



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2005

Dossier patient :
Quels apprentissages pour les écrits professionnels ?

Martin G'BETIE

Remerciements

A toutes les personnes qui m'ont aidé, d'une manière ou d'une autre, dans la réalisation de ce travail, j'adresse tous mes remerciements et toute ma reconnaissance.

Je remercie tout particulièrement tous les professionnels qui ont bien voulu consacrer un peu de leur temps pour les entretiens très productifs et riches.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PREMIERE PARTIE : LE CADRE DE L'ETUDE.....	5
1.1 L'écriture : Un peu d'histoire.....	5
1.1.1 Du jeton à l'alphabet.....	5
1.1.2 L'écriture est un processus de production d'une trace.....	6
1.1.3 L'écriture : un langage et un support de communication.....	6
1.1.4 Les fonctions historiques de l'écriture.....	7
1.1.5 Peu diffusée, l'écriture était encore moins enseignée.....	7
1.1.6 Et l'oralité dans tout ça ?.....	7
1.1.7 De l'oralité aux supports de l'écriture.....	8
1.1.8 Pourquoi doit-on écrire ?.....	8
1.1.9 Nos rapports individuels à l'écrit.....	9
1.1.10 Les obstacles à l'écrit.....	10
1.2 Ecriture professionnelle : de quoi parle t-on?.....	10
1.2.1 L'activité d'écriture favorise la structuration de la pensée.....	11
1.2.2 L'écriture professionnelle est réflexive.....	11
1.2.3 L'écriture, un outil de formation professionnalisante.....	11
1.2.4 L'écrit professionnel, un écrit fonctionnel.....	12
1.2.5 Un enjeu identitaire fort.....	12
1.2.6 Ecrire pour formaliser le savoir.....	12
1.3 De la parole aux écrits à l'hôpital.....	13
1.3.1 Les écrits de la direction des soins.....	14
1.3.2 Crayon ou souris ?.....	16
1.4 Revue de la littérature sur l'analyse des écrits du dossier de soins.....	16
1.5 Le cadre réglementaire et les recommandations.....	17
1.5.1 Le dossier du patient.....	17
1.5.2 Le dossier de soins infirmiers.....	21
1.5.3 Les normes de qualité touchant le dossier de soins infirmiers.....	22
1.5.4 Les autres dossiers de soins paramédicaux.....	23
1.6 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant le dossier patient.....	24
1.7 Le bilan des premières visites d'accréditation.....	25

1.8	Le dossier patient et la mise en jeu de la responsabilité.....	27
1.9	LE CADRE CONCEPTUEL.....	27
1.9.1	Le concept de traçabilité :	27
1.9.2	Le concept du management	29
1.9.3	Pourquoi manager ?	30
1.9.4	Le concept d'évaluation	31
2	DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE DE TERRAIN	34
2.1	LA METHODOLOGIE.....	34
2.1.1	Le choix des établissements.....	34
2.1.2	L'outil de recueil et les personnes enquêtées	34
2.1.3	La préparation des entretiens	34
2.1.4	Les limites de l'enquête	35
2.1.5	L'organisation de l'analyse des données recueillies	35
2.2	L'ANALYSE.....	35
2.2.1	Première partie.....	35
2.2.2	Deuxième partie de l'analyse : les IDE.....	45
2.3	Conclusion de l'étude de terrain et analyse globale.....	48
2.3.1	Vérification des hypothèses.....	49
3	TROISIEME PARTIE : LE MANAGEMENT DU DIRECTEUR DES SOINS : REFLEXIONS ET PROPOSITIONS D' ACTIONS	50
3.1	Le management :	50
3.1.1	La cellule Qualité centrée sur les écrits :	50
3.1.2	Généraliser l'évaluation du contenu du dossier patient pour juguler les dysfonctionnements.....	51
3.1.3	Renforcer le rôle des cadres de santé :	52
3.1.4	Renforcer les pratiques d'écriture à travers l'entretien annuel d'évaluation.....	52
3.1.5	Donner du sens.....	53
3.1.6	Favoriser la coordination	53
3.1.7	Reconnaître et valoriser les efforts fournis par les équipes dans tous travaux d'écriture	53
3.1.8	Développer les compétences des cadres pour accompagner les évolutions professionnelles	54
3.2	La formation	54
3.2.1	Développer l'analyse des pratiques d'écriture	54
3.2.2	L'évaluation des besoins : une étape déterminante.....	56
3.2.3	De l'observation à l'écriture	56

3.2.4	Les processus évocatifs à l'œuvre dans l'écrit :	57
3.3	Les apprentissages en formation initiale	58
3.3.1	L'Analyse des pratiques: un axe à promouvoir également dans le projet pédagogique.....	58
3.3.2	Renforcer les compétences des formateurs pour accompagner l'analyse de pratiques :	58
3.3.3	Oser l'écriture :l'atelier d'écriture.....	59
3.3.4	Développer les travaux centrés sur l'évaluation de pratiques professionnelles d'écriture.....	59
3.3.5	Exploitation des entretiens menés auprès des patients	60
3.3.6	Poursuivre le travail sur les représentations de l'écrit lors du suivi pédagogique individuel.....	60
3.3.7	Valoriser tous les travaux écrits réalisés par les étudiants.....	60
3.3.8	Evaluer le dispositif mis en place.....	60
3.4	La collaboration DSG/DSDIF : Un élément déterminant pour la cohérence des actions de développement de la qualité des écrits	60
3.4.1	L'alternance dans les formations paramédicales	60
3.4.2	La place des stages	61
3.4.3	Le tutorat :	61
CONCLUSION		63
BIBLIOGRAPHIE.....		65
LISTE DES ANNEXES.....		I

Liste des sigles utilisés

CME: Commission Médicale d'Établissement

CS Cadre de santé

CSP: Code de la Santé Publique

DCDPGR : Directeur de la Clientèle, des Droits du Patient et de la Gestion des risques

DSDIF : Directeur des Soins Directeur d'Institut de Formation

DSG : Directeur des Soins Gestion

D.S.S.I. : Direction du Service de Soins Infirmiers

H.A.S.: Haute Autorité de Santé

I.D.E : Infirmière Diplômée d'État

M-K: Masseur – Kinésithérapeute

MRQ : Médecin Responsable Qualité

INTRODUCTION

Dans le contexte hospitalier actuel, les écrits professionnels prennent une importance toute particulière, depuis notamment la loi du 4 mars 2002¹ relative aux droits du patient en matière de qualité des soins et d'information. Cette loi transforme désormais en obligation, les recommandations jusque là formulées par la Haute Autorité en Santé, concernant la gestion des informations relatives à la prise en charge des patients par les différents professionnels de santé. Le dossier du patient, son contenu, son évaluation, son archivage constitue un élément clé de cette loi. Le dossier de soins assure la traçabilité des soins.

Toute personne a donc désormais accès, à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges entre professionnels de santé.

La traçabilité de tous les actes réalisés, en vue de la prise en charge du patient constitue une obligation.

La réticence des soignants pour l'écriture est bien connue depuis longtemps. Mais aujourd'hui, la question devient plus aigüe à cause du besoin de traçabilité. Des établissements ont découvert l'importance de l'écrit à leurs dépens, notamment suite à des contentieux avec les usagers ou leurs familles. Nous citerons, à titre d'exemple, le cas d'un patient admis dans un établissement de santé et qui est décédé quelques temps après. La famille a saisi la justice suite au décès, estimant que la prise en charge n'a pas été efficace. L'établissement concerné a été confronté à de grandes difficultés pour apporter la preuve écrite, que tous les moyens ont été mis en œuvre pour garantir la qualité des soins et la sécurité du patient.

Par ailleurs, l'examen des 350 premiers compte rendu des visites d'accréditation montre un nombre important de cas où les experts visiteurs rappellent aux responsables des structures concernées, sous forme de recommandations ou de réserves, les efforts à réaliser dans le domaine précis des écrits dans le dossier du patient.

Et puisque comme l'exige désormais la loi, le dossier patient rassemble l'ensemble des informations relatives aux interventions de tous les professionnels, la question des écrits ne concernent plus aujourd'hui les seuls professionnels infirmiers. C'est tout l'hôpital qui est concerné et chaque acteur, médecin, infirmier, aide-soignant, masseur-

¹ LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la république française, 5mars 2002 ;

kinésithérapeute, rééducateurs, diététicienne...etc. ; à l'échelle de responsabilité où il se trouve, doit en appréhender les enjeux.

A un moment où on assiste à une judiciarisation des relations sociales, les écrits constituent donc plus que jamais, la preuve de toutes les réflexions qui ont été menées et de toutes les actions mises en œuvre, tout au long du parcours du patient.

Force est de constater, cependant, qu'en dépit des actions déployées depuis quelques années pour développer les écrits à l'hôpital, des difficultés persistent. Pourquoi ? Quels sont les obstacles, les réticences voire les résistances ? Qu'est ce qu'un écrit professionnel ? De quoi s'agit il précisément à l'hôpital ? Qu'apporte t-il aux malades, aux équipes soignantes, à l'institution dans le cadre de la réalisation de ses missions ? Pourquoi certains soignants écrivent et d'autres pas, ou peu, ou timidement ?

Dans un contexte d'exercice professionnel, chacun est-il libre d'écrire ou de ne pas écrire ? Chacun écrit-il quand il en a envie et comme il veut ?

Si nous admettons que c'est un acte professionnel, alors, quel dispositif l'organise, en garantit la bonne exécution et le suivi régulier ?

De nombreux auteurs ont mené des réflexions sur le sujet, des initiatives ont été prises ça et là. A voir d'ailleurs le nombre d'ouvrages et d'articles existants sur ce thème, on pourrait se demander pourquoi encore traiter un tel sujet. La réalité cependant est toute autre, en allant voir les choses de près. On pourrait presque dire que le sujet reste entier. Les écrits remplissent des fonctions vitales dans le dispositif interne des institutions et aussi dans leurs relations avec l'extérieur. Chacun sait aussi que la perception et donc la reconnaissance par les autres du travail d'une institution sont largement tributaires de la nature des écrits qu'elle produit.

Il y a donc, à première vue, un paradoxe, entre cette idée d'une insuffisance constamment réaffirmée du rapport des professionnels à l'écriture et la place réelle que tient cette activité dans le quotidien de l'exercice professionnel.

Ce paradoxe nous amène à quelques questionnements :

Quelles sont les principales représentations de cette activité parmi les différents groupes de professionnels ?

Comment cette activité est-elle mise en œuvre. Quels sont les processus de production de ces écrits ? Comment les professionnels vivent-ils cette activité d'écriture ? L'intègrent-ils dans leur activité auprès des patients et comment ?

Qu'en est-il enfin de l'usage fait par les écrits produits ?

Les professionnels infirmiers, plus spécifiquement sont très impliqués dans les pratiques d'écriture.

En dehors de son actualité, le choix d'approfondir la réflexion sur ce sujet est motivé par l'implication des directeurs des soins, qu'ils soient dans la gestion des soins ou dans la gestion de la formation des futurs professionnels de santé.

En tant que futur directeur des soins, directeur d'institut de formation en soins infirmiers, la compréhension du contexte hospitalier, des enjeux et des freins nous paraît essentielle, pour appréhender ce qui pose problème et tenter d'organiser en amont, un dispositif de formation, centré sur la problématique des écrits, afin de développer les capacités requises à l'appropriation de la pratique des écrits dans le cadre de l'exercice professionnel futur.

Nous souhaitons à travers ce travail interroger différents acteurs institutionnels concernés par ce sujet ainsi que leurs pratiques professionnelles.

L'objet du travail est d'explorer la question de recherche suivante :

Comment le directeur des soins peut faire comprendre l'importance de l'écrit pour des soins de qualité ?

Les hypothèses proposées sont les suivantes :

L'écrit, dans le dossier du patient, est indissociable de l'organisation, de la coordination et de la continuité des soins au sein d'une équipe pluridisciplinaire. r

De par la traçabilité qu'il améliore, l'écrit contribue à la qualité des soins et permet de prévenir tout contentieux

Une stratégie managériale, ciblée sur l'évaluation des pratiques d'écriture, peut contribuer à sensibiliser l'ensemble des acteurs, et favoriser l'appropriation de cette pratique.

La méthodologie retenue dans le cadre de ce travail s'appuie sur, une recherche bibliographique, une analyse des travaux réalisés sur ce thème, et des entretiens menés auprès de principaux acteurs dans trois établissements publics de santé. Les mots clés utilisés pour la recherche bibliographique sont : écriture professionnelle, traçabilité, qualité des soins, management et évaluation.

Dans une première partie, nous aborderons le cadre de l'étude, avec des apports théoriques sur l'écriture, les écrits professionnels et leurs intérêts, le cadre réglementaire, les concepts. En seconde partie, nous présenterons la méthodologie que nous avons choisie ainsi que l'analyse des résultats de l'enquête de terrain. Dans une troisième

partie, nous proposerons des pistes de réflexions ou propositions d'actions pour les professionnels du terrain et les étudiants en formation initiale.

1 PREMIERE PARTIE : LE CADRE DE L'ETUDE

1.1 L'écriture : Un peu d'histoire

L'écriture date de 5000 ans environ, le langage articulé de 40 000 ans²

Quel que soit le sens que l'on donne au mot écriture, il suppose l'existence de traces visibles et plus ou moins durables, disposées intentionnellement sur une surface.

Suivant les époques, les techniques de fixation de ces traces sont variées : gravure ou incision dans des matériaux solides (pierres, bois, cire etc.), dessins tracés à la main ou à l'aide d'un instrument (pinceau, plume, bille de stylo etc.), sur la surface plane d'un support (pierre ou bois de nouveau, mais aussi cuir, papyrus, papier etc. ; impression de caractères à l'aide d'une machine ; affichage lumineux sur un écran etc.

La condition nécessaire pour qu'on puisse parler d'écriture est que les traces aient un statut de symboles c'est-à-dire renvoient à un contenu notionnel connu à la fois de la personne qui a inscrit la trace et de celle qui la regarde.

1.1.1 Du jeton à l'alphabet

A partir de 1100 avant J-C, on utilise en Mésopotamie des jetons pour compter. Ils sont ensuite remplacés par des images qui se lisent comme un rébus. Ces dessins prennent peu à peu des formes abstraites : c'est l'écriture cunéiforme. Elle apparaît vers 3300 avant J.C. Peu après, les égyptiens inventent les hiéroglyphes. Vers 1500 avant J.C. apparaissent en Chine des signes qui sont les ancêtres des idéogrammes.

Mais ces systèmes sont très compliqués car peu d'hommes savent lire et écrire. Les Scribes gravent leurs signes sur des tablettes d'argile. En Egypte, ils écrivent à l'encre sur des papyrus. Les lettrés Chinois utilisent aussi l'encre, mais ils écrivent sur du bambou puis inventent le papier. En simplifiant les cunéiformes, les Phéniciens créent l'alphabet : 22 consonnes remplacent des milliers de signes et permettent de décomposer tous les mots en sons. Les Grecs améliorent le système en ajoutant des voyelles. Leur alphabet est ensuite transmis aux Romains. Il devient l'alphabet latin que nous utilisons.

Ainsi, depuis la nuit des temps, toutes les organisations humaines ont abordé la question de la traçabilité du langage en rapport au temps. Jean-jacques Rousseau en donnait aussi quelques pistes de réflexion: besoin de se confesser, désir d'auto-justification, nécessité de se connaître, quête de transparence, désir de témoigner...

² Lucien I. Cerveau droit, cerveau gauche, Plon, 1995

Le code écrit, les moyens de transmission ont structuré différents systèmes de communication. Les signes, signifiés signifiants permettent de déchiffrer, de décoder les données et participent à la culture.³

1.1.2 L'écriture est un processus de production d'une trace

« Sauvegarder un énoncé, telle est la fonction première et certainement essentielle de l'écrit. Les écrits restent, les paroles s'en vont ».

Bien plus que l'oral, l'écriture met en mémoire des faits temporels qui par définition sont éphémères ; l'écriture est stable et garant de pérennité, elle se prête à la consultation à distance, dans l'espace et le temps et permet un engagement durable sur des faits. L'écriture améliore les connaissances et élargit les aptitudes à la mémorisation ; elle permet par ailleurs une diffusion plus vaste que le seul langage oral.

Les circonstances et les situations sociales où l'on est amené à produire un écrit sont diverses. Elles donnent lieu à des types différents d'écrits dont les conséquences d'un point de vue communicationnel mais aussi cognitif sont tout à fait différentes.

Quand on écrit, la situation évoquée est absente, le récepteur aussi, la communication est différée. Dans certains cas, il n'y a pas d'interlocuteur précis, on s'adresse à un autrui général, abstrait, on parle pour tous. On doit donc se situer à un haut niveau d'explication, de conceptualisation et de décontextualisation. L'écrit permet à l'expérience d'abord intime et singulière, de s'ancrer socialement : Par son externalisation, la pensée s'élabore, se développe, se confronte à celle d'autrui.

1.1.3 L'écriture : un langage et un support de communication

Elle offre un moyen d'inscription sociale de l'individu, et de socialisation .Elle ne se réduit pas à une simple traduction du langage oral : celui-ci constitue une activité et une acquisition involontaires et non conscientes, alors que l'écrit est une activité volontaire, consciente et abstraite. D'un point de vue cognitif, l'écriture est un facteur de développement de la pensée, elle favorise la structuration mentale⁴. Faire une liste, un emploi du temps, un courrier etc. permet de s'organiser matériellement et psychiquement, en introduisant de la rigueur dans la perception du monde, le classement et la catégorisation des choses. Cependant, il n'y a pas une coupure absolue entre culture orale et écrite, mais il est clair que beaucoup de questions qui restent implicites dans les cultures orales deviennent explicites avec l'usage de l'écriture.

³ **VEGA MJ.** L écriture professionnelle, un processus professionnalisant au service de la personne soignée, in Soins Encadrement Formation n°31 , 3° trimestre 1999

⁴ **VYGOTSKY L.S.** Pensée et langage, éditions sociales, Paris, 1985 pour la trad. française

1.1.4 Les fonctions historiques de l'écriture

A priori il y a des hésitations quant aux origines exactes de l'écriture.

Pour les uns, elle ne pouvait se faire que chez un peuple agriculteur contraint de dénombrer ses troupeaux, ses ressources. D'autres y voient la structure d'une économie où le commerce joue un rôle prédominant.

Les documents écrits les plus anciens que nous avons pu voir, comprennent des inscriptions sur des jarres et des listes d'objets. Mais cette fonction utilitaire s'accompagne dès le début de l'écriture d'une fonction sociale. Les premières traces d'écritures représentent également des symboles puissants de pouvoir et d'autorité.

Il en est ainsi par exemple, des inscriptions monumentales de noms de chefs comme celles qui figurent sur des blocs de pierre découverts en Amérique Centrale ou sur des os à fonction divinatoire découverts en Chine.

Dès les débuts de la civilisation mésopotamienne, des documents commerciaux, des lettres, des lois, des rituels religieux et des textes littéraires étaient consignés par écrit.

En Amérique centrale, l'écriture fut longtemps réservée aux inscriptions sur les monuments royaux.

Dans la plupart des sociétés primitives ou antiques, l'écriture était peu répandue. Les scribes étaient souvent les seules personnes à savoir lire et écrire.

1.1.5 Peu diffusée, l'écriture était encore moins enseignée

Le pouvoir que la société reconnaît à l'écriture évolue au fil des temps et des civilisations.

En Chine, l'écriture représente le pouvoir créateur par excellence. En Mésopotamie et en Egypte, les dieux de l'écriture sont des dieux intermédiaires à la fois utiles et modestes.

En Inde, La parole possède une vertu liturgique irremplaçable, l'écrit n'y est donc guère estimé.

En Grèce, ce sont les hommes que l'écriture doit servir, exposée au cœur de la cité pour en rendre les lois publiques et les imposer à tous.

Ainsi, en devenant propriété des hommes, l'écriture affirme l'autonomie de l'individu et la conscience de soi.

1.1.6 Et l'oralité dans tout ça ?

L'oralité impose une certaine conception du temps, un autre recours à la mémoire, un investissement plus marqué du corps, une autre hiérarchie des perceptions (l'ouïe y jouant un rôle plus central que la vue), une importance plus évidente de la musique. Pour les sociétés encore marquées par l'oral, la possession par un individu de la littérature orale du groupe, lui confère à la fois un caractère sacré et un pouvoir dangereux ; c'est ainsi que les griots d'Afrique Noire sont, autant des poètes, qui vont de village en village chanter la mémoire commune, que des sorciers que l'on fréquente le moins possible.

Celui par qui la parole arrive semble toujours investi d'une partie du pouvoir immense qu'il véhicule. Raconter des histoires ne témoigne pas seulement d'une nécessité de se divertir et de rêver ; c'est aussi un moyen d'informer et de communiquer en transmettant de génération en génération la mémoire du groupe. La difficulté dans ce système selon GOODY Jack⁵ est que dans une culture orale, les choses changent tout le temps et personne ne s'en rend compte.

Au contraire, dans les sociétés dominées par l'écriture, la parole ne paraît plus chargée des mêmes pouvoirs, donc des mêmes procédures de légitimation.

1.1.7 De l'oralité aux supports de l'écriture

Longtemps, l'oralité a étendu son emprise sur le support du texte. Sur la feuille de papyrus, le scribe aligne les colonnes en parallèle mais le fait que le rouleau soit enroulé sur lui-même impose de sérieuses limitations à l'expression écrite. En effet, le lecteur lit de la première à la dernière ligne en le déroulant. Il a d'ailleurs besoin de ses deux mains pour accomplir ce geste qui ne lui permet pas de prendre des notes.

L'avènement du codex dans l'empire Romain au IV^{ème} siècle, permet au scribe d'écrire des deux côtés. Ici, les feuilles fermées et repliées forment ce que nous appelons aujourd'hui un cahier ou un livre.

Les milieux chrétiens sont les premiers à adopter le codex surtout pour répandre le texte de l'évangile.

L'élément nouveau introduit par le codex, est la notion de page qui permet d'échapper à la continuité et à la linéarité du rouleau.

Ainsi, le codex est le livre par excellence, sans lequel notre civilisation n'aurait pu atteindre son développement dans la quête du savoir et la diffusion des connaissances. Il s'agit d'une mutation capitale dans l'histoire du livre, car elle atteignait le livre dans sa forme et obligeait le lecteur à changer complètement son attitude physique⁶. En libérant la main du lecteur, le codex lui permet de n'être plus le récepteur passif du texte mais de s'introduire à son tour dans le cycle de l'écriture, par le jeu des annotations. Alors que le papyrus s'enroulait sur lui-même, le codex peut rester ouvert à double page qui peut être exposée à la vue de tous et permet au texte de cohabiter avec les images.

1.1.8 Pourquoi doit-on écrire ?

Laisser la trace du travail réalisé en tant qu'agent de l'hôpital n'est plus un acte facultatif. C'est un acte professionnel. En tant que tel, l'écrit est indispensable pour s'assurer qu'on

⁵ GOODY J. De l'oral à l'écrit, in Sciences Humaines n° 83, Mai 1998

⁶ BONNIN N. Du soin de l'écriture à l'écriture du soin. Mémoire institut de formation des cadres de santé. Chu de Dijon, 2000.

est bien dans une démarche qualité, que la continuité des soins est assurée, et que le patient est effectivement pris en charge en toute sécurité. Ce sont les traces des actes qui l'attestent et non les affirmations orales des uns et des autres.

L'écrit est indispensable pour avoir ce regard constant sur ce qui se fait, pour analyser les pratiques, questionner leur sens et leur utilité, tirer les leçons des expériences, en bien ou en mal pour prendre en temps utiles les décisions qui s'imposent. Il sert aussi à exonérer de responsabilités en cas de contentieux car, rien ne peut être plus frustrant à notre avis pour un professionnel, que d'être sanctionné pour un travail réalisé, simplement parce qu'il ne peut en rapporter la preuve écrite. La loi l'exige, on doit le faire avec professionnalisme c'est-à-dire, avec toute la rigueur requise, pour que ce soit un écrit opérationnel, utilisable par tous les membres de l'équipe soignante, un écrit qui donne du sens à l'action. C'est en définitive, de notre point de vue, une question de crédibilité, un acte d'engagement et de conscience professionnelle.

Ainsi conçu, l'écrit à l'hôpital concerne trois bénéficiaires potentiels : le patient, les équipes soignantes, l'hôpital tout entier dans ses relations quotidiennes avec les usagers.

1.1.9 Nos rapports individuels à l'écrit

Les rapports à l'écrit sont différents d'un individu à l'autre. Certains aiment écrire et s'engagent volontiers dans des métiers où l'activité d'écriture est importante. D'autres ont des rapports plus distanciés avec l'écrit, ce qui se manifeste même dans leurs relations sociales ; écrire à des proches, à des amis, à sa famille constitue une contrainte.

Les moyens de communication dans notre société aujourd'hui sont diversifiés, chacun choisit le moyen qui lui convient.

Avec le développement des nouvelles technologies de la communication, le rapport à l'écrit s'est modifié. Nous citerons l'usage du téléphone portable, de l'Internet avec la messagerie instantanée où de plus en plus de gens, ne font plus preuve de rigueur dans leurs écrits. « La culture SMS » s'est vite répandue, ça va vite, pas besoin de s'appliquer outre mesure. L'essentiel, c'est d'être compris. Si les émetteurs savent ce qu'ils ont écrit, le décryptage n'est peut être pas toujours évident pour le récepteur. « Un code SMS » a été d'ailleurs publié pour aider chacun à s'y retrouver. Ainsi va la communication écrite et presque tout le monde s'y met

Ce style d'écrit se retrouve à l'école primaire, au collège voir au lycée.

C'est dans ce contexte social, que chacun doit faire face à la dure réalité des exigences du milieu professionnel.

Avec les départs à la retraite annoncés ça et là dans divers secteurs d'activités dont l'hôpital, que seront les pratiques d'écriture demain ?

L'hôpital, déjà confronté à sa culture orale historiquement connue, doit donc écrire ce qu'il fait et les choses ne vont pas sans mal.

Comment préparer les futurs soignants à cette réalité ?

1.1.10 Les obstacles à l'écrit

Le passage à l'écrit est une épreuve. Ecrire, c'est expliciter la pensée, se dévoiler, se dire. Quand on écrit, on fige les choses. Le rapport à l'écrit suscite de la crainte, de la résistance, car c'est un risque à prendre. La logique de l'écrit n'est pas celle de l'oral. Elle n'autorise pas à laisser les idées ou les phrases en suspens. La souffrance qu'éprouvent les auteurs inexpérimentés est là pour dire combien cet effort pour dérouler complètement sa pensée est nécessaire⁷.

La difficulté rencontrée peut être générale et massive, elle peut affecter sélectivement tel ou tel type de situation. Cela explique, que la difficulté d'écrire varie pour une même personne selon ce qui est attendu d'elle.

Pour Chantal Deschamps⁸, il y a trois principales difficultés lors d'une démarche d'écriture :

« Le retour sur soi qu'implique l'écriture : Ce retour s'accompagne d'une recherche de cohérence, de sens. Pour quelqu'un qui a toujours été dans l'action, cela signifie se poser et réfléchir ».

« Parvenir à être vrai en disant les choses telles qu'elles se sont passées, mais sans en dire trop. Cela pose la question des limites, de ce que l'on peut dire car il ne faut ni exagérer des propos ou une situation, ni les sous évaluer »

« Ne pas tomber dans l'émotion, car ceci peut avoir des conséquences sur le lecteur. Il faut réussir à trouver son angle d'attaque. »

Ecrire n'est donc pas un exercice facile, chacun de nous peut être confronté à des difficultés dont il faut avoir conscience pour pouvoir évoluer dans sa pratique professionnelle.

1.2 Ecriture professionnelle : de quoi parle t-on?

On entend par écriture professionnelle toute pratique qui vise par le biais de la formulation écrite à donner à voir un élément de la pratique professionnelle. La spécificité de l'écriture professionnelle est sa valeur de réflexivité

Cet écrit est une trace laissée par un professionnel qui peut être lue par d'autres.⁹ L'écriture est un outil de représentation de l'activité et dépend du cadre contextuel. L'écrit permet de mémoriser les actes.

⁷ JOBERT G. « Ecrire, l'expérience est un capital » Education permanente, n° 102,1990

⁸ DESCHAMPS Ch. « Quels obstacles à l'écriture ? ». Infirmière magazine° 202 – Février 2005

⁹ PILOTTI A L écriture connectée des masseurs kinésithérapeutes Hospitaliers ; Mémoire de DEA en sciences de l'éducation Université de Paris VIII Octobre 2004

La question de l'écriture dans un contexte d'exercice professionnel n'est pas nouvelle en soi. Si l'on accorde une telle importance à l'écriture professionnelle, c'est que l'on accepte un certain nombre de postulats :

1.2.1 L'activité d'écriture favorise la structuration de la pensée

Elle permet d'accéder à un niveau supérieur de réflexion et d'organisation cognitive. Toutefois, l'écriture peut remplir des fonctions multiples et différentes, et toutes les formes d'écritures ne jouent pas le même rôle sur la structuration de la pensée.

1.2.2 L'écriture professionnelle est réflexive

Elle suscite une parole sur le faire, permet de passer de la pratique à sa formalisation. Elle aide dans l'après coup à la conscientisation des actions. Elle permet le jugement, la distanciation critique, la décontextualisation. L'écrit est matériellement concret, on peut le reconnaître, le critiquer, le modifier.

Cette écriture oblige le professionnel à reconsidérer ses actes et à revisiter sa technicité au travers de l'écriture. Pour Michèle LACOSTE, « le recours massif à l'écriture, l'utilisation d'écrans et de médiations informatiques s'accompagnent d'une intellectualisation du travail¹⁰.

Par ailleurs, l'écriture permet de relativiser l'expérience : mettre en mot, c'est prendre conscience de la multiplicité des réalités, c'est se confronter à l'écart entre une chose (un signifié) et les énoncés de cette chose (les signifiants). Ecrire permet de comprendre la distance entre le réel et sa représentation par exemple graphique. On prend ainsi la mesure de sa propre intentionnalité et de ses possibilités d'action sur le monde et on développe par conséquent un sentiment de contrôle et de responsabilité vis-à-vis de ses actions et des événements auxquels on se confronte. Puisque c'est de soi-même que vient la signification des choses, on peut soi-même agir pour les transformer. En ce sens, l'écriture est un facteur de responsabilisation, dimension essentielle de la professionnalisation¹¹.

1.2.3 L'écriture, un outil de formation professionnalisante

Selon la conception moderne de la professionnalité, l'écriture professionnelle tient une place essentielle dans le processus de formation : elle favorise la construction d'une capacité à analyser sa pratique, perçue aujourd'hui comme une compétence fondamentale. Le professionnel réflexif a besoin d'analyser les situations qu'il rencontre,

¹⁰ LACOSTE M. Peut-on travailler sans communiquer ? Langage et travail, communication, cognition, action, FRAENKEL B et BORZEIX Anni (dir.), Paris, CRNS éditions, 2001, p31

de prendre de la distance par la conceptualisation de ces situations. La mise en perspective de la pratique professionnelle implique de faire des choix parmi différentes pistes explicatives. L'activité d'écriture peut ainsi préparer à l'activité professionnelle

1.2.4 L'écrit professionnel, un écrit fonctionnel

L'écrit fonctionnel suppose qu'il contienne toutes les informations utiles pour que son destinataire bénéficie d'une compréhension immédiate sur le contenu du message et la situation de communication sans recourir à un auxiliaire. Un message réussi est auto suffisant.¹²

L'écrit professionnel a des exigences, des contraintes, de la rigueur Le défaut d'écrit peut avoir des conséquences pour l'institution et ses usagers.

1.2.5 Un enjeu identitaire fort

Dans un milieu pendant longtemps dominé par une culture orale, écrire sur ses pratiques professionnelles pose un enjeu identitaire fort Ce type d'écrit engage la personne et rend lisible l'identité professionnelle de l'auteur qui devient dès lors porteur de l'étiquette « innovateur ». De ce fait, la pratique de l'innovation et sa visualisation par écrit, peuvent apparaître comme un modèle à haut risque.

1.2.6 Ecrire pour formaliser le savoir

Chaque discipline possède un corpus de connaissances qui permet de l'identifier comme une entité unique. Il y a donc nécessité, de fonder ses pratiques sur des savoirs mais aussi de générer des savoirs à partir de ses pratiques.¹³

L'écriture est un acte de mémoire qui permet de construire des savoirs et une identité.

La formalisation des savoirs n'est pas une finalité, c'est un moyen pour les professionnels concernés, de garantir la qualité de leurs pratiques. Une profession doit pouvoir s'appuyer sur les écrits de tous ceux qui la composent. Mais si ces pratiques ne sont pas consignées par écrit, qu'en adviendra t-il ?

L'histoire met en évidence les relations qui existent entre le développement des grandes religions, du commerce, des administrations et l'usage de l'écriture.

L'écriture est un moyen de transmission des connaissances. Ainsi, le fait de disposer d'ouvrages capables de rappeler l'état du savoir dans n'importe quel domaine, représente une expansion indiscutable des possibilités humaines. L'idée de savoir, suggère qu'une

¹¹ BAILLAT G, AROQ C, BOUISSOU C, BRAU-ANTONY C. Les différents écrits professionnels ; Bordas pédagogie, Paris, 2001,129p.

¹² GALLET M.A, AMORE M., Ecrit professionnel efface, identité gommée. Soins Encadrement Formation n°31 3^{ème} trimestre 1999

¹³ DEBOUT C. Ecrire pour formaliser le savoir infirmier. Soins n° 692, janvier /février 2005

société conserve, fasse circuler certains documents et légitime certaines connaissances. Selon Jack GOODY, la différence entre les cultures écrites et les cultures orales n'est pas une question de niveau d'intelligence, mais est liée à la présence ou à l'absence des instruments avec lesquels les intellectuels travaillent. Si on ne dispose pas de l'écriture, il est plus difficile de construire une connaissance systématique. En opposition au discours oral qui ne laisse pas de traces, l'écriture représente une façon de mesurer les faits et la précision de la mesure est un aspect important des systèmes de savoirs.

Si l'écriture occupe une large place dans l'histoire, c'est parce que c'est tout naturellement aux mots que l'on confie le savoir depuis des siècles.

L'écriture est la représentation de la pensée par des signes graphiques conventionnels, elle nous intéresse ici en tant que moyen de sauvegarde et de transmission des connaissances.

.

1.3 De la parole aux écrits à l'hôpital

La communication est devenue un des maîtres mots de notre société. Les nouvelles technologies permettent à un individu seul, chez lui, assis dans son fauteuil, d'accéder au monde entier à travers le prisme médiatique. La population qui a accès à l'information demande plus de renseignements et de preuves. L'accès à l'information et à la communication est devenu un des paramètres importants pour toutes les entreprises. La communication vers les usagers qui demandent des informations et des garanties devient un point important dans la politique hospitalière.

Ainsi, la communication intra hospitalière se transforme sous l'effet de cette pression sociale. L'organisation de l'hôpital se modifie en conséquence. Le travail ne se limite plus à des techniques de soins localisées spatialement, mais il y a un « passage de l'interindividuel au collectif ¹⁴ ». Les équipes soignantes ne sont quasiment jamais réunies au complet dans un même espace-temps (infirmières différentes selon les équipes de jour et de nuit, aides soignantes, médecins, diététiciennes, masseurs-kinésithérapeutes....). Ce fait n'est pas nouveau, mais les transmissions d'informations suivent aussi les évolutions de la société et de la technologie. Cette communication fait partie de l'organisation hospitalière. Les transmissions ne sont pas seulement des diffusions individuelles d'informations autour du patient mais sont aussi collectives, pour cette communauté de soignants.

¹⁴ GROSJEAN M, LACOSTE M. Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital, Paris, Presses universitaires de France, 1999, p8

L'hôpital se transforme, s'agrandit. L'information doit donc être accessible à tous les professionnels qui gravitent autour du malade pour une bonne coordination des soins. Avec la mise en place des 35 heures, le temps accordé aux transmissions orales lors des changements d'équipe a été restreint, pourtant ça joue dans le processus des soins¹⁵.

L'organisation des soins se fait en continu et collectivement car le dossier du patient est composé d'écrits émanant de tous les soignants médecins, infirmiers, radiologue, masseurs-kinésithérapeutes, rééducateurs etc.

Alors que les écrits sont devenus une obligation, certains professionnels restent encore dans l'oralité. Mais il faut reconnaître que le passage se fait progressivement. Il s'agit du passage d'une communication interpersonnelle à une communication collective « communiquer dans le travail s'est révélé une activité complexe, souvent problématique, riche de sens qui met en jeu des rapports de place, des connaissances, des identités professionnelles, des mondes sociaux et des langages. (...). Les moyens, les fonctions, les effets n'en sont pas les mêmes¹⁶. Les rapports entre communication orale et écrite se transforment du fait des modes de gestion hospitalière qui évoluent et de la nécessité de laisser des traces¹⁷. Tout ceci tend à privilégier l'écriture à l'hôpital.

L'histoire de la profession montre à quel point ses écrits ont évolué selon le rôle que la société attendait de l'infirmière. Cette dernière confrontée à la nécessité d'écrire pour échanger son savoir s'est heurtée au poids que représentait son passé de tradition orale. Le monde infirmier est resté longtemps peu soucieux de ses origines, le regard orienté vers l'avenir. Il ne voyait pas l'intérêt de conserver des ouvrages pouvant interroger un passé dont il continue à subir les profondes mutations¹⁸.

1.3.1 Les écrits de la direction des soins

La question des écrits doit se lire dans l'histoire globale des professionnels paramédicaux des hôpitaux, qu'ils soient infirmiers, médico techniques ou rééducateurs. Elle se pose dès la mise en place du service infirmier avec l'obligation faite à l'infirmier général, responsable du service infirmier de rédiger un rapport annuel d'activités remis au chef d'établissement.

¹⁵ GRIMELLET M. Malaises en blouses blanches, Libération, emploi, janvier 2004.

¹⁶ LACOSTE M. Peut-on travailler sans communiquer ? Langage et travail, communication, cognition action, FRAENKEL Bet BORZEIX, Paris, CNRS éditions, 2001, p22.

¹⁷ GIRIN G. Problèmes du langage dans les organisations, dir. CHANLAT J-F, Presses de l'université de Laval/E ska, 1990, p43

¹⁸ LACOUR F. Du fil à l'aiguille, l'écriture professionnelle, une expérience collective, in Soins, encadrement formation n°31, troisième trimestre 1999 ;

D'une manière globale, jusqu'au début des années 1970, on constate que les écrits sont rares. La culture orale est forte et les informations relatives à la prise en charge du patient sont contenues dans un dossier constitué essentiellement des données médicales, où l'on retrouve peu de données sur la prise en charge infirmière ou soignante en général.

Cette anomalie a été corrigée dans les années qui ont suivi, avec la loi du 31 mai 1978¹⁹ qui a conféré un rôle propre à l'infirmière et les décrets du 12 mai 1981 et 17 juillet 1984²⁰ relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

C'est dans cette mouvance que se sont mis en place, au ministère de la santé, des groupes de travail qui ont rédigé les Guides du service infirmier, véritables premiers écrits officiels des professionnels infirmiers. Le premier de ces guides était consacré au « Dossier de soins infirmiers ». Il consacrait donc, de façon tout à fait officielle, un support permettant aux infirmiers de mentionner les soins réalisés, d'élaborer des plans de soins, puis des démarches de soins. Ce dossier, en venant compléter le dossier médical, préfigurait l'ébauche d'un dossier patient qui comprendrait l'ensemble des informations relatives à sa prise en charge.

Si l'apparition du dossier de soins infirmiers a été diversement vécue par les acteurs hospitaliers, il faut reconnaître aujourd'hui que c'est incontestablement le support qui a permis le passage très difficile de cette culture de l'oral à la culture de l'écrit et permis cette sortie de l'invisibilité²¹. On pouvait craindre une balkanisation des informations concernant le patient et, dans de nombreux établissements le dossier de soins n'a jamais été intégré au dossier médical. Le corps infirmier a lui aussi été très divisé sur cette question. Un tel contexte n'a pas été très favorable au développement des écrits dont le dossier de soins constituait le support.

Le dossier de soins s'est donc mis en place de façon très progressive et les équipes soignantes l'ont utilisé de manière très variable, à l'image du rôle propre qui est souvent resté un concept, sans réelle appropriation par les infirmiers.

De nombreux autres guides ont été rédigés sur des thématiques diverses telles que la charge de travail et les indicateurs d'activités, les soins infirmiers en santé mentale, le rapport d'activités de la DSSI, le système d'information en soins infirmiers.

¹⁹ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant le code de la santé publique

²⁰ Décrets n°81-539 et n°84-689

²¹ ACKER F. Sortie de l'invisibilité, « le cas du travail infirmier », Cognition et information e société, Paris, raisons pratiques, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, 1997, dir. CONEIN B. et THEVENOT L, p73

1.3.2 Crayon ou souris ?

L'informatisation de notre société amène du changement dans les pratiques quotidiennes. Avec l'entrée des nouvelles technologies dans les hôpitaux et l'informatisation du dossier patient, ce sont des pratiques qui se modifient. L'écriture informatique est encore plus normée et codifiée que ne pourrait l'être celle du papier.

L'informatisation progressive de l'hôpital modifie le rapport à l'écriture. Mais l'informatique signe-t-elle pour autant la disparition du support papier ? C'est un peu la même question que se sont posés les éditeurs avec l'apparition d'Internet et de l'informatique. Aujourd'hui, les libraires se plaignent d'être submergés par les romans et de manquer de place dans leur librairie²².

D'un point de vue réglementaire, qu'il s'agisse du crayon ou de la souris, l'important dans le contexte hospitalier actuel, c'est la traçabilité des actes. L'outil informatique renforce la traçabilité et la responsabilité individuelle des professionnels ; il permet d'éviter les recopiations intempestives, sources de perte de temps et d'erreurs. Son utilisation suscite néanmoins des réticences et des craintes comme c'est déjà le cas pour l'écriture manuscrite. Si on se réfère au schéma décrit par Monceau²³ qui comprend trois moments : un moment défensif où la résistance est une façon de se protéger, un moment offensif, où la résistance se fait en opposant un autre projet alternatif et enfin un moment intégratif, où la résistance va tendre à disparaître en intégrant des projets avec l'institution, nous pouvons dire, que les soignants sont dans un moment intégratif. Ils s'impliquent dans l'écriture avec les difficultés que cela comporte encore aujourd'hui.

1.4 Revue de la littérature sur l'analyse des écrits du dossier de soins

Les observations directes menées sur le terrain dans différents services de soins sont nombreuses.

Certaines rapportent que les transmissions écrites, réalisées par les IDE dans les dossiers de soins des patients relèvent souvent d'une pratique routinière et banalisée. Il y a nécessité d'un langage plus explicite, répondant à la fois à la responsabilité de l'auteur de la note, à la compréhension de la note et à son inscription en tant que marque de respect du patient et de sa trajectoire dans l'institution²⁴

²² PILOTTI A. L'écriture comme analyseur des implications professionnelles du praticien masseur-kinésithérapeute hospitalier, op. Cit.

²³ MONCEAU G. Innovation, institution, résistance. L'innovation, levier de changement dans l'institution éducative, Ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, La chapelle Montligeon, 1999, pp.106-118.

²⁴ MULLER R, RAE AC, « quelle qualité du langage dans les dossiers de soins ? ». Soins - n° 692- janvier/ Février 2005

Les écrits sur les feuilles d'observation du dossier de soins présentent un aspect fragmentaire. Les transmissions inter équipes sont essentiellement orales, avec les approximations, les déformations, les risques d'erreurs, les oublis que cela implique. Les transmissions infirmières écrites sont quantitatives ou rapportent des éléments pathologiques sommairement décrits. Les aspects qualitatifs du soin (réactions du patient, amélioration etc.), son évaluation, en sont la plupart du temps absents.²⁵ De nombreuses raisons sont souvent évoquées pour rester dans la culture orale : les temps de transmissions orales prévus dans l'organisation du travail permettent les échanges et la continuité de la prise en charge. Dans ce cas, pourquoi écrire ? Le manque de temps est également un des motifs évoqués, mais aussi la crainte du jugement des autres, la difficulté à mettre les choses en mots. La finalité des écrits n'est pas toujours bien perçue par les équipes. Pour qu'ils continuent d'écrire, il faut que ce soit pris en compte, reconnu et valorisé par le cadre infirmier et le médecin du service.

Parfois, les médecins lisent rapidement les dossiers de soins et ne prennent en compte que les données purement médicales. Cela peut expliquer que bon nombre de dossiers ne contiennent que des données comme des chiffres de tension artérielle par exemple. Ces transmissions très ciblées sont toujours en lien avec la pathologie.

Pour certains professionnels, l'écriture tue la parole : plus on écrit, moins il y aurait de place pour l'échange. Bon nombre de soignants estiment que l'écriture devrait être réduite à l'essentiel depuis notamment la loi du 4 mars 2002 où les professionnels infirmiers craignent que si leurs écrits sont trop importants, ou trop précis, ils soient source de difficultés en cas de contentieux. Les difficultés recensées au niveau des notes concernent aussi la chronologie de l'écrit, la lisibilité de ce qui est écrit, le soin apporté, la rigueur rédactionnelle, la compréhension, de nombreuses abréviations dont certaines amputent le nom du médicament administré au patient, des symboles variant d'un soignant à l'autre. Les actes de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie sont peu transcrits, les soins éducatifs et relationnels font rarement l'objet de transmission écrite etc....

1.5 Le cadre réglementaire et les recommandations

1.5.1 Le dossier du patient

Le dossier est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé. Le dossier est un élément

²⁵ BARBIER M., TESSIER-HELIE C. L'écriture infirmière : outil de qualité des soins à développer ? Gestions hospitalières, août /septembre 2004

dynamique constitué pour être le support de l'ensemble des informations recueillies à l'occasion de la prise en charge du patient. Ses composantes administratives et soignantes intègrent des éléments communs et partagés.

Le dossier contribue à la prise en charge optimale du patient et notamment à la continuité l'efficacité, la sécurité des soins. Il doit permettre une information circulante produite par responsables clairement identifiés ou identifiables, organisé selon un classement défini sur des supports en bon état, et répondre à des règles précises d'organisation.

C'est à l'occasion du premier contact du patient avec l'établissement de soins (consultation externe ou hospitalisation) qu'il est mis en place. Il s'enrichit ensuite de la trace des interventions des différents professionnels rencontrés par le patient au cours de son parcours dans l'établissement de santé. Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. La bonne tenue du dossier est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité. Le dossier permet des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Le dossier répond à une réglementation précise ; dans des conditions définies, il est accessible aux soignants, à d'autres professionnels²⁶ mais aussi aux patients.²⁷

Déjà encadré par la réglementation prise en application des lois hospitalières de 1970 et 1991, la loi du 4 mars 2002 a récemment précisé et modifié de façon importante les règles relatives au dossier du patient. Les nouvelles règles sont codifiées dans le code de la santé publique (Annexe 1). Le code aborde notamment 4 éléments touchant à la gestion du dossier patient : l'obligation de constitution du dossier, son contenu, la protection des informations concernant les patients (confidentialité, secret professionnel) et la communication des informations aux patients.²⁸

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

Suite à la loi du 4 mars 2002, l'obligation de constitution d'un dossier médical pour chaque patient hospitalisé dans une structure hospitalière publique ou privée a été

²⁶ La notion de professionnel de santé recouvre les professionnels suivants selon le code de la santé publique : médecin, chirurgien dentiste, sage-femme, pharmacien, préparateur en pharmacie, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien lunetier, diététicien,

²⁷ HAS : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient, réglementation et recommandations. Service évaluation des pratiques, juin 2003

²⁸ GLORIEUX Ph. Du dossier de soins au dossier patient : Un enjeu pour le directeur des soins. Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2004

confirmée par décret²⁹ et repris en 2003 dans l'article R1112-2 du CSP³⁰ (Annexe 1 pp VI-VII) :

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

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

Le contenu du dossier du patient en établissement de santé doit comporter un minimum de pièces qui sont définies précisément par la réglementation :

L'article 9 du décret du 29 avril 2002 issu de la loi du 4 mars 2002 modifie l'article R. 710-2-2 du CSP. Cet article est repris sous le n° 2003-462 du 21 mai 2003. Il précise le contenu minimum du dossier médical :

Article R. 1112-2 du CSP :

« Le dossier contient au moins les éléments suivants ainsi classés :

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

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

²⁹ Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 article 9(JO du 30 avril 2002)

³⁰ Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 (JO du 27 mai 2003)

- n) le dossier de soins infirmiers ou à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers
- o) les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé
- p) les correspondances échangées entre les professionnels de santé

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie
- b) la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie
- c) les modalités de sortie (domicile, autres structures)
- d) la fiche de liaison infirmière

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Dans le cadre de la possibilité désormais offerte au patient par la loi du 4 mars 2002, d'accéder à son dossier, cette loi précise que seules les informations énumérées aux 1° et 2° sont communicables.

Cette énumération n'est pas exhaustive , le dossier pouvant aussi comporter d'autres documents tels que les copies des certificats médicaux, les procès verbaux d'autopsie et tous les documents permettant la traçabilité des actions et de l'information du patient concernant les nombreuses vigilances..

B) La protection des informations

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

Le code de déontologie médicale³¹ impose le secret médical à tous les médecins :

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

De même, les règles professionnelles des infirmiers et infirmières³² et le code de déontologie des sages-femmes³³ font obligation à ces professionnels de santé du respect du secret professionnel.

³¹ Décret du 6 septembre 1995, article 4(JO du 08/09/95)

³² Décret n° 93-221 du 16 février 1993, article 4(JO du 18/02/93)

³³ Décret n° 91-779 du 8 août 1991, article 3, (JO du 14 /08/91)

L'article L 11110-4 du CSP étend cette obligation à tous les autres professionnels de santé. Ce même article précise, que le secret est par principe partagé entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et la continuité des soins du patient.

C) La communication des informations aux patients

La loi du 4 mars 2002 a introduit dans le code de la santé publique (article L.1111-7) la possibilité à toute personne d'accéder directement aux informations concernant sa santé. Cet accès était jusqu'alors fait par l'intermédiaire d'un médecin : Dans le domaine hospitalier cette règle est rappelée par l'article L. 1112-1 du CSP.

L'arrêté du 5 mars 2004³⁴ a intégré les recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de communication des informations aux patients complétant ainsi le dispositif législatif et réglementaire.

D) L'informatisation des données de soins

La valeur juridique de la forme électronique de l'écrit a été reconnue en 2000 par l'article 1316-3 du code civil³⁵.

« L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier ». Mais l'utilisation des technologies informatiques pour la gestion des données comme le rappelle l'article L 1110-4 du CSP (alinéa 4) est soumis aux règles de confidentialité.

1.5.2 Le dossier de soins infirmiers

L'écrit infirmier est une obligation légale. Depuis 1978, les textes réglementaires ont incité à la constitution du dossier de soins infirmiers. Le recueil et la transcription des données et actes de soins dans le dossier de soins infirmiers sont intégrés dans le rôle propre de l'infirmière depuis le décret de 1984 ; Cette base réglementaire est complétée en 1985 par la publication au Bulletin officiel du Guide du service de soins infirmiers, le premier de la série éditée par le ministère chargé de la santé, consacré au dossier de soins. Le dossier de soins est défini dans cette publication comme « un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Ce dossier a pour but d'améliorer la qualité des

³⁴ Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès

³⁵ Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 (JO du 14/03/2000).

soins, efficacité, continuité, sécurité, l'organisation des soins . »³⁶ . Ce principe est repris par le décret du 11 Février 2002³⁷ avec l'obligation faite du recueil et de la transcription des données et des actes de soins dans le dossier de soins infirmiers dans l'article 3 :

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

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

Recueil des données (article 5)

Paramètres servant à la surveillance (article 5)

Compte rendu d'exécution des actes écrit, daté et signé (article6)

Protocole de traitements antalgiques (article 7)

Compte rendu des actes réalisés en urgence sur la base des protocoles de soins d'urgence (article 13). Son intégration dans le dossier patient confirmée par le décret du 21 mai 2003 (Article R1112-2 du CSP) vient renforcer le caractère obligatoire de la tenue du dossier de soins.

La loi oblige ainsi l'infirmier à noter dans le dossier de soins toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé, les diagnostics infirmiers, les observations pendant le séjour, les feuilles de transmissions infirmières, les interventions de soins, les fiches de liaisons interservices, la fiche de synthèse élaborée à la sortie du patient et la fiche de liaison pour les modalités de suivi.

1.5.3 Les normes de qualité touchant le dossier de soins infirmiers

Parallèlement à la réglementation, les normes de qualité éditées par le Ministère de la santé en 2001³⁸ (Annexe 2) rappellent cette obligation de tenue du dossier de soins infirmiers et en précisent le contenu et les modalités de gestion.

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

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

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

³⁶ Guide du service infirmier n°1 , Série « soins infirmiers » . Bulletin Officiel du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux, BO n°8517 BIS, 1985,p2

³⁷ Décret 2002-194 du 11 Février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article 3(JO du 16 Février 2002)

³⁸ Soins infirmiers ; normes de qualité, Guide du service de soins infirmiers, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2^{ème} édition, septembre 2001

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

- L'infirmière dispose d'un guide d'utilisation du dossier de soins infirmiers
- Le service de soins est organisé de façon à garantir la protection de l'accès aux informations contenues dans le dossier infirmier. »

Le dossier de soins est transversal au processus de recueil des données. Il recueille les données initiales à l'issue de l'entretien mais aussi toutes les informations recueillies par les personnels soignants pendant le séjour. Il retrace la démarche de diagnostic infirmier :

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

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

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

On voit à travers ces normes, l'importance du contenu du dossier de soins en tant qu'outil d'organisation des soins et instrument de traçabilité des actes. Il est un gage de la qualité de prise en charge du patient. Le dossier de soins, lieu de mémorisation de la démarche de soins, témoigne dans les écrits de la cohésion du groupe, la cohérence de l'action, du niveau de collaboration de chacun des professionnels dans les projets de soins engagés.

1.5.4 Les autres dossiers de soins paramédicaux

Les informations ayant trait aux soins dispensés par les professionnels de santé tels que les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciennes, les pédicures podologues, les orthophonistes, etc. doivent être retrouvées dans le dossier du patient (article R. 1112-2 du décret n° 2003-462 du 21 mai 2003).

La traçabilité des actes s'impose ainsi aujourd'hui, au sein des équipes, à chaque professionnel qui intervient dans la prise en charge du patient.

1.6 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant le dossier patient

C'est le manuel d'accréditation de l'ANAES (actuelle Haute Autorité de Santé) qui en 1999 dans son référentiel « Dossier du Patient » (Annexe 3), met en avant la nécessité de regrouper l'ensemble des informations avec la notion de dossier patient unique : « le dossier du patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins. Il comporte l'ensemble des informations concernant le patient, qu'elles soient administratives, sociales, médicales ou paramédicales³⁹. »

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

Mise en œuvre du dossier patient : (DPA 1)

Association des instances à la définition et à la mise en œuvre (DPA 2)

Confidentialité ; (DPA 3)

Fiabilité des informations ⊕(DPA 4)

Coordination de a prise en charge (DPA 5)

Accès aux informations ⊕(DPA 6)

Evaluation et amélioration continue (DPA 7)

Par ailleurs, le manuel d'accréditation a été actualisé en 2003 afin d'intégrer les évolutions du cadre réglementaire et notamment la loi du 4 mars 2002. Cette version de juin 2003⁴⁰ apporte plus de précision et intègre dans la référence DPA (DPA 5) des modifications intégrant « les informations relatives aux soins infirmiers ou dispensés par d'autres professionnels de santé » (DPA 5c) et la fiche de liaison infirmière dans le dossier du patient.

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

Référence 4: « Une politique du dossier patient est définie collectivement pour l'ensemble des secteurs d'activité. »⁴¹

C'est dans ce contexte que parallèlement l'HAS a publié un nouveau guide d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé en juin

³⁹ HAS : Manuel d'accréditation des établissements de santé. Direction de l'accréditation, 1999,p45

⁴⁰ HAS. Manuel d'accréditation des établissements de santé Actualisation, Direction de l'accréditation, juin 2003, p53

2003⁴² « Dossier patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations. ». Ce guide propose une démarche méthodologique très complète d'évaluation du dossier patient touchant à la fois la gestion générale du dossier patient dans un service ou établissement (29 critères) et la tenue des dossiers eux-mêmes (98 critères).

1.7 Le bilan des premières visites d'accréditation

L'étude réalisée par la Fédération Hospitalière de France et publiée sur Internet⁴³ (Annexe 5) portant sur les 350 premiers établissements publics et privés ayant eu la visite d'accréditation met clairement en évidence la place du référentiel DPA dans les recommandations et réserves. Dans cet échantillon le secteur public avec 134 établissements représente 38% de l'effectif et le secteur privé avec 216 établissements 62%. L'étude montre que sur 1353 recommandataires, 210 portent sur le référentiel DPA(15%) qui arrive en 2^o place après le référentiel Organisation de la Prise en Charge des patients(OPC) avec 236 recommandations(17,4%) et juste avant le référentiel Droits et Information du Patient (DIP) avec 184 recommandations(13,6%). En matière de réserves le référentiel DPA passe à la première place dans les référentiels concernés avec 72 réserves sur les 243 décisions de réserves (29,6%). Les référentiels OPC et Surveillance, Prévention et contrôle du risque infectieux (SPI) suivent avec respectivement 35 et 34 recommandations (14,4 et 14%).

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

Les réserves (72) concernent principalement 3 critères qui regroupent 53 réserves (73,6%) : DPA 4c (35) DPA 1b (11) et DPA 2a (7). On retrouve avec le premier critère,

⁴¹ HAS. Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale. Direction de l'accréditation, novembre 2003, p34

⁴² HAS. Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu- réglementation et recommandations. Service évaluation des pratiques, 2003, 199p

⁴³ LETEURTRE H; BLONDIAU MF; MALLEA P; GASARO S. Analyse des 350 premiers comptes rendus d'accréditation de l'ANAES Fédération Hospitalière de France, 19 Août 2003

comme pour les recommandations, les prescriptions médicales et le regroupement des informations avec DPA 1b. Le troisième critère concerne la formalisation institutionnelle des modalités de tenue du dossier patient. Les deux réserves majeures relevées dans cet échantillon concernent pour l'une ce dernier critère et pour l'autre DPA 1a. A noter que ces réserves touchent plus le secteur public, les centres hospitaliers que le secteur privé.

Ces résultats issus des premières visites d'accréditation dans les établissements de santé montrent que face à l'évolution des contraintes réglementaires et des recommandations de la Haute Autorité en Santé concernant le dossier patient, il reste encore beaucoup à faire pour leurs mises en œuvre dans tous les établissements.

La deuxième procédure d'accréditation⁴⁴ publiée en 2004 (Annexe 4), insiste particulièrement sur la traçabilité de tous les actes réalisés durant tout le parcours du patient.

La continuité des soins doit être assurée de l'accueil jusqu'au retour à domicile ou au transfert vers une autre structure de soins.

Cinq types de prise en charge sont distingués : Soins de courte durée (médecine, chirurgie obstétrique) psychiatrie et santé mentale, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée d'hospitalisation à domicile.

Les références sont identiques pour les différents types de prise en charge. (Chapitre 3, prise en charge du patient).

Référence 27.a. Les besoins et les attentes du patient sont identifiés, y compris les besoins sociaux.

Dans ce cadre, les informations provenant des professionnels intervenant en amont de la prise en charge, sont disponibles au moment de l'accueil (fiches de liaison, fiches de pré admission, courriers des médecins traitants, etc.)

Référence 29 L' évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge. La traçabilité de ce projet se retrouve dans le dossier patient

Critère 29.d. La réflexion bénéfices/risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.

Critère 33.b. La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

Il est précisé que «la coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes. »

⁴⁴ HAS : Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, septembre 2004

Ainsi, une politique institutionnelle d'évaluation des pratiques professionnelles contribuera fortement à développer la traçabilité des actes, qui constitue l'élément incontournable dans la mise en œuvre d'une telle démarche.

1.8 Le dossier patient et la mise en jeu de la responsabilité

« Le dossier du patient peut apparaître comme un instrument de la mise en jeu de la responsabilité. Lorsqu'un litige oppose le patient à son praticien ou le malade à un établissement de santé, le dossier est utilisé par le juge pour rechercher l'existence d'éléments mettant en jeu la responsabilité ; il constitue une véritable référence permettant de fonder ou de rejeter l'action en responsabilité.⁴⁵

Ce type de litige est communément appelé « contentieux » dans le langage juridique.

1.9 LE CADRE CONCEPTUEL

Les notions qui vont être utilisées dans la réalisation de ce travail sont la traçabilité, l'évaluation des pratiques, le management.

1.9.1 Le concept de traçabilité :

« Aptitude à retrouver l'historique, la mise en œuvre ou l'emplacement de ce qui est examiné » ISO 9000-2000 ;

La traçabilité est la trace contemporaine que l'écriture nous a léguée depuis des millénaires, sous des formes nouvelles. Sa fonction première est de conserver sur un support matériel, l'écho d'une parole ou d'un acte dont on doit répondre lorsque l'auteur s'en est allé. La trace dans l'espace est donc d'abord une trace dans le temps.

A l'aube du XXI^e siècle, le terme de traçabilité est d'un usage si courant que l'on a peine à croire qu'il ne date que de quelques années.

Ce vocable d'origine technique, se rencontre aussi bien en droit de l'informatique qu'en droit de la santé, en droit agro-alimentaire qu'en droit pénal, en droit des télécommunications qu'en droit civil, en droit des marchés publics qu'en droit du travail. En un mot, tous les secteurs d'activités sont aujourd'hui concernés.

La traçabilité correspond à un arsenal de techniques visant à prévenir et à limiter les risques. Fil d'Ariane de la responsabilité, elle permet aussi d'assurer le suivi d'un produit à toutes les étapes de sa préparation et de sa distribution. Mécanisme de recherche de la sécurité, la traçabilité est également un procédé visant à promouvoir la qualité et la fiabilité technique des produits. Instrument de contrôle, elle permet enfin d'exercer une

⁴⁵ HAS : Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations, Service évaluation des pratiques, juin 2003

vigilance et une surveillance des personnes et des activités. Au total, la traçabilité est une procédure écrite qui permet de remonter de proche en proche, aux différentes étapes de la vie d'un produit et de tous ses composants.

On peut dire qu'il existe schématiquement deux formes de traçabilité :

- la traçabilité des personnes qui cherche à trouver l'existence ou le parcours de celles-ci.
- la traçabilité des choses qui permet grâce à la technologie de remonter le cours du temps.

La traçabilité garantit la qualité du produit et facilite la recherche d'éventuelles responsabilités. Elle conserve des données qui sont nécessaires au fonctionnement de la société, mais qui risquent de disparaître si elles ne sont pas archivées.

L'objectif est d'avoir la maîtrise de ces choses qui nous échappent, la traçabilité étant le moyen de les garder sous le contrôle d'un dispositif institutionnel de vigilance et d'action.

La traçabilité renvoie à la complexité, à la mobilité, à la relativité des informations que génère notre société. Ce qui est nouveau dans cette problématique de la traçabilité, ce sont moins les formes inédites qu'elle prend que les finalités qu'elle poursuit⁴⁶. Recherche de l'imputation des faits et des comportements, repérage des individus, garantie d'une évaluation, d'une transparence, d'un suivi dans la fabrication d'un produit. On est donc en présence d'un nouvel art de gouverner et d'une fonction nouvelle assignée à la notion de responsabilité⁴⁷.

Le monde moderne étant essentiellement défini par la généralisation de l'information, il est naturel que l'homme lui-même se trouve inscrit dans un système d'identification globale qui fait de lui un émetteur aussi bien qu'un récepteur.

La traçabilité de l'écriture, quand elle ne peut remonter jusqu'à son auteur, est un déni de responsabilité. Les lettres anonymes sont là pour en témoigner. Quel que soit l'être vers lequel elle remonte, la traçabilité révèle d'un même mouvement, la conjonction de la responsabilité des personnes et de la réalité de leurs actions.⁴⁸

En dehors de la responsabilité objective du fabricant que la traçabilité permet d'affiner, elle a pour conséquence d'imposer des obligations particulières dont l'inexécution peut constituer une faute. Un manquement à l'obligation de traçabilité peut entraîner des conséquences fâcheuses pour le producteur ou le distributeur puisqu'il ne pourra pas s'exonérer de responsabilité.⁴⁹ Ainsi, les acteurs de soins que nous sommes, sont

⁴⁶ Dossier : La traçabilité, Droit et patrimoine, mai 2001.

⁴⁷ TORNY D. La traçabilité comme technique de gouvernement des hommes et des choses. Politics, n° 33, 1999, p.51-75

⁴⁸ MATTEI J-F. Traçabilité et responsabilité in De la trace à la traçabilité, des enjeux nouveaux pour des risques nouveaux, ECONOMICA

⁴⁹ PEDROT P. Traçabilité et responsabilité, In De la trace à la traçabilité : des enjeux nouveaux pour des risques nouveaux. Economica

responsables de l'activité qu'ils produisent et chaque «producteur» doit pouvoir être identifié clairement ainsi que l'activité produite.

1.9.2 Le concept du management

Nous nous attarderons particulièrement sur ce concept, qui nous semble aujourd'hui le concept prédominant et incontournable.

L'origine du management :

Max Weber a défini les modes de fonctionnement, d'organisations, de commandement et de contrôle des bureaucraties administratives. Il est considéré comme l'un des premiers théoriciens du management public .En effet comme le signale Jean-Pierre Nioche :

« C'est MAX Weber qui introduit en quelque sorte le ver organisationnelles le fruit institutionnel »⁵⁰

« Bien due d'origine latine, c'est en anglais que le sens actuel du terme est fixé définitivement pour désigner l'activité qui consiste à conduire, diriger un service, une institution, une entreprise». ⁵¹ ; Le manager est donc celui qui sait utiliser les talents mis à sa disposition pour diriger au mieux. Si nous acceptons cette définition du management, nous constatons que chacun, quel que soit son rôle et son métier, est concerné par le management : comme responsable, comme membre d'un service.

Le petit Larousse 2003 définit le management comme un ensemble de techniques de décision, d'organisation et de gestion de l'entreprise.

En quoi consiste le management ?

Le management est le métier qui consiste à conduire dans un contexte donné un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance⁵² .

Ainsi, le management est un métier , c'est-à-dire une activité, une pratique qui regroupe un ensemble de savoir-faire technique et relationnel.

Il présente deux caractéristiques propres :

Il s'exerce avec et auprès d'autres personnes (collaborateurs, supérieurs hiérarchiques, collègues), jamais solitairement, et de ce fait, il s'apprend sur le terrain. L'objet des formations au management est de prendre conscience de sa pratique et de gagner en technicité ou en savoir-faire relationnel ; elles ne sauraient remplacer la pratique.

⁵⁰ NIOCHE JP. Management public et analyse des politiques publiques Revue Française d'Administration publique n°24 d2CEMBRE 1992 (cité par A. BARTOLI.Le management dans les organisations publiques. Donod. 1997. p10

⁵¹ ALECIAN S ; FOUCHER D. Le management dans le service public. Edition d d'Organisation. 2002 ; p9

⁵² ALECIAN S ; FOUCHER D. Ibid. p10

Le management consiste à conduire, commander, diriger, coordonner, faire participer, animer.

Le management s'exerce dans un contexte donné ; il s'agit à la fois de l'environnement économique, politique, social, de ses contraintes, de ses opportunités ; de la culture, des mentalités, des traditions de l'institution, du ministère, de l'établissement public.

De fait, le contexte est donné. Nous pouvons vouloir le faire évoluer, le modifier, mais en tout état de cause, il faut en tenir compte et adapter sa pratique managériale aux réalités du terrain.

Manager, c'est atteindre en commun les finalités de l'institution.

Il existe deux domaines du management

Le management stratégique et le management opérationnel

Le management stratégique

Le management stratégique désigne la partie de l'activité d'un responsable qui consiste à élargir son horizon et à dépasser l'immédiat, pour « mettre en perspective » l'action de l'institution.

Marie- Agnès MORSAIN dans son dictionnaire du management stratégique, édité en 2000, nous rappelle que la stratégie a d'abord été un terme de l'art militaire. « Art de ne combattre qu'en position de supériorité ». « Dans le domaine du management, on définit la stratégie comme l'art de diriger un ensemble de dispositifs pour atteindre un objectif ».

Nous voyons là, la fonction centrale du directeur des soins.

Le management opérationnel

Le management opérationnel se caractérise par son horizon à court terme. Il concerne le fonctionnement au quotidien de l'hôpital. Il doit pour autant s'inscrire dans une perspective stratégique. Le management opérationnel constitue la base de tout management.

Par conséquent, tout responsable d'équipe doit assurer des tâches opérationnelles et stratégiques. Le management constitue donc une activité complexe dont la qualité dépendra de la cohérence que chaque dirigeant aura su établir entre ces différentes composantes.

1.9.3 Pourquoi manager ?

Comme nous l'indiquent Serge Alécian et Dominique Foucher, il existe des raisons pour manager. « Le service public demeure plus indispensable que jamais ; mais il doit faire à nouveau la preuve de son efficacité et de son efficience ; pour y parvenir, il a besoin de

cadres managers pour conduire le changement requis ; s'il ne conduit lui-même le changement, celui-ci risque de lui être imposé de l'extérieur.⁵³

L'institution renferme en son sein des comportements et des valeurs pour s'appuyer dessus, et traverser en bon ordre la période de transition qu'il vit actuellement. Pour gérer cette étape, les managers que sont les directeurs des soins doivent agir et prendre des décisions qui clarifient les missions, qui doivent repenser l'organisation et faire évoluer le mode de fonctionnement.

« Les discours sur la nécessité de changer les valeurs sont inopérants. On manage par des actes, non par l'incantation.⁵⁴ »

Pour cela, chaque manager doit respecter la règle des quatre C du management à savoir : cohérence, courage, clarté, considération.

Dès lors, cela consiste pour le directeur des soins, dans la période de turbulence que nous traversons, à « donner du sens », c'est-à-dire de la « signification », une « direction ». ⁵⁵

1.9.4 Le concept d'évaluation

A) De quoi s'agit-il ?

Evaluer ou Mesurer : ces mots sont souvent utilisés l'un pour l'autre.

Dans le Larousse, il est dit :

Evaluer : c'est apprécier la valeur, le prix, l'importance d'une chose

Mesurer : c'est déterminer une quantité par le moyen d'une mesure, évaluer l'importance de quelque chose.

L'évaluation est un concept à la mode, mais aussi un concept difficile à définir, multiforme, recouvrant une réalité complexe. C'est en effet dans les années 1970 que la nécessité d'évaluer les actions sanitaires est devenue impérieuse. « Evaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Par intervention, il faut entendre, l'ensemble des moyens (humain, financier, symbolique) organisé dans un contexte spécifique, à un moment donné pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique. ». Toute évaluation entraîne l'appréciation

⁵³ ALECIAN S, FOUCHET D. Ibid. p25

⁵⁴ Ibid. p.37

⁵⁵ GASTE MC. Les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour un directeur de soins, mythe ou réalité ? Mémoire Ecole Nationale de la santé publique. 2004

des résultats qui consiste à se demander si les résultats observés correspondent à ceux attendus c'est-à-dire aux objectifs que l'intervention s'est proposée d'atteindre.⁵⁶

B) Quelles Finalités ?

Ainsi, l'évaluation utilise la mesure mais la dépasse pour donner un sens à cette mesure afin de déboucher sur une aide à la décision, car, l'évaluation n'a de sens que si elle est tournée vers l'action. Poser la question de l'évaluation, c'est surtout s'interroger sur sa finalité qui doit concerner l'intérêt du patient et de la collectivité.

Jean-claude EURARD nous précise que « l'évaluation est un élément clé de la régulation des systèmes de soins et soulève un enjeu majeur qui est le maintien de l'autonomie des professionnels face à la normalisation des pratiques. Il s'agit pour eux d'accepter de participer à la gestion et d'utiliser des outils permettant de mesurer l'efficacité de leur pratique.⁵⁷

C) L'évaluation des pratiques

Pour le directeur des soins, l'évaluation représente des enjeux majeurs. L'évaluation est un axe central du management., qui doit rappeler en permanence la nécessité d'évaluer à tous les niveaux du processus organisationnel mais aussi de formaliser le résultat d'une évaluation tant sur le plan quantitatif que qualitatif. L'évaluation est devenue au cours de ces dernières années un thème d'actualité. Elle permet ainsi d'aborder l'analyse des situations , des pratiques, des comportements et suppose, nécessairement l'existence d'indicateurs et la définition de critères permettant de se situer par rapport à un projet, à des objectifs et d'en mesurer les écarts.

Chacun reconnaît aujourd'hui l'importance de l'évaluation en tant que levier de progrès au service de la performance globale de l'établissement hospitalier. Chacun a pris la mesure des enjeux que sont l'amélioration des performances, la qualité des soins qui en découle et la satisfaction des besoins des usagers.⁵⁸

L'évaluation permet de noter l'évolution dans le temps des actes de soins et de réaliser les actions correctives nécessaires.

L'évaluation est une mesure qui sert à agir. L'objectif est d'agir sur les compétences, sur les pratiques et par conséquent. Il s'agit aussi d'une mesure du changement.

L'évaluation de l'activité permet au directeur des soins la connaissance du milieu et la mesure des écarts entre normes établies et produits finis. Elle amène à l'amélioration de la qualité, à la maîtrise des coûts, à l'amélioration de la communication, à la connaissance

⁵⁶ BERGER G. Les pièges de l'évaluation- Edition Universitaire. Mesonance 1987-introduction

⁵⁷ HEURARD JC. L'évaluation ; des mythes aux réalités. Actualité et dossier de santé publique. Décembre 1996

⁵⁸ ABBAD J. Organisation et management hospitalier. Edition Berger Levraut. Mai 2001. p342

de la population, au redéploiement des compétences du personnel. Elle est une pratique clé de l'adaptation.

L'évaluation est un acte de modélisation de l'hôpital, mais aussi un acte de reconnaissance ; elle valorise le travail fait. De ce fait, la démarche d'évaluation est au cœur du nouveau management Elle est une des responsabilités essentielles de la fonction managériale.⁵⁹

En dépit de tout ce qui précède sur les enjeux de l'évaluation, force est de constater quelques résistances culturelles des personnels hospitaliers.

L'accréditation a placé au centre des préoccupations des professionnels hospitaliers l'organisation du dossier du patient, son accès, sa tenue et son archivage. Elle recommande son évaluation son amélioration continue. Tout ceci ne pourra se faire que sur la base des informations écrites par les différents professionnels concernés.

L'analyse du thème de l'évaluation dans la loi hospitalière de 1991, renforcée par les ordonnances de 1996, illustre la volonté du législateur de dépasser cette contradiction.

L'évaluation du service médical rendu au patient constitue l'axe prioritaire de la deuxième procédure d'accréditation. Le terme médical est entendu au sens large du terme, comprenant ainsi toute l'activité de soins, qu'elle soit réalisée par des médecins ou d'autres professionnels soignants. La mise en place des démarches d'évaluation des pratiques devient incontournable.

Nous avons évoqué longuement les concepts de management et d'évaluation qui sont des axes majeurs à prendre en compte pour conduire un projet d'amélioration de la qualité des écrits du dossier patient.

⁵⁹ ABBAD J. Ibid. p353

2 DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE DE TERRAIN

2.1 LA METHODOLOGIE

2.1.1 Le choix des établissements

L'enquête porte sur trois sites hospitaliers impliqués dans la problématique de recherche : un centre hospitalier universitaire (CHU) et deux centres hospitaliers.

Ces établissements ont soit connu des contentieux avec les usagers ou ont fait l'objet de recommandations portant sur le dossier du patient et la traçabilité des actes.

L'objectif poursuivi était de rencontrer différents professionnels confrontés à la problématique des écrits, de recueillir leur point de vue sur la problématique des écrits dans le contexte hospitalier actuel, afin de réaliser une analyse globale et cerner notamment, les difficultés des acteurs et dégager des pistes de réflexions ou propositions d'actions.

Le choix de conduire des entretiens se justifie par l'objectif qualitatif de l'étude. Notre intérêt dans cette démarche étant de repérer les changements apportés en termes de management ou les perspectives d'évolution.

2.1.2 L'outil de recueil et les personnes enquêtées

Des entretiens semi- directifs avec les acteurs concernés à différents niveaux de responsabilité :

Les acteurs interviewés sont :

Directeur de la Clientèle, des Droits des patients et de la Gestion des risques: 2

Médecin Responsable Qualité: 1

Directeurs des soins chargés de la Gestion des soins: 3

Directeurs des soins, Directeur d'institut de formation en soins infirmiers: 3

Cadre de santé responsable d'unité de soins: 6

Infirmière diplômée d'Etat: 6

Nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi directif pour favoriser la production d'un discours sur le thème défini.

2.1.3 La préparation des entretiens

- ✚ Grilles d'entretien : Nous avons élaboré deux grilles :
- ✚ Une grille commune pour Directeurs, Directeurs des soins, médecins, cadres de santé (Annexe 6)

✚ Une grille pour les IDE (Annexe 7)

Ces grilles cernent le sujet en définissant des questions qui portent sur les hypothèses émises et sur les perspectives d'évolution.

✚ L'organisation des entretiens : les rendez-vous ont été pris en précisant le contexte du travail, le thème traité. Toutes les personnes ont été prévenues de la nécessité pour nous de prendre des notes pour l'analyse ultérieure des données.

L'analyse des résultats de l'enquête ne se veut pas un jugement de valeur, mais simplement un support à la réflexion professionnelle.

2.1.4 Les limites de l'enquête

L'entretien que nous aurions souhaité avec un médecin, responsable d'une unité fonctionnelle dans l'un des établissements n'a pas pu avoir lieu suite à un report pour obligation professionnelle. Le temps limité à la recherche ne nous a pas permis de programmer un autre rendez-vous pour interviewer éventuellement un autre membre du corps médical.

Par ailleurs, un recueil d'opinion auprès d'autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge au sein des équipes et également concernés par la problématique de l'écriture aurait enrichi l'analyse (personnel médico technique et de rééducation).

2.1.5 L'organisation de l'analyse des données recueillies

Nous avons cherché à extraire dans chaque entretien ce qui pouvait apporter des éléments dans l'analyse du sens que les acteurs donnent au problème soulevé. A travers les réponses obtenues, nous avons réalisé, à l'aide d'une grille de lecture, par corps professionnel, une analyse permettant de repérer, les points de convergence ou de divergence ainsi que les perspectives d'évolution et/ ou d'amélioration.

La restitution se fait par rapport à ces deux grilles.

2.2 L'ANALYSE

2.2.1 Première partie

Hypothèse 1

L'écrit, dans le dossier du patient, est indissociable de l'organisation, de la coordination et de la continuité des soins au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

A) Le point de vue des DCDPGR

Tous les écrits du dossier sont d'une importance capitale. Ils sont indispensables dans le cadre d'une démarche qualité. La difficulté pour les professionnels dans leur grande majorité, c'est de rompre avec les pratiques anciennes. L'hôpital dans son histoire a connu une culture orale forte, où la traçabilité des actes n'a pas toujours été une préoccupation. Avec les exigences réglementaires aujourd'hui et les attentes légitimes des usagers, l'hôpital doit revoir ses pratiques. Ce qui est demandé à chacun c'est l'effort de traçabilité à son niveau de manière à permettre une vue d'ensemble de l'activité et surtout sa continuité. Il faut des outils et l'écrit du dossier patient en est un.

« La réglementation et les nombreuses recommandations sont très précises en ce qui concerne le dossier du patient et son contenu. La lisibilité de ce qui se fait contribue à identifier les risques éventuels, à les traiter au plus tôt et à garantir par là même la qualité des soins »

Tous les écrits représentent aujourd'hui un enjeu majeur pour le système d'information hospitalier.

B) Le point de vue des DSG

Leur positionnement se situe au niveau stratégique et opérationnel en tant que managers des équipes paramédicales.

Chacun s'accorde à souligner le lien étroit qui existe entre qualité des écrits du dossier patient et qualité des soins dispensés. Le contenu du dossier est très encadré par la loi du 4 mars 2002. C'est une obligation et en tant que tel, l'écrit s'impose à tous les soignants. Toute l'organisation des soins repose sur des écrits. La prise en charge globale du patient fait appelle l'intervention de nombreux acteurs. La coordination et la continuité des soins ne peuvent reposer que sur des écrits fiables qui garantissent la sécurité des soins. Ces écrits doivent être actualisés pour adapter les modalités de prise en charge aux réels besoins du patient. Cela nous permet de connaître ce qui est fait dans nos unités. L'écrit est un élément déterminant pour l'organisation des soins dans les services où le travail se fait en équipes qui se relaient. C'est ce qui permet d'inscrire l'action dans la continuité et de garantir au patient qualité et sécurité à toutes les étapes de sa prise en charge. « Mais impliquer toutes les équipes dans une telle démarche ne se fait pas sans mal. La question de la qualité des écrits a été depuis toujours une des préoccupations de la direction des soins. La pratique d'écriture fait partie intégrante de l'exercice professionnel, la qualité de l'écrit témoigne de la rigueur et du professionnalisme de ceux qui mettent en œuvre les soins ».

La mise en place du dossier de soins et l'élaboration des projets de soins infirmiers ont fortement impliqués les soignants dans la pratique d'écriture.

Dans le domaine de la prise en charge du patient, on peut rappeler la démarche de soins, le travail autour des diagnostics infirmiers, les transmissions ciblées, les protocoles, les fiches de liaison, autant de documents écrits qui concourent à l'organisation des soins dans les services.

L'écrit est indispensable dans la mise en place des outils de mesure de l'activité de soins, afin d'apprécier la variabilité des charges en soins en fonction des saisons, de connaître ce qui pèse le plus lourd dans les structures de soins, soins de base, soins techniques, soins éducatif et relationnel pour une unité de soins. Une connaissance plus pertinente des activités permet de mieux connaître la population soignée et de mieux adapter les réponses aux besoins. Mais tout ceci ne va pas sans mal.

Il faut néanmoins reconnaître que de plus en plus de soignants s'impliquent. Ceux qui écrivent sont de plus en plus nombreux, les actions de formation sur les transmissions ciblées notamment ont contribué à cette évolution. La difficulté qui persiste, c'est l'implication de tous les acteurs, et surtout le travail à mener autour de la qualité des écrits du dossier patient. L'effort de réflexion que demande la qualité de l'écriture impose au professionnel une réflexion sur l'action, un effort de synthèse, de clarté et de précision sur le travail réalisé.

C) Le point du MRQ

La qualité des écrits doit s'inscrire dans la démarche globale Qualité aujourd'hui. La gestion du dossier patient et particulièrement son contenu, est particulièrement encadré par la loi de mars 2002 notamment et par les recommandations de la Haute Autorité en Santé. Cet effort collectif de traçabilité contribue incontestablement à la qualité des soins. La qualité des écrits, c'est la lisibilité plus grande de tous les actes, et au sein d'une équipe pluridisciplinaire, ceci a toute son importance ; il y a là un enjeu institutionnel fort. L'information indispensable à la prise en charge globale du patient est disponible, exploitable immédiatement.

Par rapport aux patients, avoir une trace claire, lisible de tout ce qui se fait est incontestablement gage de qualité et de sécurité. Mais malgré la mobilisation suscitée notamment par la procédure d'accréditation, beaucoup de travail reste à faire pour impliquer tout le monde et notamment le corps médical car il y a encore des réticences à ce niveau. C'est une donnée nouvelle que certains ont encore un peu de mal à intégrer. Les enjeux sont pourtant aujourd'hui connus de tous. La réglementation ne suffit pas pour mobiliser tout le monde. « Un des enjeux de la qualité, c'est d'améliorer les organisations et les pratiques dont la sécurité des soins. Les écrits contribuent à la sécurité des soins »

D) Le point de vue des CS

Au cœur de l'activité de soins au quotidien, et surtout responsables hiérarchiques directs des équipes, ils sont également convaincus que l'écrit contribue à l'organisation et à la coordination des soins. L'écrit permet de structurer de manière réfléchie le travail.

Depuis quelques années les cadres incitent les infirmiers et le reste de l'équipe à s'exprimer par écrit mais ils rencontrent beaucoup de résistance. De leur point de vue, les personnels soignants ont conscience de l'importance de l'écrit, mais le passage s'avère difficile.

Trois cadres de santé sur les cinq, parlent volontiers de leurs expériences professionnelles, et des difficultés rencontrées dans le service lorsque les choses ne sont pas clairement écrites. « L'écrit garantit la qualité, la prise en charge globale et la continuité des soins, c'est un outil de cohésion de l'équipe. Au delà des transmissions orales, c'est ce qui permet véritablement de faire un travail d'équipe. Les transmissions orales ne suffisent pas. Dans les unités de soins, l'obligation de mettre en place les dossiers de soins a permis une évolution des pratiques d'écriture. Les équipes ont compris l'importance de développer cet outil. On y retrouve la trace du travail qui a été effectué et cela permet une continuité de la prise en charge de la personne soignée, puisque tous les membres de l'équipe ne sont pas présentes lors des transmissions orales.

Le constat aussi, c'est que pendant les transmissions orales, chaque membre de l'équipe peut s'exprimer librement. Les choses sont plus difficiles lorsqu'il s'agit d'écrire individuellement sur sa pratique faire des propositions. L'écrit, c'est ce qui assure la coordination entre les médecins et les paramédicaux. Mais de sérieuses difficultés existent pour la formalisation et la circulation de l'information

E) Le point de vue des DSDIF

Concernant le patient, a réflexion préalable à la mise en œuvre des soins est incontournable et doit être soigneusement préparée et formalisée. C'est une première étape déterminante où les choses doivent être clairement posées, c'est-à-dire écrites. Tout au long de la prise en charge, les évaluations successives sur la base justement des traces précédemment laissées vont permettre de réajuster si nécessaire les actions en cours. Ce cette démarche qui garantit au patient la qualité et la sécurité. Face à la diversité et à la spécificité des besoins de soins des patients admis dans les services, seul l'écrit peut garantir la cohérence et la pertinence de la prise en charge de chaque usager. L'écrit conditionne l'évolution des pratiques. C'est ce qui assure le trait d'union entre les équipes qui se succèdent autour des patients. Les démarches de soins formalisées, les prescriptions médicales, écrites, lisibles par tous, les procédures clairement formulées et opérationnelles sont des éléments qui contribuent à une prise en

charge du patient de manière sécurisée. Depuis la loi du 4 mars 2002, les informations du dossier sont consultables par les malades sur leur demande. Cela impose non seulement d'écrire mais de faire preuve de beaucoup de rigueur par rapport à ce qu'on écrit.

Première conclusion :

Les informations contenues dans le dossier patient permettent d'assurer la coordination et la continuité des soins entre les différents professionnels de santé.

Elles sont de fait, incontournables pour une prise en charge efficace du patient. Ces écrits doivent être actualisés régulièrement, afin d'adapter la prise en charge aux besoins réels du patient.

Les cadres des services évoquent les difficultés rencontrées dans la généralisation des pratiques d'écriture. Ces difficultés concernent aussi bien les membres du corps médical que les autres professionnels de santé. La mise en place du dossier de soins a favorisé chez les soignants paramédicaux le développement des écrits, dans le contexte d'une culture orale forte. Les transmissions ciblées sont d'une aide considérable dans ce domaine.

Les Directeurs des soins évoquent également les écrits comme véritables outils d'organisation et de continuité des soins.

Au total, tous les points de vue se rejoignent pour reconnaître l'importance des écrits dans le dossier du patient.

Hypothèse 2

De par la traçabilité qu'il améliore, l'écrit contribue à améliorer la qualité des soins et permet de prévenir tout contentieux.

A) Le point de vue des DCDPGR

Par rapport aux enjeux de la traçabilité et à la loi du 4 mars 2002, l'un des directeurs cite le service des droits des usagers qui enregistre un nombre important de plaintes chaque année, concernant les prises en charge. Toutes ses plaintes sont enregistrées conformément à la réglementation. Une solution en interne est trouvée quand cela peut se faire. Mais il fait état également d'un contentieux où les choses beaucoup plus compliquées : « décès du patient suite à son admission aux urgences et au transfert dans un service, rupture dans la prise charge entre les urgences et le service concerné, carence de transmission des informations, difficultés à prouver. « *situation inacceptable dans le contexte hospitalier actuel. Une telle situation aurait pu être évitée avec plus de rigueur dans la traçabilité de tous les actes réalisés pour le patient de l'admission à son décès* ». Il souligne également le fait que «certaines informations même écrites,

soulevaient des questions, à savoir un doute sur le caractère réglementaire de certains actes réalisés, absence ou disparition de prescription écrite ... » .La difficulté ici concerne donc aussi bien l'absence d'écrits que les écrits qui figurent au dossier . Cette affaire où la responsabilité médicale et celle des équipes paramédicale risque d'être mise en cause, montre une fois de plus, l'importance des écrits et de leur qualité, du respect de la réglementation à tous les niveaux de la prise en charge.

B) Le Point de vue des DSG. La prévention des risques y compris le risque contentieux, est une préoccupation constante des directeurs des soins. L'hôpital touché par diverses affaires ces dernières années n'est plus à l'abri de poursuites judiciaires. En effet, tout professionnel peut voir sa responsabilité mise en cause .Tout patient ayant désormais droit aux informations contenues dans son dossier, il y a là un argument de poids pour développer toutes les vigilances dans ce domaine. C'est un regard extérieur sur ce qui se passe dans les unités de soins.

Ce qu'attendent les patients c'est qu'on leur apporte la preuve du professionnalisme, de la rigueur et de toute l'attention qui ont guidé l'action. Si l'usager saisit la justice, c'est qu'il a un doute sur la qualité des soins. Ce doute, seuls les professionnels peuvent le lever en apportant sans aucune ambiguïté la preuve de la qualité de leur travail.

Chacun doit en avoir conscience et l'hôpital doit s'organiser en conséquence. Il faut une prise de conscience individuelle mais c'est dans l'action collective au quotidien, que tout doit être fait car en définitive, la meilleure façon de prévenir les contentieux c'est de s'inscrire dans une démarche continue d'évaluation des pratiques.

Un Directeur des Soins évoque l'expérience d'un établissement où il a exercé précédemment. *« C'est un travail de longue haleine pour sensibiliser tous les acteurs aux enjeux. Les équipes ont fait l'expérience heureuse de l'importance de l'écrit suite à un contentieux où la qualité de la tenue du dossier patient a lavé de tout soupçon les accusations une équipe soignante attaquée en justice, apportant la preuve de la cohérence de l'organisation et de la continuité des soins dispensés. »*

Force est de constater que par rapport à la problématique des écrits, tout le monde n'a pas encore pris la mesure des enjeux.

C) Le Point de vue du MRQ

Il y a une carence en ce qui concerne l'analyse des pratiques médicales. Le problème se retrouve à tous les niveaux. Or, c'est précisément ce qui va apporter la preuve de la rigueur professionnelle observée dans la prise en charge. Ceci fait défaut dans les dossiers. La trace de toute la réflexion qui a conduit aux décisions doit pouvoir se trouver.

C'est un problème de transparence. C'est ce qui démontre la démarche suivie et sa pertinence. Il n'y a pas de qualité sans mesure.

La trace des examens et des prescriptions médicales n'est pas suffisante. La qualité sur tout le parcours du patient est la condition pour prévenir tout contentieux. C'est tout le problème de la traçabilité où tout doit être lisible. Le problème des prescriptions médicales est loin d'être totalement résolu. Il y a encore beaucoup de prescriptions orales, par téléphone, non régularisées. Ce genre de pratiques qu'on ne doit plus rencontrer, met en difficulté les collaborateurs du médecin qui du coup exécutent des actes de manière illégale. Il y a encore des habitudes de service, des résistances.

Le président de la CME a un rôle très important dans ce domaine pour mobiliser toute la communauté médicale. Mais c'est d'abord et avant tout une question de responsabilité médicale et chaque praticien doit en être conscient.

Les dysfonctionnements graves intervenus il y a quelque temps ont placé certains médecins devant leurs responsabilités.

Les procédures existent, de nombreux outils sont en place pour aider les professionnels. Il faut les mettre en œuvre, les respecter. La notion de responsabilité reste certainement à développer. La coordination des actions, la communication entre les différents acteurs sont autant d'éléments à favoriser. Les accidents arrivent généralement quand quelque chose n'a pas fonctionné. Il faut vérifier en permanence que l'ensemble du système de défense en profondeur est en marche. Tout le monde doit se sentir concerné. Il faut un système qui garantisse l'évaluation de la qualité des écrits à l'instar d'autres thématiques institutionnelles pour lesquelles une organisation et un système de veille sont en place. Il faut une continuité dans la chaîne constituée par l'ensemble des acteurs. L'écrit c'est ce qui assure la communication entre les différents acteurs. La rupture de ce lien, c'est-à-dire l'absence de traces peut créer de véritables dysfonctionnements dans l'organisation. C'est cette dimension d'action collective qu'il faut que tout le monde comprenne. Il faut une approche pluridisciplinaire de la problématique de l'écrit et l'inscrire dans une politique générale de communication.

D) Le Point de vue des CS

Le problème des responsabilités est une préoccupation des cadres de santé qui sont de plus en plus vigilants sur tout ce qui touche au dossier patient notamment. « C'est un peu le combat quotidien pour impliquer tout le monde. Il faut parfois courir après certains médecins pour régulariser certains documents. Il y a aussi parfois des tensions avec les infirmières à force de leur répéter que « tout ce qui n'est pas écrit n'est pas fait. » Des difficultés existent aussi avec les autres professionnels qui interviennent à savoir les M-K, les rééducateurs, par exemple, où la traçabilité des interventions n'est pas toujours très claire et parfois totalement absente du dossier.

Le gros travail à faire devra donc porter sur la qualité des écrits. Il ne s'agit pas seulement d'écrire pour se couvrir. L'écrit doit avoir du sens et contribuer à la qualité des soins. Le caractère particulièrement synthétique de certaines transmissions écrites pose le problème de la disponibilité de toutes les informations nécessaires à la prise en charge des patients et à la lisibilité de toute la démarche suivie. On écrit mais le moins possible pour ne pas avoir à se justifier éventuellement. Des transmissions très narratives on est passé à une forme plus synthétique qui, si elle n'est pas bien maîtrisée simplifie trop la visibilité de tout ce qui a été réalisé. Un travail sur ce point reste à faire.

La mise en place d'un outil d'évaluation de la charge en soins, qui permet d'objectiver l'activité de soins, contribue à sensibiliser les équipes à l'intérêt des écrits.

Les infirmières dans la grande majorité des cas, ont pris conscience des enjeux du dossier patient, c'est une de leur préoccupation. Crainte de l'erreur, crainte de voir sa responsabilité engagée.... Ce qui peut aider à dissiper ces craintes, c'est le soin apporté à la rédaction des écrits, à l'écriture de ce qui est réalisé auprès des patients pour qu'on puisse en percevoir la réalité».

E) Le Point de vue des DSDIF

La réglementation relative au contenu du dossier patient est longuement abordée en formation initiale. Les étudiants, dès le début de la formation sont sensibilisés à l'importance de l'écriture. La mise en place et la tenue du dossier de soins est une obligation et tous les étudiants sont formés à la réalisation d'une démarche de soins. Les différentes étapes de la démarche de soins indiquent, si la démarche est bien conduite, toute la réflexion qui a conduit à la définition des objectifs de soins et des actions correspondantes. On peut cependant constater que des difficultés persistent par rapport à l'écriture une fois que ces professionnels sont en activité. Une réflexion approfondie sur ce sujet s'impose.

Deuxième conclusion

L'écrit est indispensable à la qualité des soins. Les cadres rencontrent des difficultés pour impliquer tous les professionnels. Les difficultés concernent aussi bien le corps médical que les professionnels paramédicaux. Différents dysfonctionnements dans le contenu du dossier ont eu des conséquences qui rappellent l'importance des écrits. La responsabilité de chacun peut être engagée et la qualité des écrits peut contribuer à lever les doutes d'insuffisance de la prise en charge ou d'incompétence des professionnels. Les Directeurs des soins insistent sur la notion de responsabilité et de qualité des soins : «si un patient saisit la justice, c'est parce qu'il a un doute sur la qualité des soins. Il appartient donc aux professionnels concernés d'apporter la preuve de la rigueur observée lors de la prise en charge».

Hypothèse 3

Une stratégie managériale, ciblée sur les pratiques d'écriture, peut contribuer à sensibiliser l'ensemble des professionnels concernés et favoriser l'appropriation de cette pratique.

A) Le Point de vue des DCDPGR

Suite aux dysfonctionnements graves que nous avons connus, différents groupes de travail sont constitués une réflexion a été aussitôt lancée sur l'analyse des pratiques d'écriture d'une manière générale. Des réticences persistent, parfois sur fond d'enjeu de pouvoir, de territoire qu'il faut dépasser.

Le véritable enjeu, ce sont les usagers de l'institution pour qui tout doit être organisé afin que l'accueil et la prise en charge se réalisent dans des conditions optimales de sécurité. L'expérience montre que l'existence d'un cadre réglementaire et de recommandations ne garantit pas automatiquement l'implication de tous les professionnels dans l'action concernée. Il faut un dispositif de suivi et ce problème doit être abordé avec l'ensemble des personnes concernées. Ce travail s'insère dans la réflexion globale autour de la Gestion du dossier Patient.

Les deux Directeurs chargés de la clientèle et des droits des patients se rejoignent sur cette démarche institutionnelle, tant pour ce qui concerne les contentieux que pour lever les recommandations émises lors de la visite d'accréditation. Ils rappellent que l'évaluation du service médical rendu à l'utilisateur constitue l'axe prioritaire de la deuxième procédure d'accréditation.

B) Le Point de vue du MRQ

Une réflexion sur les écrits du dossier patient est en cours au niveau de la cellule Qualité. Notre proposition est d'intégrer cette réflexion dans une démarche institutionnelle. Il s'agit en effet d'un problème prioritaire de qualité des soins. La mise en place d'une cellule qualité centrée sur les écrits professionnels est une idée qui semble obtenir l'adhésion de différents groupes socioprofessionnels (médecins, infirmières, cadres de santé, personnels médico- technique, de rééducation etc...). Les missions de cette cellule et les modalités de son fonctionnement sont en cours de rédaction. Il faut créer une dynamique interne d'évaluation et d'amélioration de la qualité des écrits du dossier patient.

C) Le point de vue des DSG

« Les écrits, lorsqu'ils sont bien structurés, clairs et complets, qu'ils sont assez descriptifs du soin réalisé, de la réaction du patient, expliquent la démarche qualité et la pertinence des actions. »

Un dispositif d'évaluation de la qualité du dossier patient est en place. Des audits ont déjà été conduits, et suivis des réajustements nécessaires. Le projet global à développer aujourd'hui, c'est l'évaluation des pratiques professionnelles, et plus précisément un travail ciblé sur la qualité des écrits. Il faut une harmonisation des pratiques. L'évaluation du service médical rendu au patient constitue l'axe prioritaire de la deuxième procédure d'accréditation publiée par l'HAS. Un travail important est à organiser particulièrement autour du contenu du dossier. Les transmissions ciblées ont déjà structuré ces écrits. Mais Il faut poursuivre les évolutions et prendre en compte les difficultés des uns et des autres par rapport à l'écriture. Il s'agit aujourd'hui pour la Direction des soins, d'étendre ce projet à tous les professionnels des filières infirmières, médico techniques et de rééducation concernés par la problématique des écrits. L'évaluation des pratiques est une démarche nouvelle. Elle nécessitera de la part des hospitaliers une modification du regard vis à vis de l'évaluation. Un travail important de communication s'imposera. L'évaluation des pratiques ne doit pas être vue comme une chasse à la faute ou la chasse au coupable, mais comme le regard permanent posé sur la pratique normale, pour la faire évoluer vers plus de qualité et plus de sécurité, au meilleur coût. La démarche d'autoévaluation impulsée par les démarches d'accréditation a déjà beaucoup sensibilisé les agents.

D) Le Point de vue des CS

L'harmonisation des pratiques d'écriture s'impose. La démarche doit impliquer tous les acteurs. Quelle politique d'écrire dans l'établissement, quel langage dans les écrits, dans la mesure où les informations circulent entre différents professionnels et doivent par ailleurs être accessibles et compréhensibles par les usagers. Les équipes ne doivent pas seulement concevoir l'écriture comme une obligation mais une nécessité pour la qualité des soins.

Des difficultés existent, des freins, des inquiétudes qu'un véritable projet et un accompagnement peuvent réduire. La formation continue peut certainement apporter une aide sur ce point précis.

E) Le Point de vue des DSDIF

L'axe à travailler, c'est le développement des aptitudes et des capacités nécessaires à la production d'écrits professionnels, notamment un travail centré sur l'analyse des pratiques. Le travail de fin d'études ne doit pas se limiter à la simple production d'un document écrit de quelques pages. Les finalités de cet écrit doivent être travaillées avec l'ensemble des formateurs pour adapter les séquences de formation. Dans la mesure où la formation se déroule en alternance, le projet pédagogique de développement des pratiques d'écriture doit s'inscrire dans ce cadre. Les modèles professionnels que les étudiants rencontrent sur le terrain doivent être structurants. Cela suppose un véritable

partenariat entre les instituts et les directions des soins. En lien étroit avec le projet pédagogique de d'institut, des objectifs doivent être déterminés ainsi que des modalités d'apprentissage. Il s'agit de faire évoluer le dispositif en place.

Conclusion de ces Points de vue

Tous ces responsables impliqués à des degrés divers dans le management, insistent sur la nécessité d'un projet spécifique d'accompagnement des écrits. Un tel projet doit non seulement concerné les professionnels en activité mais intégrer les étudiants en formation initiale. L'approche pluri professionnelle doit être privilégiée dans la mesure où tous les professionnels qui interviennent dans la prise en charge des patients sont concernés.

Les Directeurs des soins évoquent l'évaluation des pratiques comme dispositif à mettre en place rapidement. Les résistances bien connues des soignants pour ce qui concerne l'évaluation sont un élément dont il faudra tenir compte.

Pour le Médecin Responsable Qualité, le développement de l'écrit doit s'inscrire dans une démarche de prévention des risques. Un dispositif de suivi de la qualité doit se mettre en place. Cela suppose une évaluation des pratiques afin d'apporter les améliorations nécessaires.

L'écrit représente un enjeu majeur, tout doit être mis en œuvre pour garantir sa qualité à tous les niveaux.

2.2.2 Deuxième partie de l'analyse : les IDE

A) La place accordée aux écrits dans leur travail

Les 6 IDE lisent les transmissions, soit tout de suite après le départ des collègues, soit au début de chaque plage horaire pour vérifier, lire les transmissions, cela permet d'organiser le travail, une meilleure connaissance de la personne soignée, de son diagnostic, de l'évolution de sa santé, de connaître les changements de traitement, de cerner les problèmes du jour, de connaître l'autonomie de la personne et ses différents besoins, d'avoir des éléments sur la famille, de connaître les interventions des autres professionnels de santé. Il faut se concentrer.

Elles attachent une grande importance à la qualité des soins donnés au patient. Les écrits garantissent le travail au sein de l'équipe. Les prescriptions médicales écrites, lisibles sont une garantie pour travailler en sécurité. Lire les transmissions à la prise de poste complète avec précision ce qui a été dit pendant les transmissions orales ;

Toutes les 6 IDE affirment, qu'avec la mise en place des 35 Heures, le temps de transmissions est écourté. La transmission d'informations va très vite oralement, vu le nombre de dossiers à passer en revue en quelques minutes. C'est donc pendant la lecture des transmissions écrites qu'on refait le point sur le déroulement du poste, la programmation, les rendez-vous, les priorités à assurer etc. C'est un moment capital dans

le travail. C'est très difficile de prendre son service en ayant reçu qu'une partie des informations. En cela, transmissions orales et écrites sont complémentaires et demandent de la rigueur. Une information erronée ou incomplète peut avoir des conséquences sur l'organisation des soins et la sécurité des patients. Mais 2 IDE sur 6 affirment que bon nombre de leurs collègues ne lisent pas les transmissions et écrivent rarement ou peu. L'intérêt des médecins pour les écrits n'est pas toujours clair, car « On se rend compte certains jours que les transmissions n'ont pas été lues ou ils y attachent peu d'importance ».

Des événements qui se sont produits récemment ont visiblement marqué les personnes rencontrées. La responsabilité dans la prise en charge des patients est évoquée. Il y a obligation d'écrire dans le dossier du patient. Le patient peut aussi demander à consulter son dossier. L'écrit reste, prouve.

Concernant le travail en collaboration avec les médecins, «les prescriptions médicales ne sont pas toujours écrites, datées et signées. Il y a de nombreuses prescriptions orales. La difficulté, c'est que certaines IDE exécutent ces prescriptions orales. Dans ces conditions, les choses se compliquent parfois pour celles qui n'appliquent pas ce type de prescriptions.»

B) Quand écrivent-elles ?

Lorsqu'elles écrivent, c'est souvent à la fin du poste, car cela permet d'être plus synthétique, d'avoir des transmissions complètes, de retracer l'état de la personne et les soins effectués et souvent aussi dans la précipitation. Il faut d'abord s'occuper des patients et cela augmente la charge de travail. Et ce qui est écrit est parfois difficile à déchiffrer, ce qui pose parfois des problèmes au niveau de la prise en charge.

Cela pose donc le problème de ce qui est écrit, et du soin qu'on y apporte. Le style télégraphique de plus en plus adopté entraîne souvent des remarques pas toujours appréciées. On a tendance à écrire rapidement avant de partir parce qu'il faut le faire. Des informations essentielles sont parfois oubliées. Les équipes présentes s'en rendent compte après.

De nombreuses abréviations individuelles sont utilisées sans visiblement se poser la question de leur décryptage par les lecteurs. Plusieurs abréviations peuvent ainsi désigner un même acte réalisé. Un travail de fond est à faire sur ce point.

Les documents pré-établis tels que les diagrammes de soins sont préférés pour indiquer ce qui est fait « ça va plus vite »

C) Leur rapport à l'écrit

Le passage à l'écrit pose problème. Les exigences de l'écriture professionnelle sont une contrainte. 2 IDE sur 6 déclarent préférer demander à une collègue d'écrire les

transmissions. Mais elles le font elles-mêmes quand il n'y a pas d'autres possibilités. Il y a un sentiment de dévalorisation parce qu'on ne maîtrise pas l'activité d'écriture.

L'hôpital est un milieu de culture orale. Il y a des difficultés. On fait beaucoup de choses durant un poste de travail. Que faut-il noter ? Et cela prend du temps. Le problème de la capacité de synthèse et du sens de l'écrit est posé. Employer les bons mots, le mot juste, ne pas trouver les mots pour décrire exactement ce qui a été vu, constituent des difficultés. Une autre difficulté réside dans la sélection de ce qui peut être écrit, de ce qui ne doit pas l'être, à faire la synthèse d'un temps d'échanges avec le patient.

Les difficultés habituellement avancées par les soignants face à l'écrit sont également évoquées: crainte du jugement des autres sur la production réalisée, crainte de n'avoir pas assez écrit ou trop écrit, crainte de ce qui pourrait en être fait. Cette implication personnelle n'est pas une démarche facile au sein des équipes.

Les formations aux transmissions ciblées ont aidé, mais les problèmes persistent. Les difficultés à s'entendre sur les termes à utiliser ou pas, constituent par ailleurs un frein. C'est le cas par exemple, pour la formulation des cibles dans les transmissions ciblées.

Ecrire implique individuellement les IDE. Des difficultés individuelles existent à côté des problèmes collectifs évoqués. L'injonction d'écrire ne suffit pas à impliquer tous les acteurs et à garantir la qualité. La stratégie managériale doit intégrer ces données.

3 IDE évoquent par ailleurs l'informatisation du dossier patient en cours de déploiement dans leur établissement. Les points de vue sont partagés sur l'outil informatique qui peut soit contribuer à lever les freins soit les resserrer.

.

D) Leurs attentes

Les 6 IDE souhaitent que les Aides Soignantes s'investissent plus dans les écrits. Elles souhaitent également une amélioration de ce qui est écrit car « il y a beaucoup de répétitions ». Les informations doivent être plus claires et plus précises.

Toutes les IDE souhaitent une harmonisation des pratiques d'écriture et surtout une implication de tous les professionnels de santé.

Elles insistent pour que les prescriptions médicales soient correctement rédigées, qu'il n'y ait plus de prescriptions orales qui les mettent dans « l'embarras ». 3 IDE sur 6 affirment avoir déjà refusé d'appliquer une prescription orale, « mais d'autres collègues l'ont fait, ce qui nous a mis en difficulté vis-à-vis du médecin ».

Par ailleurs, si les 6 IDE reconnaissent l'importance de l'écrit, elles affirment qu'il n'est pas suffisamment valorisé et utilisé. Les médecins doivent montrer plus d'intérêt et les cadres doivent être plus exigeants par rapport à ce qui est écrit.

Conclusion sur ces points de vue :

Comme nous avons pu le voir, les infirmières attachent de l'importance à l'écrit dans le cadre de leur travail. L'écrit contribue à la qualité des soins, au travail en équipe et permet la continuité des soins. Il est indispensable pour compléter les transmissions orales. Par rapport à la loi du 4 mars 2002, elles ont conscience des enjeux, notamment de la responsabilité individuelle qui peut être engagée en cas de problème. Pour 3 infirmières, les événements intervenus dans l'établissement où elles exercent et qui sont en lien avec la traçabilité des actes du dossier patient, ou le non respect de la réglementation, sensibilisent encore plus sur la nécessité d'écrire et de faire preuve de rigueur.

Elles affirment unanimement, que bon nombre d'entre elles ont de plus en plus tendance à écrire pour se protéger. Beaucoup d'effort reste à fournir pour améliorer la qualité de ce qui est écrit.

Dans leur rapport à l'écrit, des difficultés individuelles persistent malgré les formations. Sur ce point, il conviendrait de se mettre d'accord sur les termes à utiliser pour éviter de créer un frein supplémentaire. Par ailleurs, la finalité des écrits n'est pas toujours bien perçue par toutes les équipes soignantes.

2.3 Conclusion de l'étude de terrain et analyse globale

L'analyse des entretiens nous amène aux conclusions suivantes:

L'introduction dans les pratiques de soins de l'exigence de transparence, et donc de traçabilité, réactualise la nécessité d'un rapport à la trace, un rapport à l'écrit.

L'importance de l'écrit est reconnue à l'unanimité par tous les professionnels interviewés. L'écrit est incontournable dans une démarche qualité des soins. Il est un élément clé pour garantir entre les professionnels de santé, la qualité et la sécurité des soins. La nécessité d'une réflexion de fond sur cette question est également soulignée et l'approche doit être pluri professionnelle aussi bien entre ceux qui écrivent et ceux qui lisent ces écrits.

Après une longue période de réticence, les soignants dans leur grande majorité écrivent. La problématique aujourd'hui tourne surtout de la qualité de ce qui est écrit dans les dossiers. Les soignants à des degrés divers rencontrent des difficultés dans leur rapport à l'écrit, difficultés dont il faudra tenir compte dans un projet d'amélioration de la qualité des écrits.

Les dysfonctionnements graves que certains soignants ont connus, renforcent cette perception des enjeux, car les conséquences peuvent être dramatiques pour le patient.

Les freins :

La culture est un frein, si son changement n'est pas accompagné, les habitudes nécessitent d'être repérées, analysées pour apporter des solutions efficaces.

Les leviers :

Tous les acteurs rencontrés, qu'ils soient membres des équipes de direction, médecins, cadres de santé ou infirmières, ont fait preuve d'une grande disponibilité et d'un grand intérêt pour le sujet de notre étude. La traçabilité des actes est une préoccupation.

La richesse des réponses obtenues au cours de l'enquête, associée à la théorie sur le management, l'évaluation des pratiques, sont des éléments pour l'élaboration d'un projet, que nous pourrions, en tant que Directeur des soins, présenter sous forme d'axes et de propositions. Tel sera l'objet de la troisième partie.

2.3.1 Vérification des hypothèses

Rappelons que nos hypothèses reposent sur la question suivante : « **Comment le directeur des soins peut faire comprendre l'importance de l'écrit pour des soins de qualité ?** »

Première hypothèse :

A l'unanimité, les personnes interviewées reconnaissent le caractère incontournable de l'écrit dans l'organisation et la cohérence des soins autour du patient. L'absence d'écrit suffit à créer des dysfonctionnements dans la prise en charge, compte tenu de la diversité des intervenants.

Deuxième hypothèse :

Pour tous les professionnels rencontrés, l'écrit améliore la traçabilité, il contribue à la qualité des soins s'il est précis, clair, lisible et apporte tous les éléments indispensables à la prise en charge. Dans la mesure où il rapporte de manière rigoureuse le travail réalisé, et qu'on peut prouver que tous les moyens ont été mis en œuvre pour garantir la qualité des soins et la sécurité du patient, il contribue également à la prévention de tout contentieux.

Troisième hypothèse :

Dans la situation actuelle, il n'est possible de vérifier cette hypothèse de travail, même si tout laisse à penser, compte tenu des points de vue des différents acteurs, qu'un management ciblé sur la problématique des écrits, peut créer une dynamique et favoriser l'implication de tous et le développement de la qualité des écrits.

3 TROISIEME PARTIE : LE MANAGEMENT DU DIRECTEUR DES SOINS : REFLEXIONS ET PROPOSITIONS D' ACTIONS

Nos réflexions et propositions d'actions découlent aussi bien des conclusions de nos entretiens que d'une revue de la littérature.

AMELIORER LA QUALITE

Compte tenu de l'importance des enjeux que nous avons mis en évidence, le directeur des soins, acteur incontournable d'une démarche de développement de la qualité des écrits du dossier patient, devra mettre en œuvre une stratégie efficace qui lui permettra de dépasser les freins et d'utiliser les leviers les plus efficaces.

Deux axes nous paraissent importants à développer, le management, la formation.

3.1 Le management :

Favoriser une démarche de projet :

3.1.1 La cellule Qualité centrée sur les écrits :

Suite aux dysfonctionnements que nous avons évoqués, une des décisions prises est la mise en place d'une cellule Qualité centrée sur les écrits. Le Médecin Responsable Qualité a particulièrement insisté sur ce projet qui est plutôt bien accueilli par tous les différents acteurs concernés.

Le rôle du Directeur des soins dans un tel projet est déterminant, pour mobiliser notamment l'encadrement dans la mise en œuvre de la démarche d'évaluation des pratiques d'écriture envisagée. Le projet doit être explicité dans tous ces termes.

A) Structurer l'organisation :

La mise en place d'une cellule Qualité doit associer tous les professionnels concernés. Le Directeur des soins, en collaboration avec le Médecin Responsable de la Qualité, le président de la CME, les autres médecins, l'encadrement, les IDE et tous les autres professionnels, contribuera à structurer le projet, à assurer sa mise en œuvre et son évaluation.

B) -La communication

Pour agir de façon efficace, il faut coopérer et donc communiquer car la communication donne existence et cohérence à un système. La communication est de plus un levier de

changement⁶⁰, elle vise à mobiliser les ressources humaines pour faire évoluer l'organisation vers une plus grande satisfaction des usagers et des professionnels et à obtenir de meilleurs résultats. Si la Direction des soins est porteuse des ambitions et des valeurs des professionnels de santé, l'encadrement aura, indéniablement, un rôle d'animateur jouer pour relayer le sens et donner des repères aux équipes.

Il convient donc de préparer une stratégie de communication autour de ce projet qui contribuera à transformer les représentations et les comportements des acteurs. Une information claire devra être donnée sur les enjeux de l'évaluation des pratiques, qui constitue rappelons-le, un point sensible chez les professionnels hospitaliers.

L'évaluation des pratiques doit permettre d'améliorer la qualité des soins, de garantir la sécurité des patients, permettre un questionnement sur le sens de l'action au quotidien, de développer les compétences et contribuer à l'évolution de l'organisation.

La coproduction des règles du jeu par l'ensemble des acteurs, constitue la condition de mobilisation dans l'action et pour l'atteinte des objectifs.

Avant même l'élaboration du projet et jusqu'aux résultats, la communication permet au Directeur des soins d'informer les instances, les partenaires sociaux, les soignants et de recueillir, les réactions, les questionnements, les résistances potentielles ou réelles, auxquels des réponses ou réactions appropriées seront nécessaires. Le plan de communication doit être arrêté en amont du projet.

3.1.2 Généraliser l'évaluation du contenu du dossier patient pour juguler les dysfonctionnements.

Travailler à l'amélioration de l'écrit implique de prendre en compte son actualisation par la lecture, mais également lors des transmissions et des différentes réunions qui organisent le soin. Donner aux équipes les occasions de mener une réflexion sur leur travail, sur le lien entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, de s'inscrire dans une démarche d'évaluation des pratiques d'écriture pour en fabriquer les réflexions, l'écrit étant un des éléments d'un processus complexe.⁶¹

Les conditions de réalisation de ces analyses critiques doivent être déterminées, clarifiées pour éviter tout malentendu au sein des équipes. L'objectif, c'est d'améliorer la qualité et contribuer au développement des pratiques.

⁶⁰ KOURILSKY F. ., « La communication, levier du changement à l'hôpital ». Soins Formation Pédagogie Encadrement, 3^{ème} trimestre 1996, n° 1.

⁶¹ Groupe de recherche ANAES, « Ecriture infirmière et qualité des soins » document publié sur Internet http://www.serpsy.org/piste_recherche/ecrit_inf/anaes_ecriture2.html

A travers l'analyse de contenu des écrits, la pratique réflexive favorisera une description plus fine du soin, une meilleure prise en compte de la parole et de la demande du patient qui seront mieux rapportées, des évaluations plus régulières des pratiques d'écriture.

Le directeur des soins devra développer une politique continue d'évaluation du contenu du dossier au regard de la réglementation et des recommandataires de l'HAS en la matière. La valorisation des résultats de cette évaluation doit apporter une plus value directe aux équipes de soins. L'information et la communication ont ici une grande importance pour le partage des expériences et pour donner du sens à l'action managériale menée dans ce domaine. L'auto évaluation de l'écrit par les professionnels eux-mêmes favorisera ce retour sur les pratiques pour repérer les écarts et apporter les réajustements nécessaires.

3.1.3 Renforcer le rôle des cadres de santé :

Le cadre est en effet un acteur déterminant dans la dynamique à créer au sein des unités de soins. Il a un rôle de régulateur, de facilitateur et doit être garant de la démarche. Il veillera à valoriser les écrits au quotidien en les mettant au cœur des échanges entre les différents membres de l'équipe. Le corps médical doit être informé de la démarche mise en place afin qu'il s'y associe et contribuer à l'effort collectif de développement de la traçabilité des actes réalisés. S'il est important d'impliquer tous les acteurs, la qualité de ce qui est écrit doit constituer une préoccupation permanente. Les enjeux de ces écrits doivent être clairs pour toutes les personnes concernées.

Il doit donc veiller en permanence à l'utilisation des écrits dans le fonctionnement et l'organisation des soins dans le service. Il doit être vigilant notamment sur la qualité des écrits et l'intérêt de leur clarté pour les soins de qualité et pour apporter la preuve de la rigueur professionnelle en cas de litiges. Il a aussi un rôle de formation des membres de son équipe qu'il doit accompagner dans leurs difficultés respectives. Pour ce faire, il lui faut être à l'écoute et être un observateur attentif de l'implication des uns et des autres. Grâce à ses capacités de motivation, il pourra engager l'ensemble de l'équipe dans cette démarche.

3.1.4 Renforcer les pratiques d'écriture à travers l'entretien annuel d'évaluation

Ce sera l'occasion de faire le point sur les rapports de chacun à l'écrit et des cerner les éventuelles difficultés. Cette approche individualisée nous paraît impotente car chacun doit pouvoir se situer dans ce projet de développement de la qualité des écrits. C'est donc un moment privilégié d'échanges entre le cadre et chaque agent pour favoriser l'implication de chacun et sa participation au projet collectif. Les améliorations à apporter pourront ainsi être formalisées ensemble et déterminer les objectifs pour l'année à venir.

Les besoins de formation pourront être ainsi évalués. Temps d'évaluation aussi pour reconnaître l'investissement, dans l'utilisation des outils professionnels qui requièrent l'écriture.

3.1.5 Donner du sens

La compréhension par tous du contexte dans lequel nous agissons et l'explication de nos intentions permettent d'apporter du sens aux situations complexes. Clarifier ses intentions, c'est clarifier le sens de l'action.

Créer le sens, l'exprimer le faire passer relèvent des missions des responsables.

3.1.6 Favoriser la coordination

La coordination nécessite de mettre en place un ensemble de règles permettant le bon fonctionnement des services.

Le DS contribue à développer la coordination des groupes professionnels, plus largement encore depuis le décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

En effet, ce texte précise qu'au sein d'établissement de santé le DS est chargé de la coordination générale des activités de soins⁶² et que notamment à ce titre :

Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins, de rééducation et médico techniques et en assure l'animation et l'encadrement.

Il élabore, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité.

Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins. Un travail important sera développé notamment pour la coordination et la clarification des abréviations de manière à obtenir une harmonisation des pratiques dans ce domaine.

Une approche pluri-professionnelle de la problématique de l'écriture s'impose au directeur des soins de par ses missions. Les écrits des autres professionnels de santé doivent également être pris en compte, afin de garantir la qualité de l'information et la qualité des soins.

3.1.7 Reconnaître et valoriser les efforts fournis par les équipes dans tous travaux d'écriture

Le Directeur des soins est donc un acteur essentiel qui, par un management adapté, contribue à définir les règles qui permettront la mise en place d'une coordination efficace.

⁶² Art. L6146-9 du CSP.

La commission⁶³ des soins infirmiers, médico techniques et de rééducation, pourra servir d'espace de communication et d'échanges pour reconnaître et valoriser les efforts. Elle pourra contribuer à la réflexion et aux échanges sur le contenu du dossier patient et sur la qualité des écrits plus particulièrement. L'objectif recherché, c'est une harmonisation des pratiques d'écriture et une meilleure circulation de l'information entre les différents professionnels de santé.

3.1.8 Développer les compétences des cadres pour accompagner les évolutions professionnelles

La dimension managériale du Directeur des soins devra être développée car elle a des conséquences sur le fonctionnement des structures et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients :

La motivation, c'est-à-dire la capacité de créer les conditions permettant l'adhésion des acteurs aux objectifs et aux missions afin d'assurer leur réalisation.

Le DSG s'attachera à accompagner les cadres qui sont en contact direct avec les équipes et tous les autres professionnels de santé. Son expertise reconnue, sa capacité à anticiper et appréhender les besoins des personnels par la mise en place d'échanges réguliers fondés sur une relation de confiance, lui permettront d'épauler efficacement l'encadrement et de proposer les actions de formations nécessaires.

3.2 La formation

3.2.1 Développer l'analyse des pratiques d'écriture

Le concept d'analyse des pratiques est sous jacente à cette activité d'écriture. Réaliser un retour en arrière sur ce qu'ont pu être nos actions et réactions face à une situation professionnelle, avec d'autres moyens que notre seule mémoire, est une exigence.

Dans cette perspective, l'écrit, et plus encore l'écrit professionnel devient un acte porteur de sens. Il touche à ce qui fait l'essence des pratiques professionnelles, c'est à dire la possibilité d'évaluer ces pratiques en mettant à distance les jugements de valeur, en faisant émerger ce qui donne à ces pratiques professionnelles, au-delà des interprétations singulières, non seulement leur ancrage dans la praxis mais qui contribuent à l'évolution de ces mêmes praxis.

L'actualité de la question des écrits professionnels correspond à leur inscription dans la logique d'une analyse des pratiques. Les compétences requises pour exercer le métier sont à la fois plus variées, plus difficiles à construire et à mettre en œuvre. De même, la

⁶³ CSIMTR

diversité des situations de soins et une plus grande exigence de la demande sociale à l'égard de l'hôpital expliquent cette exigence.

L'analyse des pratiques est indispensable au mouvement de la réflexion sur la dimension collective du travail qui progresse dans des organisations tel que l'hôpital, car écrire c'est clarifier ce qui est flou, donner du sens à ce qui est incohérent, rendre important ce qui est insignifiant⁶⁴ ; C'est une activité centrée sur l'aide aux professionnels pour les perfectionner, analyser leurs erreurs, prendre conscience de leurs ressources, se confirmer dans leur identité professionnelle

Savoir analyser les pratiques et les situations est une capacité qui s'acquiert.

La démarche d'analyse de pratiques n'est pas un simple moment d'échanges Elle se construit par l'analyse et se développe à l'aide de concepts, de cadres de références qui aident à porter un autre regard sur une pratique ou une situation, à la problématiser et à la reconstruire autrement, en concevoir une autre et la formaliser.

Il s'agit entre pairs d'analyser des pratiques vécues, agies, mises en œuvre. La plupart des séances partent de «traces de pratiques » rapportées sous diverses formes. La pratique est présentée et analysée par celui qui l'a mise en œuvre. Le groupe de pairs prend ensuite la parole pour questionner, clarifier ce qui est présenté, confronter avec des pratiques voisines vécues, et analyser la situation en mettant en relation les différents facteurs en jeu pour comprendre le sens de l'action menée.

Il n'y a pas d'analyse de pratiques sans travail, sans réflexion à partir des savoirs pratiques, des savoirs d'action produits par une personne à partir de son expérience vécue qu'il s'agit d'aider à verbaliser, à conscientiser, à mettre en mots.

Le travail d'analyse s'appuie d'abord sur la parole du sujet, sur sa capacité à penser et à verbaliser son action, à élucider ses prises de décision dans l'action, à l'aide de sa propre réflexion, du questionnement du groupe. C'est le praticien qui détient la connaissance de la situation et des pratiques, mais il a besoin de ses pairs, d'un accompagnement, de grilles de lecture pour comprendre son action, pour reconstruire sa compréhension de l'action, pour sortir des routines, pour élargir le registre des réponses possibles et prendre en compte la complexité de l'action⁶⁵.

L'analyse des pratiques est compréhensive, elle vise l'intelligibilité de l'action. Il s'agit de mettre en relation des faits, de donner du sens, de comprendre l'action à partir d'observables mais aussi de représentations qui sous-tendent les actions.⁶⁶

⁶⁴ ANONYME : Méthodes de mémoire, Recherche en soins infirmiers n°7 déc.1986

⁶⁵ PERRENOUD P. « Mobiliser les savoirs ». Recherche et Formation n° 35, 2001

⁶⁶ ALTET M. L'Analyse de pratiques, une démarche de formation professionnalisante ? Recherche et formation n° 35, 2000

Une réflexion critique et groupale : Le travail en groupe et la parole publique qu'il permet sont des ingrédients essentiels du changement. Le groupe est utilisé comme lieu de délibération, d'entraide, de confrontations des subjectivités et de construction du sens et des solutions à apporter aux problèmes vécus. Le dispositif vise à rendre possible un processus de coopération des acteurs autour de l'identification de certaines dimensions problématiques du travail.

Il est porté un intérêt à la manière dont les personnes peuvent travailler à élaborer ensemble des propositions de changements.⁶⁷ Le vrai moteur reste la référence aux bonnes pratiques professionnelles :

L'analyse rétrospective permet de mettre au jour les pratiques professionnelles souvent ignorées contribuant ainsi à faire émerger le système d'expertise d'une profession et ainsi parfois à construire les nouveaux contours d'une profession. Cette analyse rétrospective favorise le développement de savoirs partagés et des apprentissages individuels. Elle contribue à la construction de l'expérience individuelle. L'objectif, c'est de développer des professionnalités nouvelles, redéfinir les contours des pratiques, développer le professionnalisme et l'efficacité au travail. Ces savoirs ont une forte dimension collective car les pratiques nouvelles définies en groupe le sont par un processus de validation collective. Cette modalité de fonctionnement accompagne le développement voire le renforcement d'une identité collective⁶⁸ La réflexion sur l'action nous donne accès à certaines composantes de notre habitus. L'action passée a des chances de se reproduire dans des circonstances semblables parce qu'elle est sous le contrôle de schèmes stables. La réflexion sur l'action permet au praticien réflexif de prendre mieux conscience de son propre habitus et parfois de le faire évoluer. La pratique réflexive peut donc encourager et instrumenter un travail sur son propre inconscient pratique⁶⁹

3.2.2 L'évaluation des besoins : une étape déterminante.

La prise en compte des problématiques individuelles est importante afin de cibler au mieux les apprentissages dont chaque agent a besoin pour son implication dans le projet de développement des écrits.

3.2.3 De l'observation à l'écriture

Entre notre perception et l'acte d'écrire, s'intercalent des opérations mentales d'un type particulier, les évocations⁷⁰. Ces évocations, appelées « processus évocatifs », sont des

⁶⁷ FODRIAT M, IMMEL B; « Temporalité des processus de coopération entre acteurs dans les changements organisationnels et dispositifs d'interventions sociologiques » in Théoriser les pratiques, L'Harmattan, Paris, 2003.

⁶⁸ WITORSKI R. Analyse du travail et production de compétences collectives ; L'Harmattan, Paris ; 1997

⁵⁰ PERRENOUD P. Former à l'action est-ce possible ? Université de Genève, faculté des sciences de l'éducation

⁷⁰ GATE J-P. « Eduquer dans l'acte de l'écrit, Paris, 1998 ? Editions Nathan, p54

images mentales constituées d'images concrètes, de choses concrètes ou encore symboliques par exemple les images des mots écrits. « C'est un mode de traitement intermédiaire de l'objet de perception en deçà de l'action du lire ou de l'écrire ». ⁷¹ Si la perception ne s'inscrit pas dans notre mental, « l'évocation est l'élément constituant la vie mentale ». elle consiste à faire vivre mentalement l'objet perçu, à constituer un objet mental de connaissance, à créer une réalité mentale.

Cela signifierait pour nous soignants, que ce geste mental d'évocation nous permettrait de comprendre, de mémoriser, de mettre en lien ce que nous avons perçu, observé au lit du patient, en passant par cette mise en images mentales qu'elles soient visuelles ou verbales, auditives. Nous pouvons ainsi donner du sens à ces observations, les conceptualiser et parvenir à les écrire.

3.2.4 Les processus évocatifs à l'œuvre dans l'écrit :

Il existe différentes sortes de processus évocatifs dans l'écrit. Jean-Pierre GATE ⁷² parle de deux grandes familles d'évocation ; de deux modes de fonctionnement.

✚ *Des processus évocatifs auditifs ou verbaux* : le sujet se prononce, parle mentalement les mots pour comprendre ce qu'ils désignent, pour se donner l'intuition de sens. C'est donc une image auditive ou verbale qui permet d'accéder au sens. Cette image mentale se situe dans un champ temporel. Ce peut être des évocations concrètes (entendre les mots qui expriment, qui nomment la chose observée, par exemple).

✚ *Des processus évocatifs visuels, imagés*. Pour comprendre ce qui est écrit ou à écrire, le sujet a besoin de se donner une image visuelle du mot, image symbolique, image signe du mot, et/ou d'appeler la représentation de l'objet que désigne ce mot, soit une image concrète de la chose désignée. Ces images mentales visuelles se situent dans un champ spatial.

Ces deux types d'évocation mis en évidence, montrent la différenciation entre les sujets dans l'approche de l'écrit. Ce qui amène Jean-Pierre Gaté à dire que « pour lire et écrire, le sujet met en œuvre des gestes mentaux qui lui sont propres et qu'il convient de découvrir et de discerner, afin de mieux comprendre comment il s'y prend avec l'écrit ⁷³ ». Cela nous amène à tenir compte de ces différences dans tout projet de formation ou de changement des pratiques d'écriture.

⁷¹ GATE J-P. Ibid p54

⁷² GATE J-P, «Eduquer au sens de l'écrit, Paris,1998, Editions Nathan, 192p.

⁷³ GATE J-G. Eduquer au sens de l'écrit, Ibid ; p56

Prendre en compte la différenciation des processus mentaux en fonction de chaque soignant nous paraît être une priorité pour s'inscrire dans une démarche facilitante et créer les conditions de la réussite.

3.3 Les apprentissages en formation initiale

3.3.1 L'Analyse des pratiques: un axe à promouvoir également dans le projet pédagogique

Dans les instituts de formation, les étudiants sont sensibilisés à l'importance de l'écriture à travers les textes législatifs (décret du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier) qui font obligation à l'infirmier de formaliser son activité professionnelle.

Les démarches de soins, les projets de soins individualisés réalisés pour les patients doivent être écrits avant présentation pour une évaluation. La formation aux transmissions ciblées est développée et apporte des évolutions au niveau de la qualité des notes infirmières.

En dépit de ces apprentissages, force est de constater que des difficultés persistent une fois que certains IDE sont en activité dans les services. Ceci amène à réinterroger le dispositif déployé en amont par rapport aux exigences professionnelles de traçabilité des actes de soins.

Le directeur d'institut devra impulser une dynamique ciblée sur les pratiques d'écriture, s'inscrire dans une démarche qualité. La responsabilité de l'institut de formation est grande dans la formation des futurs professionnels, au regard des enjeux liés à traçabilité. Comme nous avons pu le voir, le rapport à l'écrit varie d'un individu à l'autre. Des difficultés individuelles existent et doivent être prises en compte dans toute démarche pédagogique qui se veut pertinente.

Développer des apprentissages sur la communication écrite comme outil de professionnalisation.

3.3.2 Renforcer les compétences des formateurs pour accompagner l'analyse de pratiques :

Soutien, accompagnement, formation pour qu'ils soient en mesure d'accompagner et de porter le projet. Le rapport de chacun à l'écriture devra également être clarifié, de manière à pouvoir s'impliquer pleinement dans une telle démarche, donner l'exemple à travers différents travaux écrits. Le directeur des soins devra tout mettre en œuvre pour inscrire cette culture de l'écrit dans les pratiques des formateurs.

Dans un dispositif d'analyse de pratiques, il s'agit de repenser le rôle du formateur comme médiateur. Sa fonction est celle d'un référent professionnel qui aide l'étudiant à se construire une identité, à mettre à distance sa pratique, à discerner son fonctionnement,

percevoir ses ressources et partager des expériences. Cette analyse permet à l'étudiant de percevoir la complexité de la mise en œuvre de l'action, de construire le discours professionnel, de se représenter stratégiquement son action, de savoir où il va, de verbaliser les cadres de référence de l'action et de mettre en cohérence les savoirs acquis.

3.3.3 Oser l'écriture :l'atelier d'écriture

L'HAS, dans le projet de recherche intitulé « Ecriture et qualité des soins », publié sur Internet en juin 2001, envisage des formations sous forme d'ateliers d'écriture.

L'atelier d'écriture est un lieu où chacun apprend à ressentir beaucoup plus qu'à penser. L'objectif est d'aider chacun à mettre en mots les sensations éprouvées et sous forme de jeux à faire partager ses émotions aux autres. Ceci pour tenter de lever les freins, les blocages. Cette activité qui se déroule en dehors de tout enjeu d'évaluation ou de jugement de valeur, permet à chacun de découvrir ses possibilités d'action, ses potentiels pour pouvoir les faire évoluer.

« Rédiger nécessite de l'énergie, de la construction. ». On sait qu'on écrit pour être lu.

L'invitation à passer à l'écriture concerne l'effort pour passer d'un savoir ou d'un savoir-faire, inscrit dans l'intimité du geste et dans la complexité de l'action, à une connaissance formalisée. Face à l'écriture, l'individu va devoir réguler des représentations de lui-même, des représentations de l'écriture scientifique qui sont hétérogènes et contradictoires. Cet état d'ambivalence, le fait osciller dans un jeu d'identifications centripètes (rendre l'autre identique à soi) et centrifuges (se rendre identique à l'autre), qui installe le passage à l'acte d'écrire dans un état de latence. « Les interactions sociales qui obligent le sujet à coordonner ses actions avec celles d'autrui, l'entraînent ainsi dans un processus de décentration qui l'engage dans un conflit entre son point de vue et celui de ses partenaires ». ⁷⁴ Ecrire, c'est s'autoriser à devenir producteur de savoirs⁷⁵.

3.3.4 Développer les travaux centrés sur l'évaluation de pratiques professionnelles d'écriture

Participation des étudiants, rôle des formateurs dans la recherche documentaire, de cas pratiques de services. Réaliser de tels exercices sur les écrits produits par des professionnels, notamment au retour des stages, durant leurs années d'études, ne peut que contribuer à développer les capacités à faire une lecture critique. Le réflexe

⁷⁴ PIAGET J. Théorie du langage, théorie de l'apprentissage, Le Seuil, Paris,1979

⁷⁵ REVUZ C. « Moi, écrire ?je ? ...ou comment aider les formateurs à écrire sur leurs pratiques, Education permanente, n° 102, 1990

d'évaluation des pratiques professionnelles sera aussi développé avec renforcement de la rigueur dont ils devront faire preuve demain au sein des équipes.

3.3.5 Exploitation des entretiens menés auprès des patients

Renforcer les apprentissages sur la conduite d'entretien et, insister encore plus, sur l'acquisition des capacités nécessaires à la réalisation d'une synthèse écrite, qui puisse rendre compte de la dimension relationnelle du soin.

3.3.6 Poursuivre le travail sur les représentations de l'écrit lors du suivi pédagogique individuel

Accompagnement de chaque étudiant tout au long de la formation, pour noter les évolutions, repérer les difficultés et définir les modalités d'un accompagnement adapté.

3.3.7 Valoriser tous les travaux écrits réalisés par les étudiants

Reconnaître chacun dans ses efforts, et valoriser les réalisations, permettra d'entretenir la motivation. Il est en effet important de donner du sens aux travaux réalisés, de manière à montrer lorsqu'ils sont de qualité, la plus value pour l'exercice professionnel futur et la qualité des soins.

3.3.8 Evaluer le dispositif mis en place

L'évaluation de la démarche constitue une priorité. Le dispositif mis en place avec l'ensemble des formateurs sera constamment évalué à l'aide d'indicateurs et de critères clairement définis en équipe. Les échanges réguliers au sein de l'équipe pédagogique permettront de maintenir cette dynamique.

3.4 La collaboration DSG/DSDIF : Un élément déterminant pour la cohérence des actions de développement de la qualité des écrits

La cohérence entre les apprentissages en formation initiale et les pratiques professionnelles du terrain est un préalable. Les directeurs des soins, qu'ils soient chargés des soins ou de la formation sont concernés par la qualité des écrits.

Dans la mesure où la formation des futurs professionnels se déroule en alternance, une collaboration renforcée permettra de donner du sens aux actions entreprises.

3.4.1 L'alternance dans les formations paramédicales

La formation est conçue autour de l'alternance et de l'articulation entre apprentissage des connaissances et expériences du travail.

Elle se caractérise par une articulation interactive entre centre de formation et lieux de production de deux systèmes opposés voire contradictoires. Tous les travaux convergent

pour montrer qu'un dispositif en alternance ne peut se résumer à la juxtaposition, ni même à l'association des logiques des différents partenaires, mais qu'il doit chercher une intégration des deux logiques. L'alternance doit être une démarche d'accompagnement des sujets en formation.⁷⁶

3.4.2 La place des stages

Le stage représente en moyenne près de 50% du temps de formation. L'étude des textes montre un renforcement des stages. Il apparaît que le stage est un temps fort de la formation. Il est une période de contact avec la pratique professionnelle et sa réalité quotidienne. Il contribue à donner du sens aux actions des étudiants et à forger leur identité professionnelle. «Les stages cliniques constituent au sein de la formation un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle »⁷⁷.

En stage, l'étudiant peut alors se confronter aux exigences de la pratique, s'intégrer dans une équipe et dans une institution. Les stages sont pour l'étudiant un modèle puissant d'identification et d'intégration à la culture professionnelle.

Dans ces conditions, tout projet d'amélioration de la qualité des écrits doit faire l'objet d'un partenariat fort entre DGS et DSDIF. C'est de notre point de vue, une des conditions de réussite sur cette question particulièrement sensible à l'hôpital aujourd'hui.

3.4.3 Le tutorat :

Le tutorat vise à transmettre des pratiques professionnelles, donc à organiser le parcours initiatique. Il est devenu une véritable fonction stratégique. Il est le pivot de la formation sur le lieu de travail. Il réintroduit l'entreprise comme acteur de la formation des jeunes.

Le tutorat est une démarche personnelle avec le cadre de proximité. Ce dernier a un rôle déterminant pour mobiliser le potentiel de chaque membre de son équipe. La responsabilité du cadre reste néanmoins entière dans l'encadrement des stagiaires et il doit veiller à entretenir le partenariat avec l'institut.

Le DSG participe à la mise en œuvre de la démarche pour garantir une cohérence méthodologique ainsi que la mise en place d'outils communs sur l'ensemble de l'hôpital, afin de promouvoir une politique d'accueil et d'encadrement des stagiaires.

Pour S. De Fourmas, « le tutorat facilite l'accueil et l'intégration des étudiants grâce à un accompagnement personnalisé. L'hôpital est alors une entreprise tutrice qui se donne ainsi les moyens de transmettre un savoir-faire »⁷⁸. Ainsi, les services deviennent de

⁷⁶ PERRIER-GUSTIN P. Directeur des soins Gestion/Directeur des soins Formation : Duo ou Dualité ? Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; 2004

⁷⁷ Annexe de l'arrêté du 23 mars 1992, JO du 25 mars 1992

⁷⁸ S. De Fourmas, Le tutorat infirmier à la Fondation Hôpital Saint-Joseph. Objectifs Soins, juin-juil 2000

véritables structures apprenantes et l'alternance dans la formation est résolument intégrative.

CONCLUSION

Pendant très longtemps, les écrits infirmiers se sont limités à quelques mots écrits par le cadre infirmier dans un cahier de rapport. L'obligation de créer un dossier de soins dont l'infirmier est responsable et l'utilisation de la démarche de soins, ont contribué au développement des écrits.

L'écrit qui sort d'une institution hospitalière est un écrit représentatif de ce qui s'y passe. Il donne à voir ce qu'est cette institution.

La transparence va permettre une meilleure visibilité des pratiques professionnelles.

En effet, avec la loi du 4 mars 2002, les droits du malade sont renforcés. Il peut à sa demande, consulter son dossier et notamment certaines informations concernant sa prise en charge. Ces informations ne pourront être accessibles que si elles ont au préalable été écrites par les professionnels qui ont assuré les différents actes de soins en leur temps.

L'amélioration continue de la qualité des écrits constitue donc une priorité.

Chaque professionnel a l'obligation d'apporter la preuve de la qualité de ces interventions.

Le dossier est ainsi le lieu de mémoire de cette prise en charge et permet l'évaluation de la qualité de ces actions.

Après de longues périodes de réticence, les soignants dans leur grande majorité écrivent.

La problématique nouvelle, c'est l'attention portée à la qualité de ce qui est écrit.

L'écrit en tant qu'acte réalisé dans le cadre de l'activité professionnelle, a une valeur juridique. La responsabilité individuelle voire celle de l'établissement de santé peut être engagée. De ce fait, il ne peut être laissé au bon vouloir de chacun. Le développement de l'écrit doit s'inscrire dans un projet institutionnel et l'approche pluridisciplinaire recherchée.

La volonté des pouvoirs publics, dans les exigences de traçabilité, c'est de garantir à tous les citoyens que nous sommes, une qualité des soins dans un environnement sécurisé.

Face cette obligation d'écriture, les responsables des organisations doivent rechercher les stratégies managériales les plus efficaces pour accompagner les soignants. La communication interne représente ici un enjeu majeur pour le Directeur des soins, afin d'impliquer l'ensemble des acteurs dans le projet d'amélioration des écrits. Il doit être un observateur vigilant, à l'écoute des difficultés des uns et des autres.

L'évaluation des pratiques d'écriture doit être continue C'est ainsi, nous semble-t-il, que chacun en percevra les finalités et qu'on développera progressivement l'implication.

Dans le souci d'adapter la formation initiale aux exigences professionnelles du terrain, les Directeurs des soins, Directeurs d'Institut de formation doivent se poser en permanence la question suivante qui nous paraît très importante aujourd'hui plus qu'hier : En quoi la formation initiale prépare-t-elle les futurs professionnels aux pratiques d'écriture ?

Bibliographie

OUVRAGES

- ✚ **HAS** : Manuel d'accréditation des établissements de santé. Direction de l'accréditation, 1999.
- ✚ HAS. Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu- réglementation et recommandations. Service évaluation des pratiques, 2003.
- ✚ **HAS** : Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, septembre 2004
- ✚ **ABBAD J.** Organisation et management hospitalier. Edition Berger Levrault. Mai 2001. p342
- ✚ **ACKER F.** Sortie de l'invisibilité, « le cas du travail infirmier », Cognition et information société, Paris, raisons pratiques, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, 1997, dir. CONEIN B. et THEVENOT L.
- ✚ **ALECIAN S ; FOUCHER D.** Le management dans le service public. Edition d'Organisation. 2002 ; p9
- ✚ **BAILLAT G, AROQ C, BOUISSOU C, BRAU-ANTONY C.** Les différents écrits professionnels ; Bordas pédagogie, Paris, 2001,129p
- ✚ **BERGER G.** Les pièges de l'évaluation- Edition Universitaire. Mesonance 1987-introduction
- ✚ **Dossier** : La traçabilité, Droit et patrimoine, mai 2001
- ✚ **FOUDRIAT M, IMMEL B;** « Temporalité des processus de coopération entre acteurs dans les changements organisationnels et dispositifs d'interventions sociologiques » in Théoriser les pratique, L'Harmattan, Paris, 2003.
- ✚ **GATE J-P,** « Eduquer au sens de l'écrit, Paris, 1998, Editions Nathan, 192p
- ✚ **GIRIN G** Problèmes du langage dans les organisations, dir. CHANLAT J-F, Presses de l'université de Laval/E ska, 1990.
- ✚ **GROSJEAN M, LACOSTE M.** Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital, Paris, Presses universitaires de France, 1999.
- ✚ **LACOSTE M.** Peut -on travailler sans communiquer ? Langage et travail, communication, cognition action, FRAENKEL B et BORZEIX, Paris, CNRS éditions, 2001
- ✚ **LUCIENI.** Cerveau droit, cerveau gauche, Plon, 1995
- ✚ **MATTEI J-F.** Traçabilité et responsabilité in De la trace à la traçabilité, des enjeux nouveaux pour des risques nouveaux, Economica.
- ✚ **MONCEAU G** Innovation, institution, résistance. L'innovation, levier de changement dans l'institution éducative, Ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, La chapelle Montligeon, 1999, pp.106-118
- ✚ **NIOCHE JP.** Management public et analyse des politiques publiques Revue Française d'Administration publique n°24 Déc.1992 (cité par A. BARTOLI. Le management dans les organisations publiques. Donod.1997.
- ✚ **PEDROT P.** Traçabilité et responsabilité, In De la trace à la traçabilité : des enjeux nouveaux pour des risques nouveaux. Economica.
- ✚ **PERRENOUD P.** Former à l'action est-ce possible ? Université de Genève, faculté des sciences de l'éducation
- ✚ **PIAGET J.** Théorie du langage, théorie de l'apprentissage, Le Seuil, Paris, 1979

- ✚ **TORNY D.** La traçabilité comme technique de gouvernement des hommes et des choses. Politics, n° 33, 1999, p.51-75
- ✚ **VYGOTSKY L.S.** Pensée et langage, éditions sociales, Paris, 1985 pour la trad. française
- ✚ **.WITORSKI R.** Analyse du travail et production de compétences collectives ; L'Harmattan, Paris ; 1997

ARTICLES DE PERIODIQUES

- ✚ **ALTET M.** L'Analyse de pratiques, une démarche de formation professionnalisante ? Recherche et formation n° 35, 2000
- ✚ **ANONYME :** Méthodes de mémoire, Recherche en soins infirmiers n°7 déc.1986
- ✚ **BARBIER M., TESSIER-HELIE C** L'écriture infirmière : outil de qualité des soins à développer ? Gestions hospitalières, août/septembre 2004
- ✚ **DEBOUT C.** Ecrire pour formaliser le savoir infirmier. Soins n° 692, janvier /février 2005
- ✚ **DESCHAMPS Ch.** « Quels obstacles à l'écriture ? ». Infirmière magazine° 202 – Février 2005
- ✚ **GALLET M.A, AMORE M.,** Ecrit professionnel efface, identité gommée. Soins Encadrement Formation n°31 3^{ème} trimestre 1999
- ✚ **GOODY J.** De l'oral à l'écrit, in Sciences Humaines n° 83, Mai 1998
- ✚ **GRIMELLET M.** Malaises en blouses blanches, Libération, emploi, janvier 2004
- ✚ **HEURARD JC.** L'évaluation : des mythes aux réalités. Actualité et dossier de santé publique. Décembre 1996
- ✚ **JOBERT G.** « Ecrire, l'expérience est un capital » Education permanente, n° 102,1990
- ✚ **KOURILSKY F.** « La communication, levier du changement à l'hôpital ».Soin Formation Pédagogie Encadrement, 3^{ème} trimestre 1996, n° 1.
- ✚ **LACOUR F.** Du fil à l'aiguille, l'écriture professionnelle, une expérience collective,in Soins, encadrement formation n°31, troisième trimestre 1999
- ✚ **MULLER R, RAE AC,** « Quelle qualité du langage dans les dossiers de soins? ». Soins- n° 692- janvier/ Février 2005
- ✚ **PERRENOUD P.** « Mobiliser les savoirs ». Recherche et Formation n° 35, 2001
- ✚ **REVUZ C.** « Moi, écrire ? je ? ou comment aider les formateurs à écrire sur leurs pratiques, Education permanente, n° 102, 1990
- ✚ **S. De Fourmas,** Le tutorat infirmier à la Fondation Hôpital Saint-Joseph. Objectifs Soins, juin- juillet 2000
- ✚ **VEGA MJ.** L écriture professionnelle, un processus professionnalisant au service de la personne soignée, in Soins Encadrement Formation n°31 ,troisième trimestre 1999

MEMOIRES

- ✚ **BONNIN N** Du soin de l'écriture à l'écriture du soin. Mémoire institut de formation des cadres de santé. Chu de Dijon ,2000.
- ✚ **GASTE MC.** Les indicateurs d'activités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour un directeur de soins, mythe ou réalité ? Mémoire Ecole Nationale de la santé publique. 2004
- ✚ **GLORIEUX Ph.** Du dossier de soins au dossier patient: Un enjeu pour le directeur des soins. Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2004

- ✚ **PERRIER-GUSTIN P.** Directeur des soins Gestion/Directeur des soins Formation : Duo ou Dualité ? Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; 2004
- ✚ **PILOTTI A.** L'écriture comme analyseur des implications professionnelles du praticien masseur-kinésithérapeute hospitalier,
- ✚ **PILOTTI A.** L'écriture connectée des masseurs kinésithérapeutes Hospitaliers ; Mémoire de DEA en sciences de l'éducation Université de Paris VIII Octobre 2004

TEXTES OFFICIELS

- ✚ **Code de la Santé Publique.** Editions DALLOZ, 2002, 16^e édition. 2520p
- ✚ **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la république française, 5 mars 2002
- ✚ **Décret 2002-194 du 11 Février 2002**, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, (JO du 16 Février 2002)
- ✚ **Guide du service infirmier n°1**, Série «soins infirmiers ». Bulletin Officiel du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux, BO n°8517 BIS, 1985
- ✚ **Soins infirmiers : normes de qualité** Guide du service de soins infirmiers, 2^{ème} édition Ministère de l'emploi et de la solidarité, septembre 2001
- ✚ **Décret 2002-550 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps des directeurs de soins. Journal Officiel de la république française, 23 avril 2002.

DOCUMENTS INTERNET

- ✚ **Groupe de recherche ANAES**, « Ecriture infirmière et qualité des soins » document publié sur Internet http://www.serpsy.org/piste_recherche/ecrit_inf/anaes_ecriture2.html
- ✚ **LETEURTRE H; BLONDIAU MF ; MALLEA P ; GASARO S.** Analyse des 350 premiers comptes rendus d'accréditation de l'ANAES Fédération Hospitalière de France, 19 Août 2003

Liste des annexes

Annexe 1 : Code de la Santé Publique (extraits)

Annexe 2 : Guide du service de soins infirmiers (extraits)

Annexe 3 : Manuel d'accréditation de l'ANAES (version 1999)

Annexe 4 : Manuel d'accréditation de l'ANAES (version 2. Extraits)

Annexe 5 : Analyse des 350 premiers comptes rendus d'accréditation de l'ANAES

Annexe 6 : Grille d'entretien Directeurs, Directeurs des soins, Médecins, Cadres de santé

Annexe 7 : Grille d'entretien Infirmiers

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie législative)
Extraits

Chapitre préliminaire : Droits de la personne

.../...

Article L1110-4

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

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

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

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

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

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

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

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

Article L1110-5

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

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

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

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

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

.../...

Article L1111-6

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

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

la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

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

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

Article L1111-7

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

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

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

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

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques

d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L.111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

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

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

.../...

Chapitre 2 : Personne accueillies dans les établissements de santé

Article L1112-1

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

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

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

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

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

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

Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance

maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

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

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire)

EXTRAITS

Section 1 : Informations des personnes accueillies

Article R1112-1

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

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

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

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

Article R1112-2

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

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

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

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Article R1112-3

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

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

Article R1112-4

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

Article R1112-6

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

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

.../...

Soins infirmiers : norme de qualité

Guide du service de soins infirmiers 2^{ème} édition (septembre 2001)

EXTRAITS

.../...

L'accueil de la personne soignée

.../...

Norme 3- Le dossier de soins infirmiers

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

Caractéristiques des ressources/ structures

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

Caractéristiques de processus

- L'infirmière à l'arrivée de la personne soignée ouvre le dossier de soins infirmiers. Dès sa prise de fonction et avant chaque intervention, l'infirmière prend connaissance des éléments contenus dans le dossier.
- L'infirmière, après chaque intervention :
 - Note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée.
 - Note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale
- L'infirmière, tout au long du séjour de la personne soignée :
 - Renseigne le dossier de soins infirmiers, elle veille à l'exactitude et au respect de la confidentialité des informations notées par elle-même, par les

- o aides- soignants, les auxiliaires de puériculture, les aides médico-psychologiques et les stagiaires du service infirmier
 - o Exige que toutes les prescriptions médicales soient notées, datées et signées par les médecins prescripteurs dans le dossier de soins infirmiers. Elle s'assure également que toutes informations et observations écrites soient datées et signées.
 - o Assume ses responsabilités liées aux règles de gestion et de confidentialité du dossier patient
 - o Participe à l'évaluation du dossier du patient et concourt à son amélioration
- L'infirmière lors de la sortie de la personne soignée, établit par écrit une synthèse de la prise en charge infirmière du patient et renseigne la fiche de liaison infirmière.

Caractéristiques de résultats

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

Le projet de soins infirmiers

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

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

Norme 1 – L'identification des problèmes de santé

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

Caractéristiques de ressources / structure

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

Caractéristiques de processus

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

Caractéristiques de résultats

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

.../...

Norme 2 – Le projet de soins infirmiers

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

Caractéristiques de ressources/ structures

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

Caractéristiques de processus

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

Caractéristiques de résultats

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

Les interventions infirmière auprès de la personne soignée

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

Trois normes

1. L'acte de soins infirmiers
2. les protocoles de soins infirmiers
3. la coordination et la continuité de soins

Norme 3 - Coordination et continuité des soins

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

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

Caractéristiques de ressources/ structure

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

Caractéristiques de processus

- L'infirmière consulte le dossier du patient et assure la tenue du dossier de soins infirmiers
- L'infirmière programme ses interventions en coordination avec celles des autres professionnels

- L'infirmière, lors de toutes interventions en coordination avec celles des autres professionnels
- L'infirmière lors de toutes interventions relevant de sa compétence :
 - Veille à la cohérence de leur planification avec les autres interventions nécessitées par l'état de santé de la personne soignée.
 - Renseigne la fiche de liaison infirmière lors de la sortie de la personne soignée.

Caractéristiques de résultats

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

.../...

La sortie de la personne soignée

.../...

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

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

Caractéristiques de ressources/ structure

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

Caractéristiques de processus

L'infirmière :

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

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

Caractéristiques de résultats

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

.../...

Aspects généraux de l'exercice professionnel

.../...

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

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

Caractéristiques de ressources/ structure

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

Caractéristiques de processus

- L'infirmière vérifie que l'aide- soignant, l'auxiliaire de puériculture, l'aide médico psychologique a les connaissances et compétences nécessaires avant de lui confire la réalisation d'un soin relevant du rôle propre infirmier
- L'infirmière vérifie la bonne réalisation et les effets des soins infirmiers relevant du rôle propre confiés à l'aide- soignant, l'auxiliaire de puériculture, l'aide médico- psychologique

- L'infirmière facilite la transmission des informations et observations recueillies par les aides- soignants, les auxiliaires de puériculture, les aides médico- psychologiques lors de la réalisation de ces soins.

Caractéristiques de résultats

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

.../...

MANUEL D'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

ANAES/ Direction de l'accréditation/ Février 1999

.../...

Chapitre 4

LES REFERENTIELS

.../...

2. DOSSIER DU PATIENT (DPA)

• **Introduction**

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

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

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

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

• **Références**

DPA – Référence 1

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

DPA – Référence 2

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

DPA – Référence 3

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

DPA – Référence 4

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

DPA – Référence 5

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

DPA – Référence 6

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

DPA – Référence 7

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

- **Références et critères**

DPA – Référence 1

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

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

DPA 1.b. Une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement.

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

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

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

DPA – Référence 2

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

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

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

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

DPA – Référence 3

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

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

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

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

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

DPA – Référence 4

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

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

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

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

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

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

DPA – Référence 5

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

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

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

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

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

DPA 5.e. Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice- risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

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

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

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

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

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

DPA – Référence 6

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

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

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

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

DPA – Référence 7

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

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

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

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

Manuel d'accréditation des établissements de santé (extrait)

ANAES/ Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques/ Septembre 2004

.../...

Chapitre 3

Prise en charge du patient

.../...

B. Parcours du patient

- **Références et critères**

- Référence 29**

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge .

Le projet thérapeutique personnalisé définit l'ensemble des interventions adaptées aux besoins du patient incluant les besoins psychologiques et sociaux.

L'évaluation initiale comprend, entre autres, la description de l'état fonctionnel et des éventuelles dépendances du patient dans les gestes de la vie quotidienne.

Il repose sur un travail de collaboration entre tous les professionnels intervenant auprès du patient. Ce projet se construit progressivement avec la participation du patient et, le cas échéant, de son entourage. Il est élaboré dès l'évaluation initiale, soit en consultation soit lors de l'admission, et doit être actualisé en permanence tout au long de la prise en charge du patient. La traçabilité de ce projet se retrouve dans le dossier du patient.

Critère 29 b.

Les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures sont accessibles 24 heures sur 24.

Critère 29 d.

La réflexion bénéfices/ risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.

Critère 29 f.

Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustement en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.

Référence 33

La continuité des soins est assurée.

Il s'agit de la continuité des soins au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures.

Critère 33 b.

La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

La coordination et la continuité des soins s'appuient notamment sur les transmissions orales et écrites entre les diverses équipes.

Référence 34

La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient

Critère 34 a.

L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.

Critère 34 b.

L'information contenue dans le dossier du patient est accessible aux professionnels en charge du patient, en temps utile.

Critère 34 c.

Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.

Il s'agit de toutes les prescriptions : ordonnances médicamenteuses, prescriptions d'examens biologiques, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles, d'actes de kinésithérapie, etc.

Référence 37

Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous.

Champ d'application : activités de blocs opératoires, d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, radiothérapie, salle de naissance, électro-convulsivothérapie.

Critère 37 b.

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, per et post interventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.

Référence 39

Les activités de rééducation et/ou de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité cliniques.

Ces activités sont : la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychothérapie, la psychomotricité, l'orthoprothésie, etc.

Critère 39 b.

La prise en charge du patient associe les professionnels des secteurs d'activité cliniques et de rééducation et de soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.

La trace de l'intervention de ces différents professionnels doit figurer dans le dossier du patient.

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

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

1 Conseiller Qualité et Accréditation de la FHF

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

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

4 Secrétaire de la Direction et de l'accréditation du CHU de Nice

.../...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A/ Le patient et sa prise en charge

.../...

⇒ Référentiel DPA « Dossier du Patient

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

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

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

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

	N3									
	Total public	CHU	CH	CHS	AP- HP	HL	Total Privé	CP	PSPH	CLCC
DPA 7										
DPA 7a										
DPA 6										
DPA 6a	1		1							
DPA 6b										
DPA 5	2		2							
DPA 5a										
DPA 5c										
DPA 5d										
DPA 5e	1			1						
DPA 5f										
DPA 5g	1	1								
DPA 4	1		1				1		1	
DPA 4a										
DPA 4b	1	1								
DPA 4c	22	4	17	1			13	4	9	
DPA 4d	1			1						
DPA 4g										
DPA 3										
DPA 3a										
DPA 3b										
DPA 3c										
DPA 2	2		2							
DPA 2a	4	1	3				3	1	2	
DPA 2b	2	1				1				
DPA 1	4		3	1			1	1		
DPA 1a	5	1	4				5	4	1	
DPA 1b	8		4	1	2	1	3	1	2	
DPA 1c										
Total DPA	45	8	30	5		2	25	11	14	

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

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

GRILLE D'ENTRETIEN

Etablissement

Personnes interviewées :

Directeur, chargés de la clientèle, des droits du patient, de la gestion des risques

Médecin Responsable Qualité

Directeur des soins Gestion

Directeur d'Institut de Formation en soins infirmiers.

Cadre de santé

Question ouverte

La loi du 4 mars 2002 a apporté d'importantes modifications aux modalités de gestion du contenu du dossier patient notamment en ce qui concerne la traçabilité. Pouvez vous m'expliquer pourquoi les écrits prennent une telle importance ?

Questions de relance

Les enjeux de ces écrits sont ils perçus par tous les professionnels de santé ?

En quoi les écrits améliorent ils la qualité des soins ?

Dans le contexte de judiciarisation des relations de l'hôpital avec les usagers, Comment les écrits interviennent ils dans la prévention des contentieux ?

Duelles projections faites vous pour améliorer ces écrits ?

GRILLE D'ENTRETIEN

Etablissement :

Personnes interviewées : I.D.E.

Comment situez-vous les écrits dans votre travail au quotidien ?

Quand écrivez-vous ?

Comment vivez- vous l'activité d'écriture dans votre activité professionnelle ?

Quelles sont vos attentes par rapport aux transmissions écrites ?