



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement sanitaire
et social public**

Date du Jury : Décembre 2001

La rénovation
du dossier de l'utilisateur
à l'Hôpital Local de Houdan
Vers un outil de coordination des pratiques

Murielle HENRY

J'adresse mes plus vifs remerciements à:

Virginie AUBIN, directeur adjoint de l'hôpital local de Houdan

Joël CLÉMENT, enseignant à l'ENSP

Jean-Marc GILBON, responsable de la filière D3S à l'ENSP

Alain JOURDAIN, enseignant à l'ENSP

et Patrice LORSON, directeur de l'hôpital local de Houdan

pour l'aide et les précieux conseils qu'ils m'ont apportés au cours de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble du personnel de l'hôpital local de Houdan ayant participé au projet de rénovation du dossier de l'utilisateur pour son dynamisme et son investissement dans la démarche.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : LE DOSSIER DE L'USAGER AU CŒUR DES ENJEUX INSTITUTIONNELS..	4
1 - LES ASPECTS JURIDIQUES	4
1.1 LE DOSSIER, UNE OBLIGATION RÉGLEMENTAIRE.....	4
1.1.1 <i>Définition et caractéristiques du dossier de l'usager.....</i>	<i>4</i>
1.1.2 <i>La gestion du dossier : de la responsabilité du directeur à une responsabilité partagée.....</i>	<i>6</i>
1.2 LES ÉLÉMENTS QUI VIENNENT RENFORCER L'OBLIGATION	10
1.2.1 <i>L'accréditation</i>	<i>10</i>
1.2.2 <i>La réforme de la tarification</i>	<i>12</i>
2 - LES ENJEUX DU DOSSIER DE L'USAGER.....	15
2.1 L'INTÉRÊT DE L'USAGER	15
2.1.1 <i>La continuité et la qualité des soins et prises en charge.....</i>	<i>15</i>
2.1.2 <i>Le droit des usagers.....</i>	<i>16</i>
2.2 L'INTÉRÊT DES INTERVENANTS ET DE L'INSTITUTION	18
2.2.1 <i>Un outil de communication et de fonctionnement majeur</i>	<i>18</i>
2.2.2 <i>Une source d'informations indispensables</i>	<i>18</i>
DEUXIÈME PARTIE : L'EXPÉRIENCE DE L'HÔPITAL LOCAL DE HOUDAN.....	20
1 - PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	20
1.1 UNE STRUCTURE DIVERSIFIÉE.....	20
1.1.1 <i>Statut et missions</i>	<i>20</i>
1.1.2 <i>Une structure à double appartenance.....</i>	<i>21</i>
1.1.3 <i>Activités</i>	<i>21</i>
1.1.4 <i>Population accueillie</i>	<i>22</i>
1.1.5 <i>Structure et moyens</i>	<i>23</i>
1.2 UNE STRUCTURE DYNAMIQUE	24
1.2.1 <i>Une structure modernisée en lien avec son environnement</i>	<i>24</i>
1.2.2 <i>La signature d'un contrat d'objectifs et de moyens</i>	<i>25</i>

2 - LE DOSSIER, OUTIL DE FONCTIONNEMENT	26
2.1 LA DIVERSITÉ DES DOSSIERS	26
2.1.1 <i>Un dossier spécifique à chaque unité ou service</i>	26
2.1.2 <i>Chaque catégorie professionnelle gère ses propres outils</i>	28
2.2 UNE MODÉLISATION DE L'EXISTANT.....	29
2.3 L'ARCHIVAGE DES DOSSIERS, UN ESPACE DÉLICAT.....	31
2.3.1 <i>Un archivage différent selon les types de prises en charge</i>	31
2.3.2 <i>L'encombrement du local des archives</i>	32
2.4 UN ÉCLATEMENT DES PÔLES DE CONSTITUTION ET DE GESTION DU DOSSIER.....	33
2.4.1 <i>Le dispositif réglementaire a suscité des documents multiples</i>	33
2.4.2 <i>Le cloisonnement historique et fonctionnel</i>	35
 TROISIÈME PARTIE : CONDUIRE LA RÉNOVATION DU DOSSIER À L'HÔPITAL LOCAL DE HOUDAN	 37
 1 - LA CONDUITE DU PROJET	 37
1.1 LE CHOIX STRATÉGIQUE D'UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE.....	37
1.1.1 <i>Objectifs du projet et principes de la démarche</i>	37
1.1.2 <i>La mise en œuvre de la démarche</i>	41
1.2 LA CONDUITE DU PROJET BASÉE SUR LA QUALITÉ.....	43
1.2.1 <i>Le choix et la présentation d'une démarche qualité adaptée</i>	44
1.2.2 <i>Le développement du projet d'amélioration de la qualité</i>	46
1.3 LA FORMATION : UNE CONTRIBUTION FORTE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CHANGEMENT.....	52
1.3.1 <i>Une formation liée à l'amélioration du dossier de l'utilisateur</i>	52
1.3.2 <i>L'évaluation de la formation</i>	53
 2 - BILAN ET PERSPECTIVES	 54
2.1 BILAN DE LA RÉNOVATION DU DOSSIER DE L'USAGER.....	54
2.1.1 <i>Bilan global</i>	54
2.1.2 <i>La réponse aux « référentiels qualité »</i>	56
2.2 VERS L'INFORMATISATION DU DOSSIER DE L'USAGER	58
2.2.1 <i>Objectifs, avantages et contraintes de l'informatisation</i>	58
2.2.2 <i>Étude préparatoire</i>	60
 CONCLUSION	 64
 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 66
 TABLE DES ABRÉVIATIONS	 71
 ANNEXES	 73

INTRODUCTION

L'hôpital est une structure complexe. D'une part, son organisation repose sur la coexistence de nombreuses professions aux objectifs et pratiques distinctes, parfois divergentes, avec démultiplication des niveaux logiques. D'autre part, l'hôpital est ouvert sur son environnement (organismes de tutelle, réseaux de soins, autres structures sanitaires et sociales...) avec lequel il entretient de nombreuses interactions.

Pour assurer sa pérennité, l'hôpital a besoin d'être structuré, d'assurer sa cohérence tant interne qu'externe. L'un des instruments de cette cohérence est la transmission de l'information par écrit.

La mission principale de l'hôpital local est d'assurer les soins auprès du public hospitalisé et la prise en charge des résidents qui y sont hébergés. Pour en assurer la cohérence dans la continuité, le dossier de l'utilisateur constitue un outil indispensable. Il permet de conserver la mémoire de tous les éléments relatifs à la personne soignée.

Si ce support existe depuis longtemps, dans les textes et dans la pratique, il s'avère néanmoins nécessaire de réactualiser sa structure, son contenu et d'en redéfinir les objectifs. En effet, l'émergence d'une exigence d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies, au travers de l'accréditation et du volet qualitatif de la réforme de la tarification, mais également au travers de la réorganisation du temps de travail dans le cadre de la mise en œuvre de la loi instituant les trente-cinq heures de travail hebdomadaire, conduisent à nous interroger sur les pratiques professionnelles.

Il convient donc d'adapter le dossier de l'utilisateur afin de répondre aux nouveaux objectifs définis, notamment dans la perspective de répondre aux obligations de qualité.

Dans cette optique, la mise à disposition d'un document fondé sur la transmission écrite permet de répondre aux impératifs de traçabilité des actions de soin et constitue un niveau de preuve juridique.

Par ailleurs, l'écrit se présente comme la base indispensable à la mise en œuvre d'une démarche qualité. En effet, la qualité, c'est « écrire ce qu'on va faire, faire ce qu'on a écrit et écrire ce qu'on a fait ».

À ce titre, la qualité de conception et de tenue du dossier constitue un témoin actif et un bon indicateur de la qualité des soins et des prises en charge. C'est également un thème classique d'évaluation.

Toutefois, il s'avère nécessaire de prendre garde à ne pas considérer le dossier de l'utilisateur comme le reflet exact de la réalité dont il ne constitue qu'une représentation fonctionnelle.

En ce qui concerne les prises en charge gériatriques, l'hôpital local tend à devenir un maillon essentiel et à jouer un rôle pivot auprès des personnes âgées. Il paraît donc indispensable de se doter d'un dossier de suivi et de prise en charge de bonne qualité, comme vecteur d'une information partagée et commune aux différents acteurs intervenant auprès des usagers de l'institution.

La constitution d'un dossier unique permet d'harmoniser les prises en charge dans une perspective plus globale, réunissant les deux versants indissociables dans le cadre d'un hôpital local : le sanitaire et le médico-social

Le dossier de l'utilisateur se trouve donc au cœur des enjeux institutionnels des établissements sanitaires et sociaux.

Ce travail tend à montrer comment à partir de l'expérience originale menée à l'hôpital local de Houdan, il est possible d'envisager la rénovation du dossier de l'utilisateur. Le Petit Larousse définit le terme de rénovation comme suit : « Changement en mieux, transformation, modernisation : *la rénovation des méthodes de travail, d'un appartement* ».

La rénovation du dossier de l'utilisateur consiste donc en une restructuration de ce dernier, à partir de l'existant et visant à son amélioration dans la perspective de répondre notamment aux nouvelles exigences réglementaires et législatives.

Dans un premier temps, nous analyserons, à l'aune des enjeux institutionnels classiques et actuels, l'intérêt présenté par le dossier de l'utilisateur dans les établissements sanitaires et sociaux.

L'étude de ces enjeux institutionnels nous permettra ensuite de mettre en perspective le dossier de l'utilisateur dans le contexte de l'hôpital local de Houdan.

Il nous sera alors possible d'appréhender la phase de rénovation du dossier de l'utilisateur à proprement parler ainsi que les modalités d'action qui pourront être envisagées pour l'avenir.

PREMIERE PARTIE : LE DOSSIER DE L'USAGER AU CŒUR DES ENJEUX INSTITUTIONNELS

1 - LES ASPECTS JURIDIQUES

1.1 LE DOSSIER, UNE OBLIGATION REGLEMENTAIRE

1.1.1 Définition et caractéristiques du dossier de l'utilisateur

Nous parlerons tout au long de ce travail de dossier de l'utilisateur. En effet, nous avons retenu le terme d'utilisateur comme le terme le plus approprié pour désigner la personne utilisatrice et bénéficiaire des services, tant dans le domaine sanitaire que dans le domaine médico-social.

L'appellation de dossier de l'utilisateur recouvre donc à la fois celle de « dossier du patient » habituellement utilisée en milieu hospitalier et celle de « dossier individuel du résident » communément employée en hébergement pour personnes âgées, et notamment dans le référentiel ANGÉLIQUE¹ proposé dans le cadre de la réforme de la tarification des Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

La définition que nous retiendrons pour le dossier de l'utilisateur est largement inspirée de celle que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a donné pour le dossier du patient².

¹ ANGÉLIQUE : Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements. Outil d'auto-évaluation élaboré par le groupe de travail MARTHE – ENSP à partir de l'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sanitaires et sociales.

² Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Chapitre 4-Les référentiels. I-Le patient et sa prise en charge. 2-Dossier du patient : p. 51. In : Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris, ANAES février 1999 : 132 pp.

Le dossier de l'utilisateur est le document qui comporte l'ensemble des informations relatives à la personne prise en charge, qu'elles soient administratives, sociales, médicales, paramédicales ou concernant l'ensemble de sa prise en charge au quotidien, y compris ses habitudes de vie.

Le dossier de l'utilisateur est un outil indispensable aux professionnels. En effet, il permet la communication entre eux des différentes informations utiles à la prise en charge cohérente et continue de la personne.

Il s'agit par conséquent d'un dossier individuel pour une personne singulière. Ce dossier en tant que document unique comporte différents volets relevant de compétences distinctes :

- le dossier administratif (identification, régime social...);
- le dossier médical et le dossier de soins infirmiers ;
- le dossier social ;
- les documents correspondant aux autres interventions (kinésithérapie, prise en charge psychologique, orthophonie, animation...).

Ces documents sont soumis à des règles différentes, notamment en terme de confidentialité et de secret professionnel pour tout ce qui concerne les données du dossier médical et du dossier social. Il conviendra donc de veiller au respect de ces règles qui régissent les différents composants du dossier de l'utilisateur.

Par ailleurs, un décret³ ainsi que les travaux menés par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM)⁴ ont permis de définir pour certains de ces documents les éléments qui doivent obligatoirement y figurer, mais aussi des critères de qualité. Il s'agit essentiellement des documents utilisés dans la prise en charge sanitaire des personnes hospitalisées.

De manière générale, pour le domaine médico-social, nous extrapolerons, par analogie, les règles établies dans le domaine sanitaire, et ce d'autant que la médicalisation des EHPAD est amenée à se développer largement.

³ Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, Service Évaluation Hospitalière. Évaluation de la tenue du dossier du malade. Paris, ANDEM juin 1994 : 62 pp.

1.1.2 La gestion du dossier : de la responsabilité du directeur à une responsabilité partagée

Le directeur est garant du bon fonctionnement de l'établissement et de la prise en charge de qualité des hospitalisés et résidents. Le dossier comme moyen de coordination entre les professionnels autour de l'usager, mais aussi comme support de la qualité de prise en charge, est donc un outil indispensable auquel il faut s'intéresser.

Il y a également nécessité pour le directeur de l'établissement de pouvoir s'appuyer sur un système d'information pertinent. Or, le dossier de l'usager fait partie des sources d'informations pertinentes pour la gestion de l'établissement. En effet, c'est dans ce dossier que se trouvent les données relatives à l'activité médicale des services et de l'établissement⁵, mais aussi les données relatives à l'état de dépendance des personnes accueillies⁶. Il semble alors important de veiller à ce que le dossier, en tant que source d'information régulière pour la gestion de l'établissement, soit tenu de manière fidèle, complète et actualisée.

Si le directeur est garant de l'organisation interne à l'établissement et donc de la bonne tenue des outils, dans le respect des dispositions législatives relatives au secret professionnel, les professionnels restent cependant responsables de leurs écrits, mais aussi dans une certaine mesure de la gestion des outils.

En effet, pour les documents relevant de domaines spécialisés comme les soins médicaux, les soins infirmiers ou la prise en charge sociale, il existe des règles spécifiques régissant ces différents documents.

Le dossier médical

Le décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) modifie le Code de la Santé Publique (CSP) en y instaurant les

⁵ Données relatives à la prise en charge médicale d'une personne au décours de son hospitalisation et qui, une fois anonymisées, vont alimenter le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le PMSI permet de réaliser une évaluation médico-économique et de comparer les établissements de santé entre eux en terme de coût. Il permet en effet, de connaître l'activité d'un établissement en fonction des pathologies traitées dans la structure et le coût moyen par pathologie.

⁶ Données issues de l'évaluation, à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources), de la dépendance des personnes hébergées, permettant le classement de celles-ci en différents Groupes Iso-Ressources (GIR) et le calcul du GIR Moyen Pondéré (GMP).

articles R.710-2-1 à R.710-2-10. Il définit les règles relatives à la constitution, à la conservation et à la transmission du dossier médical dans les établissements de santé.

- **Constitution du dossier médical**

La tenue d'un dossier pour chaque patient est une obligation déontologique pour les médecins (article 45 du Code de déontologie médicale). Cette obligation porte également sur les établissements de santé qui doivent constituer et conserver un dossier médical pour chaque patient comme stipulé par l'article R.710-2-1 du CSP. Cet article définit par ailleurs le contenu minimal du dossier médical.

Dans les institutions médico-sociales, il n'y avait aucune législation, ni réglementation particulière relative à l'existence et à la constitution du dossier de l'usager, jusqu'à l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sanitaires et sociales. Dans son annexe II, cet arrêté définit et précise les missions et fonctions du médecin coordonnateur, dont notamment l'élaboration du dossier médical. Il précise également les données minimales contenues par le dossier médical de la personne hébergée.

- **Conservation du dossier médical**

L'article R.710-2-9 du CSP stipule pour les établissements de santé que « les dossiers sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières. [...]. Dans tous les cas, le directeur de l'établissement veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés dans l'établissement. »

Par ailleurs, le Code de déontologie médicale rappelle dans son article 96 que « sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les établit ».

On note ici la responsabilité partagée entre le médecin et le directeur de l'institution.

- **Transmission du dossier médical**

L'article R.710-2-2 du CSP établit que « la communication du dossier médical intervient, sur la demande de la personne qui a été hospitalisée ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès, par l'intermédiaire d'un praticien qu'ils désignent à cet effet. »

En outre, il précise qu'« avant toute communication, l'établissement de santé doit s'assurer de l'identité du demandeur et s'informer de la qualité du praticien désigné. »

Cette précaution vise à préserver le secret professionnel. Il est important de rappeler qu'en cas de défaillance à ce niveau, la responsabilité du directeur, représentant de l'établissement, serait engagée.

L'article R.710-2-5 du CSP précise que « la communication du dossier médical est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ». En EHPAD, on peut proposer par analogie de confier cette mission au médecin coordonnateur.

L'article R.710-2-6 du CSP souligne qu' « à la fin de chaque séjour hospitalier, les documents [de sortie] sont adressés dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. [...] ».

L'article R.710-2-7 du CSP précise que « dans tous les cas, le directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical conformément aux règles définies [dans les articles précédents] ».

Mais si lors d'une hospitalisation, le dossier médical ne semble pas trop poser de problèmes, du fait notamment de règles définies au travers de divers textes de nature différente (décret, article du code de déontologie médicale...), en EHPAD, les choses sont parfois plus compliquées. En effet, il arrive que le médecin traitant de la personne conserve le dossier auprès de lui, comme il le fait habituellement en suivi de ville. Les infirmières de l'établissement tenant le dossier de soins infirmiers en parallèle.

C'est à ce niveau qu'intervient le médecin coordonnateur. Il joue un rôle important dans l'élaboration du dossier de l'usager et peut amener l'ensemble de ses confrères à approvisionner le système d'information de l'établissement, comme désormais imposé par la réglementation. En effet, l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle précise dans les missions et fonctions du médecin coordonnateur, que celui-ci est amené dans le cadre de ses fonctions, à :

-« élaborer un dossier [médical] type, pour l'établissement, accepté par tous les médecins traitants, qui laisseront alors les dossiers de leurs patients au sein de l'institution, dans un local permettant de préserver le secret médical » ;

-participer à l'élaboration du dossier de soins infirmiers.

Le dossier de soins infirmiers

En 1985, lorsque le Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale édita le premier fascicule du guide du service infirmier⁷, il n'existait aucune réglementation spécifique concernant le dossier de soins infirmiers. Les recommandations s'inspiraient essentiellement de la législation relative au dossier médical. Le dossier de soins infirmiers était cependant vivement recommandé, comme moyen d'améliorer la qualité des soins (efficacité, continuité, sécurité) ainsi que leur organisation.

En 1992, le dossier de soins infirmiers est reconnu comme partie intégrante du dossier

⁷ Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux. Le dossier de soins. Paris : Direction des Journaux Officiels, n°1 série Soins infirmiers, Bulletin Officiel n° 85/7 bis, 1985 : 68 pp.

médical, aux termes de l'article R.710-2-1 du CSP. Mais la précision apportée par la locution « lorsqu'il existe », laisse néanmoins supposer le caractère « facultatif » de ce dossier de soins infirmiers, comme c'est également le cas dans l'article 28 du décret du 16 février 1993⁸ qui stipule : « L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient ». Alors même que dès 1990, une circulaire du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale affirmait : « l'organisation, la continuité et la qualité des soins infirmiers nécessitent l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers » et en encourageait « la généralisation dans les services hospitaliers ».

Le décret de compétence des infirmières⁹ stipule par ailleurs que l'infirmière est « responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ». En EHPAD, il est précisé¹⁰ que le dossier de soins infirmiers est « élaboré par l'équipe infirmière, sous l'égide de l'infirmière référente si elle existe, avec la participation du médecin coordonnateur ». Cette nouvelle disposition amène la nécessaire notion de travail en équipe. Ainsi, la création de la fonction de médecin coordonnateur constitue-t-elle une réforme radicale dans le fonctionnement des institutions médico-sociales assurant la prise en charge des personnes âgées.

Concernant la transmission du dossier de soins infirmiers, celui-ci en tant que partie intégrante du dossier médical, suit les mêmes règles que ce dernier.

Le dossier social

Ce dossier élaboré et géré par l'assistante sociale est soumis comme le dossier médical et le dossier de soins infirmiers aux règles du secret professionnel afin d'assurer la confidentialité des données qu'il contient. En effet, le Nouveau Code Pénal (NCP) de mars 1994 a largement étendu la notion de secret professionnel. L'article 226-13 du NCP ne fait plus référence à certaines catégories de personnes, comme c'était le cas dans l'ancien article 378. Désormais les données à caractère confidentiel, détenues par les travailleurs sociaux sont également protégées pénalement par le secret professionnel.

⁸ Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

⁹ Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

¹⁰ Annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Les écrits des autres intervenants

Ils ne revêtent pas de caractère obligatoire mais participent à la coordination des prises en charge. Selon que les interventions relèvent de professionnels dont l'exercice est régi par un code de déontologie ou par des textes réglementaires, les règles de confidentialité et de secret professionnel s'appliquent également.

Le dossier administratif

Enfin, pour ce qui est du dossier administratif, il est indispensable pour la connaissance de la personne admise dans l'établissement. On ne peut concevoir l'admission d'une personne anonyme, hormis les trois exceptions accordées par la loi en matière d'accouchement, de maladies vénériennes et de toxicomanie, qui relèvent alors d'une procédure d'admission particulière. L'admission « sous X » autorise l'anonymat absolu, y compris à l'égard de l'établissement d'accueil et du personnel qui en assure la prise en charge. L'interprétation de la loi *a contrario* laisse supposer que la tenue d'un dossier nominatif d'admission de la personne soignée est obligatoire. En outre, ce dossier administratif contient tous les éléments nécessaires à la gestion liée à la prise en charge de la personne concernée (date d'entrée, service d'accueil...). Ses règles de constitution répondent essentiellement à des objectifs de gestion, notamment en vue de la réalisation de statistiques, mais aussi aux fins de facturation. Ce dossier ne contient pas à proprement parler d'informations secrètes, mais néanmoins personnelles ou confidentielles comme l'état civil et matrimonial, le type de couverture sociale ou l'unité d'hospitalisation qui peut être révélatrice de la pathologie traitée (vénérologie, alcoologie...).

Le directeur, représentant de l'établissement et garant du bon fonctionnement de l'établissement et du respect des droits des usagers, se doit de rappeler régulièrement à chacun ses obligations en matière de discrétion et de secret professionnel. Les règles de respect de la confidentialité font à ce titre l'objet d'un chapitre spécifique du livret d'accueil du personnel remis à chaque agent de l'établissement.

1.2 LES ELEMENTS QUI VIENNENT RENFORCER L'OBLIGATION

1.2.1 L'accréditation

L'accréditation des établissements de santé est née aux États-Unis au début du XX^{ème} siècle, à partir de la démarche volontaire de professionnels de santé.

En France, ce n'est qu'avec l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 qu'apparaît l'obligation d'accréditation pour tous les établissements de santé publics et privés.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, établissement public administratif de l'État, également créée par ordonnance du 24 avril 1996, est la structure compétente pour gérer la procédure d'accréditation prévue par la même ordonnance.

L'accréditation est une procédure externe à un établissement de soins, indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Cette évaluation vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement. Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent s'engager dans cette démarche. L'accréditation s'adresse aux établissements dans leur ensemble et le cas échéant aux services et aux principales activités.

L'ANAES a été créée pour développer les missions de l'ANDEM, mettre en œuvre et mener de nouvelles activités telle que la démarche d'accréditation des établissements de soins français publics et privés.

Tous les établissements de santé français devaient entrer dans la démarche d'accréditation avant le 24 avril 2001, correspondant à l'échéance de cinq ans fixée dans l'ordonnance du 24 avril 1996. Mais devant la complexité de la démarche et la faible mobilisation afférente, un arrêté du ministère de janvier 2001 est venu alléger la procédure¹¹.

Avant fin 2001, les établissements doivent envoyer un dossier de présentation générale et choisir un semestre d'ici à 2006 pour le déroulement de la visite. Dans un second temps, l'établissement doit confirmer, six à douze mois avant la date souhaitée, sa volonté d'être accrédité. Il doit alors fournir un dossier très complet relatant toutes les actions d'amélioration de la qualité.

L'accréditation se fait à partir d'une auto-évaluation faite par l'établissement lui-même sur la base du manuel d'accréditation élaboré et fourni par l'ANAES. Le résultat de cette auto-évaluation est ensuite transmis à l'ANAES qui organise une visite d'accréditation. Cette visite est réalisée par une équipe d'experts visiteurs, professionnels travaillant eux-mêmes dans d'autres établissements de santé. Chaque équipe est composée d'experts visiteurs relevant d'origines professionnelles différentes (personnel médical, personnel administratif et personnel soignant ou médico-technique non-médecin).

¹¹ Arrêté du 3 janvier 2001 fixant la composition du dossier accompagnant la demande d'engagement dans la procédure d'accréditation prévu à l'article R.710-6-2 du Code de la Santé Publique et modifiant l'arrêté du 6 mai 1999 (suivi de deux annexes parues au Bulletin Officiel du 25 janvier 2001).

Ce manuel se découpe en trois grands thèmes. Il comporte dix référentiels¹², qui se décomposent chacun en références (quatre à onze selon le référentiel), incluant elles-mêmes plusieurs critères d'un niveau de détail supérieur, mais non exhaustifs.

Ainsi, au travers de ces dix référentiels, l'accréditation vise à évaluer de manière transversale l'ensemble du fonctionnement de chaque établissement.

Parmi les dix référentiels du manuel d'accréditation, on note qu'un référentiel est entièrement consacré au dossier du patient : le référentiel « DPA ».

Ce référentiel «DPA » comprend sept références visant à évaluer la politique autour du dossier du patient, dont notamment le respect des règles de confidentialité, la gestion des informations, la coordination des prises en charge et le dispositif d'évaluation et d'amélioration du dossier du patient. Ces références se subdivisent ensuite en plus d'une vingtaine de critères.

Par ailleurs, le dossier du patient est également cité dans plusieurs autres référentiels.

Tous ces éléments viennent renforcer notre sentiment de l'importance à accorder à cet outil.

1.2.2 La réforme de la tarification

Initiée par la loi du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), la réforme de la tarification des EHPAD est née officiellement du décret et des arrêtés du 26 avril 1999.

La réforme de la tarification des EHPAD vise à établir une tarification en fonction du degré de dépendance de la personne âgée, et non plus en fonction du statut juridique de

¹² Thèmes et référentiels du manuel d'accréditation :

Thème 1 - Le patient et sa prise en charge

- | | |
|--|--------------|
| 1. Droits et information des patients | (DIP) |
| 2. Dossier du patient | (DPA) |
| 3. Organisation de la prise en charge des patients | (OPC) |

Thème 2 - Management et gestion au service du patient

- | | |
|---|-------|
| 4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité | (MEA) |
| 5. Gestion des ressources humaines | (GRH) |
| 6. Gestion des fonctions logistiques | (GFL) |
| 7. Gestion du système d'information | (GSI) |

Thème 3 - Qualité et prévention

- | | |
|---|-------|
| 8. Gestion de la qualité et prévention des risques | (QPR) |
| 9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle | (VST) |
| 10. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux | (SPI) |

l'établissement d'accueil. Elle remplace un mode de tarification binaire (hébergement - soins) par une tarification ternaire en identifiant trois sections budgétaires et tarifaires distinctes : l'une correspondant aux soins, l'autre à la dépendance et la troisième à l'hébergement.

Désormais, le coût de chaque séjour se décompose en trois tarifs :

- le tarif soins financé par l'assurance maladie ;
- le tarif dépendance¹³ à la charge de la personne âgée, éventuellement aidée par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) instaurée par la loi du 20 juillet 2001¹⁴ qui remplace désormais la PSD ;
- le tarif hébergement à la charge de la personne âgée accueillie et éventuellement du département si cette dernière est admise à l'aide sociale.

Le dispositif initial qui permettait d'identifier jusqu'à treize tarifs différents a été aménagé, afin de réduire la complexité présentée par le nouveau système de tarification.

Pour pouvoir continuer à héberger des personnes âgées dépendantes, les établissements doivent conclure une convention pluriannuelle avec le Président du conseil général et l'autorité compétente pour l'Assurance maladie. Cette convention tripartite est un élément central du dispositif de la réforme de la tarification. Elle a pour objet de définir « les conditions générales de fonctionnement des établissements, tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins prodigués à ces dernières ». Elle précise « les objectifs d'évaluation [et d'évolution] de l'établissement et les modalités de son évaluation ».

Il faut souligner l'importance de la dimension financière afférente à la mise en œuvre de la démarche qualité pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, précisée dans une circulaire de septembre 2000¹⁵.

Le contenu du cahier des charges de la convention tripartite a été fixé par l'un des trois arrêtés du 26 avril 1999¹⁶. Il précise le périmètre de la démarche d'assurance qualité que chaque établissement doit mettre en œuvre. Cette démarche d'assurance qualité a pour

¹³ La grille AGGIR permet de déterminer le degré de dépendance de la personne âgée et de la classer dans l'un des six groupes iso-ressources.

¹⁴ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

¹⁵ Circulaire DGAS / MARTHE / DHOS / DSS n° 2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD ; crédits sur l'ONDAM 2000.

¹⁶ Annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

objectif de garantir à toute personne âgée, hébergée dans un établissement, les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

Ainsi, des recommandations ont été édictées concernant la qualité de vie de résidents, la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents, la qualité des personnels exerçant dans l'établissement et l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

Ces recommandations ont été reprises par le groupe de travail de la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'HEbergement des personnes âgées (MARTHE), composé de représentants des services de l'État, des conseils généraux, de l'assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé, et de l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP). Ce groupe a ainsi développé la démarche « Améliorer la qualité en EHPAD » et élaboré le référentiel au doux acronyme d'ANGÉLIQUE (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements).

Ce référentiel se divise en quatre parties :

- attentes et satisfaction des résidents et familles (accueil et admission, droits et libertés, restauration, vie sociale) ;
- réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins (maintien de l'autonomie, organisation des soins, aides et soins spécifiques, hôtellerie, personnel) ;
- l'établissement et son environnement (ouverture sur l'extérieur, sécurité et maintenance, projet institutionnel) ;
- démarche qualité.

Comportant cent quarante-sept questions détaillées en items bien plus nombreux, il fait très souvent appel au dossier de l'usager (sous le terme de « dossier individuel du résident »), soit directement lorsque le dossier est l'objet même de l'évaluation, soit indirectement car le dossier est une des principales sources d'information comportant les éléments nécessaires pour répondre aux items évalués.

D'autres référentiels^{17,18} existent et peuvent être utilisés pour réaliser l'auto-évaluation préalable à la négociation de la convention tripartite. Le dossier de l'utilisateur est également un élément significatif pour renseigner les items de ces outils d'évaluation.

Il apparaît que le dossier de l'utilisateur est une source d'information essentielle pour réaliser l'auto-évaluation qui servira de base à la négociation de la convention tripartite. Sa bonne tenue semble donc fondamentale.

2 - LES ENJEUX DU DOSSIER DE L'USAGER

2.1 L'INTERET DE L'USAGER

2.1.1 La continuité et la qualité des soins et prises en charge

L'utilisateur exige à juste titre une prise en charge continue de qualité. Les professionnels se doivent de répondre à cette exigence. La continuité est l'un des principes affirmés du service public. La qualité est une obligation morale et professionnelle.

L'application de la loi sur l'aménagement et la réduction du temps de travail à compter du 1^{er} janvier 2002 va amener une réduction de la durée de travail hebdomadaire. Bien que la réflexion ait été largement entamée, des incertitudes subsistent quant aux nouveaux modes d'organisation du travail qui seront négociés et mis en place à la suite du diagnostic réalisé¹⁹ (journées de récupération ou journées de travail plus courtes).

Actuellement, des temps de chevauchement permettent l'échange d'information entre les différents intervenants auprès de l'utilisateur. Ils formalisent l'expression de la continuité des soins et des prises en charge.

Les temps de chevauchement entre les équipes du matin et de l'après-midi sont de deux heures à l'hôpital local de Houdan. Il n'est pas du tout assuré qu'avec l'aménagement et la

¹⁷ Vallet F et al. Le référentiel qualité des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Rennes, Conseil général d'Ille-et-Vilaine janvier 2000 : 86 pp.

¹⁸ FNACPPA / UNEPPA. Référentiel de certification de services : l'outil d'évaluation de la qualité pour les établissements de personnes âgées. Lyon, Groupe Esprit Public mars 1999 : 67 pp.

¹⁹ Circulaire DHOS / P1 / DGAS n° 2001-182 du 10 avril 2001 relative à la mise en œuvre du diagnostic préalable à la réduction du temps de travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.

réduction du temps de travail, ces chevauchements pourront encore être aussi longs. Il conviendra alors d'exploiter au mieux le temps restant.

Par ailleurs, comme l'a annoncé la Ministre de l'emploi et de la solidarité, Élisabeth Guigou, la mise en œuvre de cette loi dans le secteur sanitaire et social va se traduire par la création d'emplois supplémentaires. Le nombre d'intervenants auprès des usagers va croître. Il s'agira alors d'assurer une coordination sans faille entre les différents acteurs autour de l'utilisateur, afin que la qualité des prestations qui lui sont dues ne pâtissent pas de ce fait.

Un dossier morcelé peut nuire à une transmission fluide des informations, voire aboutir à une rupture dans le processus de soin. La transmission correcte des données permet d'assurer la cohérence des prises en charge. Il semble alors important de renforcer l'outil de transmission écrite car le dossier, comme mémoire des éléments relatifs à la prise en charge de l'utilisateur, est un élément fondamental pour ce dernier en terme de continuité, de qualité et de sécurité des soins.

2.1.2 Le droit des usagers

Ces dernières années, la jurisprudence civile, mais aussi administrative a mis l'accent sur l'obligation d'information des personnes tant en ce qui concerne leur état de santé (obligation d'information et d'obtention du consentement avant tout acte : charte du patient hospitalisé²⁰ et charte de la personne âgée dépendante²¹) qu'en ce qui concerne leurs conditions d'hospitalisation (commission départementale des hospitalisations psychiatriques).

Les usagers comme tout un chacun ont le droit de savoir ce que l'administration ou l'institution sanitaire et sociale sait sur eux. Ils ont la possibilité d'accéder directement à leur dossier administratif, sans avoir à se justifier. Ce droit est consacré par la loi^{22,23}. L'établissement doit satisfaire à cette demande dans un délai maximal d'un mois. En cas de

²⁰ Charte du patient hospitalisé. Annexe de la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

²¹ Charte de la personne âgée dépendante. Élaboration commune Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) / Ministère des affaires sociales : 1987. Actualisation FNG / Ministère de l'emploi et de la solidarité : 1999.

²² Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, modifiée par l'article 7 de la loi no 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

²³ Décret n° 88-465 du 28 avril 1988 relatif à la liberté d'accès aux documents administratifs.

non satisfaction à sa demande, l'utilisateur peut saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA).

Par ailleurs, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 affirme dans ses principes fondamentaux la légitimité pour toute personne admise dans un établissement de santé d'être tenue informée du contenu de son dossier. « Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. »

Le décret n°92-329 du 30 mars 1992 affine les dispositions évoquées dans la loi du 31 juillet 1991 : « La communication du dossier médical intervient sur la demande de la personne qui est ou a été hospitalisée ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès, par l'intermédiaire d'un praticien qu'ils désignent à cet effet » (Art. R. 710-2-2 du CSP).

Il s'agit d'un véritable droit pour le patient, mais qui ne peut être exercé directement. La médiation d'un médecin reste obligatoire. Dans tous les cas, la personne doit donner son autorisation à la transmission du dossier.

Il revient donc à l'établissement d'organiser un archivage correct des dossiers afin de pouvoir donner satisfaction dans les délais les plus brefs.

En revanche, le projet de loi sur la modernisation du système de santé annoncé dès la clôture des états généraux de la santé en juin 1999, propose, pour la communication du dossier médical, de mettre fin à la nécessité de médiation par un médecin. En effet, la loi vise à renforcer les droits des patients, notamment en permettant l'accès direct par ceux-ci à leur dossier médical comme c'est le cas dans certains pays voisins²⁴.

Enfin, l'accès direct au dossier revêt un autre aspect important. Pour les personnes hébergées en EHPAD, le dossier, par les données qu'il contient sur l'état de dépendance de la personne, participe à la définition de la contribution financière de l'utilisateur. En effet, dans le cadre de la réforme tarifaire des EHPAD, le tarif dépendance à la charge de la personne est défini en fonction du groupe iso-ressource duquel elle relève, c'est-à-dire à partir de l'évaluation faite de son niveau de dépendance. Or l'utilisateur pourrait souhaiter contester cette

²⁴Sénat, Service des affaires européennes. L'information des malades et l'accès au dossier médical. Les documents du Sénat. Série législation comparée. Paris, octobre 2000 : 25 pp.

évaluation, à condition qu'il puisse accéder à cette donnée. Les grilles de dépendance sont incluses dans le dossier de soins infirmiers²⁵, lui-même partie intégrante du dossier médical, dont l'accès se fait pour l'instant par l'intermédiaire d'un médecin.

2.2 L'INTERET DES INTERVENANTS ET DE L'INSTITUTION

2.2.1 Un outil de communication et de fonctionnement majeur

Il convient de reconnaître le dossier de l'usager comme un élément de coordination tant entre professionnels, qu'entre services qui sont parfois amenés à prendre en charge successivement un usager. En effet, c'est au sein de l'établissement un outil de communication et de fonctionnement majeur.

L'enjeu de la communication à l'hôpital est d'abord de favoriser l'indispensable complémentarité des acteurs autour de la personne soignée.

C'est assurément un point cher aux agents de l'hôpital local de Houdan comme l'ont fait ressortir les résultats de l'enquête menée auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement dans le cadre de l'appel à projet ministériel concernant les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT). En effet, cette enquête a montré un intérêt fort de l'ensemble des acteurs pour les questions touchant à l'information, à la communication et à la coordination. En outre, de nombreux agents du personnel soignant ont fait part d'un intérêt marqué pour des formations liées aux transmissions concernant le patient.

2.2.2 Une source d'informations indispensables

- **Les besoins en information de gestion hospitalière**

Le dossier de l'usager contient de nombreuses données utiles pour la gestion de l'établissement qui doivent être transmises aux services administratifs.

En effet, la connaissance de l'état de dépendance des personnes accueillies, par le groupe iso-ressource duquel elles relèvent, doit permettre, dans le cadre de la nouvelle tarification, la détermination du prix de journée pour chaque résident. En outre, la connaissance plus

²⁵ Comme le définit l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 qui précise pour le dossier de soins infirmiers : « ce dossier inclut les grilles de dépendance utilisées, valables pour les médecins et les personnels paramédicaux. »

générale de la dépendance des résidents par unité permet une meilleure allocation des moyens en fonction des besoins ainsi identifiés.

Par ailleurs, à partir d'un tableau de bord normalisé, incluant notamment la valeur nette des points iso-ressources et le GMP de chaque établissement, les organismes financeurs pourront comparer les établissements entre eux. Ces éléments devraient également servir de base à la répartition des enveloppes de crédit allouées chaque année au niveau régional en fonction de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) prévu par la loi de financement de la sécurité sociale.

La connaissance de l'activité sanitaire de l'établissement passe par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le développement du PMSI dans un établissement comme un hôpital local doit permettre de valoriser les activités réalisées. En effet, l'allocation des enveloppes régionales entre les différents établissements se fait notamment en fonction du nombre de points ISA (indice synthétique d'activité) de chacun. Un établissement qui n'a pas développé de PMSI, ne génère pas les données nécessaires au calcul de ces points ISA. Il se voit alors pénalisé dans l'attribution de son enveloppe globale, par rapport au même établissement qui fournirait les données faisant la preuve de son niveau d'activité.

- **L'évaluation de la qualité**

Le dossier de l'utilisateur est également l'outil d'évaluation de la qualité des soins par excellence et le support de relevé idéal pour les indicateurs qualité qui seront prochainement définis.

- **En cas de litige**

Enfin, c'est la principale référence permettant au juge de fonder ou de rejeter l'action en responsabilité, lorsqu'un litige oppose le patient et son médecin ou l'utilisateur et l'établissement.

DEUXIEME PARTIE : L'EXPERIENCE DE L'HOPITAL LOCAL DE HOUDAN

1 - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1 UNE STRUCTURE DIVERSIFIEE

1.1.1 Statut et missions

L'hôpital de Houdan est un établissement public de santé, classé hôpital local et régi par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Implanté dans une ville d'un peu plus de 3000 habitants, il dessert essentiellement les communes du canton de Houdan (23 041 habitants, département des Yvelines, région Île-de-France) mais également les communes limitrophes du canton d'Anet (16 918 habitants, département d'Eure-et-Loir, région Centre).²⁶ Il se situe dans un environnement rural, excentré des grands centres urbains yvelinois, caractérisé par une forte représentation des jeunes et des personnes âgées. En effet, à Houdan, les populations de moins de 20 ans et de plus de 60 ans représentent respectivement 30 % et 16 % (contre 15 % et 7 % pour les mêmes groupes sur l'ensemble des Yvelines).

L'activité de l'hôpital local de Houdan est centrée sur les soins de proximité en milieu rural et les soins aux personnes âgées. Cet établissement a toujours été novateur dans la prise en charge des personnes âgées, et soucieux de répondre aux besoins de la population environnante, d'autant que les services libéraux, médicaux et paramédicaux sont faiblement représentés sur le canton de Houdan (cf. tableau ci-dessous)

<i>pour 100 000 habitants</i>	Canton de Houdan	Yvelines	France entière
Densité de médecins généralistes	72	99	107
Densité de médecins spécialistes	67	129	94

²⁶ Données du recensement de la population de mars 1999. INSEE.

1.1.2 Une structure à double appartenance

L'hôpital local de Houdan, établissement public de santé, relève du champ sanitaire et est régi par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991.

Mais hébergeant des personnes âgées dépendantes, il doit également répondre aux exigences définies par la loi n°75-535 du 30 juin 1975 pour son activité relevant du domaine médico-social.

En tenant compte des réformes récentes et en cours dans ces deux domaines, l'hôpital local de Houdan doit faire face à des obligations doubles en terme de qualité des prestations offertes à la population accueillie.

En effet, dans le domaine sanitaire, c'est la procédure d'accréditation qui assure l'évaluation de la qualité de la structure et des soins donnés aux personnes hospitalisées. Dans le champ médico-social, c'est le volet qualitatif de la réforme de la tarification des EHPAD qui établit pour les établissements la nécessité d'une auto-évaluation et la signature d'une convention tripartite sur les bases de cette évaluation.

1.1.3 Activités

L'hôpital de Houdan associe des structures de gériatrie à des services hospitaliers de proximité²⁷ pour un total de 222 lits. Il dispose :

- d'un service de médecine-soins de suite et rééducation de 31 lits dans lequel s'est développée une unité de 5 lits de soins palliatifs,
- d'un hébergement pour personnes âgées présentant 50 lits d'unité de soins de longue durée (USLD) et 141 lits de maison de retraite dont 115 en section de cure médicale.

L'interface avec la ville s'effectue grâce à son service de soins à domicile (SAD) d'une capacité de 70 places, couplé à une instance de coordination créée en 1996 dans le cadre du contrat d'objectifs personnes âgées des Yvelines.

Cet établissement dispose par ailleurs en son sein d'un atout essentiel et atypique que constitue le centre de santé municipal (près de 40 000 consultants par an), ce qui permet notamment aux personnes hospitalisées et hébergées de bénéficier d'un plateau technique

²⁷ Article R711-6-4 du Code de la Santé Publique.

performant (radiologie, 18 spécialités médicales représentées, permanence médicale sur place 12h/24).

Il faut cependant préciser que le centre de santé constitue une entité juridique distincte de l'hôpital local de Houdan. Sa gestion est déléguée au directeur de l'hôpital par la communauté de communes du pays houdannais.

1.1.4 Population accueillie

Le recrutement des patients hospitalisés est essentiellement local, comme habituellement dans ce type d'établissement. Cependant, l'unité de soins palliatifs a un rayon d'attraction bien plus large que la médecine ou les soins de suite, du fait de sa spécificité.

En comparant les données de l'hôpital local de Houdan aux données agrégées de 43 hôpitaux locaux analysées par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, on observe que la moyenne d'âge des patients hospitalisés est sensiblement inférieure à celle observée dans les autres hôpitaux locaux (70 ans vs 76 ans).

La durée moyenne de séjour est inférieure de 3 jours à celle observée dans le panel (10 jours vs 13 jours pour la médecine et 23 jours vs 26 jours en soins de suite).

En ce qui concerne les services d'hébergement, on a constaté entre 1999 et 2000 un alourdissement de la dépendance des résidents avec semble-t-il une stabilisation entre avril et novembre 2000.

	AVRIL 1999	AVRIL 2000	NOVEMBRE 2000
GIR 1 et 2	59 (32 %)	84 (46 %)	78 (42 %)
GIR 3 et 4	68 (36 %)	81 (44 %)	79 (43 %)
GIR 5 et 6	59 (32 %)	18 (10 %)	27 (15 %)
TOTAL	186 100 %	183 100 %	184 100 %

Classiquement et de manière simplifiée, les GIR 1 et 2 correspondent à des soins de longue durée, les GIR 3 et 4 à des sections de cure médicale et les GIR 5 et 6 à des soins courants. L'hôpital local de Houdan accueillait ainsi en novembre 2000 :

- 78 personnes relevant de GIR 1 et 2 pour théoriquement 50 lits d'USLD ;
- 79 personnes relevant de GIR 3 et 4 pour 115 places en section de cure médicale ;
- 27 personnes relevant de GIR 5 et 6 pour 26 places de soins courants.

Le GMP pour la section « maison de retraite » était de 527,97. Celui de la section de soins de longue durée était de 814,58.

1.1.5 Structure et moyens

Les locaux de l'établissement sont répartis sur trois bâtiments contigus, qui présentent l'avantage de réunir des sites éclatés auparavant.

Le « vieil hôpital » abrite les services administratifs, le centre de santé, la médecine, l'unité de soins palliatifs, le service de soins de suite et de rééducation et les bureaux du service de soins à domicile.

Les « Quatre saisons » comportent 120 lits (50 de soins de longue durée et 70 de section de cure médicale) répartis en 100 chambres individuelles et 10 chambres doubles, et représentant 5 unités.

La « Roseraie » accueille 71 chambres individuelles de soins courants et de section de cure médicale, représentant 2 unités.

Le personnel non médical

L'effectif de l'établissement compte 233 personnes pour 222,4 équivalents temps plein (ETP) avec emplois jeunes ou 214,4 ETP hors emplois jeunes.

L'effectif se répartit comme suit :

-administration :	8,92 %
-personnel soignant :	56,44 %
-hôtellerie et animation :	19,78 %
-technique et logistique :	11,58 %
-médico-technique :	3,28 %

Le personnel médical

Dix-huit médecins généralistes libéraux sont autorisés à dispenser des soins en médecine, soins de suite et rééducation. L'unité de soins palliatifs bénéficie, suite au contrat d'objectifs et de moyens, d'un temps plein de praticien contractuel, réparti sur trois médecins à temps partiel.

Concernant les hébergements, un système de médecins référents a été mis en place pour chacune des sept unités concernées. Ils assurent une visite quotidienne, tiennent une permanence hebdomadaire et animent une réunion de synthèse mensuelle avec l'équipe soignante.

Le budget

•Section d'investissement	1 763 518 €	11 567 922 FF
•Section d'exploitation du budget principal (hôpital)	3 248 917 €	21 311 500 FF
•Section d'exploitation du budget de soins de longue durée	1 991 682 €	13 064 580 FF
•Section d'exploitation du budget de maison de retraite	4 278 482 €	28 065 000 FF
•Section d'exploitation du budget du service de soins à domicile	699 558 €	4 588 800 FF
•Section d'exploitation du budget du centre de santé	1 378 138 €	9 039 990 FF

1.2 UNE STRUCTURE DYNAMIQUE

1.2.1 Une structure modernisée en lien avec son environnement

L'hôpital local de Houdan est un établissement qui a l'habitude de travailler en collaboration avec d'autres établissements. Il a signé de nombreuses conventions avec des établissements partenaires et s'inscrit également dans différents réseaux (un tableau résumant ces conventions et réseaux se trouve en annexe I).

Par ailleurs, l'hôpital local de Houdan est un établissement qui a pratiquement mené la restructuration et la modernisation des espaces destinés à l'accueil du public à leur terme.

Au sein du « vieil hôpital », les services de médecine-soins de suite-soins palliatifs ont été entièrement restructurés et rénovés sur les trois dernières années. La restructuration du centre de santé est actuellement en cours.

La « Roseraie » est un bâtiment qui date des années 1970 et a fait l'objet d'une réhabilitation, notamment pour ce qui concerne les normes de sécurité incendie et de confort hôtelier.

Les « Quatre Saisons » sont logées dans un bâtiment entièrement neuf ouvert en 1998. À l'occasion du déménagement dans ce nouveau bâtiment, une nouvelle organisation a été mise en place sur l'ensemble des hébergements, résultat de la réflexion menée autour du projet de vie à développer. Les tâches de nursing et d'hôtellerie ont été séparées avec

création de la fonction d'hôtelière. En effet, les aides soignantes assurent le nursing et les soins de confort des résidents par délégation de l'infirmière et les agents des services hospitaliers qualifiés, qui ont bénéficié d'une formation à l'hôtellerie et au « service à l'assiette », assurent le service des repas et l'entretien des chambres des résidents.

Cependant, quelques habitudes anciennes demeurent. En effet, on relève l'existence d'une ambiance familiale et d'une forte tradition orale, associée à des transmissions écrites encore peu structurées, qui se présentent généralement sur un mode narratif ou au contraire « télégraphique », et ce, quelle que soit la catégorie de professionnels concernée.

1.2.2 La signature d'un contrat d'objectifs et de moyens

En novembre 1999, l'hôpital local de Houdan a signé un contrat d'objectif et de moyens avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF). Ce contrat a pour objectif de renforcer le positionnement de l'hôpital local de Houdan comme structure de proximité impliquée dans un réseau de soins en lien avec les établissements sanitaires voisins, tout en favorisant le développement de spécialités telles que la gériatrie et les soins palliatifs, eu égard aux orientations définies par la politique sanitaire régionale conformément au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. Il vise à satisfaire aux besoins spécifiques d'une population rurale, dans un contexte de réorganisation sanitaire contrainte.

Les objectifs du contrat visant à la fois le champ sanitaire et le champ médico-social lui confèrent un caractère pluri-partenarial original et innovant auquel ont souscrit l'ARHIF, le Conseil Général des Yvelines, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des Yvelines, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Ce contrat porte sur les trois grandes priorités retenues :

- renforcement des activités extra-hospitalières (soins de première intention, consultations de santé publique, lieu d'écoute et d'orientation des populations les plus en difficulté) ;
- création d'une unité de soins palliatifs au sein des services de médecine et soins de suite et rééducation ;
- élaboration d'un réseau de coordination gériatrique à financement pluri-partenarial entre l'ARHIF, le Conseil Général des Yvelines, la CPAM des Yvelines, la CNAV et la MSA.

Ce troisième point a permis :

- le renforcement de la coordination existante, autorisée dans le cadre du contrat d'objectifs Personnes Âgées et financée en juin 1996, sur la dotation globale par des crédits d'Assurance Maladie, pour une durée de trois ans ;
- la création d'une unité d'évaluation gérontologique ;
- la promotion et l'accompagnement d'un réseau de soins à vocation gérontologique créant une communauté de soignants autour du patient et visant l'optimisation des soins et des allocations de ressources.

L'objet du contrat vise également à la modernisation de la gestion de l'hôpital et du centre de santé, à la maîtrise des coûts et à l'amélioration de la qualité des soins.

L'hôpital de Houdan est au cœur du réseau gérontologique local. Or l'objet d'un réseau, quel qu'il soit, est de favoriser l'accessibilité, la coordination et la continuité des prises en charge. En ce sens, le dossier de l'usager est un outil essentiel pour permettre de remplir ces missions.

2 - LE DOSSIER, OUTIL DE FONCTIONNEMENT

2.1 LA DIVERSITE DES DOSSIERS

2.1.1 Un dossier spécifique à chaque unité ou service

Les unités d'hospitalisation

Dans les services de médecine et de soins de suite et rééducation, il existe un dossier médical et un dossier de soins infirmiers comparables, mais distincts. En revanche, dans l'unité de soins palliatifs, on recourt à un dossier spécifique unique, compte tenu de l'exercice particulier de cette unité et de la nécessité de permettre un large travail en équipe. On peut d'ailleurs s'interroger sur les nécessaires limites à poser quant à la diffusion d'informations couvertes par le secret professionnel, notamment lorsque s'associent, dans le cadre d'un accompagnement, des intervenants bénévoles ou faisant partie de groupes d'entraide.

Les unités d'hébergement

Des dossiers globalement similaires sont utilisés, mais on relève des variations importantes pour un même type de soins selon les unités. Pour exemple, on peut citer les « fiches de pansement » qui sont figurées soit par une fiche cartonnée remplie au crayon et effacée lorsque le support est surchargé, soit par une feuille spécifiquement destinée au soin et faisant partie intégrante du dossier de la personne soignée. De la même façon, certaines

fiches existent dans les dossiers d'une unité, mais pas dans ceux d'une autre. Enfin, les dossiers ne sont pas tous organisés de la même manière ; certains présentent d'abord les données administratives, puis les transmissions infirmières..., d'autres voient les mêmes données présentées selon un autre ordre.

En ce qui concerne les informations médicales, on observe de grandes disparités dans le recueil et la transcription en fonction de l'exercice et des habitudes de travail des praticiens.

Le service de soins à domicile

Le dossier du SAD est un peu différent. En effet, sa spécificité tient au fait que les personnes intervenant auprès de la personne à son domicile ne travaillent pas tous pour la même structure. Il s'agit plus d'un travail de type « réseau ». En effet, l'équipe assurant les soins de nursing dépend de l'hôpital mais les infirmières qui assurent les soins infirmiers sont des infirmières libérales, dont les actes sont rémunérés par l'hôpital. Le médecin traitant et le kinésithérapeute sont également des professionnels libéraux. À ce titre, le médecin traitant de la personne tient son dossier médical comme en pratique libérale, mais transmet néanmoins certaines informations à l'équipe du SAD, grâce au dossier tenu au domicile par l'équipe qui assure la prise en charge de la personne.

Le dossier de l'utilisateur sert donc de lien et d'outil de coordination entre les différents professionnels intervenant au domicile de la personne prise en charge.

Le centre de santé

Les données sont regroupées dans ce que l'on pourrait qualifier de « mini-dossier », constitué d'une part par le dossier médical (tenant sur une feuille cartonnée demi-format A4, comme on en voit habituellement en pratique libérale) entièrement géré par le médecin consultant qui en est responsable et par la « fiche de circulation » qui permet la cotation des actes réalisés et donc leur facturation.

Dans le cadre d'une première approche et compte tenu du statut particulier du centre de santé, le dossier de consultation ne sera pas concerné par la réflexion portant sur un dossier commun de l'utilisateur. En effet, les consultations externes réalisées au centre de santé, par des médecins généralistes ou spécialistes libéraux, concernent de très nombreuses personnes (près de 40 000 consultations par an), dont certaines ne viennent consulter qu'une fois l'an voire moins. Pour la majeure partie de ces personnes, le dossier dans son contenu et dans sa forme actuels est satisfaisant et ne nécessite pas d'être modifié.

Cependant, pour les personnes hospitalisées ou hébergées à l'hôpital local de Houdan, une fiche spécifiquement réservée aux consultations spécialisées réalisées au centre de santé sera prévue dans le dossier de l'utilisateur.

En outre, d'autres évolutions se profilent dans un horizon plus ou moins proche en ce qui concerne l'informatisation sur la Carte Sésam-Vitale du dossier médical du patient consultant. Ce projet revêt une dimension nationale dans laquelle s'inscrira bien évidemment le centre de santé et plus généralement l'hôpital local de Houdan.

2.1.2 Chaque catégorie professionnelle gère ses propres outils

Les administratifs

À chaque admission d'une personne, quelle que soit la structure concernée, un dossier administratif est constitué. Le service des admissions recueille les données nécessaires à l'identification du patient, son régime de protection sociale, sa protection juridique s'il y a lieu, etc.

L'assistante sociale

Lorsqu'une personne consulte l'assistante sociale, celle-ci crée un dossier social recouvrant l'identification de la personne, son régime de protection sociale, ses ressources, si nécessaire des données sur l'économie familiale. Ces éléments sont couverts par le secret professionnel.

Les équipes des services de soins ou d'hébergement

Les hôtelières constituent des fiches d'habitudes alimentaires, d'animation en ateliers et de ménage. On constate que cette catégorie professionnelle utilise trois outils différents.

Les aides soignantes et les aides médico-psychologiques (AMP) tiennent à jour des fiches de nursing et des fiches concernant les habitudes de vie de la personne.

Les infirmières consignent l'histoire de la personne et les différents soins (injections, pansements, surveillances diverses...) dans le dossier de soins infirmiers.

Les kinésithérapeutes élaborent des bilans et des fiches de suivi de rééducation qu'ils conservent pendant la durée de la prise en charge, puis archivent dans le dossier de la personne.

Les psychologues ne transmettent aucune indication écrite concernant le suivi et les entretiens psychologiques qu'elles mènent auprès des personnes qu'elles prennent en charge, sauf en unité de soins palliatifs où leur action s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globale.

La socio-esthéticienne assure des manucures, pédicures et soins de beauté et de bien-être. Elle tient ses fiches, organisant ses interventions en fonction de la demande émanant des usagers ou des équipes soignantes.

Les médecins

Les pratiques diffèrent en fonction des intervenants. Certains médecins assurent la tenue du dossier sur papier, d'autres conservent leurs notes sur leur ordinateur portable personnel, ce qui pose un problème en terme de transmission d'informations.

2.2 UNE MODELISATION DE L'EXISTANT

On peut proposer deux schémas «simplifiés » pour résumer l'ensemble de ce qui vient d'être exposé au sujet du dossier à l'hôpital local de Houdan

Schéma simplifié des dossiers dans les différentes unités de l'hôpital local de Houdan

Chaque rectangle schématise un type de dossier différent. Lorsque deux rectangles se chevauchent, cela signifie qu'ils contiennent certains éléments similaires.

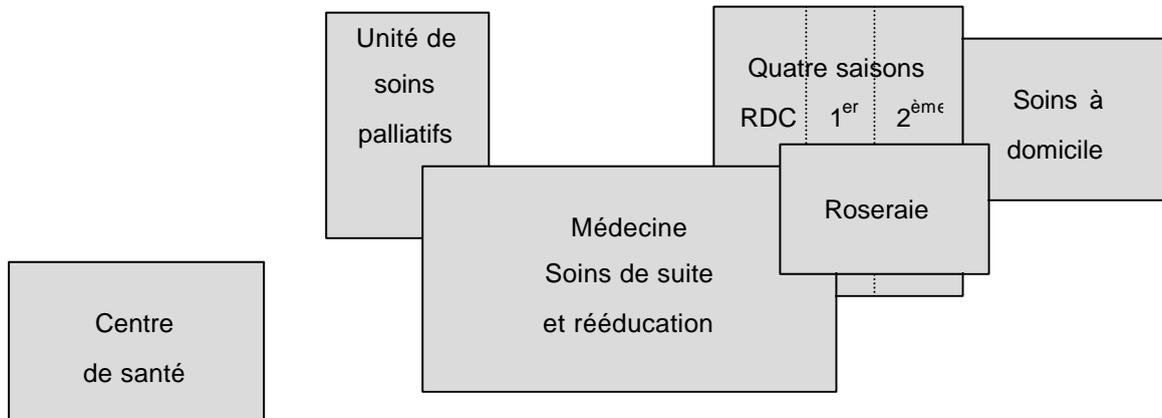
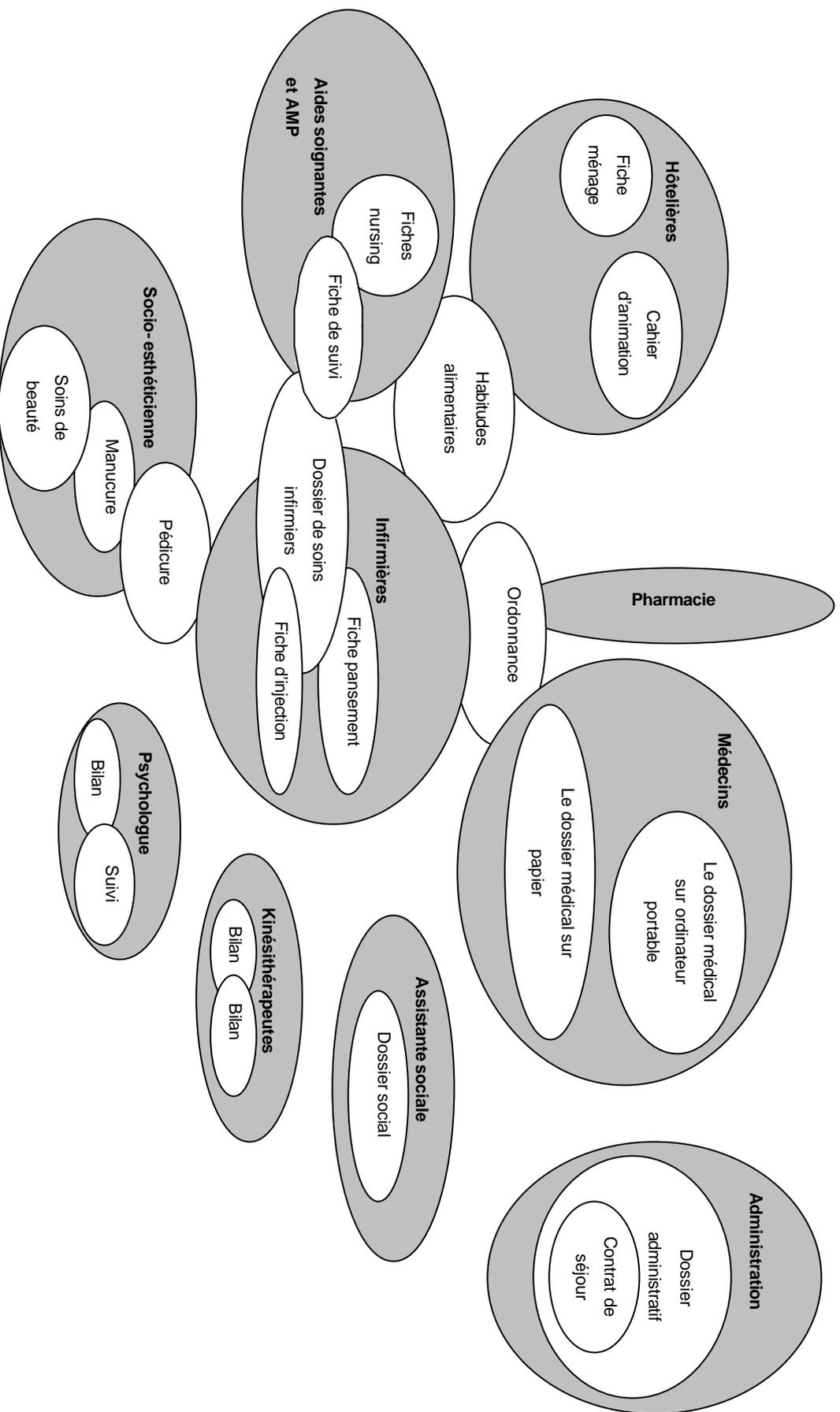


Schéma simplifié des dossiers dans un service de l'hôpital local de Houdan en fonction des catégories de professionnels



2.3 L'ARCHIVAGE DES DOSSIERS, UN ESPACE DELICAT

2.3.1 Un archivage différent selon les types de prises en charge

Trois personnes s'occupent de l'archivage des dossiers des patients pris en charge par l'hôpital de Houdan. Il s'agit de trois secrétaires médicales qui ont chacune un domaine d'intervention bien précis. L'une s'occupe des dossiers des personnes suivies par le SAD et celles des hébergements. L'autre s'occupe des dossiers des patients hospitalisés en Médecine – Soins de suite et rééducation (SSR) – Unité de Soins Palliatifs (USP). La troisième s'occupe des dossiers de consultations du Centre de santé.

Les dossiers archivés occupent plusieurs locaux et sont classés selon des modalités différentes .

- Les archives de tous les patients de Médecine – SSR – USP et des hébergements occupent le local principal des archives qui est une grande pièce bien aérée située sous les combles. Les dossiers les plus anciens datent des années 70. Les précédents auraient été détruits par une inondation, à l'époque où les archives étaient en sous-sol. Jusque fin 1999, l'archivage des dossiers se faisait par ordre alphabétique de nom et de prénom, dans des « hamacs » suspendus dans des armoires métalliques. Ce système posait le problème de réaménagement permanent des rayonnages et de manipulations successives des hamacs contenant les dossiers pour permettre de rajouter un nouveau dossier dans l'ordre alphabétique.

Depuis 2000, un nouveau système de classement a été mis en place. Les dossiers ne sont plus suspendus dans des hamacs, mais déposés dans des supports cartonnés *ad hoc*, rangés verticalement sur des étagères. Le classement se fait par ordre numérique. Chaque dossier nouvellement archivé est doté d'un numéro composé de 5 chiffres (les deux premiers correspondent à l'année en cours : 00 pour 2000, 01 pour 2001, etc. ; les trois derniers correspondent à l'ordre d'archivage : de 001 à 999). Par ailleurs le nom et le prénom du patient apparaissent également sur le carton contenant le dossier. Une table de correspondance entre les noms de patients par ordre alphabétique et les numéros de dossiers est tenue par le secrétariat médical, permettant un accès rapide par le numéro de dossier.

Des dossiers classés avec l'ancien système d'archivage sont reclassés avec le nouveau système, lorsque la personne est à nouveau prise en charge dans la structure.

- Les archives des dossiers des patients pris en charge par le SAD (fin de prise en charge et patients décédés) sont conservées dans une pièce située au sein des locaux du SAD.

Le classement se fait par année et par ordre alphabétique. Les manipulations successives nécessaires pour respecter l'ordre alphabétique posent le même problème, décrit précédemment.

- Certains dossiers de consultation du centre de santé sont conservés dans une petite pièce située sous les combles. Il s'agit uniquement de dossiers de patients n'ayant pas consulté depuis plus de cinq ou dix ans selon les spécialités ou bien de patients décédés. Ils sont rangés dans des cartons par spécialité (dermatologie, phlébologie...) et par numéro de dossiers avec table de correspondance alphabétique.

Les autres dossiers sont classés par spécialité et par ordre alphabétique dans des casiers et armoires métalliques adaptés, directement dans les salles de consultation.

2.3.2 L'encombrement du local des archives

En sus du volume important actuellement occupé par les archives des différents services, on peut évaluer grossièrement le volume annuel d'archives produites pour tout ce qui est hospitalisation et hébergement, à partir des nouvelles modalités d'archivage mises en place début 2000.

En effet, pour l'année 2000, ce volume s'élève à environ 4 m^3 qui se répartissent ainsi :

-Largeur	=	2,50 m	} représentant l'encombrement au sol
-Profondeur	=	0,80m	
-Hauteur	=	2,00m	

Or, le volume annuel d'archives produites risque fort d'augmenter :

-nouveau dossier de l'utilisateur comportant des indicateurs de plus en plus nombreux (prévention des risques, qualité...);

-prise en charge de pathologies de plus en plus lourdes ;

-médicalisation de plus en plus importante avec augmentation du nombre d'exams et donc de feuilles de résultats ;

-développement du PMSI, etc.

L'encombrement du local principal des archives ne permettra bientôt plus d'y conserver de nouvelles archives. Cet aspect est à intégrer dans la réflexion autour du dossier de l'utilisateur.

2.4 UN ECLATEMENT DES POLES DE CONSTITUTION ET DE GESTION DU DOSSIER

2.4.1 Le dispositif réglementaire a suscité des documents multiples

Au fil de l'histoire, chaque groupe de professionnels a élaboré son propre outil lui permettant de suivre la personne prise en charge.

Le dossier médical, sous une forme ou une autre, existe depuis plusieurs siècles comme outil du médecin. En effet, on retrouve, dès le X^{ème} siècle, des écrits sous forme de registres chez les grands médecins moyen-orientaux²⁸.

Le 30 mars 1992 intervient le décret n°92-329, relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés qui modifie le Code de la Santé Publique et abroge le décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics. L'article 1^{er} du décret de 1992 introduit une dizaine d'articles dans le Code de la Santé Publique. Le premier de ces articles, l'article R. 710-2-1 spécifie le contenu du dossier médical, dont " lorsqu'il existe le dossier de soins infirmiers ". Cependant, médecins et infirmiers n'ont parfois pas connaissance de ce texte.

Dès la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les infirmières, dont la profession était récemment reconnue, transcrivaient de façon, chronologique les soins dispensés aux malades dans un cahier de transmissions. Progressivement, on a vu émerger un dossier de soin individuel par patient²⁹.

Dans son premier guide du service infirmier³⁰, le Ministère recommande l'utilisation du dossier de soins infirmiers et en précise la définition : « document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée ».

En 1991, la loi de réforme hospitalière crée le service des soins infirmiers et instaure la Commission du Service des Soins Infirmiers (CSSI). Les infirmières voient ainsi aboutir la reconnaissance de leur profession après le mouvement de l'automne 1988. Elles développent plus largement leur outil : le dossier de soins infirmiers.

²⁸ Deboscker Y. Le dossier médical dans les établissements de santé. Paris, Berger-Levrault 1997 : 114 pp.

²⁹ Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Des femmes, des hommes, un hôpital : le personnel de l'AP-HP témoigne. Paris, AP-HP / Doin 1999 : 319 pp.

³⁰ Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux. Le dossier de soins. Paris : Direction des Journaux Officiels, n°1 série Soins infirmiers, Bulletin Officiel n° 85/7 bis, 1985 : 68 pp.

Cependant, la tradition orale reste prépondérante chez les infirmières et dans le milieu soignant en général.

En 1994, le Nouveau Code Pénal dénomme désormais le secret médical en secret professionnel afin de tenir compte notamment des différents professionnels non médecins qui détiennent également des informations « sensibles » et donc à caractère secret sur des personnes : il s'agit bien entendu de tous les personnels paramédicaux, mais aussi des travailleurs sociaux qui constituent des dossiers leur permettant de mieux suivre les personnes dont ils ont à s'occuper.

Le dossier administratif a existé de tous temps. Il a toujours été nécessaire pour des raisons de gestion. Mais une circulaire de 1973 précise que ce dossier administratif doit être distinct du dossier médical afin de respecter le secret médical.

Par ailleurs, à l'hôpital ou en maison de retraite, d'autres catégories professionnelles interviennent auprès de l'usager et sont amenées à écrire dans le dossier de ce dernier ou à tenir leurs propres fiches : kinésithérapeutes, psychologues, aides-soignantes, hôtelières, animatrice...

Ainsi, on assiste à un empilement de différents textes législatifs qui peuvent avoir tendance à renforcer les clivages entre professionnels, reconnaissant à chacun son domaine de compétence. Cependant ceci aboutit au fait que le patient pris en charge dans une institution fait l'objet de documents distincts tenus par des professionnels différents, ces bases documentaires sont souvent indépendantes les unes des autres, comportant de nombreux éléments similaires voire redondants.

Concernant l'archivage, il faut également se référer à de nombreux textes et articles de codes :

- arrêté interministériel du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières qui précise notamment les délais légaux de conservation des archives médicales de 5 ans à indéfiniment selon le type de document concerné ;
- loi n°79-18 du 3 janvier 1979 sur les archives qui précise la définition des archives ;
- articles R.710-2-9 et R.710-2-10 du Code de la Santé Publique rappelant les conditions de conservation des dossiers médicaux ;
- circulaire AD 94-2 du 18 janvier 1994 sur le tri et la conservation des archives des établissements de santé ;
- article L.322-2 du Code Pénal qui fixe des peines plus lourdes pour la dégradation ou la destruction des biens d'autrui lorsqu'il s'agit notamment d' « archives appartenant à une personne publique, chargée d'un service public ou reconnue d'utilité publique » ;

-article 2262 du Code Civil qui fixe la prescription des actions en matière de responsabilité civile à 30 ans.

Ces références non exhaustives sont à l'origine d'une accumulation de prescriptions dont la cohérence n'apparaît pas toujours clairement.

2.4.2 Le cloisonnement historique et fonctionnel

À l'hôpital local de Houdan, il n'existe pas de corporatisme au sens strict, car il n'y a pas de spécialisation de la médecine. En effet, les médecins qui interviennent régulièrement dans les services de l'hôpital sont des médecins généralistes. En revanche, ces médecins généralistes et libéraux ont généralement une conception individualiste de leur travail, du rapport singulier entre le patient et son médecin et peu l'habitude de travailler en équipe pluridisciplinaire. Par ailleurs, l'exercice libéral des médecins, spécificité du fonctionnement des hôpitaux locaux, se traduit par un exercice mixte entre cabinet et services de soins hospitaliers. La situation des médecins généralistes à l'hôpital local est précaire : ils n'ont pas de véritable statut et sont rémunérés à l'acte ou à la vacation. Ces différents facteurs entravent leur implication institutionnelle. En contrepartie, il faut noter que les médecins généralistes travaillant à l'hôpital local ont le souci de la clientèle hospitalisée.

De ce fait, la structuration des services est avant tout assurée par le corps infirmier, avec constitution d'une opposition structurelle au corps administratif. On peut regretter que la place assurée par le corps médical, à savoir l'organisation d'une équipe autour de la cohérence d'un projet de soins, soit laissée vacante. Dans ce contexte, la dualité observée ne peut trouver d'issue, ce qui contribue au renforcement d'un certain cloisonnement.

Enfin, le corps infirmier s'est longtemps mobilisé pour faire reconnaître la spécificité de son rôle, notamment par rapport à celui du corps médical. C'est ainsi qu'il a développé ses propres outils, comme le dossier de soins infirmiers. Cet aspect tend également à renforcer le cloisonnement.

On peut ainsi relever au moins deux risques en tant que conséquence de l'éclatement et du cloisonnement des dossiers :

- la rupture dans la continuité des prises en charge ;
- la redondance d'interrogatoires pour obtenir des renseignements déjà obtenus par d'autres professionnels de l'établissement ou d'exams déjà réalisés.

D'ailleurs, Jean de Kervasdoué constatait déjà en 1994, que « très peu d'hôpitaux [...] disposent d'un dossier « papier » unique. Chaque service a le sien, il est rarement complet,

ce qui conduit à des pertes de temps, à des répliques d'examens, à un suivi aléatoire du malade. »³¹.

Au-delà on peut se demander si ce morcellement ne traduit pas une perte de sens quant à la fonction soignante.

Finalement, la complexité du dossier ne semble refléter que la réalité complexe d'un établissement sanitaire et social³². Si le dossier de l'utilisateur nécessite d'être rénové car il apparaît, tel que nous l'avons présenté, fragmenté, répétitif, source de confusion, difficile d'accès, il traduit cependant également le souci commun de chacun des acteurs de faire apparaître sa vision subjective associée à sa fonction et à son exercice. En ce sens, il apparaît que chacun des intervenants s'est déjà emparé du dossier en tant qu'outil professionnel. L'émergence de nouveaux objectifs doit pouvoir s'étayer sur ce soubassement et ne trouvera sa pertinence que dans cette continuité.

³¹ de Kervasdoué J. « Hôpitaux et cliniques » Chapitre 11, page 250. In : La santé intouchable : enquête sur une crise et ses remèdes. Paris, Éditions Lattès, 1996 : 294 pp.

³² Morin E, Le Moigne JL. Comprendre la complexité dans les organisations de soins. Lille, ASPEPS Éditions 1997 : 85 pp.

TROISIEME PARTIE : CONDUIRE LA RENOVATION DU DOSSIER A L'HOPITAL LOCAL DE HOUDAN

1 - LA CONDUITE DU PROJET

1.1 LE CHOIX STRATEGIQUE D'UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE

1.1.1 Objectifs du projet et principes de la démarche

Les objectifs du projet

Il est indispensable de définir des objectifs forts. Les objectifs retenus et affirmés par l'équipe de direction de l'hôpital local de Houdan étaient, dans le cadre du projet de rénovation du dossier de l'utilisateur :

- l'amélioration de la qualité du dossier de l'utilisateur, support pour la qualité des prises en charge des usagers, qu'ils soient patients ou résidents. En effet, le dossier unique et partagé entre professionnels amène à recentrer l'action et le fonctionnement autour de l'utilisateur, mais aussi à assurer la continuité de sa prise en charge ;
- la rationalisation du fonctionnement de la structure, en facilitant les échanges entre les différents professionnels ;
- la production d'un système intégré et cohérent d'information dans la perspective d'harmoniser les pratiques ;
- la valorisation du travail réalisé dans les services ;
- l'orientation vers une démarche d'évaluation.

Les principes de la démarche

- **Les points d'ancrage du projet**

Le projet de rénovation du dossier de l'utilisateur s'est inscrit dans :

- l'évolution environnementale et le contexte actuel des réformes en cours ou à venir (accréditation, réforme de la tarification, aménagement et réduction du temps de travail,

responsabilité croissante et demande accrue de qualité par la société) avec la nécessité pour la structure et l'ensemble du groupe de s'adapter ;

-les résultats de l'enquête menée auprès de l'ensemble du personnel de l'hôpital local de Houdan, dans le cadre de l'appel à projet ministériel concernant les CLACT, qui avaient révélé, au travers de la mise en exergue de certains items, que l'information, la communication et la coordination étaient des thèmes fédérateurs.

Le projet de rénovation du dossier de l'utilisateur constitue à ce titre un élément de communication pour la direction à l'égard des agents de l'établissement. En effet, l'action proposée est en lien direct avec les préoccupations des agents et permet d'assurer un *feedback* aux équipes qui ont répondu au questionnaire qui leur était adressé. Ainsi, la participation des agents au projet est-elle mieux assurée si ce dernier répond à un besoin identifié et reconnu.

- **L'engagement de la direction**

L'engagement de la direction est un élément déterminant pour obtenir l'implication des équipes dans le projet. C'est un gage de réussite de l'action visée, comme l'a montré l'analyse des soixante programmes d'amélioration de la qualité coordonnés par l'ANDEM³³.

Le travail sur le dossier de l'utilisateur a été reconnu et affirmé comme l'un des choix prioritaires de l'établissement. En cela il s'avère nécessaire que la direction se montre concernée par les préoccupations professionnelles du personnel de l'établissement. Cette condition détermine l'appropriation des objectifs prédéterminés et contribue à un mouvement de mutualisation. Parallèlement, le contrepoint indissociable dans une perspective d'orientation consiste en un recadrage régulier par le rappel des objectifs à atteindre ainsi que des moyens pragmatiques à mettre en œuvre. Pour ce faire, on peut recourir notamment à différentes techniques de communication éprouvées telle que la reformulation (formulation positive d'une assertion de manière à l'inscrire dans la perspective de l'objectif initial, en introduisant de façon implicite et évidente les moyens à mettre en œuvre) et la connotation positive telle qu'elle a été définie par les systémiciens³⁴ (attribution, sur un mode paradoxal, d'une valeur positive à un positionnement négatif, c'est-à-dire contribuant à annuler toute perspective constructive).

³³ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris, ANAES avril 1999 : 105 pp.

³⁴ Ausloos G. La compétence des familles : temps, chaos, processus. Toulouse, Érès Éditions 2000 : 173 pp.

En conséquence, compte tenu de l'importance tant symbolique que pratique associée au projet, j'ai souhaité en assurer la conduite personnellement, et par délégation du directeur de l'hôpital.

- **L'inscription du projet dans le champ institutionnel**

Afin que le projet de rénovation du dossier de l'utilisateur soit reconnu comme transversal sur l'ensemble de l'établissement, les instances professionnelles décisionnelles et consultatives suivantes ont été saisies pour se prononcer sur l'opportunité de développer le projet dans le contexte actuel et en lien avec les autres projets menés au sein de la structure : Commission médicale d'établissement (CME), Commission du service de soins infirmiers (CSSI), Comité technique d'établissement (CTE), Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Ainsi la formalisation de la démarche de lancement du projet a permis de donner du poids institutionnel à ce dernier.

En outre, la CME et la CSSI ont été chargées de valider les documents élaborés par les groupes de travail, relevant de leur compétence.

- **L'association de tous au projet**

Il est fondamental d'associer, dès la phase de conception, les utilisateurs du dossier de l'utilisateur. Ils doivent comprendre son utilité pour s'impliquer dans les changements de pratiques qui seront à envisager. Ainsi, l'association de chacun à tous les stades d'avancement du dossier de l'utilisateur (conception, réalisation, validation, évaluation) permet l'appropriation graduelle du nouvel outil comme résultante d'une élaboration commune.

Les acteurs utilisateurs ont été associés dans le cadre des groupes de travail. Ils ont réfléchi tant au contenu qu'à la forme du nouveau dossier et élaboré les différentes fiches composant celui-ci.

Il est également important d'associer l'encadrement qui assure tout au long du projet la diffusion des informations aux équipes des différentes unités et, en tant que personnes relais, sa mise en œuvre. Le projet a donc été discuté en réunion de surveillantes où sont présents le directeur, le directeur adjoint, le directeur stagiaire et l'ensemble des cadres des services de soins et d'hébergement.

Le projet a également été présenté en réunion de direction qui réunit l'ensemble des responsables de services, y compris économiques, afin de ne négliger aucun aspect lié à la rénovation du dossier de l'utilisateur.

Enfin, l'évolution actuelle du cadre réglementaire rend d'ores et déjà impératif la mise en place de structures de concertation avec les représentants des usagers et de leur famille. Dans cette perspective, on pourrait imaginer d'associer ces derniers à une formalisation

définitive du dossier de l'utilisateur. Dans un souci de transparence, le nouveau dossier de l'utilisateur pourrait être présenté au prochain conseil d'établissement, ainsi qu'au prochain conseil d'administration, instances où sont représentés les usagers et leurs familles.

- **Le respect des délais**

Je pense qu'il s'avère nécessaire d'inscrire les objectifs initiaux dans une perspective temporelle et matérielle acceptable. En effet, la définition d'objectifs trop éloignés ou paraissant inaccessibles peuvent conduire à une démobilisation, voire à des mouvements de résistance. Aussi ai-je explicité les différentes étapes du processus et défini des objectifs intermédiaires permettant de maintenir une dynamique continue par le repérage de temps forts. J'ai également choisi de valider le travail effectué à l'aide d'un renforcement positif que constitue la reconnaissance de l'achèvement d'une étape.

Enfin, de nouveaux objectifs ne peuvent être définis qu'au terme de la phase engagée en explicitant les bénéfices et les intérêts que l'ensemble de l'institution peut en attendre. Il me semble qu'inscrire un changement de perspective telle que la création d'un dossier de l'utilisateur ne peut s'effectuer qu'à partir de l'histoire de l'établissement et l'introduction de nouveaux objectifs doit prendre en compte cette dimension en faisant apparaître notamment les aspects positifs résultant de cette première phase.

- **Les principes éthiques**

Le premier des principes éthiques qui ont guidé ma démarche est le respect inconditionnel des personnes avec lesquelles je suis amenée à travailler. Chacun détient un savoir-faire et des compétences propres qu'il faut savoir prendre en compte³⁵. La première des conditions pour y parvenir est de poser un cadre strict où les attentes et les limites sont clairement exposées. L'émergence de manœuvres de disqualification telles que les ont définies les auteurs systémiciens est inéluctable et a pour fonction de vérifier le caractère contenant du cadre imposé. Pour rendre audible le message coercitif associé au rappel à la « loi », il me semble opportun comme le préconise Ausloos dans un autre contexte, d'assortir celui-ci d'une interprétation visant à faire apparaître le niveau conflictuel sous-jacent.

Il convient dans le cadre du développement d'un projet avec des groupes de travail, d'assurer à ceux-ci la plus grande autonomie possible, afin de permettre à chaque acteur d'exercer sa responsabilité. Le préalable à cette orientation est d'inscrire cet échange dans

³⁵ Ausloos G. La compétence des familles : temps, chaos, processus. Toulouse, Érès Éditions 2000 : 173 pp.

une relation de confiance qu'autorisent le respect mutuel et la définition claire des rôles et fonctions de chacun³⁶.

Par ailleurs, un risque m'est apparu dès le stade de la conception du dossier de l'utilisateur, relatif au dévoiement de son usage potentiel. Il apparaît en effet indispensable que celui-ci soit ouvert à toutes les personnes concernées, de façon égale, car maîtriser la structure du dossier et son contenu permet d'accéder à une certaine maîtrise de l'information. Or, la maîtrise de l'information est une source de pouvoir comme l'ont défini Crozier et Friedberg³⁷. Aussi, m'a-t-il semblé important de rappeler à tous la primauté de l'objectif que nous nous étions assigné sur les intérêts personnels respectifs.

1.1.2 La mise en œuvre de la démarche

Le pilotage du projet

L'impulsion du projet revient au directeur en collaboration avec les cadres (médecin président de la CME et surveillantes). Cette compétence s'est organisée dans un comité de pilotage regroupant le directeur stagiaire, le médecin président de la CME, deux cadres de santé et une secrétaire médicale. Ses missions étaient de piloter le projet, d'organiser la coordination des groupes de travail, en assurant la cohérence du projet dans sa globalité et la progression par rapport aux objectifs initiaux en définissant des échéances intermédiaires et des dates cibles. C'est également le comité de pilotage qui veille à la communication et à la bonne diffusion des informations relatives au projet et à son avancement, en direction de tous les acteurs concernés, en définissant un plan de communication spécifique au projet.

La constitution des groupes de travail

Les groupes de travail ont été constitués à partir d'un appel à volontariat sur la base de critères constitutifs des groupes. En effet, ceux-ci doivent répondre à plusieurs impératifs :

- la représentativité professionnelle (les différents grades et fonctions des acteurs concernés : médecin, surveillante, infirmière, kinésithérapeute, aide soignante ou AMP, hôtelière, secrétaire médicale, agent du service des admissions) ;
- la représentativité géographique (chaque type d'unité devait également être représenté, afin de prendre en compte les spécificités de chacune) ;
- des groupes de taille restreinte (6 à 10 personnes maximum) pour permettre un travail efficace.

³⁶ Midler C. L'auto qui n'existait pas : Management des projets et transformation de l'entreprise. Paris, InterÉditions 1993 : 215 pp.

³⁷ Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. Paris, Éditions du Seuil 1977 : 436 pp.

L'organisation et la vie du projet

Pour chaque réunion de groupe de travail, une personne était désignée pour animer la réunion. En outre, un compte-rendu écrit était produit à l'issue de chaque réunion, accompagné des documents élaborés.

Pour la viabilité du projet, il semblait souhaitable qu'au cours des différentes réunions, un consensus soit trouvé sur les points importants, pour cela il fallait faire apparaître le caractère incontournable de certaines obligations et des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

Des réunions de mise en commun des productions des différents groupes de travail ont été organisées à intervalles réguliers pour permettre de réaliser le point sur l'avancée des travaux et favoriser la communication en direction de l'ensemble des acteurs.

Le rappel du sens et de la pertinence

Tout au long du projet, le fil directeur de notre action a été de rappeler la nécessité de mettre en place un dossier unique, permettant de répertorier l'ensemble des informations utiles aux différents intervenants dans un souci d'harmonisation, et de pouvoir répondre aux exigences émanant des instances de contrôle. Toutefois, la perspective que nous faisons prévaloir restait celle de la pertinence de l'outil pour transmettre les informations, en vue d'assurer la meilleure qualité de prise en charge à l'utilisateur.

La délégation et le suivi du projet

Dans un souci d'efficacité, il m'apparaît indispensable de déléguer différentes missions à des collaborateurs identifiés. Il me semble important, par exemple, de permettre aux cadres de pouvoir exprimer leur responsabilité dans les domaines directement associés à leurs compétences et de procéder à des arbitrages en fonction des différentes propositions effectuées.

Il faut en effet, préciser que la délégation porte sur la conception, mais en aucun cas sur la décision.

J'ai donc défini par délégation à deux cadres de santé qui font preuve de compétences tant dans le domaine de la qualité, que dans le maniement de l'outil informatique, la mission de développer le projet du dossier de l'utilisateur pour sa partie «soignante ». La nomination de ces cadres comme coordonnateurs du projet leur a ainsi permis de bénéficier, en plus de la reconnaissance professionnelle et « hiérarchique » des équipes, d'une véritable légitimité.

J'ai cependant fixé par avance différentes échéances permettant de suivre l'avancée du travail. Le directeur n'est en effet pas garant du contenu, mais du processus qu'il a initié. Il doit se donner les moyens d'évaluer les résultats.

L'importance de la communication

Comme pour toute conduite de projet, il convient d'établir un plan de communication. En effet, la communication auprès du personnel est très importante pour assurer l'appropriation, la mise en œuvre et la pérennité du projet. Car même si de nombreux acteurs de terrains sont associés directement au projet *via* les groupes de travail, tout le monde ne peut être impliqué directement dans le processus.

Des comptes-rendus ont été transmis, après chaque réunion des groupes de travail, dans l'ensemble des services pour affichage. Ceux-ci permettaient à chacun d'appréhender l'état d'avancement du projet. Ce moyen a également permis de faire remonter des idées et suggestions des professionnels de terrain non directement impliqués vers les groupes de travail. Les cadres de santé étaient chargés d'inciter la lecture des comptes-rendus et se tenaient à disposition des agents pour tous renseignements ou explications complémentaires.

Le directeur doit en effet s'appuyer sur l'encadrement comme interface avec les agents. Ceux-ci sont les principaux relais auprès des équipes dans leur ensemble (infirmières, aides soignantes, AMP et hôtelières). Ils sont également amenés à intervenir auprès du personnel administratif avec lequel ils travaillent régulièrement dans le cadre de leurs fonctions. Ils sont en outre les interlocuteurs privilégiés des médecins dans les services. En ce qui concerne le corps médical, le rôle d'information a été assuré par le médecin président de la CME.

Le coût du projet

Dans un souci de rationalisation des coûts, et en tenant compte de l'évolutivité à moyen terme du dossier de l'utilisateur vers un support informatisé, le choix d'un dossier « papier » réalisé en interne, c'est-à-dire sans faire appel aux services d'un imprimeur ni d'un fournisseur de dossiers « clé en main », a été retenu.

En outre, cette solution très économique permet également l'enrichissement du contenu des dossiers en fonction des nouvelles exigences réglementaires. Par exemple, il sera intéressant lorsque ceux-ci auront été précisément définis, d'intégrer les indicateurs qualité des prises en charge au dossier de l'utilisateur.

1.2 LA CONDUITE DU PROJET BASEE SUR LA QUALITE

Je considère que la qualité est une valeur fédératrice à l'hôpital de Houdan. En effet, lors d'entretiens réalisés à mon arrivée dans la structure auprès de l'ensemble des responsables de services, j'ai pu constater que l'amélioration de la qualité des prestations fournies au public constituait une priorité pour chacun.

1.2.1 Le choix et la présentation d'une démarche qualité adaptée

La notion de démarche qualité est née dans le domaine industriel dans les années 30.

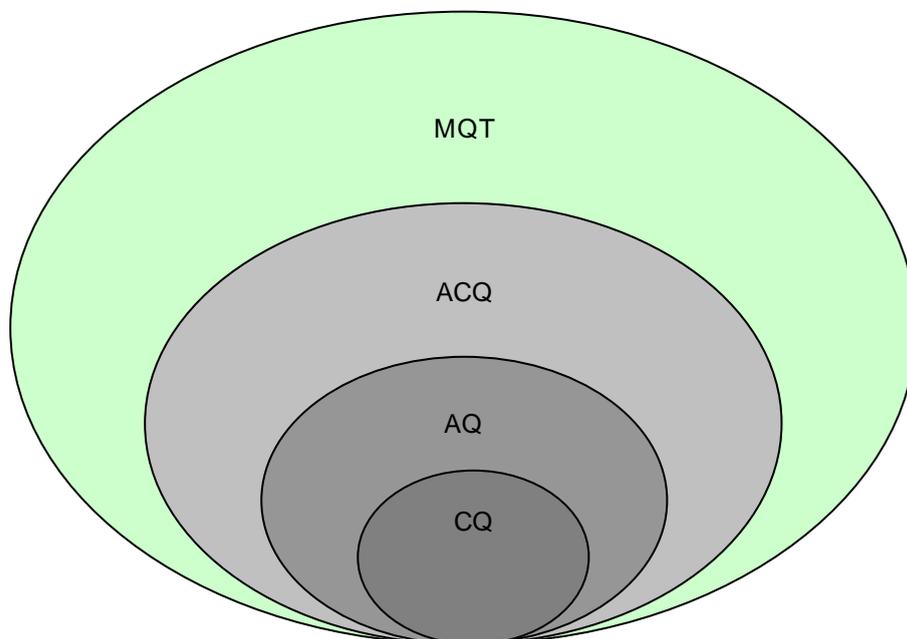
Elle a d'abord consisté en un contrôle qualité (CQ), vérification *a posteriori* de conformité des produits aux exigences de qualité des clients, ce qui a pour conséquence le rebut en fin de chaîne de tous les produits non conformes et représente donc un coût important.

Rapidement, elle a évolué vers un système de maîtrise de la qualité, l'assurance qualité (AQ), qui détecte les défauts en cours de production et permet de les éliminer à un stade précoce. La reconnaissance formelle des moyens mis en œuvre pour assurer la qualité des produits ou services consiste en la certification.

Le troisième stade des démarches qualité est l'amélioration continue de la qualité (ACQ) ou management de la qualité qui est une démarche participative et progressive centrée sur l'amélioration des processus.

Enfin, le management par la qualité totale (MQT) est l'extension de la démarche à l'ensemble de la structure et conduit l'entreprise à intégrer la qualité dans son mode de gestion pour mobiliser en permanence le personnel autour de l'objectif commun d'amélioration de la qualité.

Le schéma ci-après résume les liens entre ces différentes démarches.



Les différents outils du management de la qualité sont comparables à des « poupées russes »
(d'après Hervé Lecllet et Claude Vilcot³⁸)

³⁸ Lecllet H, Vilcot C. Qualité en santé : 150 questions pour agir. Paris, AFNOR 1999 : 483 pp.

Dans le domaine sanitaire et social, il n'est déontologiquement et éthiquement pas possible de procéder à un simple contrôle qualité, ni même de se contenter d'un système d'assurance qualité. Dès lors, il faut s'inscrire d'emblée dans un programme d'amélioration de la qualité sur le modèle proposé par l'ancienne ANDEM devenue ANAES³⁹.

La notion de démarche qualité est cependant à manier avec souplesse.

En effet, la mise en place d'une démarche qualité dans les établissements sanitaires et sociaux peut induire des freins au changement qui sont liés à différents éléments, notamment culturels⁴⁰. Notre culture, plutôt latine et attachée à la liberté, a du mal à composer avec le sentiment de contrôle et de standardisation du travail que suppose la démarche qualité.

En outre, la démarche qualité est souvent regardée avec suspicion et perçue comme un accroissement de la charge de travail, lié aux écritures jugées lourdes et chronophages. Travailler en démarche qualité sur l'amélioration des écrits comportait donc un double risque de frein au changement. Malgré ces réticences, les équipes semblant prêtes à travailler à l'élaboration d'un dossier plus fonctionnel, j'ai choisi de m'intéresser à cet aspect compte tenu de la difficulté et du caractère novateur de ce travail. En outre, je suis partie du principe d'utiliser ce qui avait déjà été écrit, de l'expérience capitalisée.

Nous nous sommes donc centrés d'emblée sur un projet d'amélioration de la qualité qui établit le bilan de l'existant et valide les critères de qualité déjà remplis.

Par ailleurs, la manière dont le directeur perçoit et présente la démarche qualité au sein de l'institution conditionne son acceptation par les équipes. Perçue et présentée sous la forme d'une pure obligation réglementaire, elle ne peut être vécue que comme un contrôle peu motivant. L'obligation réglementaire est souvent comprise comme une négation de la qualité du travail réalisé jusqu'alors. En revanche, perçue et présentée comme l'opportunité de formaliser les pratiques existantes, de les valoriser et de les améliorer, elle suscite plus de motivation et d'enthousiasme.

S'il est important d'analyser les causes des dysfonctionnements constatés, il est avant tout essentiel d'être attentif au côté positif et de valoriser les éléments constructifs.

³⁹ Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris, ANDEM octobre 1996 : 79 pp.

⁴⁰ Pérennou G. La démarche qualité en maison de retraite, un choc culturel. Soins Gérontologie janvier/février 2001 ; N°27 : 35-39.

En outre, si le développement des démarches qualité tant dans le domaine sanitaire, que dans le domaine social, correspond effectivement à une obligation réglementaire, mon rôle de directeur est de traduire cette obligation dans un langage approprié et parlant pour les équipes, d'en montrer les avantages, sans pour autant en nier les inconvénients comme une charge de travail initialement plus importante, un changement dans les habitudes... Il s'agit alors de reconnaître et d'affirmer, à condition d'en être convaincu soi-même car il ne s'agit ni de manipuler ni de mentir, que les équipes ont beaucoup de savoir-faire. Il est important de formaliser ce savoir-faire et de le faire savoir par le passage à l'écriture, c'est l'avantage et l'intérêt présenté par la démarche qualité.

Le challenge consiste alors à élaborer des outils qui prennent en compte la réalité du terrain et qui ne soient pas uniquement théoriques. Les équipes peuvent alors se les approprier plus facilement, y proposent des améliorations toujours pertinentes et constructives.

Enfin, pour répondre à l'argument, souvent avancé, du coût élevé de la qualité, il est possible de s'appuyer sur les résultats de nombreuses études⁴¹ qui montrent que la qualité est bien moins onéreuse que la non qualité. Dès lors, cet argument économique en sus, il semble indispensable, tant pour le gestionnaire que pour tout citoyen, de s'assurer de la meilleure qualité de tout ce qui est produit dans l'institution.

1.2.2 Le développement du projet d'amélioration de la qualité

Le projet d'amélioration de la qualité du dossier de l'utilisateur a été développé en différentes phases.

Le recensement de l'existant

Il convenait tout d'abord de réaliser l'état de l'existant. C'est ainsi que dans chaque unité a été réalisé un relevé de l'ensemble des pièces constitutives du dossier, afin de permettre une mise en commun de ces différents éléments pour en mesurer les concordances mais également les divergences.

En conséquence, les équipes se sont procuré auprès de leurs collègues des établissements partenaires des dossiers-types utilisés dans ces structures. Elles se sont également

⁴¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, Service d'évaluation économique. Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital. Paris, ANAES septembre 1998 : 57 pp.

intéressées à l'outil d'évaluation du résident développé par la Fondation Nationale de Gériatrie⁴².

L'amélioration continue de la qualité revient, selon le Docteur Chantal Ferron du centre hospitalier de Saint Étienne, à clarifier l'existant selon quatre axes :

- ce qui est fait et doit continuer à être fait ;
- ce qui est fait et ne doit plus être fait ;
- ce qui n'est pas fait et devrait être fait ;
- ce qui n'est pas fait et doit continuer à ne pas être fait.

C'est à partir de ces quatre axes et dans le respect des dispositions réglementaires qu'ont été analysés les éléments constitutifs du dossier de l'utilisateur et qu'ont été précisés les volets communs ainsi que les particularités à conserver en fonction des unités.

Les principes méthodologiques

Il s'agit de préciser quelques principes de base. Ainsi, chaque document devra-t-il toujours comporter un titre, une date et un émetteur. Toutes les fiches du dossier de l'utilisateur porteront le logo de l'établissement. Il faudra prévoir une colonne pour l'horodatage de l'écrit, ainsi qu'une autre pour l'identification du rédacteur, en plus des autres espaces nécessaires selon le type de fiche. En outre, il sera toujours indispensable de réserver un emplacement pour l'étiquette d'identification du patient, fournie par planches par le service des admissions. Par ailleurs, pour tous les items à cocher (par exemple : présence d'une prothèse dentaire), il convient toujours de prévoir deux cases, l'une « oui », l'autre « non ». En effet, dans le cas où une simple case à cocher est prévue, si celle-ci n'est pas complétée, on peut toujours se questionner pour savoir si cela correspond à une réponse négative ou à un oubli de renseigner l'item.

De la qualité et de la fiabilité des données

Si le dossier de l'utilisateur est le support permettant la transmission des données entre professionnels pour assurer cohérence et continuité des soins, il ne peut remplir cette fonction que si les données qu'il contient répondent à des critères de qualité et de fiabilité. Cet aspect essentiel a été souligné de manière régulière tout au long du projet.

Du fond, de la forme et du principe de réalité

Ma formation en épidémiologie et ma pratique en recherche clinique font que toujours je questionne la pertinence des actions menées, des items relevés. Un item non pertinent,

⁴² Fondation Nationale de Gériatrie. *Resident Assessment Instrument (RAI)*, méthode d'évaluation du résident. Paris, FNG 1993.

inutile en pratique, ne sera pas relevé dans le meilleur des cas et créera une frustration chez le concepteur de l'outil ou sera relevé au prix d'une perte de temps et d'énergie du rédacteur dans le pire des cas.

L'une des composantes primordiales de tout projet à visée opérationnelle est le respect du principe de réalité.

Il est donc essentiel dès la conception de veiller à produire des outils simples, non compliqués. J'ai sensibilisé à cet aspect, qui me semble primordial, les personnes avec lesquelles j'ai travaillé.

C'est ainsi qu'un médecin souhaitant initialement voir utiliser l'Indice de Masse Corporelle, pour la fiche de surveillance des personnes à risque de dénutrition, a finalement opté pour le poids, mesure certes moins sensible dans ce cas, mais compréhensible pour tous, simple et plus aisément réalisable⁴³.

Il en est de même des différents codes parfois retenus pour leur côté séduisant, mais qui bientôt perdent leur signification ou leur pertinence. C'est le cas souvent des codes couleur, des abréviations toujours évidentes pour les uns, rarement pour les autres. Un fournisseur du matériel utilisé peut changer ses références et nous nous retrouverions subitement avec des codes sans signification. L'utilisation de feuilles couleur pour différencier les différents types de fiches peut être source d'erreur lorsqu'il y a rupture de stock d'une couleur ou simplement erreur de reprographie. Le plus simple des codes reste celui que l'on partage tous et que l'on a appris à l'école : le langage écrit et parlé. La simplicité se résume souvent à l'explicite.

Aussi au tout début du projet, dans le même temps que la réflexion avait porté sur le contenu global du dossier (définition des différentes rubriques devant apparaître dans le dossier), s'était-on également intéressé à sa forme.

Il importait que les nouveaux dossiers puissent être conservés dans les armoires et chariots prévus à cet effet. Le format commun « A4 » a donc été retenu. En outre, les supports devaient être simples d'utilisation, maniables et résistants aux manipulations itératives, aussi le choix s'est-il arrêté sur des classeurs souples plastifiés.

⁴³ L'Indice de Masse Corporelle (IMC ou BMI pour Body Mass Index) est un élément très spécifique et significatif dans le suivi des personnes à risque de dénutrition. Toutefois, son calcul n'est pas très aisé pour des équipes peu rompues à ce genre de gymnastique. En outre, chez des personnes âgées tassées, il faut au préalable réaliser une projection sur une courbe, à partir de la longueur mesurée du tibia, pour retrouver la taille initiale nécessaire au calcul fiable de l'IMC. Le poids ne nécessite *a priori* qu'une pesée, qui déjà peut sembler difficile à réaliser pour certaines personnes peu mobiles.

La convivialité des supports est conférée notamment par des couleurs diversifiées mais sans signification afférente. Les intercalaires de couleur qui séparent les différentes rubriques du dossier sont numérotés dans l'ordre croissant. Le plan du dossier collégalement établi pour l'ensemble de l'établissement, faisant apparaître la correspondance entre numéro d'intercalaire et rubrique, constitue la page de garde de tout dossier. La première rubrique correspond de manière logique aux données administratives et d'identification de la personne. La dernière rubrique du dossier correspond à celle la plus fréquemment manipulée, c'est-à-dire celle des transmissions entre équipes. Ainsi l'accès en est direct en ouvrant le dossier par la fin. Cependant si le plan du dossier venait à être modifié, de façon économique, les intercalaires numérotés seraient réutilisés (seule la page de garde correspondant aux numéros des rubriques serait à rééditer en fonction du nouveau plan) et le dossier réagencé.

L'utilisation d'outils « ludiques »

Pour rendre les résultats des différentes étapes du travail plus accessibles et ainsi améliorer leur impact, j'ai choisi d'utiliser des outils que je qualifierais de « ludiques », malgré l'importance du travail qu'ils nécessitent parfois pour leur élaboration, mais essentiellement pour leurs aspects conviviaux tant en ce qui concerne leur mise en œuvre qu'en ce qui concerne leur intelligibilité et leur acceptation par l'auditoire auquel ils sont destinés.

Par exemple, j'ai utilisé la modélisation et la représentation graphique, outils systémiques classiques⁴⁴, pour donner une représentation « simplifiée » de la réalité souvent complexe et permettre ainsi d'en appréhender la complexité d'emblée, sans nécessiter de longs discours tortueux et parfois abscons (cf. deuxième partie, chapitre 2.2. Une modélisation de l'existant).

J'ai également proposé aux protagonistes du projet d'utiliser des outils de résolution de problèmes dans le cadre des groupes de travail, mais également de planification pour l'ensemble du projet.

- **L'analyse des différents éléments du dossier à l'aide du QQQQCP⁴⁵**

Le QQQQCP a été retenu pour réaliser l'analyse des différents éléments du dossier.

C'est un outil de collecte de données simple d'utilisation. Il permet de structurer les questionnements de type « remue-méninges » lorsque les équipes ne sont pas rompues aux

⁴⁴ Durand D. La systémique. Que sais-je ? n°1795. Huitième édition corrigée (première édition : 1979). PUF, Paris 1998 : 128 pp.

⁴⁵ QQQQCP : Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? (pour plus de précision se référer à l'annexe II)

techniques de résolution de problèmes. En outre, il apporte un aspect ludique aux séances de travail, ce qui contribue à détendre l'atmosphère et à faciliter les échanges.

Il permet également d'interroger le sens et la pertinence lorsqu'on le décline avec le verbe « servir ».

- **La programmation des étapes du projet avec un diagramme de Gantt**

Dans le but de développer le projet dans le respect des délais fixés et tenant compte de certains impératifs du calendrier (dates de formation aux transmissions ciblées, autres projets en cours), nous avons réalisé un diagramme de Gantt, qui permettait de situer chaque étape dans le temps, ainsi que leurs enchaînements. Ce « calendrier » a permis au comité de pilotage et aux groupes de travail de se situer dans le temps et dans les différentes phases du projet (le diagramme de Gantt correspondant au projet de rénovation du dossier de l'utilisateur est disponible en annexe III).

Les tests des nouvelles fiches élaborées

Les fiches élaborées par les différents groupes de travail ont été testées par les futurs utilisateurs dans différentes unités pilotes, afin d'en vérifier, avant diffusion, la lisibilité, l'applicabilité et le côté opérationnel en pratique courante. Cet aspect concourt au respect du principe de réalité. En outre, cela permet une meilleure appropriation par la participation même tardive de certains acteurs dans le processus d'élaboration de l'outil.

La validation des nouveaux outils

Les avis recueillis à la suite des tests ont permis aux groupes de travail concernés de réaliser quelques modifications. Ces avis largement favorables ont justifié la diffusion de ces fiches à l'ensemble des services dès le mois de mars, après validation définitive des outils par les instances soignante et médicale (CSSI et CME), comme cela avait été prévu initialement.

L'évaluation de la première phase du projet

J'ai proposé aux équipes de réaliser un audit. Simple et rapide à effectuer et à analyser, il est peu coûteux. Cet audit a été réalisé selon la méthodologie de l'audit clinique tel que décrite par l'ANDEM⁴⁶.

- Méthodologie et échantillonnage des dossiers: toutes les unités de soins intra-hospitalières ont été concernées par l'audit. Le service de soins à domicile n'a pas été audité du fait d'une carence temporaire dans les effectifs surajoutée aux difficultés liées à la

⁴⁶ Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique. Paris : ANDEM 1994 : 69 pp.

dispersion géographique du personnel et des dossiers tenus pour partie au domicile des usagers. Le nombre de dossiers à évaluer a été fixé à 50 dossiers afin d'assurer une représentativité satisfaisante⁴⁷. Le nombre de dossiers tirés au sort dans chaque service était proportionnel au nombre total de lits du service. Ainsi, environ un cinquième des dossiers de chaque unité a été analysé.

Un tirage au sort a été réalisé sur la base des dossiers des personnes présentes dans l'établissement le jour de l'audit (liste des personnes hospitalisées et hébergées). Une liste de nombres aléatoires fournie par un logiciel informatique a servi de base au tirage au sort. Les consignes étaient de ne pas procéder à un nouveau tirage si le dossier n'était pas trouvé.

L'évaluation a été réalisée par les équipes locales propres à chaque unité, sur la base du volontariat.

La grille de recueil a été réalisée à partir des objectifs fixés pour la première phase du projet (annexe IV). Elle s'inspirait notamment de la grille réalisée par l'ANDEM⁴⁸.

Une cotation binaire simple a été utilisée : 0 si le critère était absent ou non rempli, et 1 si le critère était présent ou rempli. Une saisie sur Excel[®] a été réalisée pour permettre l'obtention des résultats en temps réel.

• Les résultats de l'audit :

Tous les dossiers tirés au sort ont été trouvés et ont pu être analysés. Les résultats se sont traduits en pourcentage de conformité aux critères du référentiel élaboré pour l'audit.

Les résultats de l'audit ont été communiqués à l'ensemble du personnel concerné : personnel du service des admissions, médecins et personnel soignant de chaque service audité. Le *feed-back* aux équipes s'appuyait sur les points forts relevés au cours de l'enquête, afin de pouvoir travailler au mieux sur les points restant à améliorer.

Le seuil d'acceptation pour cette toute première évaluation avait été fixée à 80 %, pour tenir compte du court délai depuis la mise en œuvre du dossier de l'utilisateur et des règles nouvellement définies. La majeure partie des critères présentait un taux de conformité de 80 à 100 %. Cependant quatre d'entre eux ont eu dans certaines unités un taux de conformité inférieur à 70 %. Les points restant à améliorer portaient essentiellement sur :

- l'identification des différentes fiches constitutives du dossier, qui en l'absence d'étiquette autocollante ne comportait quelquefois que le nom de l'utilisateur ;
- les écrits qui n'étaient pas toujours très lisibles, surtout pour les écrits médicaux ;
- les antécédents de la personne prise en charge n'apparaissaient pas systématiquement ;

⁴⁷ Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Évaluation de la tenue du dossier du malade. Paris, ANDEM juin 1994 : 62 pp.

⁴⁸ Ibid.

-les prescriptions thérapeutiques, bien que datées et rédigées de la main du médecin n'étaient parfois pas signées.

L'ensemble des acteurs était assez satisfait des résultats et s'est engagé à faire un effort non seulement sur les points problématiques, mais aussi à obtenir un taux de conformité de 100 % sur l'ensemble des items. Ils ont souhaité pouvoir réaliser un nouvel audit d'ici six mois pour mesurer les résultats des actions correctrices qui seront mises en place suite à cet audit.

1.3 LA FORMATION UNE CONTRIBUTION FORTE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CHANGEMENT

La formation du personnel est un élément fondamental pour accroître le professionnalisme des équipes. À ce titre, la formation continue constitue un axe majeur de la politique de management de l'hôpital local de Houdan.

En effet, comme l'écrivait Kuan Chung Tsu (Chine, VIIe siècle avant J.C.) :

« Si tu veux des résultats dans l'année, sème des graines,
Si tu veux des résultats durant dix ans, plante des arbres,
Si tu veux des résultats durant la vie, développe les hommes. »

1.3.1 Une formation liée à l'amélioration du dossier de l'utilisateur

Le travail sur le dossier de l'utilisateur devait rencontrer la formation dès lors qu'on était dans le domaine de la modification des comportements sur le long terme, et ce d'autant plus que la demande émanait des équipes de terrain⁴⁹. La formation favorise l'accueil du changement. Participer à une formation signifie déjà se remettre en question, accepter d'apprendre de nouvelles choses, vouloir progresser. La formation organisée sur site permet en outre aux participants venant d'unités différentes, de se rencontrer sur un thème commun.

La pédagogie choisie ne pouvait donc être qu'une formation action, en effet celle-ci permet d'impliquer toute l'équipe. Les acteurs des services concernés définissent ensemble les méthodes les mieux adaptées au contexte de l'établissement et de leur pratique professionnelle. Il s'agit d'un partage des connaissances en même temps qu'une reconnaissance mutuelle des savoir-faire de chacun.

De plus la formation-action a l'avantage d'être courte, ancrée dans le terrain, permettant une appropriation immédiate par les acteurs des concepts développés et le repérage en temps réel des éventuelles difficultés de mise en œuvre.

⁴⁹ Hériaud A. La formation, levier d'une stratégie de changement et d'amélioration de la qualité. Revue Hospitalière de France, 1999 / 11-12, n° 6 : 57-58.

Le thème de formation retenu portait sur les transmissions ciblées. Cette formation a revêtu une grande importance pour assurer le partage d'une base commune de langage. En effet, cette technique de transmissions entre professionnels repose sur⁵⁰ :

- l'identification d'une cible, « énoncé précis qui attire l'attention du soignant par rapport à ce qui se passe chez le malade » (ex : douleur, chute, visite de la famille, animation...). Les équipes définissent les cibles les plus fréquemment rencontrées dans le service ;
- la précision de données qui complètent la cible ;
- la détermination d'actions et d'interventions de soins ;
- l'évaluation des résultats obtenus permettant le cas échéant de réajuster les actions insuffisamment efficaces.

Cette méthode permet de structurer les écrits des soignants sur le mode de la résolution de problème. Les résultats des actes de soins, positifs ou négatifs, souvent oubliés, sont alors systématiquement évalués. Les transmissions ciblées, structurées, synthétiques et complètes permettent, par la rigueur et la notion d'évaluation systématique dans la démarche, une meilleure prise en charge de la personne soignée, des soins plus personnalisés et un réajustement rapide et efficace.

Les transmissions ciblées s'inscrivent donc bien dans le cadre d'une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Les sessions de formation ont eu lieu directement à la suite des groupes de travail, ce qui a permis un phasage parfait dans le projet de rénovation du dossier de l'utilisateur.

1.3.2 L'évaluation de la formation

L'évaluation de l'impact de la formation a été réalisée au printemps, dans tous les services de l'hôpital. Une aide soignante et une infirmière de chaque service, formées sur le groupe pilote (premier groupe à avoir suivi la formation), ont réalisé l'évaluation dans leur unité, à partir de critères définis par l'ensemble du groupe pilote sur la période des quinze jours précédant cette évaluation. Les résultats étaient positifs dans l'ensemble et montraient une bonne adhésion des équipes à cette méthodologie. Cela a demandé une forte implication et une certaine « gymnastique intellectuelle ». Les transmissions écrites sont plus claires, plus détaillées. La structure des transmissions ciblées (données / actions / résultats) est d'une façon générale adoptée par l'ensemble des soignants, dont ceux n'ayant pas suivi la formation, y compris d'autres intervenants comme les kinésithérapeutes ou la psychologue, témoin d'un « effet en tâche d'huile ».

⁵⁰ Rimbault A. Les transmissions ciblées. *Krankenpflege*, 1999 / 11, n°11 : 78-82.

Cependant, les équipes ont parfois du mal à trouver la cible. Une explicitation des cibles existantes ainsi que la création de nouvelles cibles semblent indispensables.

2 - BILAN ET PERSPECTIVES

2.1 BILAN DE LA RENOVATION DU DOSSIER DE L'USAGER

2.1.1 Bilan global

Le travail d'interdisciplinarité et de réflexion inter-services a déterminé une prise de conscience majeure quant à la nécessité de partager les mêmes outils.

Un travail en commun entre le service des admissions et les soignants a permis de mettre au point une fiche d'admission qui contient toutes les informations d'identification du patient utiles, tant pour l'administration, que pour la prise en charge dans les unités de soins ou d'hébergement. Cette fiche remplie informatiquement par le service des admissions est ensuite intégrée en première page du dossier de l'utilisateur.

La réflexion menée autour des soins prodigués aux patients hébergés ou hospitalisés à l'hôpital local de Houdan a permis de mettre en évidence le caractère répétitif des informations relatives à certains soins, notamment de nursing, en lien étroit avec le niveau de dépendance de la population accueillie. Pour ces informations régulières, répétitives, il a été décidé par le groupe de travail chargé de cette partie du dossier de retenir la solution du diagramme de soins, en vue d'une simplification de saisie et de lecture. Il s'agit d'un tableau mensuel qui regroupe les soins en ordonnée et les dates en abscisse. Ces informations répétitives au lieu d'être rédigées chaque jour, sont alors cochées et émargées par le soignant qui a prodigué les soins. La lecture de ce diagramme est alors riche d'informations. L'ensemble de la prise en charge de la personne dans les activités de la vie quotidienne apparaît en un coup d'œil. Les équipes semblent s'être approprié rapidement l'outil systémique qu'est la représentation graphique. En outre, ce type de fiche synthétique permet de réduire considérablement le volume du dossier de l'utilisateur, et donc de celui des archives.

Le travail autour de la partie strictement médicale du dossier de l'utilisateur a permis aux médecins de participer plus activement aux échanges interprofessionnels au sein de l'institution.

Par ailleurs, la réflexion menée sur le dossier de l'utilisateur a permis de soulever d'autres questions concernant notamment les pratiques des acteurs.

Le besoin d'élaborer certaines procédures harmonisées sur l'ensemble de l'établissement est apparu, notamment en ce qui concerne l'accueil de la personne à son arrivée dans l'institution, le transfert éventuel vers une autre structure, l'archivage... Par ailleurs, ce travail a également permis de faire prendre conscience aux médecins et soignants de la nécessité de produire à la fin de chaque séjour ou prise en charge, comme le veut la réglementation⁵¹, un compte rendu d'hospitalisation et une fiche de synthèse ou résumé de soins infirmiers.

Les outils utilisés (groupes de travail, formation...) ont contribué à impulser une dynamique au sein de l'établissement, à la renforcer et à la pérenniser.

Toutes les actions menées s'inscrivent dans une démarche qualité qui implique l'ensemble du personnel, lui permettant de progresser tout en lui renvoyant une image positive de son travail pour le plus grand bénéfice de l'utilisateur.

Le personnel a manifesté sa satisfaction concernant la mise en place du nouveau dossier de l'utilisateur et de l'utilisation des transmissions ciblées. En effet, il semblerait qu'il y ait moins de perte d'information relative à l'utilisateur. Par ailleurs, l'harmonisation des outils et modes de travail facilite l'inévitable mobilité des agents dans les différentes unités de la structure.

Pour exemple, on trouvera en annexes V, VI et VII des extraits de fiches du dossier de l'utilisateur élaborées dans le cadre du projet : fiche de transmissions ciblées, fiche de diagramme de soins journaliers et fiche médicale.

En terme de coût, le projet de rénovation du dossier de l'utilisateur est resté modeste comme cela avait été fixé au départ.

Les documents papier ont été réalisés en interne au coût de la photocopie et du papier.

Les supports (300 classeurs souples + 600 pochettes transparentes + 300 jeux d'intercalaires) ont été commandés pour un prix relativement modique se chiffrant à moins de 1500 € (soit moins de 10 000 FF).

La formation aux transmissions ciblées a concerné 42 agents (aides soignantes et AMP, infirmières et cadres de santé) pour un coût pédagogique total de 5 335 € (soit 35 000 FF).

⁵¹ Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique.

Pour l'ensemble du projet, le remplacement dans les services des agents en formation ou en réunion de groupe de travail s'est fait grâce à des réorganisations internes et à quelques remplacements contractuels.

2.1.2 La réponse aux « référentiels qualité »

La rénovation du dossier de l'utilisateur a produit un résultat permettant de répondre pleinement aux exigences spécifiques au dossier de l'utilisateur des référentiels qui serviront pour l'évaluation de l'établissement, dans le cadre de l'accréditation et de la négociation de la convention tripartite.

• Le référentiel « DPA » de l'ANAES

Le dossier tel qu'il a été rénové permet désormais de répondre aux références et critères du référentiel « DPA ». En effet :

- « l'établissement a défini et mis en œuvre une politique du dossier [de l'utilisateur] dans l'ensemble des secteurs d'activité ;
- la politique du dossier [de l'utilisateur] a associé dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés ;
- les informations contenues dans le dossier [de l'utilisateur] sont soumises au respect des règles de confidentialité ;
- la tenue du dossier [de l'utilisateur] permet une gestion fiable des informations ;
- le contenu du dossier [de l'utilisateur] permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité ;
- la gestion du dossier [de l'utilisateur] est organisée de façon à assurer l'accès aux informations ;
- le dossier [de l'utilisateur] fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration de la qualité⁵² ».

• Le dossier individuel du résident dans le référentiel ANGÉLIQUE

Le nouveau dossier de l'utilisateur permet également de répondre positivement à l'ensemble des items développés aux questions 78, 79 et 80 du référentiel ANGÉLIQUE. En effet, « au sein de l'institution, tous les résidents ont un dossier individuel relatif aux éléments médicaux, aux éléments concernant les soins paramédicaux, les aides à la vie quotidienne et les objectifs de soins ». Ce dossier contient tous les éléments cités dans le référentiel : « l'identification du médecin traitant de la personne, les antécédents médicaux importants,

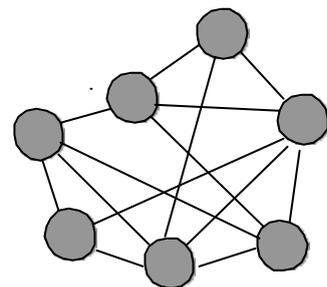
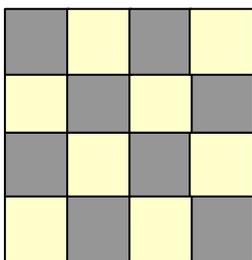
⁵² Références du référentiel « DPA ». In : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris, ANAES février 1999 : 51-54.

les allergies et contre-indications médicamenteuses, une évaluation globale de la personne, les affections dont elle est atteinte, l'état de dépendance, les traitements mis en œuvre, leur suivi et évaluation, les protocoles de soins et d'aides mis en œuvre, leur suivi et évaluation, des synthèses périodiques. Le dossier-type de l'utilisateur existe au sein de l'établissement. Il a été élaboré en association avec le médecin coordonnateur, l'infirmière référente, l'équipe soignante et les intervenants libéraux ».

Quelques améliorations peuvent néanmoins encore être proposées :

- le guide du dossier-type
 - Il convient d'élaborer un guide d'utilisation du dossier de l'utilisateur afin d'assurer la continuité de son utilisation. Ce guide se verra être un document pratique, à la fois
 - outil de formation pour les nouvelles recrues et les étudiants en soins infirmiers ou élèves aides soignantes ;
 - outil de pérennité ;
 - outil d'évaluation et de progression du dossier de l'utilisateur ;
- l'enrichissement des contenus par des indicateurs qualité pertinents ;
- une procédure commune d'archivage.

Enfin, on peut résumer les résultats de la rénovation du dossier de l'utilisateur au passage d'une structure en damier à une structure en réseau (cf. figure ci-dessous). En effet, le partage d'informations, de compétences et d'outils, ainsi que leur structuration et leur organisation consensuelle, permettent le décroisement et l'amélioration des prises en charge.



Structure en damier

Cloisonnement
Chaque service, chaque catégorie professionnelle gère son outil
Variabilité des pratiques

Structure en réseau

Échange
Partage d'outils communs
Pratiques harmonisées

(d'après Pierre Lesteven, Session inter-écoles « Système d'information et protection des personnes »)

Ce fonctionnement en réseau pourrait encore être amélioré par l'informatisation du dossier de l'utilisateur.

2.2 VERS L'INFORMATISATION DU DOSSIER DE L'USAGER

Après une période de consolidation et de stabilisation du dossier de l'utilisateur tel qu'il a été développé sous forme papier, il semble naturel de poursuivre le projet plus avant pour aboutir au dossier de l'utilisateur informatisé. Il sera en effet intéressant de s'appuyer sur la dynamique engagée jusqu'ici, sans attendre qu'elle ne s'essouffle.

2.2.1 Objectifs, avantages et contraintes de l'informatisation

L'informatisation du dossier de l'utilisateur vise à renforcer les objectifs du projet mené jusqu'à présent, à savoir :

- faire évoluer les pratiques et les structures (mise en réseau de l'établissement, lutte contre le cloisonnement des équipes...);
- améliorer la qualité et la sécurité de soins, notamment dans le cadre de la dispense des traitements ;
- une évaluation facilitée des pratiques.

Il va en outre, permettre de bénéficier de tous les avantages présentés par l'informatique, à condition d'en maîtriser les contraintes.

Le dossier informatisé présente de nombreux avantages. Rapide d'accès, il est partagé par tous les acteurs qui interviennent auprès de la personne prise en charge, en fonction de leurs habilitations. Il permet de gérer, de manière simplifiée, dans un « même bac » les différents volets du dossier de l'utilisateur, pourtant soumis à des règles de confidentialité différentes, par le système d'habilitation et d'authentification (clés électroniques).

Il est accessible de n'importe quel poste de travail et ce, en continu 24 heures sur 24. Il permet une incrémentation chronologique des données. Chaque modification du dossier est identifiée par le signataire, qu'il s'agisse de la validation d'un soin, d'une prescription ou bien des transmissions. Il y a traçabilité intégrale des événements assurant la sécurité des informations transcrites. La valeur juridique de l'ensemble des procédés de signature

électronique est désormais reconnue⁵³. Ainsi, l'article 1316-1 du Code civil stipule : « L'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir leur intégrité ». Et l'article 1316-3 précise : « L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier ».

Le regroupement de tous les documents et fiches doit permettre d'éviter les erreurs liées aux retranscriptions. La lisibilité est parfaite : en effet, la lecture de textes dactylographiés est plus aisée qu'avec les écritures manuscrites (ce qui constituait un véritable point faible relevé lors de l'audit du dossier dans les services de soins). La possibilité d'extraire les données saisies par tri sélectif devra permettre de réaliser des évaluations tant quantitatives que qualitatives de manière plus aisée.

L'accès rapide et intemporel assuré à l'ensemble des professionnels administratifs, médicaux, soignants et logistiques d'une information précise, sûre et adaptée, représentera certainement pour l'hôpital une petite révolution.

Enfin, en terme d'archivage, le dossier informatisé sera bien moins encombrant que le dossier papier. Cela devrait représenter un volume cent fois moindre⁵⁴ ! La technique offrant actuellement la valeur la plus probante en terme de preuve juridique est celle du *compact-disc* « *Write Once Read Many* » ou *CD-WORM* qui n'est inscriptible qu'une seule fois, contrairement aux bandes magnétiques qui peuvent être « corrigées ». En outre sa stabilité dans le temps (environ cent ans) est largement supérieure aux autres procédés informatiques existants.

Cependant, l'informatisation du dossier de l'utilisateur trouvera initialement ses limites aux portes de l'hôpital. Aussi, le service de soins à domicile continuera-t-il à travailler sur dossier papier.

Par ailleurs, comme tout matériel sophistiqué, l'informatique est susceptible de présenter des pannes, sans compter les coupures d'électricité qui peuvent néanmoins être jugulées par la présence d'un groupe électrogène.

⁵³ Loi n°2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique.

⁵⁴ Millières-Lacroix D. Les dossiers médicaux informatisés. Le concours médical, 2000/06/10, volume 122, n° 23 : 1608-9.

Si les règles de base ne sont pas respectées, la confidentialité peut être menacée. Cet aspect nécessitera une formation et une sensibilisation accrue des acteurs à leur responsabilité en terme de secret professionnel (ne pas transmettre sa clé d'authentification, fermer la session après chaque utilisation ...).

Il est probable que des freins culturels et humains se présenteront. Un effort d'information et de formation sera indispensable. Il existera cependant toujours des «réfractaires » aux nouvelles technologies, qu'il s'agira de convaincre des bénéfices du nouvel outil.

Enfin, le développement d'un dossier informatisé, au-delà des contraintes techniques, juridiques, culturelles et humaines, pose également la question du coût. En effet, comme nous le verrons dans le paragraphe qui suit, l'investissement représenté est conséquent.

2.2.2 Étude préparatoire

Il est indispensable de capitaliser les acquis, c'est-à-dire qu'il faut tenir compte du travail réalisé sur le dossier papier. Le travail de rénovation du dossier de l'utilisateur mené cette année servira de base à l'étape suivante que constitue son informatisation.

L'informatisation du dossier de l'utilisateur revêt une importance fondamentale dans ce qu'elle va bouleverser comme conceptions et comme modes de travail. En effet, bien que largement développée dans notre société, l'informatique fait encore peur à de nombreuses personnes. Elle est porteuse de fantasmes comme celui de l'inaccessibilité et de la difficulté, mais aussi celui de la déshumanisation des rapports professionnels.

Le projet d'informatisation à terme du dossier de l'utilisateur a été annoncé dès la phase de rénovation de celui-ci. Ainsi, le travail mené jusqu'ici, dans la transparence, sur le mode participatif et en veillant à une bonne information de l'ensemble des acteurs institutionnels, devrait permettre la préparation au développement d'un tel projet.

Cependant, il me semble indispensable de procéder à un recensement large des représentations et possibles appréhensions de chacun, ainsi qu'à l'évaluation des besoins en formations spécifiques. Un questionnaire pourrait être envisagé auprès des personnels afin d'évaluer leur sentiment relativement à l'intérêt, l'utilité et la nécessité⁵⁵ qu'ils entrevoient

⁵⁵ Carton GD. Éloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel. Paris, Éditions Village Mondial 1999 : 256 pp.

pour ce projet. Ceci permettrait d'évaluer les éventuelles réticences et inquiétudes à partir desquelles il faudra travailler.

Sur un plan purement technique, je pense qu'il sera essentiel de veiller à la compatibilité des différents logiciels dans lesquels nous serons amenés à investir, afin de permettre la mise en réseau des différents postes informatiques et la mise en lien de leurs programmes. Il conviendra également de s'assurer de la pérennité des systèmes informatiques utilisés.

Pour ce qui est de l'évaluation budgétaire en vue de l'informatisation du dossier de l'utilisateur, j'ai demandé plusieurs devis à différentes sociétés spécialisées dans ce domaine, lors du salon Géront'Expo. J'ai également fait réaliser des devis pour le matériel « *hardware* ». Car il est indispensable d'avoir une estimation pour intégrer cette dépense au budget prévisionnel de l'exercice au cours duquel se développera le projet. En effet, pour assurer toutes les chances de réussite au projet d'informatisation du dossier de l'utilisateur, il importe également d'en avoir les moyens matériels. Ainsi, le coût approximatif de mise en place correspond aux chiffres donnés dans les tableaux suivants.

Budget nécessaire pour l'informatisation du dossier de l'utilisateur dans les services d'hospitalisation (Médecine, Soins de suite et rééducation, Unité de soins palliatifs),
soit 31 lits

Libellé produit	Prix unitaire en €	soit en FF	Quantité	Total en €	soit en FF
Poste informatique	1524,49	10000,00	2	3048,98	20000,00
Imprimante	487,84	3200,00	2	975,67	6400,00
Logiciels en licence multiple	22745,39	149200,00	31/222	3176,16	20834,23
Formation au logiciel	15366,86	100800,00	31/222	2145,82	14075,68
Total	-	-	-	9346,64	61309,91

Budget nécessaire pour l'informatisation du dossier de l'utilisateur dans les services d'hébergement (Maison de retraite et Unité de soins de longue durée),
soit 191 lits

Libellé produit	Prix unitaire en €	soit en FF	Quantité	Total en €	soit en FF
Poste informatique	1524,49	10000,00	4	6097,96	40000,00
Imprimante	487,84	3200,00	4	1951,35	12800,00
Logiciels en licence multiple	22745,39	149200,00	191/222	19569,23	128365,77
Formation au logiciel	15366,86	100800,00	191/222	13221,04	86724,32
Total	-	-	-	40839,58	267890,09

Cette évaluation budgétaire est réalisée sur la base d'un poste informatique et d'une imprimante par service « géographique ».

Les logiciels sont achetés en licence multiple afin de pouvoir les utiliser sur d'autres postes qui seraient installés ultérieurement. Ces logiciels comprennent :

- un dossier minimum commun composé d'un dossier médical structuré autour du patient, reposant sur une base de données d'établissement unique, communiquant avec les principaux systèmes de gestion administrative des patients pour la transmission des identités et des mouvements. L'application intègre des aides au codage, pour les diagnostics, les actes ou tous autres types de nomenclatures, dont les nomenclatures officielles PMSI. L'application permet également de générer des documents tels que comptes-rendus de séjour, courriers divers, certificats, déclaration obligatoire de maladie... ;
- un dossier de soins infirmiers complet utilisable en interface avec les autres applications ;
- un logiciel permettant la gestion des examens de laboratoire ;
- un logiciel permettant la gestion des médicaments (prescription, délivrance et gestion des stocks).

Par ailleurs, le choix en terme de formation aux programmes de gestion du dossier informatisé de l'utilisateur se portera sur la formation d'une trentaine de personnes référentes, qui seront chargées de former leurs collègues. Ces personnes seront choisies parmi une

liste de volontaires selon les mêmes critères que ceux utilisés pour la constitution des groupes de travail pour l'élaboration du dossier de l'utilisateur « papier » (toutes catégories professionnelles amenées à consulter ou renseigner le dossier de l'utilisateur, toutes unités).

S'ajouteront à cette liste les personnes au profil utilisateur particulier, tel le médecin du département d'information médicale responsable de la gestion du PMSI qui est le seul à pouvoir accéder à l'ensemble des modules de l'ensemble des dossiers ou le pharmacien, responsable de la dispense des médicaments au sein de l'établissement.

Des profils utilisateurs seront définis strictement pour chaque personne travaillant auprès des personnes prises en charge. En effet, chaque personne, en fonction de son rôle et de sa fonction auprès de la personne, sera autorisée à accéder à certains modules en consultation simple ou en documentation complète. Par exemple, le personnel des services administratifs ne pourra accéder qu'aux données administratives non couvertes par le secret médical.

Chacun sera sensibilisé et formé à la gestion et à la responsabilité de son code d'accès par rapport à son profil utilisateur. En outre, pour chaque usager, seules les personnes amenées à s'occuper de celui-ci seront autorisées à accéder à son dossier : médecin responsable de la prise en charge et non pas l'ensemble des médecins intervenants sur la structure, équipe soignante du service d'hospitalisation ou d'hébergement uniquement. En effet, afin de respecter les règles de confidentialité définies légalement et réglementairement, les logiciels utilisés tiendront compte à la fois du profil personnel de chacun, mais aussi du profil géographique du poste informatique utilisé.

Le choix se portera évidemment sur un logiciel permettant de suivre toutes les recommandations de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) en matière de sécurité et confidentialité des données.

En outre, il conviendra de procéder, dans les délais adéquats, à une déclaration auprès des services de la CNIL pour obtenir une extension d'autorisation pour le traitement informatisé des dossiers des usagers⁵⁶.

Enfin, le projet d'informatisation du dossier de l'utilisateur sera mené dans le respect des dispositions du nouveau code des marchés publics instauré par le décret n° 2001-210 du 7 mars 2001, complété par la nomenclature des fournitures et services à paraître à l'automne prochain.

⁵⁶ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

CONCLUSION

La rénovation du dossier de l'utilisateur dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité a permis aux différents intervenants de l'hôpital local de Houdan de se rencontrer autour de l'objectif commun d'amélioration de la qualité de la prise en charge de l'utilisateur.

La structuration de l'information concernant l'utilisateur est importante. Elle offre une meilleure prise en charge de ce dernier, tout en assurant un fonctionnement plus efficient de l'établissement.

La réflexion et la restructuration menées pour la rénovation du dossier de l'utilisateur ont permis une mise en lien des différents acteurs. Ces échanges visant à la confrontation des conceptions et des pratiques se poursuivront de façon transversale au-delà de ce travail.

Par ailleurs, si la transmission des informations entre les membres de l'équipe peut se faire de manière strictement écrite *via* le dossier de l'utilisateur, y compris lorsque celui-ci est informatisé, il reste cependant préférable, voire nécessaire de maintenir un temps d'échange oral. Au-delà du caractère explicatif essentiel de l'oral qui détermine le sens de l'écrit, l'échange oral s'inscrit dans un climat relationnel indispensable au travail d'équipe et à la bonne qualité du travail. En effet, les équipes sont plus disponibles pour l'utilisateur lorsque l'ambiance générale est plus humaine. Le seul échange écrit peut avoir tendance à déshumaniser les rapports professionnels. La qualité des prises en charge dépend alors également de la manière d'utiliser les outils.

Il convient également de ne pas méconnaître les limites de l'écrit. Plusieurs illusions associées à l'écrit peuvent être distinguées : l'illusion de vérité et d'objectivité, l'illusion de certitude, l'illusion d'usage et d'efficacité (ce qui est écrit peut ne pas avoir été lu, retenu ou compris), l'illusion de complétude, l'illusion de transparence et de neutralité⁵⁷. Ainsi, on ne peut concevoir d'écrit sans écriture, qui, certes, est un « outil de mémoire prodigieux »,

⁵⁷ Grosjean M. Les illusions du tout écrit. Soins encadrement formation 1999 ; 07-09, n°31 : 16-19.

comme la qualifie Anne Zali, et « permet de rendre visible ce qui est invisible »⁵⁸, mais en tant que représentation de la parole et de la pensée, ne restitue qu'une lecture inéluctablement partielle et partielle de la réalité.

Dans le cadre de la mise en place d'un dossier informatisé qui suppose une gestion stricte des paramètres d'accès pour assurer le respect de la confidentialité, la nécessité des échanges oraux se voit parfois accrue. Le mode d'expression orale permet en effet de transmettre et de faire comprendre certains éléments sans nécessiter de rompre le secret professionnel.

Si le projet de rénovation du dossier de l'utilisateur a mené à développer un outil qui permette *in fine* de répondre aux exigences réglementaires, il déborde largement ce cadre. Il s'agit en fait d'un véritable choix politique et stratégique de mise en place d'un système d'information institutionnel. L'étape suivante d'informatisation du dossier de l'utilisateur pourrait constituer un préalable à l'édification d'un système d'information hospitalier (SIH) performant et utilisable par tous les acteurs de l'établissement, tant dans le domaine des soins, que celui de la dispense des médicaments, de la logistique (repas, linge...) ou de la gestion.

C'est à partir de cette politique d'information, de communication et de transparence, que pourra se développer un véritable travail de coordination des différentes équipes autour et au bénéfice de l'utilisateur, qui doit rester au cœur de l'organisation et du fonctionnement institutionnels et du travail de chacun.

⁵⁸ Anne ZALI, responsable du service d'action pédagogique à la Bibliothèque Nationale de France, interrogée par Jean-Paul MARI. Dossier : Sumériens, Égyptiens, Mayas, Indiens et Chinois...Et l'homme inventa l'écriture... Le Nouvel Observateur. N ° 1915, du 19 au 25 juillet 2001.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Articles

Grosjean M. Les illusions du tout écrit. Soins encadrement formation 1999 ; 07-09, n°31 : 16-19.

Hériaud A. La formation, levier d'une stratégie de changement et d'amélioration de la qualité. Revue Hospitalière de France, 1999 / 11-12, n° 6 : 57-58.

Mari JP. Dossier : Sumériens, Égyptiens, Mayas, Indiens et Chinois...Et l'homme inventa l'écriture... Le Nouvel Observateur. N ° 1915, du 19 au 25 juillet 2001.

Milliès-Lacroix D. Les dossiers médicaux informatisés. Le concours médical, 2000/06/10, volume 122, n° 23 : 1608-9.

Pérennou G. La démarche qualité en maison de retraite, un choc culturel. Soins Gériatrie janvier/février 2001 ; N°27 : 35-39.

Rimbault A. Les transmissions ciblées. Krankenpflege, 1999 / 11, n°11 : 78-82.

Ouvrages

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris, ANAES avril 1999 : 105 pp.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, Service d'évaluation économique. Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital. Paris, ANAES septembre 1998 : 57 pp.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris, ANAES février 1999 : 132 pp.

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, Service Évaluation Hospitalière. Évaluation de la tenue du dossier du malade. Paris, ANDEM juin 1994 : 62 pp.

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique. Paris : ANDEM 1994 : 69 pp.

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris, ANDEM octobre 1996 : 79 pp.

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Des femmes, des hommes, un hôpital : le personnel de l'AP-HP témoigne. Paris, AP-HP / Doin 1999 : 319 pp.

Ausloos G. La compétence des familles : temps, chaos, processus. Toulouse, Érès Éditions 2000 : 173 pp.

Carton GD. Éloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel. Paris, Éditions Village Mondial 1999 : 256 pp.

Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. Paris, Éditions du Seuil 1977 : 436 pp.

Deboscker Y. Le dossier médical dans les établissements de santé. Paris, Berger-Levrault 1997 : 114 pp.

Durand D. La systémique. Que sais-je ? n° 1795. Huitième édition corrigée (première édition : 1979). PUF, Paris 1998 : 128 pp.

FNACPPA / UNEPPA. Référentiel de certification de services : l'outil d'évaluation de la qualité pour les établissements de personnes âgées. Lyon, Groupe Esprit Public mars 1999 : 67 pp.

Fondation Nationale de Gérontologie. *Resident Assessment Instrument (RAI)*, méthode d'évaluation du résident. Paris, FNG 1993.

de Kervasdoué J. « Hôpitaux et cliniques » Chapitre 11, page 250. In : La santé intouchable : enquête sur une crise et ses remèdes. Paris, Éditions Lattès, 1996 : 294 pp.

Leclat H, Vilcot C. Qualité en santé : 150 questions pour agir. Paris, AFNOR 1999 :483 pp.

Midler C. L'auto qui n'existait pas : Management des projets et transformation de l'entreprise. Paris, InterÉditions 1993 : 215 pp.

Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux. Le dossier de soins. Paris : Direction des Journaux Officiels, n°1 série Soins infirmiers, Bulletin Officiel n° 85/7 bis, 1985 : 68 pp.

Morin E, Le Moigne JL. Comprendre la complexité dans les organisations de soins. Lille, ASPEPS Éditions 1997 : 85 pp.

Sénat, Service des affaires européennes. L'information des malades et l'accès au dossier médical. Les documents du Sénat. Série législation comparée. Paris, octobre 2000 : 25 pp.

Vallet F et al. Le référentiel qualité des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Rennes, Conseil Général d'Ille-et-Vilaine janvier 2000 : 86 pp.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité/Mission MARTHE / ENSP. Améliorer la qualité en EHPAD. Outil d'auto-évaluation. ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements. Juin 2000 : 24 pp.

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sanitaires et sociales.

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, modifiée par l'article 7 de la loi no 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.

Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail.

Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique.

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n° 88-465 du 28 avril 1988 relatif à la liberté d'accès aux documents administratifs.

Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'État.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Arrêté du 3 janvier 2001 fixant la composition du dossier accompagnant la demande d'engagement dans la procédure d'accréditation prévu à l'article R.710-6-2 du Code de la Santé Publique et modifiant l'arrêté du 6 mai 1999 (suivi de deux annexes parues au Bulletin Officiel du 25 janvier 2001).

Circulaire DGAS / MARTHE / DHOS / DSS n° 2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD ; crédits sur l'ONDAM 2000.

Circulaire DHOS / P1 / DGAS / n° 2001-182 du 10 avril 2001 relative à la mise en œuvre du diagnostic préalable à la réduction du temps de travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.

Charte du patient hospitalisé. Annexe de la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

Charte de la personne âgée dépendante. Élaboration commune Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) / Ministère des affaires sociales : 1987. Actualisation FNG / Ministère de l'emploi et de la solidarité : 1999.

TABLE DES ABREVIATIONS

ACQ	Amélioration continue de la qualité
AGGIR	Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources
AMP	Aide médico-psychologique
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANGÉLIQUE	Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AQ	Assurance qualité
ARHIF	Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CME	Commission médicale d'établissement
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CQ	Contrôle qualité
CSP	Code de la santé publique
CSSI	Commission du service des soins infirmiers
CTE	Comité technique d'établissement
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ENSP	École nationale de la santé publique
ETP	Équivalent temps plein
FNG	Fondation nationale de gérontologie
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	Groupe iso-ressources moyen pondéré
ISA	Indice synthétique d'activité
MARTHE	Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées

MQT	Management par la qualité totale
MSA	Mutuelle sociale agricole
NCP	Nouveau code pénal
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSD	Prestation spécifique dépendance
RAI	<i>Resident assessment instrument</i>
SAD	Soins à domicile
SIH	Système d'information hospitalier
SSR	Soins de suite et rééducation
USLD	Unité de soins de longue durée
USP	Unité de soins palliatifs

ANNEXES

ANNEXE I

LES CONVENTIONS DE L'HÔPITAL DE HOUDAN

Établissement	Date	Objet
CH DREUX	1986	Examens de laboratoire
CH VERSAILLES	1993	Convention générale inter hospitalière
CH VERSAILLES	1993	Mandat au CH de Versailles afin de remplir les obligations d'informations et de dépistage relatif à la recherche des malades transfusés entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 30 décembre 1985
CH DREUX	1993	Convention générale inter hospitalière
CH RAMBOUILLET	1993	Convention générale inter hospitalière
CMC ST QUENTIN EN YVELINES	1996	Collaboration relative à l'oncologie
CH DREUX	1997	Coopération inter hospitalière (avenant 1)
CLINIQUE DE LA PORTE VERTE (VERSAILLES)	1997	Mise à disposition de 4 à 5 lits de soins de suite/rééducation pour l'accueil des malades de la Porte Verte
EPS CHARCOT	1998	Centre Médical Psychiatrique pour adultes et enfants à Houdan
CH DREUX	1999	Coopération inter hospitalière : prise en charge des soins de première intention (avenant 2)
HÔPITAL CHARCOT, LES PETITS PRÉS, MONTFORT L'AMAURY, LA VERRIÈRE, CENTRE DENIS FOURESTIER	2000	Mise en place d'une équipe commune d'hygiène opérationnelle
HÔPITAL DE DREUX et CONSEIL GÉNÉRAL DES YVELINES	2001	Mise en place de la consultation de planification, la consultation prénatale et de surveillance de grossesses à risques

L'hôpital de Houdan fonctionne en réseau avec : « Le Pallium » (soins palliatifs)

Le Réseau Cancer Yvelines Nord

Le Réseau Yvelines maternité

ANNEXE II

La méthode QQQQCP

La méthode QQQQCP est un outil qui permet de décrire entièrement une situation et d'en analyser avec précision tous les éléments. Elle consiste à dresser une liste aussi complète que possible des réponses à une série de questions, afin d'établir le bilan de la situation actuelle, telle qu'elle est réellement perçue. La liste des questions à se poser, ainsi que leur expression plus détaillée figurent dans le tableau ci-dessous.

Qui ?	Qui est concerné par la situation ? À qui cela s'adresse-t-il ?
Quoi ?	De quoi s'agit-il ? À quoi fait-on référence ? Quelles en sont les caractéristiques principales ? À quoi cela sert-il ?
Où ?	Où cela se réalise-t-il ? Où peut-on rencontrer des éléments problématiques ?
Quand ?	Quand cela se produit-il ? Quelle en est la périodicité ? La fréquence ?
Comment ?	Comment cela se manifeste-t-il ?
Pourquoi et pour quoi ?	Pourquoi opère-t-on de cette manière ? Dans quel but ?

On peut questionner chaque réponse fournie aux différentes questions avec le « Pourquoi ? » afin d'en explorer les causes et les finalités.

On peut également adjoindre au QQQQCP, un C supplémentaire qui représente le « Combien ? » que l'on peut appliquer aux réponses de chaque question afin de les quantifier (en nombre) et/ou de les valoriser (en coût).

ANNEXE IV

Grille élaborée pour l'audit d'évaluation de la mise en place du dossier de l'utilisateur à partir des objectifs initiaux

Coter 1 si le critère est respecté et 0 dans le cas contraire

Unité			
Numéro de tirage au sort du dossier			
Le dossier est ...			
Accessible à tout moment			
Identifié au nom de la personne			
Classé selon le plan communément défini			
Toutes les fiches sont identifiées (étiquette ou au moins Nom+Prénom)			
La feuille administrative comporte...			
Nom			
Prénom			
Sexe			
Date de naissance			
Type de couverture sociale			
Situation familiale			
Protection juridique (s'il y a lieu)			
Coordonnées de la (des) personne(s) à prévenir			
Les écrits sont...			
Lisibles			
Indélébiles			
Le médecin responsable est identifié			
Le motif d'entrée apparaît clairement			
Les antécédents sont précisés			
Les prescriptions thérapeutiques sont...			
Datées			
Signées par le médecin			

ANNEXE VI

DIAGRAMME DE SOINS JOURNALIERS (extrait)

R = refus de la personne

X = soin réalisé

Coller étiquette identifiante



Semaine du / / au / /	Lundi				Mardi				Mercredi				Jeudi				Vendredi				Samedi				Dimanche			
	M	AM	S	N	M	AM	S	N	M	AM	S	N	M	AM	S	N	M	AM	S	N	M	AM	S	N	M	AM	S	N
Collation																												
Aide au repas																												
Aide à l'hydratation																												
Stimulation à la Toilette																												
Toilette partielle																												
Toilette complète																												
Prévention d'escarres																												
Soin de prothèse Dentaire																												
Rasage																												
Habillage / Déshabillage																												
Réfection du lit																												
Bain (B) / Douche(D)																												
Esthétique																												
Manucure(M) / Pédicure (P)																												
Pédiluve (P) / Capiluve (C)																												
Nettoyage environnement																												
Chaise percée																												
Accompagner au WC																												
Bassin / urinal																												
Change anatomique																												
Change complet																												
Change étui pénien																												
Selles																												
Aide au transfert																												
Utilisation du lève malade ou disque																												
Alité																												
Installation au Fauteuil ou au lit																												
Faire marcher																												

ANNEXE VII

FICHE MÉDICALE (extrait)

Complétée le...../...../..... par le Docteur.....



Coller étiquette identifiante

<p>MOTIF D'ENTRÉE :</p> <p>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :</p> <p>ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :</p> <p>ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :</p> <p>MÉDECIN TRAITANT :</p> <p>MÉDECINS SPÉCIALISTES :</p>	<p>ALLERGIE / CONTRE INDICATION :</p> <p>RISQUE D'INFECTION NOSOCOMIALES :</p> <p>Antécédents BMR* oui non</p> <p>Sonde de gastrostomie oui non</p> <p>Chambre implantable oui non</p> <p>Sonde urinaire oui non</p> <p>Anus artificiel oui non</p> <p>Plaies oui non</p> <p>PATIENT TRANSFUSÉ : oui non</p> <p>PACE MAKER : oui non</p> <p>VOLONTÉS EXPRIMÉES PAR LA PERSONNE :</p> <p>Pas d'acharnement thérapeutique oui non</p> <p>Don du corps ou d'organes oui non</p> <p>(si oui, joindre carte de donneur)</p> <p>LIEU D'HOSPITALISATION SOUHAITÉ SI TRANSFERT :</p>
---	--