

**LA TENUE & LE CONTENU DU DOSSIER
PATIENT EN OSTÉOPATHIE :
État des lieux et Recommandations**

**ROBINE
JULIE**

**PROMOTION 4
Année 2012-2013**

*"On dit que le temps change les choses,
mais en fait le temps ne fait que passer et nous devons
changer les choses nous-mêmes."*

Andy Warhol

Remerciements

*Merci à Stéphane Bastien
pour m'avoir aidé à mettre en œuvre ce projet,*

*à Jean-François Terramorsi et l'ensemble de l'équipe enseignante
pour leur sympathie, leur disponibilité, leurs idées et conseils,*

*à Messieurs Michel Sala, Patrice Stern, Éric Parein, Jean-Marie Grappin
pour leur avis d'expert,*

*à Pascale Gosselin
pour sa gentillesse, sa réactivité et ses conseils avisés en méthodologie,*

à tous les ostéopathes qui ont participé à mes recherches,

*et enfin à Johanna Doron et Amandine Lebrun
pour leur présence...*

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	6
2. PROBLÉMATIQUE	7
2.1. OSTÉOPATHIE EN FRANCE, UN CADRE LÉGAL BALBUTIANT	7
2.1.1. La reconnaissance des ostéopathes exclusifs	7
2.1.2. Une situation juridique particulière	8
2.1.3. Absence d'ordre professionnel spécifique	9
2.2. LE DOSSIER DU PATIENT EN OSTÉOPATHIE	10
2.2.1. Définition du dossier patient	10
2.2.2. Réglementations sur la tenue du dossier patient en ostéopathie	12
2.2.2.1. Obligations vis-à-vis de la législation générale	12
2.2.2.2. Obligations vis-à-vis des organisations nationales ostéopathiques	12
2.2.2.3. Obligations vis-à-vis des assurances professionnelles	14
3. BUTS DE L'ÉTUDE	15
4. MATÉRIELS ET MÉTHODES	15
4.1. MATÉRIELS	15
4.2. MÉTHODE ET RÉSULTATS DE L'ANALYSE LITTÉRAIRE	15
4.2.1. Méthode: la documentation retenue	15
4.2.2. Résultats de l'analyse littéraire	16
4.2.2.1. Contenu du dossier	16
4.2.2.2. Tenue du dossier	20
4.2.2.3. Communication du dossier du patient	22
4.2.2.4. Conservation du dossier du patient	25
4.3. METHODES ET RESULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA SENSIBILISATION DES OSTÉOPATHES AU SUJET DE LA TENUE DES DOSSIERS EN OSTÉOPATHIE	27
4.3.1. Le questionnaire en ligne	27
4.3.1.1 Méthode	27
4.3.1.2 Résultats et Analyse du questionnaire en ligne	28
4.3.2. L'auto-évaluation de la qualité de tenue des dossiers en ostéopathie	32
4.3.2.1. La méthode d'évaluation	32
4.3.2.2. Le choix des critères	33
4.3.2.3. Le choix du type d'étude et de la méthode de mesure	38
4.3.2.4. L'initialisation de l'étude	38
4.3.2.5. Le recueil des données et la mesure	38
4.3.2.6. Résultats et Analyse de l'auto-évaluation	39
5. DISCUSSION	41
6. RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER PATIENT EN OSTÉOPATHIE	41
6.1. LA TENUE DU DOSSIER PATIENT EN OSTÉOPATHIE	41
6.2. LE CONTENU DU DOSSIER PATIENT EN OSTÉOPATHIE	43
6.2.1. Les coordonnées administratives du patient	44
6.2.2. L'état de santé du patient et ses habitudes de vie	44
6.2.3. Les pièces consultées	49
6.2.4. La tracabilité des choix thérapeutiques et des soins	49
7. CONCLUSION	51
8. BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXE 1	54

ANNEXE 2	55
ANNEXE 3	58
ANNEXE 3.1	59
ANNEXE 4	63
ANNEXE 5	64
ANNEXE 6	65
ANNEXE 7	66
ANNEXE 8	71
ANNEXE 9	72
ANNEXE 10	75
ANNEXE 11	81

1. INTRODUCTION

La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en ostéopathie a été rendue obligatoire par le Code de déontologie des organisations nationales ostéopathiques. Cependant, les ostéopathes ne disposent jusqu'ici d'aucunes données évaluées ni de recommandations sur la tenue de leur dossier. Que ce soit les organisations nationales représentatives ou la Haute Autorité de Santé (HAS) chargée depuis 2002 d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques pour l'ostéopathie, aucune donnée n'est formulée concernant ce sujet.

Depuis la loi du 4 mars 2002, le principe de l'accès direct du patient aux informations concernant sa santé a été posé pour tous les professionnels de santé, supposant l'existence d'un dossier. D'après la quatrième partie du Code de la santé publique (CSP), les ostéopathes exclusifs ne sont pas reconnus en tant que professionnels de santé [22]. Les règles de ce Code ne leur sont donc pas applicables. Cependant, en cas de litige, on a toute raison de penser que la jurisprudence voudrait se saisir de toutes les informations en la possession de l'ostéopathe : la tenue d'un dossier correct serait un outil indispensable pour sa défense.

Lors de notre enseignement à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (IFSOR), des cours de sémiologie médicale sont dispensés pour nous sensibiliser sur l'importance d'une bonne anamnèse. En effet, en tant que thérapeute de première intention, il est de notre responsabilité de décider de prendre en charge ou non un patient. Cette place nous impose une certaine rigueur de diagnostic avec des arguments qui doivent être référencés dans un dossier qui pourra nous être demandé en cas de mise en cause de notre responsabilité. Dans le cadre de la formation, l'IFSOR demande à ce que nous réalisions des stages d'observation clinique chez des ostéopathes diplômés (D.O). Ceux-ci m'ont permis de constater que les pratiques des professionnels étaient quelque peu différentes des consignes que l'on nous avait données. Chacun a sa façon de tenir ses dossiers : certains posent un listing de questions systématiques, d'autres posent très peu de questions et passent très vite au soin, certains notent beaucoup d'informations dans leur dossier, d'autres quasiment rien... Cela n'enlève a priori rien à la qualité des soins de chacun mais, très vite, cette différence entre ce qu'on nous avait enseigné et ce qui se pratiquait m'a interpellé.

Par ce Travail d'Étude et de Recherche (TER), j'ai cherché à comprendre pourquoi cette différence et tenté d'apporter des recommandations concernant la tenue et le contenu du dossier ostéopathique en faisant une synthèse des règles actuellement applicables sur le sujet en France. L'objectif de ces recommandations n'est pas d'amener une contrainte à la pratique de l'ostéopathie. Ce TER souhaite définir une base légale aux ostéopathes qui pourra leur servir dans leur exercice quotidien mais aussi en cas de mise en cause de leur responsabilité.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. OSTÉOPATHIE EN FRANCE, UN CADRE LEGAL BALBUTIANT

Avant de commencer ce travail de recherche, il convient de définir les relations complexes qui existent à l'heure actuelle entre ostéopathie et droit en France [14]. Ce chapitre paraît indispensable pour rendre compte du cadre dans lequel la profession d'ostéopathe s'organise, dans lequel toutes ces recommandations vont être édictées mais aussi de tout l'intérêt auquel elles pourraient prétendre.

2.1.1. La reconnaissance des ostéopathes exclusifs

Depuis 2008, la création des fichiers ADELI¹ pour les ostéopathes a permis de les recenser. L'ostéopathie est aujourd'hui une activité de soins exercée par :

- D'une part, des professionnels de santé reconnus comme tels, qui exercent l'ostéopathie. Ils relèvent du Code de la santé publique, et bénéficient d'une reconnaissance légale, non pour leur exercice de l'ostéopathie, mais en relation avec leur statut initial ;
- Et d'autre part, des ostéopathes dits "exclusifs", c'est à dire sans autre statut professionnel. Ils ne figurent pas au Code de la santé publique, et sont donc, par défaut, régis par le Code de la consommation.

Une certaine reconnaissance légale des ostéopathes exclusifs est amorcée avec la loi n°2002-303, appliquée par les décrets et arrêtés de 2007 [22]. Ces textes n'inscrivent pas l'ostéopathe exclusif au Code de la santé publique ni ne lui donnent le statut d'une profession de santé indépendante et autonome, mais ils posent les bases d'une profession réglementée :

- Par un titre (art 75, loi n°2002-303²). Le législateur prévoit que "*l'usage du titre d'ostéopathe (...) [soit] réservé aux personnes titulaires d'un diplôme (...)*" ainsi qu' "*aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par l'autorité administrative*".

- Ce titre donne le droit à l'ostéopathe exclusif d'exercer sous certaines conditions et avec certaines restrictions (décret n°2007-435³, consultable en annexe 1).

- Cette reconnaissance demeure sous contrôle étatique par un système d'agrément, soumis à autorisation, des établissements de formation (décret n°2007-437 et arrêté du 25 mars 2007⁴).

- Comme les médecins, les ostéopathes doivent suivre et respecter un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques pour les actes qu'ils effectuent. Ces recommandations sont élaborées, validées par la HAS et figurent ensuite dans le programme de l'enseignement fait dans les établissements agréés (art 75 de la loi n°2002-303, décret n°2007-435). Ces recommandations sont "opposables" à l'ostéopathe.

- Enfin, les soins ostéopathiques, quel que soit le statut exclusif ou non de celui qui les dispense, sont remboursés par certaines mutuelles depuis 2002.

¹ Répertoire ADELI : système d'information national sur les professionnels relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale, et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe.

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - article 75.

³ Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

⁴ Décret n°2007-437 et Arrêté du 25 mars 2007 relatifs à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires.

Nous voyons ici que la reconnaissance légale de la profession d'ostéopathe exclusif n'est pas pleinement celle d'un professionnel de santé.

2.1.2. Une situation juridique particulière

Cette reconnaissance balbutiante place les ostéopathes exclusifs dans une situation juridique particulière.

Dans le cadre de sa profession, un ostéopathe peut être mis en cause devant l'ordre administratif, dont les juridictions ont pour fonction de juger les litiges qui mettent en cause l'administration. Un ostéopathe peut également être mis en cause devant l'ordre judiciaire où il est surtout concerné par :

- une juridiction pénale (cela peut arriver lorsqu'il y a décès ou de très lourdes séquelles et que l'ostéopathe fait l'objet d'une agressivité particulière de la part de la famille et de son conseil) : l'ostéopathe est entendu comme "témoin assisté" voire mis en examen par un juge d'instruction ; il doit être assisté par un avocat.

- une juridiction civile (chambre des référés d'un Tribunal de Grande Instance); l'ostéopathe doit être assisté par un avocat.

C'est le juge qui exerce son pouvoir de juger dans les deux fonctions, administrative et judiciaire [16].

Ainsi, le juge, quelque soit son ordre, est face à une réalité, les faits ou "cas d'espèces" qui lui sont soumis dans les affaires qu'il a à traiter, impliquant des ostéopathes exclusifs dans le cadre de leur vie professionnelle. Mais le juge est et sera toujours en partie démuné face aux affaires impliquant des ostéopathes exclusifs tant que ceux-ci ne disposeront pas d'une identification légale plus claire. Le juge ne dispose en effet que partiellement des instruments dont il a besoin pour interpréter la loi, l'appliquer aux faits et rendre son jugement :

- Le juge peut s'aider de la base légale déjà amorcée mais limitée au contrôle étatique (cf. supra 2.1.1). Il peut interpréter facilement la loi si l'ostéopathe est un professionnel de santé en se référant au CSP mais cette interprétation n'est pas applicable dans le cas d'un ostéopathe exclusif qui est absent de ce Code. Prenons comme exemple, le régime de responsabilité en cas d'acte préjudiciable. Celui-ci est différent que l'ostéopathe soit aussi professionnel de santé ou ostéopathe "exclusif" : dans le cas d'un ostéopathe exclusif, il s'agit plutôt d'une relation entre un "commerçant", l'ostéopathe, et son "client", le patient, qui n'est pas satisfait de la prestation de services qui lui a été faite, l'acte de soin ostéopathique. Cette situation place le juge dans une difficulté d'interprétation du droit, une confusion et une incohérence en fonction du statut de l'ostéopathe auquel il est soumis.

- Le juge peut aussi s'aider en commettant un expert en cours de procédure. Depuis janvier 2012 seulement, les ostéopathes dit "exclusifs" sont inscrits auprès des tribunaux à la rubrique F-8 (F : Santé, F8 : sages-femmes et auxiliaires médicaux, F.8.2 : auxiliaires réglementés - ostéopathe). Du point de vue des tribunaux, un ostéopathe "exclusif" peut maintenant être amené à expertiser un dommage en ostéopathie. Le juge peut ainsi faire appel à un ostéopathe exclusif mais faut-il encore qu'il ait connaissance de l'ostéopathie exclusive. Il a essentiellement à sa disposition la liste d'experts-professionnels de santé reconnus par le CSP disponible auprès de la cour d'appel. Le risque est de disposer d'un expert non "éclairé" n'ayant pas pleine

connaissance des principes et techniques spécifiques de l'ostéopathie⁵ qui vont au delà des simples définitions "figées" que l'on retrouve dans la littérature médicale.

Aujourd'hui, le juge n'a donc à sa disposition qu'une base légale insuffisante et un système d'expertise défaillant pour rendre son jugement. Depuis la loi de 2002 et ses décrets qui réglementent la profession d'ostéopathe exclusif, il n'y a eu que des affaires pour exercice illégal de la médecine concernant des ostéopathes exclusifs ne satisfaisant pas aux conditions du décret n°2007-435 leur donnant le titre, ou des affaires pour agressions sexuelles [14]. Aucun litige incriminant un ostéopathe exclusif pour ses soins, et donc faute professionnelle, n'est relevé pour le moment. Il est pourtant très probable que cela arrive, ce d'autant que d'une part la profession d'ostéopathe est réglementée, et que d'autre part, il semblerait naturel que le vent de procédures juridiques intentées par les patients qui souffle sur la profession médicale arrive sur l'ostéopathie tôt ou tard.

N.B : Il semble intéressant de noter que ce problème n'est pas spécifique à la France [14]. L'ostéopathie existe dans le monde entier avec une reconnaissance légale différente, et en particulier dans l'Union Européenne. Le Parlement européen a adopté une résolution le 29 mai 1997⁶ qui définit le statut de médecine non conventionnelle, dont l'ostéopathie fait partie, comme une discipline originale qui ne peut être associée à aucune profession déjà structurée. L'autonomie des ostéopathes est reconnue aussi au sein de la Fédération européenne des ostéopathes⁷. En Grande-Bretagne, l'ostéopathie exclusive a été reconnue comme une discipline clinique au même titre que la médecine et la dentisterie. En conséquence, l'évolution du droit communautaire sur le sujet et les expériences étrangères mettent en évidence la position "particulière" du corpus légal français. Il est à espérer que des solutions soient envisagées dans un futur proche.

2.1.3. Absence d'ordre professionnel spécifique

Cette illisibilité pour le juge est accrue par l'absence d'ordre professionnel spécifique, autonome et indépendant pour les ostéopathes exclusifs. L'existence d'un ordre professionnel va de pair avec la reconnaissance légale d'une profession : un ordre professionnel est une personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public, constituée par une loi qui définit sa fonction publique et par un décret d'application pris en Conseil d'Etat qui lui donne son statut⁸. L'inscription à l'ordre est une obligation pour le professionnel qui souhaite exercer.

Aujourd'hui, il n'existe pas d'ordre des ostéopathes exclusifs reconnu par la loi. Depuis 1952, de multiples associations, syndicats et registres se sont formés pour tenter de rassembler les ostéopathes exclusifs et de défendre des intérêts communs. Le Registre de Ostéopathes de France (ROF) et le Syndicat français des ostéopathes (SFDO) sont reconnus par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) depuis 2010

⁵ Exemple : les mots *manipulations* et *mobilisations* sont utilisés dans l'article 1 du décret n°2007-435. Seule l'expertise de l'ostéopathe peut éclairer la différence entre ces deux techniques de soins en les replaçant dans sa pratique de soins.

⁶ Résolution européenne A4-0077/97 du 27 mai 1997 relative aux médecines non conventionnelles.

⁷ Association qui regroupe huit Etats membres de l'Europe, et dont le rôle est d'harmoniser la formation et la pratique de l'ostéopathie en Europe et d'agir auprès des différentes institutions européennes pour que la profession d'ostéopathe soit réglementée le plus uniformément possible dans chaque Etat européen.

⁸ Décision Bouguen du Conseil d'Etat du 2 avril 1943 à l'égard des ordres professionnels, et articles L.4125-1 et L.4321-19 du Code de la santé publique.

comme interlocuteurs privilégiés en France⁹. Quatre associations ou syndicats sont reconnus comme interlocuteurs officiels des pouvoirs publics pour représenter les ostéopathes exclusifs : le SFDO, l'UFOF (Union Fédérale des Ostéopathes de France), le SNOF (Syndicat National des Ostéopathes de France) et l'AFO (Association Française d'Ostéopathie). Il semblerait que ces quatre "organisations" pourraient peu à peu se structurer à la manière d'un ordre professionnel en attendant d'en avoir une reconnaissance légale.

En attendant, les objectifs de ces "organisations" diverses sont les mêmes, au-delà de la forme adoptée, et recourent les préoccupations d'un ordre professionnel :

- Elaborer un Code de déontologie ;
- Edicter des recommandations de bonnes pratiques, dans une collaboration avec la HAS ;
- Veiller à la qualité de la formation ;
- Porter et favoriser une recherche propre à l'ostéopathie.

Nous voyons ici que la situation juridique des ostéopathes exclusifs n'est pas clairement définie. Le juge se trouve face à des ostéopathes exclusifs dont il ne comprend pas forcément en quoi ils diffèrent des professionnels de santé exerçant aussi l'ostéopathie. Tout cela, dans un contexte d'amorce de reconnaissance légale pour les ostéopathes et avec un ordre encore inexistant, rend difficile l'interprétation de la loi par le juge.

Voyons maintenant sur quelles règles s'appuie le dossier du patient en ostéopathie aujourd'hui.

2.2. LE DOSSIER DU PATIENT EN OSTÉOPATHIE

2.2.1. Définition du dossier patient

Rappelons la définition d'un dossier patient par la HAS [6] :

« Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit. Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus. »

D'après le Code de déontologie de l'ostéopathie arrêté de manière commune le 1er juillet 2011 par les organisations nationales représentatives [3], il est stipulé à l'article 24 : *"le dossier comporte l'ensemble des informations concernant la santé du patient et nécessaires à son traitement, aux échanges avec d'autres confrères ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé. Chaque dossier est obligatoirement conservé par le praticien dans les termes et délais prévus par les textes sous la forme de son choix. Il doit être communiqué au patient ou à son représentant dûment*

⁹ OMS : "Benchmark for training in traditional/complementary and alternative medicine. Benchmark for training in Osteopathy." 2010. WHO Library Cataloguing-in-Publication-Data.

mandaté, aux confrères ou autres professionnels de la santé afin d'assurer la continuité des soins, ainsi qu'à toute juridiction ou expert désigné, qui en formulent la demande."

Plusieurs études menées par la HAS pour les professionnels de santé ont permis de préciser ses intérêts. Un dossier patient a plusieurs fonctions importantes [11]. C'est une documentation sur l'état du patient et les traitements prodigués, les pronostics et les contrôles, elle contient tous les identifiants du patient. Les informations contenues dans le dossier constituent une base de travail pour le praticien et permettent d'aider un confrère ou un autre acteur de santé impliqué dans le traitement du patient ou dans sa reconnaissance. Un dossier de patient doit contenir l'information nécessaire à des soins de bonne qualité exécutés en toute sécurité. Il doit contenir une anamnèse, des informations sur le diagnostic, les raisons du traitement, et des informations sur les traitements effectués ou prévus. Le dossier devrait aussi permettre d'être une base pour la recherche scientifique ou pour un autre type de suivi tel que la qualité des soins. Le soignant devrait être capable de produire cette documentation au patient et aux instances officielles qui pourraient être en droit de la demander (par exemple en justice). Le dossier du patient est un des éléments pour l'établissement de la responsabilité lors d'un litige.

Dans une étude sur la tenue et le contenu du dossier patient réalisée en médecine générale [6], il est rappelé que la qualité des soins d'un professionnel de santé est appréciée classiquement suivant un certain nombre de caractéristiques : acceptabilité, accessibilité, caractère approprié, continuité, efficacité, efficience, sécurité, responsabilité. Étroitement liée à la qualité des soins, la tenue du dossier influence certaines de ces caractéristiques et plus particulièrement la continuité, l'efficacité, la sécurité et la responsabilité :

- continuité et efficacité : la prise en charge d'un patient peut nécessiter plusieurs séances. Il semble indispensable dans l'intérêt du patient comme dans celui du thérapeute d'avoir une trace de ce qui a été réalisé. La prise de décision lors d'un traitement est facilitée par la structuration du dossier et les informations qui y sont consignées. Par ailleurs, la bonne tenue du dossier est un préalable indispensable pour disposer de données nécessaires à l'évaluation qualitative des soins dont l'amélioration doit être un objectif prioritaire;

- sécurité : la présence d'informations spécifiques facilement identifiables et accessibles permet la prévention des risques pour le patient ;

- responsabilité : en cas de litige, le dossier reste la seule trace écrite des soins prodigués sur lequel le thérapeute pourra s'appuyer pour sa défense.

Le dossier est le seul élément qui permet de se renseigner sur tous les aspects de la prise en charge du patient. Un bon dossier n'est cependant pas une assurance de la bonne qualité des soins. Aucune étude n'a aujourd'hui été réalisée dans le domaine de l'ostéopathie. Si on se réfère aux études menées en médecine générale [12], il n'y a pas eu de lien démontré entre qualité des dossiers et qualité des soins. Elles ne permettent pas d'établir un rapport de cause à effet : il n'est juste pas surprenant que les bons médecins tiennent de bons dossiers ! Ces études permettent de considérer le dossier comme un *indicateur* mais ne suffisent pas à l'élever au rang d'*agent* de la qualité des soins. Seules des études comparatives pourraient prouver que c'est grâce à un meilleur dossier que des soins sont de meilleure qualité [11].

Le dossier du patient peut cependant être révélateur de dysfonctionnements [6]. La qualité du dossier du patient repose sur le soin apporté à sa construction, son maintien et sa conservation. La détérioration, le caractère incomplet ou même la disparition du dossier détenu par un praticien, le retard excessif apporté à une demande

de communication du dossier, peuvent accroître les difficultés de la prise en charge du patient ou parfois engendrer un véritable dommage pour le patient. L'absence de référence possible à des observations antérieures peut en effet nuire à la continuité des soins, tout comme l'absence de dossier peut empêcher l'aboutissement d'une action en responsabilité. Dans ces conditions, la responsabilité du praticien peut être engagée. Les jurisprudences administrative et judiciaire convergent sur ce point.

On voit ici que la définition du dossier patient et ses intérêts sont communs entre les professionnels de santé reconnus par le CSP et les ostéopathes. Chez les professionnels de santé, le dossier patient et ses caractéristiques font souvent l'objet d'évaluation et de recommandations de bonnes pratiques par la HAS. À ce jour, la HAS n'a élaboré aucune recommandation à ce sujet propre au statut de l'ostéopathie. La structure du dossier patient en ostéopathie se résume à un bref article présent dans son Code de déontologie (cf. supra, art. 24) et ne bénéficie pas de recommandations plus détaillées.

2.2.2. Réglementations sur la tenue du dossier patient en ostéopathie

2.2.2.1. Obligations vis-à-vis de la législation générale

Il n'existe pas de règle imposant aux ostéopathes de tenir un dossier pour chaque patient. N'ayant pas d'ordre professionnel spécifique reconnu par la loi et la HAS n'ayant établi aucune recommandation sur le sujet, aucune règle légale ne décrit aujourd'hui le contenu d'un éventuel dossier.

Pour les professionnels de santé, la loi du 4 Mars 2002 pose le principe de l'accès direct du patient aux données concernant sa santé, ce qui suppose l'existence d'un dossier. S'il n'y a pas d'obligation de constituer un dossier médical, la « perte du dossier médical constitue une faute ». La tenue d'un dossier médical leur a donc été rendue obligatoire. Au sens de la quatrième partie du Code de la santé publique [22], les ostéopathes ne sont pas reconnus en tant que professionnels de santé. Les règles de ce code ne leur sont donc pas applicables.

Cependant, en cas de litige, tout laisse à penser que la jurisprudence voudrait se saisir de toutes les informations en la possession de l'ostéopathe : la tenue correcte d'un dossier serait un outil indispensable pour sa défense. De même, comme il a été décrit précédemment, les ostéopathes n'entrant pas dans le cadre des professions de santé, on peut aussi se demander quelles règles un juge choisirait d'appliquer s'il avait à statuer sur un litige entre un patient et un ostéopathe exclusif. Or, il dispose ici d'une grande liberté : le Code civil lui laisse en grande partie déterminer le contenu des contrats, notamment lorsqu'il n'est pas expressément prévu par les parties. Dans ce contexte, il est plus que probable qu'un juge déciderait d'appliquer les règles contractuelles des professionnels de santé reconnus du CSP indifféremment du statut "exclusif" ou non de l'ostéopathe.

2.2.2.2. Obligations vis-à-vis des organisations nationales ostéopathiques

2.2.2.2.1. Définition des organisations nationales ostéopathiques

Aujourd'hui, l'exercice quotidien de l'ostéopathie ne peut s'appuyer que sur le Code de déontologie de la profession élaboré par les différentes organisations

nationales ostéopathiques. Il existe huit principales associations françaises¹⁰. L'AFO, le CNO, le ROF, le SNOF et l'UFOF¹⁰ reconnus comme les interlocuteurs officiels des pouvoirs publics français ont formalisé ce Code en commun accord le 1er juillet 2011.

Le préambule de ce Code de déontologie [3] reprend : « *En tant que représentants des praticiens en médecine ostéopathique, nous arrêtons un code de déontologie commun et applicable à l'ensemble de la profession d'ostéopathe. Le présent code de déontologie est destiné à servir de règles éthiques et morales aux professionnels ostéopathes dans le cadre de leur exercice. Son objet est avant tout de protéger le patient et l'ostéopathe lui-même contre les éventuels mésusages de l'ostéopathie et contre les pratiques qui ne prendraient pas en compte les notions d'éthique professionnelle, de compétence, de responsabilité et de probité. Ce code s'inspire et suit la trame du code de déontologie de la Fédération Européenne des Ostéopathes, tout en prenant en compte les spécificités de la réglementation nationale. Les organisations nationales signataires du présent code s'emploient à le faire connaître et le faire respecter.* ».

Cette déontologie de l'ostéopathie est reconnue par ces organisations ; elle constitue donc la norme déontologique de référence pour ses membres. Les ostéopathes en exercice ont le choix et non l'obligation d'adhérer à une de ces organisations nationales. L'ostéopathe, lors de son inscription institutionnelle, déclare sur l'honneur et par écrit qu'il a pris connaissance de la présente déontologie et qu'il s'engage à la respecter. La déontologie constitue à la fois un guide et une aide pour le patient et pour l'ostéopathe. Elle peut, le cas échéant, être mise en œuvre dans un cadre disciplinaire. Les règles déontologiques sont habituellement connues pour servir de fondement à la répression disciplinaire dans les professions qui en sont dotées, notamment dans le cadre des ordres professionnels¹¹.

En l'absence d'ordre professionnel des ostéopathes exclusifs, l'existence d'une déontologie commune participe ainsi à la constitution d'une identité plus lisible de la profession. Elle donne une cohérence interne à la profession. Ce Code ne fait donc pas l'objet d'une reconnaissance étatique mais il apporte aux interlocuteurs de la profession (législateurs, tribunaux, assurances, etc ...) un corpus de références qui définit les règles communes de comportement de la profession [26]. Au vu du peu d'informations fournies par les bases légales posées concernant l'exercice de l'ostéopathie (cf supra 2.1), on a toute raison de penser que la jurisprudence souhaiterait prendre connaissance et s'inspirer desdites règles spécifiques à la profession en cas de mise en cause d'un de ses adhérents.

2.2.2.2. Obligations vis-à-vis des organisations nationales ostéopathiques

Si on reprend le Code de la déontologie commun retenu le 1er juillet 2011 par les différentes organisations nationales représentantes devant les pouvoirs publics français [3], on peut y lire : « *L'ostéopathe doit tenir un dossier pour chaque patient, sous quelque forme que ce soit. Ce dossier, strictement confidentiel, comporte l'ensemble des informations concernant la santé du patient et nécessaires à son traitement, aux échanges avec d'autres confrères ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé. Chaque dossier est obligatoirement conservé par le praticien dans les termes et délais*

¹⁰ Association Française d'Ostéopathie (AFO), Chambre Nationale des Ostéopathes (CNO), Registre des Ostéopathes de France (ROF), Syndicat National des Ostéopathes de France (SNOF), Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF), Syndicat Français des Ostéopathes (SFDO), la Collégiale Académique de France, l'Académie d'Ostéopathie de France.

¹¹ Exemple : Ordre National des Médecins, Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes,...

prévus par les textes sous la forme de son choix. Il doit être communiqué au patient ou à son représentant dûment mandaté, aux confrères ou autres professionnels de la santé afin d'assurer la continuité des soins, ainsi qu'à toute juridiction ou expert désigné qui en formulent la demande.»

Ainsi, même si la constitution d'un dossier pour chaque patient n'est pas, au sens de la quatrième partie du Code de la santé publique, une obligation légale pour l'ostéopathe, la déontologie de l'ostéopathie fait le choix de le rendre moralement obligatoire dans l'intérêt du patient comme dans celui de l'ostéopathe. En effet, même si l'ostéopathie garde une certaine indépendance vis-à-vis de ces obligations légales, elle n'en demeure pas moins une thérapie de première intention de plus en plus répandue. Cela impose une responsabilisation de l'ostéopathe qui doit décider seul de prendre en charge ou non un patient qui se présente à lui. Ce choix rend de ce point de vue indispensable la formalisation de ses démarches diagnostique et thérapeutique et son référencement dans un dossier patient comme tout autre professionnel de santé.

2.2.2.3. Obligations vis-à-vis des assurances professionnelles

Du point de vue des assurances offrant une garantie Responsabilité Civile Professionnelle aux ostéopathes exclusifs¹², à la réception de l'assignation émanant d'une juridiction pénale (convocation devant un juge d'instruction) ou civile par voie d'huissier, il est demandé à l'ostéopathe de leur adresser en lettre recommandée avec accusé de réception un courrier simple et explicatif avec la copie de la pièce reçue. Ce courrier reprend les coordonnées du patient, la description et la chronologie des actes effectués ainsi que la position du thérapeute vis-à-vis de l'incrimination. Un "médecin-expert" désigné, lui-même ostéopathe, a ensuite mission d'expertiser la situation et de rendre sa décision. La rédaction d'un dossier patient n'a pour les assurances professionnelles aucune valeur juridique : ils ne le définissent que comme une obligation indispensable pour pouvoir se défendre.

Ce chapitre rend état des obligations auxquelles un ostéopathe prétend concernant la tenue de ses dossiers : même si ce n'est pas une obligation légale, il semble moralement indispensable d'en tenir dans l'intérêt du patient comme dans celui de l'ostéopathe. Mais alors que doit-il contenir et comment doit-il être tenu ? Le Code de déontologie commun retenu en 2011 par les organisations représentatives reste vague concernant ce sujet. Ce chapitre permet aussi de rendre compte du cadre juridique "banca" dans lequel l'ostéopathe exerce aujourd'hui sa profession. Alors est-ce ce défaut de reconnaissance, cette marginalisation de l'activité de l'ostéopathie qui pourraient être la raison de ce manque de définition de règles sur la tenue et le contenu du dossier patient ? Par défaut de mise en avant de son intérêt légal dans ce cadre déjà en mal de définition ? Chez les professionnels de santé reconnus par le CSP, les règles de tenue du dossier patient sont bien définies ce qui leur assurent une protection en cas de litige. Il serait intéressant que de mêmes règles soient élaborées pour les ostéopathes exclusifs.

¹² Source Me Gauthier- Assurances Longueville. Entretien téléphonique du 27 mars 2012.

3. BUTS DE L'ÉTUDE

Ce travail consiste à faire un bilan des règles connues concernant la tenue et le contenu du dossier patient en ostéopathie pour apporter des recommandations aux professionnels. Grâce à cette étude, nous proposerons une fiche dossier type dans laquelle tous les éléments indispensables à référencer seront objectivés et de ce fait opposables en cas de mise en cause de la responsabilité du thérapeute.

4. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Ce travail de recherche va se construire grâce aux connaissances apportées par la littérature. En France, comme il a été dit plus tôt, le Code de déontologie des organisations ostéopathiques représentatives auprès des pouvoirs publics est la seule référence spécifique réellement existante aujourd'hui. Les articles de ce code vont être comparés à ceux des pays d'Europe quand cela sera possible et les différences décrites si il y a lieu. Une évaluation de la sensibilisation des ostéopathes exclusifs en exercice au sujet de la tenue et du contenu de leurs dossiers patients viendra compléter ces recherches. Au terme de ce travail, une version finale d'une fiche dossier type sera arrêtée et confrontée à l'avis d'experts.

4.1. MATÉRIELS

- Pour les recherches théoriques, l'étude s'est appuyée essentiellement sur les Codes de déontologie des organisations professionnelles ostéopathiques françaises.
- L'évaluation de la sensibilisation des ostéopathes au sujet de la tenue et du contenu de leurs dossiers est réalisée grâce à un questionnaire. Ce questionnaire évalue si les ostéopathes sont intéressés par le sujet et s'il y a un manque d'informations exprimé en la matière. Une auto-évaluation du contenu de leurs dossiers patient leur y est proposée : elle permet de constater si les critères retenus lors de notre étude théorique sont bien mentionnés dans les dossiers. Des questions sur leur pratique personnelle vis à vis de leurs dossiers complètent cette auto-évaluation. Toutes ces réponses viennent nourrir l'étude documentaire en faisant état de ce qui s'exerce actuellement en cabinet. Elles pourront amener d'éventuelles attentes ou manquements exprimés par les professionnels.
- Une fiche dossier type est présentée à l'avis d'experts quand la version finale du contenu recommandé est arrêtée d'après l'analyse littéraire et les résultats de l'évaluation des professionnels.

4.2. MÉTHODE ET RÉSULTATS DE L'ANALYSE LITTÉRAIRE

4.2.1. Méthode : la documentation retenue

La recherche théorique s'est appuyée sur la littérature, malheureusement assez pauvre, limitée à une synthèse des règles les mieux décrites par les Codes de déontologie des organisations professionnelles ostéopathiques françaises et européennes (quand une analogie était possible). Il n'existe aujourd'hui aucune

recommandation établie concernant la qualité de tenue et du contenu du dossier patient en ostéopathie par la HAS. L'analyse du décret n°2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie a servi de base de travail. Les lectures d'ouvrages spécifiques sur la sémiologie médicale et le diagnostic ostéopathique sont venues nourrir ces recherches. Pour finir, une étude des règles s'appliquant aux professionnels de santé reconnus est venue compléter ces recherches lorsque les données manquées de précision dans le domaine ostéopathique.

4.2.2. Résultats de l'analyse littéraire

On ne dispose pas de données sur la façon dont les ostéopathes tiennent leurs dossiers patients en France. La revue de littérature n'a pas permis de répondre à cette question.

Il est vraisemblable que les ostéopathes tiennent des dossiers. Ils en ont besoin pour garder une trace de leur prise en charge et assurer le suivi de leurs soins. Ils notent au moins les coordonnées du patient.

Cette analyse de la littérature a cherché à définir point par point les diverses composantes du dossier du patient, à savoir : son contenu, sa tenue, son accès et sa conservation. Tous ces critères font l'objet d'une réglementation par le Code de la santé publique et de recommandations par la HAS pour les professionnels de santé. Il semble intéressant de voir dans quel cadre le dossier du patient en ostéopathie se définit aujourd'hui en suivant ces mêmes critères.

4.2.2.1. Contenu du dossier

D'après le Code de déontologie de la Fédération Française d'Ostéopathie (FFO) [26], « *ce dossier comporte les éléments actualisés nécessaires au diagnostic et décisions de thérapeutique ostéopathiques. Il doit permettre le suivi du patient. Il contient a minima :*

- *Les données d'identification du patient ;*
- *Ses antécédents médicaux ou anamnèse (antécédents familiaux, médicamenteux, chirurgicaux, obstétricaux et traumatiques, traitements en cours) ;*
- *Les autres éléments nécessaires à la prise en charge ;*
- *Les motifs de consultation ;*
- *Les examens cliniques et traitements réalisés.*

Il reprend : "*L'ostéopathe se garde, dans la constitution du dossier ostéopathique, de l'utilisation de termes, notamment médicaux ou ambigus, qui n'appartiennent pas à sa compétence. Il peut, en revanche, reporter des diagnostics posés par d'autres professionnels de santé. Il évite pareillement de consigner dans ses dossiers des éléments inutiles à la prise en charge ou des appréciations non fondées ou par trop subjectives, notamment en ce qui concerne la vie personnelle du patient. L'ostéopathe veille, pour protéger le secret professionnel, à supprimer du dossier du patient les documents préparatoires ou provisoires, brouillons et éléments de réflexion non pertinents.*"

Cet article est ensuite commenté, "*Il est difficile de déterminer de manière exhaustive le contenu du dossier d'un patient. C'est la raison pour laquelle le texte fait référence non à une liste fermée d'informations, mais aux critères de leur pertinence.*"

Dès lors que le principe du dossier ostéopathique est acquis, se pose la question de son contenu. La déontologie procède ici en posant quelques limites à ce dernier : l'ostéopathe ne doit, d'une part, pas intégrer au dossier du patient des vocables, concepts, ou appréciations qui échappent à sa compétence, sauf s'il s'agit de reprendre des formulations provenant d'autres professionnels; il en est de même en ce qui concerne des éléments inutiles à la prise en charge : le dossier ostéopathique n'est pas destiné à recueillir tous les éléments d'information possibles à propos du patient, mais seulement les éléments pertinents en ce qui concerne sa prise en charge, ou, en cas de doute, qui pourraient l'être sans être facilement et à nouveau accessibles, notamment en interrogeant le patient. L'ostéopathe doit, enfin, se garder d'appréciations subjectives en ce qui concerne le patient, notamment en rapport avec la vie personnelle de ce dernier.

Le Code insiste sur l'intégration des "critères pertinents à la prise en charge" ostéopathique dans le dossier. Il est évident qu'il est "difficile" de déterminer de manière exhaustive le contenu du dossier d'un patient. On comprend qu'une anamnèse ne peut pas être systématisée et que les critères pertinents pour la prise en charge d'un patient seront différents de ceux d'un autre. Mais il serait intéressant de chercher à décrire ces "autres éléments" pertinents.

Si on reprend la définition du dossier patient vu précédemment (cf chap. 2.2.1.), on y lit que la tenue du dossier doit favoriser une prise en charge de qualité en privilégiant **"continuité, efficacité, sécurité et responsabilité"** du thérapeute envers ses soins. Ces quatre caractéristiques sembleraient correspondre à ces critères **"pertinents"** devant être retenus pour la constitution d'un dossier. Le dossier permet d'avoir une trace écrite des diagnostics et des traitements réalisés pour assurer la continuité et l'efficacité des soins. Pour ce qui est des critères de sécurité et de responsabilité du thérapeute vis à vis de ses dossiers, les recherches effectuées dans les différents Code de déontologie n'apportent pas plus de renseignements.

Nous allons chercher à définir quels pourraient être ces critères de sécurité et de responsabilité pertinents : Quels signes d'urgence un ostéopathe doit-il savoir repérer ? Quels signes d'appel contre-indiquent nos techniques et nous demandent de savoir réorienter le patient ? Quels signes pourrait-on nous reprocher de ne pas avoir recherché en cas de litige ?

4.2.2.1.1. La place de l'anamnèse en ostéopathie

Il semble judicieux de se référer à l'article 1 du décret n°2007-435 du 25 mars 2007 (lisible entièrement annexe 1) relatif aux actes autorisés de l'ostéopathe exclusif qui définit les limites du cadre de son exercice :

"Article 1 : Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. [...]. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques.

Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes [...] dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé.

Article 2 : Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus [...] d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences."

L'ostéopathe exclusif n'a pas d'obligation de poser un diagnostic médical. Nous ne sommes pas médecins. L'ostéopathe exclusif, lui, se doit de poser un diagnostic différentiel ou un diagnostic d'exclusion avant d'effectuer tout acte thérapeutique qui ne relèverait pas de ses compétences [1]. Le **diagnostic différentiel** n'exclut pas le patient mais nécessite soit l'avis d'autres praticiens, soit le report de la consultation. Le **diagnostic d'exclusion** exclut de manière soit urgente, soit définitive le patient de la consultation. Il permet de réorienter le patient vers son médecin traitant ou vers des structures de soins appropriées.

Pour aboutir à ces diagnostics, l'ostéopathe utilise son anamnèse, l'observation des signes cliniques, l'analyse des examens complémentaires et la palpation du patient. L'anamnèse est la première étape pour aboutir à un diagnostic différentiel ou d'exclusion permettant la prise en charge du patient ou son orientation vers d'autres spécialités.

L'ostéopathie est une thérapie manuelle qui appréhende le corps dans sa globalité. Elle prend en compte le terrain sur lequel survient la pathologie. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"¹³. Ceci implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels, et ce tout au long de sa vie. La globalité est une unité de l'être. A.T. Still, fondateur de l'ostéopathie, considère l'individu dans son intégralité; lorsqu'une partie du corps est en dysfonction, l'harmonie du corps entier est affectée et en déséquilibre, favorisant ainsi l'installation d'un état pathologique [18]. Un symptôme douloureux est souvent l'expression d'un enchaînement de troubles fonctionnels ou lésionnels dont il faut chercher à déterminer l'origine.

La prise en charge globale de l'individu, la finesse de la démarche clinique, du diagnostic différentiel et d'exclusion, ainsi que la précision des manœuvres thérapeutiques font de l'ostéopathie une médecine à part entière qui œuvre à la fois dans le champ de la prévention en amont des signes cliniques habituels de la maladie, mais aussi une médecine curative des troubles fonctionnels. L'ostéopathe, grâce à une anamnèse détaillée et un examen rigoureux, se doit d'être familiarisé avec les différents symptômes, signes cliniques et signes d'alerte nécessaires pour établir un diagnostic différentiel ostéopathique. Pour cela, il est important que le praticien s'en remette à ses connaissances en sémiologie médicale, en biomécanique, en anatomie, en physiologie et en palpation.

L'interrogatoire est le premier élément de la consultation ostéopathique. Il doit permettre d'analyser, dans une démarche de globalité de l'individu, les différents systèmes d'organes pouvant interférer dans la symptomatologie décrite par le patient. Quel que soit la plainte du patient, l'ostéopathe va devoir chercher à éliminer une éventuelle contre-indication à ses manœuvres dans le respect du cadre défini par

¹³ Actes officiels de l'OMS, n°2, p.100. Définition signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946.

l'article 1 du décret 2007-435 et référencer ces réponses dans le dossier du patient, seule trace écrite en cas de litige.

4.2.2.1.2. Les pathologies organiques

Le décret n°2007-435 exclut les pathologies organiques du champ de compétence de l'ostéopathe exclusif. Il ne peut agir lorsqu'elles nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Il est rajouté que l'ostéopathe ne peut agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques.

La **pathologie organique** signifie qu'un organe est malade et souffre d'une altération (par exemple un ulcère à l'estomac).

La **pathologie fonctionnelle** signifie que l'organe présente une souffrance mais qu'il est pourtant en bon état (il n'y a ni ulcère, ni reflux, la gastroscopie est normale mais pourtant le patient signale des brûlures ou des renvois acides).

La discipline reine en ostéopathie se situe dans les pathologies fonctionnelles. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle est inefficace dans les pathologies organiques, mais le traitement nécessitera une prise en charge médicale en parallèle (toujours dans le même exemple, un ulcère d'estomac sera traité par la médecine allopathique, avec un accompagnement ostéopathique pour minorer les douleurs ou éviter des dorsalgies hautes du fait des relations anatomiques nerveuses entre l'estomac et le rachis dorsal) [21].

Les maladies de système¹⁴ font partie des maladies organiques et ne relèvent pas du champ de compétences de l'ostéopathe. Ces maladies provoquent une fragilité des tissus osseux, ligamentaires, tendineux, conjonctifs, artériels, veineux, ... Les principales maladies systémiques sont énoncées en annexe 2.

Si les symptômes du patient se révèlent être en rapport avec l'une de ces maladies, l'ostéopathe a l'obligation de réorienter son patient vers le spécialiste approprié. En cas de doute, si le type de lésion retrouvée ensuite à l'examen clinique n'est pas de notre compétence, il faut traiter les éventuelles lésions associées et envoyer, si besoin, le patient chez le thérapeute compétent.

Il convient d'interroger le patient et de noter dans son dossier les maladies diagnostiquées. Jusqu'à présent on ne connaît pas l'origine de ces maladies. Il est conseillé de demander les antécédents familiaux.

4.2.2.1.3. Les signes d'alerte au soin ostéopathique

Lorsqu'un patient se présente en première intention à une consultation, l'ostéopathe doit avoir la compétence de repérer les symptômes d'une pathologie organique excluant son traitement. Cela lui impose une rigueur diagnostique. Plus qu'une référence fermée sur le contenu du dossier ostéopathique, l'anamnèse doit aider l'ostéopathe à faire ressortir les signes d'alerte devant susciter chez lui, praticien de première intention, une réponse réfléchie, rapide, efficace et adaptée. Ils pourraient correspondre de manière plus détaillée à ces "*critères pertinents*" à noter dans le dossier évoqués dans l'article du Code de Déontologie décrit plus haut.

Nous avons étudié un ouvrage spécifique "Cahiers d'ostéopathie n°7 - Diagnostic ostéopathique différentiel dans les situations d'urgence" (éd. Maloine, 2012), ainsi qu'un

¹⁴ définition Quevauvilliers J. *Dictionnaire médical. 4ème édition.* (édition Masson, Paris, 2004) : "terme désignant en principe des maladies touchant tous les éléments d'un même système ou tissu."

document rédigé par la commission académique FSO-SVO¹⁵ en Suisse "Contre-indications absolues et relatives à la prise en charge ostéopathique immédiate" (2007). Ces derniers ont tenté de définir ces signes d'appel [1,9]. Ces signes d'alerte sont fonction du terrain et de l'état général du patient, tout en se référant à une région anatomique donnée pour un tableau clinique spécifique. Ils déterminent les contre-indications **absolues** ou **relatives** au traitement ostéopathique :

« Le système de classification des symptômes sous forme de drapeaux rouges et oranges détermine la conduite à tenir de l'ostéopathe. ».

Les contre-indications **absolues** ou « Red flags » sont des signes d'alerte soit généraux soit spécifiques à une région anatomique. Ils déterminent des pathologies représentant des contre-indications absolues à la prise en charge ostéopathique immédiate, et qui requièrent une prise en charge par un médecin (spécialiste) : accident vasculaire cérébral, grossesse extra-utérine, etc... Toutefois, une fois le diagnostic établi et le patient pris en charge médicalement, l'ostéopathe peut ajouter son traitement au traitement médical.

Les contre-indications **relatives** ou « Orange flags » sont des signes d'alerte qui déterminent des pathologies représentant des contre-indications relatives à la prise en charge ostéopathique immédiate (ex. pathologie inflammatoire) . Toutefois celle-ci peut s'effectuer en parallèle et/ou en collaboration avec le médecin (spécialiste). La prise en charge ostéopathique restant dépendante de l'évolution de ces « signes d'alerte » dans le temps. Ces contre-indications correspondent aux limites fixées par l'article 2 du décret 2007-435 (lisible en annexe 1).

Nous avons entrepris de faire une synthèse de ces contre-indications. Tous ces signes d'alerte sont détaillés de manière spécifique et complète en annexe 2. L'ostéopathe se doit de connaître ces signes, d'y être vigilant et de montrer qu'il les a recherché chez son patient.

4.2.2.2. Tenue du dossier

4.2.2.2.1. Organisation du dossier

Les consignes trouvées dans les recommandations faites aux professionnels de santé concernant la tenue et la structuration du dossier sont les suivantes [6,12] :

- Un dossier doit être clair, lisible, actualisé ;
- Le dossier papier doit être écrit de façon indélébile ;
- La présentation du dossier doit être évolutive avec un enregistrement chronologique des informations ;
- Une fiche de garde confidentielle peut mettre en évidence les données d'alerte médicale et les informations importantes ;
- Les commentaires personnels doivent être consignés sur une fiche à part.

Un dossier bien construit devrait donner les réponses aux questions suivantes [11] :

- Quelles sont les informations données par le patient ?
- Quel diagnostic thérapeutique a été posé ?

¹⁵ Fédération Suisse des Ostéopathes.

- Quel plan de traitement a-t-il été mis en œuvre pour résoudre les problèmes du patient ?, avec quelle durée de traitement ?
- Les plans de traitement ont-ils été suivis ?

4.2.2.2.2. Gestion informatique du dossier

Seul le Code de déontologie de la FFO [26] précise : *"Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, l'ostéopathe déclare, conformément à la loi, ses fichiers et bases de données à la commission nationale de l'informatique et des libertés. Il prend toutes les mesures qui sont de son ressort afin d'assurer la protection de ces données, tant en ce qui concerne leur sauvegarde durable qu'en ce qui concerne leur protection vis-à-vis d'un accès extérieur. Au sein d'un cabinet commun, et dans le respect tant des règles relatives au secret professionnel que de celles de la loi informatique et libertés, les fichiers ou bases de données relatifs aux patients ne doivent pas permettre à l'un des membres du cabinet d'accéder aux données des patients d'un autre. Un patient peut, en revanche, accéder aux données qui le concernent et les transmettre à un autre membre du cabinet. Le patient dispose du droit d'accès aux données qui le concernent et du droit de les rectifier si elles s'avèrent non pertinentes."*

La gestion des dossiers du patient prend aujourd'hui couramment une forme informatique. Or, les « traitements automatisés d'informations nominatives » font l'objet d'un encadrement légal strict, dans la loi « informatique et libertés »¹⁶, destiné à défendre les libertés des citoyens ainsi que l'intimité de leur vie privée. Dans ce contexte, la gestion informatique des dossiers des patients doit faire l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et Liberté (CNIL). Dans la même logique de protection de la vie privée du citoyen, la loi informatique et liberté organise le droit d'accès de ce dernier aux données qui le concernent, ainsi que la possibilité de les rectifier s'il s'avère qu'elles ne sont pas pertinentes. Or, on sait également que les données informatiques peuvent faire l'objet d'accès non souhaités. Il s'agit donc, à l'instar des dossiers papier, de les protéger. Il en est de même de leur destruction éventuelle, non du fait d'une atteinte extérieure, mais du fait de la dégradation du matériel qui leur sert de support. C'est la raison pour laquelle le second alinéa de l'article prévoit que l'ostéopathe « prend toutes les mesures qui sont de son ressort afin d'assurer la protection de ces données, tant en ce qui concerne leur sauvegarde durable qu'en ce qui concerne leur protection vis-à-vis d'un accès extérieur ».

Une autre question est celle de la gestion des données dans le cadre d'un cabinet commun. L'état du droit est ici très clair : tant les règles relatives au secret professionnel que celles relatives à l'informatique et aux libertés prohibent le partage des données ; ainsi, même si le système informatique peut être commun, chaque professionnel ne doit pouvoir accéder qu'aux données de ses propres patients (et ce même si le système informatique est vendu selon une configuration différente par son fabricant ou ses programmeurs). On pourrait alors considérer que le système est trop strict comme ne permettant pas, notamment, le remplacement d'un professionnel par un autre. Cependant, outre que tel est l'état du droit, et que la violation des règles en cause est pénalement sanctionnée, il faut souligner qu'il est toujours possible de faire circuler l'information entre professionnels par l'intermédiaire du patient qui a, quant à lui, accès aux informations qui le concernent.

¹⁶ Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. source : www.cnil.fr

4.2.2.3. Communication du dossier du patient

4.2.2.3.1. Le secret professionnel et le droit à la communication du dossier du patient

D'après le Code de déontologie ostéopathe de la FFO [26], « *le patient a accès à son dossier. L'ostéopathe veille à la protection du dossier de soins ostéopathiques contre toute indiscretion, tant vis-à-vis de ses collaborateurs que de toute autre personne.* »

Selon une formule consacrée, « *le dossier médical est la propriété du patient* ». Dans ce contexte, le patient a, depuis 2002, accès à son dossier, accompagné de la personne de son choix, ou seul s'il le souhaite. Il paraît difficilement imaginable que le dossier ostéopathe fasse l'objet de règles différentes. Autrement dit, un ostéopathe ne peut soutenir que le dossier du patient lui appartiendrait, et qu'il s'agirait donc de la protéger de l'accès par ce dernier. Cette logique de la protection, s'applique, en revanche, en ce qui concerne toutes les autres personnes que le patient. On constate que l'article ne prévoit, conformément à l'article 226-13 du Code pénal¹⁷ repris par l'article 4.7.2 (cf. ci dessous) de la présente déontologie, aucune exception à cette dernière règle, même en ce qui concerne les collaborateurs du professionnel.

L'article 4.7.2 décrit « *Le secret professionnel s'impose également, sauf exception prévue par la loi, dans les relations des ostéopathes entre eux ou avec des professionnels de santé. Un ostéopathe ne peut donc directement transmettre des informations relatives à un patient, à un confrère ou à un autre professionnel. Il peut, en revanche, transmettre au patient les informations qui lui sont utiles, ce dernier pouvant alors les transmettre lui-même à un confrère ou à un autre professionnel.*

Dans le cas d'une prise en charge clinique par plusieurs ostéopathes, les informations peuvent leur être délivrées conjointement par le patient ; elles ne peuvent être régulièrement discutées qu'en sa présence.

Les dispositions du Code de la santé publique qui permettent, dans certaines circonstances, aux professionnels de santé d'échanger des informations relatives à un patient ne sont pas applicables aux ostéopathes, ces derniers n'appartenant pas à une profession de santé au sens du code de la santé publique. L'ostéopathe ne peut donc échanger d'informations relatives à un patient avec un autre ostéopathe ou un professionnel de santé, même s'ils partagent les mêmes locaux ou appartiennent à une même structure. Le patient peut, en revanche, lui-même transmettre au professionnel de son choix toute information nécessaire à sa prise en charge.

Il est toujours possible de discuter d'un cas avec un confrère ou avec un autre professionnel si le patient dont il s'agit n'est pas reconnaissable. Si son identité n'est pas mentionnée mais qu'il est reconnaissable, la communication à son propos n'est pas licite. »

L'article 24 du Code de déontologie commun (CDDC) des organisations professionnelles pourtant représentatives commet d'ailleurs une erreur concernant ce sujet [3]. Il reprend :

*"L'ostéopathe doit tenir un dossier [...]. Il doit être communiqué au patient ou à son représentant dûment mandaté, **aux confrères ou autres professionnels de la santé afin d'assurer la continuité des soins**, ainsi qu'à toute juridiction ou expert désigné qui en formulent la demande."*

¹⁷ Article 226-13 du Code pénal : La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, l'ostéopathe n'étant pas un professionnel de santé reconnu à l'heure actuelle, cette règle n'est donc pas applicable et demanderait à être corrigée.

4.2.2.3.2. Bénéficiaires du droit d'accès au dossier du patient

Si on s'intéresse à l'article 24 du CDDC, *"le dossier doit être communiqué au patient ou à son représentant dûment mandaté, [...] ainsi qu'à toute juridiction ou expert désigné qui en formulent la demande"*. Il n'y a pas plus de précisions concernant ce sujet. Il semble intéressant de se référer aux règles qui s'appliquent chez les professionnels de santé.

Comme nous venons de le décrire, d'après la loi du 4 mars 2002 (art. L. 1111-7 du CSP), *"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé."* [22]. Cette loi applicable aux professionnels de santé semblerait logiquement retenue de la même façon pour un ostéopathe si un juge avait à statuer sur un litige [26]. On a ainsi toute raison de penser que les règles applicables pour les professionnels de santé concernant l'accès au dossier par le représentant légal ou un expert judiciaire pourraient être pareillement retenues :

- Ainsi pour les **mineurs**, l'article L. 1111-7 du CSP prévoit : *"Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale."* L'article L. 1111-5 précise que le mineur peut s'opposer à la consultation de son dossier par le ou les titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

- La loi du 4 mars 2002 n'a pas permis au **majeur protégé par une mesure de tutelle** d'accéder à son dossier médical. Seul son représentant légal (mandataire judiciaire à la protection des majeurs) dispose de ce droit : article R1111-1 : *« L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à l'article L. 1111-7 et détenues par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un hébergeur agréé en application de l'article L. 1111-8, est demandé par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, le tuteur ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire. »*

De plus il n'est nullement besoin que le tuteur soit détenteur d'une autorisation du majeur protégé pour accéder à son dossier. Sa qualité de représentant est suffisante pour faire valoir ce droit [8].

- En aucun cas le **médecin de compagnie d'assurances** ne peut accéder aux informations médicales concernant un assuré. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 permet au patient d'accéder aux informations le concernant. Elle n'est en aucun cas créatrice de nouveaux droits pour l'assureur. Toute demande dans ce sens, fût-elle indirecte, constitue un détournement de la loi.

- **L'accès de la justice** au dossier du patient est réglementé [6,8] :

- L'expert auprès des tribunaux

L'expertise est un acte par lequel un médecin le plus souvent, désigné par un magistrat ou une autorité, prête son concours technique afin de déterminer et

d'apprécier l'état physique et mental d'une personne, puis d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences pénales ou civiles.

L'expert intervient dans des expertises judiciaires pénales, civiles ou administratives, dans l'intérêt de la personne.

Pour les affaires civiles, la communication du dossier du patient à l'expert est nécessaire pour évaluer un dommage mais elle ne peut s'effectuer qu'avec l'accord du patient. En revanche, en matière pénale, le dossier saisi à la demande du juge d'instruction est mis à la disposition de l'expert sans que l'accord du patient ne soit nécessaire.

Dans la rédaction de son rapport, l'ostéopathe expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise (article 80 du code de déontologie de l'AFO¹⁸).

- La saisie du dossier du patient en cas d'enquête pénale

Le secret professionnel protège les documents médicaux recueillant des informations à caractère personnel concernant son patient et dont le professionnel de santé est dépositaire. Néanmoins, pour la manifestation de la vérité lors d'une procédure judiciaire pénale, ce principe comporte des dérogations. C'est au cours d'une enquête ou d'une instruction, que le dossier du patient est saisi au cabinet du professionnel de santé ou à l'occasion d'une perquisition.

Dans le cadre de son action, la justice n'intervient pas dans l'intérêt de la personne, mais dans celui de l'ordre public. C'est pourquoi le patient n'a pas, en cette circonstance, à autoriser préalablement la communication de son dossier.

Les perquisitions s'effectuent au cabinet du professionnel de santé ou dans les locaux hospitaliers. En application de l'article 81 du Code de procédure pénale, le juge d'instruction peut procéder à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité. Dans ce cadre, il peut opérer la saisie de pièces contenues dans le dossier du patient.

L'article 56-3 du Code de procédure pénale dispose que les perquisitions dans le cabinet d'un médecin "*sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'Ordre auquel appartient l'intéressé, ou de son représentant*". La condition de présence d'un représentant de l'Ordre des médecins est essentielle. Elle traduit l'obligation imposée au juge par l'article 56 du Code de la procédure pénale de prendre "*toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel*". Le rôle du représentant de l'Ordre est précisément de vérifier que la perquisition et la saisie ne portent pas atteinte au secret professionnel pour les dossiers qui ne sont pas concernés par la procédure, mais il ne peut participer à la perquisition ni prendre connaissance des pièces saisies.

Le dossier est placé sous « scellés fermés » dans une enveloppe close pour que seul l'expert nommé à cet effet puisse prendre connaissance du contenu.

- La production en justice du dossier du patient

Bien tenu par le praticien et recensant de manière aussi complète et précise que possible les données personnelles du patient, le dossier du patient devient un instrument professionnel pertinent pour le professionnel de santé. Lorsque ce dernier est assigné en justice par un patient ou sa famille, il peut porter à la connaissance du juge tous documents utiles à sa défense.

Le principe retenu est que la divulgation par le professionnel de santé

¹⁸ consultable sur <http://www.afosteo.org/afo/objectifs.html>

d'informations relevant du dossier du patient et revêtant un caractère secret doit être limitée à ce qui est strictement nécessaire à sa défense.

Cela nous donne une idée des règles envisageables en cas d'expertise ou de procédure judiciaire. Dans le cas d'un litige mettant en cause un ostéopathe, on peut déjà noter une différence certaine : il n'y aurait pas de représentant de l'Ordre lors de la perquisition du dossier car il n'existe pas d'Ordre professionnel spécifique pour l'ostéopathie.

4.2.2.3.3. Les modalités de communication du dossier du patient

Aucune règle n'est définie par les organisations nationales ostéopathiques sur ce point.

Pour les professionnels de santé, la communication du dossier est modifiée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Les informations accessibles et leurs modes d'accès sont précisés dans l'article L. 1111-7 du CSP [22] :

*"Toute personne a **accès à l'ensemble des informations concernant sa santé** [...]. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire **au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans** ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa."*

Les modalités d'accès pour le représentant légal sont identiques à celle du patient concerné.

Le patient a le choix du mode de communication des données relatives à sa santé. En effet, aux termes de l'article R. 1111-2 du Code de la santé publique, le dispositif est le suivant : « *A son choix, le demandeur obtient du professionnel de santé, de l'établissement de santé ou de l'hébergeur communication des informations demandées, soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents* ».

Voilà un bilan concernant les règles de communication du dossier patient pour les professionnels de santé auxquelles l'ostéopathe peut prétendre, son Code de déontologie n'ayant rien stipulé à ce sujet.

4.2.2.4. Conservation du dossier du patient

D'après l'article 38 du Code de déontologie de l'Union Fédérale des Ostéopathes de France [2], « ***l'ostéopathe conserve le dossier patient pour le moins dix ans après la dernière consultation de ce dernier. Si le patient est mineur, les dix années se comptent à la date de sa majorité*** ».

D'après l'article 24 du Code de déontologie commun, "*Chaque dossier est obligatoirement conservé par le praticien dans les termes et délais prévus par les textes sous la forme de son choix.*". Nous ne savons pas à quels textes fait référence cette règle... probablement ceux décrits dans le Code de la santé publique applicables aux professionnels de santé.

En Suisse où les ostéopathes sont reconnus par le ministère de la santé, la Fédération Suisse des Ostéopathes (FSO) préconise aussi dix ans [4].

En Angleterre où les ostéopathes sont reconnus en tant que praticien de première intention et régit par le General Osteopathic Council, la conservation est de huit ans après la première consultation [23,27]. Il est demandé de conserver le dossier jusque l'âge de vingt cinq ans si le patient est un enfant.

D'après le Code de la santé publique s'appliquant aux professionnels de santé français, sa conservation doit être de 30 ans à partir du dernier soin, pour un patient mineur le délai est augmenté du nombre d'années qui le sépare de sa majorité [22]. Donc la conservation est au maximum de 48 ans. Les dossiers sont conservés sous la responsabilité du praticien. En cas de cessation d'activité, les dossiers sont remis au successeur ou à défaut conservés par le praticien lui-même (ou par ses ayants droits, en cas de décès).

Nous voyons qu'il n'existe pas de données réellement définies concernant la durée de conservation des dossiers en ostéopathie : elle diffère d'un pays européen à l'autre et elle n'est pas précisée dans le Code de déontologie commun des organisations représentatives françaises, ce qui devrait être envisagé.

Après cette revue de littérature concernant les obligations et recommandations concernant le dossier ostéopathique, il est fort de constater qu'il existe des manques dans la définition de ses caractéristiques. La loi ne permet actuellement pas aux ostéopathes exclusifs de préciser son contenu, ses conditions d'accès et les délais de sa conservation. On ne peut s'appuyer que sur les règles établies pour les professionnels de santé reconnus ce qui semble aujourd'hui le plus cohérent. Des recommandations propres à notre exercice, encore trop peu nombreuses, aideraient les professionnels à sa bonne tenue.

Pour la HAS, l'évaluation régulière de la qualité de la tenue du dossier du patient des professionnels de santé est une nécessité [6]. Elle sert à limiter les risques de la non-qualité dans la prise en charge du patient. Elle permet d'identifier les points à améliorer et de rechercher les causes des insuffisances afin de les corriger. Elle est le préalable indispensable à l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, notamment à partir du contenu du dossier. L'amélioration continue de la qualité du dossier du patient contribue à l'amélioration continue de la qualité des soins dispensés au patient et la reflète. Il devrait en être de même pour l'ostéopathie en mal de reconnaissance. C'est sûrement en passant par ces évaluations que l'ostéopathie gagnera en légitimité.

Il serait maintenant intéressant d'évaluer si le sujet sensibilise les ostéopathes exclusifs français actuellement en exercice et quel est leur ressenti à l'égard de leur pratique personnelle concernant la tenue et le contenu de leur dossier. Ce sondage va également permettre d'interroger les participants qui le souhaitent sur les critères présents dans leurs dossiers. Au regard du peu d'indications documentaires actuelles, cette enquête cherche à faire un état des lieux des pratiques des professionnels pour compléter nos recommandations.

4.3. METHODES ET RESULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA SENSIBILISATION DES OSTÉOPATHES AU SUJET DE LA TENUE DES DOSSIERS EN OSTÉOPATHIE

4.3.1. Le questionnaire en ligne

4.3.1.1 Méthode

L'évaluation est conduite grâce à un questionnaire en ligne réalisé sur un logiciel de conception de sondage gratuit : www.surveymonkey.com (visible en annexe 3).

Les questions sont formulées en réflexion conjointe avec Monsieur Stéphane Bastien, ostéopathe D.O. Ce questionnaire est construit en s'appuyant sur l'aide fournie par "*Comment réaliser une enquête par questionnaire?*" disponible sur internet [28]. Il est ensuite présenté pour avis à Monsieur Michel Sala, ostéopathe D.O, président et secrétaire général de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO). Après validation, Monsieur Sala me permet de diffuser ce questionnaire via son répertoire aux adhérents de l'AFO. Il est également envoyé à mes contacts professionnels personnels. Un courrier électronique accompagnant le lien du questionnaire en ligne ainsi qu'une feuille d'information présentant l'objectif de cette recherche et le type d'engagement demandé y sont joints (annexe 3.1).

Ce questionnaire est diffusé le vendredi 17 mai 2013 sur la messagerie électronique de six cent vingt-six (626) ostéopathes. La date limite de collecte des réponses est fixée au vendredi 14 juin 2013.

Ce sondage s'intitule "Le dossier patient ostéopathique en France" : il est accessible sur le lien <http://www.surveymonkey.com/s/3Q2BQ88>. Sept questions sont choisies pour évaluer la sensibilisation des professionnels :

➤ **Q1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ostéopathie ?**

Cette question est une question signalétique permettant de caractériser chaque répondant. La réponse pourra permettre d'interpréter les résultats en la croisant aux variables des questions suivantes. On cherche à évaluer si il existe une sensibilisation plus importante vis à vis du dossier en fonction de la date d'obtention du diplôme. Deux dates ont aussi pu changer le comportement des professionnels diplômés : la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative à la reconnaissance des écoles agréées et à l'encadrement de l'enseignement, et les décrets parus en 2007 concernant la définition des actes autorisés. Nous verrons si une corrélation existe.

➤ **Q2. Savez-vous précisément quelles données de votre dossier patient pourraient vous être demandées en cas de mise en cause de votre responsabilité professionnelle ?**

➤ **Q3. Seriez-vous intéressé(e) par une information sur le sujet ?**

Les réponses proposées à ces deux questions sont oui ou non. Ces questions se complètent. Elles permettent d'évaluer les connaissances juridiques de l'ostéopathe sur le sujet et l'intérêt de ce travail de recherche.

➤ **Q4. Concernant la réalisation de vos dossiers patient au quotidien, pouvez-vous me préciser votre ressenti personnel ?**

Maintenant que le participant est sensibilisé au sujet, il convient de lui faire préciser son opinion et son comportement personnels relatifs à sa pratique quotidienne. Quatre réponses sont suggérées et invitent le sondé à s'exprimer librement dans une case

"Autres ou précisions" y faisant suite. Les quatre premiers critères demandent une réponse par oui ou par non :

- Manque d'intérêt à la réalisation
- Manque d'information sur le contenu demandé en cas de mise en cause
- Manque de connaissances concernant sa tenue (pièces à joindre au dossier, modalités de communication et de conservation, organisation, etc.)
- Sentiment de sécurité dans votre exercice

➤ **Q5. Aujourd'hui, si on vous en faisait la demande, seriez-vous à l'aise pour communiquer les informations présentes dans le dossier d'un de vos anciens patients ?**

Le participant répond par oui ou par non. Une case "Commentaires éventuels" est ajoutée. Cette question interroge directement l'exercice personnel du participant et le plonge au cœur de notre problématique. Sa réponse cherche à ce qu'il auto-évalue sa pratique. Elle introduit la question suivante.

➤ **Q6. Seriez-vous intéressé(e) par un modèle de questionnaire d'anamnèse type répondant aux recommandations actuelles de référence ?**

Le participant répond par oui ou par non. Une case "Commentaires éventuels" est proposée. Cette question permet de considérer l'intérêt de notre recherche: apporter des recommandations et établir une fiche dossier type dans laquelle tous les éléments indispensables à référencer seraient objectivés et opposables en cas de mise en cause de la responsabilité du thérapeute.

➤ **Q7. Seriez-vous d'accord pour participer à une auto-évaluation sur le contenu de vos dossiers ? (évaluation anonyme - temps de réalisation : 30 mn)**

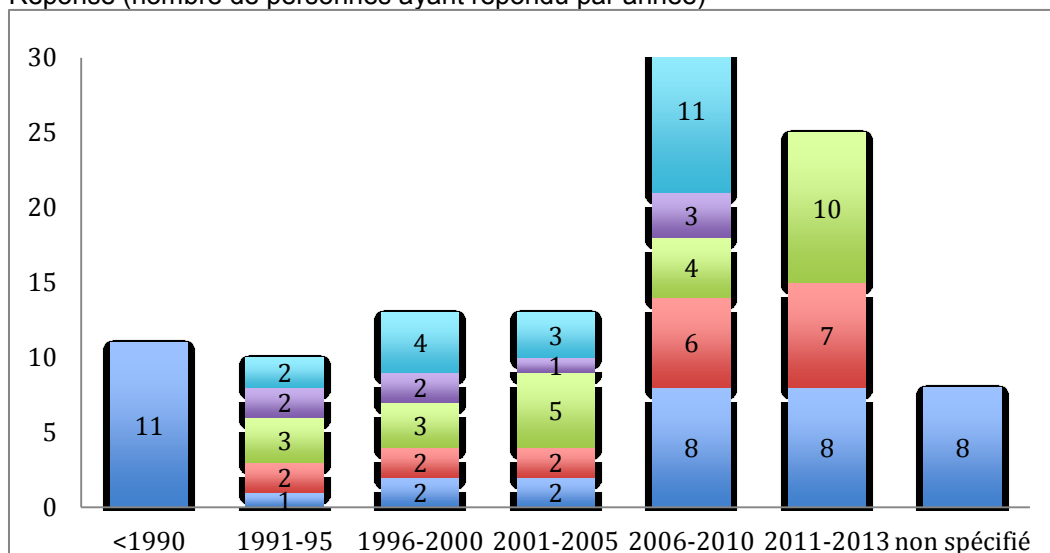
Si le participant répond oui, on lui demande de fournir son adresse mail pour recevoir l'auto-évaluation (développement chap. 4.3.2.). Cette enquête cherche à identifier les différents éléments présents dans les dossiers et leur utilisation par les ostéopathes en exercice. Les résultats pourront révéler les habitudes à retenir ou les éventuels manquements à corriger pour la rédaction des futures recommandations.

4.3.1.2 Résultats et Analyse du questionnaire en ligne

Cent douze (112) ostéopathes ont répondu au sondage.

➤ **Q1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ostéopathie ?**

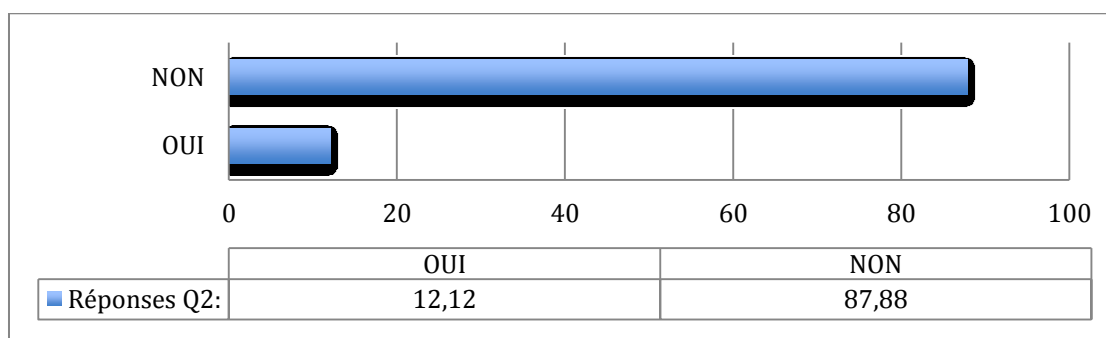
Réponse (nombre de personnes ayant répondu par année)



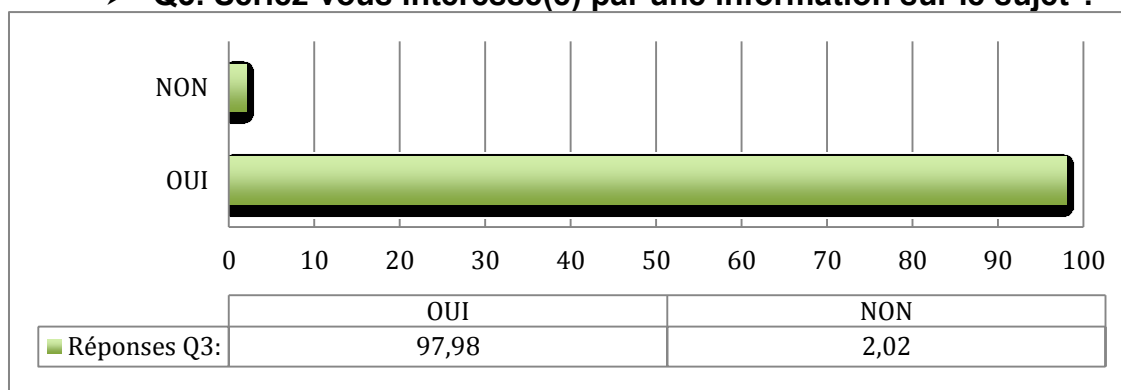
En croisant ces réponses aux variables des questions suivantes, les résultats du sondage ne permettent pas d'affirmer qu'il existe une différence réelle des réponses en fonction de l'ancienneté d'obtention du diplôme. Seule remarque : 58% des personnes ayant répondu au sondage sont des ostéopathes diplômés après 2006, cela peut-il signifier que ce sondage les a davantage intéressé ? ou tout simplement qu'ils maîtrisent mieux ce type d'outil informatique ?... Par ailleurs, après analyse, on ne peut pas établir de lien représentatif entre les réponses faites avant et après les années 2002 (parution loi en faveur de l'encadrement de l'enseignement dans des écoles agréées) et 2007 (décret encadrant les actes autorisés en ostéopathie). Il aurait été préférable d'interroger le même nombre d'ostéopathes par année d'obtention de diplôme mais cela n'aurait pas été profitable à la collecte d'un maximum de réponses de participants.

Les réponses suivantes sont ainsi évaluées indifféremment de l'année d'obtention du diplôme, ce critère ne retenant pas notre attention après analyse croisée des résultats. Les données sont en pourcentage du nombre total de participants par réponse proposée.

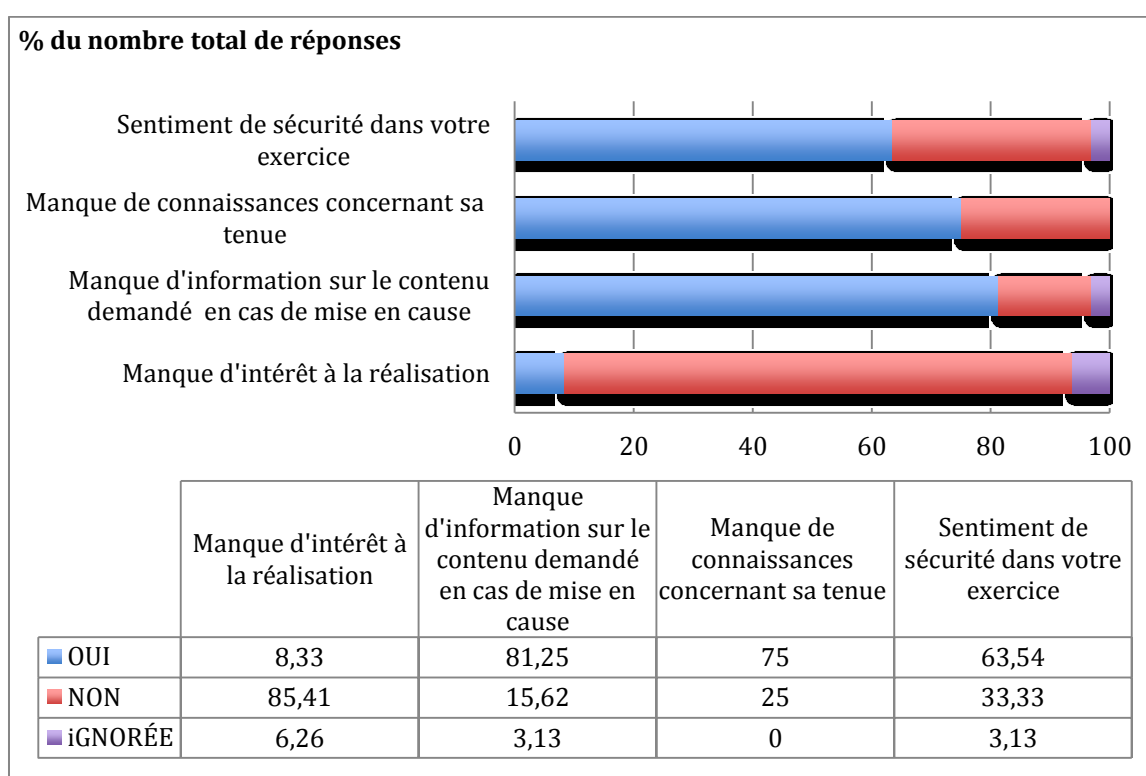
- **Q2. Savez-vous précisément quelles données de votre dossier patient pourraient vous être demandées en cas de mise en cause de votre responsabilité professionnelle ?**



➤ **Q3. Seriez-vous intéressé(e) par une information sur le sujet ?**



➤ **Q4. Concernant la réalisation de vos dossiers patient au quotidien, pouvez-vous me préciser votre ressenti personnel ?**



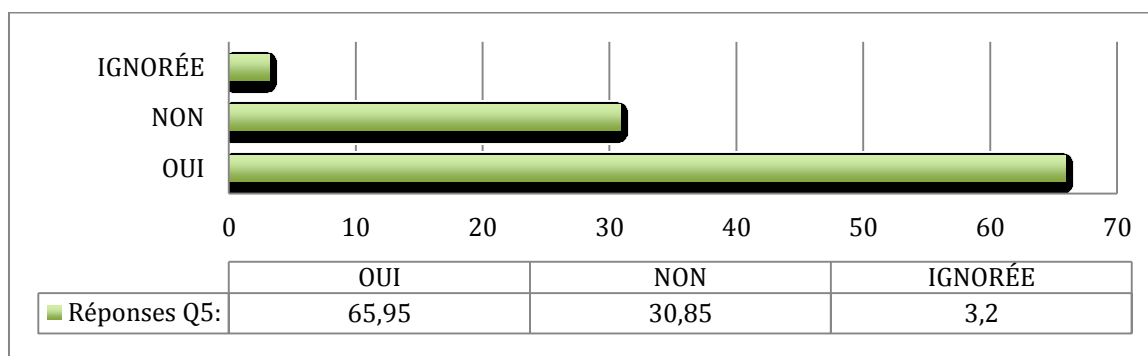
Des commentaires laissés par des participants ont mis en lumière quelques réserves sur leur réponse "OUI" concernant le sentiment de sécurité dans l'exercice. En effet, certains expriment leur souci d'un bon suivi thérapeutique personnel justifiant la réalisation de leur dossier mais il ne semble pas prendre conscience de la valeur juridique auquel peut prétendre le dossier dans leur exercice quotidien (à lire annexe 4). Pourtant, comme il a été vu, cela fait partie de la définition d'un dossier patient : il a un rôle juridique important dans le cas d'une recherche de responsabilité. Ce point n'est peut-être pas assez développé par les organisations ostéopathiques ou lors de la formation des thérapeutes.

N.B : la réponse "*Sentiment de sécurité dans votre exercice*" a été analysée comme les autres réponses en fonction de la date d'obtention du diplôme. C'est ainsi la seule réponse qui permet de rendre compte d'une diminution de ce sentiment de sécurité

chez les "nouveaux" diplômés (égalité de réponses OUI-NON marquée par année dès 2009). Cela est peut-être à mettre en lien avec le vent de procédure naissant dans le domaine médical et/ou la réglementation parue depuis 2007 encadrant l'exercice de l'ostéopathie. Peut-être aussi liée à une moins grande expérience professionnelle d'où une confiance en soi moins certaine. La réponse à ce critère aurait demandé à être justifiée par les participants pour en connaître les raisons.

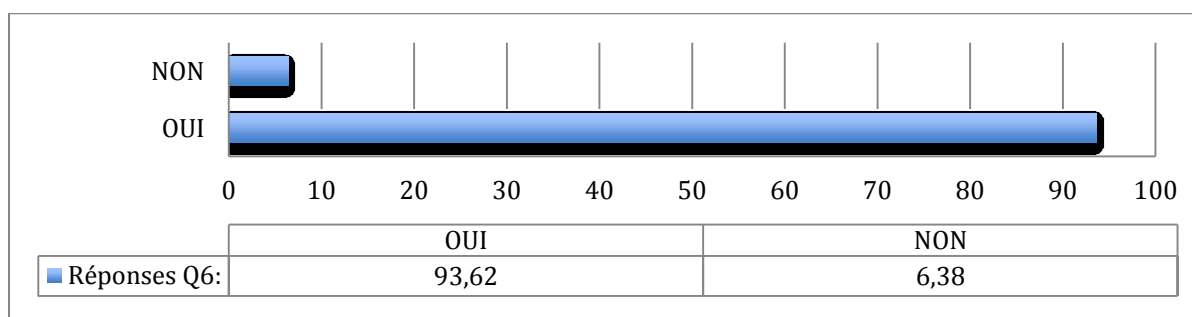
D'après ces trois premières réponses, on comprend que, sur les personnes interrogées, le contenu du dossier demandé en cas de mise en cause semble mal connu. Cette réponse paraît cohérente au regard du peu d'informations fournies aux ostéopathes sur le sujet (cf chapitre analyse littéraire). La réponse à la question Q3 marque pourtant l'intérêt qui porte les concernés. La question Q4 et ses commentaires viennent renforcer cette idée en montrant que ce n'est pas par manque d'intérêt mais bien plus par un manque de connaissances de ses caractéristiques que les ostéopathes se sentent démunis face à la réalisation de leurs dossiers.

- **Q5. Aujourd'hui, si on vous en faisait la demande, seriez-vous à l'aise pour communiquer les informations présentes dans le dossier d'un de vos anciens patients ?**



Les ostéopathes interrogés semblent assez mitigés. D'après les commentaires (lire annexe 5), certains ayant répondu "oui" mentionnent une retenue en fonction de qui en ferait la demande ou s'avouent ne pas toujours être sûrs que leurs dossiers soient complets. Ces réponses sont donc révélatrices d'un point à améliorer.

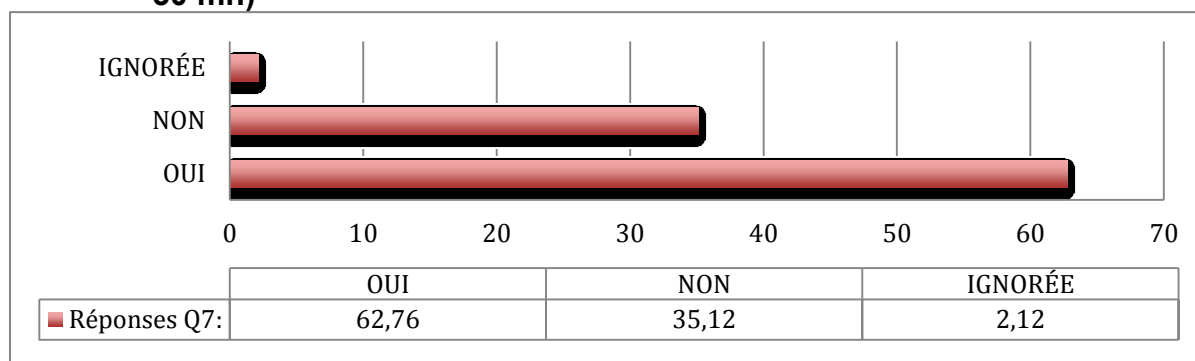
- **Q6. Seriez-vous intéressé(e) par un modèle de questionnaire d'anamnèse type répondant aux recommandations actuelles de référence ?**



Les réponses à ces deux dernières questions confirment l'idée qu'il paraît nécessaire d'élaborer des recommandations de bonne pratique sur le sujet, d'autant plus que les

personnes interrogées semblent intéressées. Elles confirment l'intérêt de ce travail de recherche.

- **Q7. Seriez-vous d'accord pour participer à une auto-évaluation sur le contenu de vos dossiers ? (évaluation anonyme - temps de réalisation : 30 mn)**



Sur les soixante et une (61) adresses mails fournies, vingt auto-évaluations m'ont été retournées. Il semble intéressant de constater comment ces ostéopathes sensibilisés au sujet remplissent leurs dossiers. Les réponses à cette évaluation pourront permettre de révéler d'éventuels manques à compenser et/ou de s'inspirer des spécificités pratiques de chacun quand elles seront judicieuses pour répondre au mieux aux attentes des professionnels avant l'élaboration des recommandations.

4.3.2. L'auto-évaluation de la qualité de tenue des dossiers en ostéopathie

L'évaluation est réalisée en s'inspirant de la méthodologie d'évaluation de la tenue du dossier publiée par l'ANAES en juin 2003 dans *Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations*.

La recherche des méthodes et outils a été effectuée en consultant les documents mis à disposition par le service documentation de l'ANAES. La grille de critères utilisée comme référentiel s'inspire de l'analyse des grilles d'audit élaborées par l'ANAES dans *Évaluation de la tenue du dossier du malade : l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé* (Paris, 1994) et dans ces études plus récentes sur le dossier du patient [6,11].

"La méthode d'évaluation préconisée dans ce document est celle de l'audit clinique, utilisable pour l'évaluation des pratiques professionnelles médicales et paramédicales. Les critères formant le référentiel conviennent à tous les types d'établissements de santé mais ils peuvent être adaptés ou précisés, selon le cas, pour tenir compte du contexte local de mise en œuvre et de la variété des spécialités médicales." [6]

Il est extrait de ce référentiel les critères pertinents pouvant entrer dans le cadre de la prise en charge en ostéopathie et rajouté des critères spécifiques en tenant compte de l'analyse littéraire faite concernant la recherche de diagnostic différentiel ou d'exclusion à l'exercice de l'ostéopathie (chap. 4.2.2.1.1 - La place de l'anamnèse en ostéopathie).

4.3.2.1. La méthode d'évaluation

La méthode retenue pour réaliser l'évaluation de la tenue du dossier s'inspire de

celle de l'audit clinique. L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques avec l'objectif de les améliorer.

Les étapes de l'audit clinique [6] sont résumées dans le tableau en annexe 6.

4.3.2.2. Le choix des critères

La réalisation d'une évaluation suppose de concevoir un outil de mesure de la pratique, c'est-à-dire de déterminer un ensemble de critères d'évaluation organisé sous forme de grille d'évaluation.

La tenue du dossier du patient faisant partie des thèmes difficiles, l'ANAES a proposé un référentiel d'application simple. Il est constitué de deux types de critères :

- des critères qui nécessitent une réponse pour chaque dossier de l'échantillon ;
- des critères d'ordre général qui ne nécessitent qu'une réponse par praticien.

Nous nous sommes inspirés de ce procédé [15]. Dans ces conditions, nous avons pris connaissance de la grille de critères et des commentaires de l'ANAES, en adaptant ou ajoutant, le cas échéant, certains critères à la situation de l'ostéopathie en exercice libéral en tenant compte de l'analyse littéraire.

Beaucoup des critères retenus ont été évalués quant à leur pertinence retirée de l'analyse littéraire. Pour cette raison, ces critères seront justifiés et retrouvés dans la fiche dossier type présentée au chapitre suivant *Recommandations de bonne tenue des dossiers en ostéopathie*. Ces critères sont ici juste présentés succinctement.

4.3.2.2.1. Critères d'évaluation propres à chaque dossier

Ces critères sont à remplir pour chaque dossier de l'échantillon. Ils explorent :

- la tenue globale du dossier ;
- les informations saisies à l'entrée du patient ;
- les informations recueillies durant la consultation du patient.

Ces critères ont pour objectif de :

- Identifier sans risque d'erreur un patient (critères 1 et 2).
- Disposer des informations permettant de connaître l'état de santé du patient et ses habitudes de vie (critères 7 à 9).
- Connaître l'état de santé du patient au jour de la consultation (critères 3 à 6, 10 et 11).
- Retrouver l'historique des actes de diagnostic et de soins effectués (critère 12).
- Les résultats et conclusions du traitement réalisé sont notés pour assurer la traçabilité (critère 13).
- Organiser l'archivage du dossier du patient afin de respecter les obligations déontologiques (critères 14 et 15).

Le référentiel a repris les éléments communs de base à une prise en charge thérapeutique qu'elle soit faite par un professionnel de santé reconnu ou un ostéopathe. Ces critères ont fait état de recommandations par l'ANAES [6].

Des critères spécifiques ont ensuite été choisis en fonction des recherches littéraires effectuées sur le contenu du dossier ostéopathique. En effet, il a été vu que l'anamnèse ostéopathique n'a pour but essentiel, mis à part celui d'assurer des soins de

qualité, que de faire ressortir d'éventuels "signes d'alerte" révélateurs d'un diagnostic différentiel ou d'exclusion au traitement ostéopathique. Ces critères ont donc été retenus quant à leur intérêt pour mettre en lumière ces "signes d'alerte". Nous avons cherché à évaluer si les ostéopathes en prenaient connaissance et les notaient dans leur dossier.

Le nombre de critères proposés dans le référentiel peut paraître élevé. Il permet l'évaluation du dossier du patient utilisé dans pratiquement toutes les situations rencontrées dans les cabinets d'ostéopathie pour des patients vus en consultation. L'ensemble des critères proposés ne représente pas une liste opposable mais bien une liste suffisamment détaillée dans un objectif d'amélioration de la qualité.

4.3.2.2.1.1. Identification du patient

- ⇒ **Critère 1 : La date et l'horaire de la consultation ostéopathique sont notés dans le dossier.**

- ⇒ **Critère 2 : Les coordonnées administratives du patient sont notées dans le dossier**
 - **2a : Nom complet actualisé**
 - **2b : Prénom**
 - **2c : Date de naissance**
 - **2d : Adresse complète actualisée**
 - **2e : Téléphone**
 - **2f : Profession**
 - **2g : Situation familiale**
 - **2h : Tuteur, curateur**
 - **2i : Personne et numéro de téléphone à contacter en cas de besoin**
 - **2j : Nom du médecin traitant**

4.3.2.2.1.2. Connaître l'état de santé du patient et ses habitudes de vie

- ⇒ **Critère 3 : Le motif de la consultation est noté dans le dossier**
- ⇒ **Critère 4 : Les symptômes sont notés dans le dossier**

Devant un ou des symptôme(s), il convient de définir ses caractéristiques :

- **4 : Localisation(s) ?**
 - **4a : Depuis quand ?**
 - **4b : Suite à quoi ?**
 - **4c : Quand ?**
 - **4d : Facteurs aggravants / soulageants ?**
 - **4e : Signes associés ?**
- ⇒ **Critère 5 : Avez-vous noté dans votre dossier si le patient a consulté ou non un médecin pour le motif de la consultation ?**

 - ⇒ **Critère 6 : Avez-vous noté dans votre dossier si le patient prend ou non des médicaments en rapport avec le motif de la consultation ?**

⇒ **Critère 7 : La synthèse actualisée et détaillée des antécédents médicaux, chirurgicaux, traumatiques, génito-urinaires du patient est notée dans le dossier**

▪ **7a : Une synthèse actualisée des antécédents médicaux est notée dans le dossier**

- Le patient a-t-il un ou d'autres problèmes de santé au jour de la consultation ? A-t-il bénéficié d'un suivi médical récent ou ancien ? A-t-il été hospitalisé ?
- Le patient suit-il un traitement médicamenteux ou en a-t-il suivi durablement ? (nature et posologie)
- Le patient a-t-il déjà subi des examens radiologiques ou toutes autres investigations qui auraient montré une ou des anomalies ? (date et résultat(s))
- Le patient a-t-il subi un traitement par radiothérapie ?
- Le patient présente-t-il une malformation congénitale connue ?

▪ **7b : Une synthèse actualisée des antécédents chirurgicaux et traumatiques est notée dans le dossier**

▪ **7c : Une synthèse actualisée des antécédents génito-urinaires est notée dans le dossier**

Pour la femme, les critères retenus portent sur l'existence d'une grossesse en cours, la date du dernier cycle, la présence de saignements vaginaux en dehors du cycle, la prise de pilule et les observations en rapport avec le suivi gynécologique (césarienne, fausse-couche, grossesse difficile, etc.).

De manière impersonnelle, on demandera si il existe une incontinence urinaire et/ou anale qui pourrait évoquer une compression médullaire ou un syndrome de la queue de cheval qui est un diagnostic médical d'urgence.

⇒ **Critère 8 : Antécédents familiaux**

⇒ **Critère 9 : Le mode de vie du patient est noté dans le dossier**

- **9a : Tension artérielle connue**
- **9b : Diabète, cholestérol**
- **9c : Activité physique régulière (type et niveau)**
- **9d : Consommations quotidiennes de tabac et d'alcool**

⇒ **Critère 10 : Les examens complémentaires effectués pour le motif de la consultation et leurs résultats sont notés dans le dossier.**

⇒ **Critère 11 : La synthèse de l'examen clinique est notée dans le dossier du patient.**

4.3.2.2.1.3. Traçabilité des choix thérapeutiques et des soins

- ⇒ **Critère 12 : La nature (diagnostic, soins) des actes effectués est notée dans le dossier du patient.**
- ⇒ **Critère 13 : Les résultats et conclusions du traitement réalisé sont notés dans le dossier du patient.**

4.3.2.2.1.4. Archivage du dossier du patient

- ⇒ **Critère 14 : Le praticien peut retrouver à tout moment le dossier d'un ancien patient.**
- ⇒ **Critère 15 : Le praticien est en mesure de communiquer aux patients les informations présentes dans leur dossier et ayant servi aux actes de diagnostic ou de soins en ostéopathie.**

4.3.2.2.2. Critères d'ordre général

Ces critères d'ordre général ne nécessitent qu'une réponse par praticien. Ils constituent la deuxième partie du référentiel. Ils explorent les moyens entrepris et l'intérêt porté pour la tenue du dossier.

- ⇒ **Critères 16 et 17 : Formation d'ostéopathe suivie et Date d'obtention du diplôme**

Ces deux critères cherchent à évaluer si la tenue du dossier est fonction de la formation suivie et de la date d'obtention du diplôme. Ils pourront permettre de se rendre compte d'éventuelles disparités sur la sensibilisation à la tenue du dossier en fonction de la formation suivie. La date d'obtention du diplôme pourra être révélatrice d'une amélioration ou d'une régression sur la qualité de tenue des dossiers.

- ⇒ **Critère 18 : Quelles questions supplémentaires posez-vous systématiquement lors de votre anamnèse? et pour quelle(s) raison(s) ?**

LA HAS n'ayant pas encore élaboré de recommandations de bonne pratique concernant la tenue du dossier ostéopathique, il semble intéressant de prendre l'avis des professionnels en exercice quotidien. Un critère pertinent aurait pu être omis dans la sélection de la littérature.

- ⇒ **Critères 19 et 20 : Questions sur les pratiques concernant le rachis cervical**

Dans toutes les expertises en responsabilité professionnelle, le dossier du patient est toujours demandé. Le dossier du patient doit comporter tous les éléments permettant d'attester que la procédure recommandée en matière de manipulation cervicale a été respectée [25].

La première question interroge sur le respect de la présence de l'attestation de non contre-indication aux manipulations du rachis cervical d'un médecin avant toutes manipulations du rachis cervical, obligatoire depuis la parution du décret n°2007-435

(annexe 1). Cette attestation doit être obligatoirement jointe au contenu du dossier patient.

La deuxième question vise à évaluer si les ostéopathes prennent des précautions spécifiques, même en présence d'une attestation de non contre-indication du médecin, avant de manipuler le rachis cervical. Des recommandations sont parues¹⁹ [13] :

- Rechercher les facteurs de risques induits par la pathologie elle-même, les antécédents, les traitements suivis ou en cours ;
- Faire un examen clinique du rachis cervical ;
- Effectuer un examen neurologique simple mais complet (recherche des réflexes ostéo-tendineux, troubles sensitifs et moteur) ;
- Prendre la tension artérielle des deux bras ;
- Rechercher un souffle carotidien à l'auscultation qui accompagne 45 à 50% des sténoses carotidiennes²⁰ ;
- Prendre connaissance des éventuels examens radiologiques réalisés antérieurement à la consultation ostéopathique.

Ces données et leurs résultats doivent être référencés dans le dossier avant toute manipulation cervicale [7,25]. Elles seront présentes dans la fiche dossier type proposée.

⇒ **Critère 21 : Question sur la recherche du consentement éclairé du patient**

La recherche du consentement éclairé du patient et son information sur les principes et les risques encourus par le traitement par manipulation vertébrale sont une obligation déontologique pour l'ostéopathe (art. 17 du Code de déontologie commun). C'est une obligation légale pour les professionnels de santé imposée depuis la loi du 4 mars 2002 (art L 1111.2 du Code de santé publique²¹).

Le consentement écrit n'est pas obligatoire pour la pratique de l'ostéopathie. Des formulaires ou des fiches d'information ou de consentement peuvent être utilisés comme une aide à la compréhension du patient, mais elles ne sont pas suffisantes à elles seules pour apporter la preuve de la bonne information de ce dernier. Ils ne sont qu'un des éléments de concrétisation de l'ensemble du processus d'information oral. C'est la conviction, mise par l'acteur du soin dans son information pour aider le patient à prendre la décision adaptée, qui prime. Ainsi, l'écrit, lorsqu'il n'est pas obligatoire, est fortement recommandé pour solenniser le moment, témoigner de l'attention du thérapeute à sa relation avec le patient et marquer l'importance du consentement de celui-ci [19]. La loi du 4 mars 2002 prend en compte la situation particulière des mineurs et des majeurs sous tutelle qui se trouvent hors d'état d'exprimer leur consentement : il faut s'efforcer d'obtenir le consentement des parents ou du représentant légal.

Cette question est posée à titre informatif et va permettre d'apprécier la pratique des ostéopathes à ce sujet.

Une case "Observations et commentaires pour cette auto-évaluation" est laissée à l'appréciation des professionnels interrogés.

¹⁹ en dehors des contre-indications ostéopathiques habituelles.

²⁰ source : <http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article395>.

²¹ loi n° 303 du 4 mars 2002, complétée par le décret du 29 avril 2002 « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...]. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.* »

4.3.2.3. Le choix du type d'étude et de la méthode de mesure

L'étude est mise en œuvre sur une base **rétrospective** pour une plus grande facilité d'organisation et pour donner une meilleure fiabilité aux résultats [6].

Nous avons préféré proposer une **auto évaluation**, c'est-à-dire une évaluation réalisée par les ostéopathes exclusifs sur leurs propres dossiers. Cette méthode est recommandée par l'ANAES [6] : elle permet une appropriation de la méthode de l'audit clinique et favorise l'implication des professionnels dans la mise en œuvre du plan d'amélioration.

4.3.2.3.1. Nombre de dossiers

Un effectif de **20 dossiers** par ostéopathe paraît suffisant pour apprécier la tenue du dossier d'un professionnel sans que cette enquête ne devienne trop contraignante en terme de temps pour le participant.

4.3.2.3.2. Sélection des dossiers

Tous les patients suivis. Sont exclus, pour l'auto-évaluation, les patients vus en urgence. Nous conseillons à l'ostéopathe de se baser sur ses 20 derniers dossiers patients à la date de réception de l'auto-évaluation.

4.3.2.4. L'initialisation de l'étude

Les sondés du questionnaire en ligne ont reçu la grille d'auto-évaluation sur leur messagerie électronique grâce à une pièce jointe sous format Excel. Un document d'information contenant un guide de remplissage de la grille d'évaluation est également jointe pour apporter une aide au recueil des données. Ces documents sont consultables en annexe 7. La date limite de renvoi de l'auto-évaluation est fixée, comme pour le questionnaire en ligne, au vendredi 14 juin inclus.

4.3.2.5. Le recueil des données et la mesure

Avant de débiter l'audit proprement dit, la grille de recueil de données a été testée avec l'aide de deux ostéopathes D.O sur leurs dossiers afin de consolider l'appropriation de l'outil, de vérifier la compréhension des critères et d'apprécier le volume du travail nécessaire.

Une grille de recueil de données est utilisée pour les 20 dossiers évalués. Chaque colonne est numérotée et correspond à un dossier patient. Les coordonnées du patient n'ont pas à figurer sur les grilles de recueil. L'auto-évaluation comporte une grille d'évaluation à remplir sur le contenu de leur dossier puis un questionnaire plus personnel sur leurs habitudes et leurs points de vue concernant la tenue de leur dossier.

Le recueil de l'ensemble des données se fait par réponse mail par retour du fichier Excel rempli.

Le remplissage des grilles est simple et s'effectue par «OUI» ou par «NON» à l'exclusion des situations où la question n'est pas pertinente. Dans ce cas, la réponse «Non adapté» (NA) est utilisée. Cependant la possibilité de réponse non adaptée (NA) doit être l'exception, les critères choisis restants assez généraux et adaptés à la pratique de l'ostéopathie. Un tableau fait suite à la grille proposant une réponse libre «OBSERVATIONS» par dossier en cas de situation particulière ayant modifiée l'anamnèse (exemple: nourrisson, problème de communication, etc.). Il est obligatoire

de commenter les réponses « Non adapté » pour que leur usage soit conforme et justifié.

4.3.2.6. Résultats et Analyse de l'auto-évaluation

4.3.2.6.1. Dépouillement de l'étude

Nous utilisons une grille de dépouillement des données, visualisant la totalité des critères retenus pour l'évaluation, ce qui permet de traiter l'ensemble des résultats des grilles d'évaluation.

Pour chaque grille, les réponses positives et négatives ont été comptabilisées, avant d'effectuer le calcul des pourcentages de OUI sur le total des OUI et des NON. Les NA sont exclus du calcul des pourcentages. Le nombre de réponses à l'auto-évaluation étant peu important, les résultats ont été traités manuellement.

4.3.2.6.2. Interprétation des résultats

Pour la grille d'évaluation du contenu des dossiers, la présentation des résultats est faite sous forme d'un tableau pour faciliter l'interprétation des résultats. Il a été retenu les pourcentages de OUI inférieurs ou égaux à 40%, résultats significatifs d'une non prise en compte du critère dans la réalisation de la plupart des dossiers du sondé.

Le tableau des résultats des vingt auto-évaluations est présenté en annexe 8 :

Pour les critères d'évaluation propres à chaque dossier,

Les pourcentages montrent que les résultats sont assez bons. Cependant, certains critères semblent ne pas être retenus comme importants par la plupart des évalués et révèlent un manque :

- **L'heure de la consultation ;**
- Au niveau de l'identification du patient : **l'adresse actualisée, la situation familiale, l'existence d'un tuteur ou curateur, le nom et numéro d'une personne à prévenir en cas de besoin.** La recherche du **nom du médecin traitant** n'est pas systématique non plus.

Certains de ces critères comme l'heure de la consultation, l'adresse actualisée et le nom du médecin traitant sont retenus indispensables, les autres souhaitables. Nous verrons leur justification au chapitre *Recommandations*.

- Concernant l'état de santé du patient et son mode de vie :
 - Les symptômes et ses caractéristiques apparaissent dans les dossiers.
 - Les antécédents personnels du patient sont aussi globalement bien référencés (la recherche des antécédents génito-urinaires n'étant pas obligatoirement à rechercher en fonction de la symptomatologie). Il est important de relever que la recherche des antécédents médicaux est assez inconstante : cela vient-il du fait que les ostéopathes ne notent rien dans leur dossier en l'absence d'antécédent(s) ? Cette constatation semble révélatrice d'une éventuelle lacune. Pareillement, la recherche des **antécédents familiaux** concerne moins de la moitié des ostéopathes.
 - Pour le mode de vie du patient, la **tension artérielle connue** du patient n'est pas systématiquement demandée. La présence de **diabète** et **cholestérol** non plus, tout comme les **consommations quotidiennes de tabac et d'alcool**. Ces derniers critères correspondent à des facteurs de risque mais leur intérêt cardio-vasculaire lié à notre exercice ne semble pas négligeable.

- Les résultats des éventuels examens complémentaires en lien avec le motif de consultation sont largement notés. La synthèse de l'examen physique, la traçabilité des choix thérapeutiques et des soins sont aussi notées dans les dossiers.
- Les praticiens semblent être en mesure de retrouver facilement un dossier, tout comme le communiquer à leur patient.

Pour les critères d'ordre général,

Seules quatre réponses retiennent notre attention. Les commentaires laissés aux questions sont consultables en annexe 9 :

- Les **questions supplémentaires** posées lors de leur anamnèse retenues sont :
 - ⇒ Comment avez-vous eu les coordonnées du cabinet ?
 - ⇒ Avez-vous déjà été manipulé? Si oui, par qui et comment ?

Ces questions sont justifiées pour "évaluer le profil du patient".

- ⇒ Y a t-il quelque chose d'autre que vous voudriez me signaler en rapport ou non avec le motif de votre consultation ?

D'après les deux ostéopathes ayant rajouté cette dernière question, elle apporterait souvent des renseignements très intéressants que les patients ne leur donneraient pas autrement.

Ces questions sont pertinentes et seront donc prises en compte dans l'élaboration de la fiche dossier type.

- A la question, "**Demandez-vous systématiquement un certificat de non contre-indication au médecin traitant avant toute manipulation du rachis cervical ?**" Dix-neuf ostéopathes ont répondu "non", le vingtième déclarant ne plus manipuler les cervicales. A la question suivante, "**Effectuez-vous des tests avant de manipuler le rachis cervical ? Lesquels ?**", douze répondent "non". Six des personnes ayant répondu "oui" effectuent des tests spécifiques, certains seulement en présence de facteur de risque vasculaire : prise de tension artérielle et test de Klein.

Ces deux critères seraient pourtant demandés en cas de litige faisant suite à une manipulation cervicale. Pour ces raisons, la présence de ces deux critères sera retenu comme indispensable dans la fiche dossier type créée.

- La question sur la **recherche du consentement éclairé du patient** a révélé dix-huit "non" sur les vingt réponses. Des commentaires intéressants sont lisibles en annexe 9 - critère 21. Cette question était ici posée à titre informatif pour connaître les habitudes des ostéopathes à ce sujet, le document écrit n'étant pas obligatoire. Cependant, cette question semble révéler une lacune importante, ce critère devant pourtant être recherché depuis la loi du 4 mars 2002 par tout acteur de soins. Il est aussi rendu obligatoire par les organisations nationales ostéopathiques. Ce sujet ne sera pas traité dans cette étude, déjà assez vaste, mais il vient encore marquer le manque de recommandations existantes autour de l'exercice de l'ostéopathie.

Une réponse libre "OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION" était proposée à la fin de l'auto-évaluation (à lire fin annexe 9). Elle permet de confirmer certains points :

- ⇒ L'intérêt et l'attente des professionnels sur le sujet ;

- ⇒ Le manque de systématisation des questions indispensables à référencer dans le dossier ;
- ⇒ Les réponses aux questions anamnestiques semblent pour certains notées dans le dossier seulement quand elles sont positives, ce qui ne prouve pas que la question a bien été posée en cas de réponse négative.

5. DISCUSSION

A la lumière des résultats du questionnaire en ligne tout comme ceux de l'auto-évaluation, la conclusion des recherches documentaires semble confirmée : il existe aujourd'hui un manque de définitions des règles concernant la tenue et le contenu du dossier en ostéopathie. Les professionnels interrogés y apparaissent sensibles et semblent en demande de plus d'informations. Les recherches entreprises ont permis de faire une synthèse tant littéraire que pratique des données actuellement connues.

Les résultats de l'auto-évaluation sont rassurants et semblent montrer que les ostéopathes tiennent de bons dossiers. Cependant, il est un biais important à retenir concernant cette auto-évaluation : les ostéopathes ayant accepté de la réaliser ont plus de chance d'être des personnes tenant correctement leur dossier. Ces résultats sont donc à prendre avec mesure. Il aurait aussi été intéressant de collecter davantage de réponses pour rendre compte de conclusions plus fiables. Dix-huit des ostéopathes auto-évalués ont répondu être intéressés par un modèle de questionnaire d'anamnèse "type" lors du questionnaire en ligne.

Au vue des réponses récoltées par les différentes recherches, l'objectif de ce TER semble validé. Il paraît intéressant et nécessaire que des recommandations soient apportées dans le domaine pour suggérer une base légale reconnue aux ostéopathes en cas de mise en cause de leur responsabilité.

6. RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER PATIENT EN OSTÉOPATHIE

6.1. LA TENUE DU DOSSIER PATIENT EN OSTÉOPATHIE

L'établissement de recommandations pour la tenue du dossier du patient en ostéopathie est encore inexistante. Ce travail tente de formuler un cadre général avec la description et les possibilités d'organisation des données pouvant servir de référence pour leur conception. Il n'y a pas de standard. Le dossier pourra être construit par son représentant afin qu'il corresponde mieux à son exercice. Le but de ce travail est d'amener une référence pour l'élaboration d'un dossier juridiquement opposable.

La tenue d'un dossier complet et actualisé permet une approche globale du patient. Établir un bon dossier du patient favorise un exercice de qualité plus rationnel. Les objectifs de la bonne tenue des dossiers retenus sont :

au niveau clinique :

- permettre une prise en charge globale du patient ;
- améliorer la démarche du praticien pour optimiser son exercice ;
- utiliser au mieux les données diverses recueillies dans le dossier pour se remémorer :
 - l'anamnèse médicale et surtout les alertes médicales
 - les traitements effectués
 - le plan de traitement
- planifier les traitements et donc agir avec logique et sans perte de temps ;
- expliquer et discuter des traitements avec le patient à partir d'éléments du dossier ;
- avoir une trace des traitements effectués et pourquoi ;
- avoir un élément de référence pour les identifications.

au niveau de la gestion :

- favoriser la gestion administrative ;
 - retrouver rapidement et sans risque d'erreur le dossier du patient ;
 - favoriser la transmission des informations du dossier à la demande du patient, ses représentants légaux ou en cas de mise en jeu de la responsabilité.
- Il est recommandé qu'un dossier soit élaboré pour chaque patient se présentant à la consultation. En cas d'utilisation d'un dossier informatique, une déclaration de fichier de gestion des patients doit être faite à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- Les recommandations concernant la tenue et la structuration du dossier sont les suivantes :
- un dossier doit être clair, lisible, actualisé ;
 - le dossier papier doit être écrit de façon indélébile ;
 - la présentation du dossier doit être évolutive ;
 - une fiche de garde confidentielle peut mettre en évidence les données d'alerte médicale et les informations importantes ;
 - les commentaires personnels doivent être consignés sur une fiche à part.
- Quel que soit le support de dossier (papier ou informatique), la sécurité des données doit être assurée (local non accessible au public ou meuble fermant à clef, sécurisation des données informatiques).
- Concernant la communication du dossier, seul le patient a accès à son dossier. L'ostéopathe veille à la protection du dossier de soins ostéopathiques contre toute indiscretion, tant vis-à-vis de ses collaborateurs que de toute autre personne. Il doit être communiqué au patient ou à son représentant dûment mandaté ainsi qu'à toute juridiction ou expert désigné qui en formulent la demande. Pour les règles d'accès, on ne peut se baser que sur les règles s'appliquant aux professionnels de santé, "le patient peut accéder à ces informations [...] dans les conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations datent de plus de cinq ans."

- La durée de conservation des dossiers en ostéopathie n'est pas définie dans le Code de Déontologie commun retenu par les organisations nationales ostéopathiques représentatives. Il est peut-être préférable de tenir compte des règles du Code de la santé publique en attendant une vraie définition par celles-ci. Ainsi, les dossiers doivent être conservés pendant une durée égale à trente ans à compter de la date du dernier épisode de soins ou rendez-vous. Pour un patient mineur au moment des soins, ce délai doit être augmenté du nombre d'années séparant la date du dernier épisode de soins ou rendez-vous de celle de sa majorité.

6.2. LE CONTENU DU DOSSIER PATIENT EN OSTÉOPATHIE

D'après notre analyse littéraire, nous avons répertorié des signes d'alerte et d'urgence indispensables à savoir repérer dans le respect de l'article 1 du décret 2007-435 fixant les limites du champ de compétences de l'ostéopathe. L'anamnèse est la première étape pour aboutir à un diagnostic différentiel ou d'exclusion permettant la prise en charge du patient ou son orientation vers d'autres spécialités.

Nous avons élaboré une fiche dossier type présentée en annexe 10.

Grâce aux recherches effectuées, elle tente de faire ressortir le maximum d'éléments indispensables à référencer pour avoir des arguments objectifs et opposables en cas de mise en cause de la responsabilité du thérapeute. Tous les critères d'évaluation retenus comme indispensables à recueillir lors de l'anamnèse précédant l'examen physique [5, 30,31,32] vont être justifiés quant à leur intérêt pour le diagnostic ostéopathique. Les critères marqués de couleur rouge sur la fiche sont des signes d'alerte de diagnostic d'exclusion à la prise en charge ostéopathique.

Cette fiche a été présentée pour avis avant d'arrêter sa version finale à :
Monsieur Éric Parein, médecin généraliste et du sport, aussi enseignant de sémiologie et pathologie dans plusieurs écoles dont l'IFSOR,
Monsieur Michel Sala, ostéopathe D.O, président et secrétaire général de l'Association Française d'Ostéopathie,
Monsieur Jean-Marie Grappin, ostéopathe D.O, membre titulaire de la commission d'ostéopathie DRASS Bourgogne, chargé de mission de l'UFOF et expert diplômé de LEGOSTEO²².

Voici ces critères retenus "pertinents" décrits et justifiés :

²² Diplôme Universitaire LEGOSTEO sur deux ans : expertise judiciaire, gestion et organisation de la profession d'ostéopathe, Faculté de droit de Dijon [29].

6.2.1. Les coordonnées administratives du patient

Tout dossier doit contenir des données administratives nécessaires au bon fonctionnement du cabinet. Un certain nombre de données sont indispensables, d'autres seront recueillies selon les pratiques et la volonté du praticien. Il serait cependant préférable de les recueillir. Nous avons pris comme base de référence la liste définie par les recommandations pour la tenue du dossier médical en médecine générale, élaborées par l'ANAES [12]. L'ordre dans lequel seront recueillies ces données est laissé à l'appréciation du praticien, notamment en ce qui concerne les dossiers papier. L'intérêt de chacun de ces critères est consultable en annexe 11.

Nom / Nom de jeune fille : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Prénom : _____	
Date de naissance : ___/___/___	
Adresse : _____	
CP : _____	Ville : _____
Téléphone(s) : ___/___/___/___/___ ___/___/___/___/___	
Profession : _____	
Situation Familiale : _____	
Tuteur si mineur, Curateur : _____	
En cas de besoin, contacter : _____	
Nom du médecin traitant : _____	
Adressé(e) la 1ère fois par : _____	
Déjà manipulé(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom et spécialité : _____	

La date et l'horaire de la consultation ostéopathique sont notés dans le dossier. Cette information semble essentielle en cas de modification rapide de l'état de santé du patient [5, 6].

6.2.2. L'état de santé du patient et ses habitudes de vie

⇒ **Le motif de la consultation est noté dans le dossier.**

Le motif de la consultation est un élément qui permet d'apprécier l'attente du patient et qui doit être pris en compte dans l'établissement du plan de traitement. Le thérapeute note la plainte du patient selon ses dires.

Pour l'ostéopathe, il permet d'identifier la ou les structure(s) qui s'exprime(nt) et de définir l'expression pathologique de la plainte (mécanique, neurologique, neuro-vasculaire).

⇒ **Les symptômes sont notés dans le dossier.**

Quel que soit le motif de consultation, l'interrogatoire de l'ostéopathe aura pour but d'éliminer les signes d'exclusion à son traitement (cf art. 1 du décret 2007-435). Il sera défini à chaque étape comment ces différents signes d'appel peuvent apparaître au fur et à mesure de l'interrogatoire.

Devant un ou des symptôme(s), il convient de définir ses caractéristiques :

- son **siège** : la localisation et éventuelle(s) irradiation(s).
- sa **fréquence** : l'apparition des symptômes est à définir. Elle permet au thérapeute d'évaluer le caractère récent ou chronique des symptômes décrits. Il convient d'être attentif à des symptômes inhabituels, apparus récemment et/ou brutalement et/ou sans raison connue.
- son **horaire**, son **évolution** et son **rythme** d'apparition : le symptôme est-il permanent, diurne et/ou nocturne ? Augmente-il la nuit ? L'oblige-t-il à se lever ?... Il faudra chercher à identifier une douleur diurne et nocturne (signes infectieux, tumoral, inflammatoires éventuels). Une douleur ne cédant pas aux antalgiques est aussi un signe d'alerte.
- son **type** : expression mécanique ou inflammatoire.
- son ou ses **facteur(s) déclenchant(s)** :

Il est important de savoir si ces symptômes sont mis en relation avec un événement particulier (chute, accident de la voie publique, choc émotionnel ou physique, etc.).

Connaître le phénomène déclenchant nous amène plusieurs informations :

- Evaluer l'intensité du phénomène déclenchant et supposer un risque de lésion irréversible. Il nous faudra alors ne pas prendre en charge ce patient et savoir le déléguer au spécialiste concerné : on devra être vigilant au contexte traumatique, notamment suivi d'une impotence fonctionnelle immédiate. Il serait judicieux de préconiser un examen paraclinique avant toute prise en charge ;
- La localisation du phénomène déclenchant nous permet d'identifier le retentissement particulier ou général sur l'organisme du patient ce qui va modifier notre plan de traitement ;
- La cohérence entre le facteur déclenchant et les symptômes décrits nous renseigne sur l'état de la structure à traiter. Si il n'y a pas de rapport de cohérence, il convient d'aller plus loin dans la description de l'apparition du ou des symptôme(s).

Si le patient n'arrive pas à identifier un phénomène déclenchant, cela nous donnera des informations quant à l'expression pathologique de la plainte, plutôt neuro-vasculaire dans ce cas.

- son ou ses **facteurs soulageant(s)** et/ou **aggravant(s)** : existe-t-il des mouvements, postures ou attitudes qui augmentent la symptomatologie ? ou au contraire la soulagent ?

Autant d'informations qui vont nous permettre de définir les caractéristiques de la douleur et sa répercussion sur le quotidien du patient.

⇒ **Le patient a-t-il consulté un médecin pour ce motif ?**

Il s'agit de savoir si un autre plan thérapeutique est engagé parallèlement, si un diagnostic médical a déjà été posé et l'efficacité du traitement entrepris. Cela nous

permet d'évaluer dans ce cas la place de notre traitement ou au contraire la contre-indication à nos manœuvres. Si le patient prend des médicaments en rapport avec sa plainte, il convient de noter le ou lesquels et leur efficacité. En cas de prise de morphine par exemple, si cette dernière ne soulage pas les douleurs, cela nous donne une indication sur l'état de santé du patient. La connaissance de la prise d'anti-inflammatoires ou d'antidouleurs devra nous inciter à mettre de la mesure dans notre geste.

⇒ **Recherche de signes associés éventuels :**

Notre recherche littéraire a mis en lumière certains signes qui doivent nous alerter (cf annexe 2). Il s'agit de montrer que ces signes ont été évalués et que la présence ou l'absence de ces signes est bien notée dans le dossier du patient.

En présence d'un ou plusieurs de ces signes d'alerte généraux, il conviendra d'orienter son patient vers le thérapeute compétent : fatigue inhabituelle, fièvre, frissons et sueurs, perte de poids inexpliquée, perte d'appétit.

Les signes d'alerte à rechercher spécifiquement par région anatomique ont été synthétisés dans la fiche. Voici les principaux symptômes auxquels il faut prêter attention en fonction du tableau clinique :

<p>En cas de symptômes THORACIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Signes respiratoires tels que dyspnée (pneumothorax), toux, essoufflement, palpitations, nausées, vomissements (insuffisance cardiaque ou aortique) ➤ Douleur transfixiante et pouvant irradier dans les membres supérieurs (pathologies viscérales, anévrisme aortique, angor, infarctus, dissection aortique, etc.)
<p>En cas de symptômes de RADICULALGIE(S) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Troubles moteurs et sensitifs uni- ou bilatéraux (faiblesse musculaire, paralysie, irradiation, paresthésies) ➤ Constipation ou anesthésie en selle ➤ Incontinence urinaire ➤ Associés à symptômes vasculaires phlébite (perte ballant, douleur à la palpation musculaire, présence de facteur(s) de risque*)
<p>En cas de symptômes de CÉPHALEE et/ou VERTIGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apparition brutale intense, nouvelle et/ou différente des précédentes (hémorragie méningée, rupture anévrisme cérébral) ➤ Associés à fièvre, raideur cervicale, photophobie (méningite) ➤ Associés à troubles de la vue et du langage, troubles moteurs et sensitifs, nausées (Accident Vasculaire Cérébral)
<p>En cas de GÊNE ABDOMINALE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Douleur d'une fosse lombaire sans position antalgique avec irradiation descendante à la bourse ou aux grandes lèvres chez un patient agité (colique néphrétique) ➤ Œdème périphérique, nausées, asthénie, altération de l'état général (insuffisance cardiaque droite, pathologie rénale ou hépatique) ➤ Urines foncées, décoloration des selles ➤ Vomissements, arrêt des matières et des gaz, anurie ➤ Hémorragie: méléna, hématomèse, hématurie
<p>En cas de GROSSESSE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saignements vaginaux en dehors du cycle ➤ Saignements couleur rouge sépia, associés à aménorrhée et douleur unilatérale paroxystique (grossesse extra-utérine)

* rechercher facteurs de risque phlébite : alitement prolongé, voyage récent, chirurgie récente, traitement coagulant (héparine, stéroïde, oestroprogestatif), grossesse et post-partum, antécédents familiaux.

Autant d'informations notées qui nous permettront d'identifier au mieux une indication ou non à nos soins.

- ⇒ **La synthèse actualisée et détaillée des antécédents médicaux, chirurgicaux, traumatiques, gynéco-obstétriques du patient est notée dans le dossier.**

Ce critère cherche à définir les antécédents de santé connus du patient. Il comporte plusieurs questions qui se recoupent volontairement pour aider le patient à se remémorer ses antécédents médicaux : elles cherchent par là à identifier l'ensemble des lésions irréversibles connues du patient ou révélées par ses examens complémentaires.

- **Une synthèse actualisée des antécédents médicaux est notée dans le dossier.**

Ce critère doit faire ressortir plusieurs éléments qui nous permettront d'identifier une ou des maladie(s) systémique(s) (cf. annexe 2) mais aussi les éventuelles précautions à prendre lors de notre prise en charge :

- **Le patient a-t-il un ou d'autres problèmes de santé au jour de la consultation ? A-t-il bénéficié d'un suivi médical récent ou ancien ? A-t-il été hospitalisé ?**

Il convient de connaître une fragilité cardio-vasculaire, pulmonaire, psychologique, pour adapter son soin en tenant compte du caractère fatigable et/ou du facteur stress-anxiété vécus par le patient en fonction des cas. Elle permet d'évaluer un facteur de risque aux soins.

Cette question pourra aussi nous permettre de faire un lien entre les symptômes actuels et les antécédents du patient (exemples : infections ORL à répétitions, troubles du transit chroniques, etc.) pour cibler l'intérêt de notre traitement.

- **Le patient suit-il un traitement médicamenteux ou en a-t-il suivi durablement ?** (nature et posologie)

Savoir si le patient prend ou a pris des médicaments nous informe sur l'existence de pathologies peut-être omises à la question précédente car non en rapport avec sa plainte du moment et sur l'existence d'effets secondaires éventuels. C'est une question croisée qui peut permettre de révéler un antécédent de santé encore non verbalisé par le patient.

La prise de certains médicaments peut être facteur de risque et doit sensibiliser l'ostéopathe dans sa prise en charge (la justification peut être retrouvée en fin d'annexe 11):

- ✓ La prise d'**anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** répétée²³,
- ✓ La prise de **cortisone** au long cours²⁴,
- ✓ Les douleurs ne cédant pas à la prise d'**antalgiques** sont une indication d'urgence médicale qui ne relève plus de l'ostéopathie [30],
- ✓ Les **anti-coagulants**²⁵,
- ✓ Les **traitements hormonaux substitutifs** chez la femme augmentent le risque cardio-vasculaire et de phlébite¹⁷.

- **Le patient a-t-il déjà subi des examens radiologiques ou toutes autres investigations qui auraient montré une ou des anomalies ?**

Il convient de les énumérer, de connaître la date, la raison de son indication et le résultat pour chaque examen. Cela nous permet de s'assurer de l'état de la structure,

²³ source : Journal of Rheumatology, novembre 2005, vol. 32, n° 11, p. 2.218-2.24

²⁴ données Internet : http://www.rhumatismes.net/index.php?id_q=836

²⁵ source : site ansm.sante.fr

de connaître précisément les diagnostics posés (cf. chap. 4.2.2.1.2. Les pathologies organiques) et de mettre en place ou non un traitement ostéopathique approprié. Elle correspond à une question croisée, comme la précédente question, pour mettre en lumière un éventuel oubli.

- **Le patient a-t-il subi un traitement par radiothérapie ?**

La radiothérapie, hormis son caractère révélateur d'antécédents tumoraux, est un facteur de risque de fragilité osseuse²⁶ dont il faut tenir compte dans nos techniques.

- **Le patient présente-t-il une malformation congénitale connue ?**

Cette information pourra nous être utile pour adapter notre traitement en conscience si la zone lésée est celle présentant la malformation (exemple : lyse isthmique). Il peut s'agir d'anomalies morphologiques des organes, des membres et/ou des tissus. Un patient qui a une malformation peut fréquemment présenter d'autres malformations [20,30] : il conviendra de l'avoir en conscience pour le thérapeute.

▪ **Une synthèse actualisée des antécédents chirurgicaux et traumatiques est notée dans le dossier.**

Il faut rechercher tous les antécédents aussi minimes soient-ils: interventions chirurgicales, fractures, entorses, luxations, traumatismes crâniens, accidents de la voie publique et tous traumatismes marquants. Il convient d'interroger le patient sur la date de l'affection et leurs éventuelles complications [1].

▪ **Pour la femme, une synthèse actualisée des antécédents gynéco-obstétriques est notée dans le dossier.**

Pour la femme, les questions portent sur l'existence d'une grossesse en cours, la date du dernier cycle, la prise de pilule et les observations en rapport avec le suivi gynécologique (césarienne, fausse-couche, grossesse difficile, etc.).

La prise de pilule associée à une consommation quotidienne de tabac et d'alcool est un facteur de risque de maladie cardio-vasculaire²⁷ qu'il semble intéressant d'évaluer au vue de notre traitement. En fonction des symptômes décrits, il pourrait être suspectée une fragilité du patient qui serait important de savoir réorienter.

⇒ **Antécédents familiaux**

On recherche la prédisposition familiale aux maladies génétiques ou non :

- Polyarthropathies (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite,...)
- Maladies cardio-vasculaires
- Diabète
- Cancer
- Dépression
- Maladies veineuses et thrombo-emboliques
- Dyslipidémie (cholestérol, triglycérides)
- Ostéoporose

Ces maladies sont des signes d'alerte relatifs pour la prise en charge ostéopathique. Il convient de s'en être assuré pour appréhender au mieux son patient.

²⁶ source : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/radiotherapie>

²⁷ source : http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/tabac-et-pilule-un-melange-mortel_1024818.html Par L'EXPRESS.fr, publié le 29/08/2011.

⇒ **Le mode de vie du patient est noté dans le dossier :**

▪ **Tension artérielle connue**

Il est important de noter si le patient présente ou a déjà présenté une anomalie de sa tension artérielle, la date et les derniers chiffres connus. En cas de présence de facteurs de risque, la prise de la tension artérielle sera effectuée au cabinet lors de l'examen physique. Ces questions pourront nous dévoiler une fragilité vasculaire pour laquelle il sera indispensable d'adapter notre geste manipulatif.

▪ **Diabète, cholestérol connus**

La question sur l'existence de diabète et/ou de cholestérol se pose dans le même intérêt vasculaire que celle de la tension artérielle vue ci-dessus.

▪ **Tabagisme quotidien**

C'est un facteur de risque cardio-vasculaire, d'autant plus chez la femme sous traitement oestroprogestatif.

▪ **Toxiques consommés**

C'est une porte d'entrée infectieuse. Cette question peut permettre de faire un lien diagnostique en association avec les symptômes décrits.

▪ **Activité(s) physique(s) régulière(s)**

On indique le type et le niveau. Cela nous donne des indications sur la sédentarité du patient (intérêt vasculaire) et sur son degré de tolérance à l'effort physique (intérêt vis à vis de l'acceptation de la séance).

⇒ **Avez-vous d'autres informations à me signaler ?**

Cette question a été exprimée par des professionnels lors de l'auto-évaluation. Elle semble clôturer l'anamnèse et souvent apporter des données supplémentaires concernant l'état de santé du patient. Nous en avons tenu compte et l'avons donc rajoutée.

6.2.3. Les pièces consultées

Les date(s) et résultat(s) des examens complémentaires en rapport avec la plainte sont notés si consultés. Dans le respect du décret n°2007-435, il est important de noter qu'un traumatisme récent n'ayant pas fait l'objet d'un examen clinique et/ou d'examens complémentaires par un médecin contre-indiquerait une prise en charge ostéopathe. Il convient de respecter les délais de consolidation osseuse ou de cicatrisation cutanée après chirurgie [24]. Dans tous les cas, le diagnostic médical doit être respecté et notre traitement adapté en fonction de celui-ci.

La présence d'éventuelles correspondances médicales fournies par le patient et/ou d'un certificat de non contre-indication aux manipulations (rachis cervical et nourrisson de moins de six mois) devront aussi être notées et jointes au dossier.

6.2.4. La traçabilité des choix thérapeutiques et des soins

⇒ **La synthèse de l'examen physique est notée dans le dossier du patient.**

L'ostéopathe énumère la liste des lésions retrouvées lors de son examen physique et palpatoire. Il convient de rechercher la présence d'adénopathies, signe d'alerte d'infection, d'inflammation ou tumoral. Les symptômes décrits à l'anamnèse sont recherchés, objectivés et/ou complétés par le thérapeute qui les note dans son dossier.

La manipulation des cervicales ne nous est pas interdite mais est encadrée par l'article 1 du décret n°2007-435. Des tests prémanipulatifs sont aussi vivement recommandés (cf. supra) et doivent donc être recherchés de manière systématique : prise de la tension artérielle des deux bras, recherche d'un souffle carotidien.

⇒ **La décision thérapeutique anamnesticque est notée dans le dossier.**

DECISION THERAPEUTIQUE ANAMNESTIQUE
Prise en charge ostéopathique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI Orientation médicale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI PRECAUTIONS MANIPULATIVES PRISES EN CONSCIENCE :

⇒ **La nature des actes effectués est notée dans le dossier du patient.**
On note les soins prodigués dans l'ordre chronologique.

⇒ **Les résultats et conclusions du traitement réalisé sont notés dans le dossier du patient.**

Ce critère permet de planifier un éventuel traitement et donc d'agir avec logique et sans perte de temps. Il permet aussi d'expliquer et de discuter des traitements avec le patient à partir d'éléments du dossier à distance de la ou des séance(s) effectuée(s).

7. CONCLUSION

Cette étude apporte des éléments de recommandations dans le but d'aider les ostéopathes à améliorer la qualité de la tenue de leurs dossiers.

Le dossier est le lieu de mémoire de la prise en charge du thérapeute : il y trace ses réflexions, ses décisions, ses actions. Le dossier n'est pas un objet inerte, il évolue au rythme des prises en charge du patient. Il permet l'évaluation de la qualité de ces actions notamment dans un cadre juridique en cas de recherche de responsabilité. Depuis 2002, il est aussi devenu un élément partagé par les acteurs de soins avec le patient. Nous avons conscience que la réglementation entourant le dossier du patient en ostéopathie est aujourd'hui mal définie et de ce fait mal connue des professionnels, c'est pourquoi nous avons voulu la détailler et l'accompagner de recommandations. Il est à espérer que des recommandations reconnues par la HAS et les organisations nationales ostéopathiques voient prochainement le jour. Il semble nécessaire que de telles règles soient établies pour une meilleure reconnaissance de notre pratique au sein du système de soins français actuel. Le dossier patient peut aussi servir de base pour la recherche scientifique et pourrait contribuer à évaluer et mieux faire connaître nos compétences.

Cette fiche dossier type ne prétend pas pouvoir permettre à l'ostéopathe de reposer son exercice exclusivement sur sa bonne tenue. D'autres contre-indications peuvent apparaître lors de l'examen clinique, comme la présence d'adénopathies par exemple, et ne sont pas détaillées ici. Seules les connaissances du praticien en sémiologie médicale, en biomécanique, en anatomie, en physiologie et en palpation pourront lui permettre d'assurer sa décision de prise en charge. Cette fiche tente seulement d'apporter une référence à l'ostéopathe pour lui éviter de passer à côté d'un diagnostic d'urgence médicale, d'un diagnostic différentiel ou d'omettre une précaution à prendre au cours de son exercice.

Il aurait été intéressant de tester cette fiche dossier type auprès des professionnels pour en apprécier sa pertinence pratique. Elle pourrait dans ce cas faire l'objet d'un projet d'informatisation. Au cours de cette étude, les professionnels ont montré un manquement concernant la recherche du consentement éclairé du patient dans leur exercice : il serait intéressant qu'un travail de recherche soit également effectué à ce niveau pour leur apporter des recommandations.

8. BIBLIOGRAPHIE

[1] CHANTEPIE A., PEROT J.-F. *Cahiers d'ostéopathie n°7. Diagnostic ostéopathique différentiel dans les situations d'urgence*. Ed. Maloine, mars 2012.

[2] *Code de déontologie*. Union Fédérale des Ostéopathes de France. [en ligne]. Disponible sur Internet : <<http://www.osteofrance.com/>>

[3] *Code de déontologie de la profession d'Ostéopathe*. Code de déontologie commun arrêté par les représentants de l'Association Française d'Ostéopathie, la Chambre des Ostéopathes, le Registre des Ostéopathes de France, le Syndicat National des Ostéopathes de France et les Ostéopathes de France. [document électronique]. Nîmes, 25 août 2011.
<http://www.afosteo.org/files/Code%20de%20deontologie%20de%20la%20profession%20d%27osteopathe%20v2011-2-1%281%29.pdf>

[4] *Code de déontologie de la SVO-FSO*. Fédération Suisse des Ostéopathes. Version adoptée par l'Assemblée Générale le 2 février 2007 et modifiée par l'Assemblée Générale le 29 février 2008 et par la Chambre des Ostéopathes du 27 octobre 2008. [document électronique]. Février 2007, <http://osteopathes-suisse.ch/fso/fr/documents/90/download>

[5] COUSTET B. *Sémiologie médicale. L'apprentissage pratique de l'examen clinique*. 3^{ème} Ed. De Boeck-Estem, 2011.

[6] *Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - Réglementation et recommandations - 2003* [en ligne]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/dossier-du-patient?xtmc=&xtcr=4>

[7] GOUSSARD J.C. *Thérapeutiques manuelles et responsabilité médico-légale, Rachis*. 2002, vol. 14, n° 1 (46 p.), p. 35-40.

[8] *Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient*. Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH). [document électronique]. Malakoff, Septembre 2011.
http://www.cneh.fr/Portals/2/05-PUBLICATIONS/GUIDE-PATIENT/DOCS/Guide_Droit_Patient_2011_2012_ENTIER.pdf

[9] KAUFMANN N., PATUREL M., WALDBURGER Y. Commission académique FSO-SVO. *Contre-indications absolues et relatives à la prise en charge ostéopathique immédiate*. Suisse, année 2006-2007.

[10] LECOCQ J. *Indications et contre-indications des manipulations vertébrales*. La Lettre du Rhumatologue, n° 270, mars 2001, p.23-28.

[11] *Le dossier du patient en odontologie. Service des recommandations et références professionnelles*. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). [document électronique]. Paris, Service Communication et Diffusion, Mai 2000. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/dossier_patient_en_odontologie_2000.pdf

[12] *La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations*. ANAES. Service Médecine Libérale. [document électronique]. Paris, Service Diffusion Communication, Septembre 1996.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>

[13] MELIKSETYAN G. Revue Réalités Cardiologiques. *Manipulations cervicales et risque de dissection vertébrale*. Février 2009.

[14] MERCURI A. *Ostéopathie et droit : une rencontre possible?* Ed. Yves Michel, juin 2012.

[15] *Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique*. Document d'information - Réaliser des recommandations de bonne pratique (4 pages). Haute Autorité de Santé. [document électronique]. Mis en ligne le 05 octobre 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/document_d_information_recommandations_de_bonne_pratique_2011-01-06_11-12-31_795.pdf

[16] NEDELEC J.-L. Société Française de Médecine Manuelle. *Manipulations vertébrales et responsabilité*. [document électronique]. Février 2011. http://www.sfmm.fr/IMG/pdf/MANIPULATIONS_VERTÉBRALES_ET_RESPONSABILITE.pdf

[17] *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative : principes directeurs pour la formation en ostéopathie*. Organisation Mondiale de la Santé. Traduction Française réalisée par l'Union Fédérale des Ostéopathes de France. 2010. p. 23-25.

[18] STILL A.T. *Ostéopathie, recherche et pratique*. Ed. Sully, 2001.

[19] VELUIRE A. *Données pratiques sur le consentement éclairé*. Droits, déontologie et soin. Ed. Elsevier Masson. Décembre 2006, vol. 6 n°4, p. 536-543.

WEBOGRAPHIE

[20] <http://anapath-paris7.aphp.fr/chap20/chapit20.htm>

[21] <http://www.college-osteopathes.org/modules/.../seo.../champs-de-pratique.html>

[22] <http://www.legifrance.gouv.fr/>

[23] <http://www.osteopathiccouncil.org.nz/code-of-ethics>

[24] <http://www.osteopathie.org/contre-indications.html>

[25] <http://www.osteopathie.org/recommandations.html>

[26] <http://osteopathie-federation.org/hcdo/deontologie-hcdo>

[27] <http://www.osteopathy.org.uk/practice/standards-of-practice/>

[28] <http://www.surveystore.info/NSarticle/enquete-par-questionnaire.asp>

[29] <http://www.u-bourgogne-formation.fr/-DU-Expertise-judiciaire-Gestion-et,305-.html>

RECUEIL DE DÉFINITIONS FORMATION IFSOR

[30] COURSIÈRES X. Cours de sémiologie. Février 2012.

[31] GERBER, RICOU. Cours de sémiostéopathie. 2011.

[32] PAREIN E. Cours de sémiologie. Avril 2012.

ANNEXE 1

Extrait du Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie (source : www.legifrance.gouv.fr)

Version consolidée du 29 avril 2012

Chapitre 1er : Actes autorisés.

Article 1

Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques.

Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé.

Article 2

Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences.

Article 3

I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

- 1° Manipulations gynéco-obstétricales ;
- 2° Touchers pelviens.

II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

- 1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;
- 2° Manipulations du rachis cervical.

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel.

ANNEXE 2

Maladies de système et Signes d'alerte au soin ostéopathique [10,17,31,32]

Parmi les principales **maladies systémiques**, on distingue :

- la polyarthrite rhumatoïde,
- le lupus érythémateux disséminé (LED),
- le syndrome oculo-uréthro-synovial (O.U.S.),
- les spondylarthropathies (spondylarthrite ankylosante),
- la maladie de Horton,
- la pseudo-polyarthrite rhizomélique,
- la sclérodermie,
- la périartérite noueuse,
- le syndrome de Gougerot-Sjogren,
- les dermatomyosites et polymyosite,
- la maladie de Behçet,
- la sarcoïdose,
- les histiocytoses,
- la maladie de Still,
- les maladies de surcharge et certaines maladies métaboliques : diabète, dyslipidémie,
- les hépatopathies chroniques : hémorragies, hémophilie, augmentation du délai de coagulation, phlébite,
- les maladies du tissu élastique,
- les maladies congénitales ou acquises du complément sérique,
- les syndromes paranéoplasiques et maladies de l'immunodéprimé.

Signes d'alerte généraux :

- Fièvre
- Fatigue inhabituelle
- Altération de l'état général
- Amaigrissement important non justifié (perte de poids supérieure à 5% du poids initial en moins de 6 mois)
- Perte d'appétit
- Douleur ne cédant pas aux antalgiques
- Adénopathies
- Photophobie (risque de méningite : rechercher si fièvre et raideur cervicale associées)
- Absence de lésions ostéopathiques retrouvées en rapport avec la plainte du patient

Signes d'alerte en fonction du tableau clinique :

- Douleurs localisées diurnes et nocturnes avec altération de l'état général (pathologie tumorale)
- Fièvre, douleurs localisées diurnes et nocturnes hyperalgiques (pathologie infectieuse). Pour le membre supérieur ou inférieur, plainte localisée, oedème et impotence fonctionnelle associés.
- Dorsalgie accompagnée de signes respiratoires tels que dyspnée, toux, essoufflement, palpitations (insuffisance cardiaque ou aortique)
- Dorsalgie accompagnée de douleur transfixiante et pouvant irradier dans les membres supérieurs (pathologies viscérales, anévrisme aortique, angor, infarctus, dissection aortique, etc.)
- Saignements vaginaux en dehors du cycle, couleur rouge sépia, associés à aménorrhée et douleur unilatérale paroxystique (grossesse extra-utérine)
- Sciatique paralysante avec un testing musculaire inférieur à 3
- Sciatique hyperalgique ne cédant pas aux antalgiques
- Suspicion d'un syndrome de la queue de cheval avec troubles moteurs et sensitifs uni- ou bilatéraux, constipation ou anesthésie en selle et incontinence urinaire
- Douleur avec signes neurologiques moteur et sensitif objectifs et/ou avec troubles sphinctériens (compression médullaire par hernie discale, neurinome, etc.)
- Céphalée brutale intense sans raison connue (hémorragie méningée, rupture anévrisme cérébral)
- Vertiges associés à troubles de la vue et du langage, céphalées, troubles moteurs et sensitifs, nausées (Accident Vasculaire Cérébral)
- Douleur d'une fosse lombaire sans position antalgique avec irradiation descendante à la bourse ou aux grandes lèvres chez un patient agité (colique néphrétique)
- Oedème périphérique prenant le godet, gêne abdominale, nausées, asthénie, altération de l'état général (insuffisance cardiaque droite, pathologie rénale ou hépatique)
- Traumatisme et impotence fonctionnelle immédiate
- Pathologie des parois ou obstruction artérielle ou veineuse diagnostiquée ou suspectée (dysplasie, athérome, phlébite...)
- Urines foncées, décoloration des selles (pathologie hépatique ou pancréatique)
- Vomissements avec signes systémiques associés
- Arrêt des matières et des gaz (occlusion), anurie
- Hémorragie : méléna, hématomèse, hématurie

Contre-Indications relatives. L'ostéopathe peut adapter son soin et faire son choix en conscience en fonction de la cohérence entre les symptômes et la plainte du patient :

- Antécédents tumoraux
- Traitement médical iatrogène
- Corticothérapie au long cours

- Douleur nocturne en fin de nuit associée à raideur matinale (> à 15min) et non soulagée par le repos (pathologie inflammatoire)
- Douleur vertébrale sans notion de traumatisme (éliminer possible fracture, fracture tassement dans un contexte ostéoporotique)
- Contexte traumatique (demander description du traumatisme, si impotence fonctionnelle immédiate, prendre connaissance des facteurs de risque). Si plainte périphérique, oedème et douleur exquise à la percussion. En cas de doute réorienter vers le médecin traitant pour des examens paracliniques.
- Céphalées brutales nouvelles ou différentes des précédentes
- Précautions lors des manipulations cervicales sous attestation médicale : chez les enfants et les adolescents, chez les patients âgés de 50 ans et plus et chez les femmes entre 20 et 30 ans, à fortiori sous contraceptif oral (risque vasculaire)
- Ostéoporose ou antécédents familiaux d'ostéoporose. Idem pour ostéopénie.
- Facteurs de risque cardio-vasculaire : hypertension artérielle, diabète, cholestérol, sédentarité, association pilule/tabac, surcharge pondérale, antécédents personnels familiaux de maladie cardio-vasculaire
- Toxicomanie (porte d'entrée infectieuse)
- Hémophilie
- Antécédents de phlébite sans cause définie (risque récidive)

ANNEXE 3

Questionnaire en ligne à remplir

Le dossier patient ostéopathique en France

1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ostéopathie?

2. Savez-vous précisément quelles données de votre dossier patient pourraient vous être demandées en cas de mise en cause de votre responsabilité professionnelle?

OUI NON

3. Seriez-vous intéressé(e) par une information sur le sujet?

OUI NON

*4. Concernant la réalisation de vos dossiers patient au quotidien, pouvez-vous me préciser votre ressenti personnel?

	OUI	NON
Réponse: si oui, précisez ci-après.		
Manque d'intérêt à la réalisation		
Manque d'information sur le contenu demandé en cas de mise en cause		
Manque de connaissances concernant sa tenue (pièces à joindre au dossier, modalités de communication et de conservation, organisation, etc)		
Sentiment de sécurité dans votre exercice		

Autres ou précisions.

5. Aujourd'hui, si on vous en faisait la demande, seriez-vous à l'aise pour communiquer les informations présentes dans le dossier d'un de vos anciens patients?

OUI NON

Commentaires éventuels:

6. Seriez-vous intéressé(e) par un modèle de questionnaire d'anamnèse type répondant aux recommandations actuelles de référence?

OUI NON

Commentaires éventuels:

7. Seriez-vous d'accord pour participer à une auto-évaluation sur le contenu de vos dossiers? (évaluation anonyme - temps de réalisation: 30 mn)

OUI. Pour recevoir l'auto-évaluation, merci de me NON.

fournir votre adresse mail ci-après.

Adresse mail:

Terminé

Optimisé par SurveyMonkey
Créez votre propre sondage en ligne gratuit dès maintenant!

N.B : cases à cocher face à chaque critère sur version en ligne.



ANNEXE 3.1

Courrier électronique et Dossier "Feuille d'information du participant" joints au questionnaire en ligne

Julie ROBINE
Etudiante de 5^{ème} année
Membre de l'AFO, IFSO-Rennes

Bonjour,
Vous avez été sensibilisés et alertés lors du congrès de l'AFO en 2006 par l'intervention du Dr Michel de Rougemont sur « La responsabilité médico-légale de l'ostéopathe ». La tenue et le contenu du dossier patient en faisaient partie.

Dans le cadre de ma dernière année à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes, je réalise un mémoire de fin d'études sur la tenue et le contenu du dossier ostéopathique.

Je vous sollicite pour vous inviter à participer à un **questionnaire**. Trois (3) minutes suffiront à le remplir.

Votre participation est volontaire et **anonyme**. Avant de décider de participer, je vous invite à lire la feuille d'information du participant ci-jointe qui vous permettra de comprendre l'objectif de cette recherche et le type d'engagement demandé.

Si vous souhaitez participer, je vous serai reconnaissante de bien vouloir compléter le questionnaire en ligne disponible en cliquant sur le lien suivant:

<http://www.surveymonkey.com/s/3Q2BQ88>

La date limite pour compléter le questionnaire est le vendredi 14 juin 2013.

D'avance, je vous remercie infiniment pour votre temps et intérêt, votre aide m'est très précieuse !

Bien sincèrement,
Julie ROBINE.

P.S : Merci de transférer ce mail à vos amis ou collègues ostéopathes. Encore une fois, plus vous me donnerez d'informations, plus ce projet réalisé ensemble trouvera son efficacité.

Julie ROBINE
Etudiante de 5^{ème} année IFSO-Rennes

FEUILLE D'INFORMATION DU PARTICIPANT

Cher Ostéopathe,

Je suis étudiante à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes. Au cours de notre dernière année, nous devons réaliser un projet de recherche sur le sujet de notre choix.

Le titre de mon projet est :

Comment tenir et remplir un dossier patient ostéopathique pour qu'il soit juridiquement opposable ?

La méthode utilisée pour obtenir les données est un questionnaire en ligne. Vous êtes invités à participer à ce projet de recherche.

Avant de décider si vous acceptez de participer, il est important de comprendre pourquoi cette étude est réalisée et ce que cela implique pour vous.

Voici quelques questions/réponses qui clarifieront les différents aspects de votre participation:

Quel est le but de cette étude ?

L'objectif de ce questionnaire est d'apprécier s'il existe un manque ou une demande vis à vis des informations concernant la tenue et le contenu du dossier ostéopathique. En effet à l'heure actuelle, on ne dispose pas de réelles recommandations sur le sujet.

Le dossier Patient est pourtant d'une grande importance du fait de notre responsabilité en tant que thérapeute de première intention et de la décision de prendre en charge ou non un patient. Cette place nous impose un diagnostic avec des arguments qui doivent être référencés dans ce dossier.

La loi du 4 mars 2002 pose aussi le principe de l'accès direct du patient aux données concernant sa santé, imposant la tenue d'un dossier. Cette loi s'applique aux professionnels de santé reconnus par le Code de la Santé Publique, et aux professionnels intervenant dans le système de santé. Cette règle est retenue par le juge en cas de litige entre un ostéopathe exclusif et son patient.

Par mes recherches, je souhaiterais commencer une ébauche de recommandations sur ce sujet. Pour cela, je réalise une analyse littéraire de ce qui a pu être dit et une enquête anonyme auprès des ostéopathes exclusifs en exercice pour connaître leur intérêt vis à vis du sujet.

En fin de questionnaire, si vous le souhaitez, vous pourrez demander à participer à une auto-évaluation anonyme sur le contenu de vingt de vos dossiers. Votre avis m'intéresse! Cette auto-évaluation pourra révéler les habitudes (à retenir) et peut-être les éventuels manquements (à corriger). La synthèse des résultats de vos auto-évaluations croisée à l'analyse littéraire pourrait apporter une avancée quant à l'élaboration de recommandations sur le contenu de nos dossiers.

Notre métier ne nous impose pas, contrairement aux médecins, de poser un diagnostic nosologique formel mais un ostéopathe doit être capable de poser un diagnostic différentiel, de repérer des signes d'urgence, des signes d'appel qui contre-indiquent nos techniques et pour lesquels on doit savoir réorienter le patient (art. 1 du décret 2007-435). Le but de ce projet serait de vous proposer un dossier type avec un questionnaire mettant en lumière tous ces "signes", justifiant que toutes les questions

importantes ont bien été posées pendant l'interrogatoire. Cela permettra aux ostéopathes d'établir des dossiers opposables et conformes aux attentes juridiques (et à celles des assurances) en cas de mise en cause de leur responsabilité.

Pourquoi avez-vous été choisi ?

Cet email est envoyé à un échantillon d'ostéopathes choisis au hasard dans une liste d'e-mails collectés par différents moyens : site Internet de l'AFO, site Internet de différentes écoles d'ostéopathie françaises qui rendent accessibles les coordonnées de leurs anciens élèves, site Internet de syndicats professionnels qui rendent accessibles les coordonnées de leurs membres, réseaux relationnels (amis et amis d'amis...)

Etes-vous obligé de participer ?

Non bien sûr, votre décision de participer est laissée à votre libre appréciation. Votre participation est précieuse car elle me permettra d'avoir des informations valables pour le dessein de mon projet de recherche.

Qu'est-ce que cela implique ?

Votre participation implique de passer approximativement 3 minutes à remplir le questionnaire proposé en cliquant sur le lien suivant :

<http://www.surveymonkey.com/s/3Q2BQ88>

Il vous est demandé de remplir ce questionnaire avant le vendredi 14 juin 2013 inclus pour que vos réponses puissent être utilisées dans cette étude.

Si vous complétez ce questionnaire, cela sera considéré comme votre consentement à participer et à ce que les informations que vous donnez soient utilisées dans le cadre de l'analyse statistique servant de base à cette étude.

Votre participation est anonyme et confidentielle !

Confidentialité et anonymat seront respectés tout au long de cette étude. Les données seront collectées et présentées sous forme synthétique. Seuls le chercheur principal et son superviseur de recherche pourront accéder aux questionnaires complétés sous leur forme originale, paramétrés pour qu'aucun lien ne puisse être fait avec l'adresse e-mail du participant.

Personne ne sera donc en mesure de faire le lien entre vous et les informations que vous donnez. Par ailleurs, aucune information permettant une identification personnelle n'est demandée à travers ce questionnaire, vous garantissant ainsi un parfait anonymat.

Pourrez-vous retirer votre participation à tout moment ?

Non, une fois que le questionnaire a été retourné, il n'est plus possible de le supprimer. En effet, du fait de la clause d'anonymat, il n'y a plus de lien entre votre e-mail et le questionnaire retourné, rendant donc impossible son identification.

Que vont devenir les résultats de cette étude ?

Les résultats de cette étude seront présentés à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes en tant que mémoire de fin d'études qui devrait être disponible aux personnes le demandant à partir de septembre 2013.

Si vous le souhaitez, vous pourrez obtenir un condensé de ces résultats en me contactant à l'adresse ci-dessous et en me demandant une copie électronique.

Qui organise cette recherche ?

Mon nom est Julie ROBINE et je suis à l'origine de ce projet.

Ce projet de recherche fait partie des éléments nécessaires à l'obtention de mon diplôme d'ostéopathe.

Mon superviseur est Stéphane BASTIEN, Ostéopathe membre de l'AFO, enseignant à l'IFSOR.

Merci infiniment pour le temps que vous avez pris pour lire ces informations. Si vous avez d'autres questions ou souhaitez obtenir des informations complémentaires, n'hésitez pas à me contacter.

Bien sincèrement.

Coordonnées :

Julie ROBINE – Etudiante/ Email : julie.robine@yahoo.fr

Stéphane BASTIEN – superviseur de projet d'étudiant en fin d'études / Email : s.bastien2@libertysurf.fr.

ANNEXE 4

Commentaires à la question Q4 : Concernant la réalisation de vos dossiers patient au quotidien, pouvez-vous me préciser votre ressenti personnel?

Pas toujours le temps de préciser par exemple quel test neuro à été fait
30/05/2013 18:00

Quand je fais un dossier patient, je prend les infos qui me paraissent intéressantes mais après s'il y a des problèmes je ne saurai pas comment gérer si j'ai bien fait mon dossier patient d'où l'insécurité (je ne sais pas si j'ai été assez claire)
22/05/2013 17:08

Le dossier patient a, pour moi, un réel intérêt surtout dans le suivi du patient pour les séances à suivre pour le traitement en cours ou pour un autre motif de consultation. Cependant, il n'est pas dans mon esprit un mode de sécurité en cas de litige mais juste une façon d'organiser un protocole de traitement adapté.
21/05/2013 22:06

Je n'ai pas d'informations officielles sur le contenu exigé mais essaie d'être très rigoureuse quant à l'anamnèse et les ATCD du patient avec documents à l'appui si investigations et cela en fonction des derniers textes sortis sur les actes autorisés aux ostéopathes. J'ai un sentiment de sécurité relatif compte tenu de cela, du fait que j'estime ne pas prendre de risques dans ma pratique...mais le risque zéro n'existe pas et l'état du patient n'est pas tjrs transparent.
19/05/2013 16:24

Le plus on fait autre chose que de l'ostéopathie, le moins on fait de l'ostéopathie, anamnèse médicale comprise. C'est sans doute irresponsable, mais c'est mon avis.
18/05/2013 23:11

Sécurisée par le respect du champ d'action limité à l'ostéopathie, par le respect de la déontologie et l'éthique et par une responsabilité civile
18/05/2013 17:52

Je me suis fait fabriquer un dossier patient sur ordi parce que j'en avais marre de chercher mes fiches papiers et ça marche très bien
18/05/2013 10:32

J'essaie de poser le maximum de question sur l'anamnèse et "les accidents" de parcours, sur les antécédents.
17/05/2013 21:02

Sécurité relative, la vie et l'humain étant ce qu'il est: j'essaie d'assurer la sécurité de mes patients dans le cadre de ma pratique de l'ostéopathie et naïvement, j'espère qu'ils me le rendront.
17/05/2013 18:00

Le but de la fiche est de définir clairement le motif de consultation, l'historique chirurgical et traumatique, toute information pouvant permettre de définir un axe thérapeutique, l'historique du traitement et la stratégie thérapeutique éventuelle
17/05/2013 16:29

Mes dossiers patient me servent à moi en priorité, je ne les rédige pas pour me défendre devant un tribunal...peut être à tort.
17/05/2013 16:05

J'ouvre un dossier patient uniquement pour avoir des infos sur lui, et avoir un suivi sur les soins que je lui ai fait. Je n'ai jamais fait cela pour une raison juridique...
17/05/2013 16:03

ANNEXE 5

Commentaires à la question Q5 : Aujourd'hui, si on vous en faisait la demande, seriez-vous à l'aise pour communiquer les informations présentes dans le dossier d'un de vos anciens patients?

Un patient en phase aigu, oui je serai à l'aise, car tests médicaux faits. En phase chronique je serai moins à l'aise
30/05/2013 18:00

Sur certains dossiers je serai un peu limite
21/05/2013 10:50

Oui pour une majorité
20/05/2013 10:13

Même si je sais que c'est très synthétique. C'est plus un aide mémoire pour être cohérent sur plusieurs séances que réellement un dossier.
20/05/2013 09:37

Oui, tout en sachant qu'il n'est surement pas complet et valide au niveau "judiciaire"
19/05/2013 21:22

Ce que je marque, ne parle souvent qu'à moi, mais je veux bien qu'ils lisent.
18/05/2013 23:11

Cela m'est déjà arrivé lors de communications avec des médecins pour justifier une orientation ou une demande d'examens
18/05/2013 17:52

Méthode très empirique pour structurer un dossier ,je suis seul à en évaluer les codes
18/05/2013 15:28

Bien que je reste méfiant sur le contenu de mes dossiers. Je ne sais pas s'ils sont suffisamment remplis.
18/05/2013 11:28

Ça dépend qui fait la demande
18/05/2013 10:32

Bien sûr, je n'ai rien à cacher et j'essaie de satisfaire les patients avec les différents outils en ma possession...
17/05/2013 21:02

Oui, mais concernant les données techniques de ce que je fais, seul d'éventuels ostéopathes ayant eu ma formation pourrait comprendre quelles techniques j'ai réalisé...
17/05/2013 18:12

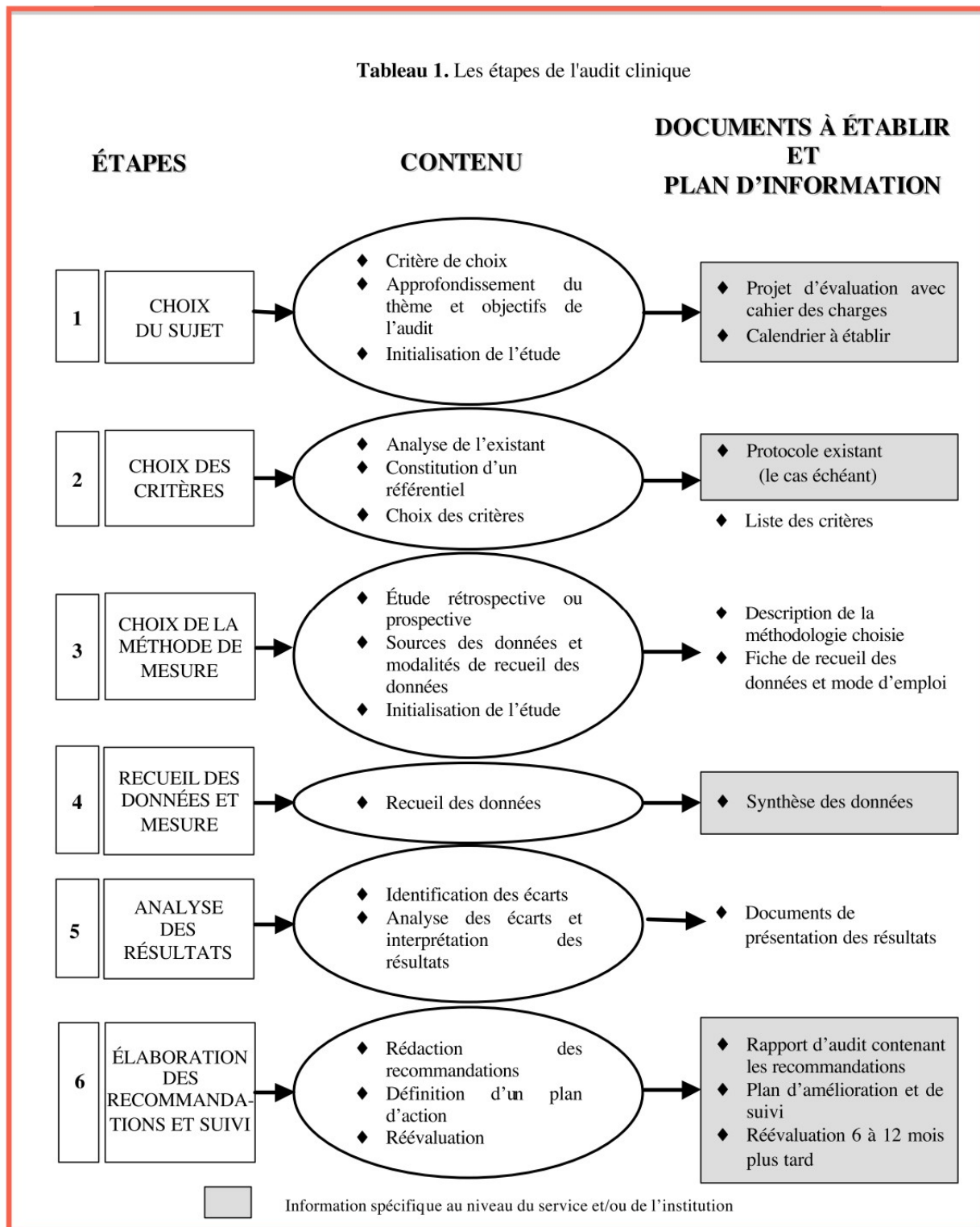
Je pense que j'arriverai à me relire et à me comprendre mais arriverai-je à communiquer à autrui (et quel autrui? avocat, patient, confrère, assurance, medecin conseil?)? notre vocable est parfois tellement "ostéopathique", il n'y a qu'à aller en congrès ou en formation...
17/05/2013 18:00

Sous réserve du secret professionnel.
17/05/2013 13:26

Je ne sais pas
17/05/2013 13:16

Les étapes de l'audit clinique [6]

Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient



ANNEXE 7

Dossier "Feuille d'information du participant" et grille d'auto-évaluation envoyées par courrier électronique au participant

Etude mémoire
Julie ROBINE

AUTO-EVALUATION DES PRATIQUES EN OSTEOPATHIE

Dossier du patient en ostéopathie

Octobre 2012

I. Cible professionnelle

Tous les ostéopathes exclusifs exerçant dans des structures non hospitalières.

II. Patients concernés

Tous les patients suivis.

Sont exclus pour l'auto-évaluation, les patients vus en urgence.

III. Sélection des dossiers

L'auto-évaluation porte sur 20 patients.

Nous vous conseillons, à la date de début de l'auto-évaluation, de prendre les 20 derniers dossiers de patients que vous avez suivis.

IV. Objectifs de qualité évalués

- Identifier sans risque d'erreur un patient (critères 1 et 2).
- Disposer des informations permettant de connaître l'état de santé du patient et ses habitudes de vie (critères 7 à 9).
- Connaître l'état de santé du patient au jour de la consultation (critères 3 à 6, 10 et 11).
- Retrouver l'historique des actes de diagnostic et de soins effectués (critère 12).
- Les résultats et conclusions du traitement réalisé sont notés pour assurer la traçabilité (critère 13).
- Organiser l'archivage du dossier du patient afin de respecter les obligations déontologiques (critères 14 et 15).

Critères d'évaluation

1. Date et horaire de la consultation ostéopathique.
2. Coordonnées administratives actualisées du patient (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone, profession, situation familiale, nom du médecin traitant¹).
3. Motif de la consultation.
4. Symptôme(s) : Depuis quand ? Suite à quoi ? Quand ? Facteurs aggravants/soulageants ? Signes associés ?¹
5. Savez-vous si le patient a consulté son médecin traitant pour ce motif ?
6. Savez-vous si le patient prend des médicaments en rapport avec ce motif ?
7. Synthèse actualisée et détaillée des antécédents médicaux, chirurgicaux, traumatiques, génito-urinaires du patient¹.
8. Antécédents familiaux.
9. Mode de vie du patient (HTA, diabète, cholestérol, consommation quotidienne de tabac et d'alcool, activité physique régulière¹).
10. Examens complémentaires effectués pour ce motif et résultats.
11. Synthèse de l'examen physique.
12. Nature des actes réalisés.
13. Résultats et conclusions du traitement réalisé.

Les deux critères ci-dessous sont à renseigner une fois

14. Le praticien peut retrouver à tout moment le dossier d'un ancien patient.
15. Le praticien est en mesure de communiquer aux patients les informations présentes dans leur dossier et ayant servi aux actes de diagnostic ou de soins en ostéopathie.

¹ Chaque item sera recueilli séparément

VII. Grille de recueil des informations

Pour le tableau,

Notez une seule réponse par case :

O si la réponse est OUI

N si la réponse est NON

N/A si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (argumentez dans la zone observations par patient). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

Exemples de question - réponse :

-Critère 6 : Savez-vous si le patient prend des médicaments en rapport avec le motif de la consultation?

Je réponds O si il est noté dans mon dossier que j'ai posé la question et que j'ai noté la réponse que le patient prenne ou non des médicaments pour le motif de consultation.

Je réponds N si je ne me suis pas renseigné(e) à ce sujet et que l'information n'est pas notée dans mon dossier.

Je réponds N/A, dans ce cas, si je ne note jamais ce critère dans mes dossiers.

-Critère 7c : Prise de pilule

Je réponds O si il est noté dans mon dossier que j'ai posé la question et que j'ai noté la réponse que la patiente prene ou non la pilule.

Je réponds N si je ne me suis pas renseigné(e) à ce sujet et que l'information n'est pas notée dans mon dossier.

Je réponds N/A, dans ce cas, si je ne note jamais ce critère dans mes dossiers ou si la patiente est une enfant par exemple.

Répondez ensuite aux questions sur votre pratique,

Il vous suffit de cocher d'un caractère la réponse de votre choix ou de répondre dans les cases correspondantes.

***MAINTENANT QUE VOUS AVEZ LU LES CONSIGNES, C'EST A VOUS !!!
MERCİ DE COMMENCER L'AUTO-EVALUATION. REMPLISSEZ LE FICHER EXCEL
FOURNI SVP.***

Les résultats de cette étude seront présentés à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes en tant que mémoire de fin d'études qui devrait être disponible aux personnes le demandant à partir de septembre 2013. Si vous le souhaitez, vous pourrez obtenir un condensé de ces résultats en me demandant une copie électronique à l'adresse julie.robine@yahoo.fr .

**Je vous remercie vivement par avance du temps passé à réaliser cette enquête.
C'est grâce à vos réponses que mon travail prendra tout son intérêt...**

QUESTIONS

Formation d'ostéopathe suivi:

Date d'obtention du diplôme:

Quelles questions supplémentaires posez-vous systématiquement lors de votre anamnèse? et pour quelle(s) raison(s)?

Demandez-vous systématiquement un certificat de non contre-indication du médecin traitant avant toute manipulation du rachis cervical?

oui

non

Effectuez-vous des tests avant de manipuler le rachis cervical (prise de tension, recherche de souffle carotidien, test de Klein,...)?

oui
lesquels?

non
pourquoi?

Prenez-vous le temps d'informer systématiquement le patient sur les principes et les risques encourus par le traitement par manipulation vertébrale, afin d'obtenir son consentement éclairé?

oui

non. Pourquoi?

VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-EVALUATION :

ANNEXE 9

COMMENTAIRES AUX QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Critère 18 : Quelles questions supplémentaires posez-vous systématiquement lors de votre anamnèse? et pour quelle(s) raison(s) ?

- Comment ont-ils eu mes coordonnées (amis, médecin, pages jaunes...) ?
- Y a-t-il quelque chose d'autre que vous voudriez me signaler en rapport ou non avec ce pour quoi vous venez ? Raison : apporte des renseignements très intéressants que les patients ne donnent pas autrement.
- Avez-vous déjà été traité en ostéopathie ? (afin de connaître les précédents soins)
- Questions en rapport avec les variables de régulation et de fonction afin d'orienter ma démarche thérapeutique.
- Est-ce qu'il y a quelque chose que vous ne m'avez pas dit sur votre santé ? pour « boucler l'interrogatoire » sachant qu'il n'est jamais fini.
- Avez-vous consulté un autre praticien ? Si oui, pourquoi changer ? Qui vous adresse à moi ? Cela m'aide à évoluer le profil du patient. Avez-vous des problèmes dentaires ? Portez-vous des lunettes ou une correction ? Avez-vous des douleurs ailleurs ou un problème de santé autre ?
- Hobbies pratiqués ?
- Altération de l'état général ? fièvre ? Ce sont des "drapeaux rouge" qui montrent qu'on ne peut travailler ou en tout cas, travailler seul.
- Je demande parfois quels sont les spécialistes consultés préalablement pour leur problème. Exemple : si je suis le 6ème ostéo consulté pour un même problème cela me donne une idée sur le patient soit il fait du "nomadisme", soit l'ostéopathie n'est peut être pas l'outil pertinent.
- Contexte psycho-émotionnel en rapport avec le stress, la baisse des défenses immunitaires.
- Vous digérez bien ? Fait souvent penser au patient à des choses qu'il aura oublié de dire. Vous dormez bien ? Renseigne sur le stress (s'endort mal) ou se réveille la nuit (système digestif ou anxiété ou douleurs inflammatoires).
- Qui l'adresse ? / demande particulière : podo, orthodontiste, etc... et courrier à renvoyer. Déjà manipulé ? Si oui par qui ? Quoi et comment ? Structurel ?

Critère 20 : Effectuez-vous des tests avant de manipuler le rachis cervical? lesquels?

- Tension artérielle, test de Klein parfois. Si terrain vascu: atcd, hta, cholestérol...
- Non car non significatifs.
- Parfois si facteurs de risque.
- Prise de tension non systématique selon interrogatoire et symptômes.
- Tests de mobilité et palpatoires cervicaux.
- Test de Klein.
- Prise de tension et Klein.
- Non je ne manipule plus les cervicales.
- Test de pression, de raideur, comme pour les autres étages rachidiens.
- Non. Pas fiable, test de Klein plus traumatisant que la manipulation elle-même.
- Non. J'agis par rapport à l'âge du sujet et par rapport au trauma je fais les tests articulaires appris et à la réponse du tissu.

- Tests de Klein et de Jackson.
- Non mais je ne manipule pas les cervicales si je ne suis pas complètement renseigné sur l'état du patient.

Critère 21 : Prenez-vous le temps d'expliquer systématiquement le patient sur les principes et les risques encourus par le traitement par manipulation, afin d'obtenir son consentement éclairé ?

- Je pense que ça peut-être un facteur de stress pour le sujet et que le praticien doit de toute façon effectuer son geste en toute confiance et assurance. En cas de doute s'abstenir! Le risque nul, de toute façon, n'existe pas.
- Non. Pourquoi ? Quand c'est fait juste il n'y a pas de risque
- J'explique au patient que je vois la 1ere fois que je vais manipuler, comment et pourquoi et en fin de séance je lui explique les suites. Je ne demande pas de consentement éclairé.
- Les principes oui, mais pas les risques
- Non. Le patient serait effrayé et réaliserait probablement un biais au bon déroulement de la technique.
- Non car peut être peur du patient pendant manip ce qui peut nuire à la manip. J'envisage de laisser à disposition dans la salle d'attente un dépliant expliquant la manip et les risques.
- Non pour éviter de l'effrayer et parce que nous n'avons pas de canevas pour ça.
- Non pour ne pas lui faire peur.
- J'explique les risques uniquement quand j'ai décidé que je ne manipulerais pas au vu des examens complémentaires, de l'âge ou l'état général du patient si ceux-ci interdisent la manipulation.
- Non. Les patients viennent parce que je pratique du structurel et c'est cela qu'ils recherchent.
- Non pour ne pas inquiéter inutilement le patient.
- Uniquement à la première consultation.
- Incompréhension du discours, éveil l'insécurité, manque de temps...

VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION:

- L'anamnèse est orientée selon chaque patient, il me parait impossible de faire des systématisations ...
- Je pense que le dossier est très important mais il y a plein de choses que je n'ai pas pris l'habitude de demander soit par oubli, soit par manque de maitrise du sujet, soit parce que je ne sais pas quoi faire de l'information que pourrait m'apporter telle ou telle réponse.
- Critère 5 : si je l'ai demandé et que je ne l'ai pas noté, je ne m'en souviens pas forcément...
Critère 7 : j'ai une case antécédents dans mon interrogatoire, je sais que je pose la question à chaque fois, mais quand il n'y a rien je ne note rien. Est ce pour autant valable ??
Pour ce qui est de la profession ou du sport pratiqué, je le note seulement quand ça peut avoir une incidence sur la prise en charge ou les symptômes exprimés.

- Excellente idée et complément indispensable dans l'exercice de notre profession. Cependant certains critères dans le dossier n'apparaissent, à mon avis, qu'au cours du temps: par exemple des questions plus précises en gynéco pourront être posées à la 2e voire 3e séance et non forcément d'emblée. Le dossier s'étoffera en fonction des résultats obtenus et des signes cliniques au fur et à mesure du suivi.
- La plupart de ces questions sont posées à l'anamnèse mais pas notées dans le dossier pour des problème de mise en forme informatique.
- Sympa / mise en conscience de son propre dossier avec ses faiblesses / tout praticien sait créer un interrogatoire automatique, visant à faire le tour de son patient, sans oublier quelque chose d'important.
- Bonne idée. Vrai manque sur le sujet !
- J'attends vos suggestions avec intérêt.
- Questionnaire d'auto-évaluation très cadrant et bien fait. Bien que je trouve ce questionnaire assez complet, il aurait été intéressant d'y ajouter un volet "intuition" qui pour moi est la première évaluation: impression ressentie par le praticien vis à vis du patient, coopération, sentiment de confiance vu par le praticien, etc... sans glisser dans la psychologie. On sent ou on ne sent pas le patient, la manoeuvre, le moment, etc.
- Je ne demande pas forcément la date des antécédents. Je ne vois pas l'intérêt de noter l'heure de la consultation. Cette auto-évaluation me permettra de compléter mon interrogatoire. Je me rends compte qu'il n'y a rien de systématisé dans mes recherches et cela semble être un point négatif révélé.
- Merci pour votre travail.
- Evaluation intéressante qui permet de remettre en question l'anamnèse que je pratique. Cela permet de définir les manques d'information pour certains patients et ainsi de les corriger.
- Aucun médecin de mon coin n'a jamais délivré de certificat de non contre indication à la manipulation du rachis cervical. La systématisation fréquente de mes réponses vient du fait que j'utilise un logiciel assez complet. Bon courage!

ANNEXE 10

DOSSIER PATIENT CONSULTATION OSTEOPATHIQUE CONFIDENTIEL

PATIENT

Nom / Nom de jeune fille : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Prénom : _____	
Date de naissance : ____ / ____ / ____	
Adresse : _____ _____	
CP : _____	Ville : _____
Téléphone(s) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ / ____ / ____	
Profession : _____	
Situation Familiale : _____	
Tuteur si mineur, Curateur : _____	
En cas de besoin, contacter : _____	
Nom du médecin traitant : _____	
Adressé(e) la 1ère fois par : _____	
Déjà manipulé(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom et spécialité : _____	

Date et horaire de la consultation ostéopathique

Le _____ à ____ h ____ adressé(e) par : _____

MOTIF DE LA CONSULTATION

Siège(s) de la plainte			
Depuis quand ce (ou ces) symptôme(s) est (ou sont) apparu(s) ? <i>En cas de symptômes multiples, préciser la date et la chronologie d'apparition.</i>			
Suite à quel événement ? (Chute, accident de la voie publique, choc émotionnel, ingestion alimentaire, etc...)			
Contexte traumatique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Si oui, impotence fonctionnelle immédiate	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ <i>Précisez</i>			
Avez-vous consulté un médecin pour ce motif ?			
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
<i>Diagnostic médical et décision thérapeutique (si traitement: efficacité, durée)</i>			
Quand se manifeste (nt) ce ou ces symptômes ? Horaire? Evolution? Rythme d'apparition?			
diurne ET nocturne	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
non soulagé par des antalgiques	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ <i>Préciser facteurs aggravants/soulageants (au repos, à l'effort, lors d'une activité particulière, de façon permanente, de façon intermittente, ...)</i>			
Signes associés :			
Remarques complémentaires éventuelles :			

A RECHERCHER :

SIGNES GENERAUX ASSOCIÉS			
<i>Préciser si réponse positive: Date de début, etc.</i>			
Aujourd'hui ou ses derniers temps, pouvez-vous me dire si vous présentez ?			
Fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Fièvre, frissons et sueurs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Perte de poids inexpliquée	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	

SIGNES FONCTIONNELS ASSOCIÉS			
<i>Préciser si réponse positive.</i>			
En cas de symptômes THORACIQUES :			
➤ Signes respiratoires tels que dyspnée, toux, essoufflement, palpitations, nausées, vomissements	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Douleur transfixiante et pouvant irradier dans les membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
En cas de symptômes de RADICULALGIE(S) :			
➤ Troubles moteurs et sensitifs uni- ou bilatéraux (faiblesse musculaire, paralysie, irradiation, paresthésies)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Constipation ou anesthésie en selle	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Associés à signes vasculaires phlébite (perte ballant, douleur à la palpation musculaire)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
En cas de symptômes de CÉPHALÉE et/ou VERTIGES :			
➤ Apparition brutale intense, nouvelle et/ou différente des précédentes	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Associés à fièvre, raideur cervicale, photophobie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Associés à troubles de la vue et du langage, troubles moteurs et sensitifs, nausées	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
En cas de GÊNE ABDOMINALE :			
➤ Douleur d'une fosse lombaire sans position antalgique avec irradiation descendante à la bourse ou aux grandes lèvres chez un patient agité	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Oedème périphérique, nausées, asthénie, altération de l'état général	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Urines foncées, décoloration des selles	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Vomissements, arrêt des matières et des gaz, anurie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Hémorragie: méléna, hématurie, hématurie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
En cas de GROSSESSE :			
➤ Saignements vaginaux en dehors du cycle	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
➤ Saignements couleur rouge sépia, associés à aménorrhée et douleur unilatérale paroxystique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	

ANTECEDENTS PERSONNELS

<i>Préciser si réponse positive. Nature de l'affection, Date(s), Complications éventuelles</i>			
Avez-vous actuellement des problèmes de santé ? Maladie de système connue , ostéoporose, ostéopénie, problèmes hémorragiques, anomalies de coagulation, etc...	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Etes-vous ou avez-vous été suivi par un médecin ou un service hospitalier ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Avez-vous déjà été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Suivez-vous un traitement médicamenteux ? nature et posologie penser anticoagulant, AINS, cortisone, THS	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
En avez-vous déjà pris pour quelque chose d'important ou durablement ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Avez-vous déjà subi des examens radiologiques ou toutes autres investigations (IRM, SCANNER, OSTEODENSITOMETRIE, ARTERIOGRAPHIE, DOPPLER, ENDOSCOPIE, ELECTROENCEPHALOGRAMME, etc...) qui auraient montré une ou des anomalies ? Résultats	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Présentez-vous une malformation congénitale connue ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Avez-vous déjà été opéré ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Vous êtes-vous déjà fracturé quelque chose ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Avez-vous subi une ou des luxation(s) / entorses ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Avez-vous déjà subi un traumatisme marquant (grosse chute, accidents, coup du lapin, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
<ul style="list-style-type: none"> Femme : A quelle date remonte votre dernier cycle ? Prenez-vous la pilule ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	_____
Etes-vous enceinte ? Depuis combien de temps ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	_____
Avez-vous des observations à déclarer en rapport avec votre suivi gynécologique ? Fausse-couche, grossesse(s) difficile(s), grossesses extra-utérines, césarienne, autres...	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	

ANTECEDENTS FAMILIAUX

			<i>Précisez</i>
Ne pas oublier : Polyarthropathies(PR,spondylarthrite,...) Maladies cardio-vasculaires Diabète Cancer Dépression Maladies veineuses et thrombo-emboliques Dyslipidémie(cholestérol, triglycérides) Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	

MODE DE VIE

Hypertension artérielle (TA>140/90 mm Hg) Avez-vous déjà présenté des anomalies de tension artérielle ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	Derniers chiffres connus et Date
Diabète connu	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Cholestérol connu	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Tabagisme quotidien	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Toxiques consommés	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	
Activité(s) physique(s) régulière(s) : niveau amateur, licencié	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> OUI	

Avez-vous d'autres informations à me signaler ?

PIÈCES CONSULTÉES ET/OU JOINTES AU DOSSIER

Examens complémentaires en rapport avec la plainte consultés

Non OUI

Date et Résultats _____

Correspondance médicale fournie par le patient

Non OUI

Certificat de non contre-indication aux manipulations fourni (*rachis cervical et nourrisson de moins de six mois*)

Non OUI

EXAMEN PHYSIQUE

Synthèse de l'examen physique :

Prise TA: Présence souffle carotidien : Non OUI Non testé

DECISION THERAPEUTIQUE ANAMNESTIQUE

Prise en charge ostéopathique : Non OUI

Orientation médicale : Non OUI

PRECAUTIONS MANIPULATIVES PRISES EN CONSCIENCE :

SOINS OSTEOPATHIQUES

Nature des actes réalisés :

Résultats et conclusions du traitement réalisé :

ANNEXE 11

Complément d'analyse de l'intérêt de certains critères

⇒ **Les coordonnées administratives du patient sont notées dans le dossier**

- **Nom complet actualisé :**

Pour les femmes, le nom comprend le nom de jeune fille et les modifications à la suite des mariages et des séparations éventuels.

- **Prénom :**

Le prénom permet de différencier les membres d'une même famille.

- **Sexe :**

Cette information est justifiée avant tout en raison des prénoms mixtes et de beaucoup de prénoms étrangers dont on ne peut pas facilement distinguer le genre.

- **Date de naissance :**

Elle est évidemment préférable à l'âge lors de la constitution du dossier, puisque celui-ci doit le plus souvent servir pendant de nombreuses années. L'âge du patient est un élément indispensable à la conduite des soins.

- **Adresse complète :**

Il faut penser à actualiser la rubrique pour la gestion du cabinet.

- **Téléphones :**

C'est un outil de communication indispensable à la gestion du cabinet. Si le numéro est sur liste rouge, il faut le noter sur le dossier et assurer le patient de la confidentialité de l'information.

- **Profession :**

Il est bon de connaître l'histoire professionnelle du patient. On recueillera la profession actuelle, les professions passées ou le statut actuel (actif, chômeur, étudiant, retraité, etc.). Cela nous permet d'évaluer les retentissements actuels ou prévisibles de la pathologie en cours et du résultat du traitement ostéopathique sur le travail. La profession du patient est importante car elle nous donne des indications sur son degré d'effort physique, de stress... Elle peut nous donner des informations sur ses conditions socio-économiques (ex : déprime suite à une période prolongée de chômage,...)

- **Situation familiale :**

Le contexte familial peut permettre d'appréhender un retentissement psycho-émotionnel éventuel sur l'état de santé.

- **Tuteur, curateur :**

Si le patient est un enfant, cette information est indispensable car il faudra recueillir le consentement aux soins de la personne responsable. Il en va de même pour un adulte sous tutelle.

- **Personne et numéro de téléphone à contacter en cas de besoin :**

C'est une simple précaution. En cas d'urgence, il serait bien venu de contacter un proche du patient pour le tenir informé de la situation.

- **Nom du médecin traitant :**

Pour d'éventuelles futures correspondances.

- **Adressé(e) la 1^{ère} fois par :**

Savoir par qui le patient a été adressé chez nous : un médecin, un spécialiste, une connaissance ou si la démarche du patient est volontaire. Ce critère semble subjectif mais beaucoup des ostéopathes ayant effectué l'auto-évaluation de leurs dossiers ont précisé poser cette question. Son évaluation pratique en fait toute sa pertinence.

- **Déjà manipulé (nom et spécialité) :**

Il semble intéressant de savoir si le patient a déjà subi ce genre de traitement et y est déjà sensibilisé. Si la réponse est non, on devra insister sur la recherche du consentement éclairé du patient. Si la réponse est oui, on cherchera à savoir par quel type de traitement ostéopathique (techniques directes/indirectes, énergétiques, fascias, etc.), toujours dans cette démarche de compréhension du patient envers les principes et éventuels risques de sa propre spécialité.

⇒ **Le patient suit-il un traitement médicamenteux ou en a-t-il suivi durablement ?** (nature et posologie)

- ❖ La prise d'**anti-inflammatoires non stéroïdiens** (AINS) répétée augmentent les risques digestifs : dyspepsie, ulcération et ses complications éventuelles à type de perforation ou d'hémorragie digestives. Cette connaissance pourra nous permettre de faire un lien avec les symptômes décrits et contre-indiquer nos soins devant une suspicion de pathologie organique (*Journal of Rheumatology, novembre 2005, vol. 32, n° 11, p. 2.218-2.24*).
- ❖ La prise de **cortisone** au long cours a des effets indésirables. Elle peut être cause d'hypertension artérielle, de fragilité vasculaire cutanée, de diabète et de fragilité osseuse (ostéoporose).
(source : http://www.rhumatismes.net/index.php?id_q=836)
- ❖ Les douleurs ne cédant pas à la prise d'**antalgiques** sont une indication d'urgence médicale qui ne relève plus de l'ostéopathie [30].
- ❖ Les **anticoagulants** augmentent le risque de saignement externe (site ansm.sante.fr) : hémorragie conjonctivale, sang dans les urines ou dans les selles, vomissement ou crachats sanglants, règles anormalement abondantes. Un saignement interne non visible pourra être diagnostiqué par une fatigue inhabituelle, un essoufflement anormal, une pâleur inhabituelle, un mal de tête ne cédant pas au traitement ou un malaise inexplicé. La description des ces symptômes associée à la prise d'anticoagulant doit nous interpeller. En dehors de la présence de ces symptômes, il faudra aussi tenir compte de la fragilité vasculaire lors de la réalisation de nos techniques.
- ❖ Les **traitements hormonaux substitutifs** chez la femme augmentent le risque cardio-vasculaire et de phlébite (site ansm.sante.fr).