

La tenue des dossiers – *bien plus qu'une simple prise de notes.*

À quoi s'attendre

Ce module est élaboré **par** des ergothérapeutes **pour** des ergothérapeutes.

Nous voulons remercier les membres du sous-comité d'assurance de la qualité de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario. Ce module est inspiré par leurs connaissances et expériences.

Le module présente des aspects clés de la tenue des dossiers ainsi que des défis que doivent affronter les ergothérapeutes dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Chaque section comprend :

- **Questions** : Questions et réponses sur la tenue des dossiers.
- **Attentes et facteurs à considérer** : Exigences et points à considérer pour prendre des décisions.
- **Dans ma pratique** : De courts scénarios démontrent comment d'autres ergothérapeutes appliquent les compétences et les normes dans leur pratique. Voyez comment ces scénarios peuvent vous aider à intégrer cet apprentissage dans votre pratique.
- **Dans votre pratique** : Des questions à réflexion vous permettent de prendre un moment pour réfléchir à vos pratiques de tenue des dossiers. L'Ordre ne tient pas compte des réponses individuelles.

Pourquoi est-il important de tenir des dossiers?

La tenue des dossiers est une compétence de base dans l'exercice de l'ergothérapie. Cette compétence est souvent perfectionnée avec de la formation et de l'expérience. Que vous ayez un rôle clinique ou non clinique, le présent module est une excellente occasion d'intégrer de nouvelles connaissances et ressources dans votre pratique.

Ceci est un point important parce que les dossiers sont des documents juridiques qui saisissent officiellement le cycle entier des services d'ergothérapie qui sont fournis – de l'étape initiale jusqu'à la cessation des services, et parfois même après.

Les dossiers permettent de communiquer de l'information sur la santé aux clients et à d'autres professionnels, partenaires et parties intéressées. Ils favorisent la collaboration interprofessionnelle et la continuité des soins. Les dossiers des clients démontrent la prestation de services d'ergothérapie sécuritaires, éthiques et efficaces (Normes de tenue des dossiers, OEO, 2023).

La tenue des dossiers – bien plus qu'une simple prise de notes.

Research

Une recherche révèle trois étapes importantes à intégrer dans la tenue des dossiers de santé pour favoriser la prestation et la continuité de soins de qualité dans des milieux en constante évolution. Les voici :

1. Introduire une nouvelle formation et des politiques qui démontrent un engagement à promouvoir la diversité, l'équité et l'inclusion dans les pratiques de tenue des dossiers.
2. Mettre en œuvre des mesures de sécurité additionnelles et permanentes pour protéger la vie privée et la confidentialité en utilisant des technologies émergentes dans le domaine de la tenue des dossiers.
3. Intégrer des exigences réglementaires et législatives pour orienter les pratiques de tenue des dossiers.

En ce qui concerne l'intelligence artificielle, les tendances actuelles en matière de tenue des dossiers de santé confirment une préférence pour la tenue de dossiers électroniques et l'utilisation de l'intelligence artificielle. Avec cette orientation nouvelle qui utilise des compétences et des normes comme références, l'adoption d'un format uniforme pour tenir des dossiers favorise la transparence et l'exactitude du processus.

Des études ont également démontré que les questions de transparence et d'exactitude de la tenue des dossiers continuent d'être importantes avec les changements et les améliorations technologiques. L'actualisation des exigences législatives et politiques améliore les pratiques de tenue des dossiers.

La recherche montre que le fait de fournir une éducation continue aux professionnels de la santé sur la tenue des dossiers se traduit par de meilleurs soins pour les clients. Voir la liste de références et de ressources ci-dessous.

Données de l'Ordre

L'Ordre recueille des données sur les défis posés par la tenue des dossiers dans divers programmes. Voici ce que les données révèlent :

Consultation sur l'exercice de la profession

La tenue des dossiers est le sujet le plus discuté lorsque les ergothérapeutes communiquent avec l'équipe axée sur l'exercice de la profession de l'Ordre pour obtenir des conseils et de l'information.

Ressources

Les Normes de tenue des dossiers sont une des trois ressources les plus consultées sur le site Web de l'Ordre.

Préoccupations et plaintes

Lorsque des préoccupations ou des plaintes sur l'exercice de la profession sont communiquées à l'Ordre, la tenue des dossiers est un sujet à l'honneur.

Par exemple, l'Ordre reçoit souvent des plaintes sur des dossiers de clients qui sont incomplets, qui manquent des renseignements clés ou qui ne sont pas remplis en temps opportun.

Évaluation de la compétence

Les données sur l'assurance de la qualité indiquent que les ergothérapeutes identifient leurs principaux besoins d'apprentissage pour la tenue des dossiers comme étant :

- le moment opportun pour la tenue des dossiers ;
- quoi faire avec les ébauches de notes (brouillons) et les évaluations sur papier ;
- la documentation de la cessation de services.

Sections du module

Nous avons demandé à un vaste groupe d'ergothérapeutes de nous faire part de leurs questions et défis au sujet de la tenue des dossiers. Nous les avons ensuite divisés en thèmes dans ce module :

- **Section A.** Démarche de la tenue des dossiers ;
- **Section B.** Contenu du dossier clinique ;
- **Section C.** Protection de la vie privée, confidentialité et accès.

Ressources

Chaque sujet comprend une référence à des ressources clés de l'Ordre. Vous trouverez également une liste de toutes les ressources à la fin de ce module.

Vous pouvez répondre à des questions de réflexion au cours du module, ou vous pouvez utiliser le lien sur l'écran pour télécharger la Feuille de réflexion sur les scénarios. Cette feuille renferme aussi une liste des ressources utilisées lors de l'élaboration de ce module.

Avant de commencer

Quelques points importants avant de commencer :

Aperçu : Beaucoup d'information a été incluse dans chaque section, mais ce contenu n'est pas exhaustif. Le module est un aperçu général lié aux normes et compétences requises. Le module veut encourager l'apprentissage et une amélioration permanente de la qualité concernant la documentation de services sécuritaires, efficaces et éthiques.

Jugement professionnel : Certains sujets sont liés à des attentes établies de l'Ordre tandis que d'autres doivent être examinés de façon critique. Dans ces cas, nous avons inclus des facteurs clés pour vous aider à formuler un raisonnement professionnel et des justifications pour la prise de décisions.

L'information fournie dans ce module ne remplace pas l'obtention de conseils légaux.

Terminologie : Dans ce module, nous utilisons les termes « tenue des dossiers », « documentation » et « prise de notes » de façon interchangeable. Ceci est aussi le cas pour d'autres termes, comme « client » et « patient », qui peuvent également englober le mandataire spécial si cela est pertinent.

Application générale : Les exemples utilisés visent divers milieux de pratique (rôles cliniques et non cliniques) qui représentent la nature diversifiée de l'exercice de l'ergothérapie dans la province.

Section A : Démarche de la tenue des dossiers

Cela vaut la peine de commencer ce module avec quelques notions fondamentales qui établissent votre démarche globale de documentation dans votre pratique.

Gardez un esprit ouvert aux changements qui pourraient avantager votre pratique et vos clients.

Après tout, votre documentation est l'occasion parfaite de démontrer que vous avez fourni des services d'ergothérapie sécuritaires, éthiques et efficaces.

1. Degré de détail

Les ergothérapeutes veulent savoir : Jusqu'à quel point mes notes doivent-elles être détaillées?

Attentes et facteurs à considérer

Le degré de détail fourni dans les notes de l'ergothérapeute varie et peut dépendre de divers facteurs, comme le risque posé au client, les attentes dans le secteur, les politiques de l'organisme; et, bien sûr, votre raisonnement professionnel.

On s'attend à ce que le dossier du client renferme assez de détails pour décrire le continuum des services d'ergothérapie fournis – du début à la fin. Les détails dans le dossier doivent couvrir les aspects suivants :

- les processus d'obtention du consentement et d'évaluation ;
- l'analyse, le plan d'intervention, la surveillance du personnel de soutien et des étudiants, et les résultats d'évaluation, y compris les risques pour le client;
- les demandes ou préférences du client ;
- la cessation ou le transfert des services ;
- toute autre information pertinente.

Voir la section 3 (Connaître les détails qui doivent être documentés) des **Normes de tenue des dossiers** pour savoir les attentes minimales.

Épreuve du temps : Le dossier médical peut être consulté par le client et d'autres personnes assez loin dans le futur. Le document devrait donc être concis, bien conçu et renfermer assez de détails pour présenter une image exacte des services d'ergothérapie reçus par le client.

Risques : Lorsque des risques se posent, il faut fournir assez d'information pour articuler clairement la nature des risques, les efforts déployés pour les gérer, les résultats des interventions et tout commentaire du client à ce sujet. Les risques peuvent être décrits de manière qualitative, comme inscrire une observation ou une déclaration du client, ou de manière quantitative, comme inscrire la note obtenue lors d'une évaluation, ou les deux.

- Voici certaines façons de connaître les attentes pour le degré de détail dans votre documentation :
- Vérifiez si votre lieu de travail a des lignes directrices ou des politiques sur la tenue des dossiers.
- Parlez avec un superviseur ou un chef de service à votre lieu de travail; montrez-lui un exemple d'une entrée de notes et confirmez que le degré de détail utilisé est approprié.

- Ajoutez ce sujet à l'ordre du jour d'une rencontre d'équipe pour discuter d'une démarche uniforme et acceptée par tous concernant le degré de détail requis.
- Songez à faire l'examen d'un dossier, ou à demander à un collègue fiable de le faire. Vous pouvez utiliser **l'Outil d'évaluation de la tenue des dossiers** à cette fin.

Nous pouvons partager nos connaissances et apprendre beaucoup les uns des autres sur la documentation et nous devons toujours essayer d'améliorer notre pratique.

Dans ma pratique

Je suis une ergothérapeute travaillant dans des écoles. Un des facteurs qui m'aident à déterminer le degré de détail requis dans mes rapports est le risque posé. Par exemple, si lors d'une visite, je fais des recommandations concernant le positionnement d'un étudiant pour des activités scolaires fonctionnelles, comme l'utilisation d'un cadre de verticalisation ou d'un bureau à hauteur ajustable ainsi qu'un fauteuil roulant avec dossier inclinable, mes notes seront plus détaillées que pour une séance d'information lors d'un dîner-causerie.

Pour atténuer les risques, mes notes documentant l'utilisation d'équipement décrivent des aspects comme la formation fournie au personnel, qui a assisté à la formation, les questions posées concernant l'utilité de mes recommandations, les plans de suivi, et des notes écrites laissées avec le personnel qui décrivent le positionnement et des indicateurs qui pourraient inciter le personnel à communiquer avec moi pour une visite de suivi précoce (comme un changement du personnel qui travaille avec l'étudiant).

Dans votre pratique

Quels aspects de votre pratique nécessitent une documentation plus détaillée?

2. Organisation

Les ergothérapeutes veulent savoir : Comment devrait-on organiser l'information dans le dossier des clients?

Attentes et facteurs à considérer

L'organisation du dossier est indispensable! L'information devrait être organisée de façon à pouvoir être bien comprise, concise, consécutive et complète – du tout début jusqu'à la cessation des services. Les clients et les partenaires du système (comme les parents, les fournisseurs de soins et les payeurs) peuvent demander l'accès au dossier clinique.

Prenez vos notes en supposant qu'elles peuvent être et seront probablement examinées par le client. Posez-vous la question : Est-ce que mes notes me permettent et permettent au client de suivre facilement le parcours clinique?

Selon les **Normes de tenue des dossiers** :

Les ergothérapeutes doivent « *tenir des dossiers exacts et complets, bien organisés, lisibles et en anglais ou français* » (norme de tenue des dossiers 2.4).

Pour vous assurer que vous n'oubliez rien d'important, consultez la section 2 des Normes de tenue des dossiers pour connaître les exigences administratives.

Une démarche systématique vous aide à vous organiser et à rester organisé. Vous pouvez utiliser diverses stratégies pour ne rien oublier, comme :

- Utiliser des **gabarits** avec des champs obligatoires à remplir, comme un gabarit de sommaire de renvoi ;
- Utiliser un **format de documentation structuré**, comme les notes SOAP (subjectif, objectif, analyse et plan) ;
- Inclure une **liste d'abréviations** ou une référence à une telle liste, indiquant son emplacement physique ou électronique.

Nous utilisons souvent des formes raccourcies de termes, qui peuvent nous faciliter la vie mais confondre d'autres personnes. N'oubliez pas « *d'expliquer les abréviations utilisées dans une note ou de renvoyer le lecteur à une liste de termes et d'abréviations expliqués* » (norme de tenue des dossiers 2.5).

Dans ma pratique

Je suis un ergothérapeute exploitant une clinique privée desservant principalement une population pédiatrique. Je supervise une équipe d'ergothérapeutes et autres cliniciens. J'ai réalisé à quel point une bonne tenue de dossiers est importante et je veux aider mon équipe à tenir facilement des dossiers complets en temps opportun.

Le logiciel que j'ai choisi pour garder l'information des clients et tenir les dossiers à ma clinique offre une combinaison de listes de vérification et de sections à remplir, comme la date, l'heure, l'emplacement et l'information sur le client. Il y a également des questions incitatives pour des sections ouvertes, comme des notes SOAP (objectif, subjectif, analyse et plan) et d'autres formats afin de pouvoir ajouter un contexte additionnel qui permet de justifier clairement des décisions. Il y a aussi des sections pour inclure des buts à court et à long terme et une option d'insérer automatiquement ces buts dans les champs ouverts.

Mon équipe a déclaré que le fait d'avoir un gabarit uniforme pour prendre des notes d'une manière organisée leur permet de s'assurer que les notes sont prises rapidement sans oublier de points importants. Pour des rapports plus importants, comme des évaluations ou des sommaires de renvoi, nous créons des gabarits ayant un format similaire pour organiser l'information de manière concise et uniforme.

Dans votre pratique

Quelles sont vos stratégies pour vous assurer que les dossiers de vos clients sont tenus de façon exacte, complète, organisée et lisible?

- Gabarits ;
- Format de documentation structuré ;
- Liste d'abréviations ;
- Utilisation de l'Outil d'évaluation de la tenue des dossiers ;
- Autre stratégie.

3. Renseignements sensibles

Les ergothérapeutes veulent savoir : Comment puis-je documenter une différence d'opinion avec d'autres membres de l'équipe?

Comment puis-je documenter une cessation de services due à des ressources limitées ou à des pressions?

Attentes et facteurs à considérer

Chaque mot est important! On s'attend à ce que les ergothérapeutes « fassent preuve de respect dans la tenue de toutes les parties du dossier et utilisent un langage professionnel qui fait preuve de respect et de sensibilité culturelle » (norme de tenue des dossiers 1.3).

Différence d'opinion: Les opinions peuvent varier mais la façon de documenter une différence d'opinion ne change pas. Les ergothérapeutes devraient réfléchir à la manière dont les opinions sont exprimées et inclure une bonne justification de leur jugement professionnel.

Le contenu d'un dossier vise le client; il devrait comprendre des renseignements factuels et ne pas inclure de préjugés ou d'information non pertinente. Ce n'est pas la place pour signaler des débats. S'il y a une différence d'opinion, le langage devrait demeurer objectif et professionnel.

Le comportement des ergothérapeutes doit être guidé par deux valeurs fondamentales : le **respect** et la **confiance (Code de déontologie)**. Ceci peut s'appliquer aux notes qui sont prises tout comme aux attitudes et actions reflétées dans le dossier.

Ressources gérées : C'est un exercice d'équilibre. Beaucoup de parties sont impliquées dans le secteur de la santé, dont les clients, les fournisseurs de soins, les organismes et les payeurs. Les ergothérapeutes doivent tenir compte des besoins de leurs clients mais aussi des ressources disponibles. Il faut rendre compte aux clients, mais aussi aux organismes qui facilitent la prestation des services. Il faut documenter avec respect les ressources disponibles et tout autre sujet sensible. Vous pouvez, par exemple, inscrire les options de rechange considérées et justifier votre opinion professionnelle.

Dans ma pratique

Je suis une ergothérapeute travaillant dans le secteur automobile. Je fais affaire avec des clients dans la communauté qui ont souvent un ergothérapeute non traitant faisant une évaluation ou un examen indépendant unique. Il arrive parfois que l'opinion de l'ergothérapeute évaluateur diffère de ma propre opinion. Conformément au Code de déontologie, je dois pouvoir documenter mon opinion différente avec respect et professionnalisme.

Une façon de faire ceci est d'indiquer les résultats de l'ergothérapeute évaluateur, puis de présenter objectivement mes propres résultats et d'ajouter de l'information qui peut fournir un peu plus de contexte pour expliquer la différence d'opinion. Par exemple, le rapport de l'ergothérapeute évaluateur peut signaler que le client a démontré de l'indépendance lors d'une tâche de soins personnels réalisée pendant l'évaluation.

En me fondant sur mes interactions avec le client, je peux fournir un contexte additionnel en signalant que bien que le client puisse accomplir une tâche de soins personnels indépendamment, il éprouve une difficulté accrue et a besoin d'aide supplémentaire lorsqu'il doit accomplir plus d'une tâche de soins personnels, comme dans le cas de toute une routine matinale.

Je suis un ergothérapeute qui fournit des soins à domicile et je collabore avec un autre ergothérapeute qui offre des services à des patients externes dans le cadre d'un programme de santé mentale local. Chacun de nos cadres cliniques offre un nombre limité de séances d'ergothérapie. Nous avons tous les deux de la difficulté à accepter le fait que la fin des séances approche alors que le client a encore besoin de soins d'ergothérapie.

Pour répondre à ce défi, nous nous assurons que le client est au courant du nombre de séances approuvées lors du processus d'obtention du consentement initial ainsi que les options de rechange, le cas échéant, s'il désire poursuivre les services d'ergothérapie. Cette pratique est documentée dans nos notes cliniques qui signalent que « le client a été avisé du nombre de séances disponibles et le processus pour obtenir des séances additionnelles lui a été expliqué ».

Nous rappelons également au client le nombre de séances restantes lors de visites subséquentes et documentons nos buts collaboratifs en tenant compte du nombre de séances disponibles. À la fin des séances approuvées, nous indiquons l'état du client et la raison du renvoi en inscrivant une note dans le dossier, comme « nous cessons maintenant les services d'ergothérapie car nous avons offert le nombre complet de séances approuvées; les options pour obtenir des services additionnels ont été discutées avec le client ».

Dans votre pratique

Quelles stratégies utilisez-vous pour documenter une différence d'opinion?

4. Moment opportun

Les ergothérapeutes veulent savoir : Quels sont les moments opportuns pour la tenue des dossiers?

Attentes et facteurs à considérer

Une documentation complète faite en temps opportun est particulièrement importante pour prévenir des répercussions négatives sur les clients et d'autres professionnels de la santé impliqués dans les soins. Les besoins du client, des changements dans son état ainsi que les attentes et politiques du lieu de travail déterminent le moment opportun pour faire la documentation clinique. Quoique les ergothérapeutes soient tenus de « *remplir les dossiers en temps opportun, selon les besoins cliniques et les exigences de l'organisme* » (norme de tenue des dossiers 2.6), il n'y a pas un moment opportun qui s'applique à l'ensemble des milieux de travail.

Les ergothérapeutes détermineront le moment opportun pour la documentation selon plusieurs facteurs :

- Calendrier raisonnable pour répondre aux besoins du client ;
- Justification concernant les risques possibles pour le client ;
- Attentes de l'organisme et normes de l'industrie ;
- Nature du milieu de travail ;
- Facteurs personnels.

À propos des facteurs personnels : Nous savons que la mémoire a tendance à devenir un peu floue avec le temps. Les événements sont moins clairs et un retard dans la documentation peut affecter la qualité des notes.

Voici d'autres facteurs personnels :

- Routines de gestion du temps ;
- Gestion et priorités de la charge de travail ;
- Accès à la technologie et aux outils de tenue des dossiers.

Une recherche de Khumalo et Kane (2022) indique que la collecte de données en temps réel facilite un rappel exact et peut améliorer la coordination et la qualité des soins qui sont mieux axés sur le client.

N'oubliez pas que vos dossiers sont une source d'information pour la famille et les autres fournisseurs de soins qui permet d'offrir des services sécuritaires, éthiques et équitables aux clients.

Saviez-vous que des données préliminaires du processus d'évaluation de la compétence du programme d'assurance de la qualité révèlent que les ergothérapeutes identifient la ponctualité de leur documentation comme un domaine qui pourrait être amélioré dans leur tenue des dossiers?

À propos du moment opportun pour documenter

Songez aux points importants suivants lors du choix du moment opportun pour faire votre documentation. S'appliquent-ils aux clients que vous traitez?

- Facteurs cliniques et risques ;
- Procédures organisationnelles ;
- Normes de l'industrie ;
- Accès aux services et ressources.

Facteurs cliniques et risques

Les détails concernant les risques identifiés lors d'évaluations et d'interventions formelles et informelles sont documentés en temps opportun pour minimiser les préjudices possibles et optimiser la sécurité du client.

Posez-vous la question : Est-ce que la sécurité de mon client peut être affectée par le moment où je documente son information? Oui ou non?

Procédures organisationnelles

Certains organismes stipulent explicitement leurs attentes en matière de documentation – par exemple, comment obtenir et documenter le consentement. Si vous n'êtes pas sûr des procédures, consultez les politiques de votre organisme ou demandez de l'aide.

Si vous avez une pratique privée, vous pourriez rédiger un document précisant les pratiques à suivre pour tenir les dossiers. Ceci favorise une documentation uniforme et responsable. Ceci peut aussi prévenir des problèmes futurs. Par exemple, comment et quand documentez-vous des transactions financières, des changements dans le dossier d'un client ou le processus à suivre dans le cas d'une atteinte à la vie privée?

Posez-vous la question : Est-ce que mon lieu de travail a (ou devrais-je élaborer) des procédures additionnelles en matière de tenue des dossiers? Oui ou non?

Normes de l'industrie

Le moment opportun pour documenter de l'information peut varier selon l'industrie et le lieu de travail. On peut s'attendre à une documentation « en temps réel » ou immédiate dans des situations où l'état du client peut changer rapidement (comme dans une unité de soins aigus d'un hôpital ou une possibilité accrue de transfert vers un autre programme ou service). Certains milieux de travail tiennent compte du temps nécessaire pour réaliser une évaluation ou une intervention détaillée et faire un rapport de suivi.

Posez-vous la question : Quelles sont les attentes concernant le moment opportun pour faire la documentation dans mon domaine?

Accès aux services et ressources

Le moment opportun pour inscrire de l'information dans un dossier peut également affecter d'autres ressources ou sources de fonds. Une documentation faite en temps opportun peut faciliter la transition et un meilleur accès à une aide financière. Par ailleurs, un retard dans la documentation peut influencer sur la continuité des soins, les progrès et même la sécurité du client.

Posez-vous la question : Quelles sont les répercussions possibles du moment choisi pour faire ma documentation sur l'accès d'un client à des services ou d'autres ressources?

Dans ma pratique

Je suis un ergothérapeute qui travaille dans le secteur automobile où les services de réadaptation sont souvent liés à la production de rapports en temps opportun. J'ai beaucoup de clients et je suis très occupé avec de nouvelles demandes de services et le traitement de clients actuels. La rapidité avec laquelle je produis mes rapports peut affecter directement la capacité de mes clients d'obtenir ce à quoi ils ont droit, y compris des ressources et des soins de réadaptation nécessaires. Par exemple, le fait de remplir une Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formule 1) au moment du renvoi d'un client de l'hôpital permet d'identifier son besoin d'aide et de recommander des appareils ou de l'équipement requis pour assurer sa sécurité et faciliter sa participation occupationnelle.

Si cette documentation n'est pas faite rapidement, le client court le risque de ne pas obtenir les ressources nécessaires au moment où il retourne à son domicile. Le fait de remplir en temps opportun les évaluations initiales et les rapports d'évolution peut aussi aider le client à recevoir (et à continuer de recevoir) des services d'ergothérapie. Ces rapports peuvent aussi contribuer à leur accès à d'autres services de réadaptation. Étant donné que le temps et les fonds sont souvent limités, ma documentation doit être la plus pertinente et concise possible afin que l'assureur et d'autres personnes puissent identifier facilement les besoins du client et mes recommandations.

Dans votre pratique

Quelle est la meilleure description des attentes de votre domaine en matière de documentation?

- Immédiatement ;
- Le même jour ;
- Dans les 24 heures qui suivent ;
- Dans la semaine qui suit+ ;

- Consignation des exceptions ;
- Autre :

Comment une documentation en retard ou incomplète peut-elle affecter un client?

5. Pratiques culturellement plus sécuritaires

Les ergothérapeutes veulent savoir : Comment puis-je rendre ma documentation plus sensible à la culture de mes clients?

Attentes et facteurs à considérer

Il y a plusieurs façons d'améliorer la tenue des dossiers afin de refléter un langage, des attitudes et des comportements culturellement plus sécuritaires. Les ergothérapeutes doivent « *pratiquer la conscience de soi pour minimiser les préjugés personnels et les comportements inévitables basés sur la position sociale et le pouvoir* ». (*Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada, C2.2*). Ceci couvre également notre démarche de documentation.

La façon dont nous formulons l'information peut dénoter un jugement ou un préjugé, qui est souvent le produit de notre position sociale. Soyez conscient de ce que vous inscrivez dans un dossier et de la façon dont vous présentez cette information.

On s'attend à ce que les ergothérapeutes « *s'assurent que toute l'information est véridique et exacte; considèrent les subtilités de ce qui est dit et non dit, et la façon dont l'information est formulée – l'ergothérapeute devrait réfléchir à sa propre position sociale et s'abstenir de formuler des commentaires biaisés dans les notes. par exemple, le ton est différent si on dit qu'un client a « refusé » ou a « décliné » une partie d'un service* » (normes de tenue des dossiers 1.1, 1.2).

Reconnaissez comment le contexte sociopolitique peut avoir un impact sur l'accès aux soins, la qualité des services, les choix du client et les interactions avec le client. Si, par exemple, un client ne se présente pas à un rendez-vous, vous pourriez envisager diverses raisons et lui poser des questions au lieu d'inscrire que le client n'est pas coopératif ou ne respecte pas ses engagements.

Utilisez un langage respectueux qui tient compte de la culture du client lors de vos séances et dans votre documentation pour éviter les microaggressions, la stigmatisation et une oppression additionnelle. Un dossier devrait présenter un récit descriptif avec humilité, empathie et vulnérabilité.

Songez à l'impact que des pratiques culturelles et des préférences personnelles peuvent avoir sur la documentation d'évaluations et d'interventions. Par exemple, lors de la documentation d'une évaluation dans une cuisine, utilisez des mots que le client utiliserait au sujet de la nourriture qu'il mange ou prépare typiquement à la maison sans inclure des hypothèses culturelles.

Une recherche réalisée par MacLachlan et Grenier révèle que les mots utilisés dans un dossier médical ont une grosse influence sur les normes sociales et que, si ceci n'est pas reconnu, ces mots peuvent causer des préjudices relativement aux rapports thérapeutiques, aux résultats obtenus par le client et aux obstacles systémiques.

Remettez constamment vos hypothèses en question. Pour un examen plus approfondi de ce sujet, consultez le document *La culture, l'équité et la justice dans l'exercice de l'ergothérapie*. Vous y trouverez des questions portant à réflexion qui explorent les préjugés personnels ainsi que des questions qui vous aideront à former une pratique culturellement plus sécuritaire et accessible.

Dans ma pratique

Je suis une ergothérapeute travaillant dans un hôpital de soins aigus. Lorsque j'évalue des activités de la vie quotidienne, comme se nourrir, je tiens compte de ce que le client pense au sujet d'accomplir cette activité de façon indépendante. Je demande à la famille et au client quelles sont leurs préférences. Cette prestation de soins culturellement sécuritaires est reflétée dans ma documentation.

Par exemple, plutôt d'écrire que « le client ne s'alimente pas lui-même et manque de motivation pour essayer – il se fie à sa famille pour le nourrir », j'écrirais que « il a été observé que les membres de la famille nourrissent le patient; j'ai discuté de ceci avec le patient et la famille qui ont déclaré que lorsqu'un membre de la famille est malade, les autres membres de la famille prennent typiquement soin du malade ». Avant de soumettre mes notes, je les relis pour m'assurer qu'elles reflètent mes efforts de ne pas faire preuve de préjugés et de tenir compte des inégalités dans le domaine de la santé qui peuvent affliger mes patients.

Dans ma pratique

Je suis un ergothérapeute travaillant dans une clinique pédiatrique très achalandée. Plusieurs séances en ligne sont cédulées une après l'autre. Il n'y a pas de temps à perdre et la ponctualité est très appréciée. Après plusieurs années de travail, je comprends mieux les pressions imposées aux familles pour qu'elles soient au rendez-vous à temps. Plus tôt dans ma carrière, j'ai probablement documenté les retards différemment. J'ai peut-être écrit, par exemple : « le père s'est connecté 15 minutes en retard au rendez-vous d'aujourd'hui et ne s'est pas du tout présenté au rendez-vous précédent; il ne suit pas toutes les recommandations de l'ergothérapeute et n'a pas participé activement à la séance d'aujourd'hui ».

Je reconnais de plus en plus mes propres préjugés et comment l'utilisation de certains mots peut affecter l'interprétation des notes. Les faits ne changent peut-être pas, mais le sens peut différer. Ma documentation serait maintenant plutôt : « Le parent a pu se connecter pour les dernières 30 minutes de la séance d'aujourd'hui. Il n'a pas pu assister à la séance de la semaine dernière en raison d'un rendez-vous imprévu concernant son autre enfant. Il a essayé de fournir des occasions à l'enfant de se nourrir mais, en raison d'autres demandes pressantes, n'a pas pu suivre certaines recommandations de l'ergothérapeute. Celles-ci seront discutées lors de la prochaine séance. »

Dans votre pratique

Quelles possibilités avez-vous dans votre pratique de documenter des points liés à la culture, à l'équité et à la justice? Cochez tout ce que vous pourriez documenter.

- L'impact de facteurs systémiques et historiques sur un client ;
- Les préjugés et les structures sociales qui privilégient ou marginalisent un client ;
- Les facteurs qui favorisent une performance occupationnelle particulière du point de vue culturel d'un client ;
- Les facteurs qui favorisent la prestation de services culturellement plus sécuritaires et inclusifs à un client ;
- Autre :

6. Technologies émergentes

Les ergothérapeutes veulent savoir : Pourrais-je utiliser l'intelligence artificielle dans mon travail?

Extraction des données

L'utilisation de l'intelligence artificielle pour réviser la documentation clinique et identifier des termes clés afin de générer des renseignements connexes.

Algorithmes prédictifs

L'utilisation de modèles établissant des prédictions à l'aide de l'intelligence artificielle à partir de données à grande échelle afin de générer de l'information pour que les fournisseurs puissent être aux aguets de clients posant un risque élevé de certains troubles ou résultats.

Saisie de données

L'utilisation de l'intelligence artificielle pour créer des notes cliniques à l'aide du traitement automatique du langage naturel.

Aide à la décision

L'utilisation de l'intelligence artificielle pour formuler des recommandations pour des traitements/services.

La technologie peut faciliter les tâches mais les fournisseurs en sont les activateurs. Lorsqu'elles sont bien utilisées, les technologies nouvelles et émergentes peuvent capter un gros potentiel dans le domaine de la santé. Mais nous devons « *utiliser les technologies électroniques et numériques de manière responsable* » (*Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada, B2.3*).

Les ergothérapeutes sont tenus de confirmer que le contenu de leur documentation est exact et sans préjugés qui pourraient défavoriser un client ou un groupe de clients. Ceci signifie que vous pouvez justifier professionnellement tout contenu qui a été généré avec l'intelligence artificielle.

Lorsque vous apposez une signature pour une entrée, vous atteste que vous avez vérifié que l'information est exacte et complète (norme de tenue des dossiers 4.1). Vous devriez également connaître les mesures de sécurité qui sont en place pour protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé. Avec toutes les nouveautés technologiques, les établissements élaborent rapidement des politiques et des lignes directrices concernant l'utilisation de l'intelligence artificielle. En cas de doute, renseignez-vous.

Facteurs à considérer

- 1. Incidences éthiques :** L'Ordre devrait souligner l'importance des incidences éthiques de l'utilisation de l'intelligence artificielle dans l'exercice de l'ergothérapie. Ceci comprend la protection de la vie privée des clients, la sécurisation des données et des processus de prise de décisions transparents.
- 2. Préjugés et équité :** L'Ordre devrait aider les ergothérapeutes à reconnaître la possibilité de préjugés dans les algorithmes de l'intelligence artificielle et encourager l'utilisation de systèmes justes et impartiaux. Il faut absolument s'assurer que les systèmes d'intelligence artificielle ne perpétuent pas la discrimination ou les iniquités.

3. **Fiabilité et exactitude** : L'Ordre devrait encourager les ergothérapeutes à évaluer de façon critique la fiabilité et l'exactitude de recommandations ou de prédictions générées par l'intelligence artificielle. Ces systèmes devraient être un outil qui aide l'ergothérapeute et appuie son jugement professionnel.
4. **Rapports patient-fournisseur** : L'Ordre devrait indiquer clairement que l'intelligence artificielle ne doit pas remplacer la relation humaine entre l'ergothérapeute et ses clients. Les ergothérapeutes devraient veiller à ce que l'utilisation de l'intelligence artificielle ne compromette pas les rapports thérapeutiques et les soins personnalisés qu'ils fournissent.
5. **Éducation permanente** : L'Ordre devrait encourager les possibilités d'éducation permanente et de perfectionnement professionnel pour les ergothérapeutes afin qu'ils soient au courant des nouveautés et des recherches en ergothérapie. Ceci aidera les ergothérapeutes à intégrer efficacement l'intelligence artificielle dans leur pratique.

Dans ma pratique

Je suis un ergothérapeute et un chef de pratique professionnelle. Mon rôle comprend l'élaboration de politiques et de matériel de formation pour les ergothérapeutes de mon organisme. Par exemple, j'ai utilisé l'intelligence artificielle pour m'aider à formuler des lignes directrices sur l'utilisation d'équipement de protection personnelle lors du travail au domicile et dans la communauté. Bien que je me sois servi de l'intelligence artificielle pour rédiger ces documents, j'ai dû réviser soigneusement chaque phrase pour m'assurer que le texte est exact et se conforme aux lignes directrices en vigueur car certains renseignements étaient incorrects ou ne s'appliquaient pas à nos ergothérapeutes.

Dans ma pratique

J'utilise l'intelligence artificielle pour m'aider à incorporer un langage plus convivial dans mes notes et mes rapports pour les parents et enseignants. Lorsque j'utilise cette technologie, je fais bien attention de ne pas fournir de l'information qui pourrait identifier des clients. Je n'indique donc aucun identificateur, comme le nom de l'école, des éducateurs et des parents. Je réviser soigneusement le contenu généré par l'intelligence artificielle pour m'assurer que toute analyse est exacte et sans préjugés. Cette technologie m'aide à utiliser un langage plus compréhensible mais je dois quand même faire une bonne révision clinique du matériel.

Dans votre pratique

Avec l'évolution de la technologie dans votre secteur, quels sont les bienfaits et les risques pour vos clients?

Section B : Contenu du dossier clinique

1. Information dans les courriels/textos

Les ergothérapeutes veulent savoir : Dois-je faire une transcription de tous les appels téléphoniques, courriels et textos de mes clients?

Attentes et facteurs à considérer

Si une interaction est pertinente, qu'elle soit clinique ou non, vous devez l'indiquer dans le dossier. Tenez compte de ce qui suit lorsque vous tenez vos dossiers :

Jugement professionnel de la valeur clinique : Dans certaines situations, il peut être utile d'inclure le texte entier de communications électroniques tandis que dans d'autres situations, il peut être suffisant de résumer les aspects pertinents de communications dans le dossier clinique. Cela peut dépendre du but de cette information.

Les **Normes de tenue des dossiers** indiquent que les ergothérapeutes doivent « *documenter tous les résultats, les interventions, les rapports et les détails des services; documenter la rétroaction des clients et d'autres personnes (obtenue avec le consentement du client) qui a une importance clinique* » (norme de tenue des dossiers 3.3).

Voici certaines questions que vous pouvez vous poser lorsque vous décidez si vous devez inclure une communication électronique complète ou seulement son résumé dans le dossier :

- Qui est le dépositaire de renseignements sur la santé responsable de garder les dossiers médicaux électroniques? Est-ce que ce dépositaire a des politiques en place pour guider la tenue des dossiers, y compris l'utilisation de courriels/textos avec des clients ou d'autres personnes dans le dossier? Consultez le document *Les lois sur la protection de la vie privée et l'exercice de l'ergothérapie* pour vous renseigner davantage sur les dépositaires de renseignements sur la santé.
- Est-ce que votre organisme ou pratique privée a des politiques concernant l'obtention du consentement ou l'utilisation, la confidentialité et l'exclusion de communications par courriel ou texto avec des clients ou autres personnes dans le cadre du processus de tenue des dossiers?
- Quelle méthode respecte la dignité des clients? Par exemple, consigner seulement ce qui est nécessaire.
- Est-ce que le fait d'avoir le langage exact dans le dossier répond aux besoins des clients?
- Pouvez-vous résumer adéquatement le contenu d'une communication électronique? Il arrive parfois que les nuances de la communication soient importantes. Par exemple, il peut être facile de résumer un simple texto concernant l'annulation d'un rendez-vous, mais peut-être pas aussi facile de résumer un courriel concernant l'annulation d'un rendez-vous qui comprend une explication pouvant avoir des incidences cliniques.
- Le système de documentation offre-t-il la possibilité de télécharger des sources d'information additionnelles, comme des courriels offrant des devis de fournisseurs?
- S'il n'est pas possible de télécharger ces communications, comment pouvez-vous lier des sources d'information additionnelles avec le dossier d'un client?
- Y a-t-il peut-être des raisons légales ou des risques posés par l'inclusion de communications électroniques complètes plutôt qu'un résumé, comme un langage menaçant par exemple.

Dans ma pratique

Je suis une ergothérapeute travaillant dans la communauté avec des enfants et des adolescents à mobilité réduite et leurs familles. En plus de rencontres, consultations et séances de thérapie avec mes clients et leurs familles, je passe beaucoup de temps à communiquer avec des clients et des fournisseurs pour discuter d'essais, de commandes et d'entretien de divers appareils et équipement d'aide à la mobilité, notamment des harnais de marche et des déambulateurs. Nous communiquons à l'aide de courriels, textos et appels téléphoniques, selon la situation.

Pour toute correspondance où je partage de l'information particulière sur l'équipement, y compris des recommandations, j'inclus le fil entier des messages dans mes notes cliniques. Par exemple, je copie-colle le corps du texte dans mes notes. Toutefois, si nous faisons seulement de la planification ou discutons de logistique, je résume le contenu de la communication dans mes notes.

En voici un exemple : « J'ai parlé avec Mike chez Motion pour organiser des essais de harnais de marche pédiatriques lundi prochain – le 25 septembre. J'ai confirmé la date et l'heure avec la famille par téléphone et la famille sera au rendez-vous. Pour tout renseignement supplémentaire, comme des devis et des renseignements sur le financement, j'ajouterai ces communications en addenda à mes notes cliniques en les téléchargeant en format PDF. »

Dans ma pratique

Je travaille dans un hôpital où je fournis des soins gériatriques à des patients externes. Je communique beaucoup avec des partenaires externes, des organismes et des clients pour organiser la participation aux programmes. Étant donné que je fais ma documentation électroniquement, il est plus facile de copier mes courriels en entier et de les télécharger dans le dossier électronique puisque ce processus est plus exact et rapide. Il arrive parfois qu'une partie de l'information dans un courriel ne soit pas pertinente aux services et soit de nature privée. Si c'est le cas, je retirerai la portion non pertinente et indiquerai dans mes notes que ce courriel constitue seulement une partie du courriel reçu.

Dans votre pratique

Quels sont les facteurs qui vous aident à décider comment documenter les communications électroniques avec les clients? Cochez toutes les réponses applicables.

- **Valeur** : Est-ce que le dossier clinique est meilleur si le langage exact de la communication est inscrit?
- **Résumé** : Puis-je résumer adéquatement le contenu de la communication?
- **Système** : Est-ce que mon système permet ou limite le téléchargement de sources d'information additionnelles?
- **Lignes directrices** : Que désire l'organisme en ce qui concerne la documentation de courriels/textos?
- **Coconstruction** : Quelle méthode respecte le mieux la dignité du client?
- **Autre** : Y a-t-il des raisons légales ou autres d'inclure une communication complète?

2. Brouillons et évaluations sur papier

Les ergothérapeutes veulent savoir : Que dois-je faire avec mes brouillons et mes évaluations sur papier?

Attentes et facteurs à considérer

Si les données qui se trouvent dans des brouillons ou des évaluations peuvent être résumées adéquatement dans le dossier clinique, vous n'êtes pas obligé de conserver vos copies sur papier, sauf si vous avez d'autres raisons pour conserver vos versions originales, comme des politiques de votre organisme ou des exigences légales. Si vous décidez de scanner et de télécharger une copie de brouillons ou d'évaluations sur papier dans le dossier clinique, assurez-vous que l'intégrité des données est maintenue lors de la transition dans un format électronique (norme de tenue des dossiers 2.8).

Les brouillons, les évaluations sur papier et les photos, par exemple la photo d'une salle de bains, sont conservés de façon sécuritaire dans le dossier clinique, ou détruits de façon sécuritaire et confidentielle.

Dans ma pratique

Je travaille dans la communauté, principalement avec des adultes plus âgés. Mon travail vise souvent la sécurité et l'accessibilité au domicile. Lors de mes visites, je peux faire des croquis ou prendre des photos de zones dans la maison qui nécessitent plus d'attention, la résolution de problèmes ou des recommandations. Lorsque je documente ces visites, je questionne souvent le besoin de conserver ces croquis et photos.

Pour m'aider à décider si ces images devraient être conservées dans le dossier du client, je me demande si mes notes seront suffisantes pour bien illustrer l'information requise. Par exemple, j'ai pris des photos ou fait un croquis pour m'aider à bien décrire mes recommandations, comme l'enlèvement d'un petit tapis devant l'évier ou le déplacement de certains meubles pour faciliter l'accès du client. Dans ces cas, les images peuvent et devraient être détruites de façon sécuritaire une fois que l'information est inscrite dans le dossier.

Dans votre pratique

Quel est votre processus pour consigner des évaluations dans le dossier? Cochez toutes les réponses applicables.

- Résumer les données dans le dossier ;
- Télécharger l'évaluation sur papier ou indiquer son emplacement ;
- Les deux – selon la situation ;
- Autre :

3. Consentement

Les ergothérapeutes veulent savoir : Est-ce qu'un formulaire de consentement signé est suffisant pour la documentation? L'obtention du consentement dans les dossiers médicaux électroniques est souvent indiquée simplement par une case qui est cochée – est-ce suffisant?

Attentes et facteurs à considérer

La documentation est une façon de prouver que le processus d'obtention du consentement a été suivi; elle peut comprendre des détails sur ce qui suit :

- Confirmation qu'un client est capable de donner son consentement ;
- Processus d'obtention du consentement initial au début des services ;
- Obtention continue du consentement – possibilités offertes au client de confirmer ou de retirer son consentement ;
- Questions posées par le client concernant les services fournis ou les renseignements recueillis ;
- Consentement à divulguer ou à partager l'information du client.

Les formulaires et les cases à cocher viennent étoffer le processus d'obtention du consentement mais ils ne remplacent pas la communication avec le client à ce sujet.

Les formulaires de consentement peuvent constituer une façon de standardiser les méthodes d'obtention du consentement. Avec l'utilisation d'une case à cocher, on peut référer à un document ou à une ressource, comme un arbre décisionnel, une liste de vérification du consentement ou le processus d'obtention du consentement, qui explique bien les étapes suivies par l'ergothérapeute.

Une case cochée ne constitue pas nécessairement une preuve du processus utilisé pour déterminer ou confirmer la capacité d'un client à accorder son consentement. Dans des situations complexes, comme lorsque la capacité du client à donner son consentement peut fluctuer, l'ergothérapeute peut devoir documenter de l'information additionnelle. Ceci pourrait comprendre les étapes suivies pour déterminer la capacité du client, la hiérarchie des mandataires spéciaux et des détails sur le plan.

Si vous utilisez une case à cocher ou un formulaire standardisé pour le consentement, vous devrez peut-être ajouter de l'information dans une boîte de texte ouverte du formulaire remplissable ou dans une note séparée inscrite au dossier.

La loi identifie les aspects qui doivent faire partie du processus d'obtention du consentement. Consultez la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et assurez-vous que le dossier de santé indique que votre client dispose de toute l'information dont une personne raisonnable aurait besoin pour prendre une décision sur le service d'ergothérapie. Cette information comprend :

- La portée et la raison de la demande de services ;
- Le but et la nature des services ;
- Les bienfaits prévus et les risques possibles des services, du point de vue culturel, écologique ou économique ;
- Les conséquences probables de ne pas recevoir les services ;
- Les résultats prévus des services ;

- Des solutions alternatives aux services proposés ;
- Le droit du client de retirer son consentement à tout moment du processus ;
- Les dispositions financières concernant le paiement des services ;
- L'autorité légale de l'ergothérapeute de fournir ces services, obtenue dans le cadre d'un processus juridique.

L'ergothérapeute voudra inclure assez de contexte concernant l'obtention du consentement pour qu'il soit évident que le client a reçu assez d'information pour prendre des décisions éclairées et pour confirmer que les attentes légales ont été respectées.

Les détails dans la documentation devraient illustrer clairement comment le consentement a été obtenu et être suffisants pour être à l'épreuve du temps si une question au sujet de l'obtention du consentement ou un besoin d'information surgit plus tard.

Dans ma pratique

Je suis une ergothérapeute en pratique privée de psychothérapie. La clinique où je travaille fournit une liste de tous les points clés qui doivent être discutés avec le client lors de l'obtention du consentement. Je voulais utiliser un processus uniforme avec tous mes clients et j'ai donc créé un formulaire adapté à mes services. Ceci guide la conversation que j'ai avec les clients et leurs parents qui peuvent s'inquiéter de la confidentialité de mes services.

Je fournis également une page d'information à mes clients qui explique ce à quoi ils doivent s'attendre et je la passe en revue avec eux. Ceci décrit mes services et offre des ressources en cas de crise. Je verse le formulaire signé et daté dans le dossier, et je sais ainsi que tous les sujets importants ont été discutés. Je documente toute question posée et si j'ai dû faire une détermination de la capacité du client de consentir à mes services, spécialement dans le cas de clients plus jeunes.

Dans ma pratique

Je suis un ergothérapeute qui fait des évaluations médicales indépendantes pour le secteur de l'automobile. Lorsque j'ai créé mon propre formulaire pour obtenir le consentement de mes clients, j'ai discuté de l'obtention du consentement éclairé, comme pour les services que je vais fournir, ainsi que de l'obtention du consentement avisé, comme pour la divulgation de renseignements personnels sur la santé.

Pour ce qui est du consentement avisé, je communique clairement avec qui je partagerai mon rapport. Je communique également que le client a le droit de retirer ce consentement en tout temps mais que je ne peux pas reprendre rétroactivement de l'information qui a déjà été partagée. Ma section sur le consentement avisé porte sur ce qui suit : la façon dont les renseignements personnels sur la santé seront utilisés, le consentement du client à partager le rapport avec des tiers et la possibilité pour le client de retirer son consentement à partager des renseignements.

Dans votre pratique

Quelles sont certaines des façons dont vous documentez l'obtention du consentement pour vous assurer que tous les aspects clés sont couverts? Cochez toutes les réponses applicables.

- J'inclus un formulaire standard pour assurer une communication uniforme au sujet du consentement ;
- Je veille à ce que l'obtention du consentement comprenne une discussion – pas seulement un formulaire à signer ou une case à cocher ;
- Je documente un contexte additionnel au sujet de l'obtention du consentement dans des boîtes de texte ouvertes ;
- Je documente mes conversations avec mes clients concernant l'obtention d'un consentement continu tout au long des services ;
- J'obtiens le consentement d'une façon acceptée et utilisée par toute l'équipe ;
- Autre :

4. Intervention de groupe

Les ergothérapeutes veulent savoir : Quelle est la meilleure façon de documenter une séance d'éducation de groupe? Quels détails sont nécessaires?

Si je co-anime un groupe, qui est responsable de la documentation – moi, l'autre animateur, ou nous deux?

Attentes et facteurs à considérer

Quoi documenter : Ce qui est documenté lors d'une séance de groupe et la façon dont celle-ci est documentée dépend du but du groupe, du niveau de risque et de l'information disponible. Par exemple, il peut être suffisant de documenter l'expérience collective plutôt que les expériences individuelles pour les groupes à accès libre, comme dans le cas de séances éducatives sur la sécurité au domicile.

L'information à documenter pour l'**expérience collective du groupe** peut comprendre la date, le nom des participants (si disponible), le contenu/la description de la séance, une copie de l'information fournie aux participants, une rétroaction globale et tout événement imprévu. Cette information devrait être conservée de façon sécuritaire à des fins de référence future.

Dans le cas de groupes où les participants peuvent recevoir une évaluation **individuelle**, ou lorsque le niveau de risque est plus élevé, une documentation séparée sera probablement requise pour chaque participant – par exemple, pour les groupes portant sur la réadaptation cardiaque ou la santé mentale.

Les **Normes de tenue des dossiers** indiquent que l'on s'attend à ce que les ergothérapeutes puissent « documenter l'information clinique pertinente concernant la thérapie de groupe à laquelle participe le client (par exemple les objectifs formulés, les perspectives du client et tout événement indésirable); inscrire les notes dans le dossier du client ou le dossier du groupe, notamment la raison d'être du groupe, la durée des séances, les présences et les ressources fournies » (norme de tenue des dossiers 3.4).

Qui documente les séances de groupe co-animées : Avant que le groupe commence une séance, il faut décider qui documentera la séance. Votre organisme peut avoir une politique à ce sujet ou vous pouvez mettre sur pied une démarche avec l'autre animateur au tout début.

Vous pourriez alterner la responsabilité de documenter ou l'un de vous deux peut être l'animateur en chef et s'occuper de documenter la séance dans le dossier de chaque client tandis que l'autre animateur fera un renvoi à cette documentation individuelle dans ses notes.

Le rôle et la responsabilité de chaque animateur devraient être clairs, de même que la responsabilisation de chacun concernant divers aspects du service de groupe. Le dossier devrait présenter un cheminement exact et séquentiel du service fourni au client – du début à la fin du continuum des soins d'ergothérapie, même dans les situations où la nature du service signifie que la documentation est partagée.

Dans ma pratique

Je suis une ergothérapeute travaillant avec des jeunes dans la communauté. J'offre souvent des programmes pour de petits groupes de jeunes ayant un handicap physique pour les aider à devenir plus indépendants dans leur communauté. Pour produire une documentation efficace et suffisamment détaillée, j'ai rédigé une description du programme qui précise les buts et les activités de la série de séances du programme.

Lorsqu'un client se joint au groupe, le protocole (description) du programme est téléchargé dans le dossier de ce client. Avec ce degré de détail disponible dans le dossier, chaque note inscrite peut être brève, indiquer quand le client a participé au programme, ses contributions et toute intervention qui s'écarte du protocole indiqué dans le dossier pour une séance donnée. Par exemple, ceci peut porter sur un appareil d'aide motorisée aux déplacements qui cesse de fonctionner ou un client qui se sent dépassé par la situation lorsqu'il arrive à une intersection achalandée.

Bien que la rédaction de la description avant le début des séances de groupe nécessite un peu de préparation, le temps requis est beaucoup moins long que si je devais faire une documentation détaillée après chaque séance de groupe. Je peux ainsi documenter les séances en temps opportun.

Dans ma pratique

En tant qu'ergothérapeute travaillant dans le domaine de la santé mentale, je co-anime un groupe ouvert de thérapie comportementale dialectique qui met l'accent sur le développement de compétences. Je collabore avec une psychologue et nous avons décidé de partager la responsabilité de la documentation en alternant chaque semaine. Voyez l'exemple de documentation de groupe pour tous les dossiers des clients ainsi que des notes individuelles pour des clients particuliers.

Date de la note	Heure de la note	Créateur de notes	Sujet	Genre	Date de création	Temps de création	Créé par	imprimer	élargir	effacer
9/23/24	10 h - 12 h									
<p>Groupe de thérapie comportementale dialectique – Séance 1 : Établissement d'objectifs</p> <p>Le groupe d'aujourd'hui a appris à établir des buts généraux plus atteignables en se servant du format SMART (spécifique, mesurable, réalisable, pertinent et opportun). Les membres du groupe ont examiné quelques exemples du manuel et ont eu le temps pendant la séance de formuler leur propre but qu'ils essaieraient d'atteindre chez eux pendant la semaine. Nous avons ensuite discuté de plans d'action et de mesures qui seront prises pour atteindre leur but de la semaine.</p>										

Date : 23 septembre 2024, de 10 h à 12 h (séance virtuelle)

Nom du groupe et numéro de la séance : Groupe de thérapie comportementale dialectique – Séance 1 : Établissement de buts

Description du contenu : Le groupe d'aujourd'hui a appris à établir des buts généraux plus atteignables en se servant du format SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini). Les membres du groupe ont examiné quelques exemples du manuel et ont eu le temps pendant la séance de formuler leur propre but qu'ils essaieraient d'atteindre chez eux pendant la semaine. Nous avons ensuite discuté de plans d'action et de mesures qui seront prises pour atteindre leur but de la semaine.

Date de la note	Heure de la note	Créateur de notes	Sujet	Genre	Date de création	Temps de création	Créé par	imprimer	élargir	effacer
9/23/24	10 h - 12 h									
<p>Nom du client : M.L.</p> <p>M.L. est arrivé à la séance à temps et a participé activement au groupe. Voir son but de la semaine ci-dessous.</p> <p>Cette semaine, j'améliorerai ma routine de sommeil en me levant à 8 h chaque matin et en faisant mon lit avant de partir de la maison. J'inscrirai mon heure de lever tous les matins sur mon téléphone.</p> <p>Plan d'action : Programmer mon alarme pour 7 h 50 et 8 h tous les jours, laver les draps et les taies d'oreiller, créer une feuille de suivi dans mon application pour prendre des notes sur mon téléphone et aviser mon partenaire que je planifie de me lever à cette heure tous les matins.</p>										

Nom du client : M.L.

Information individuelle pour ce client : M.L. est arrivé à la séance à temps et a participé activement au groupe. Voir son but de la semaine ci-dessous.

Cette semaine, j'améliorerai ma routine de sommeil en me levant à 8 h chaque matin et en faisant mon lit avant de partir de la maison. J'inscrirai mon heure de lever tous les matins sur mon téléphone.

Plan d'action : Programmer mon alarme pour 7 h 50 et 8 h tous les jours, laver les draps et les taies d'oreiller, créer une feuille de suivi dans mon application pour prendre des notes sur mon téléphone et aviser mon partenaire que je planifie de me lever à cette heure tous les matins.

Dans votre pratique

Imaginez que l'on vous demandera demain de (co)animer un groupe. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos connaissances des attentes en matière de documentation du groupe? Par exemple, qui prendra la responsabilité de documenter un groupe co-animé, quels détails seront documentés, etc.

- Je crois bien savoir comment documenter une intervention de groupe ;
- Je sais un peu comment documenter une intervention de groupe ;
- Je ne sais pas vraiment comment documenter une intervention de groupe.

5. Aides-ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie

Les ergothérapeutes veulent savoir : Qu'est-ce qui doit être documenté lorsque des tâches sont affectées à des aides-ergothérapeutes et des étudiants en ergothérapie?

Attentes et facteurs à considérer

La communication est essentielle. Les ergothérapeutes qui supervisent des étudiants en ergothérapie ou des aides-ergothérapeutes demeurent professionnellement responsables du fait que leurs clients doivent recevoir des soins sécuritaires, appropriés et éthiques. Une documentation claire et exacte est un moyen officiel d'identifier précisément le rôle de plusieurs fournisseurs.

Lorsqu'il affecte une partie de l'intervention à d'autres personnes, on s'attend, selon les **Normes de tenue des dossiers**, à ce que l'ergothérapeute puisse, au minimum « *Identifier les tâches qui ont été affectées à d'autres personnes (comme des aides-ergothérapeutes ou des étudiants) et confirmer que le consentement du client a été obtenu; inclure dans le dossier le nom et le titre de la personne qui a reçu l'affectation si cela est connu, et préciser le protocole du milieu de travail qui a été suivi pour affecter une tâche* » (norme de tenue des dossiers 3.5).

Dans ma pratique

Je travaille au sein de la communauté et je supervise également des aides-ergothérapeutes. Avant qu'une aide-ergothérapeute commence à fournir des soins à un client, je confirme que l'aide-ergothérapeute possède les compétences nécessaires pour réaliser les tâches affectées et j'indique ce qui suit dans le dossier du client : consentement obtenu du client; les buts de l'ergothérapeute seront mis en œuvre par l'aide-ergothérapeute; il y a un plan de supervision et de communication.

Une fois que l'aide-ergothérapeute a commencé à travailler avec le client, je documente la supervision continue de l'aide, y compris un examen de sa documentation et des progrès du client. Je documente également les réactions du client aux services fournis par l'aide, notamment ma réévaluation du client et la progression des buts établis. Ceci est communiqué à l'aide. Je consigne toute question ou préoccupation soulevée par l'aide et les recommandations que je lui fournis à ce sujet pour pouvoir en faire un suivi, comme communiquer avec le client ou réévaluer une tâche affectée.

Dans votre pratique

Quelle est la documentation minimale que vous devez faire au sujet de l'utilisation d'aides-ergothérapeutes et d'étudiants en ergothérapie?

- Obtention du consentement du client pour l'affectation de tâches ;
- Tâches qui ont été affectées ;
- Nom et titre de la personne qui fera les tâches ;
- Autres lignes directrices de l'organisme ;
- Autre :

6. Équipes interprofessionnelles

Les ergothérapeutes veulent savoir : La documentation d'une collaboration interprofessionnelle peut poser des défis. Qui signe les dossiers interdisciplinaires?

Attentes et facteurs à considérer

Un ergothérapeute signe pour sa partie des services afin de rendre compte des soins qu'il fournit. Les équipes interprofessionnelles permettent au client d'avoir un accès coordonné à une gamme de professionnels qui ont tous le but commun d'améliorer sa santé. La délimitation de parties particulières des services peut parfois être difficile à identifier dans le dossier clinique, spécialement si certains rôles se chevauchent. Si quelqu'un qui ne connaît pas trop l'équipe examinait la documentation partagée, est-ce que votre responsabilité pour les services d'ergothérapie serait bien claire?

Démarche axée sur les risques : Examinez votre pratique interprofessionnelle et les risques posés aux clients qui sont co-gérés par les membres de l'équipe interprofessionnelle. Consultez les politiques de l'organisme ou formulez une démarche acceptée par tous les membres de l'équipe qui identifie qui est responsable de quel service et quand les risques pour la sécurité ou autre doivent être documentés.

Les **Normes de tenue des dossiers** indiquent que « *lorsque des rôles et des responsabilités sont partagés avec d'autres professionnels ou se chevauchent et que des rapports combinés sont créés, identifier la partie du rapport pour laquelle l'ergothérapeute est responsable – si la délimitation n'est pas claire, l'ergothérapeute est responsable du rapport complet* » (norme de tenue des dossiers 4.3).

Les ergothérapeutes doivent « *apposer une signature pour chaque entrée après avoir vérifié que l'information est exacte et complète – la signature doit comprendre la désignation de l'auteur et son nom au complet ou l'initiale de son prénom et son nom de famille au complet, ou ses initiales, si le nom au complet est indiqué ailleurs ou est facilement accessible* » (norme de tenue des dossiers 4.1).

Dans ma pratique

Dans notre unité de soins actifs axés sur les AVC, je collabore typiquement avec la physiothérapeute pour faire des réévaluations de l'équilibre et de la mobilité. Nous avons l'habitude de diviser la documentation et seulement une d'entre nous consigne l'information détaillée. Lorsque c'est au tour de la physiothérapeute de consigner l'information détaillée, je co-signe l'information dans la documentation électronique. J'examine soigneusement le contenu des notes pour m'assurer qu'il est exact pour mes services, selon mon champ d'application, et qu'il est clairement indiqué quelle fournisseuse est responsable des différents aspects des services.

Dans ma pratique

En tant qu'ergothérapeute faisant partie d'une équipe mobile d'évaluation gériatrique, je rencontre les patients séparément des autres membres de l'équipe, y compris l'infirmière et le gériatre. Nos notes sont compilées dans un rapport détaillé et chacun d'entre nous appose sa signature sur le rapport et précise les aspects des services que nous fournissons. Pour indiquer clairement mon rôle lors de la rédaction du rapport, j'inclus l'information suivante :

- Où et quand j'ai rencontré le client et la durée de la visite ;

- *Comment le consentement a été obtenu et si d'autres fournisseurs de soins étaient impliqués ;*
- *Quelles évaluations ou enquêtes ont été réalisées ;*
- *Toute consultation ou information examinée pour réaliser mon analyse et dresser mon plan.*

De cette façon, tous les détails des services sont consignés dans le rapport, tout comme les aspects ergothérapeutiques pour lesquels j'assume la responsabilité.

Dans votre pratique

Quelles stratégies utilisez-vous dans votre documentation interprofessionnelle pour bien identifier votre responsabilité pour les services d'ergothérapie?

7. Cessation et transfert de services

Les ergothérapeutes veulent savoir : Comment puis-je documenter que des services ont cessé, même s'ils n'étaient pas achevés, si un client est renvoyé à la maison ou décède?

Que dois-je consigner si je transfère les soins d'un client au sein du même organisme?

Attentes et facteurs à considérer

Cessation imprévue des services

La santé peut fluctuer et est souvent imprévisible. Lorsque des événements inattendus se produisent, on essaie de refléter le statut des services d'ergothérapie de façon exacte et en temps opportun. Si vous n'avez plus accès au dossier d'un client, consultez un chef de service pour déterminer si un sommaire final est requis et comment il peut être fait.

Le dossier devrait montrer tout le continuum des services d'ergothérapie – du début à la fin. Il devrait être exact et complet. Selon les **Normes de tenue des dossiers**, lorsque des services cessent, le dossier doit « *inclure dans le dossier tous les détails pertinents lorsque les services sont transférés ou se terminent (par exemple, l'état et les commentaires du client, le transfert de la responsabilité, les ressources fournies ainsi que les recommandations et les demandes de services)* » (norme de tenue des dossiers 3.7).

Transfert de services

Une documentation exacte faite en temps opportun facilite une transition harmonieuse des services d'ergothérapie lors du transfert d'un patient. Ceci réduit aussi le risque de responsabilisation lors du transfert et permet à l'équipe qui reçoit le patient d'avoir l'information nécessaire en main et de gérer la sécurité et les soins du patient.

Lorsque vous vous demandez quelle information inclure dans les notes de transfert, mettez-vous à la place de l'équipe qui reçoit le patient et demandez-vous quelle est l'information pertinente que vous voudriez recevoir. Des renseignements cliniques, comme la source de l'acheminement, les buts atteints ou en suspens, les risques, les obstacles ainsi que les préférences du client sont de l'information importante pour faire un bon transfert.

Pensez aussi à tout autre détail visant le client qui serait utile pour les futurs fournisseurs afin qu'ils puissent continuer à offrir des soins sécuritaires et efficaces.

Dans ma pratique

Je traite des patients hospitalisés dans l'unité de cardiologie d'un hôpital communautaire. Il arrive parfois qu'un de mes clients soient renvoyé soudainement à la maison avant qu'un plan de renvoi soit dressé. Bien que la cessation imprévue de services ne puisse pas toujours être évitée, l'ergothérapeute peut jouer un rôle très important pour minimiser les perturbations et assurer le mieux-être continu de ses clients.

Par exemple, je peux réaliser une évaluation des activités quotidiennes et de l'équipement requis au domicile et faire toute documentation connexe un vendredi en planifiant de discuter de mes recommandations pour les soins communautaires et au domicile le lundi suivant, si le client y consent, afin d'amorcer la demande de services. Si le client est renvoyé à la maison au cours de la fin de semaine, je vais faire un suivi avec le client au téléphone pour discuter d'un acheminement des soins communautaires et au domicile, et de l'équipement recommandé.

Si le client consent à l'acheminement, je suivrai le processus de l'hôpital. J'inscrirai alors une note de renvoi dans le dossier de santé électronique du patient pour consigner toute cette information, comme la raison de la cessation des services d'ergothérapie, mes recommandations et la justification des services communautaires et de l'équipement recommandés, l'obtention du consentement du patient pour l'acheminement vers des services d'ergothérapie communautaires et la documentation sur cet acheminement.

Dans ma pratique

En tant qu'ergothérapeute travaillant dans la communauté, je traite des adultes plus âgés qui peuvent être admis à l'hôpital durant la prestation de mes services. Je suis le protocole en documentant la raison de la cessation des services, le statut des buts établis et le fait que je ne fournis plus de services à ce client. Ceci permet de documenter clairement le statut des services.

Dans votre pratique

Quels détails indiquez-vous dans vos notes de renvoi/transfert pour assurer une cessation sécuritaire et harmonieuse de vos services d'ergothérapie? Cochez toutes les réponses applicables.

- Statut du client (comme les buts atteints et en suspens) ;
- Transfert de la responsabilité (comme le service qui s'occupera maintenant du client) ;
- Recommandations/acheminements et ressources fournis ;
- Obstacles aux progrès ou risques pour la sécurité ;
- Préférences/commentaires du client ;
- Autre :

Section C: Protection de la vie privée, confidentialité et accès

1. Lois sur la protection de la vie privée

Les ergothérapeutes veulent savoir : Quelles lois sur la protection de la vie privée s'appliquent à ma pratique d'ergothérapie?

Attentes et facteurs à considérer

Les mesures associées à la protection de la vie privée en ergothérapie en Ontario sont orientées par des lois, des normes de l'Ordre, des politiques organisationnelles, des décisions rendues par le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario et la jurisprudence des tribunaux.

Il y a trois principales lois sur la protection de la vie privée qui peuvent s'appliquer à l'exercice de l'ergothérapie :

1. *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé ;*
2. *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques ;*
3. *Loi sur la protection des renseignements personnels.*

Les services fournis dans des communautés autochtones ou à des clients autochtones peuvent être sujets à des lois, traditions ou règles additionnelles, selon le peuple applicable (Premières Nations, Inuits ou Métis).

La loi qui s'applique dépendra de ce qui suit :

- (1) si les services fournis (comme des évaluations au lieu de travail ou des évaluations indépendantes) sont liés ou non aux soins de santé ; et
- (2) le type d'organisme qui finance ou fournit les services (gouvernement municipal, provincial ou fédéral, services offerts aux communautés autochtones).

Chaque loi est discutée dans le document *Les lois sur la protection de la vie privée et l'exercice de l'ergothérapie*. Consultez ce document pour savoir quelles lois s'appliquent à votre propre pratique.

Dans ma pratique

Je suis une ergothérapeute et gestionnaire de cas qui coordonne des services de santé au domicile de clients et dans la communauté. Notre organisme est le dépositaire des renseignements sur la santé. Nous travaillons avec des ergothérapeutes d'autres organismes sous contrat, qui agissent comme mandataires du dépositaire de renseignements sur la santé, pour fournir des services directs à nos clients dans la communauté.

Nos fournisseurs de services, comme les ergothérapeutes, utilisent des formulaires standardisés pour discuter de tous les aspects du processus d'obtention du consentement avec les clients. Nous agissons ainsi pour nous assurer que le consentement obtenu est valide, conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé. En tant que dépositaire de renseignements sur la santé, l'organisme gère le dossier des clients et je dois veiller à ce que tous les dossiers et autres renseignements personnels sur la santé des clients soient retournés à l'organisme lorsqu'il y a cessation de services. Les fournisseurs ne sont pas responsables de l'entreposage à long terme des renseignements personnels sur la santé.

Dans votre pratique

Quelles lois sur la protection de la vie privée s'appliquent à votre pratique? Cochez toutes les réponses applicables.

- *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé ;*
- *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques ;*
- *Loi sur la protection des renseignements personnels ;*
- *Autre :*
- *Incertain(e) (consultez le document Les lois sur la protection de la vie privée et l'exercice de l'ergothérapie sous l'onglet Ressources).*

2. Dépositaires et mandataires de renseignements sur la santé

Les ergothérapeutes veulent savoir : Quelle est la différence entre un dépositaire de renseignements sur la santé et un mandataire du dépositaire?

Pourquoi cette différence est-elle importante?

Attentes et facteurs à considérer

La plupart des ergothérapeutes en Ontario doivent se conformer à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS). Cette loi ontarienne énonce les règles qui doivent être suivies par les dépositaires de renseignements sur la santé lors de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de renseignements personnels sur la santé pour des activités liées à la santé.

Dépositaires de renseignements sur la santé

La LPRPS précise les responsabilités des dépositaires de renseignements sur la santé, qui sont :

- protéger les renseignements sur la santé ;
- obtenir le consentement pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements ;
- répondre aux demandes de transmission de ces renseignements à un tiers ;
- faciliter le droit d'accès du client aux renseignements et à la correction de son dossier.

Un dépositaire de renseignements sur la santé est défini comme une personne ou un organisme qui, en vertu de la LPRPS, « a la garde ou le contrôle de renseignements personnels sur la santé » en raison de son rôle ou de ses responsabilités professionnelles.

Les ergothérapeutes sont les dépositaires de renseignements sur la santé lorsqu'il s'agit des dossiers de santé générés dans le cadre de leur pratique indépendante. Toutefois, lorsque les ergothérapeutes sont des employés ou des travailleurs sous contrat d'un organisme, comme un hôpital, un établissement de soins de longue durée ou une équipe de santé familiale, l'organisme est généralement le dépositaire. Si l'ergothérapeute travaille dans une pratique de groupe, le groupe pourrait être le dépositaire.

Mandataires

Un « mandataire » est une personne autorisée à fournir des services ou à réaliser des activités au nom d'un dépositaire de renseignements sur la santé. Le mandataire peut être une personne ou un organisme qui est sous contrat, un employé, un étudiant ou un bénévole du dépositaire.

Un mandataire doit se conformer aux politiques du dépositaire concernant l'entreposage, la sécurisation, la rétention et la destruction de renseignements sur la santé ainsi que les demandes d'accès et de correction du dossier de santé.

Par exemple, un mandataire pourrait être un ergothérapeute travaillant sous contrat pour un établissement de soins de longue durée qui est le dépositaire des renseignements sur la santé. L'ergothérapeute doit se conformer à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et suivre les pratiques de l'établissement concernant les renseignements sur la santé.

Pourquoi la différence entre dépositaire et mandataire est-elle importante? L'ergothérapeute doit déterminer qui est le dépositaire dans le cadre de son travail. Le dépositaire de renseignements sur la santé est responsable des renseignements personnels sur la santé qui sont sous son contrôle et des actions de ses mandataires. Vous trouverez plus d'information sur les responsabilités de chacun dans le document *Les lois sur la protection de la vie privée et l'exercice de l'ergothérapie*, disponible sous l'onglet Ressources.

Dans ma pratique

Je suis un ergothérapeute autonome travaillant sous contrat pour une agence afin de fournir des services d'ergothérapie dans la communauté. L'agence est le dépositaire de renseignements sur la santé. Je suis son mandataire et je me conforme à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé ainsi qu'aux politiques de l'agence.

Je sais que je dois aviser l'agence si des renseignements personnels sur la santé de mes clients sont volés, perdus ou consultés par des personnes non autorisées. Je prends les mesures nécessaires pour aviser l'agence si je reçois une demande d'accès ou de correction des renseignements personnels sur la santé. Une fois que je cesse de fournir des services à un client, je suis les politiques du dépositaire, en tant que son mandataire, en retournant tous les renseignements personnels sur la santé du client à l'agence.

Dans ma pratique

Je travaille comme ergothérapeute dans un programme de thérapie de la main de l'hôpital local. Puisque mes services sont offerts au nom de l'hôpital (le dépositaire), je suis considéré comme son mandataire. L'hôpital établit les politiques organisationnelles en matière de protection de la vie privée et je suis responsable de connaître et de respecter ces politiques. Je dois, par exemple, savoir quoi faire s'il y a une violation de la vie privée, comme si des renseignements personnels sur la santé d'un client sont partagés par accident.

Dans votre pratique

Jouez-vous le rôle suivant? Cochez une réponse.

- Dépositaire de renseignements personnels sur la santé ;
- Mandataire du dépositaire ;
- Les deux ;
- Ni l'un ni l'autre ;
- Incertain(e) (consultez le document *Les lois sur la protection de la vie privée et l'exercice de l'ergothérapie*).

3. Cercle de soins et consentement implicite

Les ergothérapeutes veulent savoir : Quand le « cercle de soins » s'applique-t-il?

Attentes et facteurs à considérer

Le « cercle de soins » n'est pas défini dans la législation, mais on s'entend pour dire qu'il comprend des situations où le dépositaire de renseignements sur la santé et ses mandataires peuvent assumer qu'ils ont le consentement implicite du client de recueillir, utiliser et divulguer ses renseignements personnels sur la santé à un autre dépositaire ou mandataire afin de lui fournir des soins de santé.

Ceci se produit souvent dans des cas où l'ergothérapeute collabore avec une équipe interprofessionnelle, comme dans des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée ou des services fournis au domicile ou dans la communauté.

Toutefois, le consentement implicite peut également s'appliquer au partage de renseignements personnels sur la santé d'un client avec des fournisseurs de soins de santé externes. Par exemple, un ergothérapeute peut partager des renseignements sur la santé d'un client avec d'autres fournisseurs de soins dans la communauté qui fournissent leurs services au même client, comme un médecin de famille.

Les dépositaires de renseignements sur la santé peuvent assumer qu'ils ont le consentement implicite d'un client de recueillir, utiliser ou divulguer ses renseignements personnels sur la santé à d'autres fournisseurs de soins de santé directs qui sont des dépositaires, à moins que le client l'ait avisé autrement.

La capacité de partager des renseignements au sein du cercle de soins ne s'applique pas si le consentement du client est retiré ou refusé. Dans ce cas, l'obtention d'un consentement exprès serait requise pour toute collecte, utilisation et divulgation ultérieure de renseignements sur la santé du client.

Avant de divulguer des renseignements obtenus d'un client, l'ergothérapeute devrait se demander si l'autre fournisseur de services fait partie du cercle de soins du client. Les employeurs, les compagnies d'assurance, les établissements d'enseignement et les banques sont des exemples de tiers qui ne font pas partie du cercle de soins et pour lesquels il faut obtenir un consentement exprès, sauf si cela est autrement permis ou requis par la loi.

Dans ma pratique

Dans ma pratique d'ergothérapie, mes clients ont typiquement plusieurs personnes qui font partie de leur cercle de soins, ou qui peuvent se considérer comme faisant partie du cercle de soins (CSPAAT). Lors du processus d'obtention du consentement, je documente le consentement du client à ce que je partage ses renseignements avec d'autres personnes impliquées, comme des vendeurs et des préposés aux services de soutien à la personne. Bien que le médecin de famille soit généralement perçu comme faisant partie du cercle de soins, j'ai l'habitude de documenter le type de renseignements que je peux partager avec le médecin, comme l'aptitude à conduire ou d'autres préoccupations ou commentaires en matière de sécurité, y compris lorsqu'il n'y a pas de risque imminent.

Dans votre pratique

Lorsque je fournis des services à un client, les gens qui peuvent faire partie du « cercle de soins » comprennent :

- Équipe interprofessionnelle affectée au client ;
- Source de la demande de services ;
- Famille/soignant ;
- Fournisseurs de soins externes actuels ;
- Autre :

4. Verrouillage de l'information

Les ergothérapeutes veulent savoir : Que se passe-t-il si un client me demande de ne pas divulguer certains renseignements à un autre fournisseur?

Attentes et facteurs à considérer

Vous pouvez consigner ces renseignements séparément et de façon sécuritaire. Une « directive en matière de consentement » (verrouillage de l'information) est un terme utilisé dans la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* pour décrire une situation dans le cadre de laquelle un client demande expressément que certains renseignements ne soient pas divulgués à une autre personne qui lui fournit des soins de santé.

Lorsqu'un client demande à ce que des renseignements cliniques ne soient pas partagés avec un autre fournisseur de soins de santé couvert par le même dépositaire de renseignements sur la santé, on parle d'une « utilisation restreinte ». Lorsqu'un client veut empêcher la divulgation de renseignements sur la santé à des fournisseurs de soins de santé externes (autres dépositaires de renseignements sur la santé), on parle d'une « divulgation restreinte ».

Dans des situations où de l'information verrouillée ne peut pas être divulguée à un autre fournisseur de soins de santé, mais que l'ergothérapeute croit que la divulgation de cette information est raisonnablement nécessaire pour fournir des services à un client, l'ergothérapeute doit aviser l'autre fournisseur que des renseignements sont verrouillés. Ces renseignements verrouillés ne peuvent pas être partagés avec le fournisseur.

Les renseignements visés par une directive en matière de consentement peuvent toutefois être divulgués si l'ergothérapeute a des motifs raisonnables de croire que cette divulgation est nécessaire pour réduire ou éliminer un risque important de préjudice à une personne ou un groupe de personnes. Expliquez au client pourquoi l'information est partagée, sauf si ceci pose un risque important de préjudice grave à la santé ou la sécurité du client ou d'autres personnes.

Pourquoi ceci est-il important? Les ergothérapeutes qui travaillent pour un dépositaire de renseignements sur la santé devraient confirmer avec l'organisme le processus pour mettre en œuvre une directive en matière de consentement. Les ergothérapeutes en pratique indépendante devraient établir d'avance des politiques et procédures pour traiter ces demandes lorsqu'elles sont faites. Vous trouverez plus de renseignements sur le verrouillage de l'information dans le document Les lois sur la protection de la vie privée et l'exercice de l'ergothérapie.

Dans ma pratique

Je suis une ergothérapeute traitant des patients hospitalisés dans une unité de santé mentale. Je fais principalement de la thérapie de groupe mais je rencontre parfois des patients individuellement pour leur fournir une thérapie de soutien ou les préparer à leur retour au domicile.

Au cours d'une rencontre, un patient me divulgue des renseignements sensibles sur son passé. Vers la fin de la conversation, le patient me demande de ne pas partager cette information avec les autres membres de l'équipe. Dans mes notes, j'inscris : « L'ergothérapeute indique que certains renseignements ne sont pas divulgués, à la demande du patient, conformément à la politique de l'organisme. » Notre système de dossier électronique a une option pour consigner des renseignements protégés. Auparavant, ceci était consigné dans un dossier papier séparé et entreposé de façon sécuritaire.

Dans votre pratique

Quelles mesures prendriez-vous si un client vous demandait de ne pas divulguer certains renseignements au reste de l'équipe de soins?

5. Sécurité des dossiers

Les ergothérapeutes veulent savoir : Comment puis-je assurer la sécurité des dossiers au travail et à la maison?

Attentes et facteurs à considérer

Si vous avez accès aux dossiers de vos clients à distance, comme dans le cas d'un ergothérapeute indépendant sous contrat ou travaillant de façon autonome, vous devez « *utiliser des mesures de contrôle pour entreposer les dossiers en toute sécurité (comme des classeurs verrouillés, un accès limité au bureau, un protocole de fermeture de session après utilisation et des mots de passe sécurisés)* » (norme de tenue des dossiers 7.1).

Si vous travaillez pour un organisme, vérifiez sa politique concernant l'accès aux dossiers hors du lieu de travail.

Consultez la *Feuille-info sur la protection de la vie privée : Le télétravail* du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario (voir la liste de ressources).

Dans ma pratique

Je travaille dans la communauté où je supervise une équipe d'ergothérapeutes qui ont leur bureau à la maison. Notre compagnie entrepose principalement les dossiers des clients sur une plateforme électronique réservée à cette fin. Mais nous gardons aussi un peu de documentation sur papier, comme les documents originaux qui ont été scannés et versés dans le dossier électronique, des notes écrites sur des séances, des documents avec des signatures faites à la main ou des assignations consignées sur papier.

Nos ordinateurs portables exigent l'utilisation d'un mot de passe sécurisé pour avoir accès aux dossiers électroniques entreposés dans un réseau privé virtuel. Nous devons tous verrouiller notre portable lorsque nous ne sommes pas devant notre bureau et ces portables se verrouillent automatiquement après une courte période d'inactivité.

Lorsque je fournis une orientation à de nouveaux membres du personnel, je leur donne de l'information sur diverses stratégies pour maximiser la sécurité des dossiers de leurs clients, notamment concernant le fait que personne ne doit avoir accès ou visionner l'écran de leur ordinateur ou téléphone lorsqu'ils visitent des clients dans la communauté. Je leur conseille d'apporter seulement des documents essentiels et d'éviter d'avoir avec eux ou de laisser dans leur véhicule le dossier entier de clients.

Chaque ergothérapeute doit entreposer la documentation papier dans des classeurs verrouillés dans leur bureau à la maison et toute documentation papier qui n'est pas nécessaire et qui renferme des renseignements sur des clients doit être détruite de façon appropriée, et non pas seulement placée dans un bac de récupération. Lors de la cessation de services à un client, l'ergothérapeute doit utiliser un service de messagerie pour envoyer les dossiers physiques au lieu d'entreposage sécurisé de la compagnie. Ceci permet de limiter le nombre de dossiers qui sont gardés au bureau du domicile.

Dans votre pratique

Quel(le)s mesures/processus utilisez-vous pour assurer la sécurité des dossiers?

- Classeur verrouillé ;
- Utilisation de chiffrement et mot de passe ;
- Réseau Wi-Fi sécurisé ;
- Logiciel de sécurité à jour ;
- Processus sécuritaire de destruction du matériel électronique et papier ;
- Dispositif sécuritaire quand les dossiers ne sont pas utilisés ou sont laissés sans surveillance ;
- Pas de travail dans des lieux publics pour éviter l'écoute illicite ou la perte/le vol de matériel ;
- Autre :



Sommaire

Vous êtes rendu à la fin du module sur *La tenue des dossiers – bien plus qu'une simple prise de notes*. Nous espérons que vous avez trouvé cet outil d'apprentissage utile et que vous pourrez appliquer ces connaissances et ces exemples dans votre pratique.

Merci !

Ressources de l'Ordre et autres ressources

Compétences

[Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada](#)

Normes et ressources de l'Ordre

[Code de déontologie](#)

[Normes de tenue des dossiers](#)

[Outil d'évaluation de la tenue des dossiers](#)

[Les lois sur la protection de la vie privée et l'exercice de l'ergothérapie](#)

[La Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé : Un guide pour les professionnels de la santé réglementés \(en anglais seulement\)](#)

[La culture, l'équité et la justice dans l'exercice de l'ergothérapie](#)

Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario

[La communication de renseignements personnels sur la santé par courriel](#)

[Feuille-info sur la protection de la vie privée : Le télétravail](#)

References

Beach, J. & Oates, J. (2014). Maintaining best practice in record-keeping and documentation. Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing, 28(36), 45-50. <https://doi.org/10.7748/ns2014.05.28.36.45.e8835>

Khumalo, A. C. & Kane, B. T. (2022). Perspectives on record-keeping practices in MDT meetings and meeting record utility. International Journal of Medical Informatics, 161, 104711. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104711>

MacLachlan, J. & Grenier, M.L. (April 2022). Accounting for our words: Anti-oppressive documentation in occupational therapy practice. Occupational Therapy Now, 25(2), 27-30. https://caot.ca/document/7758/OT%20Now_Mar_22.pdf#page=27

Davenport, T., Hongsermeier, T.M. & Alba Mc Cord. (December 13, 2018). Using AI to Improve Electronic Health Records. Harvard Business Review Using AI to Improve Electronic Health Records (hbr.org)

Pourasghar F., Malekafzali, H., Kazemi, A., Ellenius, J & Fors, U. (April 2008) What they fill in today, may not be useful tomorrow: Lessons learned from studying Medical Records at the Women's hospital in Tabriz, Iran. BioMed Central Public Health

Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
20, rue Bay, bureau 900, C.P. 78, Toronto ON M5J 2N8
Tél. : 416 214-1177 • 1 800 890-6570 Téléc. : 416 214-1173
www.coto.org

L'information contenue dans ce document est la propriété de l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario et ne peut pas être reproduite, en totalité ou en partie, sans une permission écrite.

© Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario, 2020
Tous droits réservés.