

Corinne DUBREUIL

épouse HERNANDEZ

**REVALORISER LE DOSSIER SOCIAL EN PSYCHIATRIE
COMME FACTEUR D'HARMONISATION DES PRATIQUES
AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DU PARCOURS DE
SOINS DU PATIENT ET D'OPTIMISER L'ACTIVITÉ**

EXPERTISE TECHNIQUE

CAFERUIS - Année 2018

SOMMAIRE

SIGLES
INTRODUCTION.....	1
1- l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille.....	2
1.1- Son pôle de psychiatrie.....	2
1.2- Sur un territoire : celui de la sectorisation	3
1.3- Dans le service social et éducatif du pôle de psychiatrie	3
1.4- Au service du public	3
2- Diagnostic stratégique du service socio-éducatif.....	4
2.1- Les ASE intégrés dans l'équipe soignante.....	4
2.2- La prise en compte d'une spécificité du public : le handicap psychique	5
2.3- Une organisation multidimensionnelle autour du dossier social du patient	6
3- Constats-écarts-problématisation.....	7
4- L'enquête de terrain, révélatrice d'un constat supplémentaire	8
5- Préconisations.....	9
5.1- Informer, au service de l'institution	9
5.2- Former, au service des personnels socio-éducatifs.....	9
5.3- Partager, au service du public.....	10
CONCLUSION.....	10
BIBLIOGRAPHIE	I
LISTE DES ANNEXES	II
ANNEXE 1 : Missions ASE et CSE	III
ANNEXE 2 : La grille EDGAR.....	V
ANNEXE 3 : Les troubles mentaux.....	VI
ANNEXE 4 : Diagnostic stratégique du service social de psychiatrie.....	VII
ANNEXE 5 : Notion de handicap	VIII
ANNEXE 6 : Les représentations de la maladie mentale	IX
ANNEXE 7 : Compte rendu de l'enquête CIMAISE du 30.01.18	X

SIGLES

AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

ANAS : Association Nationale des Assistants de service social

ARS : Agence Régionale de la Santé

AS : Assistant Social

ASE : Assistant Socio-Educatif

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-psychologique

CSE : Cadre Socio-Educatif

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DMP : Dossier Médical Partagé

DPI : Dossier du Patient Informatisé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EDGAR : Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion

ES : Educateur Spécialisé

HDJ : Hôpital de Jour

MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

SIM : Service d'Information Médicale

UNAFAM : Union NAtionale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

INTRODUCTION

A l'heure où les politiques sociales et de santé mettent l'accent sur la centralité du patient, l'identification, la clarification et l'organisation des parcours de soins, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) met en place un dossier partagé informatisé pour tous les patients lors de leur hospitalisation ou consultations externes en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)¹. Depuis septembre 2017, un volet social vient compléter ce Dossier Patient Informatisé (DPI). Toutes les assistantes sociales de MCO de l'Ap-hm contribuent ainsi à nourrir avec leurs observations et leurs actions le dossier du patient.

Pour le pôle de psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie de Ap-hm, le dossier du patient est informatisé sur un support unique depuis 2008. Le service social de psychiatrie a été associé à son élaboration et sa mise en place. Les assistants sociaux (AS) et éducateurs spécialisés (ES) du pôle disposent ainsi d'un outil au quotidien depuis 10 ans. Dès les premiers jours sur mon lieu de stage, dans le service social du pôle de psychiatrie, en tant que cadre socio-éducatif, j'ai pu observer au cours des réunions et entretiens, que les professionnels du social abordaient, de façon récurrente, des difficultés rencontrées avec les écrits professionnels. Ecrits à saisir dans le dossier informatique du patient, dont l'usage est commun à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, pour tracer les actions et observations des personnes souffrant de troubles de santé mentale, public accueilli. Dans une de ces réunions, le cadre socio-éducatif (CSE) de ce service a annoncé à l'équipe qu'une certification de l'Ap-hm est prévu courant 2018, dans le cadre de l'évaluation externe obligatoire à cet établissement de santé publique. Le dossier social du pôle de psychiatrie pourrait y être observé, pour la première fois, par les experts-visiteurs².

Le dossier social informatisé du patient est-il un outil de fluidification des parcours de soins du patient pour les AS et ES du service social hospitalier de psychiatrie ?

Pour ce travail d'expertise je dessinerai, dans une première partie, le contour du service social en psychiatrie. Dans une deuxième partie j'interrogerai l'outil de support des écrits à travers les pratiques professionnelles et au regard du parcours de soins du patient. A partir de ce diagnostic, j'émettrai la problématique et nous verrons comment une enquête réalisée auprès

¹ Les établissements dits MCO pratiquent ainsi littéralement les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie mais aussi les activités ambulatoires et la cancérologie. Ils ne comprennent donc pas les activités de santé mentale ni celles de soins de suite et de réadaptation (SSR) ni celles de l'hospitalisation à domicile (HAD). Ces activités correspondent aux séjours hospitaliers en soins de courte durée, avec ou sans hébergement, ou des affections graves en phase aiguë. (site <http://www.hospimedia.fr> consulté le 15/02/18).

² Mise en œuvre par la Haute autorité de santé, en 1999, la certification est un dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tout établissement de santé, public ou privé, quelles que soient sa taille et son activité. Effectuée tous les 4 à 6 ans par des professionnels mandatés par la HAS, nommés « expert-visiteur », son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations des hôpitaux et cliniques en France. Site de l'Has consulté le 22.12.2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante

des professionnels m'a permis de compléter les préconisations. Enfin, je tenterai d'évaluer les pratiques des professionnels et la cotation de l'activité en vue d'une amélioration à court, moyen et long terme.

1- l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille

L'Ap-hm est une entité juridique publique, un établissement de santé, à vocation régionale (Centre Hospitalier Régional) et à vocation universitaire (Centre Hospitalier Universitaire), de soins, de prévention, de formation et de recherche. Il exerce ses missions sur plusieurs sites hospitaliers à Marseille³. Depuis la loi HPST de 2009⁴, l'organisation est faite en pôles sous la coordination d'un médecin. Chaque pôle fonctionne avec un « projet » qui s'inscrit pleinement dans le projet de chaque établissement hospitalier.

1.1- Son pôle de psychiatrie

Le pôle de psychiatrie a un fonctionnement comparable à un établissement public de santé mono disciplinaire, à l'image des centres hospitaliers spécialisés de psychiatrie. Il n'est pas financé par la tarification à l'activité (T2A), sauf quelques rares activités de soin bien spécifiques. Il bénéficie d'une Dotation Annuelle de Financement (Daf), révisée annuellement par l'Agence Régionale de la Santé⁵. De même, le pôle de psychiatrie utilise un support différent du DPI⁶ utilisé par les sites hospitaliers de MCO. L'Ap-hm a choisi un logiciel nommé « Cimaise », géré par le Service d'Information Médicale⁷ de l'établissement. Il rassemble toute l'information relative à la prise en charge d'un patient, en hospitalisation complète ou en ambulatoire. Il recueille également l'activité des personnels sur une grille d'évaluation nationale nommée EDGAR au regard des actes effectués : Evaluation, Démarche, Groupe, Accompagnement et Réunion⁸.

³L'Ap-hm regroupe 4 hôpitaux qui comptabilisent 3 400 lits (1858 l'Hôtel Dieu, la Conception ; puis St Marguerite en 1887, l'hôpital Nord en 1964 et enfin la Timone 1974). C'est le 1er établissement hospitalier de la région PACA et le 3^e CHU de France. Il est aussi le premier employeur de la région, avec plus de 12 000 salariés et près de 2000 médecins.

Soins, enseignement, recherche sont ses trois missions fondamentales.

⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵Prévues par la loi HPST de 2009, les agences régionales de santé (ARS) ont été créées le 1er avril 2010. Elles sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. Site de l'ARS : <https://www.ars.sante.fr> consulté le 10.01.2018.

⁶ Le Dossier Patient Informatisé répond à la loi du 30.03.92 renforcée par la loi du 04.03.2002 pour répondre à la commande d'un regroupement d'informations administratives, médicales et paramédicales.

⁷ Le Service d'Information Médicale (SIM) gère l'information de santé des patients, y compris les données personnelles dans un centre hospitalier public ou privé. À ce titre, il assure le respect des règles de confidentialité, sous l'autorité du directeur de l'établissement de santé et du président de la Commission médicale d'établissement (CME), et le codage de l'information médicale (l'organisation du codage, le traitement, la conservation des données et l'interprétation des résultats).

⁸ Annexe 1 sur la grille nationale EDGAR, base de cotation pour la psychiatrie.

1.2- Sur un territoire : celui de la sectorisation

L'offre de soin pour la psychiatrie publique repose sur une sectorisation⁹. Un découpage territorial constitue le cadre géographique de l'intervention de l'équipe médico-psycho-sociale à une échelle permettant une prise en charge à proximité du lieu de vie du patient. Le pôle de psychiatrie de l'Ap-hm couvre le territoire du 4^e au 10^e arrondissement de Marseille avec 6 services de psychiatrie adultes et 2 de pédopsychiatrie répartis sur deux sites Centre et Sud. Les structures extérieures comprennent les Centres Médico-Psychologique, les Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiels, les Hôpitaux De Jour¹⁰, des équipes mobiles.

1.3- Dans le service social et éducatif du pôle de psychiatrie

Dès les prémices de la professionnalisation, en 1922, l'assistante sociale est présente et visible à l'hôpital. En 1943¹¹, sa place devient obligatoire. 50 ans plus tard, la filière socio-éducative de la fonction publique hospitalière est créée¹². Elle regroupera en un seul grade les Assistants Sociaux et les Educateurs Spécialisés en Assistants Socio-Educatif (ASE). Leurs missions et fonctions ont été redéfinies par le décret de 2014, ils sont encadrés par un cadre socio-éducatif¹³. A l'Ap-hm, au 31/07/2017, le personnel socio-éducatif du pôle de psychiatrie, se compose de 23 AS et 12 ES sous la hiérarchie d'un CSE¹⁴ depuis fin 2014.

1.4- Au service du public

Le service social de psychiatrie de l'Ap-hm assure la prise en charge des personnes souffrant de troubles de la santé mentale¹⁵. La spécificité du public n'est pas liée à une ou des pathologies, à un ou des handicaps même si le handicap psychique requière une attention particulière. Les troubles de la santé mentale se traduisent en maladie mentale dès qu'un

⁹ La circulaire du 15 mars 1960, apporte un bouleversement dans une organisation vieille de plus d'un siècle. Cette circulaire a pour ambition de réinsérer dans la société la plupart des malades mentaux et, pour cela, de favoriser la résolution de leurs difficultés médico-sociales. Afin d'atteindre cet objectif, elle préconise le découpage du territoire en secteurs, avec la mise en place, dans chacun d'eux, d'une équipe médicale et paramédicale intervenant auprès des malades à tous les stades de la maladie, du dépistage à la réinsertion sociale, l'hospitalisation n'étant plus qu'une étape dans le traitement de la maladie mentale. Toutefois, cette nouvelle organisation, conçue par une simple circulaire, va tarder à se mettre en place, les bases juridiques du dispositif étant insuffisantes pour en garantir le développement. Il faudra attendre 1985 pour trouver sur le terrain les conséquences de cette circulaire.

¹⁰ Mis en place suite à l'arrêté du 14 mars 1986 qui apporte des précisions au décret de 1960 sur la notion d'équipements et services liés à la sectorisation.

¹¹ C'est la loi hospitalière du 21 décembre 1941, par son décret du 17 avril 1943 qui rend obligatoire la mise en place d'un service social dans les hôpitaux des villes de plus de 100.000 habitants.

¹² Les décrets n° 93-651 à 93-668, 93-670 des 28 et 30 mars 1993 et les arrêtés du 26 mars 1993, repris par le décret n°2014-101 du 04 février 2014 qui précise le statut particulier et les missions du corps des ASE.

¹³ Cf annexe 1 sur les missions : des ASE, décret n°2014-101 du 04 février 2014 et des CSE, décret n°2007-839 du 11 mai 2007

¹⁴ En 2015, en France, il y avait 8072 ASE et 452 cadres socio éducatifs dans les établissements sanitaires contre 210 000 aides-soignants. DREES, 2016.

¹⁵ L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « l'aptitude parfaite à mener des relations harmonieuses avec ses semblables. Elle est une condition permettant un développement optimum de l'individu aux points de vue physique, intellectuel et affectif, dans la mesure compatible avec la santé mentale des autres. »

diagnostic psychiatrique aura été posé. L'Organisation Mondiale de la Santé classe la maladie mentale en types de troubles : troubles de l'anxiété, troubles dépressifs, troubles bipolaires et les schizophrénies¹⁶. En France, en 2016, 417 000 patients ont été hospitalisés en psychiatrie pour troubles mentaux, soit 6 pour 1 000 habitants¹⁷. Le taux national de personnes souffrant de troubles de schizophrénie, en 2014, en France, était de 3.8% pour 1000 habitants et 4.9% en région PACA¹⁸.

Le principe fondamental du consentement aux soins est inscrit dans le code de la Santé publique : « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement »¹⁹. Or, certains troubles mentaux donnent lieu à exception, ils peuvent altérer, par moment la capacité de la personne à consentir, de façon libre et éclairée, aux soins qui lui sont proposés. C'est la raison pour laquelle l'organisation des soins et de l'accompagnement social et éducatif doit intégrer cette spécificité, à savoir que ceux-ci doivent être parfois dispensés à la demande de tiers et /ou dans un cadre non consenti.²⁰

L'enjeu pour les ASE va consister à organiser une réponse en présence d'une «non-demande», ce qui impose une collaboration très étroite entre les professionnels qui entrent en contact avec la personne concernée et une traçabilité efficiente du suivi de son parcours de soins.

2- Diagnostic stratégique du service socio-éducatif²¹

2.1- Les ASE intégrés dans l'équipe soignante

Les personnels socio-éducatifs accompagnent tous les usagers du pôle de psychiatrie, quel que soit leur mode de prise en charge dans le soin. En psychiatrie publique, les ASE ont une place particulière donnée par une circulaire de 1993²², ils font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, ASE) et participent au parcours de soins du patient. Leur place est dite prépondérante et indispensable aux soins. En référence les différents rapports d'activité du service social du pôle de psychiatrie de l'Ap-hm et de la place du CSE pleinement intégré à toutes les réunions cliniques et d'organisation psychiatrique.

¹⁶ Cf annexe 2 sur les troubles psychiatriques.

¹⁷ Statistiques 2016 de l'ATIH sur www.atih.santé.fr

¹⁸ DREES, « L'état de santé de la population en France- rapport 2017 ». Source : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) chiffres de 2014

¹⁹ Article L.1111-4 du modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016- art.5 du code de la santé publique

²⁰ Ce sera le cas de toutes les personnes hospitalisées sans consentement (SDT ou SDRE) dans un hôpital public, seul lieu autorisé à les prendre en charge. La loi du 5 juillet 2011, complétée par la loi du 27 septembre 2013 a réformé le régime juridique des soins sous contrainte datant de 1990, en introduisant de nouvelles modalités. Une hausse importante a été mise en évidence par l'IRDES en 2016. En 2016, 80 000 patients ont été hospitalisés sans consentement dont 99.3 % dans les établissements publics.²⁰

²¹ Cf annexe 3 (SWOT)

²² La circulaire du 20 décembre 1993 précise que « dans les secteurs psychiatriques, les personnels socio-éducatifs font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire et contribuent, dans le respect de la déontologie de chacun, au projet thérapeutique ».

Intégrés dans l'équipe, chaque ASE participe aux réunions cliniques hebdomadaires de leur service ainsi qu'à la plupart des « relèves » quotidiennes de l'équipe infirmière. « Les informations confiées par le malade sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe²³ », orales ou écrites. J'ai pu constater, pour avoir pu participer à plusieurs d'entre elles, que ces lieux de rencontre favorisaient les transmissions orales de l'ASE et de l'équipe pluridisciplinaire. En me référant à 12 dossiers sociaux informatisés, correspondant aux prises en charge de patient présentant des troubles mentaux, mis à l'ordre du jour des réunions, j'ai pu observer dans le volet « observations » : une cohérence d'informations transmises pour 2 patients, des informations incomplètes et/ou inadaptées pour 8 patients, et l'absence d'information pour 2 patients. Les informations inadaptées correspondent à 1 contre sens, 2 observations données dans la case « action » à la place de « observation » et 5 observations difficilement compréhensibles.

Il s'agit ici de transmettre de l'information à l'équipe pluridisciplinaire de son unité et des unités géographiquement éloignées de son secteur. Ainsi, il est important de mentionner les informations précises et essentielles pour la bonne compréhension d'une situation à destination de plusieurs acteurs. Et plus particulièrement dans l'accompagnement d'un public souffrant de handicap psychique.

2.2- La prise en compte d'une spécificité du public : le handicap psychique²⁴

J'ai choisi le document d'appui de l'ANESM²⁵, dans ses recommandations de bonnes pratiques concernant l'accompagnement social. Elle caractérise le handicap psychique comme : « le caractère variable et intermittent des troubles, le besoin d'un suivi médical régulier, des capacités intellectuelles préservées même si des troubles cognitifs sont souvent associés, très souvent une incapacité de demander de l'aide de la part de la personne, la stigmatisation liée à la méconnaissance et à la crainte²⁶ qu'inspire le handicap psychique, l'isolement et la rupture du lien social ». L'UNAFAM²⁷ précise que c'est l'organisation qui est en cause, l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'un acte, mémoriser, concevoir les réactions des autres, associés à la non reconnaissance des troubles, à la dénégation, à l'absence de participation sociale.

²³ Article L.1110-4 du Code de la santé publique

²⁴ Cf annexe 4 sur la notion de handicap psychique

²⁵ Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux. Mai 2012.

²⁶ Cf annexe 5 sur les représentations de la maladie mentale

²⁷ L'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, créée en 1963, est reconnue d'utilité publique. Elle regroupe plus de 15 000 familles.

La connaissance des conséquences du handicap psychique met le dossier social comme un outil indispensable de liaison entre les professionnels et le patient dans son parcours de soins. Ces écrits en sont sa mémoire, la continuité de son histoire, de son évolution et de ses projets. Il peut en avoir accès à sa demande. En effet, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé, a placé l'utilisateur au cœur de la prise en charge avec la possibilité pour les patients et leurs ayants droit d'accéder directement à leur dossier. La nouvelle loi du 26 janvier 2016 dite « loi santé » réaffirme et renforce la position de l'utilisateur avec la création du Dossier Médical Partagé²⁸, qui ne pourra exister qu'avec l'accord et la participation active de l'utilisateur.

2.3- Une organisation multidimensionnelle autour du dossier social du patient

Chaque ASE a accès au dossier informatisé du patient de son service, qui contient un volet social, médical, infirmier, psychologue et autres professionnels. Chaque professionnel peut avoir en lecture tous les volets du dossier de chaque patient de leur service et chacun peut y retranscrire des informations de son activité sur son volet propre.

Le dossier social se construit comme le décrivait, Edouard Toulouse, psychiatre, en 1933 : « l'assistante sociale interroge le malade et sa famille et rédige une première observation. Une autre doit spécialement recueillir, sur un questionnaire préparé à l'avance, les éléments d'une fiche qui servira à établir une statistique médico-sociale »²⁹. On a là les deux volets du dossier tel qu'on l'utilise aujourd'hui : l'information, qui vient nourrir le dossier du patient, informer sur ce qui est observé et fait, comme nous venons de le voir, et l'enregistrement de l'activité.

-Dans CIMASE, chaque acte professionnel nécessite 4 actions : la cotation, l'action, l'observation et éventuellement l'observation privée. Au cours des différentes réunions auxquelles j'ai pu participer, il est apparu dans les échanges des ASE des questions récurrentes sur la bonne utilisation de CIMASE et de ses différents volets ainsi que sur les écrits professionnels : - « pourquoi écrire dans 4 cases différentes (c'est fastidieux !) ? Est-ce qu'un « accompagnement » ne peut pas être une « démarche » dans EDGAR ? Quelles sont les différences entre « actions, observations, observations privées » ? A-t-on le droit d'écrire sur telle ou telle situation et dans quelle case ? Pourquoi écrire et pour qui ? ».

La pertinence du recueil et de l'enregistrement des données est particulièrement questionnée.

²⁸ En 2016, la loi « Santé » dans son article 96, « remplace le dossier médical personnel – dont le déploiement est resté très faible – par un dossier médical partagé (DMP), créé sous réserve du consentement exprès du patient ou de son représentant légal, « outil essentiel de coordination des prises en charge », le DMP doit favoriser la prévention, la qualité et la continuité des soins ».

²⁹ Docteur Edouard Toulouse, psychiatre précurseur du secteur psychiatrique, cité par John Ward, n°1 Vie sociale, 1997, « les origines du service social et la prophylaxie mentale, p.41 à 54.

Les ASE disent utiliser un dossier social papier, seul ou en plus du dossier informatisé du patient. Quel que soit le support, papier ou informatique, les informations nominatives s'inscrivent toujours dans le même cadre juridique³⁰, il n'a pas d'existence juridique propre³¹.

-Le volet de cotation d'acte, à partir de la grille « EDGAR », commune à tous les professionnels du secteur, sert à rentrer l'activité. En 2015, au regard du rapport d'activité, l'évolution des actes enregistrés dans « CIMAISE » par rapport à 2014 est de 155%. Evolution qui s'explique par la mise en place de plusieurs réunions du service en 2015, initié par le CSE, pour sensibiliser à la cotation des actes réalisés des ASE. Les actes enregistrés en 2016 ne sont pas encore en corrélation avec le travail effectué sur le terrain, d'après le CSE.

Dans ce service, il apparaît un manque de cotation et un défaut d'observations transcrites dans le dossier social informatisé du patient. Or, l'ANAS³² a défini en 1992 le dossier social comme « ...la mémoire d'un service sur la situation administrative et sociale d'une personne prise en charge par un assistant social. Il est la mémoire des interventions de l'assistant social. C'est un outil qui permet, par l'écriture et la réflexion, l'analyse de toutes les données d'une situation (...) Il comporte des éléments utiles pour établir des liaisons avec des collègues (...). Il contient des informations qui permettent de « rendre compte » à l'employeur (statistiques...) et d'évaluer ainsi si le service rendu correspond bien aux missions confiées. ... ».

3- Constats-écarts-problématisation

-Malgré une hausse significative des actes cotés depuis 2014, le dossier du patient comme support de recueil est probablement sous utilisé. On l'a vu, par exemple, lors des entretiens et des rencontres. Les difficultés évoquées tiennent à l'aspect chronophage de la cotation et au défaut de repérage, pour certains ASE, de la qualité des actes (exemple de question : qu'est-ce qu'un accompagnement ?). Ce qui impacte la valorisation de leurs actions et celle du service socio-éducatif du pôle de psychiatrie.

-L'utilisation du support du dossier social informatisé est disparate. Trois volets, « observation, action, notes privées », sont inégalement utilisés. Selon les ASE, les pratiques

³⁰ Celui de la gestion et de l'utilisation de documents administratifs nominatifs. Les informations nominatives informatisées dès lors qu'elles subissent un traitement automatisé doivent en parallèle répondre aux exigences de la loi 78-17 du 6 Janvier 78 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés. La particularité de ces fichiers nominatifs réside dans leur fonction de communication et de partage pour lesquels ils sont élaborés.

³¹ Il est un document administratif de type nominatif (Avis CADA Novembre 1992). A ce titre, son contenu doit pouvoir répondre aux exigences de la loi 78.753 du 17 Juillet 1978 sur le droit d'accès aux documents administratifs complétée par la loi 79.587 du 11 Juillet 1979.

³² L'association nationale des assistants de service social contribue, depuis sa création, en 1944, à la constitution de l'identité professionnelle des assistants sociaux et à l'organisation de la réglementation de ce métier. Elle explicite les valeurs sous-tendent leur intervention, en s'attachant en particulier à créer un code de déontologie.

professionnelles des écrits sont différentes, alors que ces écrits répondent à des codes bien précis. On peut se poser la question d'un manque de compétences scripturales.

-Le travail des ASE est reconnu et apprécié par les équipes de soins et les responsables médicaux. A l'examen de certains dossiers, leur activité semble bien peu ou bien mal renseignée. Pourtant, si l'on considère le dossier social comme un outil essentiel du partage de l'information dans une équipe pluridisciplinaire et sur une spécificité propre au public accueilli, cet outil semble être peu considéré comme essentiel au parcours de soins du patient.

Au regard des constats opérés une problématique se dessine qui consistera à « **revaloriser le dossier social comme facteur d'harmonisation des pratiques afin d'améliorer la qualité du parcours de soins du malade et optimiser l'activité** ».

4- L'enquête de terrain, révélatrice d'un constat supplémentaire

Avant de me lancer dans des propositions d'actions, j'ai voulu savoir si mes constats pouvaient être confortés par une enquête de terrain. Pour vérifier mes observations, j'ai proposé d'échanger sur les pratiques professionnelles des écrits dans CIMAISE.

Un groupe a été constitué de 15 professionnels volontaires, 2ES et 13 ASS sur des structures diversifiées. L'enquête s'est faite sous forme d'entretien de groupe avec deux questions ouvertes : quelles sont vos pratiques concernant les écrits professionnels dans CIMAISE et quelles sont les difficultés rencontrées ?

Les réponses de l'enquête concordent avec tous les éléments de constats cités³³. Le choix des questions ouvertes a permis de ne pas orienter les ASE sur mes observations. Ce qui a révélé une pratique de la transcription qui n'était pas apparue dans le travail d'investigation.

En effet, pour 14 sur 15 des professionnels présents, aucun écrit dans CIMAISE ou sur papier n'est fait avec le patient ou en sa présence. Ils diffèrent les écrits à court ou moyen terme en fonction de la charge de travail ou des habitudes mises en place.

Associer le patient aux écrits dans son dossier « demeure la meilleure preuve de la teneur des propos échangés et permet aussi d'éviter toute interprétation erronée ou tout imbroglio³⁴ ».

Les différents plans en santé mentale et la nouvelle loi dite loi « santé » de 2016 ont favorisé l'inclusion du patient dans son parcours de soin, elle priorise l'utilisateur sur l'ouverture ou non de son dossier médical partagé et de tout ce qui y sera inscrit.

³³ Cf annexe 3 sur le compte rendu de l'enquête

³⁴ Opiq, 2012, « écouter, écrire : communiquer, Québec, P.18

Cet « oubli » des ASE d'associer les patients dans les compte-rendu en dépit de toute l'évolution réglementaire récente, pourrait faire comprendre, sur une échelle plus grande, pourquoi le législateur a eu besoin de réaffirmer l'application du droit de l'utilisateur.

5- Préconisations

La qualité des écrits et la quantité de la cotation sont une préoccupation majeure pour le cadre de l'équipe. Il souhaite utiliser ces deux aspects pour rendre visible et lisible l'activité du service socio-éducatif du pôle. « C'est dans les pratiques quotidiennes d'écriture que se construisent le travail social et le sens de cette activité »³⁵.

Mes investigations m'amènent à poser la problématique des écrits du service socio-éducatif qui s'avère tridimensionnelle. Elle concerne l'institution, les équipes et le public.

5.1- Informer, au service de l'institution

Pour améliorer la cotation des actes des ASE au plus près de leurs activités, à court terme :

- Mettre en place un accueil personnalisé pour chaque nouveau professionnel. Ajouter à la fiche d'accueil existante les éléments d'information à transmettre sur les attendus des écrits professionnels dans CIMAISE.
- Rappeler annuellement les règles de bon usage de la grille EDGAR en prévision du rapport d'activité.

5.2- Former, au service des personnels socio-éducatifs

En vue d'atteindre le meilleur niveau de maîtrise des écrits professionnels pour sa bonne compréhension par le destinataire et parce que l'écrit engage la responsabilité de l'auteur, de l'administration, je préconise à court et moyen terme de :

- Mettre en place une action de formation spécifique à chaque nouvel agent sur les trois volets existants dans le dossier social.
- Prévoir une formation plus généralisée aux écrits professionnels en vue d'améliorer la qualité des écrits professionnels des assistants socio-éducatif : savoir rédiger une observation dans un dossier en fonction de son appellation : action, observation et réflexion. Savoir différencier les typologies d'écrits professionnels, leurs formes, leur objet. Savoir identifier une information pertinente : faire le tri dans les informations, garder l'information utile. Savoir la transmettre : transmettre quoi, avec qui et comment. Le secret professionnel, l'obligation de signaler, le partage de l'information seront les thèmes à privilégier.

³⁵ RIFFAULT Jacques, 2000, « penser l'écrit professionnel en travail social », p6

5.3- Partager, au service du public

Pour harmoniser les pratiques des écrits professionnelles des ASE dans le dossier social, je recommande à moyen et long terme, de les inscrire dans un travail d'équipe :

- Engager une démarche d'échanges et de rencontres pour partager un système de valeurs et de références communs aux professionnels du service socio-éducatif.
- Définir des modalités de participation de certains patients à la rédaction de tout ou partie des compte-rendu.

La mise en place d'un groupe de réflexion entre professionnels paraît le plus adapté. Cela pourrait favoriser le travail de la place du patient dans son dossier social, en prenant en compte les spécificités de ses troubles et en s'inscrivant dans l'orientation des politiques publiques.

CONCLUSION

Le service social hospitalier du pôle de psychiatrie de l'Ap-hm accueille des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Les assistants socio-éducatifs qui le composent s'inscrivent dans une prise en charge globale du patient en tenant compte de la spécificité de ses troubles. Ils font partie des acteurs concourant à la fluidité du parcours de soins des patients, dans une double exigence : l'obligation de coter leurs actes et la nécessité d'assurer les transmissions de l'accompagnement social dans le dossier informatisé du patient commun à l'équipe pluridisciplinaire.

A l'heure d'une certification de l'établissement, les difficultés rencontrées par les professionnels, concernant l'utilisation du volet social dans le dossier informatisé du patient, entravent la qualité de leur travail, la reconnaissance de leurs actions et par extension celle du service social. Ces difficultés peuvent altérer la prise en charge du patient.

En optimisant l'utilisation du dossier informatisé du patient, le service socio-éducatif sera valorisé et c'est le parcours de soins et la place de l'utilisateur qui seront améliorés. Cela permettrait, par la suite, d'être opérationnel à la future mise en place, par les politiques publiques, du dossier médical partagé. Et de s'inscrire dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 du ministère des solidarités et de la santé. Stratégie qui prévoit « d'améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale » avec comme objectif de « faciliter les échanges d'information grâce aux solutions digitales...³⁶ »

³⁶ Décret du 29.12.2017 sur la stratégie nationale de santé 2018-2021. Site de l'Agence Régionale de Santé, <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>, p.41 du document, consulté le 27/12/17

BIBLIOGRAPHIE

Documentation institutionnelle

Rapport d'activité ; Projet d'établissement ; Livret d'accueil

Ouvrages

RIFFAULT Jacques, (2000), *Penser l'écrit professionnel en travail social*, DUNOD, 212 p

CARTIER Annie, (2005), *le service social en psychiatrie*, éditions ENSP, 170 p.

COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier, (2009), *La loi HPST Regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 394 p.

GUELLIL Akim, GUITTON-PHILIPPE Sandra, (2009), *Construire une démarche d'expertise en intervention sociale*, ESF éditeur, 203 p.

JAEGER Marcel, (2012), *L'articulation du sanitaire et du social*, 3^e édition DUNOD, 198 p.

Revues

BOUDJEMAÏ Michel, (22/12/2017), *Le partage d'informations dans le champ social et médico-social*, ASH n°3039, 79p.

KHERDJEMIL Sarah, (29/12/2017), *Agnès Buzyn présente les grands axes de la stratégie nationale de santé*, ASH n°3040, p.5 à 6.

Revue ASH n°3026, (22/09/2017), *Loi santé*. p.33 à 39.

HELFTER Caroline, (2017), *Les services sociaux en mal de visibilité*, ASH n°3023, p20 à 22.

KHERDJEMIL Sarah, (2017), *Une réponse accompagnée pour tous*, ASH n°3038, p.41 à 49.

TETREULT M., LAPORTE S., Opiq, (2012), « *écouter, écrire : communiquer* », Québec, P.18

SARFATI Yves, (mai 2004), *Désorganisation et psychoréorganisation dans la schizophrénie*, n°88 Santé mentale

VIDAL-NAQUET Pierre, « *Maladie mentale, handicap psychique : un double statut problématique* », (2009), Eres édition, Revue Vie Sociale n°1 p. 13 à 29

Sites internet

- Définition de MCO donné par le site Hospimédia, <http://www.hospimedia.fr> consulté le 15/02/18).
- Site de l'ARS sur la certification des établissements de santé <https://www.ars.sante.fr>, consulté le 10/01/2018
- Site de l'ARS sur la stratégie nationale de santé <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022> , consulté le 27/12/2017.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Missions ASE et CSE	III
ANNEXE 2 : La grille EDGAR	V
ANNEXE 3 : Les troubles mentaux	VI
ANNEXE 4 : Diagnostic stratégique du service social de psychiatrie	VII
ANNEXE 5 : Notion de handicap	VIII
ANNEXE 6 : Les représentations de la maladie mentale	IX
ANNEXE 7 : Compte rendu de l'enquête CIMAISE du 30.01.18	X

ANNEXE 1 : MISSIONS ASE et CSE

Missions des ASE

Décret n° 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière :

Ce présent décret reprend et actualise le statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs. Il prévoit notamment les dispositions transitoires et finales ainsi que les modalités de reclassement pour les fonctionnaires appartenant au corps précité.

« **Les assistants socio-éducatifs** ont pour mission d'aider les patients, les personnes accueillies et les familles, qui connaissent des difficultés sociales, à prévenir ou surmonter ces difficultés, à maintenir ou retrouver leur autonomie, et éventuellement à faciliter leur insertion sociale et professionnelle... Dans le respect des personnes, ils recherchent les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social. Ils conseillent et accompagnent ces personnes dans l'objectif d'améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel. Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets sociaux et éducatifs de l'établissement dont ils relèvent. Ils participent à l'élaboration du rapport d'activité du service socio-éducatif ».

Selon leur formation, ils exercent plus particulièrement leurs fonctions dans l'un des deux emplois suivants :

1° **Les assistants de service social**, qui ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles ainsi que les agents de l'établissement dont ils relèvent. Ils aident les personnes accueillies et leurs familles dans leurs démarches et informent les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier ; Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux. Certains d'entre eux exercent les mêmes fonctions au bénéfice des personnels de l'établissement ;

2° **Les éducateurs spécialisés**, qui participent, en liaison avec les familles, à l'éducation des enfants ou adolescents en difficulté d'insertion et sont chargés du soutien des personnes handicapées, inadaptées ou en risque d'inadaptation. Ils concourent à leur insertion scolaire, sociale et professionnelle au moyen des techniques et activités appropriées.

HERNANDEZ Corinne née DUBREUIL

Dossier expertise technique CAFERUIS-13 : mars 2018

« Revaloriser le dossier social en psychiatrie comme facteur d'harmonisation des pratiques afin d'améliorer la qualité du parcours de soins du patient et d'optimiser l'activité »

Missions des cadres socio-éducatifs

Décret n°2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

Article 3

Les agents du grade de cadre socio-éducatif exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer les personnels éducatifs et sociaux d'une unité ou d'un établissement.

Sous l'autorité du directeur d'établissement, ils sont responsables de l'organisation et du fonctionnement du service social ou du service éducatif de cette unité ou de cet établissement.

Ils participent à l'élaboration du projet de l'unité ou de l'établissement ainsi que des projets sociaux et éducatifs.

Ils participent à la définition des orientations relatives à la collaboration avec les familles et les institutions.

Ils présentent chaque année au directeur de l'établissement le rapport d'activité du service socio-éducatif de l'unité ou de l'établissement.

ANNEXE 2 : LA GRILLE EDGAR

Cotation des actes pour le service social et éducatif en psychiatrie :

Le repérage de l'activité des assistants socio-éducatifs doit se faire au regard de la grille « EDGAR » :

• E = Entretien • D = Démarche • G = Groupe • A = Accompagnement (avec ou sans déplacement) • R = Réunion Entretien L'entretien est un acte réalisé

- L'Entretien est réalisé avec le patient, sa famille ou un de ses proches (avec ou sans la présence du patient concerné). Il est réalisé de manière physique ou par téléphone. L'acte de s'entretenir avec plusieurs patients est à coder en G (activité de groupe). Il peut y avoir plusieurs entretiens par jour pour le même patient.
- La Démarche est un acte accompli en lieu et place du patient, dans son intérêt. Elle est effectuée auprès d'un tiers (l'employeur, le voisin), d'une institution (la CAF, la CPAM) ou d'un service partenaire interne ou pas à l'APHM (le bureau des entrées, le service de protection juridique). La démarche est physique si elle implique un déplacement. Le courrier, le travail préparatoire sur dossier, la liaison téléphonique sont des démarches. Il peut y avoir plusieurs démarches par jour pour le même patient.
- Groupe : L'assistant socio-éducatif qui participe à un acte réunissant plusieurs patients ou plusieurs familles de patients côtoie une activité de groupe (G).
- L'Accompagnement se différencie de la démarche par le fait que le patient est présent durant toute la durée de l'acte. Il peut s'agir d'accompagnement physique (le patient est accompagné à son domicile, à la CAF, au service de protection juridique) mais aussi de temps d'accompagnement sans déplacement (le patient est « accompagné » pour candidater par téléphone, rédiger un CV par exemple). Réunion Toute participation à une réunion dont l'objet direct est le patient pris en charge fait l'objet d'une cotation. Il faut au moins deux intervenants pour qu'il y ait « réunion ».

ANNEXE 3 : LES TROUBLES MENTAUX

La psychiatrie a longtemps vécu sur la classification en névroses et psychoses des troubles mentaux. Ce modèle issu de la psychanalyse a été de plus en plus remis en cause.

J'ai pu observer dans ma pratique professionnelle en psychiatrie publique et sur mon lieu de stage de l'Ap-hm que cette classification était toujours usitée dans le discours des psychiatres. En revanche, en ce qui concerne la codification des maladies mentales utilisée, la France utilise la classification, c'est-à-dire l'énumération et organisation nosographique des diagnostics, de l'OMS : CIM 10 = classification internationale des maladies dans sa 10^e révision. Petit aperçu sur les maladies mentales selon l'OMS :

LES TROUBLES DE L'ANXIETE : L'anxiété est un état mental de trouble et d'agitation, avec un sentiment d'insécurité indéfinissable, une peur sans objet.

LES TROUBLES DEPRESSIFS : « La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques ». OMS, 2001.

LES TROUBLES BIPOLAIRES : Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur (avant intitulé : psychose maniaco-dépressive (PMD)). Il se caractérise par une variation anormale de l'humeur : alternance de périodes d'excitation (manie ou hypomanie) et de dépression voire de mélancolie profonde, entrecoupées de périodes de stabilité. Le terme « bipolaire » évoque les deux pôles manie et dépression, entre lesquels l'humeur oscille.

LES SCHIZOPHRENIES : La schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui peut prendre des formes très variées, on parle des schizophrénies. Elles se caractérisent par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement. Le ressenti comporte souvent le fait d'entendre des voix et d'avoir des hallucinations. « La désorganisation est une dimension fondamentale du tableau schizophrénique. Les psychotropes, la psychanalyse, les thérapies systémiques et cognitivo-comportementales, les soins infirmiers, l'accompagnement social, l'information du patient contribuent tous, à leur manière, à la psychoréorganisation d'un sujet désorganisé » (Revue Santé Mentale, n°88-mai 2004).

**ANNEXE 4 : DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE DU SERVICE SOCIAL DE
PSYCHIATRIE**

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - ASE reconnus dans leur équipe pluridisciplinaire - Ethique et déontologie - Prise en compte des consignes de cotation de l'activité - Le questionnement des ASE sur leurs écrits professionnels - Un outil informatique à disposition pour chaque ASE 	<ul style="list-style-type: none"> - Support du volet social demande plusieurs actions pour un acte - Service social avec des structures éloignées géographiquement - Absence d'observations adaptées au suivi sur le dossier du patient - <i>Le patient n'est jamais associé aux écrits dans son dossier</i>
OPPORTUNITES	RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation externe du pôle - Mise en place du volet social en MCO - La volonté institutionnelle de vouloir mettre en valeur l'activité du service - L'orientation des politiques publiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte d'information dans le parcours du patient - Déperdition de la qualité du travail effectué - Dévalorisation de l'activité - <i>Mauvaises informations dans les observations</i>

En Italique les éléments ajoutés après l'enquête.

ANNEXE 5 : NOTION DE HANDICAP

C'est en 1957 que le terme handicapé apparaît pour la première fois dans un texte de loi pour remplacer ceux d'infirme ou d'invalides, vocables qui renvoient à une atteinte grave et incurable, à une altération définitive.

La loi du 30 juin 1975, loi d'orientation sur les handicapés, a été une étape historique dans la réponse au problème d'insertion et d'autonomie des handicapés physiques, sensoriels et mentaux. La loi ne vise plus la maladie mais ses conséquences, elle ne définissait pas le mot « handicapé », pourtant l'objet de son texte.

C'est la loi de 2005 qui va définir le terme de « handicap ». C'est cette loi qui prend pour la première fois en compte le handicap lié aux troubles psychiques. Les personnes dont les fonctions psychiques sont altérées ne sont plus assignées au seul statut de malade. Elles peuvent aussi prétendre au statut de personne handicapée et par conséquent au droit à compensation des conséquences de leur handicap. Constitue un handicap, au sens de la loi du 11 février 2005, « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Les associations de malades et leurs familles se sont mobilisées pour que les malades mentaux, puissent aussi être reconnus par les CDAPH (commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) et, à ce titre, bénéficier des mêmes droits que les personnes handicapées au titre d'autres déficiences. S'il est difficile d'accepter le caractère durable de la déficience, il est tout aussi délicat d'endosser le statut de « handicapé ». Celui-ci paraît très ambigu pour les personnes atteintes de troubles psychiques. En effet, ce statut a été conçu pour soutenir les inscriptions sociales et professionnelles mais semble souvent vécu comme un véritable stigmate. Il fait passer d'une certaine manière la maladie de l'espace privé, dans le secteur médical, à l'espace public des milieux sociaux professionnels. (*« Maladie mentale, handicap psychique : un double statut problématique »* par Pierre A. Vidal-Naquet).

ANNEXE 6 : LES REPRÉSENTATIONS DE LA MALADIE MENTALE

Dans la vie publique les personnes atteintes de pathologies mentales appartiennent à celles que leur façon d'être désigne à une stigmatisation sociale, les fous gênent, dérangent et font peur. Avec les termes employés pour dénommer les fous et leurs structures, le législateur nous a montré combien il a voulu marquer l'évolution du champ psychiatrique en prenant soin de changer nombre de fois les dénominations de ce champ. En effet, cela a démarré avec la loi de 1838 où l'asile était réservé aux **aliénés**. En 1938 une circulaire supplante « l'hôpital psychiatrique » à « l'asile pour les **malades mentaux** ». La loi hospitalière de 1970 va une fois de plus modifier les appellations en psychiatrie par le « centre hospitalier spécialisé » (CHS) pour les **personnes présentant des « troubles mentaux** ». Le CHS durera jusqu'en 1991 où on parlera du « centre hospitalier » (CH) avec la réforme hospitalière, le « S » de « Spécialité » disparaît, terme qui marquait encore une identité.

En 2014, 3 français sur 4 pensent que les personnes atteintes de maladies mentales peuvent représenter un danger pour elles-mêmes et/ou pour les autres. 2 sur 5 associent les maladies mentales à la folie, 52% des français seraient gênés de vivre avec une personne atteinte de maladie mentale, 35% de travailler dans la même équipe et 30% de partager un repas³⁷.

La première recommandation lors de la commission d'audition sur la dangerosité psychiatrique en 2011, la HAS (Haute Autorité de Santé) s'est vu préciser sur les facteurs de risque de violence : « Il convient de savoir et faire savoir auprès des professionnels, des décideurs politiques et de la population que les comportements de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux et qu'elles en sont plus souvent les victimes principales »³⁸.

D'après Jean-Claude ABRIC, pour les professionnels du social, « Les pratiques sociales sont largement orientées par les représentations sociales, car représentations sociales et pratiques sont indissociablement liées »³⁹. J.C ABRIC nous montre que la manière dont les groupes sociaux appréhendent leur réalité, le sens qu'ils lui donnent, conditionnent leur mode d'actions et de réactions que ce soit le public mais aussi tous professionnels.

³⁷ Octobre 2014, (données extraites de l'étude : Prévention des maladies psychiatriques, pour en finir avec le retard français, institut Montaigne, fondation « Fondamental ».

³⁸ Audition publique – Recommandations de la commission d'audition Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mars 2011.

³⁹ *De l'importance des représentations sociales dans les problèmes d'exclusion social* » in « Exclusion sociale, insertion et prévention », sous la direction de Jean-Claude ABRIC, Erès, 1996, p.12 à 15.

ANNEXE 7 : COMPTE RENDU DE L'ENQUÊTE CIMAISE DU 30.01.18

15 participants : 2ES et 13 ASS. Tous de structures différentes. L'enquête s'est faite sous forme d'entretien de groupe avec deux questions ouvertes : quelles sont vos pratiques concernant les écrits professionnels dans CIMAISE et quelles sont les difficultés rencontrées ?

Toutes les personnes présentes disent utiliser deux supports pour leurs écrits professionnels : l'outil informatique et le papier. Chacun dans une temporalité et un contexte différents. Les échanges se sont déroulés autour de 3 axes : un sur la forme, le cadre réglementaire et deux sur le fond, l'influence des écrits sur l'Autre et les pratiques professionnelles.

Au niveau de la forme

L'outil informatique suscite des questions :

-Le cadre réglementaire : qu'est-ce qu'on a le droit d'écrire ou pas, peut-on scanner des documents, lesquels sont possibles. Est-ce que le volet social est remis dans le cadre de la demande de dossier du patient ou dans un cadre judiciaire ?

-Le secret professionnel de l'ASE.

-Les limites de l'outil : bug, la protection du volet « observations privées » qui peut avoir accès à ces informations, le service informatique ? la Direction ? le service social ?

-Ses avantages comme possible outil de protection en cas de litige quand il s'agit de justifier d'une action et comme outil de confort dans un contexte de remplacement ponctuel.

-L'obligation demandée de remplir la fiche « social général » amène une comparaison avec des expériences de pratiques dans le secteur privé. L'obligation fait action, la place et le temps imparti à la saisie des données ne posaient pas de problème majeur.

-La spécificité du public en psychiatrie limite le recueil de toutes les données de la fiche « social général » qui pourrait être vécu comme un interrogatoire et devenir persécutant pour le patient. Tous ont eu l'information de la possibilité d'utiliser la case « pas renseigné » quand une information n'est pas connue.

Au niveau du fond

Au-delà de l'aspect réglementaire, des avantages et inconvénients de CIMAISE, il ressort pour tous, en tableau de fond, sur chaque thème abordé, la prise en compte du respect de la vie privée du patient. Chacun étant conscient qu'il est dépositaire d'informations sur la vie d'une personne.

Les pratiques de chacun concernant l'utilisation de CIMAISE fait apparaître 3 types d'écrits professionnels effectués : la saisie informative de l'action, l'analyse et la synthèse. Chacun pouvant être complémentaire de l'autre et chacun privilégiant un type d'action selon sa pratique habituelle.

Aucun n'écrit dans CIMAISE ou sur papier avec le patient ou en sa présence. Tous différents les écrits à court ou moyen terme en fonction de la charge de travail ou des habitudes mises en place.

Pour une action commune avec un membre de l'équipe, chacun fait un écrit distinct dans Cimaise. La lecture des observations sociales par l'équipe pluridisciplinaire est différente selon les services. Certains les consultent systématiquement avant une réunion clinique ou en cours de journée et d'autres semblent ne pas les consulter. L'intérêt apporté pour remplir l'information est dite moindre quand les écrits ne sont pas consultés par l'équipe.

Quel que soit le service, tous se sentent reconnus et entendus dans leurs transmissions orales auprès de l'équipe.

En résumé

Des écrits sur Cimaise pour qui : l'auteur, le patient, le collègue, l'équipe pluridisciplinaire, des intervenants extérieurs, l'activité ?

Pourquoi : mémoire, transmission, parcours, obligation ?

Comment : synthèse, récit, saisie d'action concrète, lettre et compte rendu pour services extérieurs, conservation de documents par scan, dans quel cadre réglementaire ?

Corinne HERNANDEZ

CSE stagiaire

Corinne DUBREUIL

épouse HERNANDEZ

**REVALORISER LE DOSSIER SOCIAL EN PSYCHIATRIE
COMME FACTEUR D’HARMONISATION DES PRATIQUES
AFIN D’AMÉLIORER LA QUALITÉ DU PARCOURS DE
SOINS DU PATIENT ET D’OPTIMISER L’ACTIVITÉ**

RESUME :

Le service social hospitalier du pôle de psychiatrie de l’Ap-hm, accueille des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Les assistants socio-éducatifs qui le composent s’inscrivent dans une prise en charge globale du patient en tenant compte de la spécificité de ses troubles. Ils font partie des acteurs concourant à la fluidité du parcours de soins des patients, dans une double exigence : l’obligation de coter leurs actes et la nécessité d’assurer les transmissions de l’accompagnement social dans le dossier informatisé du patient commun à l’équipe pluridisciplinaire.

A l’heure d’une certification de l’établissement, les difficultés rencontrées par les professionnels, concernant l’utilisation du volet social dans le dossier informatisé du patient, entravent la qualité de leur travail, la reconnaissance de leurs actions et par extension celle du service social. Ces difficultés peuvent altérer la prise en charge du patient.

En optimisant l’utilisation du dossier informatisé du patient, le service socio-éducatif sera valorisé et c’est le parcours de soins et la place de l’usager qui seront améliorés.... Ce qui s’inscrit dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 du ministère des solidarités et de la santé.

MOTS CLES : ECRITS PROFESSIONNELS, DOSSIER SOCIAL INFORMATISE, PARCOURS DE SOINS, PSYCHIATRIE.