

VR 2.4

Règlement sur l'obligation de tenir un dossier

Valable dès le 27.08.2018

Table des matières:

Champ d'application	2
1. Documentation de base et diagnostic	2
2. Documentation sur le processus et le déroulement	2
3. Principes spécifiques pour le contrôle du déroulement	2
4. Archivage et discrétion	3
5. Principes spécifiques pour la rédaction des rapports	3
5.1 Rapports destinés aux caisses-maladie	3
5.2 Rapports / expertises adressés aux avocats	4
6. Sanctions	4
7. Organe responsable des modifications du règlement	4
8. Entrée en vigueur	4

Champ d'application

Ce règlement concrétise l'obligation de tenir un dossier ancré dans les statuts au regard de l'assurance qualité et définit les principes relatifs à cette obligation de tenir un dossier.

1. Document de base et diagnostic

- 1.1. Une documentation de base écrite est établie pour chaque patient au cours des premières heures de thérapie.
- 1.2. La documentation de base comprend les informations suivantes sur le patient:
 - Problèmes, plaintes, troubles du patient
 - Histoire de vie et anamnèse
 - Ressources intrapsychiques et sociales
 - Résultats des éventuels tests d'entrée
 - Diagnostic selon un schéma de classification internationalement reconnu et, le cas échéant, diagnostic dans le cadre de la théorie spécifique à la méthode sur la maladie ou le trouble
 - Réflexions sur le pronostic
 - Évaluation quant à l'alliance de travail
 - Accords oraux ou écrits sur la méthode thérapeutique, les objectifs du traitement, les limites de la durée de la thérapie, etc.
 - Accords formels (honoraires, horaires des séances, réglementation sur les séances annulées, etc.)

2. Documentation sur le processus et le déroulement

- 2.1 Au cours de la thérapie, la documentation de base est complétée par la documentation sur le processus et le déroulement.
- 2.2 Les annotations contiennent des informations objectives, subjectives et scéniques-interactionnelles nécessaires à la compréhension de la problématique du patient et à la reconstitution du déroulement du traitement.
- 2.3 Le travail de réflexion sur les objectifs thérapeutiques individuels fait partie intégrante du traitement et doit être documenté.
- 2.4 Le processus de traitement doit être documenté de telle sorte que le personnel soignant puisse reconstituer à tout moment les événements significatifs dans le déroulement du traitement et dans l'interaction thérapeute-patient, les changements importants (positifs et négatifs) dans l'état de santé et le vécu du patient, les observations et réflexions importantes du thérapeute et les éventuels nouveaux problèmes qui se présentent.

3. Principes spécifiques pour le contrôle du déroulement

- 3.1 Le psychothérapeute utilise des instruments appropriés pour transcrire le déroulement du traitement, y réfléchir et le corriger si nécessaire.

- 3.2 Il effectue une évaluation continue des effets du traitement et procède de façon appropriée aux interventions nécessaires dans le processus du traitement.
- 3.3 Le patient participe à la réflexion sur le déroulement du traitement. Son point de vue est respecté et considéré comme une source importante d'information, puis intégré à l'évaluation globale.
- 3.4 Si nécessaire, le déroulement du traitement est discuté à intervalles réguliers avec des tiers appropriés, dans le respect de la protection du patient.
- 3.5 Le psychothérapeute échange des informations avec d'autres professionnels. Le patient doit être informé en cas d'intervision ou supervision. Lorsque cela s'avère judicieux, une collaboration interdisciplinaire et en équipe est mise en place, dans le respect des droits du patient

4. Archivage et discrétion

- 4.1 Les documents de base ainsi que les documents relatifs au processus et au déroulement sont soumis au secret professionnel – comme tous ce qui constitue un dossier de patient – et sont conservés sous clé pendant dix ans après la fin du traitement, puis détruits. La restitution ou la conservation des objets personnels (créations du patient tels que photos, journaux intimes, supports de données de toutes sortes) fait l'objet d'une réglementation à la fin de la thérapie.
- 4.2 La documentation sur le processus et le déroulement est incluse à la documentation de base. Les documents ne sont transmis à des tiers qu'avec l'accord du patient. Cela nécessite la levée écrite de l'obligation du secret professionnel. Dans la mesure du possible, les documents doivent être remis directement au patient. Le thérapeute fait preuve de prudence dans la transmission d'informations et de documents à des tiers et, si nécessaire, attire l'attention du patient ou de son représentant légal sur les conséquences possibles d'une transparence inutile. Tous les documents, tels que les rapports adressés à des tiers, les courriels, les dessins, les supports de données de toutes sortes, etc. font partie intégrante de la documentation.
- 4.3 En cas d'incapacité professionnelle, le psychothérapeute désigne une personne de remplacement, qui doit être spécialiste en psychothérapie. Cette personne informe le patient et veille au traitement approprié de ses documents.
- 4.4 Le psychothérapeute est tenu de prendre des dispositions, même au-delà de son propre décès, afin que les dossiers des patients soient archivés de manière appropriée et qu'une réglementation sur la poursuite des psychothérapies en cours soit définie.

5. Principes spécifiques pour la rédaction des rapports

5.1. Rapports destinés aux caisses-maladie

Les rapports sont à adresser qu'en cas d'accord du patient et uniquement au médecin-conseil compétent ou à un psychothérapeute-conseil. Ils ne doivent contenir que les informations qui permettent au médecin-conseil / au psychothérapeute-conseil de se prononcer sur la nécessité du traitement. En général, les points suivants sont à prendre en compte:

- Mode de transmission
- Informations nécessaires sur l'histoire de vie
- Souffrance actuelle
- Résultats d'examen objectifs

- Diagnostic
- Plan de traitement (méthode thérapeutique, fréquence horaire, durée des séances, cadre)
- Collaboration avec d'autres professionnels (médecins, assistants sociaux, etc.)
- Objectif du traitement
- Durée estimée de la thérapie
- Pronostic
- Informations sur le psychothérapeute

Une grande retenue doit être observée lors de la transmission d'informations relatives à l'environnement familial ou de données sensibles sur l'histoire de vie.

5.2. Expertises / rapports adressés aux avocats

La relation de confiance particulière entretenue lors d'une psychothérapie exclut que le psychothérapeute agisse simultanément en qualité d'expert dans les affaires concernant son patient.

En cas de prise de position pour un avocat ou un autre tiers, le thérapeute doit faire preuve de prudence dans la transmission d'informations et de documents et, si nécessaire, attire l'attention du patient ou de son représentant légal sur les conséquences possibles de cette transparence. La transmission d'informations et de documents requiert une levée écrite de l'obligation du secret professionnel. Dans la mesure du possible, les documents doivent être remis directement au patient.

6. Sanctions

- 6.1 L'association propose des formations continues sur l'obligation de tenir un dossier. En cas d'infraction, le comité peut adresser un avertissement au membre, prononcer un blâme et, en dernier recours, lui retirer son titre ASP. Le membre peut faire appel de la décision de retrait du titre ASP auprès de l'assemblée générale des membres.

7. Organe responsable des modifications du règlement

Le comité évalue la mise en œuvre du présent règlement sur l'obligation de tenir un dossier et en assure le développement.

8. Entrée en vigueur

La révision du présent règlement a été décidée lors de la séance du comité de l'ASP se déroulant le 27 août 2018 et entre en vigueur à cette date.

Entrée en vigueur:	31.03.2003
Première révision:	02.10.2017
Deuxième révision:	27.08.2018