

Les écrits :  
Pour qui ?  
Pour quoi ?

# Quelles informations faut-il partager dans une prise en charge en psychiatrie ?

Journée-forum de l'Espace de réflexion éthique  
de l'EPSM de l'agglomération lilloise

Retranscription des interventions  
de la journée du Mardi 20 juin 2017



## Les écrits : Pour qui ? Pour quoi ?

# Quelles informations faut-il partager dans une prise en charge en psychiatrie ?

Journée-forum de l'Espace de réflexion éthique  
de l'EPSM de l'agglomération lilloise

## Retranscription des interventions de la journée du Mardi 20 juin 2017

Si le soin, qui plus est le soin en psychiatrie, est un art de la relation, il est toutefois soutenu par une multitude d'écrits : des notes personnelles aux informations du dossier du patient, des mots sont posés par écrit sur les souffrances. Ces écrits servent à documenter la prise en charge du patient, à élaborer un projet de soins, à partager des informations entre professionnels, mais aussi à poser un diagnostic, à décider, à « se couvrir » voire à rendre justice... Outils de suivi et d'échange, moyens de traçabilité et de contrôle, les écrits ont bien des fonctions dans la

relation de soin. Mais pourquoi et pour qui écrit-on ? quelles sont les obligations légales de traçabilité ? comment transcrire une prise en charge sans stigmatiser ? et que faut-il partager ? avec qui ? le « dossier » du patient est-il un frein à la fraîcheur d'un nouveau regard soignant ? comment préserver - ou retrouver - le colloque singulier soignant/soigné qui semble échapper à cette forme de savoir objectivé, rationalisé et pluriel sur une personne ? À l'heure du Dossier du Patient Informatisé, toutes ces questions sont amplifiées par la virtualisation des

écrits, leur consultation possible dans le silence et la solitude de l'écran, leur partage potentiellement infini et leur piratage toujours menaçant... Comment penser les écrits des soins psychiatriques sans paranoïa, et... sans angélisme ?

Les membres de l'espace de réflexion éthique de l'EPSM de l'agglomération lilloise se sont saisis de ces questions à partir de cas pratiques posés par l'ensemble des services de l'EPSM et partageront ici leurs échanges et premières conclusions.



---

## 9h • Ouverture

**Dr Francis Moreau**,  
Président de l'espace  
de réflexion éthique  
**Dr Christian Müller**,  
Président de la CME  
**Jean-Marie Maillard**,  
Directeur général

---

## 9h30 • Dossier du patient : que dit la loi ?

Intervention reprise par **Ahmed Haddouche** en l'absence de l'intervenante prévue **Marie-Charlotte Dalle**, Directrice des affaires juridiques du CHRU de Lille  
*Retranscription en cours*

---

## 10h • Le DPI : d'une simplification à un dessèchement ?

**Georges Dhaine**, Infirmier à l'EHLA  
**Anne Racine**, Cadre de santé  
du CMP du secteur 59g11

Dans nos pratiques, nous nous sommes rendu compte qu'il n'était pas si facile d'écrire nos entretiens avec les patients... Nos questionnements sont nombreux et variés. Nous avons voulu vous présenter 2 observations qui nous semblent bien résumer les difficultés rencontrées :

L'une tout à fait véridique et révélatrice de la problématique.

L'autre imaginée (ou presque...) et modifiée en tenant compte de nos nombreuses interrogations...

Nous ne prétendons pas donner des réponses figées et immuables. L'idée est de réfléchir et d'échanger sur les questionnements que nous devons avoir à chaque fois. Il est question de travailler sur « écrire trop ou trop peu ».

Première situation :

Je reçois dans le cadre d'une consultation tabacologie, Mr M. patient suivi en ambulatoire. Rv organisé à sa demande.

Comme d'habitude, j'accueille le patient, j'ouvre son dossier informatique en vérifiant son identité et sa date de naissance.

Puis j'ouvre le DSI pour savoir qui me l'a adressé et connaître un peu sa problématique et son parcours de soins.

Usuellement, à ce stade du parcours de soins, il y a peu d'éléments d'observation sur dossier informatique et je « survole » les données qui peuvent m'être utiles dans le cas qui m'occupe.

Je commence mon entretien en face à face tout en « déroulant » les observations.

Je l'interroge sur sa consommation, ses habitudes, ses motivations à arrêter dans le même temps je lis sur la page affichée sur mon écran « accusé d'actes pédophiles »

Immédiatement je me sens parasité par cette information, je m'oblige à rester dans l'objectif d'accompagner le patient dans son sevrage.

La difficulté que je rencontre est de garder ma position de professionnel aidant sans introduire un jugement.

Malgré tout, le mot « pédophile » reste dans mon esprit et j'ai du mal à le dissocier de mon entretien en cours.

Questionnements liés à cette observation :

- Tout doit-il figurer dans les observations infirmières (utiles dans un contexte et non dans un autre) ?
- Qui peut lire un jour ces informations (notion d'inscription dans le temps et dans le parcours du patient) ?
- Doit-on lire les observations avant de recevoir un patient (attendre les infos du patient avec le risque qu'elles soient fausses ou se faire une idée fautive en lisant les informations avant) ?
- Doit-on apprendre aux professionnels à se détacher des infos du dossier pour aborder le patient avec leur compétence et leur ressenti propre.

Nous avons maintenant décidé de vous présenter une observation infirmière revue et corrigée en se posant toutes ces questions.

Nous avons volontairement exagéré le trait afin d'imager à l'extrême les difficultés rencontrées lors de la rédaction d'une observation.

### Observation clinique d'origine

Mme V. 25 ans est entrée dans le service le 5 mai pour IMV suite à un problème conjugal (son mari la frapperait)

Me parle longuement de son père qui était violent et qui lui aurait fait subir une relation incestueuse.

Elle ne veut pas d'enfant car elle a peur de leur faire du mal (a subi 2 IVG)

Au cours de l'hospitalisation, verbalise beaucoup sur son entourage et le décrit comme néfaste (les deux frères sont en prison)

Sort ce jour à son domicile, a refusé de porter plainte et d'être hébergée en foyer.

Elle compte sur le suivi en CMP pour se donner la force de faire et rencontrer une assistante sociale.

Partant des données suivantes :

- Dossier encore lisible dans 30 ans
- Dossier lisible par le patient et/ou personne de confiance et/ou par le mari.
- Dossier lisible par tout le personnel soignant et socio-éducatif
- Observations qui pourraient influencer les soins et peut être porter préjudice.

### Observation revue et corrigée

Mme V. 25 ans est entrée dans le service le 5 mai pour ~~IMV~~ **(TS)** (on pense que le psychiatre écrira les détails et que l'IDE du CMP les lira) suite à un ~~problème conjugal (son mari la frapperait)~~ **(souci relationnel dans son couple)**

Me parle longuement de son père qui était violent et qui lui aurait fait subir une ~~relation incestueuse~~ **(on juge que cette info appartient à la patiente et qu'elle est détentrice de cette dernière)**.

Elle ne veut pas d'enfant car elle a peur de leur faire du mal (~~a subi 2 IVG~~) **(le généraliste va certainement le noter sur le dossier médical et on pense que l'IDE du CMP le lira)**

Au cours de l'hospitalisation, verbalise beaucoup sur son entourage ~~et le décrit comme néfaste (les deux frères sont en prison)~~ **(on juge que cette info appartient à la patiente et qu'elle est détentrice de cette dernière)**.

Sort ce jour à son domicile, ~~a refusé de porter plainte et d'être hébergée en foyer.~~

Elle compte sur le suivi en CMP pour se donner la force de faire et rencontrer une assistante sociale (on pense et on préfère que la patiente expliquera elle-même ses problèmes afin d'obtenir de l'aide).

#### Observation finale

Mme V. 25 ans est entrée dans le service le 5 mai pour TS suite à un souci relationnel dans son couple.

Me parle longuement de son père.

Elle ne veut pas d'enfant car elle a peur de leur faire du mal.

Au cours de l'hospitalisation, verbalise beaucoup sur son entourage.

Sort ce jour à son domicile,

Elle compte sur le suivi en CMP pour se donner la force de faire et rencontrer une assistante sociale.

#### Constats :

- Les professionnels des structures ne seront pas en alerte sauf s'ils échangent à l'oral avec leurs collègues de l'unité.
- Aucune info sur les signes de gravité et sur les risques de récurrence de passage à l'acte.
- Le professionnel de CMP ne sera pas parasité par des infos difficiles et déstabilisantes.
- La patiente sera-t-elle suffisamment en confiance (avec un infirmier qu'elle ne connaît peut-être pas) pour verbaliser son histoire ?

---

## 10h30 • Le DPI : outil de partage ou outil de contrôle ?

**Dr Jean Oureib**, Médecin chef du DIM et vice-président de la CME

*Retranscription en cours*

---

---

## 11h30 • Conservation et transmission du dossier patient : du dossier au document ?

**Nicole Drollet**, Attachée d'administration responsable des archives

### Après les écrits : l'archivage

#### Définition des archives

« Les archives sont l'ensemble des documents, quels que soient leur date, leur forme et leur support matériel, produits et reçus par toute personne physique ou morale et par tout service ou organisme public ou privé dans l'exercice de leur activité » (Art. L211.1 du Code du Patrimoine)

#### L'archiviste

L'archiviste organise la collecte et le classement des dossiers médicaux, leur conservation, leur traitement final et leur communication.

#### Propriété du dossier patient

La loi ne répond pas à cette question de manière explicite.

Le médecin établit le dossier (art 45 du Code de déontologie médicale)

Le dossier patient est un document produit par une administration publique, relève des archives publiques (art L211-1 et 4 du code du Patrimoine). A ce titre l'établissement en est le gardien et doit le conserver.

Le patient dispose d'un droit d'accès et de communication de son dossier (art L1111-7 du CSP)

Le médecin, le patient et l'établissement sont copropriétaires du dossier cependant l'établissement en assurera la conservation et la charge puisque les archives publiques sont imprescriptibles et inaliénables.

#### Conservation du dossier patient

Responsabilité de la conservation

- Le Directeur est responsable de la bonne gestion et de la conservation de l'ensemble des documents et données produits par l'établissement sous le contrôle scientifique et technique des Archives Départementales.

- Le service des archives gère les mouvements du dossier patient et en assure la traçabilité

#### Lieux de conservation

Dès leur création, les documents et les données doivent être intégrés dans une réflexion sur la gestion de l'information dont le cadre général est le passage des documents et des données à travers trois âges successifs :

1. Les archives courantes : dans le service de production disponibles pour ceux qui font partie de la PEC
2. Les archives intermédiaires : cet âge débute quand il n'y a plus d'usage fréquent et que le dossier est fermé.

#### Conservation minimale du dossier patient

- 20 après la dernière venue
- Jusqu'au 28ème anniversaire du titulaire pour les mineurs
- 10 ans après la date de décès
- 30 ans pour les actes transfusionnels, les dons et greffes d'organes, les comptes rendus d'analyses de biologie médicale et leur commentaire dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques

À l'EPSM de l'agglomération lilloise le choix de la commission médicale d'établissement a été de conserver le dossier médical 30 ans après la dernière venue et 10 ans après le décès du patient.

Le versement des archives intermédiaires par les services producteurs aux archives centralisés n'est pas réglementé. Il est effectué en fonction des locaux mis à disposition dans les services de soins.

#### 3. Les archives définitives

- À la fin de la durée d'utilité administrative, un échantillonnage de dossiers est versé aux Archives Départementales, ils seront conservés indéfiniment pour la connaissance de notre société par nos descendants (intérêt historique, scientifique ou statistique)
- Les autres dossiers seront voués à la destruction (bordereau d'élimination visé par le Directeur, le DIRM et le conservateur des Archives)

#### Transmission du dossier

La loi fixe un délai minimal et maximal de communication : article L 1111-7 du Code de la Santé :

Le demandeur peut accéder à son dossier :

- au plus tôt après un délai de 48 heures suivant sa demande (délai de réflexion)
- au plus tard dans les 8 jours suivant sa demande, ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans (ces délais courent à partir du moment où la demande est complète).

La demande de communication sera formalisée par écrit et doit être adressée au Directeur. Elle doit être effectuée par la personne concernée, par son ayant droit en cas de décès, par la personne ayant l'autorité parentale ou par le tuteur.

Délai de communicabilité :

Les dossiers médicaux sont librement communicables

- 25 ans à compter de la date du décès
- Si la date du décès n'est pas connue, 120 ans à compter de la date de naissance de la personne en cause
- Exception : demande de communication par dérogation pour des renseignements relatifs à la recherche avant la fin des délais de communicabilité

---

**12h • Du document à l'œuvre : le dépôt d'art brut de l'EPSM de l'agglomération lilloise**  
**Savine Faupin**, Conservatrice en charge de l'art brut au LAM  
*Retranscription en cours*

---

---

**12h30 • Pause déjeuner libre**

---

---

## 14h • Quelles fonctions pour l'écrit ? Quelle adresse ?

**Magali Trassaert**,  
Psychologue du secteur 59i06  
**Nicolas Joly**, Psychologue

### Quelles fonctions pour l'écrit ?

Avant de revenir sur les risques que recouvrent les écrits dans le DPI en psychiatrie, nous allons essentiellement parler de la fonction des écrits :

À quoi ça nous sert ? (En psychiatrie) Pourquoi écrit-on ?

Comme le dit la citation « les écrits restent, les paroles s'envolent »

**L'écrit laisse une trace de ce qui se dit avec le patient.** Aussi sont-ils un **outil de partage d'informations entre membres d'une équipe** gravitant autour du patient.

Les écrits sont comme une **mémoire vive** de ce qui se dit d'une séance à l'autre ou d'un intervenant à l'autre et introduisent ainsi **une forme de continuité dans la prise en charge** tout en contribuant à la continuité de soins.

Il est question de porter à la connaissance des autres membres de l'équipe suivant le patient toutes les informations qui lui seront nécessaires pour mieux appréhender le patient, mieux comprendre son fonctionnement psychique et ainsi mieux l'aider.

Cela est d'autant plus important chez les patients souffrant de troubles psychiques graves, comme la psychose par exemple ou ce qu'on appelle communément aujourd'hui les troubles envahissants du développement.

Ce sont des patients qui sont bien souvent en peine pour élaborer, faire du lien au sein de leur histoire personnelle et familiale, de faire du lien entre les séances, patients aux prises avec des phénomènes de clivage, chez qui le sentiment de continuité d'existence cher à D Winnicott, fait souvent défaut.

Ainsi l'écrit va avoir **cette fonction de rassembler, voire structurer le discours, faire lien entre les intervenants** afin qu'ils puissent y comprendre quelque chose.

Donc les écrits sont somme une **interface de partage** où sont inscrits les fluctuations d'humeur ou de comporte-

ment du patient, l'histoire de ce qui fait symptôme, chacun pouvant recueillir des éléments différents et complémentaires du patient.

L'écriture **fait fonction de synthèse des observations cliniques** et peu parfois nous aider à dénouer le fil de l'histoire. (Réintroduire une forme d'historicité)

Ecrire nous semble être également **un excellent support d'élaboration** en ce sens qu'il permet une prise de recul par rapport à ce qui s'est entendu, vécu, il permet de structurer notre pensée lorsque notre appareil à penser est mis à mal par les phénomènes de dissociation, de clivage...

L'écrit nous aide à comprendre parfois dans l'après-coup ce qui se joue au niveau transférentiel pour le patient, de repérer des moments importants de vacillation, de naissance du symptôme, de régression, etc...

Comme l'exprime Anne Clancier dans la Revue Française de psychanalyse, dans un texte intitulé *La parole et l'écriture* : « *L'écriture permet la reconstruction des cas d'analyse (Cf Freud) ce qui permet de prendre une distance par rapport au matériel et au contre-transfert.* »

Freud n'aurait en effet jamais pu faire ses découvertes et élaborer ses théories autour de la névrose, sans le recours de l'écriture sur ses cas)

**L'écriture produit donc une forme de savoir sur le patient**, à condition qu'il s'effectue dans l'après-coup de la séance et non dans l'immédiateté.

A Clancier dit aussi que « la science n'a pu naître qu'avec l'écriture. »

Je cite : « Si nous avons des difficultés avec un patient, qu'il s'agisse de le comprendre ou de le supporter, écrire sur son cas permet d'y voir plus clair et d'assumer notre contre-transfert. »

Ainsi, nous ne pouvons que vous encourager à écrire au sujet de vos patients et sur vos prises en charge mais il paraît pour cela nécessaire **de varier les supports.**

**Sur le DPI**, il nous semblerait judicieux d'y inscrire tout ce qui est de l'ordre des éléments anamnestiques, l'histoire du ou des symptômes, des éléments de l'histoire personnelle et familiale qui pourraient contribuer à la compréhension de la finalité du symptôme, le motif de consultation, les fluctuations d'humeurs

ou d'attitude, le diagnostic psychopathologique, les ressources et intérêts du patient et l'évolution de ce dernier, en bref tout ce qui provient de notre observation clinique fine.

En revanche, il me semble préférable d'inscrire sur **des notes personnelles séparées**, (notes papier) tout ce qui est de l'ordre du vécu subjectif, du ressenti, des mouvements contre-transférentiels du thérapeute, nos hypothèses cliniques, les va et vient de notre pensée, tout ce qui contribuera à l'élaboration du cas.

Ces notes sont alors la propriété du thérapeute qui en est garant.

J'y inclus pour ma part également les productions graphiques du patient (ses dessins), ses écrits dans le cadre de la psychothérapie (exemple écriture d'histoire, voire même journal intime, lettre adressée au thérapeute), au sein de mes notes personnelles qui ne figurent pas dans le DPI

Ces productions sont selon moi du ressort de l'intime (surtout les écritures) ainsi me semble-t-il délicat d'un point de vue éthique de les scanner dans le dossier.

Le patient nous les a confiés ou adressés.

### **La question de l'adresse est en effet à prendre en compte.**

Nous n'écrivons pas la même chose en fonction de l'interlocuteur auquel on s'adresse, d'où cette difficulté supplémentaire depuis la loi du 4 mars 2002, qui nous invite à écrire pour nous-même, nos collègues mais aussi le patient qui peut en demander la lecture.

Cela change la donne et inévitablement le contenu des écrits.

Alors, si es écrits ont pris une grande place en psychiatrie aujourd'hui comme s'ils étaient un moyen de justifier de notre travail, l'écrit est souvent vécu comme une injonction, « on écrit pour l'institution », il nous semble important qu'il parte aussi d'un désir et d'une volonté de faire lien avec l'autre.

Toutefois si nous sommes aujourd'hui dans une tradition de l'écrit aujourd'hui, encouragée d'ailleurs par les juristes qui nous invitent ici à écrire pour nous protéger d'éventuelles procédures à notre encontre, il nous semble important de rappeler l'importance des échanges verbaux : que la parole puisse continuer à circuler dans nos institutions, au sein de nos réu-

nions de synthèse, dans les couloirs, à la pause café.

On entend souvent « c'est écrit dans le dossier, ou va voir dans le dossier, pas besoin d'en parler... »

Erreur, nous ne disons pas les mêmes choses à l'écrit qu'à l'oral. A l'oral pourrions nous aussi parler beaucoup plus facilement de notre vécu face au patient qu'à l'écrit. De ces choses plus délicates, et informelles...

**L'écrit est sujet à interprétation ne l'oublions pas.** Ils peuvent ainsi faire flamber de grands paranoïaques.

**Les liens que permet l'écriture ne se substitueront jamais aux liens de parole à préserver et soutenir dans nos institutions.**

Nous parlions tout à l'heure du couloir, je fais ici référence à la pratique du seuil, aux espaces interstitiels, concept développé par René Roussillon, qui fait l'apologie de ce travail informel, s'effectuant dans les interstices de l'institution, sur le pas de porte et qui est d'une richesse insoupçonnable.

C'est parfois là que l'essentiel se dit.

Je parle de cela pour contrebalancer mon idée précédente et accorder une place aussi à tout ce qui n'est pas écrit, formalisé mais se vit dans l'instant de la rencontre avec le patient.

Et qui, pour le coup est difficilement formalisable.

Ces liens de parole vivants ont bien souvent un effet thérapeutique.

En témoigne, ces patients pour lesquels on organise une synthèse avec toutes les personnes gravitant autour de lui et qui par enchantement se mettent à bouger, évoluer.

**Jean Oury**, psychiatre à la clinique de Laborde **parlait de l'indicible dans l'institution**, tout ce qui ne se voit pas, ne se dit pas, ne s'écrit pas, ne se comptabilise pas et qui pourtant est d'une importance inouïe d'un point de vue thérapeutique.

Ce peut être un sourire adressé à un patient, un trait d'humour, une main tendue, une parole adressée, ce qui va peut-être faire basculer les choses du côté du vivant, de la pulsion de vie chez le patient.

Tous ces petits détails dans la relation soignant-soignés, ces petits riens qui font du lien mais qui pourtant ne sont pas inscriptibles dans un dossier.

Jean Oury va même plus loin en disant que l'essentiel du soin se situe peut-être là dans ces choses invisibles, qu'il qualifierait d'ambiance...

**Tout cela pour rappeler à chacun que tout n'est pas formalisable, transcribable et prévisible.**

Une grande part s'improvise au gré des rencontres.

**Le dossier ne doit pas être une justification du soin** mais ce qui en traduit son essence même.

Il doit rester vivant, appropriable par le soignant, tel un espace transitionnel entre le patient et l'équipe, espace d'écriture et de Jeu (On peut l'écrire des deux façons)

**L'écriture est en effet un jeu**, et ré-introduit du « Je », de la subjectivité à condition que l'on écrive ce que l'on a envie d'écrire et faire lien avec l'autre, et non parce que l'on doit écrire au nom de l'institution et pour justifier de notre travail.

C'est là que les écrits reprennent tout leur sens.

**J'aimerais rappeler aussi que nous n'écrivons pas que dans les dossiers, nous écrivons aussi avec nos patients, nous traçons, inscrivons, et cette écriture là aussi a des effets thérapeutiques.**

Prenons l'exemple du jeu du squire-game qui consiste à partir d'un gribouillage pour en dessiner quelque chose. L'enfant se découvre ainsi au fur et à mesure de ses productions dans un jeu interactif et inter subjectif avec son thérapeute.

Ou encore l'écriture d'une histoire à partir d'un personnage comme support à la psychothérapie.

Cette technique thérapeutique remet en marche l'imagination et lève les inhibitions.

Je voudrais à présent revenir sur le dossier patient et sur **le caractère responsabilisant et parfois désresponsabilisant des écrits.**

À la fois en écrivant, nous engageons notre propre responsabilité par rapport à ce que l'on écrit au sujet du patient, **c'est un acte responsable qui engage celui qui écrit.**

En écrivant sur la parole d'un autre, il y a forcément une prise de position subjective, un filtre qui est le nôtre. Il y a ce que le patient nous dit et ce que nous voulons bien en entendre, entre les deux peut exister une marge, un écart. Ainsi les écrits en psychiatrie suscitent parfois chez les soignants des résistances.

N'oublions pas d'ailleurs que le patient a un droit de rectification sur nos écrits.

Il est vrai que nous demandons rarement son accord au sujet de ce que l'on écrit sur lui.

Ainsi nous semble-t-il important de ne pas tout écrire de filtrer juste ce qu'il nous semble important de communiquer aux soignants pour donner quelques repères cliniques aidant à la construction du cas et à l'élaboration du « projet de soins »

Mais écrire **peut aussi amener une forme de déresponsabilisation.**

Il n'est pas rare d'entendre : c'est écrit autrement dit j'ai fait mon travail, ma seule responsabilité n'est plus à elle seule engagée mais partagée avec l'institution.

Ecrire ne nous dédouane pas de notre responsabilité thérapeutique vis-à-vis du patient, engagée au travers de la parole.

**Autre exemple :** j'écris ce que j'ai fait pour un patient suicidaire de façon à me couvrir en cas de passage à l'acte, autrement dit ce n'est plus de ma responsabilité.

Nous mettons trop souvent de côté la responsabilité du sujet dans ses actes de même que celle qu'on engage au travers de nos actes de soins, plus que de nos écrits.

Cela interroge d'ailleurs **le rapport à la vérité à travers les écrits.**

On confond trop souvent écrit et preuve.

En droit la seule preuve est la preuve écrite. Et pourtant rien ne dit que je fais vraiment ce que j'écris.

L'écrit ne prouve en rien nos actes, et pourtant il est souvent considéré comme la preuve de nos actes.

Certains patients parfois paranoïaques demandent à consulter leur dossier à la recherche d'une vérité sur eux-mêmes, des réponses tangibles. Or c'est une erreur de penser pouvoir approcher la vérité par les écrits en psychiatrie.

Comme l'exprime D. Barbier, psychiatre dans son article « le mythe de la transparence », « le dossier n'est qu'un espace intermédiaire entre le patient et son thérapeute.

Nous sommes ici en sciences humaines et non en MCO, ainsi l'exactitude et la véracité sont dans un rapport d'approximation. »

L'erreur de Narcisse serait en ce domaine d'imaginer trouver la vérité sur soi dans un dossier.

Quelque chose échappe toujours au discours de l'autre.

N'oublions **pas la part inconsciente qui nous anime** et se manifeste tout particulièrement dans la relation psychothérapeutique. Cette part d'inconscient ne se résume pas, ne s'écrit pas, il se vit et s'éprouve.

La rencontre thérapeutique est d'abord la rencontre entre deux inconscients. Cela ne s'appréhende pas dans un dossier. On ne peut tout dire d'un patient ni le résumer, il y a toujours quelque chose qui manque, qui échappe et crée aussi le désir de savoir.

Ce n'est pas pour rien qu'aujourd'hui le DPI occupe une telle place dans le soin en psychiatrie, dans une société régie par le contrôle, vivant dans l'immédiateté de la réponse à tout, de la consommation et l'éviction du manque.

Ainsi tout ce qui échappe dérange d'où le besoin de savoir pour combler le manque fondamental qui nous constitue passant parfois par le besoin de consulter un dossier.

---

## 14h30 • L'apprentissage des transmissions : un enjeu éthique pour les étudiants

**Isabelle Barte,**

Cadre formatrice à l'IFSI Daumezon

Tout d'abord, parlons de ce que prescrit le référentiel de formation en soins infirmiers de juillet 2009. Pour info, la formation infirmière est dorénavant une formation grade licence, composée de six semestres, formation par alternance à visée intégrative où lieux de formation et lieux de production de soins cherchent à favoriser le développement de 10 compétences professionnelles chez l'étudiant.

La formation se déroule sur 6 semestres avec une alternance d'unités d'enseignement et de stages dans des secteurs divers et variés tels que soins de courte durée, de longue durée, en santé mentale et en lieux de vie.

Au semestre 1, les objectifs visés sont l'appropriation des notions de responsabilité professionnelle, de secret professionnel et de secret partagé, la prise en compte des droits du patient, l'information et consentement du patient. Lors des enseignements de ce début de formation, les étudiants sont amenés aussi à faire la distinction entre les notions de droit, de morale et d'éthique. Les enseignements incitent aussi la réflexion sur les valeurs de la profession d'infirmière. De plus, dès l'entrée en formation, l'enseignement du raisonnement et de la démarche clinique infirmière se réalise. Notons que pour certains étudiants, cette dimension est éloignée de la représentation qu'ils ont du métier d'infirmière (représentation souvent réductrice au rôle d'exécutant d'actes de soins : poser des perfusions, réaliser des pansements, faire des piqûres...).

Ainsi, au premier semestre, les bases de ce qu'est un professionnel infirmier et le cadre législatif dans lequel il évolue sont posés.

En stage, l'étudiant est invité à tracer ses activités de soins sur les différents supports, et s'inscrit dans une organisation et une coordination des activités soignantes.

De nombreuses unités d'enseignements en sciences humaines et médicales sont présentes sur les premiers semestres de formation (pour informations, ces unités sont dispensées par l'université de Lille 2 sous la forme de cours magistraux mises en forme en DVD).

Différentes situations sont travaillées à l'IFSI suscitant le questionnement de l'étudiant. Les enseignements cherchent à ce que l'étudiant acquiert une méthodologie au regard d'une situation clinique : perception d'éléments significatifs dans une situation, formulation d'hypothèses de problèmes de santé, recherche d'informations complémentaires, pose de jugement clinique. L'étudiant est encouragé à identifier les signes, les symptômes d'une pathologie ou d'une situation de handicap, à repérer les complications potentielles et à reconnaître les réactions humaines physiques et psychologiques en lien avec ce que vit la personne soignée.

Aussi, en semestre 2, l'étudiant, aidé par l'enseignement des UE soins relationnels, est incité à développer ses compétences relationnelles en vue des interactions avec la personne soignée. Cet apprentissage est en effet incontournable pour développer une des compétences professionnelles en lien avec ce qui a été énoncé ci-dessus, c'est-à-dire la compétence à évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. En stage, l'étudiant est invité à élaborer des synthèses d'entrée et/ou intermédiaires (macro-cible et transmissions ciblées) au regard des situations complexes et singulières qu'il rencontre en stage et qu'il analyse avec les professionnels.

En période de retour à l'IFSI, et ceci jusqu'à la fin des trois années d'études, l'étudiant est invité à présenter la manière dont il s'y est pris pour réaliser ces synthèses et aussi à décrire et analyser des situations dans lesquelles il a été acteur. Ceci m'amène à mettre en lien l'apprentissage des transmissions ciblées avec le développement d'une autre compétence professionnelle qui est celle de « analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle ».

Ainsi, dans la formation, l'apprentissage des transmissions ciblées met en jeu plusieurs niveaux d'écriture, en lien avec l'engagement que met l'étudiant dans sa formation, comme le décrit Kaddouri (2011) :

- un premier niveau en lien avec l'écriture dans la pratique professionnelle (écriture produite lors des activités professionnelles)

- un autre niveau en lien avec une écriture sur sa pratique, qui a une visée plus professionnalisante, qui cherche à favoriser la prise de recul, la prise en considération, comme le dit Bartholome (2016), prise en considération de ce qui « raisonne », « résonne » en lui. Ceci peut générer conscience et réflexivité et produire du sens chez le futur professionnel.

Voyons maintenant le point de vue des étudiants en soins infirmiers sur l'écriture en transmissions ciblées :

Une courte enquête en ligne, a été réalisée en ce début de mois auprès des étudiants infirmiers des trois promotions de l'IFSI Daumezon :

75 étudiants (28 en 1<sup>ère</sup> Année, 14 en 2<sup>ème</sup> Année et 33 en 3<sup>ème</sup> A) ont répondu sur 310 étudiants, soit 25%)

36 étudiants sont en Soins de Courte Durée, 15 en Santé Mentale, 10 en Soins Individuels ou Collectifs sur des Lieux de Vie et 14 en Soins de Longue Durée

Une première question cherchait à savoir si l'étudiant possède sur le stage actuel un code personnel pour accéder au dossier patient informatisé :

Seulement 30% des étudiants ont un code personnel pour accéder au dossier patient informatisé

Sur les 70% des étudiants qui n'ont pas de code,

- 21% mentionnent l'absence de dossier patient informatisé

- 73% utilisent le code du professionnel avec lequel il travaille (IDE ou AS ; quelques étudiants complètent cette transmission sur le code du professionnel en mettant leurs initiales).

Certains notent qu'ils ne font pas de transmissions écrites mais transmettent oralement aux professionnels.

Un étudiant indique qu'il existe un code pour tous les étudiants, et un autre dit utiliser le code des intérimaires du service.

Une autre question cherchait à connaître le nombre d'écritures en transmissions ciblées réalisées en stage par les étudiants :

- 8% indiquent ne faire aucune transmission ciblée

- 28% écrivent en transmissions ciblées de manière sporadique

- La majorité des étudiants (64%) écrivent dans leur quotidien en transmissions ciblées

Une question a été posée ensuite sur le sens que les étudiants en SI accordent à cette écriture « selon vous, à quoi sert votre écriture en TC » :

10% n'ont pas répondu à la question...

- Connaître l'évolution des problèmes de santé du patient afin d'assurer son suivi et la continuité des soins à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire, avec l'idée sous-tendue d'optimisation de la prise en charge (50 fois l'idée est citée)

- Engager sa responsabilité, tracer des actes, « prouver les actions mises en place » et « se protéger ». Un étudiant indique « pas écrit, pas fait ». Une autre ajoute « en psychiatrie les patients sont de plus en plus procéduriers, il est important de tout tracer » « avoir une trace de ce qui se passe dans le service au cas où il y aurait un problème » (25 fois l'idée est citée)

- Apporter un « regard neuf », « tracer les ressentis perçus », « apporter des détails supplémentaires d'après mon point de vue ». Un autre étudiant exprime « parfois, un petit détail peut paraître anodin pour quelqu'un mais compléter une démarche clinique pour une autre », « les faits nouveaux, inhabituels », « décrire une problématique », « personnaliser le soin » (11 fois cités)

Une dernière question a été posée aussi aux étudiants sur ce que seraient les éventuelles difficultés à l'écriture en transmissions ciblées.

20% n'ont pas répondu à la question...

Dans les réponses exprimées, outre le fait, comme évoqué précédemment que l'étudiant n'ait pas de code pour accéder au dossier patient, d'autres difficultés apparaissent. Je vous les énumère par ordre décroissant de fréquence d'apparition :

- Difficultés en lien avec la pertinence de ce qui est à transmettre (12 fois idée citée) :

« Faire le tri dans ce qui est important ou pas », « savoir ce qui est pertinent et ce qui ne l'est pas », « savoir quoi écrire », « trouver l'intitulé pertinent de la cible » L'objet de ce qui est à transmettre est aussi évoqué : « faire des TC sur la réfection d'un pansement me semble plus facile

qu'une transmission sur un comportement »

- Difficultés en lien avec l'écriture (9 fois cités) :

« La rédaction », « tournure des phrases », « bien formuler les transmissions, ne pas faire de fautes d'orthographe », être « clair, précis en synthétisant », « je manque de vocabulaire médical et cela me bloque parfois ».

- Difficultés soulevées aussi en lien avec un manque de temps pour écrire (7 étudiants) et un environnement peu propice « manque de postes informatiques », de « calme », « d'espace » (3 étudiants)

- Des difficultés sont relatées en lien avec l'informatisation du dossier patient (6 étudiants) :

« Logiciels différents d'un établissement à l'autre », d'un stage à l'autre, cibles pré inscrites dans le logiciel peu adaptées « respi », « cardio », « rénal ».

- Difficultés dans l'harmonisation des pratiques de l'équipe (5 étudiants) :

« Adaptation aux TC de chaque service », « manque de formation, « différence de pratique entre professionnels », « l'ide du service me disait que je ne faisais pas assez de transmissions, les AS disaient que j'en faisais trop »

Aussi, cette mini enquête nous amène à repérer un troisième niveau dans les écrits en lien avec une écriture pour sa pratique, prescrite dans l'activité professionnelle, les étudiants insistant sur la nécessité de tracer leurs activités, je cite, « pour se protéger ».

Ainsi, pour conclure, l'apprentissage des transmissions ciblées requiert des habiletés d'écriture, se réalise sous certaines conditions environnementales (accès au DPI, temps d'écriture, accompagnement des professionnels...).

Mais surtout l'enjeu éthique pour l'étudiant semble se situer dans la compréhension de la situation de la personne soignée et de son vécu, dans le questionnement sur le ressenti de celle-ci « pertinence des cibles », compréhension inhérente à la qualité de la relation et de l'entretien infirmier qu'il mettra en oeuvre avec la personne soignée dans la quotidienneté de sa pratique.

Un autre enjeu semble être pour l'étudiant de prendre sa place dans l'équipe, de se sentir légitime et d'amener son regard neuf, parfois « naïf » sur la situa-

tion du patient et de son projet, et ainsi concourir à un raisonnement clinique partagé.

#### **Bibliographie :**

- **BARTHOLOME Cécile,**  
**DAGNEAUX Isabelle**

*Relecture éthique d'une situation clinique*  
Séli Arslan 2016

- **CROS Françoise**

*L'écriture, entre développement professionnel et développement personnel*  
Vie sociale 2009/2 (N°2), p 23-34

- **JUNCA Claire**

*L'approche de la réflexion éthique par les étudiants en soins infirmiers*  
Perspective soignante - N°52 - Avril 2015

- **KADDOURI Mokhtar**

*Motifs identitaires des formes d'engagement en formation*  
Savoirs 2011/1- N°25- p 69- 86

- **MARCHAL Arlette,**

**PSIUK Thérèse**

*La démarche clinique de l'infirmière*  
Séli Arslan 2010

---

## **15h • Quantifier des actes ou qualifier des relations ?**

**Simon Talfer, Éducateur**  
spécialisé du secteur 59g23

---

Je vais intervenir sur la thématique « qualifier une relation ou quantifier des actes ».

Mon propos reflète celui de notre filière, celle du travail socio-éducatif.

C'est un sujet intéressant qui me permettra d'expliquer l'articulation du travail de psychiatrie via le dossier patient, entre les différents professionnels.

Mon propos reflète aussi les échanges que j'ai pu avoir avec mes collègues de la filière, qui ont pu exprimer leur travail et leur relation au dossier.

Il y aura trois parties, la première concerne le rôle du travailleur social, son fonctionnement général et puis plus précisément au sein de l'EPSM ; ensuite nous parlerons du rapport aux écrits qu'entre-

tiennent les travailleurs sociaux, puisque c'est la question du jour.

Et enfin la complémentarité du travail que l'on effectue tous au sein de cet EPSM.

I/

Le travailleur social a, au fond, le même rôle quelque soit son domaine d'intervention, son travail est centré sur l'autonomie. L'autonomie est quelque chose que l'on travaille toujours. Que l'on soit avec des adolescents, des adultes, des personnes en précarité ou en situation de handicap, c'est toujours l'objectif vers lequel on travaille. Le souci d'autonomie est permanent.

Le travailleur social agit sur le handicap social, il permet de décrire l'indescriptible, les multiples facettes que peuvent revêtir les problématiques sociales. On parle d'autonomie, de précarité, de relation éducative, de parentalité, de projets, d'évaluation de compétences, de socialisation, d'exclusion, d'insertion, de réseau, d'utilité sociale...

Son action consiste d'ailleurs à tisser du lien. Tisser du lien entre lui-même et l'utilisateur, mais aussi et surtout entre l'utilisateur et d'autres personnes. On parle d'utilité sociale car c'est important pour nous, êtres sociaux que nous sommes, d'être reconnus, de faire partie de groupes, et c'est ainsi que la vie prend du sens.

Au sein de l'EPSM, le projet filière décrit le travailleur social comme un « observateur de la réalité sociale dans laquelle vit le patient ». « Il travaille à comprendre l'impact des facteurs sociaux dans le déclenchement et l'apparition de la maladie et à élaborer des réponses adaptées. ». L'objectif étant d'instruire « à partir de ce qui est important pour le patient, un changement dans ses conditions de vie. » Il s'agit de trouver une accroche, quelque chose qui fera le lien entre le travailleur social et l'utilisateur. De ne plus être des inconnus les uns pour les autres, ce qui permet de travailler ensemble à l'amélioration des conditions de vie du patient (ou de l'utilisateur, selon le vocabulaire que l'on choisit d'employer).

Le travailleur social peut aussi avoir un rôle d'accès au soin ou de maintien dans le soin. Il s'agit par exemple d'ouvrir des droits pour des personnes qui n'ont plus accès aux droits sociaux qui sont les leurs, par exemple à la CMU. Cela permet

aussi par exemple d'offrir une approche avec le patient en proposant, en revendiquant même une singularité dans notre approche puisque nous ne sommes pas dans le médical. On peut donc parfois avoir ce biais-là de dire que le traitement « nous ne sommes pas spécialistes du traitement, on va parler d'autre chose », et cela peut permettre le travail de l'ensemble de l'équipe auprès du patient. Le maintien dans le soin peut aussi être effectué grâce à ce genre d'approche. Il s'agit de garder un lien entre l'équipe et le patient pour pouvoir à nouveau travailler ensemble.

Le lien peut être fait aussi avec les partenaires qui travaillent autour du projet du patient. Il peut s'agir d'organisations sociales ou bien les curateurs par exemple, ou n'importe quel autre établissement du médico-social.

## II/

En ce qui concerne le rapport du travailleur social aux écrits, il est assez étroit et cela fait en quelque sorte partie de notre culture de travailleurs sociaux. C'est une part importante de notre formation.

On apprend à beaucoup travailler la relation. La relation de confiance, la relation d'aide sont des thématiques qui sont abordées et le fait de savoir les écrire est quelque chose de fondamental bien sûr. Notre culture professionnelle est donc faite de ça, d'écrits ; on écrit beaucoup.

On écrit sur des supports multiples. Cela peut être : cahier de liaison, note sociale, compte rendus divers, courriers en tout genre, de liaison voire de signalement, ou les notes personnelles dont il a été question ce matin.

Bien sûr on ne rédige pas une note personnelle comme on écrit au juge, on adapte le ton, le choix des mots, à leur destinataire et au contexte dans lequel on rédige notre écrit. Il peut être également question de procédure auprès de l'ASE, ou de procédure judiciaire, donc c'est là aussi que l'on doit faire attention aux mots que l'on emploie. Le choix des mots est quelque chose de fondamental, c'est quelque chose que l'on nous apprend aussi dans les écoles et qui demande parfois beaucoup de délicatesse. Par exemple on écrit beaucoup au conditionnel, on affirme pas quelque chose, on essaye de ne pas se placer en tant que

gendarme du social, on doit développer avec la personne le potentiel qu'elle a d'évoluer.

On est parfois leur porte-parole aussi. On a en quelque sorte différentes postures dans nos écrits. On peut appuyer leur demande, on peut rapporter leur propos, éclaircir certains aspects de leur situation, quand il s'agit par exemple de négocier avec un bailleur social. Il est question encore une fois d'écrit pour lesquels on doit soigneusement choisir les mots selon les destinataires.

Il arrive aussi, certaines de mes collègues me l'expliquaient dernièrement, de faire lire à la personne les rapports sociaux en même temps qu'on écrit. Au moins les choses sont claires, la personne sait ce qui va être dit. Evidemment encore une fois il s'agit de bien choisir ses mots. Il faut très bien les choisir puisque cela permet aussi par cet intermédiaire de faire accepter les difficultés à la personne à propos de laquelle on écrit. Ne pas la disqualifier mais mettre des mots acceptables sur les difficultés de la personne ce qui va lui permettre de peut-être mieux les comprendre, et ce qui va nous permettre à nous travailleur social et usager, de travailler ensemble en sachant vraiment où l'on va, ce que l'on fait. Quelque part le premier destinataire de ce que l'on écrit, c'est le patient. En tout cas on peut considérer que c'est le cas, puisqu'en effet il a tout à fait le droit d'avoir accès à ce qui est rédigé à son sujet. Et ce qui est écrit à son propos, et bien ça peut même être très intéressant qu'il le sache. Bien sûr on ne fonctionne pas toujours de cette manière mais c'est intéressant de pouvoir faire ce travail, cet effort de rédaction, puisqu'il permet à la personne en face de comprendre vraiment dans quelle direction on travaille. La relation de confiance c'est vraiment l'outil premier du travailleur social. Elle est tout à fait différente d'un tableau clinique.

On l'évalue, on la travaille, elle permet l'accompagnement et il est important de savoir la qualifier, la décrire, pour travailler en équipe, car c'est là bien sûr une autre composante essentielle du travail social.

Le dossier informatisé n'est pas quelque chose de naturel pour nous travailleurs sociaux. On a peut-être plus l'habitude d'un cahier ou de quelque chose

comme ça, dans les foyers d'aide sociale à l'enfance. Ça n'est pas quelque chose de naturel : il est là question d'économie de mots, de gagner du temps de cibler les transmissions parfois, et c'est vrai que l'on doit être attentif à la perte de sens. Parfois on pourrait être tenté d'aller trop vite, de trop réduire, de dessécher le propos, qui risquerait de perdre son sens.

A la différence d'une discipline purement technique, le travail social demande du temps pour être écrit. Évoquer le cheminement de la personne avec laquelle on travaille, la relation d'aide, les hésitations, réticences, blocages, marge de progression, les doutes, les questionnements, même ceux du professionnel. Ce sont des aspects qu'il convient de décrire en ne faisant pas trop d'économie de mots, si c'est possible.

## III/

La complémentarité, c'est l'intégration des travailleurs sociaux au sein des équipes de psychiatrie, en ce qui concerne mon exposé. Et c'est vrai qu'elle n'a pas forcément toujours été une chose facile. Les EPSM et le travail de secteur ont succédé aux asiles d'aliénés et la psychiatrie, comme d'autres disciplines bien sûr, est en évolution permanente. Il a fallu du temps pour introduire progressivement la présence de travailleurs sociaux, en premier lieu les assistantes sociales, et aujourd'hui les éducateurs spécialisés. Le tout c'est de savoir répartir les missions, travailler ensemble en étant au plus près de nos compétences respectives. On est en quelque sorte, nous travailleurs sociaux, un nouveau métier de la psychiatrie. On nous découvre, on nous toise –parfois, ça peut arriver–, on nous remarque.

En tout cas même si aujourd'hui la filière socio-éducative est forte de 85 professionnels répartis dans les différentes équipes de soin, on peut noter qu'il n'y a que 6 éducateurs, répartis sur 3 secteurs : le G14, le G23 et le G24.

Le travail socio-éducatif est associé au travail de soin et s'inscrit dans une prise en charge globale ; ou devrais-je dire accompagnement pluriprofessionnel. Il participe à la santé mentale. Par une amélioration de l'état du patient, quel que soit le biais qui est choisi pour pouvoir l'atteindre. Chaque professionnel a ses moyens propres, son rôle propre, le tout

étant de saisir la place de chacun.

Différents moyens, donc, mais même objectif : Le suivi, le mieux-être du patient. Nous travaillons donc en transversalité, d'ailleurs le dossier social n'existe pas en tant que tel, il fait partie du dossier patient informatisé. Ce qui souligne encore une fois l'imbrication de nos différentes missions. Il permet une traçabilité de la prise en charge bien sûr, une bonne transmission des informations entre tous les professionnels de l'équipe.

En conclusion, le dossier patient est un outil que l'on doit s'approprier, mais qui ne doit pas devenir une finalité. Pas forcément un outil parfait, ce dossier patient informatisé, mais il dépend de l'usage que l'on en fera. Il doit permettre de mieux travailler ensemble, de valoriser et de mettre à contribution les spécificités de chacun, via une bonne connaissance de l'accompagnement global. Au-delà d'être une retranscription de la situation il permet de connaître le travail des autres membres de l'équipe, d'affiner la prise en charge. Peut-être qu'en lisant ce que font les uns et les autres on peut plus facilement articuler le travail de chacun. Il représente finalement une opportunité d'ouverture aux autres professionnels, en ce sens.

Au final le dossier patient sert à quantifier des actes, oui, car on ne peut échapper à la doctrine du chiffre, mais en restant vigilant à son usage, on peut y voir un moyen de perfectionner le travail réalisé par l'ensemble de l'équipe, toujours dans la même direction, l'intérêt du patient.

---

## 15h30 • La société de la transparence : une menace du colloque singulier ?

**Dr Elizabeth Trollé, Praticien Hospitalier du secteur 59g11**

---

La transparence est devenue actuellement un mot d'ordre chargé de toutes les vertus.

Nous évoquerons dans un premier temps le mythe de la transparence au cours des siècles.

Nous aborderons ensuite la société actuelle de la transparence avec l'apparition des nouvelles technologies et enfin, les éventuelles répercussions sur nos pratiques.

Faut-il tout dire, tout noter dans le Dossier Patient Informatisé ?

Comment penser les écrits des soins psychiatriques sans angélisme et sans paranoïa ?

### 1/ Le mythe de la transparence

Ce concept ancien a été exploré par les philosophes.

Dès le Vème siècle avant Jésus Christ, Socrate a fait sienne cette maxime gravée sur le temple de Delphes : « *Connais-toi toi même* ».

Il s'agit d'un idéal de connaissance de soi et d'intelligibilité qui exige un cheminement personnel.

Cela suppose d'être ami avec soi, de savoir dialoguer avec soi et conditionnerait l'exercice de la pensée.

Un de ses élèves, Platon, à travers le mythe de la caverne a montré que la vérité était ce qui était vu au-delà des apparences, avec une méfiance accordée à l'image vue comme une illusion.

De la Renaissance à la révolution française, avec le triomphe de la bourgeoisie, le bonheur individuel est la fin légitime de l'organisation sociale et le respect de la vie privée mis en avant. Alors que dans l'idéal antique, la fin légitime de l'action

individuelle ne pouvait être que l'ordre juste de la cité.

La transparence dans la conduite des affaires publiques apparaît au XVIIIème siècle avec l'émergence des gouvernements représentatifs en Europe. On assiste à une rupture importante avec la société de cour et à une contestation du pouvoir absolu.

Le secret sert la conservation d'un pouvoir fondé sur l'arbitraire. La publicité est au service de la législation qui cherche à s'imposer en prenant pour base la raison.

Kant au XVIIIème siècle s'était aussi interrogé à ce sujet.

Il dénonçait le mensonge et reliait la publicité, la transparence au progrès humain, au développement des institutions.

Mais il en démontrait aussi toute la complexité :

- Possibilité d'une publicité mensongère,
- Légitimité sociale et même morale d'une forme d'opacité interindividuelle, condition du savoir-vivre ensemble,
- Difficulté à cerner la pureté et la sincérité de ses intentions.

Ces différents éléments conduisaient pour lui à maintenir une inquiétude morale salutaire.

On pense à Hanna Arendt et à la nécessité d'exercer sa pensée pour faire preuve de discernement et juger. Faute de cela, peut apparaître la banalité du mal.

A la fin du 19ème siècle, avec Freud et l'exploration de l'inconscient, la croyance en une possible transparence entre soi et soi-même a été mise en échec.

En dehors des avancées indéniables permises par la psychanalyse (auto clarification, processus de subjectivation, reconquête de son espace psychique, singularité assumée), il demeure une part d'obscurité en chacun de nous. Nul n'est un.

Le fantasme de transparence repose sur le rêve d'un sujet absolu, entier, identique à lui-même et imperméable aux autres (mythe rousseauiste).

## 2/ La société actuelle de la transparence

En 2 décennies, nous sommes entrés dans une nouvelle ère culturelle dominée par l'informatisation généralisée de la société.

Il s'agit d'une véritable révolution : la troisième après l'apparition de l'écriture et de l'imprimerie.

Le monde contemporain avec l'apparition des nouvelles technologies est celui de l'image ou du texte choc et de la mise en scène de soi.

Celles-ci ont renforcé la possibilité et l'exigence de transparence.

Ces nouvelles technologies présentent bien sûr des effets bénéfiques.

- Le premier est l'accès aux connaissances pour tous (ou l'idéal des lumières réalisé). Internet, nouvel agora, le savoir peut être partagé, le débat engagé. Internet médical est maintenant utilisé par les patients

- Le second effet bénéfique : des liens humains plus divers, plus riches avec autrui.

- Le troisième : des activités collectives possibles sans limiter la liberté des membres et avec plus de facilité (ex. flash mob, printemps arabe).

Cela permet de dire, montrer, dénoncer, faire savoir.

Mais ces nouvelles technologies présentent aussi des dangers.

J'en ai relevé au moins 3.

- Le premier concerne l'intimité des individus.

Ce n'est plus l'expérience qui compte mais le fait de la sceller dans un texte à chaud ou le plus souvent dans une image : attestation de notre existence.

Etre vu prime sur le voir.

Ce n'est plus connais-toi toi-même mais fais-toi connaître.

Cela pousse à rendre public son être le plus intime. L'intimité des individus a tendance à s'amenuiser pour les soumettre insidieusement à un processus de transparence. Il existe un effacement des frontières entre vie privée, vie publique. Les géants du net en savent long sur nous.

- Le second danger est engendré par la déhiérarchisation des infos, par la communication sous forme de pseudos qui rend possibles les fausses rumeurs, les

manipulations politiques et même les assassinats médiatiques.

L'émotion prend souvent la place de la raison.

La Toile fournit une transparence sans profondeur, ni temporalité, ni hiérarchisation. Une démarche critique se révèle donc nécessaire, indispensable.

- Le 3<sup>ème</sup> danger est l'objectif clairement mercantile.

« Elles fournissent une matière première gratuite ultra rentable pour cerner les individus, les pousser à consommer comme autrefois les minerais ou le pétrole » (Olivier Peyricot).

Ces nouvelles technologies visent à prendre le contrôle psychique des individus pour en faire des consommateurs encore plus performants...

Elles ont d'autant plus de pouvoir qu'elles jouent sur nos pulsions profondes, nos désirs paradoxaux de communiquer, d'être reconnu, de nous détourner de nos angoisses existentielles...

Dans notre société, le concept de transparence a le vent en poupe dans le champ moral, politique, social.

La transparence ouvre l'ère de la croyance en la sagesse des hommes qui seraient capables de tout voir pour décider de presque tout dans l'intérêt de tous.

Si les citoyens demandent aux élus plus de transparence, ils s'alarment aussi d'être tous prochainement fichés (fichier TES), phénomène qui pourrait prendre de l'ampleur avec la menace terroriste.

Exiger que l'autre soit transparent, c'est ne pas vouloir qu'il soit autre, c'est vouloir le posséder, le dominer.

La transparence absolue est le fait des régimes totalitaires qui ne supportent pas que rien ne leur échappe de l'intimité des individus.

Internet, nouvel panoptique de Bentham dans lequel on aurait troqué la surveillance de tous par un seul contre la surveillance de chacun par les autres.

Les réseaux sociaux ne pourraient-ils servir de moyen coercitif dans une société totalitaire ?

La démocratie avec ses principes : la liberté d'expression, l'accès à l'information, et le respect de la protection de la vie privée pourrait être menacée.

Dans ce nouveau monde où la multitude des électeurs prend le pouvoir par les réseaux sociaux, la démocratie est entraînée dans une spirale infernale : la défiance amplifie la demande de transparence qui elle-même nourrit la défiance.

La transparence serait-elle une nouvelle forme d'idéologie, de normativité ?

## 3/ les éventuelles répercussions sur nos pratiques

L'exercice de la médecine n'échappe pas à ce raz de marée.

Notre pratique est bouleversée par ce nouvel inconscient collectif apparu avec l'informatique, internet et les smartphones. Nous vivons, si nous n'y prenons garde, dans un état d'urgence perpétuel avec un océan de sollicitations, d'injonctions marchandes, professionnelles, amoureuses.

Dans ce contexte, l'émotion risque de prendre la place de la raison et la pensée, la démarche critique peuvent s'effacer, menaçant le colloque singulier, la relation de confiance avec la personne soignée.

A tout ceci est venu s'ajouter la loi du 4 mars 2002, offrant au patient la possibilité d'accéder à son dossier médical et développant sa participation à son suivi, sa prise en charge.

La crainte d'une judiciarisation a poussé dans un premier temps à tout dire, tout noter pour se couvrir. Des diagnostics ont ainsi parfois été révélés brutalement avec les dégâts sur la personne humaine.

Comment ce qui a été consigné dans une langue médicale, scientifique et dans la subjectivité de ses émotions peut-il être reçu, compris par le patient ?

Comment ne pas utiliser le savoir comme une forteresse protégeant de la rencontre avec l'autre ?

Lors du dernier congrès de l'ARSPG à PARIS, une intervention avait mentionné que les internes passeraient maintenant 60 à 70 % de leur temps sur l'ordi. et les 30 % restant avec les patients.

Pouvoir tout dire et tout savoir reviendrait à croire qu'entre soi et l'autre, il n'y a ni frontières, ni limites, ni différences. Ce serait tenter de gommer l'altérité.

Comment penser les écrits des soins psychiatriques ?

Comment avoir une action pensée, pesée et réfléchie ?

Faut-il tout dire, tout noter ?

Ces questions se posent d'autant plus pour un dossier psychiatrique.

Que faire des infos sensibles : origines raciales, ethniques, opinions politiques, philosophiques ou religieuses, infos relatives à la vie sexuelle ?

Certains éléments du dossier psychiatrique peuvent marquer par les peurs et les jugements qu'ils engendrent et pourraient avoir des conséquences sur la vie relationnelle, sociale, professionnelle du patient.

Nous nous devons de garantir la confidentialité et le respect de la vie privée.

Les impératifs du secret médical rappellent que des confidences, des infos, ne doivent être partagées que si elles sont nécessaires à la prise en charge.

Nous avons donc un devoir de vigilance d'autant plus que le secret peut être menacé, fragilisé, par le stockage électronique de l'info.

Dans le dossier papier, les infos sont consignées quelque part dans un dossier.

A l'inverse, les données hébergées sur un site ne sont plus tributaires de l'ici et maintenant.

Quid de la confidentialité de données quand interface avec un autre service, un autre hôpital ?

Sauf à mettre en place un verrouillage sécuritaire ingérable, les acteurs de santé se trouveront informés de données plus ou moins pertinentes du point de vue de leur spécialité.

La connaissance d'infos non contextualisées peut perturber la prise de contact avec un patient et brouiller le travail de construction clinique comme cela a été évoqué lors d'une précédente intervention.

Quid aussi du droit à l'oubli ?

Une ordonnance maintenant tapée et imprimée (alors qu'elle était souvent illisible auparavant) livre davantage d'informations.

Si l'écrit informatique nous a obligés à prendre de la distance, synthétiser et apporte traçabilité, coordination, qualité, les systèmes informatiques sont vulnérables et la santé le plus gros marché mondial...

Comment les patients vont-ils vivre la progressive triangulation du colloque singulier ?

### Conclusion

J'ai essayé de brosse le paysage actuel au milieu duquel nos écrits psychiatriques prennent place.

Il est possible de dégager quelques pistes de navigation (de façon non exhaustive).

En priorité peut être, penser à garantir le secret, la confidentialité et le respect de la vie privée, le respect de la dignité et de la singularité de chacun tout en rédigeant un dossier clinique de qualité mais en gardant à l'esprit que l'informatique, dont la sécurité n'est pas infaillible, multiplie les possibilités de transmission des infos.

Ce dossier doit rester au service de l'humain, tout particulièrement en psychiatrie, car cela touche à la psyché, à l'esprit, à ce qu'il y a de plus intime. Préserver l'intime, son caractère mystérieux, son opacité, sa fonction de forteresse.

N'écrire que ce qui peut être accepté par le patient.

Un dossier «Notes Personnelles » peut ainsi être envisagé afin de dissocier ce qui est propre au dossier psychiatrique médical avec compte-rendus, faits, symptômes, qui permettent le diagnostic et la prise en charge adaptée, de tout le reste.

Rester en éveil critique, interroger nos pratiques, l'implicite de nos pratiques, d'où l'importance de temps de formation, de réflexion comme aujourd'hui.

Enfin, avec ce nouvel inconscient collectif, cet état d'urgence perpétuel face à cet océan de sollicitations, face aussi aux contraintes administratives croissantes avec notamment le temps consacré à taper dans l'ordi., à spécifier tout ce que nous faisons, veiller à maintenir le temps de la relation clinique, le temps de la rencontre avec le patient.

Pour terminer sur une note onirique plus légère, avec la notion de transparence et la notion d'écran qui ne serait pas un obstacle à la rencontre, il suffit de fermer les yeux et de penser au film de Woody Allen « La rose pourpre du Caire » quand l'acteur Tom Baxter traverse l'écran pour rejoindre Cécilia, spectatrice assidue dans la salle de cinéma, et l'entraîner dans une aventure aux rebondissements imprévus.

### Bibliographie

- **AGAMBEN Giorgio**  
*Qu'est ce qu'un dispositif ?*  
Payot 2007
- **BAUME Sandrine**  
*La transparence dans la conduite des affaires publiques*  
*Origines et sens d'une exigence*  
Raison-publique.fr
- **BOYER L., RENAUD M.H.**  
*Mise en place d'un dossier patient informatisé dans un établissement public de psychiatrie : évolution des perceptions des professionnels de santé*  
Encéphale ; 2010, n°3, vol. 36, p.236-241
- **CALORI François**  
*De la transparence chez Kant*  
Raison-publique.fr
- **CAZELLE Lisette**  
*La contribution de l'infirmière au dossier patient informatisé 3-10*  
SOINS ; 2014, n°784, p. 61-62
- **DEVERS Gilles**  
*Les écrits dans le dossier du patient*  
INFIRMIERE MAGAZINE ; 2014, n°347, p.38-41
- **DEVERS Gilles**  
*Les écrits dans le dossier du patient*  
OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT ; 2014, n°225, p.13-17
- **FERRARIS Maurizio**  
*Mobilisation totale – L'appel du portable*  
PUF
- **FRYDMAN René, Muriel FLIS-TREVES**  
*Tout dire ? transparence ou secret*  
PUF
- **GEKIERE Claire, Charles SOUDAN**  
*Dossier Patient Informatisé et confidentialité : évolution des modèles et des pratiques. Le diable gît dans les détails*  
INFORMATION PSYCHIATRIQUE ; 1015, n°4, vol 91, p. 323-330
- **PINGEOT Mazarine**  
*La dictature de la transparence*  
Nouvelles Mythologies Robert Laffont
- **PSIUK Thérèse**  
*Le chemin clinique et le dossier patient informatisé 6-10*  
SOINS ; 2013, n°777, p.45-46
- **RAZANAKOTO Pascal**  
*Dossier patient informatisé : vers les enjeux de qualité et de réformes gestionnaires des hôpitaux*  
GESTIONS HOSPITALIERES : 2014, n°538, p.433-438
- **ROSANVALLON Pierre**  
*La contre-démocratie – La politique à l'âge de la défiance*

Paris Seuil 2006

• **TESSON Sylvain**

*Sur les chemins noirs*

Gallimard

• **ZARACHOWICZ Weronika**

*À vos ordres, j'écoute*

Télérama 3480, 21/09/16

• **ESPACE ÉTHIQUE HOSPITALIER**

**ET UNIVERSITAIRE DE LILLE**

Avis de la Commission Consultative

Mai 2014

#### MÉMOIRE

• **GUNTHER Christophe**

*Les écrits professionnels en psychiatrie :  
entre dossier patient informatisé  
et supports annexes*

Laxou : Institut de formation

en soins infirmiers, 68p. ; 2011

#### OUVRAGE

• **MARZOUG Sanaa, SEGUI SAULNIER**

**Stéphanie**

*Le dossier médical du patient. Guide  
juridique pratique*

Paris : Berger-Levrault, 271p. ; 2010

#### RAPPORT

• **BONTHOUX Thomas, LEREUN Ronan,  
PLASSAIS Olivier**

*Comprendre les problématiques  
du dossier patient informatisé  
et interopérable : du dossier papier  
au dossier informatisé*

Paris : Agence nationale d'appui

à la performance des établissements  
de santé et médico-sociaux, 13p. ; 2015

#### ARRÊTÉS

• Arrêté du 14 janvier 2015 relatif  
au cahier des charges des programmes  
d'éducation thérapeutique du patient  
et à la composition du dossier  
de demande de leur autorisation  
et de leur renouvellement et modifiant  
l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif  
aux compétences requises pour  
dispenser ou coordonner l'éducation  
thérapeutique du patient [texte officiel]  
JOURNAL OFFICIEL, 19 (2015-01-23)

• Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier  
des charges des programmes d'éducation  
thérapeutique du patient et à la com-  
position du dossier de demande de leur  
autorisation [Texte officiel]  
JOURNAL OFFICIEL, 178 (2010-08-04)

---

### 16h • Nouvelles formes d'écrits : nouvelle forme d'oubli ?

**Dr Pierre Hum**, Praticien Hospitalier au CPAA

*Retranscription en cours*

---

### 16h30 • Conclusion

**Dr Francis Moreau**,  
Président de l'espace  
de réflexion éthique

---

Cette journée a été l'occasion de laisser un premier témoignage des débats passionnés qui ont lieu au sein de l'Espace éthique de notre hôpital. Jusqu'ici en effet, nous ne laissons que des comptes rendus de réunions et nous nous demandons régulièrement comment en permettre une meilleure diffusion, comment restituer à tous les convictions et les interrogations qui nous animaient. Le mot d'ordre sur lequel nous nous étions réglés dès le début de l'existence de cet espace est qu'il devait être un espace pluriel dans lequel toutes les professions devaient être représentées et certainement pas un espace élitiste réservé à quelques-uns. C'est de cette pluralité de points de vue que nous devons tirer la richesse de nos débats et je pense que notre première journée est révélatrice de cette diversité d'approches qui fait la richesse de notre pratique hospitalière.

Notre discipline, la psychiatrie, est à cet égard un terrain de choix pour la réflexion et la controverse, car elle se situe à la croisée de disciplines très diverses allant des sciences expérimentales jusqu'aux sciences humaines, avec des enjeux sociaux et politiques régulièrement sur le devant de la scène, tout ceci étant en perpétuel changement. Les questions

éthiques concernant ce qu'il est bon de faire ou de penser lorsque nous sommes confrontés aux problèmes de nos patients ne manquent pas.

Parmi celles-ci, l'informatisation du dossier patient nous a semblé un sujet de choix. Grâce à cet outil qui donne une incontestable objectivité à notre pratique, nous pouvons garantir la continuité et la cohérence des soins prodigués par l'équipe soignante. Nous pouvons aussi faire état de nos entretiens avec le patient et laisser ainsi une trace de ce qui fait l'essentiel de la prise en charge psychiatrique. Celle-ci ne peut en effet se réduire à la sémiologie des troubles observés (comme cela est le cas dans une médecine qui ne viserait que l'organicité des troubles), mais trouve toute son efficacité dans la construction d'une véritable relation soignante. Il s'agit avec celle-ci d'être attentif à ce qui fait la vulnérabilité de notre patient et à la compréhension qu'il a de son trouble. Ce qu'il tient pour vrai, ses croyances, se définissent par ce qu'ils lui donnent raison de penser ou de faire ; en parler avec un soignant en fait un objet de réflexion, l'objet même du travail que nous menons avec lui.

Au-delà du trouble psychiatrique qui l'amène à nous consulter, sa façon de se l'approprier (d'en parler) représente une réappropriation de lui-même. La dépression que présente par exemple, telle jeune fille, peut prendre tout son sens lorsqu'elle peut dire, comme on se jette à l'eau, qu'elle est hantée par des idées de mort depuis plusieurs années. L'écrit donne à cette parole toute sa légitimité, celle d'un acte posé dans un parcours de soins. Il n'y a pas de place à laisser au conditionnel dans un tel travail (on ne pourrait pas dire par exemple qu'elle « serait » hantée par des idées de mort, car ce serait mettre en doute sa parole qui est à prendre comme telle). Le rapport entre la vérité des faits rapportés et ce qui en est dit doit bien sûr être l'objet d'une attention particulière, car c'est ce qui permettra aussi au patient (et au soignant !) à évaluer plus clairement ses croyances. L'importance des écrits est là aussi primordiale ; elle permet à l'équipe soignante par la pluralité de son approche de se situer plus objectivement

dans les soins apportés. Le travail avec les proches, la famille, les partenaires sociaux et éducatifs trouve là toute sa place. Les faits marquants tenant au contexte ont également leur place dans le DPI, car toute maladie trouve sa place et sa signification dans une réalité qui va l'aggraver ou au contraire en favoriser la guérison.

Pour toutes ces raisons, l'attention portée aux écrits et à la tenue du dossier du patient, même s'ils ne représentent qu'une partie de l'aide que nous pouvons apporter à nos patients, en sont une dimension indispensable. Le débat éthique en montre l'importance à travers la discussion des limites qui sont propres à cet outil, notamment en veillant à la place qu'il faut réserver au consentement et au secret médical. Le point fondamental est de toujours garder à l'esprit que le dossier est celui du patient, qu'il peut le lire et qu'il doit donc être exempt de considérations par trop subjectives qui sont à réserver aux notes personnelles. Ces exigences à respecter doivent rester présentes à nous et faire l'objet d'une réflexion éthique qui ne pourra jamais se clore sur des certitudes toutes faites, mais garder une attention vigilante animée par des discussions telles que celles que nous avons tenté, avec cette journée, de faire naître.

---





## Journée-forum de l'Espace de réflexion éthique de l'EPSM de l'agglomération lilloise

Si le soin, qui plus est le soin en psychiatrie, est un art de la relation, il est toutefois soutenu par une multitude d'écrits : des notes personnelles aux informations du dossier du patient, des mots sont posés par écrit sur les souffrances. Ces écrits servent à documenter la prise en charge du patient, à élaborer un projet de soins, à partager des informations entre professionnels, mais aussi à poser un diagnostic, à décider, à « se couvrir » voire à rendre justice... Outils de suivi et d'échange, moyens de traçabilité et de contrôle, les écrits ont bien des fonctions dans la relation de soin. Mais pourquoi et pour qui écrit-on ? quelles sont les obligations légales de traçabilité ? comment transcrire une prise en charge sans stigmatiser ? et que faut-il partager ? avec qui ? le « dossier » du patient est-il un frein à la fraîcheur d'un nouveau regard soignant ? comment préserver -ou retrouver- le colloque singulier soignant/soigné qui semble échapper à cette forme de savoir objectivé, rationalisé et pluriel sur une personne ? À l'heure du Dossier du Patient Informatisé, toutes ces questions sont amplifiées par la virtualisation des écrits, leur consultation possible dans le silence et la solitude de l'écran, leur partage potentiellement infini et leur piratage toujours menaçant... Comment penser les écrits des soins psychiatriques sans paranoïa, et... sans angélisme ?

Les membres de l'espace de réflexion éthique de l'EPSM de l'agglomération lilloise se sont saisis de ces questions à partir de cas pratiques posés par l'ensemble des services de l'EPSM et partageront ici leurs échanges et premières conclusions.

**Mardi 20 juin 2017 de 8h30 à 16h30**

Centre Culturel, Site de Saint-André

1 rue de Lommelet à Saint-André-lez-Lille

Inscription gratuite sur [www.epsm-al.fr](http://www.epsm-al.fr)

03 28 38 51 17 / [contact@epsm-al.fr](mailto:contact@epsm-al.fr)

Retrouvez toutes les interventions en écoute  
de la journée-forum de l'Espace de réflexion éthique de l'EPSM de l'agglomération lilloise  
du **Mardi 20 juin 2017** sur [www.epsm-al.fr/content/interventions-journée-espace-éthique](http://www.epsm-al.fr/content/interventions-journée-espace-éthique)