

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2004

**DU DOSSIER DE SOINS
AU DOSSIER PATIENT :
UN ENJEU POUR LE DIRECTEUR DES
SOINS**

Philippe GLORIEUX

Remerciements

A tous ceux avec qui j'ai travaillé pendant ces trente ans de vie hospitalière, ceux qui à mes débuts m'ont accompagné dans mon apprentissage professionnel et ceux qui tout au long de mon parcours professionnel, dans les différentes fonctions exercées, m'ont aidé à intégrer dans cet exercice le sens permanent de la personne soignée et du service public hospitalier.

Mes remerciements vont aussi à toutes les personnes qui pour la réalisation de ce mémoire m'ont accordé de leur temps dans le cadre des entretiens et des stages, ceux qui m'ont apporté leurs conseils méthodologiques, sans oublier mon entourage familial et le club des 6 pour le soutien moral au cours de ces mois de gestation parfois difficile.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE CADRE DE L'ETUDE	5
1.1 Un peu d'histoire : le développement de l'identité professionnelle infirmière	5
1.1.1 La naissance et le développement de la profession infirmière (1870-1970)	5
1.1.2 La reconnaissance professionnelle et sociale (1970-1990)	6
1.1.3 De la maturité professionnelle à l'ouverture aux autres professions paramédicales (1991-2004).....	9
1.2 Le cadre réglementaire et les recommandations	10
1.2.1 Le dossier patient	10
1.2.2 Le dossier de soins.....	12
1.2.3 Les recommandations de l'ANAES.....	14
1.3 Le cadre conceptuel	16
1.3.1 L'identité professionnelle.....	17
1.3.2 Le changement.....	20
2 UN REGARD SUR LA REALITE HOSPITALIERE	27
2.1 Les résultats de l'enquête dans les Etablissements Publics de Santé (EPS)	27
2.1.1 Méthodologie de l'enquête	27
2.1.2 Situation du dossier de soin	28
2.1.3 Etat d'avancement du dossier patient unique.....	28
2.1.4 Le niveau de développement de la politique de soins et des outils de soins	29
2.2 Deux expériences d'implantation du dossier patient	30
2.2.1 Méthodologie	30
2.2.2 Etablissement A: une volonté de la direction appuyée par une dynamique médicale.....	31
2.2.3 Etablissement B : Un projet institutionnel avec une forte implication de la direction des soins	35
3 LES ENJEUX ET LA STRATEGIE D'INTEGRATION DU DOSSIER DE SOINS DANS LE DOSSIER PATIENT	41
3.1 Les enjeux liés au dossier patient	41

3.1.1	L'affirmation d'une identité professionnelle	41
3.1.2	Le partage de l'information	44
3.1.3	Le dossier unique, un bénéfice pour les patients	45
3.2	Une stratégie possible pour le directeur des soins dans la conduite du projet.	47
3.2.1	Présentation du contexte d'application.....	47
3.2.2	Les fondements de la démarche	49
3.2.3	La mise en œuvre : le directeur des soins, acteur du changement.....	51
CONCLUSION		57
BIBLIOGRAPHIE		59
LISTE DES ANNEXES		I

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
AP HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers
CCM : Comité Consultatif Médical
CGS : Coordonnateur général des Soins
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CSP : Code de la Santé Publique
DIM : Département d'Information Médicale
DPA : Dossier du Patient (Référentiel ANAES)
DPU : Dossier Patient Unique
DPI : Dossier Patient Informatisé
DSSI : Direction du Service de Soins Infirmiers
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
NTIC : Nouvelles technologies d'information et de communication
OPC : Organisation de la prise en charge du patient (Référentiel ANAES)
SIH : Système d'Information hospitalier
SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

INTRODUCTION

Dans la dynamique créée par l'accréditation, la mise en place du dossier patient unique est pour beaucoup d'établissements publics de santé une question d'actualité. Si l'on en croit le nombre important de recommandations et de réserves figurant dans les rapports d'accréditation et portant sur le dossier patient, l'unification du dossier patient et le partage de l'information sont loin d'être la réalité dans de nombreux établissements hospitaliers. Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) ont été confortées par la loi du 4 mars 2002 touchant aux droits du patient en matière de qualité des soins et d'information. Cette loi a transformé en une obligation la recommandation de l'ANAES de regroupement des informations concernant les soins aux patients dans un dossier unique.

En dehors de son actualité, le choix de ce thème de réflexion est aussi motivé par l'importance que revêt au sein des établissements de santé l'implication des coordonnateurs généraux des soins et des directeurs de soins dans cette démarche. L'intégration du dossier de soins dans le dossier patient est en effet un enjeu important dans lequel ils peuvent jouer un rôle essentiel.

Par ailleurs, au travers de cette réflexion sur l'évolution du dossier de soins, il m'a semblé important pour un directeur des soins issu de la filière médico-technique, dans le cadre de ce mémoire professionnel, de réfléchir sur un thème transversal touchant aux soins infirmiers. Intégrer une direction des soins implique pour moi de mieux connaître la filière des soins infirmiers, sa culture, ses valeurs, son histoire, me permettant ainsi dans ces fonctions de favoriser l'osmose indispensable entre les différents professionnels impliqués dans les activités de soins.

Mais cette approche constitue aussi une limite pour ce travail qui n'est pas le fait d'un expert en soins infirmiers, mais celui d'un professionnel de santé engagé dans une fonction transversale de management des organisations de soins.

Alors que le dossier de soins semble largement diffusé dans les établissements de santé on peut s'interroger sur la difficulté rencontrée dans les établissements publics de santé (EPS) pour son intégration dans le dossier unique du patient. Dans ce contexte, quelle peut être la contribution du directeur des soins dans la mise en œuvre du dossier patient et l'intégration du dossier de soins dans ce dossier ?

L'hypothèse avancée est que la dynamique de projet développée dans la mise en œuvre du dossier de soins peut être pour le directeur des soins un levier efficace dans la mise en place du dossier patient. Du fait de son positionnement stratégique au sein de la direction et de sa connaissance du milieu professionnel et de son expérience des activités de soins, il est un acteur incontournable dans cette démarche. La forte valeur culturelle attachée au dossier de soins infirmiers peut être un facteur de cloisonnement et donc un frein important à la mise en place du dossier patient. Non seulement un outil dans la démarche de soin, le dossier de soins infirmiers est aussi un élément de reconnaissance du service de soins infirmiers et de son histoire. L'intégration de ce dernier dans le dossier patient peut être vécue comme un renoncement à cette identité professionnelle et aux valeurs qui lui sont attachées. L'intégration au sein du dossier patient du dossier de soins ne doit pas correspondre à une disparition de ce dernier. Il en devient une composante importante et de ce fait valorise le travail réalisé depuis de nombreuses années par les services de soins infirmiers. Par ailleurs, dans cette dynamique, du fait du développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), l'informatisation du dossier patient peut être une opportunité à saisir par les directions de soins pour s'engager et engager leurs établissements dans cette démarche.

La méthodologie retenue dans le cadre de ce travail repose sur trois axes de travail : une recherche bibliographique, une enquête quantitative auprès d'un échantillon d'établissements publics de santé et des entretiens réalisés dans deux sites hospitaliers. La recherche bibliographique a porté sur les concepts utilisés, l'exploration du contexte et les expériences développées dans les établissements de santé. Les mots clés utilisés pour la recherche sont les suivants : dossier de soins, dossiers de soins infirmiers, dossier du patient, dossier unique, dossier du malade, conduite du changement et identité professionnelle.

L'enquête effectuée par questionnaire auprès des directions de soins a pour finalité d'établir une photographie de l'existant en matière d'implantation de dossier des soins et de dossier unique patient dans les établissements publics de santé. Elle a été réalisée par courrier électronique sur un échantillon de 110 établissements. Il s'agit d'une enquête uniquement quantitative.

Les entretiens réalisés avec des acteurs hospitaliers impliqués dans la démarche d'implantation du dossier unique patient ont permis d'approfondir la problématique, de préciser les hypothèses de travail et d'envisager des propositions de stratégie d'intégration du dossier de soins dans le dossier unique patient. Ces entretiens ont été réalisés dans deux établissements engagés dans des démarches de mise en place du dossier unique patient. Ces entretiens ont concerné 12 personnes réparties sur les deux

établissements : médecins responsables des départements d'information médicale, cadres et cadres supérieurs de santé, directeurs des soins, directeurs adjoints.

Ce travail comporte trois parties : une présentation du contexte de l'étude, une approche de la réalité hospitalière et les enjeux et préconisations.

Le cadre contextuel, après un rappel historique du développement de la profession infirmière, aborde le cadre juridique actuel et les recommandations concernant le dossier du patient et présente le cadre conceptuel avec les notions d'identité professionnelle et de conduite du changement.

La deuxième partie approche la réalité hospitalière en matière de dossier patient sous deux angles : un premier angle quantitatif avec les résultats de l'enquête réalisée auprès des établissements de santé et un second plus qualitatif avec la restitution des observations effectuées dans deux sites et les entretiens réalisés auprès des acteurs concernés.

La troisième partie se déroulera selon deux axes, les enjeux soulevés par la mise en place du dossier patient unique et l'intégration du dossier de soins et une proposition de démarche à mettre en œuvre par le directeur des soins. Cette proposition a pour finalité de mettre en évidence les conditions de réussite d'un projet de mise en place d'un dossier patient et de proposer une stratégie.

1 LE CADRE DE L'ETUDE.

1.1 Un peu d'histoire : le développement de l'identité professionnelle infirmière

1.1.1 La naissance et le développement de la profession infirmière (1870-1970)

Un siècle d'histoire marque la naissance et le développement de la profession d'infirmière¹ et de l'identité professionnelle infirmière.

A) La naissance de la profession : les premières écoles d'infirmières.

Longtemps simples auxiliaires des médecins et chirurgiens, les infirmières, femmes soignantes, ont été en quête d'une identité au sein d'une société très largement fondée sur la pensée masculine et vis à vis du milieu médical reposant sur le savoir scientifique et la compétence technique.

L'évolution du progrès médical et des techniques médicales ont induit la nécessité de transmission par les médecins des connaissances médicales à leurs auxiliaires. On assiste ainsi à la fin du XIX^e siècle à la publication par des médecins des premiers manuels français de formation avec le Docteur Magloire Bourneville² et le Docteur de Saint Vincent³. Mais ils avaient été précédés par la publication en 1859 à Londres de l'ouvrage de Florence Nightingale, publié en France en 1862 sous le titre « Des soins à donner aux malades »⁴

Parallèlement à ces publications sont créées les premières écoles d'infirmières avec l'école de la Croix Rouge par le docteur Duchaussoy en 1877 et les écoles municipales d'infirmiers et infirmières des hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris par le docteur Désiré Magloire Bourneville en 1878. Ces écoles se développent en parallèle aux écoles confessionnelles comme celles des sœurs de la Charité des Hospices civils de Lyon en 1889. Ces écoles avaient pour finalité pédagogique selon René Magnon de « former des infirmières hospitalières pour aider essentiellement le corps médical à développer et à appliquer son art »⁵

B) Un début de réglementation professionnelle : une professionnalisation en marche.

Le début du XX^e siècle voit l'origine de la réglementation de la profession avec en 1923 la réglementation de la formation et du titre « d'infirmière diplômée de l'état français » et la reconnaissance administrative des écoles d'infirmières⁶.

La revue professionnelle nationale « L'infirmière française » est créée en 1923 et la même année Melle Chaptal fonde aux éditions Poinat « La bibliothèque de l'infirmière » , collection d'ouvrages professionnels. En passant de la transmission orale à l'écrit la connaissance infirmière a ainsi progressivement structuré l'identité professionnelle infirmière.

A cette même période la profession s'organise en créant en 1925 l'Association Nationale des Infirmières de l'Etat Français (ANIDEF) qui participe au Conseil International des Infirmières, lui même créé en 1899, et dont la première présidente française fut en 1929 Melle Chaptal. La reconnaissance officielle de la profession fut parallèlement renforcée en 1925 par la création du Bureau central des Infirmières au sein du ministère de la santé publique en charge de toutes les questions touchant la profession : formation, discipline, exercice, responsabilité.

En 1938 les professions d'infirmière et d'assistante sociale sont séparées et les études d'infirmières sont réglementées sur deux ans⁷. C'est en 1942 qu'un décret vient réglementer la délivrance du diplôme d'état d'infirmière ou d'infirmier hospitalier⁸.

En ce début de XX^e siècle la professionnalisation est en marche, mais la dépendance du pouvoir médical reste très forte. Après le retrait d'un premier projet de loi en 1937, il faut attendre 1943 pour voir la première publication d'une loi relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession⁹. Elle sera suivi en 1946 d'une second loi inscrivant la profession infirmière au code de la santé publique, loi qui confirme par ailleurs la complète subordination de l'exercice infirmier au corps médical¹⁰.

La formation et la codification des fonctions d'encadrement est une nouvelle étape dans la structuration de la profession. La première école de cadre infirmier est créée par la Croix Rouge en 1951 pour former des surveillantes et des formatrices. Les certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM) et d'infirmière surveillante (CAFIS) sont créés en 1958¹¹.

En 1949 est créé le Comité d'entente des écoles d'infirmières (CEEI), association qui regroupe les directrices d'écoles d'infirmières. Suite au développement des technologies et du progrès médical le programme de formation sera progressivement adapté en 1951¹² et 1961¹³.

1.1.2 La reconnaissance professionnelle et sociale (1970-1990)

A) L'autonomisation de la profession : le rôle propre et la formation des cadres.

Depuis 1970 on assiste au développement de concepts qui viennent enrichir le cadre théorique de la profession. C'est avec le développement et la diffusion des modèles conceptuels de soins infirmiers avec Florence Nightingale à l'origine puis surtout avec

Virginia Henderson que le développement d'une théorie infirmière a pris corps : « *Virginia Henderson en était donc à la première étape, en identifiant le domaine des soins infirmiers et en le conceptualisant.* »¹⁴

Ceci se traduit par les évolutions successives du programme de formation avec notamment en 1972¹⁵ la refonte du programme centré sur la santé et la personne humaine et non sur la maladie, programme élaboré sur la base du modèle de Virginia Henderson. Ce programme intègre par ailleurs une initiation à la recherche en soins infirmiers et la notion de plan de soins. Ce programme évoluera à nouveau en 1979¹⁶ en intégrant le concept de démarche de soins infirmiers et en allongeant la durée des études à 33 mois conformément aux directives européennes.

La reconnaissance d'une autonomie dans leur exercice professionnel est reconnue aux infirmières par la loi de 1978¹⁷ et confirmée par le décret de 1981¹⁸ qui officialise le rôle propre infirmier. Ce décret qualifié par R Magnon d' « acte juridique sans précédent »¹⁹ correspond en effet à une étape capitale de l'autonomisation professionnelle des infirmières.

Le décret de 1984²⁰ relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière confirme le rôle propre et l'autonomie dans l'exercice infirmier et intègre l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers dans le rôle propre.

Parallèlement à l'évolution du cadre de l'exercice professionnel, la structure hiérarchique professionnelle évolue sur cette période avec en 1975 la création du grade d'infirmier général²¹ et l'émergence de la notion de « service infirmier ».

Le développement dans les régions des écoles de cadres et des formations universitaires ouvertes aux professionnels infirmiers durant cette période participent au renforcement de la structuration professionnelle. L'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (EIEIS) créée à Lyon en 1965 est intégrée l'année suivante dans l'université de Lyon par décret du 27/07/1966. Plusieurs diplômes universitaires seront mis en place :

- Diplôme universitaire en soins infirmiers (1966), Lyon
- Maîtrise de sciences et techniques sanitaires et sociales (1977), Lyon
- Maîtrise de sciences et techniques, options de gestions hospitalières, (1975) Paris.

B) La reconnaissance sociale : des associations professionnelles au syndicalisme.

Au cours de cette période l'évolution et le développement des associations et des revues professionnelles est aussi une forme de structuration de l'identité professionnelle. En 1975 l'Association des Amis et des Anciens de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur crée la première revue de recherche infirmière : « Les cahiers de l'AMIEC » qui sera suivi en 1985 par une seconde revue : « Recherche en soins infirmiers » publiée par l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI). Cette

même année, Danièle Vaillant, conseillère technique à la direction des Hôpitaux, fonde la collection des Guides du service infirmier publiée par le ministère de la santé. Le premier numéro, comme nous le verrons plus loin, porte sur le dossier de soins. En 1986 la revue « L'infirmière magazine » succède à « L'infirmière française ». La publication en 1995 du dictionnaire des soins infirmiers²² à Lyon est venue enrichir et structurer les fondements conceptuels de la profession.

Au niveau associatif, la profession infirmière se caractérise par une multiplicité des associations professionnelles représentatives des différentes modalités d'exercice et des spécialisations. A titre d'exemple le site « Infirmiers.com » présente 49 associations et syndicats infirmiers. Mais parmi les associations généralistes la plus ancienne est l'Association Nationale des Infirmières, Infirmiers Diplômés et Etudiants (ANFIIDE) qui a succédé à l'ANIDEF (cf § 1.1.1, p 6). Au niveau des formateurs, le CEEI s'ouvre aux écoles de cadres et devient en 1969 le Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et des Ecoles de Cadres (CEEIEC).

Une première tentative de fédération des associations infirmières a été réalisée en 1973 avec la création du Comité Infirmier Permanent de Liaisons et d'Etudes (CIPLÉ) qui sera remplacé en 1987 par l'Union Nationale des Associations et Syndicats Infirmiers et des Infirmières Français (UNASIIF). En 1991 une autre tentative d'union des associations se fera au travers de la création du Comité Infirmier Français (CIF).

Les mouvements sociaux de 1988 sur la base de revendication catégorielle ont surtout mis en avant une demande de reconnaissance sociale du métier d'infirmière. L'ampleur de ces mouvements fortement médiatisés a participé fortement à la construction identitaire de la profession. C'est le mouvement de 1988 qui a donné naissance à la Coordination infirmière érigée en 1989 en syndicat professionnel (Coordination Nationale Infirmière).

C) Un outil structurant : le dossier de soin infirmiers.

La création et la diffusion des dossiers de soins infirmiers dans les années 1970 est une étape clé dans la concrétisation de l'identité professionnelle infirmière. La première expérience de dossier de soins généralisé dans un établissement, le centre Hospitalier de Chambéry, a été publiée en 1973²³. L'intégration de la tenue du dossier de soins dans le rôle propre infirmier par le décret de 1984 et la publication par la Direction des Hôpitaux du Guide du service infirmier portant sur le dossier de soins en 1985²⁴ ont développé cette démarche. Dans cette dynamique, le dossier de soins infirmiers a été implanté dans de nombreux établissements comme outil indissociable accompagnant la démarche de soins infirmiers. Le plus souvent, fruit d'une politique des directions des services de soins infirmiers, l'implantation du dossier de soins infirmiers s'est faite de façon globale sur les établissements plutôt que par des démarches de service : pour exemple la politique de

l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, instituée en 1991, de diffusion du dossier de soins dans tous les établissements, politique accompagnée d'une démarche d'évaluation annuelle institutionnelle.

1.1.3 De la maturité professionnelle à l'ouverture aux autres professions paramédicales (1991-2004)

A) La Direction du service de soins infirmiers : une place reconnue au sein de la structure hospitalière.

La loi hospitalière de 1991²⁵ avec la création du service de soins infirmiers et du directeur du service de soins infirmiers (DSSI) a été un tournant important pour la profession infirmière. La reconnaissance au sein de la structure hospitalière du service de soins infirmiers et la mise en place d'une instance officielle avec la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) sont la marque de la maturation professionnelle infirmière. Depuis cette loi et son application hospitalière, l'identité professionnelle infirmière s'est fortement développée sous l'impulsion des directions des services de soins infirmiers et des directeurs d'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

L'autonomisation et la responsabilisation de la profession sont confirmées par le décret de 1993 relatif aux actes professionnels²⁶. L'exercice de la profession est actuellement encadré par le décret de 2002²⁷ qui sans apporter de modification essentielle au cadre d'exercice élargit le champ des actes autorisés.

Parallèlement au décret relatif aux actes professionnels de 1993 est publié le premier texte officiel relatif aux règles professionnelles infirmières²⁸, ébauche d'un code de déontologie attendu depuis de nombreuses années par la profession.

Par contre la création d'une structure ordinaire prévue une première fois en 1943²⁹ puis en 1980³⁰ n'a toujours pas abouti à ce jour malgré les actions fortes de certaines associations professionnelles comme l'UNASIIF. En 1997 la Coordination Nationale Infirmière se positionne contre la création d'un ordre infirmier.

Au niveau de la formation, une dernière évolution importante de la formation intervient en 1992³¹ avec la fusion des deux diplômes d'infirmiers en soins généraux et d'infirmiers de secteur psychiatrique en un diplôme d'état d'infirmier unique. Mais l'équivalence du Diplôme d'Etat Infirmier accordé par décret en 1994 est annulée en 1996 par le conseil d'état suite au recours de certaines associations infirmières dont le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC)³². Ce programme officialise par ailleurs la notion de diagnostic infirmier. Une classification des diagnostics infirmiers a été élaborée à partir des années 1970 par l'Association Nord Américaine pour les Diagnostics Infirmiers³³. Cette classification évolutive a été reprise et relayée par l'Association Francophone Européenne des Diagnostics Infirmiers (AFEDI).

La même année³⁴ les écoles d'infirmières deviennent des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).).

B) La direction des soins : l'ouverture aux autres professionnels de soins.

Après la réforme hospitalière de 1991 et la création dans la structure hospitalière du service de soins infirmiers et des DSSI qui se sont parfois traduits dans certains établissements par un repli sur soi de la profession infirmière, deux évènements ont principalement symbolisé l'ouverture de la profession infirmière aux autres professions paramédicales : la formation et le statut cadre de santé et le statut de directeur des soins. En 1995³⁵ est créé un diplôme cadre unique pour les cadres des différentes filières paramédicales : infirmière, médico-technique et rééducation. Cette première étape de mise en place d'une formation et d'un diplôme commun sera prolongée en 2001³⁶ par la modification des statuts particuliers de la fonction publique hospitalière avec la création du corps des cadres de santé, placé en catégorie A , et comprenant deux niveaux de grade : cadre de santé et cadre supérieur de santé.

La seconde étape importante de cette ouverture est la publication en 2002³⁷ du statut de directeur des soins qui remplace celui d'infirmier général et qui ouvre la fonction aux autres filières professionnelles paramédicales et qui étend le champ de responsabilité des directeurs de soins aux secteurs d'activité médico-techniques et de rééducation. Mais cette évolution ne s'est pas faite sans rencontrer des freins importants du côté de certaines associations professionnelles infirmières et a provoqué par ailleurs une forte réaction des syndicats médicaux et de pharmaciens. Le décret de 2002 a fait l'objet de recours de la part de ces derniers, recours rejetés par ailleurs par le Conseil d'Etat en avril 2004.

Les réflexions³⁸ en cours sur la première année de formation commune aux professions de santé médicales et non médicales participent de la même façon à cette ouverture.

Dans cette dynamique au cours des dernières années en s'ouvrant à d'autres professionnels de santé, rééducateurs, diététiciennes par exemple, le dossier de soins infirmiers est devenu dans certain cas dossier de soins. La récente intégration dans les directions de soins des secteurs d'activités médico-techniques et de rééducation devrait accélérer cette évolution. Mais cela ne sera qu'une étape vers le dossier patient unique tel qu'il est désormais défini par la réglementation et intégré dans les normes de l'ANAES.

1.2 Le cadre réglementaire et les recommandations

1.2.1 Le dossier patient

Déjà encadré par la réglementation prise en application des lois hospitalières de 1970 et 1991, la loi du 4 mars 2002³⁹ a récemment précisé et modifié de façon importante

l'ensemble des règles touchant au dossier du patient. Ces règles sont codifiées dans le code de la santé publique (Annexe 1). Il aborde notamment 4 éléments touchant à la gestion du dossier patient : l'obligation de constitution du dossier et son contenu, la protection des informations concernant les patients (confidentialité et secret professionnel) et la communication des informations aux patients.

A) L'obligation du dossier médical et la codification de son contenu.

Suite à la loi du 4 mars 2002 l'obligation de constitution d'un dossier médical pour chaque patient hospitalisé dans une structure hospitalière publique ou privée a été confirmée par décret⁴⁰ et repris en 2003 dans l'article R1112-2 du CSP⁴¹ (Annexe 1 pp VI-VII) :

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. »

Ce même article précise le contenu du dossier et le classement des données.

L'article précise que les éléments du dossier de soins infirmiers (1^on) sont des éléments à part entière du dossier ainsi que les informations liées aux interventions des autres professionnels de santé (1^oo). Même si le législateur a conservé l'appellation « dossier médical » il s'agit donc bien désormais d'un dossier unique patient regroupant l'ensemble des informations des professionnels de santé intervenant auprès du patient.

Outre ces données directement liées aux soins le dossier doit comporter les éléments d'identification du patient (Art R.1112-3 du CSP).

Ce même article rappelle par ailleurs l'obligation d'identification des différentes pièces du dossier.

B) La protection des informations.

Les textes législatifs et réglementaires codifient par ailleurs la protection des informations concernant les patients avec l'obligation du secret professionnel faite aux professionnels de santé.

Le Code de déontologie médicale⁴² impose le secret professionnel à tous les médecins :

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

De même les règles professionnelles des infirmiers et infirmières⁴³ et le code de déontologie des sages-femmes⁴⁴ font obligation à ces professionnels de santé du respect du secret professionnel. Ce principe du secret touchant aux informations concernant les patients est réaffirmé par la loi du 4 mars 2002 dans le Code de la santé Publique (Art L1110-4) qui étend cette obligation à tous les professionnels de santé.

Ce même article précise que le secret est par principe partagé entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et la continuité des soins du patient.

C) La communication des informations aux patients.

La loi du 4 mars a introduit dans le code de la santé (Article L. 1111-7) la possibilité à toute personnes d'accéder directement aux informations concernant sa santé. Cet accès était jusqu'alors obligatoirement fait par l'intermédiaire d'un médecin :

Dans le domaine hospitalier cette règle est rappelée par l'article L. 1112-1 du CSP.

Un arrêté récent⁴⁵ vient d'intégrer les recommandations de l'ANAES en matière de communication des informations aux patients complétant ainsi ce dispositif législatif et réglementaire.

Cette obligation récente rend d'autant plus indispensable le regroupement au sein d'un même dossier de l'ensemble des informations concernant les patients.

D) L'informatisation des données de soins.

En matière de gestion de l'information les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ouvrent de nouvelles perspectives pour la gestion du dossier patient. Comme le précise les auteurs du récent rapport « Les données du patient partagées : proposition pour l'expérimentation. »⁴⁶ :

« Le dossier patient électronique permet de s'affranchir de la forme du contenant et du mode de rangement. La dématérialisation des documents permet d'indexer à l'identifiant du patient tous les éléments disponibles dans les différentes bases de données alimentées par les divers logiciels de l'hôpital. »

La valeur juridique de la forme électronique de l'écrit a été reconnue en 2000 par l'article 1316-3 du code civil⁴⁷:

« L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier »

Mais l'utilisation des technologies informatiques pour la gestion des données comme le rappelle l'article L 1110-4 du CSP (alinéa 4) est soumis aux règles de confidentialité.

Partie intégrante du dossier patient conformément à l'article R1112-2 du CSP, le dossier de soins infirmiers n'en constitue pas moins un élément important fruit d'une histoire comme nous l'avons vu précédemment et réglementé comme nous allons le voir maintenant.

1.2.2 Le dossier de soins

A) Le fondement réglementaire du dossier de soins.

Depuis 1978 les textes réglementaires ont incité à la constitution de dossier de soins infirmiers. Le recueil et la transcription des données et actes de soins dans le dossier de soins infirmiers sont intégrés dans le rôle propre de l'infirmière depuis le décret de 1984⁴⁸. Cette base réglementaire est complétée dès 1985 par la publication au Bulletin Officiel du Guide du service de soins infirmiers, le premier de la série éditée par le

ministère chargé de la santé, consacré au dossier de soins. Le dossier de soins est défini dans cette publication comme « un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Ce dossier a pour but d'améliorer : la qualité des soins, efficacité, continuité, sécurité, l'organisation des soins. »⁴⁹

Ce principe est repris par le décret du 11 février 2002⁵⁰ (Annexe 1) avec l'obligation faite du recueil et de la transcription des données et actes de soins dans le dossier de soins infirmiers dans l'article 3 :

« Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

Les éléments du contenu du dossier de soins sont précisés dans les articles 5, 6, 7 et 13 de ce même décret :

- Recueil des observations (article 5)
- Paramètres servant à la surveillance (article 5)
- Compte rendu d'exécution des actes écrit, daté et signé (Article 6)
- Protocole de traitements antalgiques (Article 7)
- Compte rendu des actes réalisés en urgence sur la base des protocoles de soins d'urgence (Article 13).

Son intégration dans le dossier patient confirmée par le décret du 21 mai 2003 (Article R1112-2 du CSP) vient renforcer le caractère obligatoire de la tenue du dossier de soins.

B) Les normes de qualité touchant le dossier de soins infirmiers.

Parallèlement à la réglementation, les normes de qualité éditées par le ministère de la santé en 2001⁵¹ (Annexe 2) rappellent cette obligation de tenue du dossier de soins infirmiers et en précisent le contenu et les modalités de gestion.

On retrouve le dossier de soins infirmiers au niveau de différentes normes de pratique infirmière tout au long de ce guide et tout particulièrement au niveau de l'accueil de la personne soignée dans la norme 3 intitulée « le dossier de soins infirmiers » qui rappelle l'obligation de tenue du dossier de soins infirmiers :

« Dès l'arrivée de la personne soignée, l'infirmière ouvre un dossier de soins infirmiers qu'elle renseignera tout au long du séjour. »⁵²

Les trois principes généraux de gestion du dossier de soins sont soulignés dans cette norme :

«- L'infirmière dispose pour chaque personne soignée d'un dossier de soins infirmiers, partie intégrante du dossier du patient

- L'infirmière dispose d'un guide d'utilisation du dossier de soins infirmiers

- Le service de soins est organisé de façon à garantir la protection de l'accès aux informations contenues dans le dossier infirmier. »⁵³

Le dossier de soins est transversal au processus de recueil des données. Il recueille les données initiales à l'issue de l'entretien mais aussi toutes les informations recueillies par les personnels soignants pendant le séjour⁵⁴.

Il retrace par ailleurs la démarche de diagnostic infirmier :

*« L'infirmière identifie les problèmes de santé et les ressources de la personne soignée et pose les diagnostics infirmiers. Elle les note dans le dossier de soins infirmiers après les avoir validés en équipe et avec la personne soignée ou ses proches si possible. »*⁵⁵

Dans la rubrique concernant les interventions infirmières auprès de la personne soignée, le guide rappelle le rôle prépondérant qu'occupe le dossier de soins dans la coordination et la continuité des soins entre les différents professionnels de santé et rappelle la tenue du dossier de soins par l'infirmière⁵⁶.

Dans le cadre de la sortie du patient le dossier de soins intègre les données de synthèse tel que le résumé de soins infirmiers. La norme touchant à la continuité des soins en vue de la sortie précise que l'infirmière *« met à jour le dossier de soins lors de la sortie et rédige une synthèse de la prise en charge infirmière et le résumé de soins infirmiers »*⁵⁷

On voit au travers de ces normes l'importance que revêt le dossier de soins infirmiers en tant qu'accompagnant l'ensemble de la démarche de soins, du recueil des données initiales à la sortie du patient, tout à la fois instrument de la traçabilité des actes, outils de communication et de programmation des soins et vecteur de la démarche de soins. Il est, comme nous allons le voir maintenant, un gage de la qualité de prise en charge du patient.

1.2.3 Les recommandations de l'ANAES

A) Les recommandations de l'ANAES concernant le Dossier du patient

Considérés comme deux éléments séparés par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) en 1994, le dossier de soins infirmiers et le dossier médical faisaient l'objet de démarches d'évaluation distinctes. C'est le manuel d'accréditation de l'ANAES en 1999 dans son référentiel « Dossier du Patient » (Annexe 3) qui met en avant la nécessité de regrouper l'ensemble des informations avec la notion de dossier patient unique :

« Le dossier du patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins.

*Il comporte l'ensemble des informations concernant le patient, qu'elles soient administratives, sociales, médicales ou paramédicales. »*⁵⁸

Sur la base de la réglementation, l'ANAES reprend dans les 7 références et les 24 critères l'ensemble des principes de bonne gestion des informations concernant le patient au sein du dossier patient :

- Mise en œuvre du dossier patient (DPA 1)
- Association des instances à la définition et la mise en œuvre (DPA 2)
- Confidentialité (DPA 3)
- Fiabilité des informations (DPA 4)
- Coordination de la prise en charge (DPA 5)
- Accès aux informations (DPA 6)
- Evaluation et amélioration continue (DPA 7)

Par ailleurs le manuel d'accréditation a été actualisé en 2003 afin d'intégrer les évolutions du cadre réglementaire et notamment la loi du 4 mars 2002. Cette version de juin 2003⁵⁹ apporte plus de précision et intègre dans le référentiel DPA (DPA 5) des modifications intégrant « les informations relatives aux soins infirmiers ou dispensés par d'autres professionnels de santé » (DPA 5c) et la fiche de liaisons infirmières dans le dossier du patient.

La version expérimentale du manuel d'accréditation de novembre 2003 pour la seconde procédure d'accréditation reprend de façon plus succincte la mise en place de la politique du dossier du patient dans la référence 4 du 1^{er} chapitre portant sur la politique et la qualité du management :

« Référence 4: Une politique du dossier patient est définie collectivement pour l'ensemble des secteurs d'activité. »⁶⁰

C'est dans ce contexte que parallèlement l'ANAES a publié un nouveau guide d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé en juin 2003⁶¹ : « Dossier patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations ». Ce guide propose une méthodologie très complète d'évaluation du dossier patient touchant à la fois la gestion générale du dossier patient dans un service ou établissement (29 critères) qu'à la tenue des dossiers eux mêmes (98 critères).

B) Le bilan des premières visites d'accréditation

Mais l'unification du dossier patient et du partage de l'information est loin d'être la réalité dans les établissements si l'on en croit le nombre important de recommandations et de réserves figurant dans les rapports d'accréditation et concernant la tenue du dossier patient. L'étude réalisée par la Fédération Hospitalière de France et publiée sur internet⁶² (Annexe 4) portant sur les 350 premiers établissements publics et privés accrédités montre clairement la place du référentiel DPA dans les recommandations et réserves. Dans cet échantillon le secteur public avec 134 établissements représente 38% de l'effectif et le secteur privé avec 216 établissements 62%.

Sur 1353 recommandations émises, 210 portent sur le référentiel DPA (15%) qui arrive en 2° place après le référentiel Organisation de la Prise en Charge des patients (OPC) avec 236 recommandations (17,4%) et juste avant le référentiel Droits et Information du Patient (DIP) avec 184 recommandations (13,6%). Mais en matière de réserves le référentiel DPA passe à la première place dans les référentiels concernés avec 72 réserves sur les 243 décisions de réserves (29,6%). Les référentiels OPC et Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI) suivent avec respectivement 35 et 34 recommandations (14,4% et 14%).

L'analyse plus fine effectuée par les auteurs permet de mettre en évidence les critères les plus concernés au sein du référentiel DPA. En ce qui concerne les 210 recommandations les 4 critères les plus concernés sont DPA 4c (69), DPA 5e (27), DPA 1a (18) et DPA 1b (12). On retrouve ces critères aux 4 premières places tant dans le secteur public que dans le secteur privé, même si le critère 1a concerne plus particulièrement les établissements privés. Avec 126 recommandations, ces 4 critères représentent 60% des recommandations concernant DPA. Les deux premières concernent la prescription médicale et la traçabilité de la réflexion bénéfice risque et les deux suivants concernent la politique générale de mise en place du dossier patient unique.

Les réserves (72) concernent principalement 3 critères qui regroupent 53 réserves (73,6%) : DPA 4c (35), DPA 1b (11) et DPA 2a (7). On retrouve avec le premier critère, comme pour les recommandations, les prescriptions médicales et le regroupement des informations avec DPA 1b. Le troisième critère concerne la formalisation institutionnelle des modalités de tenue du dossier. Les deux réserves majeures relevées dans cet échantillon concernent pour l'une ce dernier critère et pour l'autre DPA 1a. Il faut noter que ces réserves touchent plus le secteur public, les centres hospitaliers, que le secteur privé.

Ces résultats issus des premières visites de l'ANAES dans les établissements de santé montrent que face à l'évolution des contraintes réglementaires et des recommandations de l'ANAES en matière de dossier patient, il reste encore beaucoup à faire pour leurs mises en œuvre dans nos établissements.

1.3 Le cadre conceptuel

Deux grande notions vont être utilisées au cours de ce travail celle d'identité professionnelle et celle de changement. Il nous a semblé opportun dans cette partie définissant le cadre de l'étude de présenter rapidement ces deux concepts.

1.3.1 L'identité professionnelle

A) De l'identité individuelle à l'identité collective.

Si l'on se réfère au Littré⁶³ le terme d'identité peut être défini comme suit :

« - *Qualité qui fait qu'une chose est la même qu'une autre, que deux ou plusieurs choses ne sont qu'une.*

- *Conscience qu'une personne a d'elle même, c'est la mémoire qui fait votre identité.*

- *Identité personnelle, persistance de la conscience de soi qu'a un individu. »*

Dans une approche plus sociologique l'identité peut être définie plus précisément comme suit :

« *Le mot identité , qui vient du latin idem (le même), désigne ce dans quoi je me reconnais et dans quoi les autres me reconnaissent. L'identité est toujours attachée à des signes par lesquels elle s'affiche, de sorte qu'elle est à la fois affirmation d'une ressemblance entre les membres du groupe identitaire et d'une différence avec les autres. »*⁶⁴.

Il ressort de ces définitions deux approches distinctes et complémentaires de la notion d'identité : les identités collectives et les identités individuelles que Claude Dubar qualifie d'inséparables :

« *Ainsi, les identités collectives (ensemble des catégories qui identifient un individu à un moment donné dans un lieu donné) et les identités individuelles (sentiment d'être telle ou tel dans sa singularité) sont inséparables, la question étant généralement de savoir comment tel ou tel comportement, croyance, attitude... peut se comprendre à partir des appartenances collectives et de la manière dont celles-ci sont «vécues », «traduites », «intériorisées » par telle ou telle personne. »*⁶⁵

Inséparables elles n'en sont pas moins distinctes si l'on considère qu'un individu peut de façon simultanée ou successive développer des appartenances à plusieurs groupes sociaux. En face de ces identités collectives plurielles, chaque individu est caractérisé à un moment donné dans un contexte donné par une identité personnelle unique.

Au delà de l'approche psychologique d'identité individuelle, dans notre réflexion c'est la notion d'identité collective dans son acception sociologique qui retiendra notre intérêt.

B) L'identité professionnelle

La notion de groupe identitaire développe deux logiques distinctes, l'une de rapprochement des individus au sein du groupe et l'autre d'exclusion des individus que l'on ne reconnaît pas au sein de ce groupe.

La forme professionnelle des identités collectives a été mise en évidence en 1977 par Renaud Sainsaulieu dans la première édition de son ouvrage « l'identité au travail » et repris plus récemment (1997) dans « Sociologie de l'entreprise. Organisation, culture et développement. » . Il identifie quatre modes d'identité au travail en fonction des manières

d'être acteur dans le champ du travail : la fusion, la négociation, les affinités et le retrait, tout en précisant :

« Toutes ces identités sont présentes à l'intérieur d'un même groupe socioprofessionnel mais avec des pondérations et des évolutions différentes. »⁶⁶.

L'identité professionnelle peut se constituer autour des caractéristiques constitutives des professions que sont les activités communes, l'utilité sociale de ces activités, le savoir transmissible par des enseignements formalisés, la tendance à l'auto-organisation (associations), le réglementaire avec le statut, mais aussi leur histoire. En effet le passé d'une profession avec tout le poids culturel associé et les valeurs transmises est un élément fortement structurant d'une identité professionnelle :

« Les professions sont aussi des formes historiques d'accomplissement de soi, des cadres d'identification subjective et d'expression de valeurs d'ordre éthique ayant des significations culturelles. »⁶⁷

Selon Renaud Sainsaulieu, le travail et l'entreprise restent de nos jours des facteurs de socialisation importants :

« C'est bien par l'entreprise et le travail que se construit une part importante de l'identité sociale et des réseaux de relation des individus. »⁶⁸

C'est l'identité collective qui permet à un groupe d'être acteur à part entière dans un système au travers d'actions collectives. Philippe Bernoux souligne cet aspect en ces termes :

« Il n'y a, en effet, d'action collective que dans la mesure où les individus se sentent soit intégrés dans un ensemble, soit porteurs de valeurs communes, plus ou moins reconnues dans le groupe humain où ils vivent. Ces individus se groupent donc et acceptent de prendre des risques pour défendre ces convictions ou ces valeurs communes. »⁶⁹

C) L'hôpital et les identités professionnelles.

Dans son ouvrage « L'hôpital en question », Françoise GONNET souligne la part importante qu'occupent les identités professionnelles dans le fonctionnement des organisations hospitalières et les jeux des acteurs dans ces structures. Avec elle on peut retenir la définition suivante de l'identité professionnelle :

« En utilisant le terme « identité professionnelle », nous entendons toutes les normes valeurs, règles et appartenances multiples qui constituent les références de base d'une profession et auxquelles les membres de cette profession s'identifient en les faisant leurs. »⁷⁰

Au travers de cette identification collective, le groupe professionnel, au delà des individus qui le composent, devient un acteur à part entière :

« Il semble que la constitution d'identités professionnelles solides permette aux acteurs, à la fois de se situer les uns par rapport aux autres et de se faire reconnaître dans leur rôle global et dans leur spécificité propre. »⁷¹

Mais cette réalité ne va pas sans poser problème au sein de nos organisations hospitalières en favorisant les cloisonnements :

« d'autre part , les catégories multiples cherchent chacune à se faire reconnaître en différence avec les autres ou contre les autres, ce qui crée des recherches d'identités professionnelles restreintes et renforce le plus souvent les cloisonnements. »⁷²

Dans le même sens Michel Crémadez, dans son ouvrage sur le management stratégique hospitalier souligne ce phénomène caractéristique des structures hospitalières :

« L'hôpital est soumis à des forces centrifuges considérables du fait que le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel et le sentiment à un groupe de travail restreint l'emporte très largement sur le sentiment d'appartenance à l'organisation.

Ainsi, chaque groupe professionnel (médecins, infirmières...) a tendance à s'organiser de manière corporatiste, à développer son discours sur l'hôpital et à défendre ses propres revendications statutaires, dans une dynamique de concurrence. »⁷³

Autre facteur de difficulté l'identité professionnelle peut dans certains cas être un frein à l'adaptation et à l'évolution. Françoise Gonnet donne l'exemple du décalage constaté entre l'évolution permanente de la réalité du travail à l'hôpital et les formations et diplômes catégoriels souvent *« rigides et normatifs dans la constitution de compétences qu'ils confèrent à telle ou telle catégorie. Si bien que la réalité correspond rarement aux modèles et aux missions définies et constituées en cours de formation. Ceci crée des décalages permanents et des sources d'insatisfaction très forte. »⁷⁴* .

Face à ces difficultés potentielles l'institution hospitalière comme les entreprises développe des dynamiques d'identification collective centrées sur le sentiment d'appartenance avec les notions de participation au service public hospitalier et sur la réalisation d'une œuvre collective centrée sur les patients au travers des démarches transversales comme le développement de la qualité par exemple.

Renaud Sainsaulieu propose trois modalités légitimes pour articuler les différentes logiques identitaires au sein des entreprises, modalités qui semblent tout à fait applicables à l'institution hospitalière :

« Aujourd'hui, un nouveau modèle social d'entreprise se cherche, autour d'une triple capacité sociale de reconnaissance identitaire, d'ouverture aux trajectoires personnelles de mobilité, et de réalisation d'accords entre acteurs concrètement partenaires d'une véritable élaboration collective de développement. »⁷⁵

Cette notion d'identité professionnelle est, nous l'avons vu, un facteur important à prendre en compte dans le management des organisations en général et des organisations hospitalières en particulier et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit de conduire le changement.

Michel Crémadez souligne l'importance du poids des cultures professionnelles dans le management hospitalier et tout particulièrement dans la conduite du changement :

« Plus une organisation est divisée culturellement et cloisonnée opérationnellement, plus les chances de tel ou tel promoteur du changement sont faibles ; elles sont liées à la place qu'il

occupe dans l'organisation, au groupe auquel il appartient, à l'influence que lui reconnaissent les autres membres de l'organisation. »⁷⁶

1.3.2 Le changement

Le second concept utilisé dans notre réflexion est celui de changement. Si l'on se réfère au Littré ⁷⁷ le changement est défini comme suit :

« - Action de changer ; état , transformation de ce qui change ou qui est changé. »

Quant au verbe « *changer* » dans le sens utilisé dans ce travail le Littré le définit comme l'action de « *modifier une personne, une chose, la rendre différente de ce qu'elle était.* »

A) Le changement au sein des organisations : facteur de déséquilibre et d'équilibre.

Dans une approche plus sociologique le changement social peut être défini plus précisément comme :

« Transformation significative, partielle ou générale, du système social dans ses différents composantes et modes d'action. »⁷⁸

Dans le cadre de l'analyse sociologique des organisations, le changement est appréhendé comme un processus qui vient modifier le fonctionnement d'un système organisationnel et donc les modalités d'interactions entre les différents acteurs et entre le système et son environnement. Il est donc source de déséquilibre au sein de ce système. Erhard FRIEDBERG souligne le caractère inéluctable du changement dans toute organisation comme mode d'adaptation et d'évolution :

« Une organisation ne peut jamais prétendre s'être dotée des meilleures structures possibles permettant un fonctionnement parfait, mais encore que ce qui est « bon » aujourd'hui peut parfaitement être « mauvais » demain. L'aptitude au changement est donc une nécessité vitale à toute organisation. »⁷⁹

Deux types de changement sont classiquement distingués, le changement endogène et le changement exogène. Le premier constitue un simple ajustement interne permettant le maintien de l'équilibre au sein du système, l'homéostasie. Le second est une modification en profondeur du système lui-même en réponse à des modifications de l'environnement. Il se traduit par une véritable évolution du système.

Françoise Kourilsky compare l'équilibre des systèmes organisationnels à celui du système environnemental et assimile de ce fait la démarche de changement à une démarche écologique :

« Tout système humain, individu, de l'individu aux organisations les plus vastes , est auto-organisé et homéostatique : c'est un écosystème qui, au même titre que l'environnement naturel, nécessite d'être respecté et protégé conformément aux règles de son écologie. »⁸⁰

Le changement en faisant irruption dans le système organisationnel vient en quelque sorte rompre les équilibres en place et provoque chez les acteurs ou groupe d'acteurs concernés des réactions de protection : les résistances au changement.

Erhard Friedberg explique ces réactions comme des réponses du système relationnel qui cherche à retrouver son équilibre :

« Elles sont dues au fait que les structures organisationnelles existantes sont sous-tendues par un système de relations de pouvoir en équilibre qui permettent à chaque individu de retrouver un niveau de satisfaction en principe maximum étant donné sa situation, les atouts dont il dispose et les objectifs plus personnels qu'il poursuit. »⁸¹

B) La conduite du changement.

Philippe Bernoux dans son ouvrage « La sociologie des organisations » rappelle le principe essentiel de la conduite du changement qui ne peut être imposé sans préparation et accompagnement :

« Le changement ne se décrète pas. Une loi ou un ordre peuvent accompagner ou susciter un nouveau modèle relationnel, sûrement pas le déclencher. »⁸²

Françoise Kourilsky dans cette logique insiste sur les effets néfastes que peut induire un changement imposé :

« Le fait de décréter un changement déclenche généralement un peu plus d'immobilisme dans les organisations, entreprises ou institutions ; ressenti comme un « diktat », une non acceptation de leur identité, il est vécu comme une agression... »⁸³

Philippe Bernoux explique cette nécessaire prise en compte des acteurs et leur association à la conduite du changement par les enjeux mis en oeuvre :

« Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. »⁸⁴

Dans le même esprit, cette idée est complétée par Erhard Friedberg qui compare la conduite du changement à une négociation :

« Le changement devient ainsi nécessairement un processus de négociation constante sur les décisions, les modalités et les effets de retour provoqués par ces transformations. »⁸⁵

Françoise Kourilsky indique que la conduite du changement implique de « s'appuyer sur les valeurs et les ressources du système concerné.../...Tout système humain, de l'individu aux institutions les plus vastes, a fondamentalement besoin d'être reconnu et valorisé pour évoluer. »⁸⁶.

La reconnaissance des richesses et des valeurs des acteurs ou groupes d'acteurs est la base sur laquelle peut se construire l'évolution d'une organisation :

« Paradoxalement, un système humain ou social évolue d'autant plus facilement qu'il se sent respecté et reconnu dans son identité. »⁸⁷

Dans une démarche de changement, nier l'existant ne peut conduire qu'au blocage du processus d'évolution. Ceci implique de savoir les détecter et les reconnaître, ce qui fait dire à Françoise Kourilsky :

« L'aptitude à accompagner et à générer un processus de changement résulte pour une large part de cet apprentissage à mettre en lumière les ressources cachées derrière les handicaps ou les résistances. »⁸⁸

C'est sur la base de cette analyse sociologique des organisations que Michel Crémadez propose dans le cadre du management stratégique de substituer au changement rationnel le changement organisationnel.

Le changement rationnel repose sur un diagnostic de dysfonctionnements et la mise en œuvre d'une solution visant à leur suppression sous la forme d'une nouvelle organisation. Ce modèle, rappelle Michel Crémadez, « considère l'organisation comme un acteur rationnel unique incarné par la direction générale réputée avoir la responsabilité d'identifier les besoins de changements, la légitimité pour choisir les caractéristiques de l'organisation future et l'autorité pour en obtenir la mise en œuvre. Dans cette approche, la grande majorité des membres de l'organisation n'ont pas leur mot à dire, ils doivent faire confiance et accepter les bouleversements qui leur sont proposés pour le bien de l'organisation et, par conséquent, dans leur intérêt. »⁸⁹ Il souligne par ailleurs l'importance des réactions de résistances au changement qui sont provoquées par ce type d'approche. D'après son analyse les changements réussis dans ce cadre « sont l'occasion de mettre en évidence les grands talents de persuasion et de manipulation qui, dans un tel contexte, ont été déployés pour arriver à un tel succès. »⁹⁰

A cette approche rationnelle du changement, affaire d'experts, Michel Crémadez, reprenant le concept de développement organisationnel (DO) développé dans les années soixante-dix propose une approche organisationnelle du changement au travers du management stratégique. Cette approche qui repose sur la sociologie des organisations en donnant aux acteurs concernés au sein de l'organisation toute leur place dans la conduite du changement.

Mais pour lui cette démarche n'exclut pas pour autant la rationalité :

*« Réconcilier la rationalité et le besoin d'autonomie des individus au sein d'une organisation, c'est l'ambition qui préside à l'implantation du management stratégique. »*⁹¹

Dans le cadre du management stratégique, la mise en œuvre du changement organisationnel repose sur l'association au processus du plus grand nombre :

*« Le management stratégique présente à cet égard une qualité indéniable : il met l'accent sur la formulation concrète des objectifs par le plus grand nombre d'acteurs possible qui ne se voient plus enfermés dans une logique de moyens. Leur latitude d'action sur le devenir de l'organisation est reconnue et valorisée. »*⁹²

Le processus de changement organisationnel repose sur l'apprentissage et demande du temps. Il se traduit par un engagement progressif dans la démarche et permet aux acteurs concernés de dépasser les résistances au changement en s'appropriant la démarche et de construire une organisation nouvelle. Mais pour cela « il faut arriver à fonder la satisfaction du besoin de sécurité sur la maîtrise du changement. »⁹³

Avec Michel Crémadez on peut synthétiser l'esprit de ce processus comme suit :

*« Les acteurs construisent leur avenir dans toutes ses dimensions au lieu de simplement élaborer les modalités de mise en œuvre d'un avenir dessiné et voulu par d'autres. »*⁹⁴

Notes de la 1^{ère} partie :

- ¹ Le terme d'infirmière sera utilisé systématiquement en lieu et place d'infirmier ou infirmière compte tenu de la majorité féminine de la profession.
- ² *Manuel pratique de la garde malade et de l'infirmière*, Dr Désiré Magloire Bourneville, Bureau du progrès médical, Paris 1878
- ³ *Nouvelle médecine à la ville et à la campagne à l'usage des familles, des maisons d'éducation qui se vouent au soulagement des malades*, Dr A C de St Vincent, 1866
- ⁴ *Des soins à donner aux malades*, Florence Nightingale, Paris, Didier, 1862
- ⁵ MAGNON R. Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers le bilan d'un siècle. Editions MASSON, Paris, 2001. p 9.
- ⁶ Arrêté du 10 octobre 1923 (JO du 31 octobre 1923)
- ⁷ Décret du 18 février 1938 (JO du 19 février 1938)
- ⁸ Décret du 10 août 1942 (JO du 30 septembre 1942)
- ⁹ Loi n° 372 du 15/07/1943 (JO du 28/08/1943)
- ¹⁰ Loi du 08/04/1946 (JO du 09/04/1946), Livre IV, Titre II articles 473 à 486 du Code de la santé Publique.
- ¹¹ Décret du 14/11/1958 (JO du 19/11/1958)
- ¹² Arrêté du 18/09/1951, relatif au programme de formation (JO du 26/09/1951)
- ¹³ Arrêté du 17/07/1961, relatif aux études préparatoires et aux épreuves du DE d'infirmier (JO 21/07/1961)
- ¹⁴ BOITIN I., LAGOUTTE M., LANTZ M.C. « Virginia Henderson : 1897-1996 » Biographie et analyse de son œuvre ». *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2002, N°68, p 14.
- ¹⁵ Décret n°72-818 du 5 septembre 1972 et Arrêté du 5 septembre 1972 (JO du 7/09/1972)
- ¹⁶ Décret n° 79-300 du 12 avril 1979 (JO du 14/04/1979)
- ¹⁷ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 (JO du 01/06/1978).
- ¹⁸ Décret 81-539 du 12 mai 1981 (JO du 15 mai 1981).
- ¹⁹ Op cit. p 107.
- ²⁰ Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 (JO du 24/07/1984).
- ²¹ Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 (JO du 15/04/1975).
- ²² Dictionnaire des Soins Infirmiers, sous la direction de MAGNON, R. DECHANOZ G., Lyon, Association des Amis et des Anciens de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur (AMIEC), 1^{ère} édition 1995.
- ²³ Wehrlin N. *Le dossier infirmier du Centre Hospitalier de Chambéry*. Revue de l'infirmière n°7, Juillet - Septembre 1973
- ²⁴ Guide du service infirmier, n°1, Série « Soins infirmiers ». *Bulletin Officiel du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux, BO n°85/7 bis, 1985, 68 p.*
- ²⁵ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (JO du 2/08/1991)
- ²⁶ Décret 93-345 du 15 mars 1993 (JO du 16/03/93).
- ²⁷ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 (JO du 16 février 2002)
- ²⁸ Décret n° 93-221 du 16 février 1993, article 4 (JO du 18/02/93).

-
- ²⁹ Loi n°372 du 15 juillet 1943 (JO du 28 août 1943).
- ³⁰ Loi n° 80-527 du 12 juillet 1980 (JO du 13/07/1980).
- ³¹ Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 et Arrêté du 23 mars 1992 (JO du 25/03/92).
- ³² Anciennement CEEIEC.
- ³³ ANADI ou NANDA : North American Nursing Diagnosis Association
- ³⁴ Décret du 5 juin 1992 (JO du 12/06/92).
- ³⁵ Décret n°95-926 du 18 août 1995 (JO du 20/08/95).
- ³⁶ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 (JO du 1er janvier 2002)
- ³⁷ Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins (JO du 23 avril 2002).
- ³⁸ Domitien DEBOUZIE, Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, Rapport, 20 juillet 2003
- ³⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. (JO du 5 mars 2002)
- ⁴⁰ Décret n°2002-637 du 29 avril 2002, article 9 (JO du 30 avril 2002)
- ⁴¹ Décret n°2003-462 du 21 mai 2003 (JO du 27 mai 2003)
- ⁴² Décret du 6 septembre 1995, article 4 (JO du 08/09/95)
- ⁴³ Décret n° 93-221 du 16 février 1993, article 4 (JO du 18/02/93).
- ⁴⁴ Décret n° 91-779 du 8 août 1991, article 3 (JO du 14/08/91)
- ⁴⁵ Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès (JO du 17 mars 2004)
- ⁴⁶ FIESCHI M., MERLIERE Y. *Les données du patient partagées : proposition pour l'expérimentation*, Note d'orientation au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Mai 2003.
- ⁴⁷ Loi n°2000-230 du 13 mars 2000 (JO du 14/03/2000).
- ⁴⁸ Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (JO du 24/07/1984)
- ⁴⁹ Guide du service infirmier, n°1, Série « Soins infirmiers ». *Bulletin Officiel du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux, BO n°85/7 bis, 1985, p 2.*
- ⁵⁰ Décret 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article 3. (JO du 16 février 2002)
- ⁵¹ Soins infirmiers : normes de qualité, Guide du service de soins infirmiers, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2° édition, Septembre 2001
- ⁵² Op. cit p. 4
- ⁵³ Op. cit p. 4
- ⁵⁴ Op. cit p. 6
- ⁵⁵ Op. cit p. 6
- ⁵⁶ Op. cit p. 10
- ⁵⁷ Op. cit p. 24

-
- ⁵⁸ ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Direction de l'accréditation, 1999, p 45.
- ⁵⁹ ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé Actualisation*. Direction de l'accréditation, Juin 2003, p 53
- ⁶⁰ ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé - Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale*. Direction de l'accréditation, Novembre 2003. p 34.
- ⁶¹ ANAES. *Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations*. Service évaluation des pratiques, 2003. 199p
- ⁶² LETEURTRE H., BLONDIAU MF., MALLEA P., GASPARRO S. *Analyse des 350 premiers comptes rendus d'accréditation de l'ANAES*. Fédération Hospitalière de France, 19 août 2003.
- ⁶³ Le Littré, Hachette, Paris, 2000
- ⁶⁴ Le Robert, Dictionnaire de sociologie. Editions du Seuil, 1999, p 264.
- ⁶⁵ Mengin J., Vanoni D., Dubar C. et col. Les enjeux de l'identité. Recherche sociale, 1998, N°147, p 8.
- ⁶⁶ SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'entreprise . Organisation, culture et développement*. Presses de la fondation nationale des sciences politiques/ Dalloz, 1997, 2° édition. p 202.
- ⁶⁷ DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*. Armand Colin, 1998. p 13
- ⁶⁸ SAINSAULIEU R. «La construction des identités au travail ». *Sciences humaines*, Mars/Avril 1998, Hors série N°20, p 40.
- ⁶⁹ BERNOUX P. La sociologie des organisations. Seuil, 1985. p 186.
- ⁷⁰ GONNET F. *L'hôpital en question(s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Editions Lamarre, 1992. p 350.
- ⁷¹ GONNET F. op. cit. p 42.
- ⁷² GONNET F. op. cit. p 231
- ⁷³ CREMADEZ M., GRATEAU F. /collab. *Le management stratégique hospitalier*. Masson, Inter Editions, 1997. p 35.
- ⁷⁴ GONNET F. op. cit. p 231.
- ⁷⁵ SAINSAULIEU R. «La construction des identités au travail ». *Sciences humaines*, Mars/Avril 1998, Hors série N°20, p 43.
- ⁷⁶ CREMADEZ M. op. cit. p 37.
- ⁷⁷ Le Littré, Hachette, Paris, 2000
- ⁷⁸ Le Robert, Dictionnaire de sociologie. Editions du Seuil, 1999, p 68
- ⁷⁹ FRIEDBERG E. «L'analyse sociologique des organisations ». *POUR, revue du GREP* n°28, Paris, 1998, p 96.
- ⁸⁰ KOURILSKY F. « La communication : levier du changement à l'hôpital. » *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 3° trimestre 1996, N°19, p 18.
- ⁸¹ FRIEDBERG E. op. cit.p 97.
- ⁸² BERNOUX P. op.cit. p 190.
- ⁸³ KOURILSKY F. op.cit. p 17.
- ⁸⁴ BERNOUX P. op.cit. p 193-194.

⁸⁵ FRIEDBERG E. op. cit. p 98.

⁸⁶ KOURILSKY F. op. cit. p 17.

⁸⁷ KOURILSKY F. op. cit. p 18.

⁸⁸ KOURILSKY F. op. cit. p 18.

⁸⁹ CREMADEZ M. op. cit. p 314.

⁹⁰ CREMADEZ M. op. cit. p 315

⁹¹ CREMADEZ M. op. cit. p 319.

⁹² CREMADEZ M. op. cit. p 322.

⁹³ CREMADEZ M. op. cit. p 319

⁹⁴ CREMADEZ M. op. cit. p 324

2 UN REGARD SUR LA REALITE HOSPITALIERE.

Après avoir précisé selon trois axes, historique, réglementaire et conceptuel, le cadre de cette étude, cette deuxième partie se propose d'approcher la réalité hospitalière d'implantation du dossier patient.

Cette approche se fera en deux temps :

- Un premier temps au travers de l'enquête réalisée auprès des établissements publics de santé qui donnera une photographie de l'existant en matière de dossier unique patient et de dossier de soins.
- Un second temps reposant sur les expériences de deux établissements en cours d'implantation du dossier patient.

2.1 Les résultats de l'enquête dans les Etablissements Publics de Santé (EPS)

2.1.1 Méthodologie de l'enquête

La finalité générale de cette enquête est de mesurer sur un échantillon d'établissements le niveau d'implantation du dossier patient unique et, au travers des différents items abordés, d'établir une photographie des structures concernées en matière de politique des directions de soins.

Le questionnaire (Annexe 5) comporte 16 questions fermées et un cadre permettant la saisie d'observations générales pouvant dans certains cas expliciter certaines réponses.

Les établissements destinataires, au nombre de 125, ont été sélectionnés dans la liste des établissements publics de santé proposant des terrains de stage aux élèves directeurs de soins de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Afin d'assurer une représentation géographique, ils sont issus de 21 régions différentes. Cet échantillon comporte les trois grandes catégories d'établissements : 90 centres hospitaliers (CH), 23 centres hospitaliers universitaires (CHU) et 12 centres hospitaliers spécialisés (CHS).

Le choix a été fait de diffuser le questionnaire par le réseau internet au moyen de courriels envoyés aux coordonnateurs généraux de soins des différents établissements.

Cette méthode, qui s'est avérée efficace au vue de la rapidité et de la quantité des retours (79), a par contre occasionné des échecs de transmissions au nombre de 15 pour les envois et de 2 pour les retours. Les retours se sont faits soit par la voie d'internet soit par courrier.

Les résultats sous forme de tableaux et graphiques sont donnés dans l'annexe 6. Seuls les commentaires synthétiques sont repris dans cette analyse.

Sur les 110 questionnaires réceptionnés 79 établissements ont répondu à l'enquête (73%) dont 52 centres hospitaliers, 11 centres hospitaliers spécialisés et 16 centres hospitaliers universitaires.

Si l'on s'en réfère au type d'établissement, l'échantillon n'est pas représentatif de la structure des établissements publics de santé compte tenu de la représentation plus importante des CHU. Mais ce critère de représentativité ne nous a pas semblé déterminant dans le cadre de cette enquête qui n'a aucunement la prétention d'être exhaustive.

2.1.2 Situation du dossier de soin

Les questions Q3 à Q6 traitent de l'implantation du dossier de soins dans les établissements. Les résultats confirment un élément de l'hypothèse énoncée en introduction concernant la généralisation de l'implantation du dossier de soins dans les EPS. La totalité des établissements déclarent en effet avoir mis en place un dossier de soins (77) ou être en cours d'implantation (2). Parmi les établissements ayant implanté le dossier de soins, 70 précisent que cette implantation est généralisée au niveau de l'établissement.

Si l'on s'intéresse au type de dossier de soins implanté, on observe que près de 75% des établissements ont mis en place un dossier de soins intégrant les données des professions paramédicales autres que les données d'infirmières. Ce résultat montre la forte prise en compte de l'évolution récente de la direction des soins. Par contre sur les réponses montrent la faible proportion d'établissements qui ont informatisé le dossier de soins : seuls 8 établissements dans notre échantillon ont développé un dossier de soins informatisé.

2.1.3 Etat d'avancement du dossier patient unique

Le deuxième volet de l'enquête concerne la mise en place du dossier unique. Le questionnaire comporte deux séries de questions l'une portant sur l'implantation du dossier médical unique l'autre sur celle du dossier patient unique intégrant les données paramédicales. L'objectif est d'identifier les établissements qui ont mis en place l'unification du dossier médical mais sans avoir intégré à ce jour le dossier de soins.

Globalement les établissements se répartissent également en trois catégories : ceux qui ont mis en place le dossier patient unique (28), ceux qui sont en cours d'implantation (27) et ceux qui n'ont pas à ce jour de dossier patient unique (24). Dans ce dernier groupe certains sont engagés dans la démarche (10) puisqu'ils ont implanté un dossier médical unique ou sont en cours de l'implanter. Pour 5 établissements il reste donc à intégrer le dossier de soins pour finaliser la démarche. Comme pour le dossier de soins, les dossiers patients informatisés sont minoritaires avec 19 établissements sur les 55 qui disposent

d'un dossier patient unique ou qui sont en cours d'implantation. Par contre on peut noter que la moitié des établissements qui sont en cours d'implantation du dossier patient unique (13 sur 27) ont opté pour l'informatisation.

2.1.4 Le niveau de développement de la politique de soins et des outils de soins

Le troisième volet de l'enquête a pour finalité d'évaluer le développement de la politique des directions de soins au travers de l'implantation des outils que sont le projet de soins, l'évaluation de la charge en soins et les transmissions ciblées.

Les réponses montrent que la quasi totalité des établissements disposent d'un projet de soins (73) ou sont en cours d'élaboration de leur projet (5).

L'intégration des professions paramédicales autres qu'infirmière dans les démarches de projet de soins sont majoritaires (42) mais cette évolution se fait dans une moindre mesure que pour le dossier de soins. Le facteur temps lié à la durée des projets de soins (4 à 5 ans) peut être un élément d'explication à ce léger décalage.

L'utilisation des outils de la charge en soins (PRN¹, SIIPS², Pendiscan...) est par contre minoritaire dans les établissements concernés par l'enquête. Seuls 27 établissements déclarent utiliser un outil d'évaluation de la charge en soins et parmi ceux-ci seuls 10 ont généralisé l'utilisation.

Contrairement aux outils d'évaluation de la charge en soins, les transmissions ciblées sont beaucoup plus développées au sein des établissements concernés par cette enquête, avec la quasi totalité des établissements (76) qui ont soit mis en place les transmissions ciblées (59) ou qui sont en cours de diffusion (17). Dans une majorité de cas cette implantation est ou sera généralisée (52 établissements sur 76).

Cette donnée est importante si l'on se réfère à l'aspect structurant des transmissions ciblées dans le dossier de soins.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence quatre points importants en rapport avec la problématique abordée de l'intégration du dossier de soins dans le dossier patient :

- la diffusion importante du dossier des soins dans les établissements publics de santé
- la forte structuration des directions des soins autour des projets de soins et des outils comme les transmissions ciblées et dans une moindre mesure les outils d'évaluation de la charge en soins.
- la bonne intégration en cours des professionnels de soins médico-techniques et de rééducation au sein des directions des soins avec leur participation aux projets de soins et aux dossiers de soins.

- la dynamique de mise en place du dossier patient unique est en cours de développement.

Avec toutes les réserves que peuvent apporter la taille de l'échantillon et sa représentativité statistique, on peut toutefois admettre que ces résultats nous permettent d'effectuer un zoom sur la réalité hospitalière publique en matière de mise en place du dossier patient unique et de politique des directions de soins.

2.2 Deux expériences d'implantation du dossier patient.

Après une approche très générale avec l'enquête menée dans des établissements publics de santé, nous allons maintenant aborder une approche plus ponctuelle au travers de deux expériences d'implantation d'un dossier patient unique dans des établissements publics de santé. Cette seconde approche nous permettra d'analyser les démarches et de mettre en évidence les freins rencontrés et les leviers utilisés.

2.2.1 Méthodologie

Le recueil d'information repose sur deux approches d'une part l'observation réalisée au cours de deux stages de 4 semaines dans les deux établissements et d'autre part sur des entretiens semi directifs réalisés auprès de 12 acteurs concernés par la démarche.

Le tableau ci dessous précise le profil des personnes interrogées et leur établissement :

	<i>Etablissement A</i>	<i>Etablissement B</i>	<i>Total</i>
Coordonnateurs généraux de soins	1	1	2
Directeurs adjoints	1 ³	1 ⁴	2
Responsable DIM	1	1	2
Cadres supérieurs de santé	2	2	4
Cadres de santé	1	1	2
Total	6	6	12

Les entretiens d'une durée s'échelonnant d'1/2 heure à 1heure ont été conduits sur la base de la trame suivante :

- Origine du projet, facteur(s) déclanchant(s)
- Situation de départ en matière de gestion du dossier médical et du dossier de soins
- Objectifs poursuivis par le projet
- La démarche (acteurs, méthode, calendrier)
- Les freins rencontrés
- Les leviers utilisés

Les synthèses d'entretiens ont été réalisées sur la base de notes manuscrites prises en cours d'entretiens. Le traitement des données ainsi recueillies a été réalisé sur un

tableur permettant le classement et le tri des informations par thématique, par interlocuteur et par établissement.

2.2.2 Etablissement A: une volonté de la direction appuyée par une dynamique médicale

A) Présentation de l'établissement et de la direction des soins.

Le premier site objet de cette étude (établissement A) est un Centre Hospitalier Intercommunal de la région parisienne né de la fusion de deux centres hospitaliers. L'établissement comporte 1471 lits dont 263 lits de soins de longue durée et 147 lits de maison de retraite.

L'établissement dispose d'une offre de soins très diversifiée avec de nombreuses disciplines médicales, chirurgicales et obstétricales ainsi qu'un secteur important d'activité consacré aux personnes âgées et des structures de psychiatrie.

Prévue dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) la fusion des deux établissements a été officiellement actée en 1997 et le premier projet médical adopté par le Conseil d'Administration en avril 1998. Mais les difficultés récurrentes rencontrées dans la mise en œuvre de la fusion ont conduit à l'intervention des tutelles à deux reprises en 1998 et 2003. A ce contexte difficile s'ajoute les difficultés de fonctionnement liées à la pénurie de personnel infirmier qui a contraint l'établissement à effectuer des regroupements fonctionnels de service et à fermer environ 200 lits .

La Coordinatrice Générale des Activités de Soins est actuellement assistée de deux directrices des soins respectivement en charge de chacun des deux sites et depuis 2003, avec l'intégration du secteur médico-technique et de rééducation, d'un cadre supérieur médico-technique faisant fonction de directrice des soins chargée des activités médico-techniques et de rééducation. L'intégration des secteurs d'activité médico-technique et de rééducation s'est faite sous l'impulsion du directeur général de l'établissement suite au décret d'avril 2002 portant statut des directeurs de soins.

Le service de soins infirmiers a élaboré son projet de soins pour la période 2000-2005. En dehors des priorités touchant à la prise en charge des patients et aux conditions de vie au travail des personnels du service de soins infirmiers, le projet de soins infirmiers donne une place importante à la communication interne au sein du service de soins infirmiers et à sa structuration. Il ressort du projet de soins une volonté de la direction des soins de responsabilisation et d'association de l'encadrement dans la gestion du service de soins infirmiers. On ne retrouve pas dans le projet de soins de référence au dossier de soins et à son intégration dans le dossier patient. Par contre en matière de politique de gestion des soins deux priorités ressortent du projet de soins : l'évaluation de la qualité des soins et l'évaluation des activités afférentes aux soins (AAS). L'évaluation de la qualité des

soins repose sur l'utilisation d'un outil : Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers (IGECSI)⁵.

L'évaluation de la charge en soins est faite par les SIIPS qui sont relevés sur la base du dossier de soin. Les transmissions ciblées sont en cours de généralisation avec harmonisation des supports sur les deux sites avec intégration dans certains services des données des personnels de rééducation.

L'observation du fonctionnement réalisée au cours du mois de stage met en évidence une direction des soins fortement structurée et hiérarchisée en interne. L'organisation de la direction des soins et son fonctionnement transversal sur les deux sites, selon un directeur adjoint, fait de cette direction un élément fortement structurant de l'établissement dans le contexte difficile de fusion qu'il connaît actuellement.

B) Situation de départ et origine du projet

La situation de départ, compte tenu de l'existence de deux établissements, était fortement inhomogène : d'un coté une démarche ancienne de regroupement des données médicales avec un site plus récent bénéficiant d'archives centralisées et de l'autre une absence d'archives centralisées et, peut-être en conséquence, une culture fortement ancrée de dossiers médicaux de services . Dans le premier site même si l'on ne pouvait pas parler de dossier médical unique à l'origine on pouvait parler, comme le précise le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) « *de dossiers réunis* » . Dans ce contexte ce site s'est engagé dès 1990 dans la réflexion sur la mise en place d'un dossier médical unique par un groupe de travail pluridisciplinaire (cadres IDE, secrétaires, médecins) qui aboutit en 1993 à la validation d'une structure de dossier patient unique : le Dossier Unique Bleu⁶ (DUB). Il faut noter par ailleurs que sur ce même site dès 1984 un dossier de soins a été mis en place, dossier qui a par la suite évolué de façon séparée dans les différents services. L'harmonisation du dossier de soins est en cours sur les deux sites tout en intégrant certaines spécificités de service (pédiatrie, personnes âgées, réanimations par exemple). Cette harmonisation s'accompagne de l'élaboration du guide d'utilisation du dossier de soins. Les données infirmières actuellement non intégrées dans le dossier patient sont stockées dans la pochette de radio annexée au DUB.

C) La démarche de mise en place du dossier patient : objectifs poursuivis, acteurs, méthodologie.

Pour l'établissement les objectifs sont de réunir au sein d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) les données administratives, les données médicales et les données paramédicales. Le médecin responsable du DIM rappelle le principe fondamental de structuration du dossier patient en reprenant un discours caractéristique infirmier à propos du dossier de

soins :« *Le dossier est l'expression d'une démarche de soin : constats, objectifs, actions, évaluation* »

Il précise les deux grandes étapes de la démarche :

- « - 1er temps : *Généralisation du DUB sur les deux sites*
- 2° temps : *informatisation du Dossier Patient* »

La première étape repose sur l'expérience du premier site et son extension au second site. La mise en place du dossier médical unique se fait de façon progressive sur le second site avec ouverture du dossier pour tout entrant sans reprise de l'antériorité. Les anciens dossiers de service après tri sont externalisés. Cette démarche implique la négociation avec les médecins et tout particulièrement les chefs de service sur le contenu du dossier, le stockage, les droits et la propriété. En parallèle une charte de tenue du dossier est en cours d'élaboration. D'ors et déjà une évaluation du DUB est institutionnalisée avec deux fois par an l'évaluation par le DIM de 120 dossiers tirés au sort.

La seconde étape en cours d'initialisation est l'informatisation du Dossier Patient Unique (DPU).

Par son intégration dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens de l'établissement, le projet de Dossier Patient Informatisé (DPI) est un axe prioritaire du projet d'établissement.

Après le choix du logiciel de gestion du dossier déjà réalisé, la démarche pour cette seconde étape est envisagé par le médecin responsable du DIM selon 3 étapes principales :

- « -1 ère étape : *intégration des documents saisis sur informatique dans les services dans le système centralisé*
- 2° étape : *intégration des résultats de laboratoires et d'une grille de suivi des consultations*
- 3° étape : *rapprochement de l'outil du lit du patient : intégration du dossier infirmier sur une informatique mobile, prescription (aide à la prescription), retour des données (résultats d'exams)* »

L'intégration des données infirmières n'apparaît que dans le cadre de la 3° étape, ce qui très certainement à mettre en rapport avec la faible d'implication de la direction des soins dans le projet.

Il souligne par ailleurs deux impératifs que sont d'une par la nécessité de communiquer avec les autres outils du système d'information hospitalier (SIH) et d'autre part l'importance de saisir l'information à la source, là où elle est produite (données administratives, tarification à l'activité).

D) Les freins, les leviers.

Au niveau des freins deux personnes abordent le dossier de soins infirmiers :

Le médecin responsable du DIM regrette « *l'absence de dossier de soins infirmiers uniformisé* » estimant que cette harmonisation aurait été un facteur facilitant son intégration dans le DPI. Le cadre expert interrogé regrette par ailleurs « *l'absence de démarche de projet d'intégration des données infirmières dans le dossier unique* ».

Pour sa part le directeur adjoint chargé de la qualité souligne l'importance des freins culturels à la mise en place du dossier médical unique sur le second site (1^{ère} étape du projet) avec une culture du dossier de service fortement implantée. Phénomène qu'il rapproche du nombre important de médecins à temps partiels qui sont « *éloignés d'une culture institutionnelle* ». Par ailleurs les difficultés liées à la fusion difficile freinent la généralisation du DUB sur le second site en préalable à son informatisation. L'exportation d'une organisation de « *l'autre site* » est mal acceptée par la communauté médicale du second site.

Le coordonnateur général des soins pour sa part explique le défaut d'implication de la direction des soins dans ce projet par les difficultés de fonctionnement des services liées au déficit très important de personnels infirmiers qui ont conduit à fermer près de 200 lits dans l'établissement au cours de la période observée. Les priorités de la direction des soins sont donc ailleurs. Mais malgré tout on peut penser que dans cet établissement qui ne dispose pas d'un dossier de soins généralisé et harmonisé, la recherche d'identité très forte au sein du service de soins infirmiers peut conduire la direction des soins à se tenir à distance de la démarche de mise en place d'un dossier patient unique. Mais, passées ces difficultés importantes de fonctionnement, la direction des soins intégrera très certainement cette démarche de projet, c'est en tout cas le souhait exprimé par un cadre supérieur et le cadre interrogés en soulignant la nécessité d'« *Intégrer les données infirmières dans le dossier patient unique informatisé.* ». Le cadre s'interroge déjà sur la stratégie à développer : « *structurer le dossier de soins avant fusion au sein du dossier patient ou intégrer d'emblée les données infirmières dans le dossier patient ?* ».

Il exprime par ailleurs son « *souhait de développer une démarche commune et recherche d'un équilibre entre harmonisation et spécificités sans uniformiser.* »

Au cours de la première étape de diffusion du DUB, pour le directeur adjoint et le médecin responsable du DIM, le levier le plus important a été la fusion des deux établissements qui a permis d'engager le transfert de l'expérience de dossier médical d'un site sur l'autre, transfert facilité par les contraintes architecturales limitant les surfaces de stockage et le respect des normes de sécurité incendie. Ils soulignent tous les deux par ailleurs la nécessaire implication de la direction dans le projet :

« *Nécessité d'engagement fort de la direction et des instances : c'est une démarche stratégique* »

« *Nécessité d'un « meneur » pour conduire le projet et du soutien de la direction* »

De façon plus générale le directeur adjoint interrogé cite 4 facteurs qui à des niveaux différents dynamisent une telle démarche de projet : l'intérêt du patient, la réglementation, la communication et les moyens mis en œuvre.

Autre levier, l'accréditation, intervenue pour cet établissement en 2001, a été aussi un facteur de dynamisation de la démarche engagée, notamment pour lancer la seconde étape, celle de l'informatisation du dossier patient.

En conclusion de cette observation et de ces entretiens on constate un projet de mise en place de dossier médical unique très avancé avec une forte implication de la direction et d'une partie de la communauté médicale, mais avec une absence d'implication de la Direction des soins et ce malgré la volonté d'engagement affichée par les cadres soignants interrogés.

2.2.3 Etablissement B: Un projet institutionnel avec une forte implication de la direction des soins

A) Présentation de l'établissement et de la direction des soins.

L'établissement situé au cœur d'une agglomération urbaine importante de la région parisienne bénéficie d'une zone d'attraction élargie à quatre départements. Il dispose d'une structure d'accueil de 1058 lits ainsi que d'un plateau technique important et diversifié permettant de proposer une offre de soins complète à un bassin de population d'environ 500.000 habitants.

L'offre de soins est très diversifiée et comporte la quasi-totalité des disciplines médicales et chirurgicales à l'exception de la chirurgie lourde telle que la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie.

Au niveau du projet d'établissement, dans le projet communication et système d'information, la mise en place d'un « dossier médical informatisé » figure dans les actions prioritaires.

Le coordonnateur général des soins est assisté d'un cadre supérieur de santé faisant fonction de directeur des soins.

Le champ de responsabilité du coordonnateur général des soins n'intègre pas à ce jour le secteur médico-technique.

Le projet d'établissement 2001-2005 intègre le projet de soins.

Sur la base d'un diagnostic ciblant les points forts et les points à améliorer, 14 actions prioritaires ont été retenues dans le projet de soins et regroupées suivant 4 grands thèmes : la gestion et l'organisation des soins, la gestion et l'organisation des ressources, la gestion et l'organisation de la communication et de l'information et la gestion et l'organisation des liaisons inter-services.

On retrouve dans le thème «la gestion et l'organisation de la communication et de l'information » une action prioritaire qui intègre la collaboration de la direction des soins à la mise en place du Dossier Patient Unique.

La mise en place du dossier de soins infirmiers (DSI) a débuté au début des années 80 et a abouti en 1989 à la réalisation d'un dossier généralisé au niveau de l'établissement et structuré autour des transmissions ciblées, cœur de ce dossier. Pour un des cadres supérieurs interrogés, « *les transmissions ciblées sont un outil de rationalisation de la situation de soins. L'objectif est de centrer la transmission sur le patient et non sur l'organisation des soins.* »

Pour ce même cadre supérieur, le dossier de soins infirmiers « *concrétise les valeurs professionnelles* » d'où l'attachement important de la communauté infirmière à ce dossier.

La politique de la direction des soins bénéficie d'une antériorité importante reposant sur le développement de la démarche de soins dans les années 1980 avec le dossier de soins infirmiers. Ce passé culturel du service de soins infirmier est fortement structurant de la communauté infirmière de l'établissement.

B) Situation de départ et origine du projet

Le travail de l'établissement sur le dossier médical a débuté en 1990 avec une première tentative d'uniformisation des dossiers médicaux. Mais les deux années de travail ont abouti à un échec accompagné d'une perte financière importante et d'un découragement des acteurs. L'arrivée en 1998 de l'actuel médecin responsable du DIM et son intérêt pour l'évaluation et le suivi du dossier médical ont relancé la réflexion sur le sujet. Cette même année l'hôpital est choisi comme site de test pour le manuel d'accréditation en 1998 et travaille entre autre sur l'évaluation du dossier médical. Mais c'est la visite d'accréditation en 2000 et les réserves touchant le dossier du patient (archivage, gestion, prescription, traçabilité bénéfice - risque) qui relance le projet de dossier médical commun. Les réserves portaient uniquement sur le dossier médical. Suite à cette visite le groupe de travail sur le dossier médical est réactivé dans le cadre d'une initialisation d'une démarche de projet : comment mieux partager les données médicales et mieux les structurer ?

Au départ la réflexion porte uniquement sur le dossier médical mais très vite l'élargissement aux données infirmières et paramédicales s'impose.

Deux démarches parallèles se sont développées l'une portant sur le dossier médical commun et l'autre sur le dossier de soins, comme le souligne un cadre supérieur interrogé avec une certaine avance pour le dossier de soins : « *Le dossier médical est par service, le DSI est unique.* »

En 2001 le travail sur le dossier de soins intégrant l'ensemble des données paramédicales est initialisé. A la demande des autres paramédicaux l'appellation « dossier de soins infirmiers » évolue en « dossier de soins ». Ce travail poursuit deux

objectifs : anticiper la mise en place de la direction des soins et préparer l'informatisation du dossier patient. Un groupe de travail pluriprofessionnel (30 personnes IDE, diététiciens, kinés, assistantes sociales, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, éducatrices) et 7 sous groupes par familles professionnelles ont été mis en place. Après 22 réunions de travail tenues de février 2001 à juillet 2001, un pré-rapport a été rédigé intégrant les attentes des paramédicaux. En parallèle les transmissions ciblées sont ouvertes aux autres paramédicaux.

Le travail sur le dossier médical mené en parallèle a abouti à la proposition d'une structure de dossier de service uniformisée (support matériel et intercalaires types) et à la proposition d'élaboration d'un dossier de synthèse minimum.

En mai 2002 le dossier médical type et son mode d'emploi sont diffusés. A l'automne 2002, le groupe de suivi mis en place fait le constat de mise en place très hétérogène du dossier médical type : non respect de la structure, dossier de synthèse non fait.

C) La démarche de mise en place du dossier patient : objectifs poursuivis, acteurs, méthodologie.

Très vite, suite à l'échec d'implantation d'un dossier de synthèse minimum, pour les différents acteurs la solution de l'informatisation du dossier patient s'impose. D'après le directeur adjoint chargé de la communication et du système d'information, l'informatisation du dossier est le moyen jugé le plus rapide pour répondre aux exigences de l'ANAES : partager et structurer. Il précise : « *L'informatique est un levier important pour la restructuration des données* ». Dans le même sens un cadre supérieur renchérit : « *L'informatique est très certainement une solution pour le partage en temps réel des informations.* ».

Le projet de Dossier Médical Commun (DMC) est ainsi devenu le projet de Dossier Patient Informatisé (DPI).

Partant du travail déjà réalisé sur le dossier médical commun et du dossier de soins le cahier des charges du DPI a été réalisé en 2002. Les personnels infirmiers et paramédicaux se sont beaucoup investis dans ce travail.

Le principe du DPI repose sur un socle d'information commun et sur des dossiers de spécialités partagés par groupes professionnels ou par secteur d'activité. La conduite du projet a été confiée par le directeur de l'établissement au directeur adjoint chargé de la communication et du système d'information.

Le mérite d'un tel projet, d'après ce directeur adjoint, est « *d'obliger les acteurs à réfléchir en amont aux organisations, aux procédures, aux contenus et aux contenants. Il est capital de clarifier l'ensemble de ces points avant le paramétrage de l'outil.* »

Le choix du produit informatique support du DPI a été arrêté en décembre 2003 suite à un appel d'offre mis en place par l'établissement. Ce choix a été précédé par la présentation des différentes solutions retenues dans le cadre de l'appel d'offre. Les test des produits

par les groupes professionnels (médecins et paramédicaux) ont été réalisés sur la base de grilles d'évaluation (correspondance au cahier des charges) et d'une grille d'évaluation transversale. Des visites sur sites utilisateurs ont été organisées. Les cadres soignants interrogés regrettent le fait que le module de dossier de soins soit peu développé sur ces sites. Pour eux seuls deux solutions informatiques répondaient partiellement à leurs attentes.

La communauté médicale s'est clivée en deux groupes soutenant chacun un de ces deux produits, un groupe autour de l'actuel président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) et l'autre groupe avec de l'ancien président de la CME. Les paramédicaux et la Direction des Soins soutenant le second produit, ce choix, d'après un cadre supérieur, a été vécu comme une alliance avec le groupe médical de l'ancien président de CME. Mais leur choix s'explique aisément si l'on considère que ce second produit est un logiciel d'origine infirmière ouvert aux données médicales et qui leur permet de ce fait de retrouver la logique de la démarche de soins. L'autre solution est pour eux un outil médical en cours d'extension aux données paramédicales. Un cadre supérieur en fait la description suivante : *« le dossier de soins infirmiers est conçu comme le dossier médical : un empilement de documents qui ne communiquent pas entre eux ! »*

Le choix ayant été arrêté sur cette dernière solution, la réaction de l'encadrement infirmier a été vive. Ce choix a été d'autant plus difficile à vivre du fait de la très forte implication des soignants dans le projet et qui se posent la question du bien fondé d'une démarche participative. Malgré tout ils s'investissent après ce choix dans un travail sur les écarts entre les attentes des paramédicaux et le produit choisi pour négocier des évolutions avant signature du contrat.

D) Les freins, les leviers.

Même si elle demeure partielle, l'analyse du directeur adjoint en charge du projet apporte un éclairage intéressant sur la problématique posée par le projet d'informatisation du dossier patient, tout particulièrement en ce qui concerne la collectivité infirmière.

D'après lui « l'ouverture aux médico-techniques et rééducateurs a été vécue par ces professionnels comme une reconnaissance et une opportunité de mettre en place des outils propres tout en partageant avec d'autres professionnels. Leurs besoins ont été clairement exprimés sans attente de structures précises.

Par contre au niveau des infirmières s'appuyant sur un dossier de soins infirmiers solidement implanté et fortement structuré, leur positionnement était plutôt en retrait, exprimant des exigences très fortes en matière de structure de l'information (forme des tableaux, diagramme) mais exprimant plus difficilement leurs attentes et leurs besoins. Considérant disposer d'un dossier de soins opérationnel, l'alternative était pour elles soit de retrouver leur dossier de soins dans le DPI, soit de conserver leur dossier de soins en l'état.»

Les explications fournies par le cadre et les cadres supérieurs interrogés éclairent un peu différemment la situation. La communauté infirmière n'était pas à l'origine du projet, elle a rejoint un projet institutionnel qui d'après elles était plutôt porté par les médecins :

« Au départ volonté médicale à laquelle les soignants se sont rattachés »

« Pas de demande infirmière à l'origine car satisfaction du dossier de soins en place. »

Mais cette position n'était en rien une position de refus ou de blocage : *« Mais malgré tout conviction de la nécessité de regrouper le dossier de soins et le dossier médical »*

La preuve a été apportée par la très forte implication des paramédicaux dans la démarche de projet. Cette forte implication nous a été confirmée par un des cadres supérieurs tout en nous précisant au passage la moindre implication des médecins : *« Très forte implication des paramédicaux, moindre des médecins pour lesquels quelque soit le produit cela correspondait de toute façon à un progrès. Pas d'évaluation de l'ergonomie par les médecins qui ne sont pas des acteurs directs (secrétaires médicales, dictaphone) »*

Mais l'autre cadre supérieur nous confirme le haut niveau d'exigence de la communauté infirmière : *« Le niveau d'exigence des soignants était supérieur à celui des médecins du fait du niveau de départ »*

Selon le directeur adjoint, le rôle du directeur des soins pour sortir de ce clivage et de cette situation de blocage a été très important en apportant une dimension « entreprise » à ce projet. Le Coordonnateur Général des Soins nous a confirmé sa position qui a été dans un premier temps de soutenir le choix fait par l'encadrement infirmier et ensuite le choix de l'autre produit ayant été fait son action a été de recentrer la dynamique de l'encadrement sur l'acceptation de ce produit et sur son amélioration.

Mais du côté médical aussi les réticences sont aussi présentes comme le confirme le médecin responsable du DIM : *« On constate une résistance forte de certains médecins au partage de l'information, le dossier est pour beaucoup propriété du service. »*

Mais face au niveau important d'implication la communauté infirmière ne s'est pas sentie écoutée ou considérée comme acteur à part entière. Ce point est revenu à plusieurs reprises dans les entretiens avec les cadres : *« La direction des soins n'a pas été concertée sur la valorisation des critères, l'aspect dossier de soins n'a pas été suffisamment valorisé compte tenu du nombre d'utilisateurs et du fait de la valorisation des critères. »*

Elles estiment que les médecins et tout particulièrement le président de la CME ont été beaucoup plus écoutés dans le choix du produit final : *« Campagne très forte du président de la CME pour le produit choisi en lien avec la TAA (outil médico-économique) sans pour autant qu'il ait participé au travail préalable... »*

Mais malgré ce qui aurait pu être vécu par l'institution comme un frein important cette implication infirmière s'est avérée être un levier important dans la démarche, comme nous le confirme le médecin responsable du DIM qui cite les éléments qui pour lui ont été

moteurs dans la démarche : « *L'accréditation, les problèmes de stockage des dossiers, la culture infirmière du dossier de soins unique.* »

Un cadre supérieur résume bien le fond de la problématique :

« *La prise en compte de l'histoire infirmière dans l'établissement est fondamentale pour comprendre la situation : Remettre en cause l'outil c'est remettre en cause la politique de prise en charge du patient* ».

De façon très globale cette expérience tend à démontrer que pour faire accepter le changement il faut que les acteurs d'une part y trouvent un intérêt et peut-être que d'autre part ils s'y retrouvent. La mise en œuvre d'une démarche associant et fédérant les différents acteurs implique la valorisation de ces acteurs.

Cette deuxième expérience montre une démarche de projet fortement institutionnalisée dans laquelle la Direction des soins est complètement investie. Malgré les clivages rencontrés dans le cadre du choix du logiciel ce projet a toutes les chances d'aboutir.

L'observation de ces deux sites en cours d'implantation d'un dossier patient unique confirme la complexité de notre structure hospitalière et les modes de fonctionnement des différents groupes professionnels qui la composent. L'hôpital est par essence une structure pluriculturelle, dans le sens défini par Michel Crémadez :

« *Pluriculturel étant pris dans le sens de la réunion d'acteurs d'origines diverses dans lequel le groupe médical, dominant la culture hospitalière, n'est plus seul à peser sur les orientations.* »⁷

Dans toute démarche de projet, conduisant par définition au changement, cette complexité doit être prise en compte et faire l'objet d'attentions particulières dans le management de ce projet. Même si l'organisation mise en place ne doit pas être que le simple résultat d'un « consensus minimum commun », l'association de tous les acteurs à la réflexion et à la conduite du projet facilitera l'acceptabilité du choix final.

Notes deuxième partie :

¹ Projet de Recherche en Nursing

² Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée.

³ Directeur adjoint chargé de la qualité

⁴ Directeur adjoint chargé de la communication et du système d'information

⁵ L'évaluation est faite par des audits internes sur la base d'un référentiel (Mediconseil) et d'indicateurs (résultats, processus). Méthode : observations, questionnaires (patients et personnels) et dossiers de soins (patients tirés au sort par niveau de dépendance). Le référentiel permet d'évaluer la satisfaction des patients, l'organisation en place et l'application des protocoles.

⁶ Le bleu est la couleur de la couverture du dossier.

⁷ CREMADEZ M., GRATEAU F. /collab. *Le management stratégique hospitalier*. Masson, Inter Editions, 1997. p 8

3 LES ENJEUX ET LA STRATEGIE D'INTEGRATION DU DOSSIER DE SOINS DANS LE DOSSIER PATIENT .

Après ce regard sur la mise en place du dossier patient dans les structures hospitalières publiques, vision générale dans un premier temps puis centrée sur deux structures particulières, nous vous proposons dans cette troisième et dernière partie, sur la base de l'ensemble des données recueillies (recherche bibliographique, observations des deux sites, entretiens individuels) de dégager pour le directeur des soins les enjeux liés à l'intégration du dossier de soins dans le dossier patient unique et de proposer dans ce cadre une stratégie de conduite du changement.

3.1 Les enjeux liés au dossier patient

Dans la perspective de mise en place d'un dossier patient unique, les enjeux pour le directeur des soins peuvent être envisagés selon trois aspects : l'identité professionnelle infirmière, le partage de l'information et le bénéfice attendu par l'usager.

3.1.1 L'affirmation d'une identité professionnelle

A) Le dossier de soin, outil indissociable de la démarche de soins

Le dossier de soins n'est pas uniquement, comme le rappelle Marie José VEGA, une somme de documents destinés à recueillir et à conserver des informations :

« Le dossier de soins n'est pas seulement un document de compilation et de retranscription des données. C'est également un support majeur pour l'analyse et l'exploitation de ces données et l'évaluation de la qualité des soins. »¹

Le dossier de soins assure la traçabilité de la démarche de soins et la structure dans ses différentes composantes.

La démarche de soins peut être assimilée à un modèle qui intègre les différentes actions qui constituent le soin infirmier :

« Elle s'apparente à une méthode classique de résolution de problème en quatre étapes :

- 1) recueil des données, examen initial ;*
- 2) diagnostic et choix d'un objectif ;*
- 3) mise en œuvre et suivi du plan d'action ;*
- 4) fin du plan d'action, évaluation et réactualisation. »²*

La structure des dossiers de soins varie d'un établissement à l'autre et d'une discipline à l'autre, compte tenu des nécessaires adaptations aux spécificités organisationnelles (établissement, service) et à celles inhérentes au patient lui-même (pédiatrie, personnes

âgées par exemple). Mais on retrouve globalement les mêmes catégories de rubriques que l'on peut rapporter à la logique du processus de soins :

- Données d'identification du patient (Fiche d'identification)
- Recueil des données initiales : le recueil des données initiales est souvent établi sur la base de cadres conceptuels comme celui des 14 besoins fondamentaux décrits par Virginia Henderson³ ou celui des 11 modes fonctionnels de santé décrit par Marjory Gordon⁴,
- Diagnostic infirmier et planification des soins (Plan de soins guide).
- Les éléments de prescriptions médicales : fiches de prescriptions médicamenteuses, examens de laboratoires et explorations...
- Les fiches concernant la traçabilité des actes : diagrammes de surveillance et de soins (feuilles de températures, fiches de pansements, fiche d'administration médicamenteuse...)
- Les éléments de transmissions : la majorité des équipes, comme nous la monter notre enquête, utilisent dans ce cadre les transmissions ciblées. On trouve aussi dans cette rubrique des fiches de liaison (bloc, consultation, diététique, rééducation, service social...)
- Les éléments de synthèse : la fiche de synthèse d'hospitalisation, résumé de soins infirmiers (RSI)...

S'il permet la transmission des informations entre les différents professionnels de santé, le dossier de soins va bien au delà en étant le support de la démarche de soins et l'élément fédérateur des outils de soins :

« Ce dossier ne constitue pas un constat des tâches réalisées, il se veut centré sur les besoins des patients. Les démarches de soins sont organisées en tandem par l'IDE et l'AS en fonction des soins requis par le patient. Le plan de soins regroupe les actions prévues et réalisées pour chaque malade à partir des problèmes de santé. »⁵.

Il participe aussi à l'évaluation de la charge en soins au travers des SIIPS. La mise en place des SIIPS conduit certaines équipes à faire évoluer le dossier de soins⁶ pour permettre une meilleure objectivation des coefficients attribués dans le cadre de cet outil. Il participe par ailleurs comme nous l'avons vu dans l'établissement B à l'évaluation globale de la qualité des soins au travers de l'outil IGEQSI.

Tous ces éléments nous montrent le lien fort qui existe entre dossier de soins et démarche de soins.

B) Le dossier de soin, instrument de reconnaissance pour le service de soins infirmiers.

Comme nous l'avons vu le dossier de soins est l'instrument porteur de la démarche de soins et donc directement attaché aux valeurs intrinsèques de cette démarche.

Marie José VEGA souligne le caractère identificatoire de l'écrit :

« Trop longtemps, notre profession a opposé oral et écrit, théorie et pratique, école et terrain. ...Pourtant, l'écrit autour des soins s'affirme et se développe. Utilisé comme un outil identificatoire, il concentre ses objectifs sur la notion de projet de soins, la connaissance de la personne soignée et l'analyse des pratiques. »⁷

L'écriture des professionnels dans le dossier de soins, comme toutes les formes d'écrits professionnels (publications, protocoles, projets...) est un mode d'affirmation de l'identité professionnelle :

« En écrivant le professionnel contribue à l'affirmation de son identité professionnelle, permet de dépasser l'ordinaire emploi par le métier...⁸ »

Le dossier de soins à l'origine s'est construit face au dossier médical et à coté de ce dernier manière de stigmatiser une existence professionnelle autonome. L'illustration est donnée en 1985 par la définition du dossier de soins infirmiers donnée par le guide du service infirmier qui souligne l'aspect individualisé de ce dossier :

« un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. »⁹

Dans le même esprit on peut citer le début de la préface de ce document signée de monsieur Edmond Hervé secrétaire d'état chargé de la santé :

« L'orientation du document qui va suivre me paraît très intéressante à plusieurs égards.

Le premier et non le moindre, est la maintenance historique de la profession dans son rôle profondément humanitaire au service des soins.

Cette maintenance, gage de son identité propre, est porteuse d'espérance à travers l'évolution et l'adaptation qui découle de ce texte. »

Mais classiquement avant d'envisager l'intégration dans un dossier partagé, il fallait atteindre une certaine maturité et donc passer par cette étape d'individualisation indispensable à la construction de l'outil.

Le dossier de soins infirmiers, comme nous l'avons vu, est un élément de reconnaissance du service de soins infirmiers et de son histoire. C'est pourquoi si l'intégration de ce dernier dans le dossier unique patient se traduit par sa disparition elle peut être vécue comme un renoncement à cette identité professionnelle et aux valeurs qui lui sont attachées. On peut citer à ce sujet une observation faite par un cadre supérieur dans le cadre des entretiens réalisés (établissement B) :

« La prise en compte de l'histoire infirmière dans l'établissement est fondamentale pour comprendre la situation : Remettre en cause l'outil c'est remettre en cause la politique de prise en charge ».

L'exemple de cet établissement est caractéristique de l'importance que revêt le dossier de soins dans la construction identitaire infirmière dans certains établissements.

3.1.2 Le partage de l'information

A) L'information, source de pouvoir

La sociologie des organisations a souligné l'importance de l'information et de la communication dans les jeux de pouvoirs au sein des organisations. Philippe Bernoux, reprenant Michel Crozier et Erhard Friedberg, cite la communication dans les quatre sources de pouvoirs :

« Tout individu a besoin d'informations et il dépend pour elles de ceux qui les détiennent. »¹⁰

Erhard Friedberg précise le rôle majeur que tiennent les flux d'informations et de communication dans les organisations :

« La communication, en effet, n'est pas un processus neutre. Plus que partout ailleurs, les comportements en la matière sont stratégiques. Le problème de l'information dans les entreprises n'est pas tant le coût du recueil, mais le fait qu'il n'existe pas d'information neutre. Celle-ci est inséparable de la structure de relations à travers laquelle elle est élaborée, et qui la conditionne, voire la biaise. C'est à dire que la façon dont sont organisés les flux d'informations et de communication fait naître des incertitudes multiples. »¹¹

Il qualifie ce pouvoir né de la maîtrise des informations de « *pouvoir de l'aiguilleur* »¹²

Comme le souligne Françoise Gonnet dans les structures hospitalières, les personnels infirmiers, mais aussi les aides-soignants et les agents hospitaliers, occupent une place stratégique en matière de recueil d'informations du fait de leur présence 24h/24h auprès du malade :

« ceux qui possèdent une bonne connaissance des malades, de leur état, de leur évolution et de leurs réactions aux traitements, détiennent une source de pouvoir importante auprès de ceux qui prennent les décisions thérapeutiques. Ce pouvoir revient à ceux qui sont proches des malades, c'est à dire à ceux qui les voient souvent, parlent avec eux , les observent et sont capables de transmettre cette information. »¹³

Les médecins dans leur exercice sont de ce fait très dépendants des personnels infirmiers pour ce qui touchent aux informations concernant le malade.

De ce fait le partage de l'information, qui peut être perçu comme une perte de pouvoir, est potentiellement un facteur de résistance au changement.

Mais ce phénomène n'est pas l'apanage du service infirmier, on le retrouve aussi au niveau médical au travers des difficultés souvent rencontrées à la mise en place d'un dossier unique du patient. Cet aspect ressortait aussi des entretiens réalisés dans les établissements A et B. Pour mémoire les propos du médecin responsable du DIM (établissement B) qui soulignait à « *résistance forte de certains médecins au partage de l'information, le dossier est propriété du service* ».

B) Le partage de l'information, gage d'efficacité.

Mais au delà de ces possibles jeux de pouvoirs le pragmatisme conduit heureusement souvent les acteurs à partager ces informations. La multiplicité croissante des acteurs de soin au sein de l'hôpital et en dehors de celui-ci et la complémentarité des interventions de chacun d'entre eux conduisent à l'augmentation et à la diversification des informations et donc à un nécessaire partage et regroupement des données concernant le patient. Les différents professionnels de santé qui gravitent autour du patient ne peuvent pas en effet agir séparément en ignorant les interventions des autres.

Le concept de prise en charge globale du patient largement développé au sein de la culture professionnelle infirmière conduit inéluctablement à ce partage d'informations :

« La volonté de prendre en charge un patient de façon globale suppose une forte interopérabilité des actions médicales et infirmières. La division du travail de l'infirmière en rôle propre et rôle prescrit, la localisation du dossier de soins en sous-ensemble du dossier médical reflètent l'interaction de ces deux filières. »¹⁴

Les auteurs ne manqueraient certainement pas près de 10 ans plus tard d'y adjoindre les autres acteurs de santé que sont les personnels médico-techniques et de rééducation, preuve d'une évolution des esprits !

Le développement des systèmes d'information hospitaliers (SIH) est très certainement une opportunité pour partager les données de soins au travers de l'informatisation permettant le recueil des données à la source, sur le lieu de production des soins, et leur partage au sein du réseau de l'établissement.

Source d'efficacité en facilitant l'accès aux informations, l'informatisation des données est aussi incontestablement une source d'économie en matière de temps utilisé mais aussi en diminuant la multiplication des actes du fait d'une meilleure traçabilité. Ces économies se traduisent aussi par la diminution des coûts de stockage et de transfert des données.

L'informatisation permet le recueil des informations à la source par tous les acteurs ce qui présente un intérêt pour la saisie des actes avec la mise en place de la Codification Des Actes Médicaux (CDAM) et de la tarification à l'activité (TAA).

C'est ces principes d'efficacité et de sécurité, gages de la qualité des soins pour le patient, qui ont poussé l'ANAES à développer le concept de dossier patient et le législateur à imposer la notion de dossier unique regroupant l'ensemble des informations concernant le patient.

3.1.3 Le dossier unique, un bénéfice pour les patients

A) La qualité de la prise en charge du patient

Comme nous l'avons vu précédemment le dossier patient unique en intégrant les données administratives, médicales et paramédicales et favorisant de ce fait la

coordination des soins est l'outil incontournable de la prise en charge globale du patient. Cette place centrale qu'occupe le dossier patient unique dans la qualité de la prise en charge du patient est rappelée par l'ANAES :

« Outil de partage des informations, il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. »¹⁵

Au sein de ce dossier patient le dossier de soins paramédicaux participe à cette garantie de qualité pour le patient :

« En contribuant à la formalisation des processus de soins (médicaux et paramédicaux), en définissant les outils supports et leur contenu, en intégrant dès l'origine un ensemble d'outils de mesure de qualité des soins produits, la démarche de soins et le dossiers de soins infirmiers constituent des éléments déterminants dans la mise en place de procédures qualité exhaustives et fiables. »¹⁶

Le partage de l'information, gage d'efficacité pour les acteurs de soins, est en conséquence un facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. En dehors du référentiel DPA abordé dans la première partie de cette étude, les très nombreuses références centrées sur la continuité des soins et la nécessaire coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité dans le référentiel « Organisation et prise en charge du patient » (OPC) de l'ANAES témoignent de la nécessité impérieuse de ce partage d'information. Pour exemple on peut citer dans la référence 6 les critères 6a et 6b : .

« OPC.6.a. Des mécanismes de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux permettent d'assurer la prise en charge globale du patient au sein du secteur d'activité clinique.

OPC.6.b. Les secteurs d'activité cliniques collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient. »¹⁷

Dans sa version de novembre 2003 concernant la deuxième procédure d'accréditation, l'ANAES confirme la participation du système d'information à l'amélioration de la qualité :

« Référence 24, Critère 24a : Le système d'information contribue à la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques. »¹⁸

Si comme nous venons de le voir le dossier unique participe à l'obligation faite par le législateur d'assurer les soins de qualité auxquels peuvent prétendre les usagers¹⁹, il contribue aussi comme nous allons le voir à l'obligation faite d'information du patient.

B) L'information du patient, une obligation

L'obligation faite par le législateur de communication du dossier aux patients qui en font la demande²⁰ participe aussi largement à la nécessité du regroupement de ces informations et à leur structuration au sein d'un dossier unique. Les délais de consultations exigés par la loi, huit jours pour les hospitalisations de moins de 5 ans, contraindront les

établissements à mettre en place le dossier unique, évitant ainsi l'éparpillement des données dans les différents dossiers médicaux de service, dossiers de soins ou dossiers de spécialités (radiologie, explorations fonctionnelles...). Cette réglementation récente sera très certainement un levier important pour la mise en place du dossier unique.

Mais le législateur a aussi, dans ce cadre, modifié le contenu du dossier²¹ en intégrant la traçabilité des informations données aux patients : consentement du patient, réflexion bénéfique risque et informations sur les actes pratiqués. Ainsi le dossier patient qui assure au sein de la structure hospitalière la traçabilité des soins doit aussi permettre la traçabilité des informations données aux patients.

Compte tenu de l'importance des enjeux que nous avons mis en évidence, le directeur des soins, acteur incontournable d'une démarche d'implantation du dossier patient unique dans un établissement public de santé, devra mettre en œuvre une stratégie efficace lui permettant de dépasser les freins éventuels et d'utiliser les leviers les plus efficaces.

3.2 Une stratégie possible pour le directeur des soins dans la conduite du projet.

Cette dernière partie a pour finalité de mettre en évidence les conditions de réussite d'un projet d'intégration du dossier de soins dans le dossier patient et de proposer une stratégie de conduite du changement pour le directeur des soins dans cette démarche. Cette proposition s'appuiera sur la démarche en cours dans mon établissement d'affectation et sur le concept développé par Michel Crémadez de changement organisationnel présenté dans le cadre conceptuel de ce travail²².

3.2.1 Présentation du contexte d'application

A) Présentation de l'établissement et de la direction des soins.

J'ai choisi pour cette proposition de prendre comme établissement de référence mon établissement d'origine qui est aussi celui d'affectation à l'issue de la formation. Ce choix permet à la fois une bonne prise en compte du contexte propre à l'établissement et une projection concrète dans une situation précise.

Le groupe hospitalier est une structure de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris située à Paris intra muros. L'établissement fonctionne sur deux sites distincts et présente une capacité de 1035 lits.

L'offre de soins, uniquement destinée à la population adulte, est très diversifiée et comporte la quasi-totalité des disciplines médicales et chirurgicales à l'exception principalement de la cancérologie, de l'uro-néphrologie, de la pneumologie et de la chirurgie cardio-thoracique.

L'établissement est en cours d'élaboration de son projet d'établissement pour la période 2005-2010.

Le Coordonnateur Général des Soins est assisté d'un cadre supérieur de santé infirmier faisant fonction de directeur des soins et depuis 2002, avec l'intégration du secteur médico-technique et de rééducation, d'un cadre supérieur médico-technique faisant fonction de directeur des soins chargé des activités médico-techniques et de rééducation²³. Dans le cadre du projet d'établissement 2001-2004, la direction des soins a élaboré un projet de soins conjointement avec le secteur d'activité médico-technique et de rééducation. Ce projet de soins dans la logique de la démarche de préparation à l'accréditation comportait les axes prioritaires suivants : le patient et sa prise en charge, le management et la gestion au service du patient et la qualité et la prévention des risques. La démarche d'élaboration du projet de soins pour la période 2005-2010 est en cours d'initialisation. Mais la recomposition prochaine de l'équipe de la direction des soins avec le départ du coordonnateur général des soins et l'arrivée d'une nouvelle coordinatrice retarde quelque peu la mise en place de cette démarche.

Le premier dossier de soins a été mis en place en 1992 dans le cadre du projet institutionnel de la Direction Centrale du Service de Soins Infirmiers de l'AP HP. Dans le cadre de cette démarche institutionnelle un cadre expert a été chargé à temps plein de la mise en place et du suivi et de l'évaluation du dossier de soins infirmiers et ce jusqu'en 2002. Un guide d'utilisation a été mis en place dès le début de la diffusion. Cette mise en place institutionnelle du dossier de soins infirmiers a été accompagné d'une procédure d'évaluation annuelle. Le dossier de soins est généralisé dans les services cliniques. En 2003 une fiche additionnelle a été réalisée et intégrée dans ce dossier par les diététiciennes. C'est actuellement la seule ouverture à la dimension paramédicale de l'outil.

B) La démarche d'implantation du dossier patient.

Dans le projet d'établissement 2001-2004 la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé est un des axes prioritaires relayé par une forte implication de la communauté médicale à l'origine avec la direction du projet. Ce projet en dehors de l'obligation réglementaire, a été fortement poussé par la saturation des possibilités d'archivage locales et par la démarche d'accréditation²⁴. L'établissement ne dispose pas de gestion centralisée des dossiers médicaux qui sont gérés au niveau de chaque service. Compte tenu de la situation le choix de l'établissement est de mettre en place directement un dossier patient informatisé (DPI) sans passer par la mise en œuvre d'un dossier patient « papier ». La finalité du projet est la mise à disposition sur l'intranet de l'établissement des dossiers patient dans le respect des règles d'accès et de sécurisation assurant la confidentialité des données.

Initiée dès 2001 la mise en œuvre de ce projet nécessite le déploiement préalable des outils métiers dans les différents services cliniques et médico-techniques de l'établissement. Les logiciels de prescription des médicaments et de transmission des résultats d'examens de laboratoire sont en cours de déploiement. Le travail sur la mise en place du serveur d'imagerie a été initié en 2003.

Les points forts de cette démarche sont la très forte implication médicale et de la direction. Le projet est co-piloté par le président de la commission du système d'information du Comité Consultatif Médical (CCM)²⁵ et l'ingénieur en charge du système d'information de l'établissement. Les moyens mis en œuvre permettent depuis 2001 le déploiement progressif des outils indispensables à la réalisation du projet. L'engagement de l'établissement dans ce projet a conduit la Direction Générale à le valider en qualité de site pilote pour l'institution. Mais l'absence de formalisation d'une structure de pilotage au niveau de l'établissement est très certainement un point faible de la démarche engagée. La commission du système d'information, composée de représentants médicaux, de cadres paramédicaux et de représentants de la direction²⁶ tient lieu de fait de comité de pilotage et assure le suivi du projet. La démarche, ainsi pilotée par quelques experts, s'apparente plus au modèle rationnel décrit par Michel Crémadez qu'au modèle de développement organisationnel.

Un autre point faible de la démarche, en l'état actuel d'avancement du projet, est l'absence de réflexion sur l'intégration du dossier de soins dans ce projet de dossier informatisé du patient. Seule l'expérience d'un service d'informatisation du dossier de soins²⁷ pourrait servir de point de départ à la réflexion. Il reste donc à la future équipe de la Direction des soins de lancer cette dynamique. Le projet d'informatisation du dossier patient est très certainement pour cette équipe l'opportunité d'initier cette démarche.

3.2.2 Les fondements de la démarche

A) L'engagement institutionnel

La mise en place d'un dossier patient informatisé, nous l'avons vu, est pour l'établissement un projet de grande envergure. Il nécessite la mobilisation de très nombreux acteurs de l'hôpital. Il impacte de façon très importante les organisations en place (circuits, organisation du travail...) et il demande des moyens matériels et financiers importants.

Ce projet ne peut aboutir sans la volonté et une implication forte de la direction de l'établissement. Cet engagement de la direction devra se traduire par la mise en place d'un comité de pilotage intégrant notamment les responsables stratégiques de l'établissement que sont le directeur et le président du CCM. Le coordonnateur général des soins devrait également y trouver sa place, ainsi que le médecin responsable du DIM,

le président de la commission du système d'information du Comité Consultatif Médical (CCM) et l'ingénieur en charge du système d'information.

Les directeurs des soins au sein de l'équipe de direction doivent participer pleinement à cet engagement en portant le projet d'intégration du dossier de soins au sein du dossier patient informatisé. Le coordonnateur général des soins de par les missions qui lui sont confiées par le décret d'avril 2002 est garant de l'organisation et de la qualité des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation. A ce titre il est pleinement concerné avec les directeurs de soins de son équipe par la gestion et l'organisation des informations produites au niveau des personnels paramédicaux.

Ils sont des acteurs incontournables dans la conduite du changement et la démarche de projet de mise en place du DPI et tout particulièrement dans le cadre de l'intégration du dossier de soins.

La mise en place du DPI est un projet transversal au projet médical et au projet de soins mais aussi au programme d'informations hospitalières. A ce titre il constitue un axe prioritaire du projet d'établissement 2001-2004.

Mais cette implication institutionnelle si elle est nécessaire n'est pas suffisante, sous peine de prendre le risque de se heurter à une forte résistance au changement de la part de certains acteurs.

Cette volonté de la direction doit aussi être celle de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Celle de la communauté médicale étant acquise, il reste à développer celle des personnels paramédicaux.

B) L'engagement et la participation des différents acteurs hospitaliers.

La réussite de la conduite du changement organisationnel, comme nous l'avons vu, passe par l'association des acteurs dès la réflexion préalable. Il passe par la reconnaissance des acteurs concernés par ce projet.

Françoise Gonet souligne l'importance de cette reconnaissance dans son analyse de l'organisation hospitalière : « *En ce sens, ce n'est pas tellement à la naissance de nouveaux acteurs (bien que se soit le cas aussi autour des nouveaux métiers) que l'on assiste, mais à une demande de reconnaissance de la qualité d'acteur à part entière, établie et reconnue de tous.* »²⁸

Nous l'avons vu précédemment la résistance au changement est liée au sentiment d'insécurité face au déséquilibre de l'organisation ressenti par les acteurs. L'association des professionnels à la démarche en leur permettant une certaine maîtrise du processus engagé limite ces réactions de résistance au changement.

L'opportunité du calendrier avec l'élaboration du projet de soins en 2004 va permettre à la direction des soins de s'impliquer fortement dans ce projet au travers de l'intégration du dossier de soins. Compte tenu de l'ampleur et de l'importance du projet, il devrait logiquement être intégré dans les actions prioritaires du projet de soins.

La réflexion préalable à l'élaboration du projet de soins permettra d'associer l'ensemble des professionnels de soins, infirmiers, médico-techniques, rééducateurs, aides-soignants et agents hospitaliers, à la démarche de projet et d'en faciliter son appropriation par les personnels dans l'ensemble des secteurs d'activité. L'intégration de ce projet dans le projet de soins permettra par ailleurs de le rattacher aux valeurs et principes qui fondent le projet de soins.

Dans la démarche d'intégration du dossier de soins dans le DPI, compte tenu de la forte valeur identificatoire de ce dernier, la participation des personnels infirmiers est tout particulièrement primordiale. Cette intégration, cette fusion des outils médicaux et paramédicaux peut en effet être vécue comme une perte de reconnaissance du groupe infirmier au sein de la structure hospitalière et une négation de son histoire et du chemin accompli par la profession. Dans l'établissement considéré, l'existence et la généralisation du dossier de soins et la culture d'évaluation qui lui est attachée peuvent être utilisées comme leviers mobilisateurs par les directeurs des soins. Cet aspect est mis en exergue dans le rapport des experts visiteurs qui valorise le dossier de soins et sa gestion :

« La traçabilité des traitements et des examens est majoritairement présente dans les dossiers de soins. Les transmissions ciblées, une fiche de traçabilité des soins et des actes infirmiers permettent le suivi du patient. »²⁹

Mais cette mobilisation des acteurs doit aller au delà des personnels infirmiers et associer l'ensemble des professions paramédicales (médico-techniques et de rééducation). Cette démarche est l'opportunité pour étendre le dossier de soin à ces professionnels à l'instar de ce qui a déjà été réalisé avec les diététiciennes. Au-delà de l'évolution et de l'intégration du dossier de soin, la démarche de mise en place du dossier patient informatisé nécessite bien entendu l'association des autres acteurs hospitaliers au premier rang desquels les médecins.

Compte tenu de leur positionnement et de leur responsabilité au sein de la structure, le coordonnateur général des soins et les directeurs de soins sont les vecteurs incontournables de cette mobilisation des professionnels de soins. Porteurs de cette dynamique, ils doivent pour autant laisser toute leur place aux professionnels des services tout au long de la démarche.

3.2.3 La mise en œuvre : le directeur des soins, acteur du changement.

Dans le projet global de mise en place du DPI déjà en cours de développement, nous nous attacherons ici à proposer une démarche de conduite du changement concernant uniquement l'intégration du dossier de soins dans ce dossier patient informatisé, ce qui est en fait une composante du projet global. Mais cette approche ne signifie pas que cette démarche sera autonome. Bien au contraire la démarche proposée s'intègre pleinement

dans le projet global. Le Comité de pilotage du DPI devra veiller à la cohésion de cette démarche avec le projet global.

A) Mise en place des structures de conduite du projet

Comme dans toute démarche de projet il conviendra de mettre en place deux types de structures l'une stratégique de pilotage et des structures plus opérationnelles sous la forme d'une cellule projet et de groupes de travail. Un schéma de présentation des structures de conduite du projet est présenté dans l'annexe 7.

A l'instar du comité de pilotage DPI, la direction des soins constituera un groupe de pilotage « dossier de soins informatisé » (DSI). Ce groupe de pilotage, placé sous la présidence du coordonnateur général des soins (CGS), aura principalement deux rôles l'un décisionnel dans la conduite du projet DSI (méthodologie, calendrier, validation des différentes étapes du travail) et l'autre de proposition d'arbitrage des solutions soumises au comité de pilotage DPI. Le groupe de pilotage comprendra en dehors du CGS, 3 représentants du Comité de Pilotage DPI, les deux Directeurs de soins adjoints, 3 cadres supérieurs de santé représentant les 3 filières infirmière, médico-technique et rééducation. Le CGS désignera au sein de ce groupe un responsable opérationnel du projet DSI.

Au niveau opérationnel cinq groupes de travail pourront être mis en place correspondant aux différents secteurs d'activité (Annexe7). Ils seront pilotés par des cadres supérieurs ou des cadres de santé et en dehors des professionnels de ces secteurs chaque groupe comportera au moins deux représentants du personnel infirmier pour assurer la cohérence et la continuité avec le noyau dur du dossier de soins et partager l'expérience des professionnels infirmiers en matière de dossier de soins. En tant que de besoins, notamment pour le groupe infirmier, des sous groupes pourront être constitués pour travailler sur des thématiques particulières (transmissions ciblées, diagramme de soins...).

Entre les groupes de travail et le groupe de pilotage, la cellule opérationnelle managée par le responsable du projet DSI comportera les responsables des différents groupes de travail et deux personnes désignées par le CGS pour leur expertise. La cellule opérationnelle aura pour mission d'assurer la coordination des différents groupes de travail, de leur apporter une aide méthodologique et d'effectuer la synthèse des travaux pour transmission au groupe de pilotage.

B) Les différentes étapes de la démarche

Sans entrer, dans le cadre de ce travail, dans le détail de la démarche de projet, il nous a semblé intéressant d'en tracer les grands axes afin de montrer l'importance de

l'implication de la direction des soins tout au long des étapes du projet que l'on peut résumer en quatre phases principales :

- Phase de réflexion préalable
- Phase d'élaboration des propositions
- Phase décisionnelle
- Phase de test et de mise en œuvre

La réflexion préalable portera essentiellement sur le pourquoi de la démarche et le comment : pourquoi changer et comment changer ? Cette phase intégrera un diagnostic interne au travers de l'analyse de l'existant en matière de dossier de soins (approche points forts, points faibles). Cette phase permettra, au travers d'une démarche pédagogique importante par ailleurs pour les professionnels non infirmiers d'appréhender la logique du dossier de soins. Elle intégrera aussi la présentation du projet global DPI afin d'en permettre l'appropriation par les groupes de travail.

Parallèlement dans cet esprit de sécurisation des acteurs, la réflexion portera sur la méthodologie à adopter pour la conduite du projet :

« Le pourquoi du changement étant un terrain parsemé de mines, il convient d'intéresser les acteurs au comment en leur montrant qu'ils en garderont le contrôle. »³⁰

Il est important à cette étape d'utiliser la réflexion des groupes et de faire confiance à leur imagination et leur intelligence.

Cette première phase demande un investissement important de la part des directeurs de soins : apport méthodologique, soutien, choix des acteurs, liaison avec l'équipe de direction...

La deuxième phase est celle de l'élaboration des propositions. Elle reposera au préalable sur la définition d'objectifs clairs à atteindre sur la base des attentes des professionnels et des contraintes institutionnelles (réglementation, cadre du projet DPI, faisabilité...). La concrétisation des propositions se fera sous la forme d'un cahier des charges fonctionnel. Une démarche de diagnostic externe au travers de la découverte d'expériences d'autres établissements (recherche bibliographique, visites de sites...) viendra enrichir la réflexion pour bâtir les propositions. Des expériences comme celle du Centre Hospitalier de Rouffach³¹ présentant un contexte relativement similaire peuvent par exemple aider tant du point de vue méthodologique que du point de vue des solutions adoptées. Là aussi les directeurs de soins de par leurs expériences et leurs réseaux professionnels pourront être des ressources importantes. Même si les groupes de travail comme la cellule opérationnelle ne seront pas décisionnaires en la matière, il est important de valoriser le travail produit en portant ces propositions jusqu'à la décision finale. Ce sera le rôle du CGS et des directeurs de soins au sein de l'équipe de direction et du comité de pilotage.

La troisième phase est celle de la décision et du choix des solutions techniques et organisationnelles. Cette phase laisse de fait peu de place à la démarche participative, la décision préparée au sein du comité de pilotage revenant in fine au directeur de l'établissement. Mais la qualité du travail de préparation et du cahier des charges réalisé seront un élément clé de la décision. Il reviendra au CGS et aux directeurs des soins de promouvoir ces propositions en les expliquant et les argumentant auprès des instances concernées.

A distance, la mise en œuvre et l'accompagnement du projet est la dernière phase. Après le choix des solutions techniques et leur acquisition, le rôle de la direction des soins se poursuivra au cours de la phase de mise en œuvre : paramétrages, mise en place d'unités test, évaluation, corrections et déploiement du produit. Parallèlement l'organisation des formations des référents et utilisateurs sera mise en place. Toutes ces étapes demanderont la réactivation des structures de projet et associeront comme dans les premières phases les professionnels concernés. Dans cette dernière étape comme dans toutes les autres, la direction des soins devra s'assurer de la mobilisation et de la participation de l'encadrement paramédical dans cette démarche. On peut dans ce sens suivre un des principes énoncés par Michel Crémadez :

« Impliquer progressivement les différents acteurs en donnant une longueur d'avance à ceux qui détiennent le pouvoir formel. Ces derniers ont besoin de comprendre la méthodologie et d'avoir une vision claire des enjeux stratégiques avant d'ouvrir le champ de réflexion aux autres acteurs qui sont leurs subordonnés. »³²

Deux axes transversaux sous-tendent l'ensemble de la démarche la communication et la pédagogie.

Le plan de communication couvre l'ensemble des phases de la démarche. Il sera élaboré par la direction des soins conjointement avec le responsable de communication de l'établissement. Les différents acteurs seront informés de la progression de la démarche, ceux qui sont directement impliqués au sein des groupes de travail, mais aussi l'ensemble des personnels concernés au sein des services. Cette communication passera par les outils institutionnels : journal d'établissement, intranet, réunions d'encadrement, réunions de service ou d'équipe par exemple.

Le deuxième axe transversal est la pédagogie qui interviendra tout au long du déroulement de la démarche. Il faut donner aux acteurs les moyens de leur implication dans le projet. Dans le cadre du lancement du projet la formation des personnels non infirmiers aux différents outils qui composent la démarche de soins et donc le dossier de soins (diagramme de soins, transmissions ciblées, diagnostic infirmier, résumé de soins...) permettra à ces professionnels de mieux comprendre cette démarche et de s'en approprier la logique en l'adaptant à leurs spécificités. Elle sera aussi l'opportunité de

valoriser les personnels infirmiers, intervenants dans ces formation, au travers du travail réalisé. En dehors des formation de type méthodologique au cours de la démarche, la formation sera, lors de la phase de mise en œuvre, un enjeux important avec la formation des référents, à la fois experts et formateurs internes, et celle des personnels des services test dans un premier temps et de l'ensemble des personnels concernés ensuite. Dernier point important pour la réussite de la démarche : « *se donner du temps pour mener à bien le changement* »³³. La démarche proposée pour être efficace demande en effet beaucoup de temps. Nous avons pu le voir par exemple dans les deux établissements observés, il s'agit de démarche de longue haleine. Il faut laisser le temps aux acteurs de la réflexion, de la maturation, de l'appropriation. Il s'agit de changements importants, en profondeur de l'organisation, qui ne se conduisent pas dans l'urgence. Les solutions clé en main n'existent pas ou du moins s'il en existe elles risquent de conduire à l'échec.

Notes troisième partie :

¹ VEGA M.J. « Un processus professionnalisant au service de la personne soignée. ». *Soins Encadrement Formation*, 3^e trimestre 1999, N°31, p 15.

² NOBLE G., GAVALDA F.X. et al. « Mise en place de la démarche de soins et du dossier de soins infirmiers Méthode et résultats dans un établissement de 800 lits ». *Gestions Hospitalières*, Décembre 1995, supplément au N°351, p 833.

³ BOITIN I., LAGOUTTE M., LANTZ M.C. « Virginia Henderson : 1897-1996 Biographie et analyse de son œuvre ». *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2002, N°68, p 10.

⁴ PATRIARCHE E, TRUCHARD S., BOYER L. et al. *Dossier de soins ciblé, du raisonnement clinique infirmier aux transmissions ciblées*. Doin éditeurs / Editions Lamarre, 1997. Les Guides de l'AP HP, p 11-12.

⁵ MESTRE M.J., SOUID P. « Mise en place des SIIPS et répercussion sur le dossier de soins ». *Objectifs Soins*, Août/septembre 2002, N°108, p I-II.

⁶ MESTRE M.J., SOUID P. op. cit. pp I-VI.

⁷ VEGA M.J. Op. Cit. p 14

⁸ LABBE P. « De l'incidence des NTIC sur l'écriture professionnelle à l'hôpital ». *Soins Encadrement Formation*, 3^e trimestre 1999, N°31, p 28.

⁹ Guide du service infirmier, n°1, Série « Soins infirmiers ». *Bulletin Officiel du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux, BO n°85/7 bis, 1985, 68 p.*

¹⁰ BERNOUX P. op.cit. p 135.

¹¹ FRIEDBERG E. op. cit., p 40.

¹² FRIEDBERG E. op. cit., p 40.

¹³ GONNET F. *L'hôpital en question(s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Editions Lamarre, 1992. p 221.

¹⁴ NOBLE G., GAVALDA F.X. et al. op. cit. p 832.

-
- ¹⁵ ANAES. *Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations*. Service évaluation des pratiques, 2003, p 15.
- ¹⁶ NOBLE G., GAVALDA F.X. et al. op. cit. p 832.
- ¹⁷ ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé Actualisation*. Direction de l'accréditation, Juin 2003, p 61
- ¹⁸ ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé - Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale*. Direction de l'accréditation, Novembre 2003. p 47.
- ¹⁹ Article I 1110-5 du CSP, inséré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 article 3, JO du 05/03/02
- ²⁰ Article 1111-7 du CSP, inséré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 article 11, JO du 05/03/02
- ²¹ Article R 1112-2 du CSP
- ²² § 1-3-2-B
- ²³ Fonction exercée par l'auteur avant la période de formation à l'ENSP.
- ²⁴ La visite d'accréditation s'est déroulée en décembre 2003. Après réception du rapport des experts visiteurs l'établissement est dans l'attente du rapport d'accréditation définitif.
- ²⁵ Instance locale dans les établissements de l'AP HP correspondant à la Commission Médicale d'Etablissement, instance centrale.
- ²⁶ dont le directeur des soins en charge des activités médico-techniques et de rééducation.
- ²⁷ BRION P. «Une stratégie gagnante de mise en place d'un dossier de soins informatisé ». *Gestions Hospitalières*, Janvier 2000, N° 392, pp 33-36.
- ²⁸ GONNET F. op. cit. p 41.
- ²⁹ Rapport des experts suite à la vi site d'accréditation du 8 au 16 décembre 2003.
- ³⁰ CREMADEZ M. op. cit. p 328.
- ³¹ EBELE F., TROUCHE J. « Du dossier de soins papier au dossier médical informatisé ». *Gestions Hospitalières*, Janvier 2000, N° 392, pp 26-32.
- ³² CREMADEZ M. op. cit. p 330-331.
- ³³ CREMADEZ M. op. cit. p 333

CONCLUSION

L'intégration du dossier de soins dans le dossier patient, nous l'avons vu, est une problématique d'actualité.

Contrainte réglementaire mais surtout vecteur de progrès en matière de qualité de prise en charge des patients, la mise en place du dossier patient est une démarche transversale qui concerne tous les acteurs hospitaliers.

Elle nécessite un engagement fort de la direction et doit faire l'objet d'un axe du projet d'établissement.

Ce projet, compte tenu de ces fortes implications sociologiques et organisationnelles, doit résolument s'intégrer dans une démarche de conduite du changement qui doit trouver ses fondations dans les richesses de l'existant. Le dossier de soins, très largement implanté dans les EPS, a donné l'exemple d'une dynamique professionnelle collective au niveau de ces établissements. Les stratégies déployées par les directions des soins, en valorisant ces démarches, doivent viser à transformer ce qui aurait pu être un motif de résistance au changement en un levier pour la mise en place du dossier patient partagé.

Le développement des outils infirmiers et notamment du dossier de soins infirmiers est un atout qui doit permettre aux directeurs des soins d'être porteur de cette dynamique au service du projet de l'établissement. Le dossier patient est fondé sur le recentrage des outils de communication autour du patient et non en référence aux acteurs de soins, à ce titre il reprend les valeurs et concepts qui fondent l'exercice infirmier.

Par ailleurs la mise en place des directions des soins dans leur nouvelle configuration, intégrant l'ensemble des personnels paramédicaux, est très certainement une opportunité pour fédérer ces professionnels autour de la mise en place du dossier patient, occasion de brassage de cultures professionnelles et peut-être origine d'une nouvelle culture commune.

Le gage de la réussite de cette démarche pour le directeur des soins est l'association des professionnels concernés par les enjeux mis en œuvre, véritables acteurs du changement. On peut reprendre en conclusion la citation de Michel CREMADEZ :

« Les acteurs construisent leur avenir dans toutes ses dimensions au lieu simplement d'élaborer les modalités de mise en œuvre d'un avenir dessiné et voulu par d'autres. »¹

L'étape suivante sera très certainement au travers des réseaux de santé l'ouverture du dossier patient sur l'extérieur, une évolution pour demain...et de nouveaux partenaires.

¹ CREMADEZ M. op. cit. p 324.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES DE PÉRIODIQUES

BOITIN I., LAGOUTTE M., LANTZ M.C. « Virginia Henderson : 1897-1996 Biographie et analyse de son œuvre ». *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2002, N°68, pp 5-17.

BOUET R, PRADEAU F, PRADEAU MC. « Le dossier du patient en établissement psychiatrique Structure, contenu et tenue. » *Gestions Hospitalières*, Janvier 2000, N° 392, pp 43-49.

BRION P. « Une stratégie gagnante de mise en place d'un dossier de soins informatisé ». *Gestions Hospitalières*, Janvier 2000, N° 392, pp 33-36.

CHARBONNEAU C. « Le dossier médical électronique », *Actualités Jurisanté*, Mars/Avril 2003, N° 41, pp 4-9.

EBELE F., TROUCHE J. « Du dossier de soins papier au dossier médical informatisé ». *Gestions Hospitalières*, Janvier 2000, N° 392, pp 26-32.

FRIEDBERG E. « L'analyse sociologique des organisations ». *POUR, revue du GREP n°28*, Paris, 1998, 126 p.

GALLET M-A., AMORE M. « Ecrit professionnel effacé, identité gommé ». *Soins Encadrement Formation*, 3° trimestre 1999, N°31, pp 20-24

GAMBIER C., SOUTOUL E. « Le dossier médical et la loi du 4 mars 2002 ». *Gestions Hospitalières*, Avril 2003, N° 425, pp 301-303.

JOVIC L., BONTE B., OLIVIER M., BRESSAND M. « Le dossier de soins : impact et perspectives, sept ans d'évaluation à l'AP HP. ». *Gestions Hospitalières*, Novembre 1998, N°380, pp.705-708

KOURILSKY F. « La communication : levier du changement à l'hôpital. » *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 3° trimestre 1996, N°19, pp 16-20.

LABBE P. « De l'incidence des NTIC sur l'écriture professionnelle à l'hôpital ». *Soins Encadrement Formation*, 3° trimestre 1999, N°31, pp 25-30.

MASSARI P., FUSS J. « Dossier Patient informatisé du CHU de Rouen ». *Gestions Hospitalières*, Avril 2000, N° 395, pp 316-320.

MENGIN J., VANONI D., DUBAR C. et al. « Les enjeux de l'identité. Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité ». *Recherche sociale*, Août/septembre 1998, N°147, p 7-13.

MESTRE M.J., SOUID P. « Mise en place des SIIPS et répercussion sur le dossier de soins ». *Objectifs Soins*, Août/septembre 2002, N°108, pp I-VI.

NOBLE G., GAVALDA F.X. et al. « Mise en place de la démarche de soins et du dossier de soins infirmiers Méthode et résultats dans un établissement de 800 lits ». *Gestions Hospitalières*, Décembre 1995, supplément au N°351, pp 831-838.

PENOT A-M., PETITDEMANGE A-M. « Informatisation du dossier de soins et raisonnement diagnostique infirmier Deux projets en synergie ». *Gestions Hospitalières*, Avril 1998, N° 375, pp 275-278.

SAINSAULIEU R. « La construction des identités au travail ». *Sciences humaines*, Mars/Avril 1998, Hors série N°20, pp 40-43.

VEGA M.J. « Un processus professionnalisant au service de la personne soignée.». *Soins Encadrement Formation*, 3° trimestre 1999, N°31, pp 14-15.

WATWAT JM., SAUBAGNE F. « Un dossier unique, résultat d'une démarche qualité en long séjour ». *Gestions Hospitalières*, Mars 1999, N°384, pp 186-188

OUVRAGES

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTE. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Direction de l'accréditation, 1999. 118 p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTE, *Manuel d'accréditation des établissements de santé Actualisation*. Direction de l'accréditation, Juin 2003. 136 p.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTE. *Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations*. Service évaluation des pratiques, Juin 2003. 199p. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTE. *Manuel d'accréditation des établissements de santé - Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale*. Direction de l'accréditation, Novembre 2003. 184 p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Seuil, 1985. 363 p.

CREMADEZ M., GRATEAU F. /collab. *Le management stratégique hospitalier*. Masson, Inter Editions, 1997. 448 p.

DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*. Armand Colin, 1998. 256 p.

GONNET F. *L'hôpital en question(s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Editions Lamarre, 1992. 359 p.

MAGNON R. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers le bilan d'un siècle*. Editions MASSON, Paris, 2001. 198 p.

PATRIARCHE E, TRUCHARD S., BOYER L. et al. *Dossier de soins ciblé, du raisonnement clinique infirmier aux transmissions ciblées*. Doin éditeurs / Editions Lamarre, 1997. 207 p.
Les Guides de l'AP HP

SAINSAULIEU R. Sociologie de l'entreprise . Organisation, culture et développement. Presses de la fondation nationale des sciences politiques/ Dalloz, 1997, 2° édition. 476 p.

TEXTES OFFICIELS

Code de la Santé Publique. *Editions DALLOZ*, 2002, 16° édition. 2520 p.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2002 . - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel de la république française*, 5 mars 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2002 . - Décret 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal Officiel de la république française*, 16 février 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2002 . - Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins. *Journal Officiel de la république française*, 23 avril 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 1985. Guide du service infirmier, n°1, Série « Soins infirmiers ». *Bulletin Officiel du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux, BO n°85/7 bis, 1985, 68 p.*

DOCUMENTS INTERNET

FIESCHI M., MERLIERE Y. *Les données du patient partagées : proposition pour l'expérimentation*, Note d'orientation au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Mai 2003, disponible sur internet :

« <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/fieschi/sommaire.htm> »

INFIRMIERS.COM disponible sur internet : « <http://www.infirmiers.com> »

LETEURTRE H., BLONDIAU MF., MALLEA P., GASPARRO S. *Analyse des 350 premiers comptes rendus d'accréditation de l'ANAES*. Fédération Hospitalière de France, 19 août 2003, disponible sur internet :

« http://www.fhf.fr/fhf/hm/fr/questions/detail_article.jsp?th_id=14&id=542 »

Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Soins infirmiers : normes de qualité, Guide du service de soins infirmiers*, 2° édition, Septembre 2001, disponible sur internet :

« http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/soins_inf »

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Code de la Santé Publique (extraits).....	III
Annexe 2 : Guide du service de soins infirmiers (extraits).....	IX
Annexe 3 : Manuel d'accréditation de l'ANAES (Version 1999).....	XV
Annexe 4 : Analyse des 350 premiers comptes rendus d'accréditation de l'ANAES	XIX
Annexe 5 : Le questionnaire aux EPS	XXIII
Annexe 6 : Résultats de l'enquête	XXV
Annexe 7 : Structures de conduite du projet.....	XXIX

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Législative)
Extraits

Chapitre préliminaire : Droits de la personne

.../...

Article L1110-4

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 3 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Article L1110-5

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 3 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

.../...

Article L1111-6

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

Article L1111-7

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

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.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

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. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

.../...

Chapitre 2 : Personnes accueillies dans les établissements de santé

Article L1112-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 14 I Journal Officiel du 5 mars 2002)

Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article L. 1111-7. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. Cette communication est effectuée, au choix de la personne concernée, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne.

Les établissements de santé proposent un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant.

Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.

Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Les modalités d'application du présent article, notamment en ce qui concerne la procédure d'accès aux informations médicales définies à l'article L. 1111-7, sont fixées par voie réglementaire, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

.../...

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Réglementaire)

EXTRAITS

Section 1 : Informations des personnes accueillies

Article R1112-1

Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication des informations définies à l'article L. 1111-7.

Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, les informations relatives à la santé d'une personne lui sont communiquées par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet.

Dans les établissements de santé privés ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, cette communication est assurée par le médecin responsable de la prise en charge du patient. En l'absence de ce médecin, elle est assurée par le ou les médecins désignés à cet effet par la conférence médicale.

A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

Article R1112-2

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;

- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
 - p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- 2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :
- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
 - b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
 - c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
 - d) La fiche de liaison infirmière ;
- 3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.
Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Article R1112-3

Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

Article R1112-4

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès.

.../...

Article R1112-6

Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade.

.../...

Soins infirmiers : normes de qualité
Guide du service de soins infirmiers 2ème édition (septembre 2001)

Extraits

.../...

L'accueil de la personne soignée

.../...

Norme 3 – Le dossier de soins infirmiers

Dès l'arrivée de la personne soignée, l'infirmière ouvre un dossier de soins infirmiers qu'elle renseignera tout au long du séjour.

Caractéristiques de ressources /structures

- L'infirmière dispose pour chaque personne soignée d'un dossier de soins infirmiers, partie intégrante du dossier du patient
- L'infirmière dispose d'un guide d'utilisation du dossier de soins infirmiers
- Le service de soins est organisé de façon à garantir la protection de l'accès aux informations contenues dans le dossier infirmier.

Caractéristiques de processus

- L'infirmière, à l'arrivée de la personne soignée ouvre le dossier de soins infirmiers. Dès sa prise de fonction et avant chaque intervention, l'infirmière prend connaissance des éléments contenus dans le dossier du patient
- L'infirmière, après chaque intervention :
 - note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée
 - note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale
- L'infirmière, tout au long du séjour de la personne soignée :
 - renseigne le dossier de soins infirmiers, elle veille à l'exactitude et au respect de la confidentialité des informations notées par elle-même, par les aides-soignants les auxiliaires de puériculture, les aides médico-psychologiques et les stagiaires du service infirmier
 - exige que toutes les prescriptions médicales soient notées, datées et signées par les médecins prescripteurs dans le dossier de soins infirmiers. Elle s'assure également que toutes informations et observations écrites soient datées et signées
 - assume ses responsabilités liées aux règles de gestion et de confidentialité du dossier du patient
 - participe à l'évaluation du dossier du patient et concourt à son amélioration
- L'infirmière, lors de la sortie de la personne soignée, établit par écrit une synthèse de la prise en charge infirmière du patient et renseigne la fiche de liaison infirmière.

Caractéristiques de résultats

- Les notes infirmières sont concises, précises et objectives
- La traçabilité des actions infirmières est fiable
- Le contenu du dossier de soins infirmiers est conforme au guide d'utilisation.

.../...

Le projet de soins infirmiers

La contribution infirmière à la prise en charge de la personne soignée se traduit par un projet de soins infirmiers. Ceci suppose une identification des problèmes de santé et des ressources de la personne soignée et de ses proches. L'élaboration de ce projet de soins infirmiers implique une collaboration pluri professionnelle. La personne soignée et ses proches seront sollicités pour l'élaboration de ce projet. Ce projet de soins infirmiers individualisé est un processus dynamique qui évolue. Il sera réajusté en fonction de l'évolution de l'état de santé, des besoins et des souhaits de la personne soignée.

Deux normes

1. L'identification des problèmes de santé
2. Le projet de soins infirmiers

Norme 1 – l'identification des problèmes de santé

Les problèmes de santé et les ressources de la personne soignée sont identifiés par l'infirmière.

Caractéristiques de ressources / structure

- L'infirmière dispose d'un outil de recueil de données adapté à la spécificité du service et élaboré selon un modèle conceptuel
- L'infirmière dispose d'outils d'évaluation pour mesurer l'autonomie de la personne soignée
- Le plan de formation de l'établissement prévoit des formations à la démarche de soins, à l'entretien infirmier, au raisonnement diagnostic et aux transmissions ciblées
- Des ouvrages sur les diagnostics infirmiers et les interventions infirmières sont accessibles à l'infirmière dans son établissement
- La Direction du Service de Soins Infirmiers met des experts ou des personnes ressources à la disposition des équipes infirmières pour aider au raisonnement diagnostic et aux démarches de soins.

Caractéristiques de processus

- L'infirmière conduit un entretien avec la personne soignée et/ou ses proches et note ses observations dans le dossier de soins
- L'infirmière complète et enrichit tout au long du séjour le recueil de données initiales par ses observations et celles de l'équipe pluriprofessionnelle, ainsi que par des entretiens réguliers avec la personne soignée et/ou ses proches
- L'infirmière identifie les problèmes de santé et les ressources de la personne soignée et pose les diagnostics infirmiers. Elle les note dans le dossier de soins infirmiers après les avoir validés en équipe et avec la personne soignée ou ses proches si possible.

Caractéristiques de résultats

- La personne soignée a pu faire part de sa perception de son problème de santé
- Le relevé des données est repérable dans le dossier de soins
- Des diagnostics infirmiers apparaissent dans le dossier de soins infirmiers
- La lecture du dossier de soins infirmiers permet d'identifier les besoins de la personne soignée.

.../...

Norme 2 – le projet de soins infirmiers

La personne soignée est reconnue comme acteur de son projet de soins. Elle participe dès son arrivée et tout au long de son séjour à l'élaboration et à l'actualisation de ce projet.

Caractéristiques de ressources / structures

- L'infirmière dispose d'informations pour explorer les problèmes de santé existants et les ressources à utiliser pour la réalisation du projet de soins
- L'infirmière dispose dans son unité, de plans de soins guides élaborés et/ou validés par l'équipe pluriprofessionnelle
- L'infirmière dispose de ressources documentaires suffisantes pour l'accomplissement des soins infirmiers
- Le plan de formation de l'établissement prévoit des formations à la démarche de soins, à l'entretien infirmier, au raisonnement diagnostique et aux transmissions ciblées.

Caractéristiques de processus

- L'infirmière recherche avec la personne soignée et/ou ses proches les ressources dont elle dispose et celles à acquérir pour la réalisation du projet de soins
- L'infirmière sollicite l'implication de la personne et/ou ses proches pour déterminer le projet de soins avec l'équipe pluriprofessionnelle
- L'infirmière s'appuie sur un modèle conceptuel ou une théorie de soins retenue par la Direction des Soins Infirmiers pour déterminer les actions de soins
- L'infirmière programme les interventions nécessaires à la réalisation du projet de soins en concertation avec l'équipe pluriprofessionnelle, la personne soignée et/ou ses proches et les note dans le dossier de soins infirmiers
- L'infirmière évalue les résultats obtenus par rapport au projet de soins de la personne soignée tout au long du processus de soins
- L'infirmière réajuste les actions de soins en fonction des résultats obtenus. Elle les note sur le dossier de soins de la personne soignée et planifie les nouvelles actions.

Caractéristiques de résultats

- La personne soignée a la possibilité de participer à l'élaboration et à la réalisation de son projet de soins
- La personne soignée est en confiance. Ses attentes et problèmes sont pris en considération
- La programmation des soins et leurs réalisations sont repérables dans le dossier de soins
- L'évaluation du projet de soins est repérable dans le dossier de soins.

Les interventions infirmières auprès de la personne soignée

Les interventions infirmières trouvent leur légitimité dans le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier: Les infirmières ont la responsabilité de leur application, qu'elles réalisent seules ou en collaboration avec les aides-soignantes, les auxiliaires de puériculture et aide médico-psychologiques. L'acte de soins infirmiers se définit comme "toute intervention infirmière dans le domaine des soins infirmiers" *Dictionnaire des soins infirmiers ; ouvrage collectif ; R. Magnon et G. Dechanoz ; p. 12, AMIEC 1995.* C'est la compétence technique et relationnelle qui détermine la qualité de l'intervention.

Trois normes

1. L'acte de soins infirmiers
2. Les protocoles de soins infirmiers
3. La coordination et la continuité des soins

.../...

Norme 3 – Coordination et continuité des soins

La personne soignée bénéficie de soins et d'actions coordonnés et continus réalisés par une équipe pluri-professionnelle.

Les interventions nécessaires pour répondre aux besoins de soins de la personne soignée mobilisent un nombre variable d'acteurs et de compétences. La coordination entre ces acteurs est indispensable pour assurer la cohérence et la continuité des soins. L'infirmière est un acteur essentiel à la coordination et à la continuité des soins.

Caractéristiques de ressources / structure

- Un dossier patient est établi pour chaque personne prise en charge dans l'établissement
- Il existe des outils adéquats dans chaque service : fiches de liaison, fiches de renseignements, fiches de consignes, protocoles de soins
- Des temps de transmission et réunions existent dans le service pour permettre les échanges entre professionnels dans le service.

Caractéristiques de processus

- L'infirmière consulte le dossier du patient et assure la tenue du dossier de soins infirmiers
- L'infirmière programme ses interventions en coordination avec celles des autres professionnels
- L'infirmière, lors de toutes interventions relevant de sa compétence :
 - veille à la cohérence de leur planification avec les autres interventions nécessitées par l'état de santé de la personne soignée
 - renseigne la fiche de liaison infirmière lors de la sortie de la personne soignée.

Caractéristiques de résultats

- La personne soignée reçoit les soins nécessités par son état de santé selon une planification adaptée et une organisation efficace.

.../...

La sortie de la personne soignée

.../...

Norme 1 – La continuité des soins en vue de la sortie

L'infirmière participe à l'organisation de la continuité des soins en vue de la sortie.

Caractéristiques de ressources / structure

- Une fiche de liaison adaptée aux besoins des partenaires est définie
- Les différentes associations, structures et réseaux de soins ainsi que leurs missions sont répertoriés et actualisés au niveau de l'établissement et /ou du service. Elles sont accessibles facilement par l'infirmière, le patient et/ou la famille
- Une procédure de fermeture des dossiers patients est élaborée

Caractéristiques de processus

- L'infirmière :
 - évalue les capacités et les possibilités matérielles de la personne soignée et des proches pour poursuivre les soins après la sortie
 - évalue les besoins et connaissances du problème de santé par la personne soignée afin d'envisager la structure la plus adaptée
 - note le(s) diagnostic(s) infirmier(s) et les actions à poursuivre sur la fiche de liaison
 - organise la sortie, avec l'équipe pluriprofessionnelle et la famille, le plus tôt possible durant le séjour
 - met à jour le dossier de soins lors de la sortie et rédige une synthèse de la prise en charge infirmière et le résumé de soins infirmiers

- vérifie que la personne soignée et ses proches dispose de toutes les informations et documents nécessaires pour poursuivre les soins après la sortie.

Caractéristiques de résultats

- La fiche de liaison est lisiblement renseignée et adressée aux professionnels concernés
- Les démarches, informations/ transmissions, rendez - vous nécessaires à la continuité des soins de la personne soignée sont effectuées avant la sortie
- La personne soignée connaît les soins à poursuivre et les structures ou professionnels à contacter après sa sortie.

.../...

Aspects généraux de l'exercice professionnel

.../...

Norme 2 – La collaboration avec les aides-soignantes, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques

L'infirmière collabore avec les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les aides médico psychologiques pour une prise en charge globale de la personne soignée.

Caractéristiques de ressources / structure

- Les profils de poste de l'aide-soignant / auxiliaire de puériculture et aide médico-psychologique au sein du service de soins sont clairement définis et écrits.
- L'organisation des soins au sein de l'équipe permet une collaboration effective entre ses membres.
- L'aide-soignant / auxiliaire de puériculture et aide médico-psychologique ont accès au dossier de soins infirmiers et à tous documents et informations utiles à la réalisation des soins infirmiers qui relèvent de leurs compétences.

Caractéristiques de processus

- L'infirmière vérifie que l'aide-soignant, l'auxiliaire de puériculture, l'aide médico-psychologique a les connaissances et compétences nécessaires avant de lui confier la réalisation d'un soin relevant du rôle propre infirmier
- L'infirmière vérifie la bonne réalisation et les effets des soins infirmiers relevant du rôle propre confiés à l'aide-soignant, l'auxiliaire de puériculture, l'aide médico-psychologique
- L'infirmière facilite la transmission des informations et observations recueillies par les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les aides médico-psychologiques lors de la réalisation de ces soins.

Caractéristiques de résultats

- Les soins infirmiers confiés à l'aide-soignant / auxiliaire de puériculture / aide médico-psychologique sont contrôlés par l'infirmière.
- Chaque professionnelle (infirmière, aide soignante , auxiliaire puéricultrice , aide médico psychologique) exerce son métier dans le champ de ses compétences et de ses responsabilités.

.../...

**MANUEL D'ACCRÉDITATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ANAES/Direction de l'accréditation/Février 1999**

.../...

Chapitre 4

LES RÉFÉRENTIELS

.../...

2. DOSSIER DU PATIENT (DPA)

• Introduction

Le dossier du patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins.

Il comporte l'ensemble des informations concernant le patient, qu'elles soient administratives, sociales, médicales ou paramédicales.

Des dysfonctionnements dans la gestion des dossiers peuvent entraîner des conséquences allant de la simple perte de temps à des défauts majeurs dans la prise en charge des patients et le fonctionnement de l'établissement.

La gestion des dossiers doit donc reposer sur une bonne organisation, des responsabilités définies et l'enregistrement au quotidien par tous les professionnels des informations pertinentes.

• Références

DPA - Référence 1

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

DPA - Référence 2

La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

DPA - Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

DPA - Référence 4

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

DPA - Référence 5

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

DPA - Référence 6

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations.

DPA - Référence 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue.

• Références et critères

DPA - Référence 1

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

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

DPA.1.b. Une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues

pour chaque patient dans l'établissement.

DPA.1.c. Une politique vise à assurer la protection de la confidentialité des dossiers et informations concernant le patient, notamment lors de la circulation des informations nominatives liées aux nécessités diagnostiques et thérapeutiques.

DPA.1.d. L'établissement s'organise pour assurer le droit d'accès du patient à son dossier par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 2

La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

DPA.2.a. La direction, la CME et la DSSI ou le responsable du service des soins infirmiers s'assurent que les modalités de tenue du dossier du patient sont écrites, validées, diffusées et évaluées.

DPA.2.b. La direction, la CME et la DSSI mettent en place et maintiennent l'organisation du circuit du dossier et de l'archivage des dossiers.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

DPA.3.a. Les professionnels sont sensibilisés à la confidentialité.

DPA.3.b. Si son dossier est informatisé, le patient est informé de cette informatisation et de son droit d'accès et de rectification.

DPA.3.c. L'élimination des pièces des dossiers se fait selon des conditions garantissant la confidentialité.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 4

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

DPA.4.a. Le dossier du patient comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification.

DPA.4.b. Les responsabilités des différents intervenants (infirmier(ère)s, praticiens, internes, secrétaires médicales, étudiants hospitaliers, autres intervenants) sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit.

DPA.4.c. Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportent le nom et la signature du praticien.

DPA.4.d. Le dossier du patient est organisé et classé.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 5

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

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

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

DPA.5.c. Le dossier du patient permet à tout moment de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient.

DPA.5.d. Le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés.

DPA.5.e. Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice-risque de la

stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

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

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

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA.5.d. Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

- le dossier anesthésique ;
- le compte rendu opératoire ;
- le compte rendu d'accouchement ;
- le dossier transfusionnel ;
- la fiche de traçabilité des médicaments dérivés du sang ;
- le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent.

DPA - Référence 6

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations.

DPA.6.a. Le dossier du patient peut être localisé et accessible à tout moment.

DPA.6.b. Le dossier du patient est conservé dans le respect des délais de conservation et des conditions de sécurité.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

DPA - Référence 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue.

DPA.7.a. L'établissement évalue la qualité des dossiers.

DPA.7.b. L'établissement met en place une politique d'amélioration des dossiers.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

Analyse des 350 premiers comptes rendus d'accréditation de l'ANAES (Extraits)

Hervé LETEURTRE¹ - Marie France BLONDIAU² - Patrick MALLEEA³ - Sophie GASPARRO⁴

¹ Conseiller Qualité et Accréditation de la FHF

² Cadre de Santé Supérieur Infirmier de la Direction de la Qualité et de l'Accréditation du CHU de Nice

³ Ingénieur Qualité de la Direction de la Qualité et de l'Accréditation du CHU de Nice

⁴ Secrétaire de la Direction de la Qualité et de l'Accréditation du CHU de Nice

.../...

D / Répartition des décisions (N2, N3,N4) par rapport aux référentiels du manuel d'accréditation

⇨ Répartition des décisions du type recommandation par rapport aux référentiels du manuel d'accréditation (N2)

	N2									
	Total Public	CHU	CH	CHS	AP-HP	HL	Total Privé	CP	PSPH	CLCC
DIP	123	13	76	23	5	6	61	32	28	1
DPA	99	11	68	10	1	9	111	64	44	3
OPC	136	16	88	16	6	10	100	57	42	1
MEA	54	6	36	5	4	3	39	24	15	0
GRH	46	2	36	5	1	2	71	41	30	0
GFL	80	10	44	14	8	4	57	27	28	2
GSI	34	5	20	7	2	0	27	10	16	1
QPR	69	5	42	13	6	3	68	37	29	2
VST	26	2	20	3	1	0	43	18	23	2
SPI	54	5	31	8	7	3	55	28	26	1
Total	721	75	461	104	41	40	632	338	281	13

Les recommandations prioritairement identifiées (N2) concernent les référentiels OPC « Organisation de la Prise en Charge du Patient », DIP, DPA, avec une prépondérance des établissements publics (et plus particulièrement des CH) en ce qui concerne OPC et DIP. Le référentiel DPA est prévalent dans les établissements privés.

⇨ Répartition des décisions du type réserve par rapport aux référentiels du manuel d'accréditation (N3)

	N3									
	Total Public	CHU	CH	CHS	AP-HP	HL	Total Privé	CP	PSPH	CLCC
DIP	15	3	10	2	0	0	7	4	3	0
DPA	47	8	30	5	2	2	25	11	14	0
OPC	21	9	9	0	1	2	14	8	6	0
MEA	5	0	4	0	0	1	7	3	4	0
GRH	1	1	0	0	0	0	3	2	1	0
GFL	15	2	9	2	2	0	7	1	6	0
GSI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QPR	14	0	9	2	1	2	7	4	3	0
VST	10	1	4	3	1	1	11	5	5	1
SPI	22	4	10	1	4	3	12	5	7	0
Total	150	28	85	15	11	11	93	43	49	1

Les réserves (N3) concernent 9 des 10 référentiels, le référentiel GSI « Gestion Système d'Information » n'étant pas concerné.

Les référentiels DPA, OPC et SPI « Surveillance, prévention et contrôle du risque Infectieux » sont prédominants dans les établissements publics, et plus spécifiquement dans les CH pour DPA et SPI.

.../...

IV/ Analyse des référentiels concernés par les décisions du collège d'accréditation par référence, par critère et segmentés par type d'établissement.

A / Le patient et sa prise en charge

.../...

⇒ Référentiel DPA « Dossier du Patient »

	N2									
	Total Public	CHU	CH	CHS	AP-HP	HL	Total Privé	CP	PSPH	CLCC
DPA 7	0						0			
DPA 7a	2		2				2	1	1	
DPA 6	0						0			
DPA 6a	4	1	1	2			2	1	1	
DPA 6b	2	2					1	1		
DPA 5	2		2				0			
DPA 5a	1		1				6	5	1	
DPA 5c	0						2	2		
DPA 5d	2		1			1	3	2	1	
*1 DPA 5e	10	1	5	3		1	17	8	9	
DPA 5f	1					1	0			
DPA 5g	1		1				5	2	2	1
DPA 4	1		1				1		1	
DPA 4a	2		1			1	3	1	1	1
DPA 4b	3		1	1		1	1	1		
*2 DPA 4c	34	3	27	1		3	35	22	12	1
DPA 4d	0						3	1	2	
DPA 4g	0						0			
DPA 3	1		1				3	3		
DPA 3a	1		1				1	1		
DPA 3b	2	1	1				1	1		
DPA 3c	1		1				0			
DPA 2	2		2				0			
DPA 2a	8		6	1		1	2	1	1	
DPA 2b	3	1	2				1		1	
DPA 2C	0						0			
DPA 1	4		3	1			0			
*3 DPA 1a	5	1	4				13	7	6	
DPA 1b	5	1	3	1			7	4	3	
DPA 1c	2		1		1		2		2	
Total DPA	99	11	68	10	1	9	111	64	44	3

Pour le référentiel DPA, le **DPA 4c** (« Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportent le nom et la signature du praticien ») est le critère faisant l'objet du plus grand nombre de recommandations ; il concerne prioritairement les CH puis les CP.

Vient en suite, le **DPA 5e** (« Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif ») concernant prioritairement les PSPH et les CP.

Un nombre notable de recommandations se rapporte au **DPA 1a**, concernant surtout les établissements privés, à l'exception des CLCC.

	N3									
	Total Public	CHU	CH	CHS	AP-HP	HL	Total Privé	CP	PSPH	CLCC
DPA 7										
DPA 7a										
DPA 6										
DPA 6a	1		1							
DPA 6b										
DPA 5										
DPA 5a										
DPA 5c										
DPA 5d										
DPA 5e	1			1						
DPA 5f										
DPA 5g	1	1								
DPA 4										
DPA 4a										
DPA 4b	1	1								
DPA 4c	22	4	17	1			13	4	9	
DPA 4d	1			1						
DPA 4g										
DPA 3										
DPA 3a										
DPA 3b										
DPA 3c										
DPA 2	2		2							
DPA 2a	4	1	3				3	1	2	
DPA 2b	2	1				1				
* DPA 1	4		3	1			1	1		
* DPA 1a							5	4	1	
* DPA 1b	8		4	1	2	1	3	1	2	
* DPA 1c										
Total DPA	47	8	30	5		2	25	11	14	

On retrouve la prépondérance du **DPA 4c** dans le cas des réserves, concernant prioritairement les CH puis les PSPH. Le **DPA 5e** a disparu.

Deux réserves majeures ont été attribuées exclusivement aux CH. Elles concernent le **DPA 2a** (« La direction, la CME et la DSSI ou le responsable des soins infirmiers s'assurent que les modalités de tenue du dossier du patient sont écrites, validées, diffusées et évaluées ») et le **DPA 1a** (« Pour chaque patient, un recueil d'informations permet d'assurer la continuité des soins »).

ENQUÊTE MEMOIRE

Merci de cocher la case correspondant à votre choix en saisissant un X

Etablissement			
Q1	Type d'établissement :	Hôpital local : <input type="checkbox"/>	CH: <input type="checkbox"/>
		CHS: <input type="checkbox"/>	CHU: <input type="checkbox"/>
		autre : <input type="checkbox"/>	
Q2			
	Structure:	< 500 lits: <input type="checkbox"/>	entre 1000 et 2000 lits: <input type="checkbox"/>
		entre 500 et 1000 lits: <input type="checkbox"/>	> 2000 lits: <input type="checkbox"/>
Dossier de soins			
Q3	Il existe un dossier de soins	Oui: <input type="checkbox"/>	En cours : <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
Q4	Si Oui ou En cours Q3 :	soins infirmiers: <input type="checkbox"/>	soins paramédicaux (1): <input type="checkbox"/>
Q5	Si Oui ou En cours Q3 :	Généralisé: <input type="checkbox"/>	Partiellement mis en place: <input type="checkbox"/>
Q6	Si Oui ou En cours Q3 :	Support papier: <input type="checkbox"/>	Informatisé: <input type="checkbox"/>
Dossier Médical			
Q7	Il existe un dossier médical unique(2)	Oui: <input type="checkbox"/>	En cours : <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
Q8	Si Oui ou En cours Q7:	Support papier: <input type="checkbox"/>	Informatisé: <input type="checkbox"/>
Dossier Patient unique			
Q9	Il existe un dossier patient unique intégrant les données médicales et paramédicales	Oui: <input type="checkbox"/>	En cours : <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
Q10	Si Oui ou En cours Q9:	Support papier: <input type="checkbox"/>	Informatisé: <input type="checkbox"/>
Politique de la Direction des Soins			
Q11	Il existe un projet de soins	Oui: <input type="checkbox"/>	En cours : <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
Q12	Si Oui ou En cours Q11 :	soins infirmiers: <input type="checkbox"/>	soins paramédicaux (3): <input type="checkbox"/>
Q13	Vous utilisez un outil d'évaluation de la charge en soins:PRN, SIIPS, Pendiscan...	Oui: <input type="checkbox"/>	En cours : <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
Q14	Si Oui ou En cours Q13	Généralisé: <input type="checkbox"/>	Partiellement: <input type="checkbox"/>
Q15	Vous avez mis en place les transmissions ciblées	Oui: <input type="checkbox"/>	En cours : <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/>
Q16	Si Oui ou En cours Q15 :	Généralisées: <input type="checkbox"/>	Partiellement: <input type="checkbox"/>

Observations :

Merci de retourner le questionnaire à l'adresse suivante : ph.glorieux@wanadoo.fr

ou par la poste à l'adresse suivante: Philippe GLORIEUX
Secrétariat de la filière directeurs des soins
Ecole Nationale de la Santé Publique
Avenue du professeur Léon Bernard
CS 74312
35043 RENNES Cedex

- (1) intégrant les données des autres professions paramédicales (diététiciens, kinésithérapeutes...)
- (2) dossier médical partagé, il suit le patient dans les différents services de l'établissement
- (3) intégrant les autres professions paramédicales : rééducateurs, médico-techniques

RESULTATS DE L'ENQUÊTE

Echantillon :

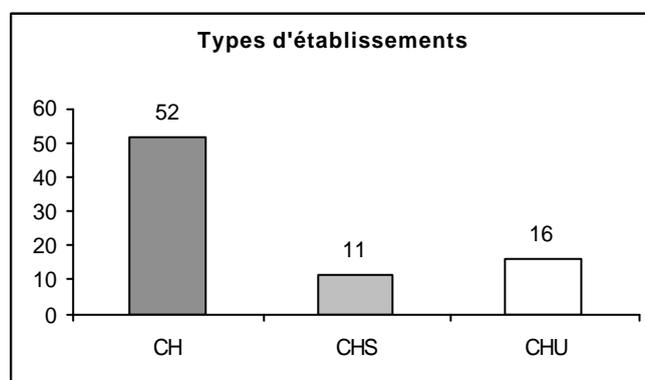
Tableau I : retour des questionnaires

	Nombre	%
Nbre de questionnaires envoyés	125	
Echec envoi mail	15	12,0%
Parvenus aux destinataires	110	88,0%
Retours non exploitables	2	1,8%
Nombre de réponses	79	73,1%

Tableau II : Structures de l'échantillon étudié

Etablissements	CH	CHS	CHU	Total	%
< 500 lits	19	2	1	22	37,97%
Entre 500 et 1000 lits	20	9	1	30	27,85%
Entre 1000 et 2000 lits	11		6	17	21,52%
> 2000 lits	2		8	10	12,66%
Total	52	11	16	79	100%
%	65,82%	13,92%	20,25%	100%	

Graphique n°1 : Type d'établissements

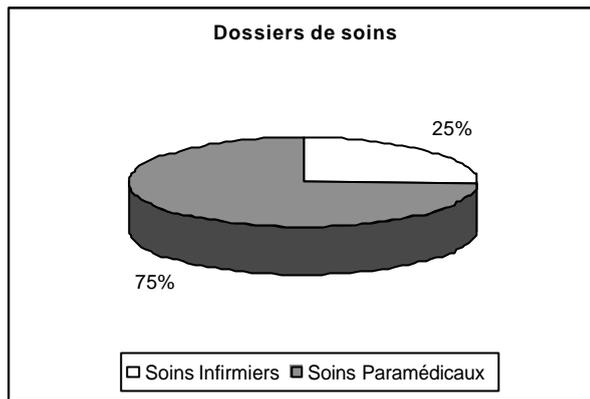


Situation du dossier de soin :

Tableau III : Implantation du dossier de soins

Dossier de soins	Oui	En cours	Total	%
Soins Infirmiers		20	20	25,3%
Soins Paramédicaux	57	2	59	74,7%
Total	77	2	79	100,0%
%	97,5%	2,5%	100,0%	

Graphique n°2 : Implantation du dossier de soins



Etat d'avancement du dossier patient unique :

Tableau IV : Implantation du dossier patient unique

Dossier patient unique	Non	En cours	Oui	Total	%
(vide)		24	1	25	31,6%
Informatisé			13	13	16,5%
Papier			13	26	33,1%
Total	24	27	28	79	100,0%
%	30,4%	34,2%	35,4%	100,0%	

Graphique n°3 : Implantation du dossier patient unique

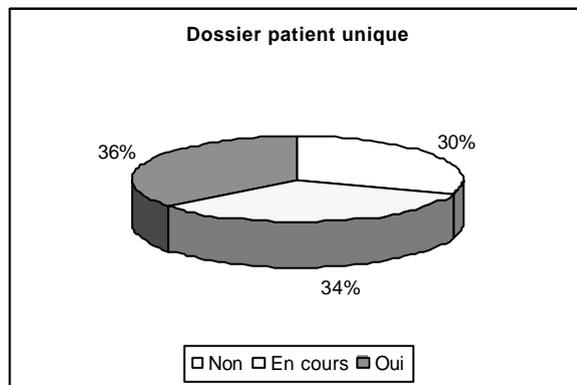


Tableau V : Croisement de l'implantation du dossier patient unique et du dossier médical unique

Dossier médical unique	Dossier patient unique			Total
	Non	En cours	Oui	
En cours	5	5	10	11
Non	13	3	16	16
Oui	5	6	11	23
(vide)	1	13	14	29
Total	24	27	28	79

Le niveau de développement de la politique de soins et des outils de soins :

Tableau VI : Projet de soins

Projet de soins	En cours	Oui	Non	Total	%	
Projet de soins infirmiers			32	32	40,5%	
Projet de soins paramédicaux	5		37	42	53,2%	
(vide)			4	1	5	6,3%
Total	5	73	1	79	100,0%	
%	6,3%	92,4%	1,3%	100,0%		

Tableau VII : Outils d'évaluation de la charge en soins

Outil d'évaluation charge en soins	Non	En cours	Oui	Total	%	
(vide)	47	1	2	50	63,3%	
Partiellement			3	15	18	22,8%
Généralisé			1	10	11	13,9%
Total	47	5	27	79	100,0%	
%	59,5%	6,3%	34,2%	100,0%		

Graphique n°4: Outils d'évaluation de la charge en soins

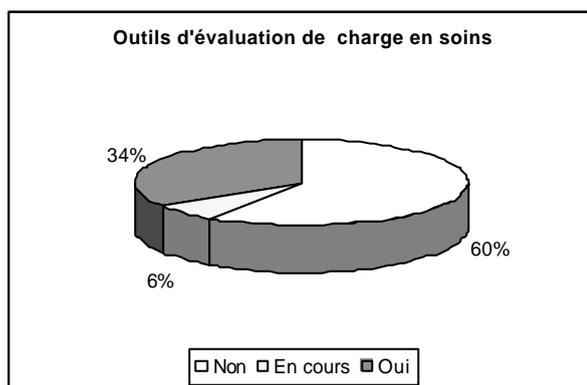
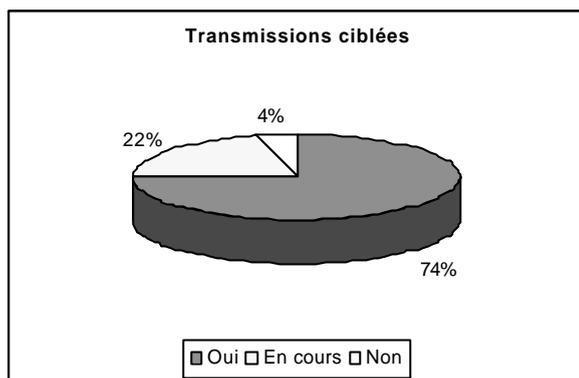


Tableau VIII : Transmissions ciblées

Transmissions ciblées	Oui	En cours	Non	Total	%
(vide)	2	6	3	11	13,9%
Partiellement	11	5		16	20,3%
Généralisé	46	6		52	65,8%
Total	59	17	3	79	100,0%
%	74,7%	21,5%	3,8%	100,0%	

Graphique n°5 : Transmissions ciblées



Structures de conduite du projet « Dossier de Soins »

