incapacités, ils savent faire mais en tirer des objectifs de rééducation qui correspondent au court, au moyen, au long terme sans s'en mêler les pinceaux, ça c'est dur pour eux, même en 3^{ème} année de formation. Après on cite les moyens préconisés au regard des objectifs.</i></p>	<p>33 Résultats bilans 34 35 36 Objectifs ergo 37 38 / stagiaires 39 40 Moyens ergo</p>
<p><i>Après dans une autre couleur (chaque ergo s'est choisi une couleur mais cela n'a aucune importance), on insert les fiches d'observations c'est-à-dire le suivi avec le PMSI mais tu sais on a opté pour un guide de remplissage du PMSI pour rendre chaque semaine nos données : on a repéré tous les actes répertoriés et laissé des places blanches au cas où on aurait oublié des actes et on note juste le temps à renseigner en regard de l'acte répertorié et on ne calcule pas, c'est le DIM qui le fait. J'ai vu des services qui notaient tout à la main et qui calculaient ! On n'a pas le temps. Pour les fiches de suivis, on note aussi les entretiens particuliers, certains avec les familles ou avec l'assistante sociale.</i></p>	<p>41 42 Observations ergo : 43 suivi 44 + 45 PMSI 46 + 47 entretiens 48 particuliers</p>

<p>Après en fonction des bilans réalisés au fur et à mesure, on agrafe les bilans les uns avec les autres. Sur la chemise on note tous les prêts ou essais d'aides techniques ou les conseils avec la date à chaque fois. Et par exemple pour les visites à domicile ou les études relatives à certaines aides techniques, nous indiquons ce que nous faisons dans la fiche de suivi et on fait un rapport en trois exemplaires, l'un pour le patient, l'autre pour le médecin et le troisième pour nous. Et nous faisons systématiquement un rapport de sortie que nous remettons au médecin et au patient car ce rapport, nous le faisons souvent avec le patient : nous faisons le bilan ensemble de la rééducation. Parfois, nos dossiers sont un peu volumineux mais les feuilles de couleur pour les suivis, ça aide à s'y retrouver.</p>	<p>49 Bilans 50 51 Rapport pour VAD 52 et AT 53 54 Rapport de sortie 55 systématique 56 57</p>
<p><u>Comment envisagez-vous l'utilisation d'un dossier du patient en ergothérapie, selon la recommandation de l'A.N.A.E.S. ? Dans votre organisation, ce dossier peut-il être utilisé ?</u> Et bien, nous travaillons dessus en ce moment au niveau de l'équipe : j'ai téléchargé le document ANAES et puis après on a reçu ErgOTHérapies. Donc tout le monde a pu lire ou l'ensemble du document ou la synthèse que j'en avais fait. Car certains me disaient que le document était trop long. En fait il faut savoir retirer ce qui sert à rien ou à pas grand chose et ça réduit considérablement le nombre de pages. Il y a le dossier, la présentation des deux modèles et quelques règles comme l'application à tous les patients. Et c'est tout. J'ai mis à disposition les définitions avec des exemples sur les déterminants personnels car c'est ce qui pose problème le plus : ce n'est pas dans notre culture, dans notre façon de faire car pour certains cela apparaît comme inquisiteur. Alors j'ai repris des travaux du groupe ECCO : savoir si la personne se mobilise et ce qui la mobilise, son rôle parental, sa vie professionnelle, son engagement dans une association, son investissement dans le travail scolaire si c'est un jeune, dans une activité sportive, sa place dans la famille, etc. Les autres items ne posent pas de problèmes à mes collègues. Donc on a surtout travaillé sur les déterminants personnels et je crois, mais on verra cela à la rentrée pour finaliser la forme du dossier, je crois qu'on va intervertir des items. Par exemple dans les facteurs environnementaux : bien souvent les personnes nous parlent d'obstacles architecturaux avant de nous dire s'ils ont ou non un soutien dans leur famille. C'est peut-être plus facile de démarrer sur les difficultés matérielles et qui souvent ont des raisons familiales. Mais on n'hésite car on ne voudrait pas faire l'impasse sur les ressources et les difficultés humaines. C'est peut être du détail mais tu sais en chipotant la-dessus on se dit des choses importantes sur d'autres aspects. Alors je laisse faire cette discussion mais à la rentrée on décidera. En fait on discute sur le vocabulaire pour se l'approprier car il faut aussi creuser des notions et des mots que nous n'utilisons pas. Je reviens sur les facteurs humains, on ne posait pas la question, on attendait que le patient nous en parle et là on en tenait compte. Dorénavant il faudra trouver le tact pour poser la question. Le dossier ANAES pour nous, et ça s'est dit à la première réunion quand les plus courageux avaient déjà lu le document : c'est logique, ça dit ce que nous faisons, un peu autrement que ce que nous disions mais ça le formalise. Ça nous oblige à être rigoureux sur notre façon de travailler que nous nous choisissons. C'est pas l'ANAES qui choisit pour nous, elle nous guide et c'est à nous de faire ce qui nous convient. C'est le contenant et à nous d'aménager le contenu. Moi je suis enthousiaste mais je sais que ça prend du temps pour entrer vraiment dans la pratique : on ne change pas si facilement ses habitudes... [silence]. Tu veux que je te dise c'est les jeunes de l'équipe qui sont le plus partant car ça fait bouger et eux ils aiment bouger et c'est tant mieux. Ils sont de connivence avec les stagiaires et les stagiaires aussi avec leur positionnement et leurs questions, ils font bouger et ils bougent. Donc au cours de quatre séances on a travaillé à expliciter et à argumenter. Je pense qu'à la cinquième, on va valider ou à la sixième, après on va expérimenter et dans 6 mois on se retrouve pour faire le point mais j'ai dit qu'une fois qu'on aurait choisi forme et fond, on ne bouge rien pendant 6 mois et on évalue alors : pour modifier, pour introduire ou pour retirer un item, peu importe on prend le temps à ce moment-là mais pas tous les quatre matins car il nous faut quand même bosser. Je dis ça mais c'est sûr qu'on a bossé pour se mettre d'accord et c'est le principal.</p>	<p>58 59 60 Dossier ANAES 61 travaillé 62 - Mise à disposition 63 du document 64 - Exemple du gr. 65 ECCO 66 67 68 69 70 Travail sur 71 déterminants 72 personnels 73 74 Intersion d'items 75 76 On se dit des 77 choses importantes 78 79 Appropriation 80 vocabulaire 81 Creuser notions 82 Changement de 83 pratique / facteurs 84 humains 85 Dossier : logique, 86 être plus rigoureux, 87 guide 88 89 90 Les jeunes les plus 91 partants 92 93 94 Expliciter, 95 argumenter 96 97 Expérimentation 98</p>

<p><i>.Mais il a fallu 5 à 6 séances de travail. Alors quand l'ANFE propose 2 ou 3 jours de formation, c'est pareil en temps. Il faut ce temps-là en équipe. Et on n'a pas eu besoin d'un formateur à l'extérieur car je peux jouer ce rôle de par ma place, dans l'équipe et en dehors. Une équipe sans cadre, il lui faut de l'aide car il faut pouvoir viser un objectif commun, le définir et y aller, même si en cours de route on dévie, c'est pas grave si c'est tous ensemble qu'on arrive. Le pire c'est quand une partie de l'équipe ne s'y intéresse pas. Et bien pour faire avancer l'équipe, il faut du temps et quelqu'un qui anime et qui n'a pas la tête dans le guidon pour cet objectif.</i></p>	99	<p>5 à 6 séances de travail</p> <p>Cadre : formateur</p> <p>Il faut du temps</p>
	100	
	101	
	102	
	103	
	104	
105		

Annexe VII

Tableaux d'analyse des entretiens

Entretien EC1	Unités d'enregistrement concernées par chaque catégorie	Total
Recommandation	51	1
Obligation	8/9/10/67/69	5
Évaluation	51/53/54/56/57/59/63/65/68/69/70/71/73/77	14
Contrôle		0
Changement	16/17/18/25/29/34/38/44/47/48/49/55/61/65/74/75/76/77	18
Immobilisme	12/13/14/17/24/27/30/31/32/33/34/35/36/38/39/40/41/42/45/46/58/60/64	23
	Total d'unités d'enregistrement prises en compte	57

Entretien EE2	Unités d'enregistrement concernées par chaque catégorie	Total
Recommandation	137/140/148	3
Obligation	2/9/22/35/41/42/45/102/105/147	10
Évaluation	11/14/15/16/17/26/35/40/47/48/49/52/53/74/75/76/77/78/79/80/81/82/ 110/111/112/113/114/115/116/117/118/120/121/128/129/134/137/138/ 141/144	40
Contrôle	3/4/5/8/13/19/23/25/27/28/58/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72	24
Changement	6/7/20/30/34/42/43/46/54/55/56/57/73/83/86/87/89/90/91/92/93/94/96/99/ 100/101/106/107/119/122/123/124/125/126/127/135/136/143/145/149/ 150/151/152/153/154	45
Immobilisme	32/33/36/38/97/130/131/132/133	9
	Total d'unités d'enregistrement prises en compte	130

Entretien EE3	Unités d'enregistrement concernées par chaque catégorie	Total
Recommandation		0
Obligation	123	1
Évaluation		0
Contrôle		0
Changement	11/12/14/15/16/17/18/19/25/26/31/32/34/41/42/54/70/71/72/73/74/92/106/ 107/108/109/116/117/140/144	30
Immobilisme	23/24/35/39/40/43/46/47/48/60/61/62/63/64/65/75/76/77/79/80/81/82/85/ 86/95/102/103/104/105/118/119/121/122/124/125/126/127/128/131/132/ 133/134/135/136/137/141/147/148/149/153/154/155/157/158/159/160	56
	Total d'unités d'enregistrement prises en compte	87

Entretien EC4	Unités d'enregistrement concernées par chaque catégorie	Total
Recommandation	64/70/71/76/88	5
Obligation	66/69/74	3
Évaluation	15/16/17/18/42/67/72/79/80	9
Contrôle	73/74/77	3
Changement	1/3/4/8/9/10/11/19/20/21/23/24/25/26/27/30/33/34/35/37/39/40/41/44/45/ 47/48/49/51/53/54/56/57/62/63/65/79/80/81/82/84/85	42
Immobilisme	61	1
	Total d'unités d'enregistrement prises en compte	61

Entretien EE5	Unités d'enregistrement concernées par chaque catégorie	Total
Recommandation	16/17/18/19/28/29/30/31/75	9
Obligation		0
Évaluation	26/32/33/34/35/47/48/49/50/57/58/61/62/63/65/66/67/73/76/77/78	21
Contrôle		0
Changement	3/4/7/9/10/11/13/14/23/24/25/36/37/38/39/40/42/43/45/46/56/59/68/69/ 70/71/72	27
Immobilisme	1/3/20/22/51/52/54/55	8
	Total d'unités d'enregistrement prises en compte	64

Entretien EC6	Unités d'enregistrement concernées par chaque catégorie	Total
Recommandation	5/85/86/87	4
Obligation	42/43	2
Évaluation	36/40/58/60/62/63/64/66/70/71/72/77/79/93/94/95/96/99/101/102/103/ 105	22
Contrôle		0
Changement	1/2/7/8/9/10/11/13/14/15/17/18/22/23/24/29/33/36/48/50/51/52/53/54/55/ 56/80/81/82/83/84/90/92	33
Immobilisme	47/66/88/89	4
	Total d'unités d'enregistrement prises en compte	63

Annexe VIII

Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie *Régulation de stages, étudiants de 2^{ème} année* *2001 - 2002*

37 étudiants

Pour chaque stage, sont réservés des temps de préparation (choix du stage, élaboration des objectifs) et des temps de régulation, au retour des stages, au cours de séances de travail en groupes animés par des formateurs ergothérapeutes et au cours de séances en pleine promotion animées par un psychologue-psychothérapeute.

Durant l'année 2001-2002, des séances de régulation de stages ont porté sur le dossier du patient en ergothérapie.

Une consigne avait été donnée avant le départ du 1er stage :

- vous rapporterez des données cliniques relatives à un patient pour lequel vous vous serez investi dans la rééducation et vous essayerez de remplir le dossier du patient recommandé par l'ANAES
- vous exposerez le cas clinique de ce patient, en vous aidant du dossier et en présentant les avantages et les limites de ce dossier.

Au retour de stage, 16 étudiants ont réalisé leur rapport de stage en s'appuyant sur le dossier recommandé et en respectant les différents items tout en adaptant certaines parties. Les 16 étudiants font partie des 20 étudiants qui ont élaboré leur travail écrit relatif à la Démarche Qualité sur un thème abordant ouvertement le dossier du patient en ergothérapie ou en en faisant un lien.

Parmi les exposés, des étudiants ont présenté chacun un cas clinique : ceux qui avaient choisi d'exposer avaient particulièrement bien utilisé le dossier recommandé. Les exposés gagnaient en clarté, précision, organisation, et que ce soit en rééducation fonctionnelle ou que ce soit en psychiatrie, ou que ce soit auprès de personnes malvoyantes.

Aux dires des étudiants :

- la structuration du dossier les aide à formuler les objectifs thérapeutiques, à organiser tous les bilans, à cerner la problématique majeure de la personne.

Exemple : une jeune femme de 25 ans, mariée, mère d'un enfant de 3 ans, a été victime d'une tétraplégie C5, il y a 2 ans au cours d'un accident de voiture, la voiture étant conduite par son mari. A cette période, la jeune femme s'engageait dans une formation de secrétariat. Le couple est d'origine maghrébine.

La prise en charge est analysée 2 ans donc après l'accident.

En 2000-2001 : plusieurs étudiants avaient des difficultés à cerner la problématique de cette femme, oscillant entre une application stricte de ce qu'ils avaient vu en cours et une difficulté à se dégager d'un malaise lié à un

cas clinique qu'ils jugent tragique mais dont ils se sentent très proches (à peu près le même âge que la jeune femme).

Annexe VIII – page 1

En 2001-2002 : la problématique de la mère, de l'épouse et de la vie professionnelle est mieux appréhendée et au lieu de proposer des aménagements pour une cuisine où elle ne pourra rien y faire, les aménagements pour rendre accessible la chambre de son fils leur paraissent évidents.

- Mais des difficultés apparaissent :
 - o Comment recueillir l'attente de la famille quand on ne voit pas la famille, ne risque-t-on pas d'entrer dans une intimité, ne donnons-nous pas une idée de non confiance dans ce que nous dit le patient ? ...
 - o Comment recueillir l'attente du patient auprès d'enfants ou de personnes en grande souffrance psychique ?
 - o Comment assurer l'accès au dossier et remplir l'item « présentation clinique du patient à l'arrivée » avec les éléments proposés comme « comportements, relation, communication » : peut-on tout montrer de ce que le professionnel écrit au patient ?
 - o L'item « déterminants personnels » renvoie beaucoup aux « habitudes antérieures de vie ».
 - o Les « situations de handicap » ne sont-elles pas la résultante de l'interaction entre les facteurs personnels (l'intégrité et les déficiences des systèmes organiques, les capacités et incapacités, les déterminants personnels) et les facteurs environnementaux ? Comment évaluer le handicap réel en dehors des vraies situations, par des évaluations écologiques ? Or lors des premiers temps de l'hospitalisation, aucune évaluation écologique ne peut être envisagée.
 - o En rééducation fonctionnelle, il existe une palette d'outils d'évaluation, certains validés, d'autres non, mais qui peuvent être proposés en situation standardisée ou écologique. En psychiatrie, peu d'outils existent hormis les outils issus des sciences cognitivo-comportementales. Les outils les plus utilisés restent l'observation et l'écoute mais dépendent de la disponibilité du thérapeute.
 - o Par ailleurs, comment concilier dossier du patient en ergothérapie, dossier de rééducation et dossier unique ?

Annexe IX

Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie Régulation de stages, étudiants de 3^{ème} année 2001 - 2002

34 étudiants

Pour chaque stage, sont réservés des temps de préparation (choix du stage, élaboration des objectifs) et des temps de régulation, au retour des stages, au cours de séances en pleine promotion animées par un psychologue-psychothérapeute.

Autre élément de régulation, l'accompagnement en groupe de 5 à 6 étudiants assuré par un cadre de santé ergothérapeute (ou un ergothérapeute) pour les travaux écrits de synthèse (2 par étudiants) : ces travaux remis obligatoirement pour les épreuves du diplôme d'État sont soutenus oralement en présence d'un jury composé de trois membres.

Au cours de l'année 2001-2002, à la demande des étudiants, des séances de régulation de stages ont été organisées sur le dossier du patient en ergothérapie.

Au retour du deuxième stage de l'année (4 mois après la mise en ligne sur le site de l'ANAES), tous les étudiants disent avoir trouvé des traces écrites correspondant aux bilans et au suivi des patients dans les services où ils étaient en stage.

Mais les dossiers prennent des formes plus ou moins structurées :

- 5 stages utilisent le dossier du patient en ergothérapie recommandé
- sinon des dossiers « maison » communs ou non à tous les ergothérapeutes
- des dossiers uniques dans lesquels les ergothérapeutes insèrent un volet spécifique
- des dossiers de soins infirmiers dans lesquels les ergothérapeutes doivent consigner leurs observations et tout ce qui concerne bilans et suivi, mais la rédaction est réalisée avec plus ou moins (et plutôt moins) d'entrain
- des cahiers de liaison (enfants et psychiatrie)
- des carnets de bord
- des fiches
- des bilans trimestriels ou annuels.

En psychiatrie, la trace écrite est moins organisée et plus rare dans bon nombre de services d'ergothérapie quand elle n'est pas quasiment proscrite comme en psychothérapie institutionnelle. Ainsi le dossier est :

- irrégulièrement rempli pour un même patient ou sur l'ensemble des patients
- ou absent (cela concerne le premier stage de l'année pour une étudiante)

- ou ne servant nullement à la communication interprofessionnelle car confiné dans le service d'ergothérapie.

Annexe IX – page 1

Autre remarque, elle concerne la prescription médicale qui est :

- soit inexistante
- soit presque inaccessible, de toute façon très mal communiquée
- soit non systématique
- soit très mal rédigée

Il est à souligner à ce propos que plusieurs équipes d'ergothérapeutes se sont engagées avec des médecins et des psychiatres à définir ce qu'est une prescription médicale en ergothérapie.

Quant aux bilans :

- peu sont validés
- tous n'ont pas un protocole de passation et d'analyse
- les neuropsychologues, les psychologues et les orthophonistes sont beaucoup mieux dotés.

Les évaluations dans les UEROS (unités d'évaluation, de réinsertion et d'orientation sociale, surtout en direction d'un public cérébro-lésé), les visites à domicile, les conseils en aides-techniques et en aménagements, les propositions de reconversion professionnelle donnent toujours lieu à un rapport très précis.

Une reprise du travail réalisé sur certains dossiers avec le guide du groupe ECCO a permis d'explicitier certaines appellations et de lever quelques difficultés.

Le DPE apparaît comme un moyen de valoriser la profession car c'est un outil de communication, établi selon une méthodologie externe à la profession (ANAES).

Deux étudiantes ont rédigé l'un des travaux écrits de synthèse présentés aux épreuves du diplôme d'État, en se fondant sur le dossier du patient en ergothérapie recommandé par l'ANAES : l'une a même comparé cette approche avec celle plus traditionnelle en montrant que les objectifs élaborés en commun avec le patient étaient différents de ceux élaborés plus classiquement et en démontrant la participation plus grande du patient dans l'approche recommandée.

Annexe X

Recueil de données relatives au dossier du patient en ergothérapie *Démarche Qualité, étudiants de 2^{ème} année* *2001 - 2002*

37 étudiants

Travail écrit individuel correspondant à la présentation d'une démarche qualité dans un établissement sanitaire ou médico-social, validant des parties de deux unités d'enseignement du DEUG Ingénierie de la Santé (DEUG intégré dans la formation en ergothérapie) : unité d'enseignement « Traitement de l'Information et Communication » et unité d'enseignement « Projet professionnel ».

DPE : dossier du patient en ergothérapie
FE : rééducation fonctionnelle enfants
FA : rééducation fonctionnelle adulte
P : psychiatrie

Thèmes traités par les étudiants :

En lien avec le dossier du patient en ergothérapie		Autres thèmes	
Manque de transmissions et de communication	FE	« Du brouillard dans les couloirs », problème du tabagisme	FA
Défaut de dossier, mauvaise organisation du travail	P	« Du temps pour les patients »,	FA
Processus d'ergothérapie : fiches de suivi	P	Problème de signalisation	FE
Dossier médico-technique absent : fiche ergo conservée par ergo	P	« Livret d'accueil du patient »	P
Accueil en ergothérapie : dossier du patient hémiplegique, fiche prescription en ergo	FA	« La sécurité autour des appareils respiratoires »	FE
Dossier patient dont partie ergo	P	Accessibilité et sécurité	FE
Accréditation : comptes rendus, carnet de bord mais pas de DPE	P	Gestion et maintenance des fauteuils roulants	FA
Problème de communication : CR annuel et fiche de suivi	FA	Problème de sécurité	P
DPE mis en place mais pas encore maîtrisé (par manque de formation)	FA	Sécurité et hygiène	FE
DPE : chaque ergo a son dossier	FE	Hygiène et lavage des mains	FA
Problème de communication entre équipes : dossier individualisé à mettre en place	P	Cadre et qualité de l'écoute : problème de rangement dans le service	P
« Un bon dossier patient pour un bon suivi thérapeutique »	FE	« Analyse des risques d'incendie dans les services d'ergothérapie »	P
Dossier patient : fouillis et pas toujours rempli	P	L'intimité	P
Améliorer l'information : prescription médicale non systématique, bilan trimestriel	FE	« Quand le personnel de l'hôpital se confond avec les patients », port d'un badge pour identification	P
« Démarche qualité et dossier unique du patient »	P	Le lavage des mains	FE

Dossier du patient gardé secret, cahier de liaison pour chaque enfant	FE	Accessibilité du service d'ergothérapie	P
« Analyse de la communication interprofessionnelle », dossiers irrégulièrement remplis	P	L'excès de sécurité ?	FE
DPE : prescriptions écrites, datées, signées, bilans d'entrée et de sortie systématiques	FA		
« Le dossier du patient en ergothérapie »	FA		
« Le dossier du patient en ergothérapie : proposition de la mise en place d'un dossier du patient »	P		
Total : 20 travaux écrits - FE = 5 - FA = 5 - P = 10		Total : 17 travaux écrits - FE = 6 - FA = 4 - P = 7	

Précision :

Quand le thème est entre guillemets, il s'agit du titre donné par l'étudiant.

Sinon, il s'agit du thème principal.

Bon nombre de document ne portant pour titre que « Démarche Qualité ».

Résumé

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé élabore des recommandations professionnelles. A partir de l'une d'elles, celle relative au dossier du patient en ergothérapie, ce travail cherche à évaluer l'impact de cette recommandation dans les pratiques professionnelles des ergothérapeutes, c'est-à-dire à cerner les changements observés et à préciser en quoi ces changements ont partie liée avec la recommandation et comment répondent-ils à une amélioration de la pratique.

Un regard est porté sur l'histoire de l'élaboration du dossier, sur son contenu et sur les références sous-jacentes. Une enquête auprès d'ergothérapeutes, éclairée par des notions et des concepts tels que recommandation, pratique professionnelle, évaluation, changement, représentation mentale, appropriation, permet de comprendre que la seule connaissance de la recommandation ne suffit pas à apporter du changement dans les pratiques professionnelles : la formation apparaît nécessaire pour l'appropriation de la recommandation. Une volonté de réfléchir et d'analyser les pratiques, de les formaliser, une demande de formation aux modèles conceptuels, une personnalisation et une adaptation de la recommandation aux pratiques professionnelles contribuent à engager un processus d'amélioration de la qualité des prestations.

D'objet, la recommandation conquiert l'entrée dans un processus de travail et d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles. Elle y gagne en puissance, la pratique en qualité, et le patient bénéficie d'une prestation améliorée dans laquelle il est considéré comme sujet.

Mots clefs

APPROPRIATION – CHANGEMENT – DOSSIER DU PATIENT – ERGOTHERAPIE – EVALUATION – FORMATION – PRATIQUES PROFESSIONNELLES – RECOMMANDATION – REPRESENTATION