



ORACLE

VAE DEAS

Au cœur du soin · Au service du diplôme

TRANSMISSIONS CIBLÉES · NIVEAU AIDE-SOIGNANT

ÉCRIRE LE SOIN

Les tomes 1 et 2 vous ont appris à **décoder**.
Celui-ci vous apprend à **écrire** — pour l'équipe,
pour le dossier, et pour le jury.

Atelier d'écriture

120 formulations prêtes

Chaque cas décortiqué

6 cas concrets de terrain

60 questions corrigées

Cadre juridique **sourcé**

CE QU'ON LIT SOUVENT

RAS, patiente calme »

CE QUE LE JURY ATTEND

- D** Refuse le repas du soir, 2^e fois
- A** Collation proposée, IDE prévenue 19 h 10
- R** A pris un yaourt. Poids à surveiller.

MÊME JOURNÉE. MÊME SOIGNANTE. PAS LE MÊME PROFESSIONNEL.

00

AVANT DE COMMENCER

Ce que vous n'écrivez pas n'a jamais eu lieu.

C'est brutal, et c'est pourtant la règle du jeu. Vous pouvez avoir passé vingt minutes à rassurer une résidente, avoir repéré le signe qui a évité une hospitalisation : **si ce n'est pas écrit, rien ne le prouve**. Ni pour l'équipe, ni pour le dossier, ni pour un jury.

La cible

Le mot qui déclenche tout.
Et ce qui n'en est jamais une.

D · A · R

Trois lettres, une mécanique. Décortiquée ligne à ligne.

L'atelier

120 formulations prêtes.
Vous n'écrivez plus devant une page blanche.

A Le tome qui renverse les deux précédents

Les deux premiers livrets de cette collection vous ont appris à **décoder** : décoder un mot médical, décoder le nom d'un médicament. Vous receviez de l'information, vous la compreniez.

Ici, le sens s'inverse. Ce n'est plus vous qui recevez : c'est vous qui émettez. Et l'exercice est infiniment plus difficile, pour une raison que personne ne vous dit jamais.

Comprendre, c'est privé. Écrire, c'est public.

Quand vous décidez « bradycardie », personne ne voit votre effort. Quand vous écrivez « *Mme D. n'était pas dans son assiette* », tout le monde le voit : l'IDE, le médecin, le cadre, l'inspecteur, l'avocat, le jury — et, s'il le demande, le résident lui-même.

Votre écrit est la seule partie de votre travail qui vous survit. Il reste dans le dossier des années après que vous avez oublié la journée.

B Pourquoi ce tome existe

Parce que nous voyons passer, chaque année, des dizaines de livrets 2 de candidats à la VAE DEAS. Et le même constat revient :

LE DIAGNOSTIC, EN UNE PHRASE

Les candidats ne sont pas recalés sur ce qu'ils font. Ils sont recalés sur ce qu'ils écrivent.

Ils font le travail. Souvent très bien, depuis des années. Puis ils l'écrivent en trois lignes vagues qui ne prouvent rien — et le jury, qui n'a que ces lignes, ne peut rien cocher.

L'écart entre un candidat validé et un candidat ajourné n'est presque jamais un écart de compétence. C'est un écart d'écriture.

QUATRE RAISONS D'Y PASSER DU TEMPS

1. C'est une compétence à part entière

La **compétence 10** du référentiel DEAS porte exclusivement là-dessus : « *rechercher, traiter et transmettre [...] les données pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins* ». Ce n'est pas une compétence secondaire : **elle se valide comme les dix autres, et personne n'est diplômé à dix sur onze.**

2. C'est la sécurité du résident

La transmission est le **point de couture** entre deux équipes. C'est là que l'information se perd, et c'est là que les événements indésirables naissent. Un signe vu et non transmis équivaut, pour l'équipe suivante, à un signe qui n'existe pas.

3. C'est votre protection juridique

En cas de mise en cause — plainte de famille, réclamation, contentieux — **le seul élément qui témoigne de ce que vous avez fait, c'est votre écrit.** À l'oral, ça s'oublie ; au dossier, ça reste.

4. C'est là que tout le reste se voit

Un écrit qui dit « *ecchymose de 6 cm, avant-bras, sans traumatisme, sous apixaban* » prouve d'un coup votre vocabulaire (Tome 1), votre pharmacologie (Tome 2) et votre raisonnement. **L'écrit est la vitrine de tout le reste.**

Compétence 10 : arrêté du 10 juin 2021 relatif au diplôme d'État d'aide-soignant, annexe II (référentiel de compétences), citation littérale.

c À quoi sert vraiment une transmission

On la présente souvent comme une corvée de fin de poste. C'est une erreur de perspective. La transmission n'est pas ce qui reste à faire quand le soin est fini : **elle fait partie du soin.**

Ce qui n'est pas tracé n'existe pas.

Pas pour l'équipe de nuit qui n'était pas là. Pas pour le médecin qui passe une fois par semaine. Pas pour l'inspecteur, pas pour le juge, pas pour la famille. **Un soin non écrit, aux yeux de tous ceux qui liront le dossier après vous, n'a jamais eu lieu.**

Ce n'est pas une menace : c'est la règle du jeu de tout le système de santé. Et une fois qu'on l'a comprise, on n'écrit plus jamais de la même façon.

CE QUE COÛTE UNE TRANSMISSION QUI MANQUE

Ce n'est pas une abstraction. Une transmission absente ou incomplète, c'est une chaîne d'alerte qui ne se déclenche pas — et au bout de la chaîne, il y a une personne.

UN EXEMPLE SIMPLE, ET IL FINIT MAL

Jour 1. Un résident n'a pas de selle. L'équipe le remarque, mais ne le trace pas : « *ça arrive* ».

Jour 2-3. Toujours rien. L'équipe suivante **n'a rien lu**, donc ne compte pas les jours. Personne n'alerte.

L'information n'existe pas.

Jour 4-5. Le résident mange moins, puis refuse. On met ça sur « un coup de fatigue ».

Jour 6. Il vomit. Là, tout le monde s'inquiète — mais il est **déjà trop tard**. Le bilan retrouve une **occlusion intestinale**. Transfert en urgence.

Le résident meurt. D'un problème que trois jours de comptage auraient signalé à temps.

LA DOUBLE CONSÉQUENCE — REGARDEZ-LES TOUTES LES DEUX

Pour le résident : une dégradation que personne n'a suivie, une prise en charge trop tardive, et au bout, dans les cas extrêmes, **le décès**. Aucune transmission ne ramène ça.

Pour le soignant : la responsabilité. On ne reproche pas au soignant la maladie — on lui reproche **de ne pas avoir tracé, de ne pas avoir alerté**. Le dossier vide devient la preuve du manquement. Selon la gravité : réclamation de la famille, **plainte**, sanction disciplinaire, **blâme**, et devant un juge, mise en cause pour **défaut de surveillance**.

« Je l'avais remarqué » ne pèse rien. « Je l'avais tracé, daté, et alerté » vous protège — et surtout, protège la personne.

MÉMO

LA BONNE NOUVELLE : ÇA SE RATTRAPE TOUJOURS À TEMPS

Cette même histoire — l'absence de selles non tracée — nous la reprenons en **Partie 2**, mais dans la version où **quelqu'un écrit la bonne ligne au bon moment**. Résultat : le fécalome est repéré à J+3, l'hospitalisation est évitée. **La seule différence entre les deux histoires, c'est une transmission.**

SIX FONCTIONS, ET PAS UNE DE MOINS

1. Un indicateur de qualité

La qualité d'un service se lit d'abord dans ses écrits. Une transmission datée, précise et exploitable **est** une preuve de qualité des soins — c'est ce que regardent les évaluations et les certifications. Un dossier bien tenu dit d'un établissement ce qu'aucune brochure ne dira.

2. Le fil du suivi

C'est la transmission qui permet de **suivre l'accompagnement dans la durée**. Sans elle, chaque équipe repart de zéro. Avec elle, on voit une évolution : « mange moins depuis 4 jours », « troisième chute ce mois-ci ». **Le suivi, c'est la mémoire écrite d'une prise en soin.**

3. Ce qui permet de réadapter

On ne réajuste un projet, un traitement ou un accompagnement **que sur ce qui est écrit**. Vos observations tracées sont la matière première de la décision : elles permettent au médecin de **poser ou de corriger un diagnostic**, à l'équipe de revoir le projet personnalisé. Ce que vous n'écrivez pas ne sera jamais réajusté.

4. Le lien de toute l'équipe

La transmission est l'**outil de communication commun** à tous : aides-soignants, infirmiers, médecins, kiné, psychologue, cadre. C'est le seul endroit où tous se parlent au sujet d'une même personne, à des heures différentes. **Elle fait tenir l'équipe pluriprofessionnelle ensemble.**

5. La sécurité du résident

Le point de couture entre deux équipes est aussi l'endroit où l'information se perd — et où naissent les événements indésirables. Une bonne transmission **protège la personne** : un signe vu, écrit et transmis à temps, c'est une hospitalisation, une chute ou une cascade évitée.

6. La valorisation de votre travail

C'est peut-être la fonction qu'on oublie le plus. **Un soin non écrit est un soin invisible**. Ce que vous tracez rend votre travail **visible, reconnu, défendable** — devant l'équipe, devant le médecin, devant le jury. Écrire, c'est refuser que votre travail disparaisse.

MÉMO

LA BASCULE DE REGARD

Vous ne perdez pas dix minutes à écrire. Vous rendez votre journée utile à quelqu'un d'autre — et à vous-même.

Ces six fonctions n'ont rien de théorique : ce sont les six raisons pour lesquelles ce tome existe. Tout le reste — la cible, le DAR, les 120 formulations — n'est là que pour les servir.

D Une mise au point qui va vous surprendre

Vous allez lire, dans beaucoup de supports, que les transmissions ciblées sont « *obligatoires* », « *exigées par la HAS* », « *imposées par la loi* ». Nous avons vérifié texte par texte. **C'est faux.**

CE QUE NOUS AVONS VÉRIFIÉ, ET CE QUE NOUS AVONS TROUVÉ

- Les mots « transmissions ciblées », « DAR » et « macrocible » **n'apparaissent nulle part** dans le référentiel AS (arrêté du 10 juin 2021).
- Ils **n'apparaissent dans aucun référentiel de certification de la HAS**, ni pour les établissements de santé, ni pour les ESSMS.
- La méthode a été introduite en France par une **formatrice**, pas par un texte. Elle n'a **aucune base réglementaire**.

Les transmissions ciblées ne sont pas une obligation légale. C'est une méthode professionnelle.

ALORS QU'EST-CE QUI EST OBLIGATOIRE ?

Transmettre et tracer. Ça, oui, c'est opposable — et de trois côtés à la fois :

- **La compétence 10** du référentiel AS l'exige pour votre diplôme.
- **L'article R. 4311-1 du code de la santé publique** impose à l'IDE d'assurer « *la traçabilité des soins infirmiers dans le dossier du patient* » — et vous travaillez en collaboration avec elle, sous sa responsabilité.
- **Le dossier de soins est communicable à la personne** (art. L. 1111-7 CSP ; en EHPAD, également art. L. 311-3 CASF) — et c'est lui qu'on lira en cas de litige.

Ce qui est obligatoire, c'est le résultat : une information juste, tracée, datée, exploitable. Les transmissions ciblées sont simplement **la meilleure méthode connue** pour y arriver. C'est pour ça qu'on vous les enseigne — pas parce qu'un décret l'ordonne.

MÉMO

POURQUOI CETTE PRÉCISION VOUS SERT

Un candidat qui dit « *les transmissions ciblées sont obligatoires* » énonce une **erreur**, et un jury informé le sait.

Un candidat qui dit « *la méthode DAR n'est pas imposée par un texte, mais c'est celle de mon établissement, et elle garantit la traçabilité qu'exige la compétence 10* » vient de démontrer qu'il **comprend la différence entre une norme et une bonne pratique**. Personne, dans la salle, n'avait vu venir cette phrase.

E D'où vient la méthode

Elle mérite trente secondes, parce qu'une version fausse circule partout — jusque dans des cours d'IFSI.

L'HISTOIRE VRAIE, VÉRIFIÉE

Le **Focus Charting** est né aux **États-Unis**, dans les années 1980. Sa conceptrice : **Susan Lampe**, infirmière américaine (Minneapolis). Première publication vérifiable : **1985**, dans la revue *Nursing Management*.

Structure d'origine : **F-DAR** — Focus, puis Data · Action · Response.

En France, la méthode est introduite au tournant des années 1990 par **Cécile Boisvert**, infirmière **canadienne** installée en France, formatrice. L'ouvrage de référence francophone reste *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*, de **Florence Dancausse et Élisabeth Chaumat** (Masson, 2000), préfacé par Cécile Boisvert.

LA VERSION FAUSSE QUI CIRCULE — NE LA REPRENEZ PAS

« Méthode mise au point par **Suzanne Lampe**, infirmière **canadienne**, en **1980** lors de la 7^e conférence de l'ANADI ». Quatre erreurs dans une phrase : c'est **Susan**, elle est **américaine** (la Canadienne, c'est Cécile Boisvert), la 7^e conférence NANDA s'est tenue en **1986**, et la publication de 1985 lui est antérieure.

Cette phrase est recopiée depuis un cours d'IFSI sur des dizaines de sites. **Si vous la citez en jury devant quelqu'un qui sait, vous perdez en crédibilité sur un détail parfaitement évitable.**

Source primaire : Lampe SS, « Focus charting: streamlining documentation », *Nursing Management*, 1985 Jul;16(7):43-6 (PMID 3847830). Ouvrage : Lampe S., *Focus Charting*, Creative Nursing Management, Minneapolis. Dancausse F., Chaumat É., *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*, Masson, 2000 (ISBN 2-225-83307-9).

F Ce que ce tome contient — et ce qu'il ne contient pas

Ce que vous allez trouver

Des **transmissions réelles**, décortiquées mot par mot. Une **banque de 120 formulations** classées par situation. Des **avant/après**. Les **pièges juridiques** vérifiés sur Légifrance. Et la bascule vers votre **livret 2**.

Ce que vous n'allez pas trouver

Un cours théorique de plus. La **méthode** (DAR, macrocibles) est rappelée, mais brièvement : elle tient en dix pages, et le Tome 1 en donne déjà l'essentiel. **Ici, on écrit.**

LE LIEN AVEC LES TOMES 1 ET 2

Ce tome ne remplace rien. Il branche les deux autres sur le dossier.

Le **Tome 1** vous a donné les **mots** (dyspnée, ecchymose, orthopnée). Le **Tome 2** vous a donné les **mécanismes** (ce que fait un anticoagulant, ce qu'est une cascade). Le **Tome 3** vous donne la phrase.

Si vous n'avez pas lu les deux premiers, vous pouvez lire celui-ci : il est autonome. Mais vos transmissions seront plus pauvres, parce qu'il vous manquera le vocabulaire pour nommer ce que vous voyez.

G Le code couleur

Identique aux tomes 1 et 2. Dans ce tome, l'étoile signale **la fréquence de la situation** : ce que vous écrirez tous les jours, ce qui revient souvent, ce qui est rare mais qu'il faut savoir écrire.

★★★ INDISPENSABLE

Vous l'écrivez chaque semaine.
À savoir formuler sans réfléchir.

Le socle de votre livret 2

★★ COURANT

Revient régulièrement en service.
À reconnaître et savoir rédiger.

Le confort du professionnel

★ PLUS RARE

Peu fréquent, mais délicat.
Lisez-le, ne le bachotez pas.

La culture générale du métier

H Le pacte de lecture

MÉMO

NE LISEZ PAS CE LIVRET. UTILISEZ-LE.

Ouvrez-le **à côté de votre poste**. À la fin de votre prochaine journée, prenez **une** situation — une seule — et écrivez-la avec la Partie 2 sous les yeux. Comparez avec ce que vous auriez écrit spontanément.

Faites ça cinq fois. Au bout de la cinquième, vous n'aurez plus besoin du livret. Et vous aurez cinq situations de travail rédigées pour votre livret 2.

PRÉCAUTION D'USAGE

Support pédagogique de révision. Les modèles de transmissions proposés sont des **exemples de rédaction** : en situation professionnelle, appliquez les **procédures et supports de votre établissement** (dossier papier ou informatisé, trames imposées, règles de validation).

Les personnes et situations décrites sont **factives**. Toute ressemblance avec un résident réel serait fortuite — et rappelons-le, transcrire une situation identifiable hors du dossier constitue une violation du secret professionnel.

Le cadre juridique de ce tome a été vérifié sur **Légifrance** et sur le site de la **HAS** en juillet 2026. Le droit évolue : revérifiez avant toute citation en jury si vous lisez ce livret bien après sa parution.

I Le sommaire

1 La cible : le mot qui déclenche tout

Ce qu'est une cible, ce qui n'en est jamais une, et les trois questions qui la font apparaître. La partie la plus rentable du livret.

2 D · A · R : la mécanique

Trois lettres décortiquées une par une. Ce qu'on met dedans, ce qu'on n'y met pas, et l'erreur que fait tout le monde sur le R.

3 L'atelier : écrire ce qu'on voit

Objectif contre subjectif. La banque de 120 formulations. Les verbes qui prouvent, les mots qui tuent, et comment citer un résident.

4 Macrocibles et dossier

L'entrée, la sortie, le transfert. Le MTVED — et pourquoi ce n'est pas une norme. Où votre écrit se range, et qui le lira.

5 Les pièges

Le secret partagé, l'accès du résident à son dossier, les ratures, les abréviations, le jugement de valeur — et le mythe des « notes personnelles ».

6 Du terrain au livret 2

La bascule. Comment une transmission de dix lignes devient une situation de travail qui fait cocher cinq compétences.

7 Le quiz des 30 questions

Sans regarder le livret, puis corrigé commenté. Objectif : 24/30.

01

PARTIE 1 · BLOC 5

La cible : le mot qui déclenche tout

Si vous trouvez la cible, l'écrit s'écrit presque tout seul. Si vous la ratez, aucune méthode ne vous sauvera.

Ce qu'elle est

Ce qui a changé. Trois à cinq mots. Pas ce que vous avez fait.

Ce qu'elle n'est jamais

Sept pièges — et 90 % des erreurs se logent là.

La banque de cibles

Celles que vous écrirez dans 95 % des cas. Classées ★★★ → ★.

1.1 La cible, en une phrase

Tout le reste de ce livret dépend de cette page. Si vous trouvez la cible, l'écrit s'écrit presque tout seul. Si vous la ratez, aucune méthode ne vous sauvera.

LA DÉFINITION À RETENIR

La cible, c'est ce qui a changé.

Un énoncé **court**, **précis**, qui nomme **ce qui arrive à la personne** ou **sa réaction** — pas ce que vous, vous avez fait.

C'est le titre de votre transmission. Trois à cinq mots. Si vous avez besoin d'une phrase entière, ce n'est pas encore une cible.

La formulation la plus proche d'une définition officielle française nous vient de l'ANAES. Elle est un peu technique, mais elle vaut d'être lue une fois :

LA SOURCE

« Rédaction guidée pour séparer **l'énoncé concis de ce qui arrive au patient ou ses réactions**, des données d'observations, des résultats de l'examen clinique, d'un événement significatif, des **actions** (interventions de soins réalisées en vue de modifier la situation ou traiter le problème) et des **résultats** (réponses aux soins médicaux ou infirmiers). »

Source : ANAES, Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance, mai 2004, p. 28, note 7 (la description structurée la plus proche du D · A · R figure p. 15). C'est, à notre connaissance, la seule formulation émanant d'une agence publique française.

MÉMO

LA TRADUCTION EN LANGAGE DE TERRAIN

Les formateurs parlent de « **sonnette d'alarme** » ou de « **clignotant** ». C'est exactement ça : **la cible, c'est le voyant qui vient de s'allumer sur le tableau de bord.**

Pas le moteur. Pas votre coup de clé anglaise. **Le voyant.**

1.2 Ce qui n'est jamais une cible

C'est ici que se loge l'essentiel des erreurs. Retenez cette liste : elle vous fera gagner beaucoup de points.

CE N'EST PAS UNE CIBLE

EXEMPLE À NE PAS
ÉCRIRE

POURQUOI

Un acte de soin ★★★	« Toilette effectuée » « Pansement refait »	C'est une action — donc le A, pas la cible. Un soin prévu et réalisé normalement se trace dans le diagramme de soins , pas dans une transmission ciblée.
Un élément de surveillance ★★★	« Constantes » « Tension artérielle »	Une surveillance de routine n'est pas un événement. Ce qui devient une cible, c'est l'anomalie : « hypotension au lever », pas « tension artérielle ».
Un jugement de valeur ★★★	« Résident désagréable » « Famille pénible »	Une opinion, pas un constat. Et c'est la faute la plus dangereuse du métier : le résident et sa famille peuvent lire le dossier.
Un diagnostic médical ★★	« Infection urinaire » « AVC »	Poser un diagnostic n'est ni votre rôle ni celui de l'IDE. Nuance importante : si le mot est aussi un symptôme observable (« fièvre », « douleur »), il redevient une cible légitime.
Un besoin fondamental ★★	« Besoin de s'alimenter » « Besoin d'éliminer »	Trop large. Un besoin n'est pas un événement. Ce qui est une cible, c'est le trouble : « refus alimentaire », « constipation depuis 4 jours ».
Un système anatomique ★	« Appareil respiratoire » « Peau »	C'est un chapitre, pas un événement. « Dyspnée d'effort » est une cible ; « respiration » n'en est pas une.
Une donnée normale ★	« Résidente calme » « A bien mangé »	Le normal attendu ne se transmet pas — sauf s'il constitue lui-même le changement (voir le piège page suivante).

Cette liste est un consensus pédagogique convergent (supports IFSI, ouvrages de référence). Aucun texte réglementaire ne la fixe. La dernière ligne est notre propre reformulation.

LE PIÈGE DE LA DERNIÈRE LIGNE — LISEZ-LE DEUX FOIS

« Une donnée normale n'est pas une cible » est vrai **en général**, et faux **dans un cas précis**.

Si M. T. hurle et frappe les murs tous les soirs depuis trois semaines, et que ce soir **il est calme** — alors « **calme inhabituel** » est une cible parfaitement légitime. Le normal est devenu l'anomalie.

La règle réelle n'est donc pas « le normal ne se transmet pas ». C'est : « ce qui ne change pas ne se transmet pas ». Nuance décisive — et c'est exactement le genre de nuance qui distingue un candidat qui récite d'un candidat qui comprend.

L'AUTRE PIÈGE — ET IL EST PLUS GRAVE

Récurrent ne veut pas dire banal. Ce qui se répète se trace encore.

Attention à ne pas retourner la règle contre le résident. « Ce qui ne change pas ne se transmet pas » vaut pour un **état normal stable** — pas pour un **problème installé**.

« Il chute toutes les semaines », « elle refuse toujours sa toilette », « il crie tous les soirs, c'est comme ça » : le jour où l'on cesse de le tracer parce que « c'est habituel », on vient de faire deux fautes en une. D'abord parce que la fréquence est une donnée — trois chutes ce mois-ci, c'est une information que personne ne verra si chaque chute n'est pas écrite. Ensuite parce que la banalisation est le premier pas de la maltraitance ordinaire : un événement qu'on n'écrit plus est un événement qu'on a cessé de trouver anormal.

La règle complète, donc : le normal attendu ne se transmet pas ; le **problème**, lui, se transmet à **chaque fois**, même le centième — parce que c'est son **compte** et son **évolution** qui appellent une réponse. Une douleur chronique, une agitation quotidienne, un refus répété : **chaque épisode se trace**.

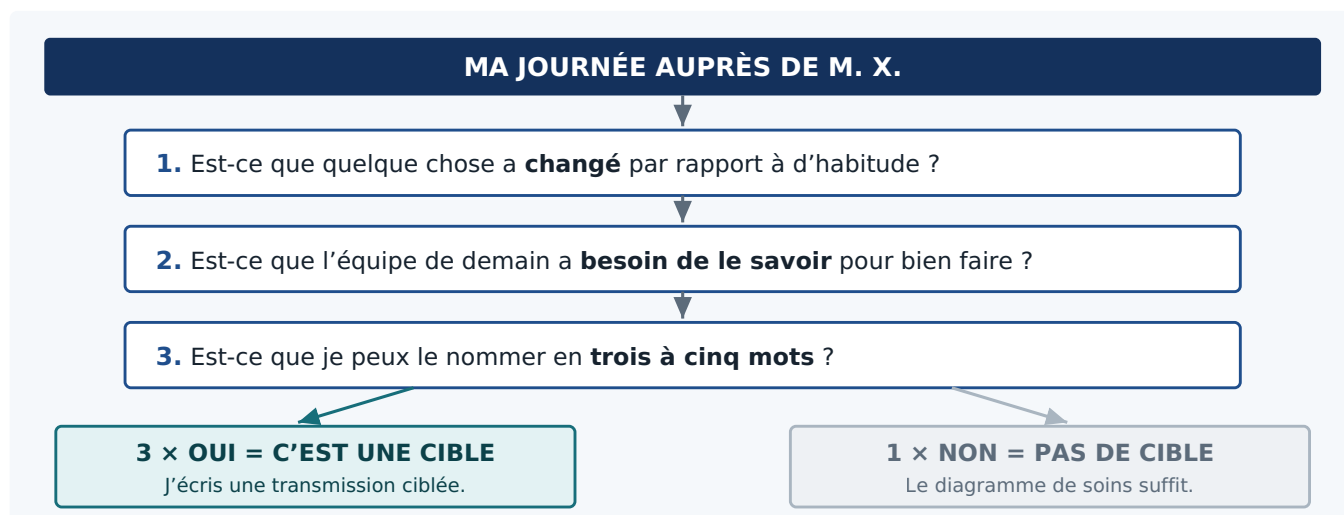
MÉMO

LE RÉFLEXE QUI VOUS PROTÈGE

Chaque fois que vous vous surprenez à penser « *pas la peine, il fait toujours ça* », arrêtez-vous : **c'est exactement le moment où il faut écrire**. Un comportement, une action, un événement — s'il concerne le résident, il se trace. La banalisation ne se décide jamais toute seule au bord d'un couloir ; elle se discute en équipe, et elle s'écrit.

1.3 Les trois questions qui font apparaître la cible

Vous finissez votre journée. Vous avez trente résidents dans la tête et huit minutes pour écrire. Passez chaque résident dans ce filtre.



Le filtre à trois questions. Il tient en dix secondes par résident.

MÉMO
LE MNÉMO
C · B · N — Changé ? Besoin ? Nommable ?

Changé — Besoin de le savoir — Nommable en 5 mots.

Et pour ne jamais l'oublier : « **Ça Bouge ? Note !** »

FAIS LE LIEN — POURQUOI LA QUESTION 2 EST LA VRAIE QUESTION

La question 1 attrape trop de choses : dans une journée, il « change » toujours quelque chose. La question 3 est un test de forme.

La question 2 est la seule qui trie vraiment : « l'équipe de demain a-t-elle besoin de le savoir pour bien faire ? »

Elle vous force à changer de place. Vous n'écrivez plus pour vous vider la tête ni pour prouver que vous avez travaillé. **Vous écrivez pour quelqu'un qui n'était pas là.** C'est toute la différence entre un journal intime et une transmission.

1.4 La banque de cibles, classée par fréquence

Voici les cibles que vous écrierez réellement. Elles ne sont pas de nous : ce sont celles qui reviennent dans un service de gériatrie ou de SSR. **Elles sont formulées telles quelles, prêtes à copier.**

★★★ Les indispensables — vous les écrierez cette semaine

LA CIBLE	QUAND VOUS L'UTILISEZ
Douleur ★★★	Toute expression douloureuse, verbale ou non. Précisez la localisation : « Douleur au mollet gauche », « Douleur à la mobilisation ».
Refus de soin ★★★	Toilette, traitement, repas, lever. Le refus est un droit — donc un fait à tracer, jamais un reproche à formuler.
Refus alimentaire ★★★	Un repas non pris, ou pris partiellement. Devient majeur dès qu'il se répète : dites-le. « 2^e soir consécutif ».
Chute ★★★	Avec ou sans conséquence apparente. Une chute se transmet toujours , même « sans gravité ».
Agitation ★★★	Préférez-la à « agressivité », qui glisse vite vers le jugement. Décrivez : « Agitation vespérale ».

Confusion ★★★

Désorientation dans le temps, l'espace, ou envers les personnes. Toujours préciser **depuis quand**.

Modification du comportement ★★★

La cible passe-partout, et la plus utile : elle capte tout ce que vous « sentez » sans pouvoir le nommer. **Elle vous oblige ensuite à décrire.**

Rougeur cutanée ★★★

Localisez, et **dites si elle blanchit à la pression** : c'est ce mot qui distingue une rougeur banale d'un premier stade d'escarre. « **Rougeur au sacrum, ne blanchissant pas** ».

Trouble du transit ★★★

Constipation ou diarrhée. Comptez les jours : « **Absence de selles depuis 4 jours** ».

Trouble du sommeil ★★★

Insomnie, inversion jour/nuit, réveils nocturnes. Décrivez le rythme, pas votre fatigue.

★★ Les courantes — vous les croiserez ce mois-ci

LA CIBLE	QUAND VOUS L'UTILISEZ
Dyspnée ★★	Difficulté respiratoire. Précisez le contexte : « au repos », « à l'effort », « en décubitus ».
Fièvre ★★	Un symptôme, donc une cible légitime — contrairement à « infection », qui est un diagnostic.
Trouble de la déglutition ★★	Toux au repas, recrachage, voix mouillée. Précédez toujours la fausse route avant qu'elle arrive.
Ecchymoses ★★	Surtout sous anticoagulant. Comptez-les, mesurez-les, et dites s'il y a eu un choc ou non .
Angoisse ★★	Un ressenti exprimé par la personne — donc un fait. Citez-la : c'est le meilleur moyen de rester objectif.
Déambulation ★★	Errance, tentative de fugue. Ne l'appellez pas « fugue » sans raison : c'est chargé.
Œdème des membres inférieurs ★★	Précisez uni- ou bilatéral. La différence oriente tout.
Trouble urinaire ★★	Brûlures, urines troubles, odeur, rétention, incontinence nouvelle.
Isolement / repli ★★	Ne descend plus, refuse les animations, ne parle plus. Un signe de dépression sous-diagnostiquée en EHPAD.
Difficulté relationnelle avec l'entourage ★★	La formulation neutre pour tracer un conflit familial sans juger personne. Retenez celle-là.

★ Les plus rares — mais il faut savoir les écrire

LA CIBLE	QUAND VOUS L'UTILISEZ
Prurit ★	Démangeaisons. Souvent médicamenteux ou lié à une sécheresse cutanée. Rarement transmis, souvent important.
Fin de vie — inconfort ★	Encombrement, râles, angoisse. Écrit avec une pudeur particulière : le dossier sera lu par la famille.
Suspicion de maltraitance ★	À manier avec précision : décrivez uniquement ce que vous avez constaté, jamais votre hypothèse. Voir Partie 5.
Événement indésirable ★	Erreur, incident, dysfonctionnement. Cible neutre, non punitive — c'est son intérêt.
Retour d'hospitalisation ★	Souvent traité en macrocible plutôt qu'en cible. Voir Partie 4.

MÉMO

LE RACCOURCI QUE VOUS CHERCHIEZ

Photographiez ces trois tableaux.

Vous venez d'avoir la liste des cibles que vous écrirez presque tous les jours.

La cible n'est pas un exercice de créativité. **C'est un vocabulaire fermé.** Voilà pourquoi cette partie est courte, et pourquoi elle mérite qu'on s'y arrête.

1.5 Une cible, ou plusieurs ?

Question qu'on ne vous pose jamais, et qui pourtant tombe en jury.

Un événement = une cible

M. R. a chuté **et** refuse de se relever. Ce sont **deux cibles** : « Chute » et « Refus de mobilisation ». Deux transmissions distinctes, parce que les actions et les résultats sont différents.

Sauf si l'un explique l'autre

Mme L. tousse au repas **et** ne finit pas son assiette. Une seule cible : « **Trouble de la déglutition** ». Le refus alimentaire n'est pas un problème autonome — c'est une **donnée** de la première cible.

LE TEST DE DÉCOUPAGE

Si le A et le R sont les mêmes, c'est une seule cible. S'ils diffèrent, c'en est deux.

Vous n'avez pas à trancher philosophiquement. **Regardez ce que vous avez fait et ce que ça a donné.** Si vos actions se dédoublent, vos cibles aussi.

1.6 Cas concret — la journée où il n'y avait rien à signaler

CAS CONCRET · EHPAD · UN MARDI ORDINAIRE

« RAS »

Trois lettres. C'est ce que la soignante a écrit pour Mme P. ce jour-là. Voici tout ce qu'elle avait vu, et qu'elle n'a pas écrit.

1

CE QUI S'EST RÉELLEMENT PASSÉ

Mme P., 79 ans, EHPAD, autonome avec aide à la toilette. Journée sans incident.

8 h 15 — à la toilette, elle vous dit : « *J'ai pas dormi, j'ai tourné toute la nuit* ». Vous compatissez, vous continuez.

12 h 30 — elle laisse la moitié de son assiette. « *J'ai pas très faim aujourd'hui.* » Vous ne forcez pas.

16 h 00 — elle ne descend pas à l'animation chant, alors qu'elle y va tous les mardis depuis deux ans. « *Pas aujourd'hui.* »

18 h 45 — elle est dans le noir, assise sur son lit, elle n'a pas allumé.

Le soir, vous écrivez : « *RAS, résidente calme.* »

2

POURQUOI VOUS AVEZ ÉCRIT « RAS » — ET CE N'EST PAS DE LA PARESSE

Aucun de ces quatre moments, **pris isolément**, ne ressemble à un événement. Personne n'est tombé. Personne n'a saigné. Elle était polie, calme, coopérante.

« RAS » ne veut pas dire « je n'ai rien vu ». Ça veut dire « je n'ai rien vu qui ressemble à ce que j'ai appris à signaler ».

Et c'est exactement le problème que ce livret existe pour régler : **vous cherchiez un incident. Il fallait chercher un changement.**

3 PASSONS LA JOURNÉE DANS LE FILTRE C · B · N

Changé ? Elle n'a pas dormi (elle dort bien d'habitude). Elle n'a pas mangé (elle finit toujours). Elle n'est pas descendue au chant (elle y va tous les mardis depuis deux ans). Elle reste dans le noir.
Quatre changements en une journée.

Besoin de le savoir ? Oui. Parce qu'un seul de ces éléments serait anodin — mais **quatre ensemble dessinent quelque chose**. Et l'équipe de demain n'a aucun moyen de le savoir : elle ne l'a pas vue hier.

Nommable en 5 mots ? Oui : « **Modification du comportement** ». La cible passe-partout, celle du tableau ★★★.

Trois oui. C'était une cible.

4 CE QU'IL FALLAIT ÉCRIRE

Cible : Modification du comportement

D — Mme P. décrit une nuit sans sommeil (« *j'ai tourné toute la nuit* »). A laissé la moitié du déjeuner (« *j'ai pas très faim* »), alors qu'elle finit habituellement ses repas. **N'est pas descendue à l'animation chant**, à laquelle elle participe tous les mardis depuis deux ans. Retrouvée à 18 h 45 assise sur son lit, dans l'obscurité, sans avoir allumé. Reste polie et coopérante. **Aucun de ces éléments n'est habituel chez elle.**

A — Temps d'échange en chambre à 18 h 45, lumière allumée avec son accord. Ne verbalise pas de plainte ni de douleur. **IDE informée à 19 h** des quatre éléments et de leur caractère inhabituel.
 Constantes : T° 36,8 °C, TA 132/74, FC 78 bpm.

R — IDE passée à 19 h 20. Pas de signe clinique aigu retrouvé. **Surveillance rapprochée demandée sur 48 h** (sommeil, prises alimentaires, participation). Point prévu avec la psychologue si les éléments persistent.

5 LA SUITE — ET CE QUE CE CAS PROUVE VRAIMENT

Trois jours plus tard, l'animatrice — qui avait lu au dossier la surveillance rapprochée demandée — prend un temps avec elle. Mme P. lui confie que **sa sœur est décédée la semaine précédente** et qu'elle n'en a parlé à personne.

Un syndrome dépressif du sujet âgé se serait installé. Il aurait été repéré dans trois mois, quand elle aurait perdu six kilos. Il a été repéré en trois jours, parce que quelqu'un a écrit dix lignes au lieu de trois lettres.

Pas un geste technique là-dedans, aucune urgence. Juste un soignant qui a regardé sa journée avec la bonne question.

Compétences démontrées : **Cpt 3** évaluer l'état clinique **Cpt 2** identifier une situation à risque **Cpt 6** relation et communication **Cpt 10** transmettre les données pertinentes

FAIS LE LIEN — « RAS » EST L'ÉCRIT LE PLUS DANGEREUX DU DOSSIER

« RAS » n'est pas une absence d'information. C'est une affirmation.

Vous écrivez, noir sur blanc, que **vous avez regardé et qu'il n'y avait rien**. Ce n'est pas neutre : c'est engageant. Si quelque chose se révèle deux jours plus tard, votre « RAS » ne dira pas « je n'ai pas eu le temps ». Il dira « j'ai vu, et j'ai conclu qu'il n'y avait rien ».

Un dossier avec six « RAS » d'affilée puis une hospitalisation en urgence est **très difficile à défendre**. Non parce que le soignant a mal travaillé — mais parce que **rien ne prouve le contraire**.

QUIZ FLASH · PARTIE 1

Validez avant de passer à la suite

1. Définissez une cible en une phrase.

énoncé concis de ce qui arrive à la personne ou de sa réaction ce qui a changé ce qui a disparu

2. « Toilette effectuée » est-elle une cible ?

Non. acte de soin action car l'infirmière se réalise normalement se trouve dans le diagramme de soins

3. Citez les trois questions du filtre, et leur mnémo.

C B N « Ça Bouge ? Note ! »

4. « Infection urinaire » est-elle une cible ? Et « fièvre » ?

« Infection urinaire » non diagnostic médical « Fièvre » oui symptôme observable

5. M. T. est agité tous les soirs depuis trois semaines. Ce soir, il est calme. Est-ce une cible ?

Oui. ce qui ne change pas ne se transmet pas est « Calme inhabituel »

02

PARTIE 2 · BLOC 5

D · A · R : la mécanique

Trois lettres. Trois questions. Une lettre répond à une question, et à une seule.

D · C · C

Daté, Chiffré, Cité. Sinon ce n'est pas une donnée.

A · A · A

Adapté, Alerté, Assuré. Et l'alerte s'horodate.

Le R

La lettre que personne ne remplit. La cible ouverte s'écrit.

2.1 Trois lettres, trois questions

Vous avez votre cible. La suite est de la mécanique — et la bonne nouvelle, c'est que la mécanique s'apprend en une soirée.

CIBLE — ce qui a changé

D

DONNÉES — Qu'est-ce que j'ai constaté ?

Ce que je vois, ce que j'entends, ce que je mesure. Daté. Chiffré. Cité.

A

ACTIONS — Qu'est-ce que j'ai fait ?

Mes actes, dans mon champ. Et l'alerte : qui, quand, sur quoi.

R

RÉSULTATS — Qu'est-ce que ça a donné ?

La réponse de la personne. Pas ma satisfaction. Souvent différé — mais jamais oublié.

La structure DAR. Une cible en titre, trois lignes dessous. C'est tout.

L'IMAGE MENTALE

Le D, c'est la photo. Le A, ce que vous avez fait. Le R, ce qu'elle est devenue — et c'est celui qu'on oublie.

Si vous ne retenez qu'une chose de cette partie : **chaque lettre répond à une question différente, et une seule.** Dès qu'une lettre répond à la question d'une autre, la transmission se brouille.

2.2 D comme Données — la photo

La règle tient en trois mots. Ils reviendront dans tout le livret.

MÉMO

LE MNÉMO DU D

D · C · C — Daté, Chiffré, Cité.

Daté : quand ? depuis quand ? combien de fois ?

Chiffré : combien ? quelle taille ? quelle valeur ?

Cité : qu'a dit la personne, avec **ses** mots, entre guillemets ?

Une donnée qui n'est ni datée, ni chiffrée, ni citée n'est pas une donnée. **C'est une impression.**

CE QUI ENTRE DANS LE D

Ce que vous voyez

Le fait brut, décrit. « *Ecchymose de 6 cm à la face antérieure de l'avant-bras droit* ». Pas « *un gros bleu* ».

Ce que vous mesurez

Constantes, EVA, quantités, durées. « *EN 6/10* », « *a bu 300 ml sur la journée* », « *debout 4 minutes puis s'assied* ».

Ce que la personne dit

Entre guillemets, avec ses mots. « *Ça me brûle quand je fais pipi* » vaut mieux que « *signale une dysurie* » : c'est **elle** qui parle, donc c'est un fait.

Ce que l'entourage rapporte

En précisant la **source**. « *Sa fille rapporte des céphalées depuis hier* ». Ce n'est pas votre constat : dites-le.

Le contexte qui donne du sens

« *Alors qu'elle finit habituellement ses repas* ». **La comparaison est une donnée**, et c'est souvent la plus précieuse : elle transforme un fait en changement.

Ce que vous n'avez PAS constaté

La donnée négative, sous-utilisée et redoutable. « *Sans traumatisme rapporté ni chute tracée* », « *aucune fausse route constatée* ». **Elle prouve que vous avez cherché.**

LA LIGNE DE PARTAGE : OBJECTIF CONTRE SUBJECTIF

C'est le grand classique des jurys. La réponse attendue n'est pas celle qu'on croit.

LE MALENTENDU À DISSIPER

On vous a appris : « **objectif = bien, subjectif = mal** ». **C'est faux, et c'est une simplification qui appauvrit vos écrits.**

Le subjectif du résident est une donnée objective. Quand Mme B. dit « *j'ai mal* », la douleur est son ressenti — subjectif pour elle — mais **le fait qu'elle le dise est un fait**, et il vous est parfaitement transmissible. La douleur est même, par définition, un phénomène subjectif : c'est pour ça qu'on la **cote** plutôt que de la mesurer.

Ce qui est proscrit, ce n'est pas le subjectif. C'est VOTRE subjectif.

« Se plaint de douleur au genou, EN 6/10 »	OK	Le ressenti est celui du résident, il est coté. Donnée exploitable.
« Dit : “j’en ai marre de vivre” »	OK	Citation littérale. Vous ne l’interprétez pas, vous la rapportez. Et c’est majeur.
« Semble angoissée »	FAIBLE	« Semble » = c’est vous qui le pensez. Décrivez plutôt : « pleure, se tord les mains, demande sa fille 6 fois en une heure ».
« N’est pas dans son assiette »	NON	Impression pure. Ne dit rien à personne. C’est l’écrit le plus fréquent et le plus inutile du dossier.
« Résidente peu coopérante »	NON	Jugement. Et à charge. Elle peut le lire. Écrivez ce qu’elle a fait ou dit, pas ce que vous en concluez.
« Fait un caprice »	NON	Jugement, infantilisation, et zéro information. Faute professionnelle sur un dossier.

LE TEST QUI TRANCHE TOUT

« Un collègue qui n’était pas là peut-il voir la même chose que moi ? »

« Ecchymose de 6 cm » → oui, il la verra. **Donnée.**

« Pas dans son assiette » → non, il ne saura pas quoi regarder. **Impression.**

Ce test s’appelle, dans les textes, la **reproductibilité**. Sur le terrain, appelez-le : « **est-ce que ça se vérifie ?** »

2.3 A comme Actions — le geste

Le A est la lettre où vous existez. C’est aussi celle où deux erreurs se glissent systématiquement.

Erreur n° 1 — écrire les actions de l’IDE

« A. — L’IDE a fait un bilan sanguin. » **Non.** Le A, c’est **vos** actions. Ce que fait l’IDE après votre alerte, c’est le **R** — ou son propre écrit.

Erreur n° 2 — oublier l’alerte

L’alerte **est** une action, et c’est souvent la plus importante que vous ayez faite. Elle s’écrit avec trois éléments : **qui, quand, sur quoi**. « IDE prévenue à 19 h 25 de l’ecchymose et du saignement gingival. »

MÉMO**LE MNÉMO DU A****A · A · A — Adapté, Alerté, Assuré.**

Adapté : ce que j'ai fait différemment (installation, rythme, gestes doux, environnement).

Alerté : qui j'ai prévenu, à quelle heure, et sur quoi exactement.

Assuré : ce que j'ai mis en place pour la suite (surveillance, mesure conservatoire, présence).

Les trois ne sont pas toujours là. **Mais si aucun n'y est, demandez-vous ce que vous avez vraiment fait.**

LA LIGNE QUI VOUS PROTÈGE**Une alerte non horodatée n'est pas une alerte.**

« IDE prévenue » : quand ? Dans la minute, ou trois heures plus tard, à la relève ? La différence est **toute la différence** — en jury comme au tribunal.

« IDE prévenue à 19 h 25 » est une des rares phrases de votre écrit qui vous protège **personnellement**. Prenez l'habitude : c'est six caractères, et c'est votre signature professionnelle.

FAIS LE LIEN — TOME 2, LE CADRE

Le A est l'endroit où votre **champ de compétence** se lit noir sur blanc. Un A qui contient « j'ai écrasé le comprimé » ou « j'ai adapté la dose » vous **dénonce**. Un A qui contient « comprimés non écrasés, forme LP, IDE prévenue à 19 h 25 » vous **qualifie**.

Le D prouve que vous savez voir ; le A, que vous savez où vous arrêter.

2.4 R comme Résultats — la lettre que personne ne remplit

Voici, de loin, le plus gros trou de tous les dossiers de France. Et voici pourquoi.

UN PROBLÈME DE TRADUCTION, VIEUX DE TRENTE ANS

Dans la méthode d'origine américaine, la troisième lettre est **R comme Response** : **la réponse de la personne**.

En français, on l'a traduite par « **Résultats** ». Petit glissement, grosses conséquences : « résultat » fait penser à **ce que j'ai obtenu**, donc à une évaluation de **mon** action. D'où deux réflexes fautifs : soit on écrit « *résultat satisfaisant* » (qui ne dit rien), soit on n'écrit rien du tout parce qu'« *il n'y a pas encore de résultat* ».

Le R n'évalue pas votre soin. Il décrit ce qu'est devenue la personne.

CIBLE OUVERTE, CIBLE FERMÉE

La notion la plus utile de cette partie — et celle qui tombe le plus souvent en jury.

Cible fermée

Le R est renseigné, la situation est réglée. « *A pris un yaourt et une compote à 20 h.* » On n'en parle plus.

Cible ouverte

Le R n'est pas encore connu. **C'est normal et c'est fréquent**. La cible reste ouverte : **l'équipe suivante doit la reprendre**. C'est même tout l'intérêt de la méthode.

QUI CLÔTURE UNE CIBLE, ET QUAND ? LA QUESTION QUE PERSONNE NE VOUS EXPLIQUE

C'est le point qui reste flou pour presque tous les aides-soignants : une cible ouverte, **qui la ferme, et à quel moment ?** Voici la réponse claire.

UNE CIBLE APPARTIENT À L'ÉQUIPE, PAS À CELUI QUI L'A OUVERTE

Ce n'est pas forcément vous qui clôturez ce que vous avez ouvert.

Vous ouvrez une cible le matin (« refus alimentaire »). Ce sera peut-être **votre collègue du soir**, ou **l'équipe du lendemain**, qui la fermera — parce que c'est elle qui constatera que le problème est résolu. **La cible se passe de main en main comme un relais**, jusqu'à ce que quelqu'un puisse écrire son résultat final. C'est exactement pour ça que « l'équipe suivante doit la reprendre ».

LE GESTE, EN UNE PHRASE

Clôturer une cible, ce n'est rien d'autre qu'écrire son dernier R — daté.

Il n'y a pas de bouton magique, pas de rituel : **on ferme une cible en renseignant son résultat définitif**. « *Reprise totale des repas depuis le 16/03, poids stable. Cible clôturée.* » Tant que ce R final n'est pas écrit, la cible **reste ouverte**, et chaque équipe doit continuer à la reprendre.

LA QUESTION	LA RÉPONSE
Quand la fermer ? ★★★	Quand le résultat est définitivement connu : le problème est résolu (la rougeur a disparu, les repas ont repris), ou une décision met fin à la surveillance (le médecin a réévalué, un traitement a été mis en place, l'objectif est atteint). Pas avant — sinon on perd le suivi.
Qui la ferme ? ★★★	Celui qui constate la résolution , quel que soit son poste. Si c'est un problème de votre champ (alimentation, hygiène, mobilité, comportement), vous pouvez la clôturer . Si ça touche le médical (un traitement, un signe clinique, un diagnostic), c'est en général l' IDE qui la ferme, après réévaluation.
En cas de doute ? ★★	On ne ferme pas . On laisse la cible ouverte, on écrit où on en est, et on passe le relais. <u>Une cible fermée trop tôt, c'est une surveillance qui s'arrête alors que le problème continue.</u>

LES DEUX FAUTES SYMÉTRIQUES

Fermer trop tôt : « *refus alimentaire* » clôturé le soir parce qu'elle a mangé une compote — et le lendemain, plus personne ne surveille, alors qu'elle refuse à nouveau. **La surveillance s'est arrêtée trop vite.**

Ne jamais fermer : une cible qui traîne des semaines, reprise machinalement, alors que le problème est réglé depuis longtemps. **Le dossier se pollue, et on ne distingue plus ce qui est actif de ce qui est clos.**

La bonne clôture, c'est un résultat écrit au bon moment — ni un abandon, ni un oubli.

L'ERREUR À NE PLUS JAMAIS FAIRE

Laisser le R vide n'ouvre pas la cible. Ça l'abandonne.

Une ligne R blanche, personne ne sait la lire. Est-ce que ça a été fait et pas noté ? Est-ce que ça reste à faire ? Est-ce que le soignant a été interrompu ?

Une cible ouverte s'écrit. Elle ne se laisse pas en blanc :

- « R — *En attente du passage médical de demain. À réévaluer.* »
- « R — *Sans effet à 21 h. Surveillance poursuivie par l'équipe de nuit.* »
- « R — *Non évaluable à ce jour. Reprise du point le 18/03.* »

Ces trois lignes disent la même chose qu'un blanc — **sauf qu'elles le disent**. Et elles transforment un oubli apparent en **consigne**.

CE QU'ON LIT DANS LES DOSSIERS	CE QU'IL FAUT ÉCRIRE
« RAS » ★★★	Rien. Ce n'est pas un résultat. Si vous n'avez pas de réponse, dites pourquoi et quand on l'aura.
« Résultat satisfaisant » ★★★	Satisfaisant pour qui ? « Douleur cotée à 2/10 à 16 h, contre 6/10 à 14 h. » Voilà un résultat.
« Vu avec l'IDE » ★★	Et alors ? « IDE passée à 19 h 40. Antalgique administré à 19 h 45 sur prescription. »
« Amélioration » ★★	De quoi, de combien ? « A remangé la moitié de son assiette au dîner, contre rien à midi. »
« À suivre » ★	Par qui, quand, sur quoi ? « Surveillance du transit poursuivie par l'équipe de nuit. Point le 18/03. »

MÉMO

LE MNÉMO DU R

Le R répond à : « et alors, qu'est-ce qu'elle est devenue ? »

Pas « est-ce que j'ai bien travaillé ? ». Pas « est-ce que c'est réglé ? ».

« **Qu'est-ce qu'elle est devenue ?** » Si la réponse est « on ne sait pas encore », alors **écrivez « on ne sait pas encore »**, et dites quand on saura.

2.5 Une transmission complète, décortiquée

Voici la même situation, écrite deux fois. Lisez la première, puis cachez-la.

✗ CE QU'ON LIT LE PLUS SOUVENT

MME B., 88 ANS · 14/03 · ÉQUIPE DU SOIR	
C	Douleur
D	Se plaint de douleur. Semble souffrir.
A	Installée confortablement. IDE prévenue.
R	RAS.

✓ LA MÊME SITUATION, ÉCRITE

MME B., 88 ANS · 14/03 · ÉQUIPE DU SOIR	
C	Douleur au mollet gauche
D	Signale à 17 h 30 une douleur au mollet gauche, EN 6/10 , apparue dans la journée. Mollet chaud, tendu, plus volumineux que le droit . Dit : « ça tire, comme une crampe qui part pas ». Aucun choc rapporté . Alitée depuis 5 jours (grippe). T° 37,2 °C, FC 96 bpm.
A	Jambe non massée, non mobilisée . Installée au lit, jambe surélevée. IDE prévenue à 17 h 40 : douleur, chaleur, augmentation de volume unilatérale, contexte d'alitement. Reste au lit dans l'attente.
R	IDE passée à 17 h 50, médecin appelé. Écho-doppler demandé en urgence . Douleur à 4/10 à 20 h après antalgique. Consigne : lever non autorisé jusqu'à l'examen . Cible ouverte , à réévaluer par l'équipe de nuit.

FAIS LE LIEN — LES DEUX SOIGNANTES ONT FAIT LA MÊME CHOSE

C'est ça qui doit vous frapper. **Aucune des deux n'a mal travaillé**. Toutes les deux ont vu la douleur, installé la résidente, prévenu l'IDE.

Mais la première a écrit un texte dont on ne peut **rien** tirer. Et surtout, elle a écrit « **installée confortablement** » là où la seconde a écrit « **jambe non massée, non mobilisée** ».

« Non massée » est peut-être le mot qui compte le plus dans cette transmission.

Devant une suspicion de phlébite, masser peut mobiliser le caillot. La seconde soignante a écrit qu'elle **ne l'a pas fait** — et elle a prouvé, en trois mots, qu'elle savait pourquoi. La première l'a peut-être fait aussi. **Mais rien ne le dit.**

2.6 Les cinq erreurs qui reviennent tout le temps

#	L'ERREUR	LE RÉFLEXE CORRECTEUR
---	----------	-----------------------

1	Le D contient du A ★★★	« D — Je l'ai installée et elle avait mal. » Séparez : le constat d'un côté, votre geste de l'autre. Si votre D commence par « j'ai », c'est un A.
2	Le A contient les actes de l'IDE ★★★	Ce que l'IDE fait après votre alerte est un R . Votre A s'arrête à votre champ — et c'est précisément ce qu'on veut y lire.
3	Le R est vide ou dit « RAS » ★★★	Écrivez la cible ouverte : « en attente de... », « à réévaluer par... », « point le ... ». Un blanc n'est pas une consigne.
4	La cible est un acte de soin ★★	« Cible : <i>toilette</i> ». Retour à la Partie 1 : c'est une action. La cible, c'est ce qui a changé .
5	Tout est écrit, mais rien n'est daté ★★	Une transmission sans heures est une histoire , pas une traçabilité . Datez le constat, datez l'alerte, datez le résultat.

MÉMO

L'AUTO-CONTRÔLE EN DIX SECONDES

Avant de valider, relisez et posez-vous **une seule question par ligne** :

D → « *un collègue verrait-il la même chose ?* »

A → « *tout ça, c'est bien MOI qui l'ai fait ?* »

R → « *qu'est-ce qu'elle est devenue ?* »

Trois questions. Dix secondes. **C'est le meilleur rapport temps/qualité de tout votre métier.**

2.7 Cas concret — la ligne que trois équipes ont laissée vide

CAS CONCRET · EHPAD · QUATRE JOURS, TROIS ÉQUIPES

« Je croyais que quelqu'un avait suivi »

Personne n'a rien fait de mal. La cible était bonne, les données étaient bonnes, l'alerte était faite. Il manquait une ligne — et l'information est morte entre trois relèves.

1

LUNDI SOIR — LA TRANSMISSION EST BONNE

Mme C., 91 ans. L'équipe du soir écrit :

Cible : Absence de selles depuis 3 jours

D — Pas de selle depuis le 09/03. Abdomen souple, pas de plainte douloureuse. Boit peu (environ 400 ml sur la journée). Se dit « *un peu ballonnée* ».

A — Hydratation encouragée. IDE prévenue à 20 h.

R — (vide)

Trois lignes sur quatre sont correctes. La cible est juste, les données sont datées et citées, l'alerte est horodatée. Cette soignante a bien travaillé.

2

MARDI, MERCREDI — LE SILENCE

Mardi — l'équipe du matin lit la transmission. Le R est vide. Elle en déduit que l'IDE a géré — sinon, il y aurait quelque chose d'écrit. Elle passe.

Mardi soir — nouvelle équipe. Elle voit la transmission de lundi, R vide, et une journée entière sans rien. Elle en déduit que c'est réglé. Elle passe.

Mercredi — plus personne ne regarde une transmission vieille de deux jours.

Chaque équipe a fait la seule lecture possible d'une ligne vide : « quelqu'un d'autre s'en est occupé ».

3

JEUDI — LE FÉCALOME

Mme C. présente des **diarrhées**. Une aide-soignante, à raison, s'inquiète : chez une personne âgée constipée, une diarrhée soudaine est un signal — c'est souvent un **écoulement autour d'un fécalome**, pas une vraie diarrhée.

Bilan : **six jours sans selles**, occlusion débutante, hospitalisation évitée de justesse.

Reprenons le dossier : aucune faute individuelle. La cible était identifiée **dès le lundi**. L'IDE avait été prévenue **dès le lundi**. Quatre soignantes ont fait leur travail.

Et pourtant l'information est morte. Parce qu'une ligne était blanche.

4
LA LIGNE QUI AURAIT TOUT CHANGÉ

Il ne fallait rien de plus. Une seule ligne, lundi soir :

R — IDE prévenue à 20 h, pas de passage ce soir. **Cible ouverte.** À réévaluer par l'équipe de demain : présence de selles, ballonnement, appétit. **Si toujours rien le 13/03 au soir, redemander un avis IDE.**

Lisez ce que cette ligne fait : elle dit ce qui s'est passé (rien), elle dit pourquoi (pas de passage), elle nomme l'état (cible ouverte), elle dit **à qui** revient la suite, elle dit **quoi** regarder, et elle pose une échéance.

Mardi matin, l'équipe n'aurait pas eu à deviner. Elle aurait eu une consigne.

5
CE QUE CE CAS DIT DU R

On présente souvent le R comme la conclusion : ce qu'on écrit quand c'est fini. **C'est l'inverse.**

Le R n'est pas la fin de votre transmission. C'est le début de celle du collègue.

Un R vide, ce n'est pas « pas encore de résultat ». Pour celui qui lit, c'est **un message** — et le message qu'il reçoit, c'est « circulez ».

Vous n'avez pas le pouvoir de ne pas communiquer. Une ligne blanche communique aussi. Elle communique juste le contraire de ce que vous vouliez.

Compétences démontrées (par la version corrigée) : **Cpt 10** assurer la continuité et la traçabilité **Cpt 2** identifier une situation à risque **Cpt 11** coopérer en équipe pluriprofessionnelle

MÉMO
À FAIRE DÈS VOTRE PROCHAINE GARDE

Ouvrez le dossier de trois de vos résidents. **Comptez les lignes R vides.**

Vous allez être surpris — et vous venez de trouver, en cinq minutes, le sujet d'une situation de travail pour votre livret 2 : « *j'ai constaté que les cibles restaient ouvertes sans consigne de reprise, j'en ai parlé en réunion d'équipe, nous avons convenu de...* ». **C'est de la compétence 11 à l'état pur.**

QUIZ FLASH · PARTIE 2

Validez avant de passer à la suite

03

PARTIE 3 · L'ATELIER

Écrire ce qu'on voit

Décrivez, ne concluez pas. Toute cette partie n'est que l'application de cette règle — verbes, chiffres, citations, et 120 formulations prêtes.

Les verbes

Ceux qui prouvent, et ceux qui vous trahissent.

120 formulations

Au lieu de... → Écrivez...
Par situation. À copier.

Les mots qui coûtent

La liste noire. Chacun peut être lu par la personne qu'il décrit.

3.1 La règle unique de cette partie

Décrivez. Ne concluez pas.

Votre travail s'arrête à la description. La conclusion appartient à l'IDE et au médecin — et c'est une chance : **en ne concluant pas, vous ne pouvez pas vous tromper.**

« Elle est déprimée » est une conclusion. Vous pouvez avoir tort, et vous sortez de votre rôle.

« Ne descend plus depuis 5 jours, pleure au lever, dit "je sers à rien" » est une description. **Vous ne pouvez pas avoir tort** — et l'équipe conclura toute seule.

Toute cette partie n'est que l'application de cette règle. Elle vous donne les **verbes**, les **chiffres**, les **citations** — et une banque de formulations que vous pouvez copier telles quelles.

3.2 Les verbes qui prouvent

Un écrit professionnel se reconnaît à ses verbes avant tout le reste. Changez vos verbes, et tout votre écrit change de niveau.

VERBE À ÉVITER	POURQUOI	À LA PLACE
Sembler ★★★	<i>C'est vous qui pensez</i>	Décrire ce qui vous fait penser ça. « Semble angoissée » → « pleure, se tord les mains, appelle sa fille 6 fois en une heure ».
Paraître ★★★	<i>Idem</i>	Même remède. Si vous écrivez « paraît », c'est que vous n'avez pas encore décrit.
Bien / mal aller ★★★	<i>Vide</i>	« Va mal » ne dit rien. Qu'est-ce qui a changé ?
Refuser (seul) ★★	<i>Incomplet</i>	Refuser quoi , et qu'a-t-il dit ? « Refuse la toilette. Dit : "laissez-moi tranquille aujourd'hui". »
Être agressif ★★★	<i>Jugement</i>	Décrire l'acte. « A repoussé ma main », « a crié : "sortez !" », « a lancé son verre ». Les faits parlent.
Se plaindre (seul) ★	<i>Incomplet</i>	« Se plaint » est correct et neutre — mais complétez toujours : de quoi, où, combien ? « Se plaint d'une douleur au genou, EN 6/10 ».
Faire semblant ★	<i>Procès d'intention</i>	Vous n'êtes pas dans sa tête. Décrivez, point.

MÉMO
LES VERBES DU PROFESSIONNEL — APPRENEZ-LES PAR CŒUR

Pour ce que vous constatez : constater · observer · relever · noter · mesurer · retrouver

Pour ce qu'il dit : signaler · exprimer · verbaliser · décrire · rapporter · dire (« *et citez* »)

Pour ce que vous faites : proposer · adapter · installer · accompagner · surveiller · maintenir

Pour l'alerte : informer · alerter · transmettre · solliciter · rendre compte

Pour ce que vous ne faites pas : ne pas administrer · ne pas mobiliser · ne pas insister · s'abstenir de

Cette dernière ligne est celle que personne n'utilise, et c'est la plus forte.

3.3 Un écrit qui reste — le registre professionnel

Une transmission n'est pas de l'oral couché sur le papier. C'est un **écrit qui reste** — des années, parfois — et que d'autres liront sans vous avoir à côté pour expliquer. D'où une exigence simple : **on écrit en langage professionnel, jamais en langage familier.**

DEUX FAUTES QUI SE RESSEMBLENT

Le langage familier trahit. L'à-peu-près laisse la porte ouverte à toutes les interprétations.

« Elle a gueulé », « il a fait pipi partout », « mamie était patraque » : c'est de l'oral, et ça n'a rien à faire dans un dossier. Non par politesse — parce que **ce n'est ni précis, ni professionnel, ni vérifiable.**

Et l'exemple qui résume tout : « **Mme X n'est pas dans son assiette** ». Ce n'est pas une transmission de qualité. C'est un **jugement** déguisé en observation, une **approximation** sans aucune donnée, une phrase qui laisse chaque lecteur **interpréter** ce qu'il veut. Fatiguée ? Douleur ? Triste ? Fébrile ? Personne ne peut le savoir — donc personne ne peut agir.

LANGAGE FAMILIER / ORAL	ÉCRIT PROFESSIONNEL ET PRÉCIS
« Pas dans son assiette » ★★★	Ce que vous avez constaté : « a laissé la moitié de son déjeuner, teint pâle, dit se sentir "sans énergie", T° 37,9 °C ». Un fait à la place d'une impression.
« Elle a gueulé / crié après moi » ★★★	« A élevé la voix et dit "laissez-moi tranquille" au moment de la toilette. » Le fait , pas le registre de la cour de récré.
« Il a fait pipi / caca partout » ★★	« Miction / selles hors des toilettes, à deux reprises cette nuit. » Miction, selles : les mots existent, utilisez-les.
« Mamie / papy / la petite dame » ★★	Son nom . « Mme R. » Jamais un surnom, jamais un diminutif : le dossier nomme une personne, pas un rôle.

« Patraque / pas en forme » ★★

Les **signes** observés, datés et chiffrés. « Pas en forme » ne dit rien à celui qui n'était pas là.

« Nickel / RAS / tout va bien » ★

Si rien n'a changé, le diagramme suffit. Si quelque chose a changé, **décrivez-le**. « Nickel » n'est pas une donnée.

MÉMO

TROIS EXIGENCES AVANT DE VALIDER UNE LIGNE

- 1. Le vocabulaire** — un terme professionnel plutôt qu'un mot de tous les jours : *miction, selles, dyspnée, agitation, ecchymose*. Le Tome 1 vous les a donnés.
- 2. La tournure** — une phrase construite, pas une note télégraphique ambiguë. Sujet, fait, contexte.
- 3. L'orthographe** — un écrit fautif fait douter de tout le reste. Dans le doute, un mot simple bien écrit vaut mieux qu'un mot savant mal orthographié.

Vous n'écrivez pas pour vous relire ce soir. Vous écrivez pour quelqu'un qui vous lira dans six mois, sans pouvoir vous demander ce que vous vouliez dire.

3.4 Chiffrer — la banque des mesures

Un chiffre vaut dix adjectifs. Voici tout ce que vous pouvez chiffrer sans sortir de votre rôle.

CE QUE VOUS VOULEZ DIRE	CE QUE VOUS MESUREZ
« Il a mal » ★★★	EN ou EVA sur 10. Ou Algoplus / Doloplus si non communicant. Précisez l'échelle utilisée : « EN 6/10 », « Algoplus 3/5 ».
« Elle ne mange plus » ★★★	Fractions et répétitions. « A pris 1/4 du plat, 2 ^e repas consécutif ». Et le poids si vous l'avez.
« Elle boit peu » ★★★	Millilitres. « Environ 400 ml sur la journée ». Estimé, mais chiffré — c'est mille fois mieux que « peu ».
« Il est fatigué » ★★★	Ce qu'il ne fait plus. « Ne tient debout que 2 minutes contre 10 la semaine dernière ». La fatigue se mesure en actes perdus.
« Un gros bleu » ★★★	Centimètres + localisation + couleur. « Ecchymose violacée de 6 cm, face antérieure avant-bras droit ».
« Il est essoufflé » ★★	FR + SpO2 + le déclencheur. « FR 26/min, SpO2 91 % en AA, apparu après 5 m de marche ».
« Il dort mal » ★★	Réveils comptés, heures. « Retrouvé debout à 2 h, 3 h 30 et 5 h ».
« Il est constipé » ★★	Jours. « Absence de selles depuis le 09/03, soit 3 jours ». Bristol si votre service l'utilise.

« Il déambule » ★★

Durée et fréquence. « Déambulation continue de 18 h à 20 h, 4^e soir consécutif ».

« Sa plaie est moche » ★

Taille, stade, aspect, exsudat. Le stade relève de l'IDE : décrivez, ne stadifiez pas.

FAIS LE LIEN — POURQUOI LE CHIFFRE EST VOTRE MEILLEUR ALLIÉ

Un chiffre n'a pas d'opinion.

Quand vous écrivez « a bu 400 ml », personne ne peut vous dire « c'est votre interprétation ». Le chiffre vous sort du débat.

Et il fait deux choses de plus : il permet la **comparaison** (400 ml aujourd'hui, 1 200 ml la semaine dernière — voilà l'information), et il prouve **que vous avez regardé**. On n'écrit pas « 400 ml » par hasard.

3.5 Citer — la parole du résident

La citation est l'outil le plus sous-utilisé du dossier. Elle est pourtant gratuite, instantanée, et incontestable.

Pourquoi ça marche

Une citation, c'est un **fait** : elle a été prononcée. Vous ne l'interprétez pas, vous la rapportez. **Elle vous met à l'abri** tout en transmettant infiniment plus qu'un résumé.

Comment on écrit

Entre **guillemets**, avec **ses** mots, sans corriger sa grammaire, précédée d'un verbe neutre. « **Dit** : « ... » » — jamais « *elle prétend que* ».

LE RÉSUMÉ (FAIBLE)

LA CITATION (FORTE)

« Exprime des idées noires » ★★★

Dit : « *de toute façon j'attends que ça se termine* ». **Le mot exact compte.** « Idées noires » est une catégorie ; sa phrase est une personne.

« Refuse la toilette » ★★★

Dit : « *pas aujourd'hui, j'ai trop mal au dos* ». La citation vient de transformer un refus en douleur.

« Se plaint de brûlures » ★★

Dit : « *ça me brûle quand je fais pipi, depuis avant-hier* ». Vous venez de gagner un symptôme **et** une date.

« Confuse » ★★

M'appelle « *Jeanine* » (prénom de sa fille) à trois reprises. Demande « *quand est-ce que le car passe ?* ». **La confusion se montre, elle ne se déclare pas.**

« Angoissée par sa sortie » ★

Dit : « *chez moi il y a l'escalier, j'y arriverai jamais* ». Voilà un problème concret que l'équipe peut traiter.

LA LIMITE À NE PAS FRANCHIR

Citer **oui**. Rapporter des **confidences sans lien avec le soin, non**.

Si une résidente vous raconte une brouille avec son fils, cela n'a rien à faire dans le dossier — **sauf** si ça éclaire sa prise en soin (son refus alimentaire commence le jour de la brouille, par exemple). **Le critère n'est pas « c'est vrai ».** C'est « **est-ce strictement nécessaire à la continuité des soins ?** »

Ce n'est pas un scrupule : c'est l'**article R. 1110-1 du code de la santé publique**, qui limite le partage aux « *seules informations strictement nécessaires* » et au « *périmètre de leurs missions* ». Voir Partie 5.

3.6 La banque de formulations

Voici le cœur de ce livret. À gauche : ce qu'on lit dans les dossiers. À droite : **ce que vous pouvez copier ce soir**.

MÉMO

MODE D'EMPLOI

Ne lisez pas cette section d'une traite — vous n'en retiendrez rien. **Cornez la page**. Le soir où vous butez sur une formulation, ouvrez-la, cherchez votre situation, copiez, adaptez.

Au bout de trois semaines, vous écrirez ces phrases sans le livret. **C'est comme ça qu'on apprend une langue : en s'en servant, pas en l'étudiant.**

★★★ Douleur

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« Douleurs »	Signale une douleur au mollet gauche, EN 6/10 , apparue dans la journée.
« A mal partout »	Décrit des douleurs diffuses , sans localisation précise, cotées 7/10 . Dit : « <i>j'ai mal de partout aujourd'hui</i> ».
« Souffre »	Non communicante . Grimace à la mobilisation du bras droit, gémit au retournement. Algoplus 3/5 .
« Douleur au pansement »	Douleur à la réfection du pansement , cotée 8/10 pendant le soin, 2/10 au repos.
« Antalgique donné »	IDE prévenue à 14 h 10 . Antalgique administré par l'IDE à 14 h 20 sur prescription. EN à 4/10 à 15 h .

« Ça va mieux »

Douleur cotée **2/10 à 16 h**, contre **6/10 à 14 h**. A pu se lever au fauteuil.

« Douleur chronique »

Douleur **habituelle** du genou droit, cotée **3/10** comme les jours précédents. **Pas de modification.**

« Refuse de bouger à cause de la douleur »

Refuse le lever. Dit : « *ça me lance trop quand je pose le pied* ». **EN 7/10 à l'appui**, 3/10 au repos.

« Douleur la nuit »

Réveillé à 2 h par une douleur lombaire, **EN 7/10**. Ne s'est pas rendormi avant 4 h. **Première nuit de ce type.**

« Grimace »

Non communicante. Grimace et gémit à chaque retournement, **se calme au repos. Algoplus 4/5** à la mobilisation, **1/5** au repos. L'écart entre les deux est l'information.

« Il ne dit rien, donc il n'a pas mal »

— **DANGEREUX** L'absence de plainte n'est pas l'absence de douleur, surtout chez une personne **non communicante**. C'est exactement pour ça que les échelles d'**hétéro-évaluation** existent. **Utilisez-les.**

« Douleur au change »

Douleur **à la mobilisation lors du change**, EN 6/10. Change effectué **à deux**, gestes lents, temps de pause. **IDE informée à 10 h : la question d'un antalgique avant le soin se pose.** Vous ne prescrivez pas — vous signalez le besoin.

« Il a mal quand on le touche »

Allodynie : douleur déclenchée par le simple contact du drap sur la jambe droite. Dit : « *même le drap ça me brûle* ».

★★★

Refus de soin

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« Refuse la toilette »	Refuse la toilette ce matin. Dit : « <i>pas aujourd'hui, j'ai trop mal au dos</i> ». Refus respecté , toilette du visage et des mains acceptée. Nouvelle proposition en fin de matinée.
« Refuse tout »	Refuse le lever, la toilette et le petit-déjeuner. 3^e refus consécutif ce matin. Ne verbalise pas de raison. Inhabituel chez elle.
« Ne veut pas prendre ses médicaments »	Refuse l' aide à la prise du traitement de 8 h. Dit : « <i>ça me fait mal au ventre</i> ». Traitement non pris, non laissé en chambre. IDE informée à 8 h 15.

« Récalcitrante »

Repousse ma main au moment du gant de toilette, à deux reprises. Dit : « arrêtez ». **Soin interrompu.**

« On l'a forcée un peu »

— **JAMAIS** Cette phrase décrit une **atteinte au consentement**. Si le soin a eu lieu malgré un refus, c'est un **événement** à signaler à l'IDE, pas une ligne de dossier.

« A fini par accepter »

Soin **reporté** à 11 h à sa demande. **Accepté et réalisé** à 11 h dans le calme. **Le report a suffi.**

« Refuse de se lever »

Refuse le lever au fauteuil. Dit : « *j'ai plus la force aujourd'hui* ». **2^e jour consécutif. Refus respecté**, mobilisation au lit assurée, nouvelle proposition l'après-midi : acceptée.

« Refuse l'animation »

N'est pas descendu à l'atelier mémoire, **auquel il participe tous les jeudis depuis un an**. Dit : « *pas envie* », sans autre explication. **Inhabituel.**

« Refuse qu'on la lave »

Accepte la toilette **du visage et des mains**, refuse celle du siège. Dit : « *ça me gêne* ». **Toilette partielle réalisée**, proposition d'une **collègue du même sexe** pour demain, acceptée.

« Elle est d'accord »

Consentement recherché et obtenu : soin expliqué avant chaque étape, accord verbal donné.
Écrire qu'on a demandé vaut autant qu'écrire ce qu'on a fait.

*** Alimentation et hydratation

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« Ne mange pas »	A pris 1/4 du plat principal et le dessert. 2^e repas consécutif entamé partiellement.
« A bien mangé »	Repas terminé en totalité , sans aide. À noter : première fois depuis 4 jours.
« Boit peu »	Boissons estimées à environ 400 ml sur la journée (habituellement ~1 200 ml). Hydratation encouragée à chaque passage.
« Fausse route »	Toux à la déglutition à trois reprises pendant le repas, sur les liquides. Voix mouillée après. Repas interrompu, IDE prévenue à 12 h 40.
« A maigri »	Poids du 12/03 : 52,4 kg , contre 55,1 kg au 12/02. Soit -2,7 kg en un mois.
« Mange lentement »	Repas de midi pris en 55 minutes , avec stimulation verbale. S'interrompt fréquemment.

« On l'a aidée à manger »	Aide partielle apportée au repas : plat coupé, verre présenté, stimulation verbale. Reste actrice du geste.
« Elle a des goûts difficiles »	N'a pas consommé le plat de poisson. Dit : « <i>je n'ai jamais aimé ça</i> ». Substitution proposée et acceptée.
« Ne boit pas ses compléments »	Compléments nutritionnels oraux non consommés : 1 sur 2 laissé entamé. Dit : « <i>c'est trop sucré, ça m'écœure</i> ». Signalé à l'IDE : la question d'un autre parfum se pose.
« Texture modifiée »	Repas en texture mixée, eau gélifiée . Consommé en totalité. Aucune toux constatée. Installé assis à 90° , maintenu 30 minutes après le repas.
« N'a pas soif »	Ne réclame jamais à boire. Chez la personne âgée, la sensation de soif diminue : l'absence de demande ne signifie pas l'absence de besoin. Boissons proposées à chaque passage : environ 700 ml consommés.
« Il mange avec les doigts »	Utilise les mains plutôt que les couverts. Repas « manger-mains » proposé : consommé en totalité, en autonomie. <u>Ce n'est pas une régression. C'est une adaptation qui préserve l'autonomie.</u>

*** Chute et mobilité

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« A chuté »	Retrouvée au sol dans sa chambre à 15 h 20, en décubitus latéral droit , consciente, orientée. Chute non constatée — elle dit : « <i>j'ai voulu attraper ma canne</i> ».
« Chute sans gravité »	Pas de plaie ni de déformation visible. Se plaint d'une douleur à la hanche droite, EN 4/10. Non relevée avant évaluation. IDE appelée immédiatement à 15 h 22.
« Il est tombé tout seul »	Chute sans témoin . Contexte : tapis de bain non antidérapant, chaussons ouverts, lever nocturne pour aller aux toilettes.
« Il tient plus debout »	Tient debout 2 minutes avec appui, contre 10 minutes la semaine dernière. Se rassied spontanément.
« Vertiges »	Décrit un étourdissement au lever . Dit : « <i>ça tourne quand je me mets debout</i> ». TA couché 132/78, TA debout 98/60. Lever accompagné, en deux temps.
« Marche mal »	Marche à petits pas , appui hésitant, se tient au mobilier. Modification par rapport à la semaine dernière.

« On l'a relevé »

— **ATTENTION** Relever avant évaluation peut aggraver une fracture. Écrivez ce que vous avez fait : « **Maintenue au sol, couverte, rassurée. IDE appelée. Relevée à 15 h 35 après évaluation IDE, avec 2 soignants.** »

« Il glisse du fauteuil »

Retrouvé **glissé au sol depuis son fauteuil**, à trois reprises entre 14 h et 17 h. **Installation revue** (assise reculée, cale-pieds réglés). **Signalé à l'IDE et au kiné.**

« Chute évitée »

Perte d'équilibre au lever, rattrapé par mes soins. **Pas de chute.** À transmettre quand même : c'est un signe d'alerte, pas un non-événement.

« Il a peur de tomber »

Appréhension à la marche : se cramponne, ralentit, demande à s'asseoir après 3 m. Dit : « *j'ai peur de retomber* ». **Depuis sa chute du 08/03.**

*** **Comportement et cognition**

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« Agressif »	A repoussé ma main et crié « sortez » au moment de la toilette. Soin interrompu, reproposé 30 min plus tard, accepté.
« Agité »	Déambulation continue de 18 h à 20 h. Ouvre les portes des autres chambres. Ne répond pas aux propositions. 4^e soir consécutif.
« Confus »	Me nomme « <i>Jeanine</i> » (prénom de sa fille), demande « <i>quand passe le car ?</i> ». Désorienté dans le temps et envers les personnes. Nouveau depuis ce matin.
« Fait un caprice »	— JAMAIS Jugement et infantilisation. Décrivez le fait, sans commentaire.
« Demente »	— JAMAIS C'est un diagnostic , et employé comme ça, c'est une insulte. Écrivez les troubles observés.
« Déprimée »	Ne descend plus aux repas depuis 5 jours (y allait tous les jours). Pleure au lever. Dit : « <i>je sers plus à rien</i> ». Refuse les animations.
« Manipule »	— JAMAIS Procès d'intention. Décrivez ce qui est demandé, à qui, combien de fois.
« Sonne tout le temps »	A sonné 11 fois entre 14 h et 17 h. Motifs exprimés : repositionnement (×4), soif (×3), « pour voir quelqu'un » (×4). <u>La dernière ligne est l'information.</u>

« Calme » (chez un résident habituellement agité)	Calme inhabituel. Reste au fauteuil toute la soirée, sans déambulation, contre 2 h les soirs précédents. À surveiller.
« Il dit n'importe quoi »	Propos incohérents : évoque son travail à l'usine au présent, cherche sa mère. Cohérent hier.
« Il ne veut voir personne »	Reste en chambre, rideaux fermés. A refusé les visites de sa fille à deux reprises. Dit : « <i>je veux qu'on me laisse</i> ». 4^e jour.
« Il a des hallucinations »	— PRUDENCE C'est une interprétation. Décrivez : « <i>parle à quelqu'un que je ne vois pas, désigne un coin de la chambre, dit : "il est là, dites-lui de partir"</i> ». Nouveau depuis ce matin.
« Il est désinhibé »	— PRUDENCE Décrivez le comportement, sans jugement moral : « <i>se dévêt dans le couloir à deux reprises. Se laisse rhabiller sans opposition.</i> » Aucun commentaire n'est nécessaire.

★★ Peau et plaies

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« Rougeur »	Rougeur au sacrum, environ 4 cm, ne blanchissant pas à la pression. Absente hier.
« Un bleu »	Ecchymose violacée de 6 cm, face antérieure de l'avant-bras droit. Sans traumatisme rapporté ni chute tracée. Sous apixaban.
« Escarre stade 2 »	— PRUDENCE La stadification relève de l'IDE. Décrivez : « perte de substance superficielle d'environ 2 cm, fond rosé, sans nécrose ». Laissez l'IDE stadifier.
« Peau fragile »	Peau sèche et fine aux avant-bras, desquamation aux jambes. Émollient appliqué.
« Pansement fait »	— Ce n'est pas une transmission ciblée : c'est un acte planifié , il va au diagramme de soins . Sauf si quelque chose a changé.
« Ça sent mauvais »	Plaie malodorante , exsudat abondant , ayant traversé le pansement. IDE prévenue à 10 h.
« Se gratte »	Prurit des avant-bras et du dos. Lésions de grattage visibles. Dit : « <i>ça me démange depuis trois jours</i> ». Traitement modifié la semaine dernière ? — à vérifier avec l'IDE.

« **Rougeur au talon** » **Rougeur du talon droit**, environ 3 cm, **blanchissant à la pression**. **Talon décollé du plan du lit**, coussin de décharge mis en place. **IDE informée à 9 h**.
 « **Blanchissant** » ou « **ne blanchissant pas** » : c'est toute la différence.

« **Elle a une déchirure** » **Dermabrasion** de l'avant-bras gauche, environ 3 cm, survenue lors du transfert. **Peau très fine**. **IDE prévenue immédiatement à 8 h 40**. **Événement indésirable également signalé**.

« **Macération** » Peau **macérée et rouge** au niveau du pli inguinal. **Séchage soigneux**, protection changée plus fréquemment. **Signalé à l'IDE**.

★★ Respiration

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« Essoufflé »	Dyspnée d'effort : apparue après 5 mètres de marche. FR 26/min , SpO2 91 % en air ambiant . Récupère assis en 2 minutes.
« Respire mal la nuit »	Orthopnée : dort avec 3 oreillers depuis 3 nuits, contre 1 habituellement. Dit : « <i>je peux plus m'allonger</i> ».
« Encombré »	Toux grasse , expectorations épaisses et jaunes . Râles audibles à distance . Installé en position demi-assise .
« Bleu »	Cyanose des lèvres et des extrémités . SpO2 88 % . IDE appelée immédiatement à 16 h 05 .
« A du mal à respirer »	Utilise ses muscles du cou pour respirer, parle par mots isolés , ne finit pas ses phrases. Signes de détresse — IDE appelée sans délai .
« Il fait des pauses »	Pauses respiratoires observées pendant le sommeil, d'environ 10 secondes, à plusieurs reprises. IDE prévenue à 23 h 15 .
« Sous oxygène »	Oxygénothérapie en cours selon prescription . Lunettes bien positionnées, pas de rougeur aux points d'appui (narines, oreilles). SpO2 94 % . Le débit ne se modifie jamais de votre initiative .
« Il tousse »	Toux sèche , quinteuse, depuis 3 semaines. Traitement antihypertenseur introduit le 20/02 . La date est là pour que quelqu'un fasse le lien . Ce n'est pas à vous de le faire .

★★ Élimination

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« Constipé »	Absence de selles depuis le 09/03, soit 3 jours . Abdomen souple. Dit se sentir « <i>un peu ballonnée</i> ». Boissons faibles (~400 ml/j).

« Diarrhée »

3 selles liquides entre 8 h et 12 h. Contexte : constipation les 5 jours précédents — **signalé à l'IDE** (risque de fausse diarrhée sur fécalome).

« Urines sales »

Urines **troubles** et **malodorantes**. Dit : « *ça me brûle quand je fais pipi* ». T° **38,1 °C**.

« Incontinent »

Incontinence urinaire nouvelle : 2 épisodes cette nuit, chez une personne **habituellement continente**. Le mot « nouvelle » est toute l'information.

« N'urine pas »

Pas de miction constatée depuis 8 h ce matin (soit 9 h). Décrit une **envie sans résultat**. Abdomen tendu au niveau sus-pubien. **IDE prévenue à 17 h : demande d'évaluation.**

« Protection changée »

— **Diagramme de soins**. Sauf si le contenu constitue l'information (selles, sang, quantité inhabituelle).

« Sang dans les urines »

Hématurie : urines rosées dans le bocal à 10 h. **Aucun épisode antérieur tracé**. Sous anticoagulant. **IDE appelée immédiatement.**

« Selles noires »

Selles **noires et malodorantes** (aspect goudron). **IDE prévenue sans délai à 7 h 30**. Sous anticoagulant ou anti-inflammatoire, c'est une urgence.

« Sonde »

Sonde urinaire en place. Urines claires, **environ 900 ml sur 24 h**. **Sac maintenu sous le niveau de la vessie**, non posé au sol. Méat propre. **Pas de fuite.**

★★ **Alerte, coopération, entourage**

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« IDE prévenue »	IDE prévenue à 19 h 25 : ecchymoses sans traumatisme, saignement gingival, pâleur. Qui, quand, sur quoi.
« J'ai dit à l'infirmière »	IDE informée à 9 h 30. Demande d'évaluation de la déglutition. <u>Une alerte contient une demande, pas seulement une information.</u>
« Personne n'est venu »	IDE sollicitée à 19 h, non disponible (urgence sur un autre résident). Information réitérée à 19 h 40, transmise en main propre. Surveillance maintenue dans l'intervalle.
« Vu avec le médecin »	Médecin coordonnateur informé le 22/10 par l'IDE de la chronologie complète. Réévaluation du traitement demandée.
« La famille râle »	Difficulté relationnelle avec l'entourage . Sa fille exprime son inquiétude sur la perte de poids et demande à voir le médecin. <u>Retenez cette formulation : elle trace le fait sans juger personne.</u>

« La fille a apporté des médicaments »

Sa fille remet une boîte d'**Effergal 1 g**, achetée sans ordonnance. **Non administré, non laissé en chambre.**
Remise à l'IDE à 15 h 10.

« La famille ne vient jamais »

— **JAMAIS** Jugement, et sans lien avec le soin. **Si l'isolement affecte le résident**, écrivez le résident : « dit : "personne ne vient me voir", pleure après les visites des autres ».

« On était que deux »

— **PAS ICI** Un manque d'effectif est réel et doit remonter — mais par le **signalement d'événement indésirable** ou la fiche de poste, **pas dans le dossier du résident**. Ce dossier lui appartient.

« Le fils veut voir le dossier »

Son fils demande à consulter le dossier de sa mère. **Demande transmise à la direction le 14/03**, seule compétente pour instruire une demande d'accès. **Aucune information communiquée par mes soins.**

« La famille veut savoir »

Sa fille, **personne de confiance désignée**, demande des nouvelles de l'état de sa mère. **Orientée vers l'IDE** pour les éléments cliniques. Information donnée sur le déroulement de la journée (repas, participation, humeur).

« J'ai transmis à l'oral »

— **INSUFFISANT** L'oral ne trace rien. Écrivez : « **Information transmise à l'IDE à 19 h 25 et reportée au dossier ce jour.** »
L'oral s'évapore à la relève ; seul l'écrit fait trace.

★ **Fin de vie**

AU LIEU DE	ÉCRIREZ
« Fin de vie »	Reste en décubitus latéral , yeux fermés, ne répond plus à l'appel mais réagit au toucher par une pression de la main.
« Rôle »	Encombrement bronchique , respiration bruyante. Installé en position latérale , soins de bouche toutes les 2 h. Visage détendu, pas de grimace.
« La famille craque »	Son fils reste au chevet depuis 6 h. Dit : « <i>je sais pas quoi faire</i> ». Café proposé, fauteuil installé. Psychologue informée.
« Il souffre »	Algoplus 4/5 : crispation du visage, gémissements à la mobilisation. IDE prévenue à 3 h 10. Mobilisations regroupées et espacées.
« On l'a laissé tranquille »	Soins regroupés pour limiter les mobilisations, à la demande de l'équipe. Présence maintenue. Musique douce à sa demande exprimée hier.

« Il ne comprend plus rien » — **JAMAIS** L'audition et le toucher persistent. **Écrivez ce que vous faites : « soins expliqués avant chaque geste, présence annoncée en entrant ».**

« Il est parti » **Décès constaté par l'IDE le 14/03 à 4 h 20. Famille prévenue par l'IDE à 4 h 35. Toilette mortuaire réalisée à deux, dans le respect des souhaits exprimés au projet personnalisé.**

★★★ Sommeil et rythme

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« A mal dormi »	Retrouvé debout dans le couloir à 2 h, 3 h 30 et 5 h . Dit : « <i>je trouve pas le sommeil</i> ». Reconduit en chambre à chaque fois, sans opposition.
« Dort toute la journée »	Somnolence diurne : endormi au fauteuil sur la majorité de l'après-midi, difficilement réveillable pour le goûter. Nouveau depuis 3 jours . <u>Traitement modifié le 09/03 — chronologie signalée à l'IDE.</u>
« Inversion jour/nuit »	Éveillé et actif de 23 h à 4 h, endormi de 9 h à 15 h. 5^e jour . Exposition à la lumière proposée le matin, sieste écourtée.
« Il a fait un cauchemar »	Réveillé en criant à 3 h. Dit : « <i>ils étaient dans la chambre</i> ». Reste angoissé 20 minutes . Présence maintenue, veilleuse allumée. Rendormi à 3 h 30.
« Dort bien maintenant »	Nuit complète sans réveil , pour la première fois depuis 6 nuits. <u>Le retour à la normale est une information — écrivez-le, ça ferme la cible.</u>

★★ Toilette, autonomie, dignité

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« Toilette faite »	— Diagramme de soins . Une croix. Sauf si quelque chose a changé — et alors c'est le changement qui est la cible , pas la toilette.
« Toilette complète au lit »	Toilette au lit, en deux temps avec pause. Participe au lavage du visage et du torse — geste conservé. Fatigue exprimée en fin de soin.
« Elle ne fait plus rien »	Perte d'autonomie : ne se lave plus le visage seule, alors qu'elle le faisait la semaine dernière . Modification récente.
« Je l'ai lavée »	— FAIBLE « Je l'ai lavée » dit qu'elle est un objet. « J'ai accompagné Mme R. à sa toilette » dit qu'elle est une personne. <u>Le jury entend cette nuance. Le résident aussi.</u>
« Elle est sale »	— JAMAIS Décrivez le fait et sa cause probable : « <i>refuse la toilette depuis 3 jours ; odeur signalée par sa voisine de table</i> ». C'est un problème de soin, pas un défaut de la personne.

« Il s'habille n'importe comment » Enfile deux pulls superposés et met ses chaussures à l'envers. **Aide proposée, refusée. Sorti habillé selon son choix.** Le droit de s'habiller comme on veut ne s'éteint pas à l'entrée en EHPAD.

« Nue dans le couloir » Sortie de sa chambre **dévêtue. Recouverte immédiatement, accompagnée en chambre, rhabillée avec son accord. Aucun autre résident présent.** La dernière phrase protège sa dignité, et VOUS.

★ Erreur et événement indésirable

AU LIEU DE	ÉCRIVEZ
« J'ai fait une erreur »	Signalez, ne vous excusez pas dans le dossier. Au dossier, le fait : « <i>Traitement de 8 h non pris — non retrouvé dans le pilulier. IDE prévenue à 8 h 10.</i> » L'analyse va au signalement d'événement indésirable.
« C'est la collègue qui a oublié »	— JAMAIS Le dossier n'est pas un tribunal. Écrivez le fait, jamais l'auteur présumé. La démarche de signalement est non punitive : elle cherche la faille d'organisation, pas le coupable.
« Comprimé par terre »	Un comprimé retrouvé au sol sous le lit, non identifiable. Non redonné. Remis à l'IDE à 11 h. <u>C'est peut-être un traitement non pris depuis plusieurs jours — information clinique majeure.</u>
« Le lève-personne était cassé »	Transfert reporté, matériel indisponible. Résident installé au lit, mobilisé aux deux heures. Signalement matériel effectué. <u>Le report va au dossier. La panne va au signalement.</u>
« On a oublié de le lever »	Lever non réalisé ce jour. Mobilisation au lit assurée aux deux heures, état cutané contrôlé : sans rougeur. IDE informée. <u>Un soin non fait s'écrit. Le taire est bien plus grave que de ne pas l'avoir fait.</u>

MÉMO

VOUS VENEZ DE TRAVERSER 120 FORMULATIONS

Vous n'allez pas les retenir. **Ce n'est pas le but.**

Le but, c'est que vous ayez repéré **le mécanisme** — et à cette heure vous l'avez vu se répéter 120 fois :

à gauche, une conclusion. À droite, un fait daté, chiffré ou cité.

Le jour où vous butez, revenez ici. Les autres jours, appliquez le mécanisme. **Il est toujours le même.**

3.7 Les mots qui vous coûtent cher

Pour finir, la liste noire. Ces mots ne sont pas seulement imprécis : ils vous **exposent**.

À BANNIR DÉFINITIVEMENT DE VOS ÉCRITS

Les jugements : désagréable · pénible · capricieux · manipulateur · profiteur · comédien · caractériel

Les infantilisations : mamie · papy · petit père · elle fait sa coquette · il boude

Les diagnostics volés : dément · dépressif · infection · AVC · fracture (sauf en reprise d'un diagnostic **déjà posé** et écrit au dossier)

Les flous : RAS · pas dans son assiette · comme d'habitude · va bien · va mal · un peu · beaucoup

Les procès d'intention : fait semblant · en rajoute · cherche l'attention · le fait exprès

Chacun de ces mots peut être lu par la personne qu'il décrit.

Ce n'est pas une hypothèse d'école : le dossier de soins **est communicable** (art. L. 1111-7 CSP ; en EHPAD, également art. L. 311-3 CASF). Un résident, ou ses ayants droit après son décès, peut demander à le lire. **Écrivez toujours comme si la personne lisait par-dessus votre épaule.** C'est la meilleure règle d'écriture jamais inventée — et accessoirement, la seule qui vous protège.

3.7 Cas concret — le jour où la fille a demandé le dossier

CAS CONCRET · EHPAD · SIX SEMAINES APRÈS LE DÉCÈS

« Vous aviez écrit que ma mère était pénible »

Elle a demandé le dossier. Elle en avait le droit. Elle l'a lu ligne à ligne. Et une phrase, écrite un soir de rush par quelqu'un de fatigué, a détruit dix-huit mois de relation.

1

LA DEMANDE

Mme F. est décédée le 3 février, après dix-huit mois dans l'établissement. Six semaines plus tard, sa fille écrit à la direction pour demander **communication du dossier**.

Elle en a le droit, et il est très encadré : l'ayant droit peut accéder aux informations du dossier d'une personne décédée, sauf volonté contraire exprimée de son vivant. Le dossier de soins **en fait partie — vos transmissions comprises**.

Personne, dans l'équipe, n'avait jamais imaginé que quelqu'un lirait ces lignes.

2 CE QU'ELLE A LU

Dix-huit mois de dossier. Des centaines de lignes, dont l'immense majorité étaient correctes, attentives, professionnelles.

Et, un mardi de novembre, à 21 h, une ligne :

« *Résidente pénible ce soir, a encore sonné 15 fois pour rien.* »

Onze mots. **Écrits par une soignante qui avait fait trente heures supplémentaires ce mois-là et qui aimait sincèrement Mme F.** — sa fille l'a d'ailleurs reconnue plus tard.

Mais sa fille n'a pas lu les dix-huit mois. **Elle a lu ces onze mots.**

3 CE QUE CES ONZE MOTS CONTIENNENT, DÉCORTIQUÉS

« **Pénible** » → **jugement** Ce n'est pas un fait. Aucun collègue ne peut le vérifier. Il ne dit rien de la résidente : il dit l'état de la soignante.

« **Encore** » → **reproche** Un adverbe qui condamne. Il transforme une observation en exaspération.

« **15 fois** » → **le seul fait de la phrase** Et il est bon ! Chiffré, vérifiable. **C'était l'information.**

« **Pour rien** » → **le plus grave** Cette femme a sonné quinze fois. Ce n'était pas « pour rien ». C'était pour quelque chose que personne n'a cherché.

4 CE QU'IL FALLAIT ÉCRIRE — ET CE QUE ÇA AURAIT CHANGÉ

Cible : Sollicitations répétées

D — A sonné **15 fois entre 19 h et 22 h** (habituellement 2 à 3 fois par soirée). Motifs exprimés : repositionnement (×5), soif (×3), « **pour voir quelqu'un** » (×7). Ne verbalise pas de douleur. **Dit : « j'aime pas rester seule le soir ». 3^e soirée de ce type cette semaine.**

A — Repositionnée à chaque appel. **Temps d'échange de 10 minutes à 21 h 30.** Veilleuse allumée à sa demande, porte laissée entrouverte. **IDE informée à 22 h** du caractère répétitif et de la formulation « pour voir quelqu'un ».

R — S'est endormie vers 22 h 15 après le temps d'échange. **Cible ouverte** : à réévaluer par l'équipe de nuit et l'équipe du lendemain soir. **Proposition : point avec la psychologue.**

Même soirée. Même fatigue. Même soignante. Et un écrit qui aurait déclenché quelque chose — au lieu d'une ligne qui a seulement blessé.

5 LA LEÇON — ET ELLE N'EST PAS CELLE QU'ON CROIT

La leçon n'est pas « *attention, quelqu'un peut vous lire* ». Ça, c'est de la prudence, et la prudence pousse à écrire moins.

La leçon, c'est que le jugement remplace toujours une information qu'on n'a pas cherchée.

« Pénible » a occupé la place où aurait dû se trouver « *pour voir quelqu'un* », ×7 ». Ce n'est pas un problème de politesse : **c'est un problème clinique.** Le jugement ne fait pas que blesser — **il rend aveugle**, et il aveugle toute l'équipe qui lira après vous.

Écrivez sans juger non pas parce que c'est plus gentil. Parce que c'est plus juste, et parce que ça soigne mieux.

Compétences démontrées (par la version corrigée) : **Cpt 6** relation et communication **Cpt 3** évaluer l'état clinique **Cpt 1** accompagner dans le respect de la personne **Cpt 10** transmettre

LE DROIT, EN TROIS LIGNES — ET SANS LE MYTHE

Le dossier de soins **est communicable**. La personne accueillie a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé (art. **L. 1111-7 CSP**) et, en EHPAD, à **toute information la concernant** au titre des droits de la personne accueillie (art. **L. 311-3 CASF**). Après le décès, ses **ayants droit**, son concubin ou son partenaire de PACS y accèdent pour connaître les causes de la mort, défendre sa mémoire ou faire valoir leurs droits — **sauf volonté contraire exprimée de son vivant**.

Et non : vous ne pouvez pas y échapper en appelant ça des « notes personnelles ». Nous détaillons ce mythe — et pourquoi il est faux pour un aide-soignant — en **Partie 5**.

LE PIÈGE QUI PIÈGE MÊME LES FORMATEURS

Vous verrez souvent citer l'article **R. 1112-2 CSP** pour dire que le dossier de soins est communicable. Il le dit, en effet, et sans ambiguïté : il range parmi les informations communicables « *le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers* ».

Sauf que cet article est codifié au chapitre « Personnes accueillies dans les établissements de santé ». Il ne s'applique pas aux EHPAD. Un EHPAD est un **établissement médico-social**, pas un établissement de santé. Pour un résident, le fondement, c'est **L. 1111-7 CSP** et **L. 311-3 CASF**.

Le principe ne change pas d'un iota — le dossier est communicable dans les deux cas. Mais citer R. 1112-2 en jury pour un résident d'EHPAD, c'est faire exactement ce que ce livret vous apprend à repérer chez les autres : **le bon principe avec le mauvais article**.

Art. L. 1111-7 CSP · art. L. 311-3 CASF · art. L. 1110-4, V, CSP (ayants droit, concubin, partenaire de PACS). Art. R. 1112-2 CSP : codifié au chapitre II « Personnes accueillies dans les établissements de santé » — applicable en établissement de santé, pas en ESSMS. Vérifié sur Légifrance en juillet 2026.

QUIZ FLASH · PARTIE 3

Validez avant de passer à la suite

1. La règle unique de cette partie, en trois mots ?

Décrivez. Ne concluez pas.

2. « Semble angoissée » : que faut-il écrire à la place ?

fait penser

Si vous écrivez « semble », c'est

que vous n'avez pas encore décrit.

3. Citez trois mots à bannir définitivement de vos écrits.

pénible · capricieux · manipulateur · fait semblant · RAS · pas dans son assiette · mamie · dément

et la personne décrite peut les lire

4. Pourquoi la citation est-elle si puissante ?

est un fait

elle est

incontestable

un refus qui était une douleur

5. Un résident peut-il lire vos transmissions ?

Oui. dossier de soins est communicable

Attention au piège : R. 1112-2, qu'on cite partout, ne vaut que pour les établissements de santé.

Macroциbles et dossier

La cible est un instantané. La macroциble est la photo de famille. Et chaque écrit a un seul bon endroit.

La macroциble

Entrée, sortie, transfert.
Trois fois par séjour, pas plus.

MTVED

L'acronyme qu'il faut
connaître — et relativiser.

Où ça se range

Diagramme, transmissions,
projet, signalement. La
règle de tri.

4.1 Quand la cible ne suffit plus

Une cible décrit **un** changement. Mais il existe trois moments où il n'y a pas un changement : il y a **tout** à dire d'un coup.

LA MACROCIBLE, EN UNE PHRASE

La cible, c'est un instantané. La macrocible, c'est la photo de famille.

On ne l'écrit pas quand il se passe quelque chose — ça, c'est une cible. On l'écrit **aux moments charnières du séjour** :

- à l'**entrée** — qui est cette personne, d'où elle vient, ce dont elle a besoin ;
- à la **sortie** ou au **transfert** — ce qui s'est passé, où elle en est, ce qui reste à faire ;
- et, selon les établissements, à une **étape charnière** du séjour (retour d'hospitalisation, changement d'état majeur).

	LA CIBLE	LA MACROCIBLE
Quand ?	Dès qu'il se passe quelque chose	Entrée · sortie · transfert. Trois fois dans un séjour.
Quoi ?	Un changement, un événement	Une synthèse de la situation globale
Longueur ?	3 à 10 lignes	Une demi-page à une page
Structure ?	D · A · R	Rubriques (souvent MTVED — voir ci-dessous)
Qui l'écrit ?	Tous les soignants, vous compris	Le plus souvent l' IDE , en s'appuyant sur vos observations . Certains établissements vous font renseigner des rubriques. Vérifiez votre procédure.

LE POINT À VÉRIFIER CHEZ VOUS — AVANT DE CITER QUOI QUE CE SOIT EN JURY

La macrocible est une **pratique d'établissement**, pas une norme nationale. Sa structure, ses rubriques, et qui la remplit **varient d'un service à l'autre**.

Un candidat qui décrit « la » macrocible se trompe. Un candidat qui décrit « la macrocible de mon service » a raison.

Cette nuance vous coûte trois mots et vous rapporte beaucoup.

4.2 MTVED — l'acronyme qu'il faut connaître, et relativiser

C'est l'ossature la plus répandue de la macrocible d'entrée. On vous l'enseignera comme une règle. **Ce n'en est pas une.**

MACROCIBLE D'ENTRÉE — LES 5 RUBRIQUES

M
Maladie

Le motif d'entrée, les antécédents, ce qui l'amène ici.

T
Traitement (ou Thérapeutique — les deux se disent)

Ce qu'elle prend, sous quelle forme, avec quelle autonomie.

V
Vécu

Ce qu'elle en dit, comment elle le vit, ce qu'elle craint. Citez-la.

E
Environnement

Famille, domicile, aides, ressources. Qui l'entoure, et qui prévenir.

D
Développement

Son histoire, son parcours, ses habitudes de vie. Ce qui fait d'elle une personne.

MTVED. Une convention parmi d'autres — pas une norme.

CE QUE NOUS AVONS VÉRIFIÉ — ET QU'ON NE VOUS DIRA PAS

- « MTVED » **n'apparaît dans aucun texte** : ni Légifrance, ni HAS, ni le référentiel AS de 2021, ni le référentiel IDE de 2009.
- Son origine est **incertaine**. Les attributions qui circulent proviennent de mémoires étudiants non référencés. **Nous ne la donnerons donc pas**, plutôt que de recopier une source douteuse.
- Sa forme **varie** : on trouve **MTVED** et **MTEVD** (Environnement et Vécu inversés). Le T se lit **Traitement** ou **Thérapeutique** selon les services.

Les cinq rubriques sont stables. L'ordre et les libellés ne le sont pas.

Utilisez celui de votre service. Et si en jury on vous demande « c'est quoi MTVED ? », la réponse à 10/10 est : « *c'est la trame de macrocible d'entrée utilisée dans mon établissement — Maladie, Traitement, Vécu, Environnement, Développement. Ce n'est pas une norme réglementaire, mais une convention professionnelle, et il en existe des variantes.* »

4.3 Une macrocible d'entrée, écrite

Voici à quoi ça ressemble en vrai. Notez le contraste entre le M, très factuel, et le D, qui n'est fait que de citations et d'habitudes.

MACROCIBLE D'ENTRÉE · MME H., 84 ANS · 12/03 · 15 H 30

M	MALADIE Entre en EHPAD après 3 semaines d'hospitalisation pour une fracture du col du fémur droit (chute à domicile le 18/02, prothèse posée le 19/02). Antécédents connus : HTA, arthrose, fibrillation auriculaire. Marche avec déambulateur , périmètre de marche estimé à 15 m avec pause.
T	TRAITEMENT Traitement en cours comportant un anticoagulant oral , un antihypertenseur et un antalgique . Aide à la prise nécessaire : ne parvient pas à ouvrir les plaquettes (arthrose des mains). Pas de trouble de la déglutition . Feuille de traitement remise par le service hospitalier, transmise à l'IDE.
V	VÉCU Dit : « <i>je voulais rentrer chez moi, c'est ma fille qui a décidé</i> ». Exprime une opposition à l'entrée , sans agressivité. Pleure à l'évocation de son domicile. Dit aussi : « <i>j'ai peur de retomber</i> ». Coopérante malgré tout , participe à l'installation.
E	ENVIRONNEMENT Vivait seule en maison de plain-pied. Une fille , à 20 minutes, personne de confiance désignée , joignable en journée. Un fils à l'étranger. Aides à domicile 2 h/jour avant l'hospitalisation. Pas de directives anticipées à ce jour — information à reprendre .
D	DÉVELOPPEMENT Ancienne couturière , a travaillé jusqu'à 62 ans. Habitudes : se lève tôt (6 h 30), thé au réveil, fait ses mots croisés tous les matins , écoute la radio l'après-midi. N'aime pas les groupes . Dit : « <i>je préfère qu'on me laisse tranquille le matin</i> ». Souhaite garder sa machine à coudre en chambre.

FAIS LE LIEN — LA RUBRIQUE QUE TOUT LE MONDE BÂCLE

Le **D** est presque toujours vide, ou réduit à « *ancienne couturière, veuve, 2 enfants* ».

C'est pourtant la seule rubrique qui vous dira comment soigner cette femme demain matin.

« **Se lève à 6 h 30, mots croisés tous les matins, n'aime pas les groupes, "laissez-moi tranquille le matin"** » — voilà quatre informations qui, dans un mois, éviteront un « refus de soin » et une « agitation matinale » qui n'auraient été que le produit de notre organisation.

Et voilà pourquoi le D vous concerne plus que quiconque : les habitudes de vie, personne ne les recueille mieux que celui qui fait la toilette. **Ce n'est pas de l'accessoire. C'est de la clinique.**

4.4 La macrocible de sortie ou de transfert

Moins connue, elle est pourtant le moment de **toutes** les pertes d'information. C'est là que les cascades naissent.

Ce qui s'est passé

Le résumé du séjour : les **événements marquants**, les cibles qui ont compté, ce qui a été mis en place.

Où elle en est

L'état **au jour du départ**. Autonomie, mobilité, alimentation, état cutané, douleur. **Chiffré**.

Ce qui reste ouvert

Les **cibles ouvertes**, les surveillances en cours, les rendez-vous à venir. C'est la rubrique vitale.

Ce qui a marché

Les **habitudes** et les stratégies trouvées. « *Accepte la toilette si on la lui propose après 10 h* ». **Personne d'autre que vous ne le sait.**

LE TRANSFERT VERS L'HÔPITAL — LE TROU NOIR

Votre résident part aux urgences. Vous ne le reverrez peut-être que dans dix jours. **Personne, là-bas, ne le connaît.**

La fiche de liaison est le seul objet qui parle en son nom. S'il ne parle plus, c'est le seul objet, point.

Les trois lignes qui changent tout :

- son **état habituel** (« *marche seule avec déambulateur, orientée, communique normalement* ») — **sans ça, l'hôpital le prend pour un grabataire dément et le traite comme tel** ;
- ce qui a **changé récemment**, avec les dates ;
- ce qui le **calme**, ce qui l'**angoisse**, comment on lui parle.

Ces trois lignes vous prennent deux minutes et peuvent lui épargner une contention.

4.5 Où votre écrit se range

Le dossier n'est pas un cahier. C'est un ensemble de pièces, et chacune a un usage. Écrire au mauvais endroit revient presque à ne pas écrire.

LE DOSSIER DU RÉSIDENT

LE DIAGRAMME DE SOINS

Ce qui est **prévu et fait**. Une croix, une initiale.
Toilette, repas, lever, change, constantes.

« *Tout ce qui s'est passé comme prévu.* »

LES TRANSMISSIONS CIBLÉES

Ce qui **n'était pas prévu**. Cible + D · A · R.
L'événement, le changement, la réaction.

« *Tout ce qui a fait exception.* »

LES MACROCIBLES

Entrée · sortie · transfert.
La synthèse. 3 fois par séjour.

« *Qui est cette personne ?* »

LE PROJET PERSONNALISÉ

Les objectifs, les moyens.
Révisé au moins 1 fois par an.

« *Où va-t-on avec elle ?* »

LE SIGNALEMENT EI

Erreur, incident, dysfonctionnement.
Circuit séparé. Non punitif.

« *Ce qui a dysfonctionné.* »

Chaque pièce a un usage. La question n'est jamais « est-ce que j'écris ? », mais « où ? ».

MÉMO

LA RÈGLE DE TRI, EN UNE LIGNE

Prévu et fait → diagramme. Pas prévu, ou pas comme prévu → transmission ciblée.

« *Toilette effectuée* » → diagramme. Une croix suffit.

« *Toilette refusée, dit "j'ai trop mal au dos"* » → **transmission ciblée**. Il s'est passé quelque chose.

Et le piège de la dernière case : un manque d'effectif, une erreur de circuit, un matériel défaillant ne vont **jamais** dans le dossier du résident. Ils vont au **signalement d'événement indésirable**. Ce dossier appartient au résident — pas à nos problèmes d'organisation.

4.6 La transmission ciblée n'est pas la seule transmission

On associe « transmission » à « transmission ciblée ». C'est réducteur — et ça fait rater la moitié du travail.

IL Y A DEUX ÉCRITURES, PAS UNE

Le diagramme trace ce qui a été fait. La cible trace ce qui a fait exception. Les deux sont des transmissions.

Valider une ligne du **diagramme de soins** — « toilette faite », « repas pris », « change effectué » — **c'est déjà transmettre** : vous attestez que le soin prévu au **plan de soins** a bien eu lieu. Ce n'est pas de la paperasse : sans cette validation, personne ne sait si le soin a été réalisé, et un soin non validé équivaut, pour l'équipe suivante, à un soin non fait.

La **transmission ciblée (DAR)**, elle, trace ce qui sort du prévu. **Une transmission de qualité, c'est faire les deux** — pas l'une au détriment de l'autre.

Ne remplir que les cibles

Un dossier où le diagramme est à moitié vide donne l'image d'un accompagnement en pointillé — même si tout a été fait. **Ce qui n'est pas validé n'est pas prouvé.**

Ne remplir que le diagramme

Cocher les cases sans jamais écrire une cible, c'est passer à côté de tout ce qui change chez la personne. **Le diagramme dit que le soin a eu lieu ; il ne dit pas ce qui s'est passé.**

4.7 Le plan de soins n'a de valeur que s'il est à jour

Valider un plan de soins suppose une chose qu'on oublie : que ce plan **corresponde encore à la personne d'aujourd'hui**.

Un plan de soins qui n'est pas réajusté fait cocher des soins qui ne conviennent plus.

Les besoins d'un résident changent — il remarche, ou il ne marche plus ; il redevient continent, ou il ne l'est plus ; il accepte la douche, ou ne la supporte plus. **Si le plan de soins ne suit pas, on continue à valider des lignes qui ne veulent plus rien dire**, et l'accompagnement se décale peu à peu de la réalité.

La mise à jour du plan de soins est donc indispensable — et c'est vous qui la déclenchez. Vos transmissions ciblées sont le signal : « cette personne a changé ». C'est à partir d'elles que l'IDE et l'équipe **réajustent le plan** et le **projet personnalisé**. La boucle n'est complète que si l'observation redescend dans le plan.

MÉMO

LA BOUCLE QUALITÉ, EN UNE PHRASE

J'observe (la cible) → l'équipe réajuste (le plan de soins et le projet) → je valide le nouveau plan (le diagramme). **Une transmission de qualité, c'est faire tourner cette boucle** — pas seulement écrire un bout et laisser le reste figé.

4.8 Quand écrire ? Le plus tôt possible

La meilleure transmission du monde ne sert à rien si elle n'est jamais écrite. Or l'ennemi, ce n'est pas la mauvaise volonté : c'est **l'oubli de fin de journée**.

On ne se souvient pas à 14 h de ce qu'on a vu à 8 h. On croit s'en souvenir.

Repousser toutes ses transmissions à la fin du poste, c'est se condamner à écrire de **mémoire** — donc à oublier des détails, à confondre deux résidents, à noter « *ce matin* » sans l'heure. Un écrit reconstitué le soir est **toujours** plus pauvre qu'un écrit fait sur le moment.

Validez le soin juste après l'avoir fait

C'est la recommandation de base. **Dès que le matériel le permet** — une **tablette de soins sur le chariot**, un **PC au poste** — validez la ligne **immédiatement après le soin**. En temps réel : zéro oubli, zéro reconstruction, l'heure est juste.

Toujours un stylo et un calepin sur soi

Quand on ne peut pas valider tout de suite, on **note au fil de l'eau**. Un aide-soignant a **toujours de quoi écrire dans sa poche** — un mot, une heure, un chiffre. On rédige proprement ensuite, mais on ne **compte jamais** sur sa mémoire.

MÉMO

ATTENTION À CE QUE VOUS NOTEZ DANS VOTRE CALEPIN

Ce pense-bête reste **non nominatif** : « *ch. 12 — reconstrôler pansement 16 h* », pas de nom, pas de jugement. Il vous sert à ne rien oublier avant de reporter au dossier — **puis vous le détruisez**. Un calepin nominatif oublié dans un couloir, c'est une fuite de données de santé. (Voir Partie 5 : ce cahier n'est pas protégé par les « notes personnelles ».)

4.9 L'oral et l'écrit — la relève

Ce que l'oral fait bien

Le **doute**, la **nuance**, l'**intuition**. « *Je le sens pas ce soir, j'sais pas pourquoi* » : ça se dit, ça se discute, ça n'a pas sa place au dossier tel quel.

Ce que l'oral ne fait pas

Il **ne trace rien**. Ce que vous dites en relève disparaît en trente secondes et n'a **aucune valeur** en cas de mise en cause. « Je l'avais dit à l'oral » ne pèse **rien** face à un dossier vide.

L'oral ne remplace jamais l'écrit. L'écrit ne remplace jamais l'oral.

Ils ne servent pas à la même chose. **L'écrit trace. L'oral alerte, discute, et fait passer ce qui ne s'écrit pas.**

La bonne pratique tient en une phrase : **ce que vous dites en relève, vous devez pouvoir le retrouver dans le dossier** — sauf votre intuition, qui reste orale jusqu'à ce que vous puissiez la nommer.

Et si votre intuition se confirme le lendemain ? **Alors elle a un nom**, et elle s'écrit.

NE NÉGLIGEZ JAMAIS LA TRANSMISSION ORALE

On parle toujours de l'écrit. On oublie que la **relève orale** est, elle aussi, une transmission — et qu'une relève bâclée fait perdre autant d'informations qu'un dossier vide.

LA BONNE NOUVELLE : LE DAR MARCHE AUSSI À L'ORAL

Structurez votre relève comme vous structurez un écrit. Pas de récit décousu : le problème du jour, ce que vous avez fait, ce qui reste à surveiller.

Au lieu de « *alors, la 12 ça a été, la 14 j'sais plus, ah oui la 8 elle a pas mangé...* », prenez chaque résident qui a **une cible** et déroulez : « **Mme R. — problème du jour** : refus alimentaire, 2^e soir. **Ce que j'ai fait** : collation proposée, IDE prévenue. **À surveiller cette nuit** : reprise ou non des prises, hydratation. »

En trois phrases, l'équipe de nuit sait **quoi regarder**. C'est exactement le rôle de l'oral : **attirer l'attention sur le problème du jour** et expliquer ce que l'écrit ne dit pas — le contexte, le ressenti, le « je le sens pas ».

MÉMO

LA RÈGLE DES DEUX TEMPS

L'écrit reste dans le dossier pour la continuité et la preuve. **L'oral** met en relief, le jour même, **ce sur quoi il faut être vigilant**. Une bonne relève, c'est : « *ce soir, le point important, c'est...* » — et le reste est déjà écrit.

4.7 Cas concret — les deux lignes qui ont évité une contention

CAS CONCRET · EHPAD — URGENCES · 21 H 40

« Aux urgences, personne ne le connaît »

M. D. part en ambulance. Dans huit heures, un urgentiste épuisé décidera de son sort à partir d'une seule chose : ce que vous aurez écrit sur une feuille.

1

CE QUI SE PASSE

M. D., 88 ans, EHPAD depuis quatre ans. **Maladie d'Alzheimer au stade modéré.** Il ne s'oriente plus dans le temps, mais il vous reconnaît, il plaisante, il descend au repas tout seul.

21 h 40 : chute dans le couloir. Plaie du cuir chevelu, saignement. **Il est sous anticoagulant.** Transfert aux urgences décidé.

Vous préparez la fiche de liaison pendant que l'ambulance arrive. **Vous avez quatre minutes.**

2

LA VERSION QUI PART 8 FOIS SUR 10

« M. D., 88 ans. Alzheimer. Chute avec plaie du crâne. Sous anticoagulant. Désorienté, agité. »

Tout est vrai. Et tout va se retourner contre lui.

Aux urgences, à 2 h du matin, un médecin qui ne l'a jamais vu lit « **Alzheimer** », « **désorienté** », « **agité** ». Il en déduit — logiquement — un patient dément, non communicant, dont l'agitation est l'état de base.

Résultat probable : contention pour faire le scanner, pas d'antalgique parce qu'« il ne se plaint pas », et une nuit sur un brancard qui va le désorienter pour trois semaines.

3

CE QUI MANQUE — ET ÇA TIENT EN DEUX LIGNES

Le mot manquant est « **habituellement** ».

Nulle part il n'est écrit **ce qu'est M. D. quand il va bien**. L'urgentiste n'a aucun point de comparaison : il ne peut pas savoir que l'agitation de ce soir est **nouvelle**. Or c'est précisément ça, l'information — **une agitation nouvelle chez un patient sous anticoagulant qui vient de se cogner la tête est un signe d'alerte, pas un trait de caractère.**

En omettant son état habituel, on n'a pas seulement mal décrit M. D. On a effacé le symptôme.

4 LA FICHE QU'IL FALLAIT ENVOYER

Motif — Chute avec plaie du cuir chevelu le 14/03 à 21 h 40, **sous anticoagulant oral**. Chute **sans témoin**. Perte de connaissance non évaluable.

État habituel **LES DEUX LIGNES** — Alzheimer au stade modéré. **Habituellement : marche seul, descend au repas sans aide, reconnaît les soignants, échange par phrases courtes, plaisante.** Désorienté dans le temps, mais **orienté envers les personnes. Jamais agité.**

Ce soir — Agitation inhabituelle depuis la chute : ne me reconnaît pas, cherche à se lever, propos incohérents. **Cet état n'est pas le sien.** Constantes à 21 h 50 : TA 148/86, FC 92, SpO2 96 %, T° 36,6 °C.

Ce qui l'apaise — *Qu'on lui parle lentement, de face, en le tutoyant (habitude du service, acceptée).* Réagit bien si on lui parle de son jardin. **Se braque si on le touche sans prévenir.**

À prévenir — Sa fille, personne de confiance : [coordonnées]. **Directives anticipées au dossier : oui.**

5 CE QUE CES LIGNES ONT PRODUIT

L'urgentiste lit « **jamais agité** » et « **cet état n'est pas le sien** ». Il ne voit plus un dément agité : il voit un changement aigu chez un patient anticoagulé après un traumatisme crânien.

Scanner en priorité. **Hématome sous-dural** retrouvé. Pris en charge à temps.

Et pendant l'attente, une infirmière lit « *réagit bien si on lui parle de son jardin* » et « *se braque si on le touche sans prévenir* ». **Il n'a pas été attaché.**

Quatre minutes. Vous saviez déjà tout ce qu'il fallait écrire.

Compétences démontrées : **Cpt 10** transmettre les données pertinentes, assurer la continuité **Cpt 2** identifier une situation à risque **Cpt 1** accompagner dans le respect de la personne **Cpt 11** coopérer

FAIS LE LIEN — POURQUOI C'EST VOUS, ET PERSONNE D'AUTRE

Relisez la rubrique « **ce qui l'apaise** ». **Son jardin. Ne pas le toucher sans prévenir.**

Ces deux informations ne sont dans aucun compte rendu médical. Elles ne sont dans aucun bilan sanguin. **Elles n'existent que dans la tête des gens qui font sa toilette depuis quatre ans.**

Le médecin connaît sa maladie. Vous connaissez l'homme. Les deux le soignent — mais un seul des deux savoirs disparaît si personne ne l'écrit.

QUIZ FLASH · PARTIE 4

Validez avant de passer à la suite

1. Quand écrit-on une macrocible, et combien de fois ?

entrée sortie transfert étape charnière
ça, c'est une cible

2. Que signifie MTVED ? Est-ce une norme ?

M T V E D Ce n'est PAS une norme : convention professionnelle

3. « Toilette effectuée » et « toilette refusée » : où va chacune ?

diagramme de soins transmission ciblée
prévu et fait → diagramme ; pas comme prévu → transmission

4. Vous avez été deux pour trente résidents et un soin n'a pas pu être fait. Où l'écrivez-vous ?

soin non fait Le manque d'effectif, non
signalement d'événement indésirable

5. Quelle est LA rubrique à ne jamais oublier sur une fiche de transfert ?

état habituel l'omettre efface le symptôme
anticoagulé un changement aigu chez un patient

Les pièges

Le secret partagé, l'accès au dossier, les « notes personnelles ». Trois croyances répandues, trois erreurs. Vérifié texte par texte.

Ce qui est opposable

Transmettre et tracer. Pas la méthode — le résultat.

Le secret partagé

Le texte le plus mal compris de la profession.

Les notes personnelles

Le mythe qui ne vous protège pas. Il vous accuse.

5.1 Ce qui est vraiment opposable

Nous l'avons annoncé en introduction : les transmissions ciblées ne sont pas une obligation légale. Mais quelque chose l'est — et il faut savoir quoi, parce que c'est cette chose-là qui vous protège ou vous met en cause.

LE TEXTE	CE QU'IL IMPOSE, EXACTEMENT
Compétence 10 ★★★ Arrêté du 10 juin 2021, annexe II	<i>« Rechercher, traiter et transmettre, quels que soient l'outil et les modalités de communication, les données pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités. » C'est votre obligation à vous, et elle se valide comme les dix autres compétences.</i>
Art. R. 4311-1 CSP ★★★ Version en vigueur depuis fin juin 2026	L'infirmier « <i>initie et assure la traçabilité des soins infirmiers dans le dossier du patient</i> ». Vous travaillez en collaboration avec elle et sous sa responsabilité : sa traçabilité passe par vos observations.
Art. R. 4312-35 CSP ★★ Code de déontologie infirmier	<i>« L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi. » C'est aujourd'hui LA référence du dossier de soins.</i>
Art. L. 1111-7 CSP ★★★ et, en EHPAD, art. L. 311-3 CASF	Le droit d' accès de la personne à son dossier . Autrement dit : ce que vous écrivez, elle peut le lire . <u>Attention au piège : l'article R. 1112-2, qui détaille le contenu communicable, ne vaut que pour les établissements de santé — pas pour un EHPAD.</u>
Art. L. 1110-4 CSP ★★★	Le secret , et les conditions du partage d'informations. Voir ci-dessous : c'est le texte le plus mal compris de la profession.
Art. 226-13 code pénal ★★	La violation du secret professionnel : un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende .

❑ LE PIÈGE LE PLUS DANGEREUX DE 2026 — LISEZ CECI AVANT DE CITER UN ARTICLE

Le **décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025**, entré en vigueur **fin juin 2026**, a **réécrit** les articles R. 4311-1 à R. 4311-7 du code de la santé publique. Deux conséquences que presque personne n'a intégrées :

- 1. « L'infirmier est chargé de la gestion du dossier de soins » (ancien R. 4311-3) N'EXISTE PLUS.** Cette phrase a **disparu** du code. Le nouveau R. 4311-3 porte sur autre chose. La traçabilité est passée à **R. 4311-1**, et le dossier de soins survit à **R. 4312-35** (déontologie). Tout support qui écrit encore « R. 4311-3 : l'infirmier établit le dossier de soins » est périmé.
- 2. « R. 4311-5 » est devenu un faux ami total.** Avant fin juin 2026, R. 4311-5 = la liste des actes du rôle propre de l'IDE. **Depuis**, R. 4311-5 = **l'article de la collaboration IDE / AS** (l'ancien R. 4311-4). **Le numéro existait déjà et désignait autre chose.** Si vous citez R. 4311-5 devant quelqu'un qui vérifie dans un manuel de 2024, il tombera sur la mauvaise page — **et croira que vous vous trompez.**

UNE PRÉCISION D'HONNÊTETÉ SUR LA DATE

Vous lirez « **28 juin 2026** » à peu près partout, y compris dans nos propres supports antérieurs, et c'est la lecture littérale du texte (l'article 2 du décret prévoit une entrée en vigueur « *le lendemain de la publication de l'arrêté [...] et au plus tard le 30 juin 2026* »).

Mais Légifrance affiche, pour les articles concernés, une entrée en vigueur au 30 juin 2026. L'écart est de deux jours et n'a **aucune conséquence pratique**. Il en a une seule, éditoriale : si vous dites « 28 juin » et qu'on vérifie, on lira « 30 juin ».

Dites « fin juin 2026 ». Vous avez raison dans les deux cas.

Décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier, JO du 26 décembre 2025. Vérifié sur Légifrance en juillet 2026.

5.2 Le secret partagé — le texte le plus mal compris

Tout le monde connaît la formule « secret partagé ». Presque personne ne connaît ce qu'elle dit vraiment. Et la version qui circule est fausse sur un point important.

CE QU'ON VOUS A PROBABLEMENT APPRIS — ET POURQUOI C'EST FAUX

« Dans une équipe de soins, le **consentement du patient est présumé** : on peut tout se dire entre soignants. »

Deux erreurs dans une phrase.

1. Le texte ne parle pas de consentement présumé. Il dit que les informations « **sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe** ». Ce n'est pas la même chose : c'est une fiction sur le destinataire de la confiance, pas sur son accord. Et le droit d'opposition de la personne subsiste toujours.

2. « On peut tout se dire » est faux. L'article **R. 1110-1 CSP** pose une **double limite** : les seules informations « **strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins** », et « **dans le périmètre de vos missions** ».

Appartenir à l'équipe de soins ne vous donne pas accès à tout le dossier. C'est exactement le fondement des sanctions pour consultation injustifiée d'un dossier informatisé.

LES TROIS CERCLES — LE SCHÉMA QUI RÈGLE L'IMMENSE MAJORITÉ DES CAS

MÊME ÉQUIPE DE SOINS

Partage libre

Les infos sont « réputées confiées à l'ensemble de l'équipe ».

MAIS double limite :

- strictement nécessaire
- dans le périmètre de vos missions

IDE, AS, médecin, kiné, psy du même établissement.

Droit d'opposition maintenu.

HORS ÉQUIPE DE SOINS

Consentement préalable

Le partage « requiert son consentement préalable ».

Concrètement :

Un professionnel d'une autre structure, un intervenant extérieur, un service social non rattaché.

Ce n'est pas « on ne dit rien ».

C'est « on demande d'abord ».

TOUT LE RESTE

Rien. Jamais.

La famille (sauf personne de confiance et dans les limites prévues), les autres résidents, vos amis, votre conjoint, **les réseaux sociaux**.

Y compris le couloir, l'ascenseur et la salle de pause ouverte.

1 an de prison · 15 000 €

Art. L. 1110-4, L. 1110-12, R. 1110-1 CSP · art. 226-13 code pénal.

MÉMO

DEUX QUESTIONS QUI VOUS SAUVENT

« Est-ce que cette personne participe aux soins de ce résident ? » puis « est-ce strictement nécessaire à ses missions ? »

Deux oui → vous pouvez.

Un non → vous ne pouvez pas, même si c'est un collègue, même si c'est un soignant, **même si c'est le même établissement**.

Et l'exemple qui fait tilt : **une aide-soignante d'un autre étage est un professionnel de santé de votre établissement — mais elle ne participe pas aux soins de votre résident. Elle n'a pas à savoir.**

FAIS LE LIEN — L'AS EST-IL DANS L'ÉQUIPE DE SOINS ?

Oui, sans aucun doute. Mais pas pour la raison qu'on croit.

L'article L. 1110-12 **ne cite aucune profession**. Son 1° retient un critère de **lieu d'exercice**, pas de statut : les professionnels qui participent directement aux soins d'un même patient et qui « *exercent dans le même établissement* ». L'AS y entre **mécaniquement**. (Les 2° et 3° ouvrent deux autres portes — la reconnaissance par la personne elle-même, ou une organisation formalisée.)

Le détail qui fait la différence en jury : l'article R. 1110-2, qui liste les catégories, **ne nomme pas l'aide-soignant**. Ne dites donc jamais « *R. 1110-2 cite l'aide-soignant* » : c'est faux. Vous êtes couvert par la catégorie générique des professionnels de santé de la quatrième partie du code — et de toute façon, le **I de l'article L. 1110-4 impose le secret à « tout membre du personnel »**. Personne n'y échappe, même le personnel administratif.

5.3 L'accès du résident à son dossier

Vous n'aurez sans doute jamais à gérer une demande d'accès — c'est la direction qui s'en occupe. Mais vous devez savoir que ça existe, parce que ça change la façon d'écrire.

LA RÈGLE	LE DÉTAIL EXACT
Le délai ★★	8 jours au plus tard après la demande — mais pas avant 48 h (délai de réflexion obligatoire).
Le délai long ★★	2 mois dans deux cas — et c'est ici que tout le monde se trompe : quand les informations datent de plus de 5 ans , OU quand la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. La formule courante « 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans » est incomplète.
Ce qui est communicable ★★★	Le dossier de soins infirmiers , les informations relatives aux soins des autres professionnels, les correspondances entre professionnels. Vos transmissions en font partie.
Ce qui ne l'est pas ★	Les informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge, ou concernant un tiers .
Après le décès ★★	Les ayants droit y ont accès pour des motifs précis, sauf opposition exprimée du vivant de la personne.

Art. L. 1111-7 CSP (version en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2021) · art. R. 1111-1 CSP (point de départ du délai) · art. L. 311-3 CASF (droits de la personne accueillie en ESSMS) · art. R. 1112-2 CSP (détail du contenu communicable — établissements de santé uniquement) · art. L. 1110-4, V, CSP (ayants droit, concubin, partenaire de PACS).

5.4 Le mythe des « notes personnelles »

Voici la croyance la plus répandue, et l'une des plus dangereuses. Elle circule dans tous les services de France.

« Mon cahier, c'est mes notes personnelles. Personne n'a le droit de le lire. »

Pour un aide-soignant : faux. Intégralement.

Le seul fondement de la notion de « notes personnelles » est l'article R. 4127-45 du code de la santé publique — le code de déontologie **médicale**. Il vise les notes du **médecin**, tenues « indépendamment du **dossier médical** prévu par la loi ».

Il n'existe aucun équivalent dans le code de déontologie des infirmiers. Aucun pour les aides-soignants. La notion ne vous concerne tout simplement pas.

ET MÊME POUR CEUX QU'ELLE CONCERNE, ELLE NE TIENT PAS

La CADA (Commission d'accès aux documents administratifs) le dit de façon constante : des notes « **détenues et conservées par un établissement de santé ont nécessairement perdu leur caractère personnel** et sont par suite soumises au droit d'accès ».

Traduction :

dès qu'un écrit est formalisé et qu'il reste dans l'établissement, il est communicable. Le nom que vous lui donnez n'y change rien.

Le raisonnement « c'est personnel → donc ce n'est pas formalisé → donc ce n'est pas communicable » est un sophisme. La formalisation est un fait matériel, pas une intention.

MÉMO

LA CONSÉQUENCE PRATIQUE — ET ELLE EST IMMÉDIATE

Le petit cahier dans la poche de votre blouse, le carnet de la salle de soins, le tableau blanc du poste : **tout ça est du dossier qui s'ignore.**

Deux règles simples :

1. N'y écrivez **jamais** ce que vous n'écririez pas au dossier.
2. Si l'information mérite d'être notée, **elle mérite d'être au bon endroit**. Un pense-bête personnel non nominatif (« *chambre 12 : recontrôler le pansement à 16 h* ») est une chose. Un journal parallèle avec des noms et des jugements en est une autre — et il ne vous protégera pas. **Il vous accusera.**

5.5 La forme — les six règles qui ne se discutent pas

1. Daté et horodaté

La date **et** l'heure. Un écrit sans heure ne prouve pas la **chronologie** — donc ne prouve rien de la réactivité.

2. Signé et identifiable

Votre **nom** et votre **fonction**. « AS » et pas juste une initiale : on doit savoir **qui** a écrit et **à quel titre**. En dossier informatisé, c'est votre **identifiant personnel** — jamais celui d'un collègue, jamais un compte partagé.

3. Pas de blanc-correcteur, pas de rature

On **barre d'un trait**, on écrit à côté, **on paraphe**. Un blanc-correcteur sur un dossier fait présumer la **dissimulation**. Sur un dossier informatisé, on ne supprime pas : **on corrige, et l'historique reste**.

4. Pas de blanc entre deux lignes

Un espace vide est un espace où **quelqu'un peut ajouter quelque chose**. Sur papier, on trace un trait.

5. Les abréviations validées seulement

Celles de la **liste de votre établissement**. Les autres n'existent pas. Le piège : **une abréviation peut avoir deux sens** — « TA » (tension artérielle / tentative d'autolyse), « RA » (rachianesthésie) et « RAS » (rien à signaler) qu'on confond vite. Voir le Tome 1.

6. En temps utile

Écrire à 22 h ce qu'on a vu à 8 h, c'est écrire un **souvenir**, pas une observation. Et ça se voit. **Notez au fil de l'eau, rédigez ensuite**.

5.6 La suspicion de maltraitance — la seule page à lire deux fois

C'est rare. C'est terrifiant quand ça arrive. Et c'est exactement là qu'un écrit mal fait détruit tout.

LA RÈGLE ABSOLUE

Décrivez ce que vous avez constaté. Jamais ce que vous en pensez.

Ce qu'on ne doit pas lire : « Je pense que son fils la frappe. »

Ce qu'il faut écrire : « Constaté à la toilette du 14/03 : **ecchymoses des deux avant-bras, de forme allongée, et une ecchymose de 4 cm à la face externe du bras gauche.** Mme R. **ne donne pas d'explication** et dit : **"j'ai dû me cogner"**. **Aucune chute tracée au dossier.** Se met à pleurer quand je lui demande si elle a mal. **Cadre et IDE informées le 14/03 à 10 h 15.** »

La seconde version **ne conclut rien** — et c'est précisément pour ça qu'elle est infiniment plus lourde. Une accusation se conteste. Une description ne se conteste pas.

LE SECRET NE VOUS EMPÊCHE PAS DE SIGNALER — C'EST L'INVERSE

L'article **226-14 du code pénal** lève le secret professionnel pour permettre le signalement de **maltraitements, de privations ou de sévices** — y compris les atteintes ou mutilations sexuelles — infligés à un **mineur** ou à une **personne vulnérable** (âge, maladie, infirmité, déficience).

Détail décisif, et peu connu : ce cas de figure est ouvert à « celui qui » — **sans condition de qualité professionnelle**. Autrement dit, il ne vous est pas réservé en tant que soignant : **il vous est ouvert en tant que personne**. Les autres dérogations de l'article, elles, sont réservées aux professionnels de santé.

Vous ne violez pas le secret en signalant. Vous exercez une faculté que la loi vous donne expressément. Passez par votre cadre et votre direction : c'est le circuit, et il vous protège.

Art. 226-14 code pénal, version en vigueur depuis le 12 mai 2024. Le mot « maltraitements » a été inséré par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 dite « bien vieillir », art. 13 — beaucoup de supports reproduisent encore la version antérieure. Attention aussi : une version modifiée existe, elle n'entre en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2029 (ordonnance n° 2025-1091 du 19 novembre 2025) — les moteurs de recherche la renvoient facilement.

5.7 Cas concret — le groupe WhatsApp de l'équipe

CAS CONCRET · EHPAD · UN GROUPE DE 14 SOIGNANTS

« C'est entre nous, on est tous soignants »

Aucune mauvaise intention. Un groupe créé pour s'entraider sur les plannings. Et un message, un soir, qui expose son autrice à un an de prison — et l'établissement à bien pire.

1

LA SITUATION

Le groupe existe depuis deux ans. **14 membres** : des AS, des AES, deux IDE, l'ancienne collègue partie l'an dernier et qu'on n'a jamais retirée, et le conjoint d'une collègue ajouté « *par erreur, pour un covoiturage* ».

Il sert à échanger des gardes, prévenir d'un retard, se soutenir. **C'est utile, et c'est humain.**

Ce soir, une collègue écrit : « *Mme R. chambre 12 a encore fait une crise ce soir, elle a tapé Sophie. Franchement elle devrait pas être là, c'est plus gérable.* » Et elle ajoute une **photo** de l'ecchymose sur le bras de Sophie.

2

COMPTONS LES INFRACTIONS — IL Y EN A PLUS QU'ON NE CROIT

1. Le nom et le numéro de chambre. Mme R. est **identifiable**. C'est une donnée de santé.

2. Les destinataires. Sur 14 membres : une ancienne collègue qui **ne fait plus partie de l'équipe de soins**, un conjoint qui n'en a **jamais** fait partie, et des soignants qui **ne s'occupent pas de Mme R.** Chacun d'eux est un tiers. La révélation est constituée.

3. « Elle devrait pas être là. » Un jugement, sur un support conservé, horodaté, exportable.

4. La photo. Prise et diffusée avec un téléphone personnel, hors de tout circuit sécurisé.

Article 226-13 du code pénal : un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende. Et l'autrice n'est pas seule : **tout soignant du groupe qui relaie l'information la révèle à son tour** à des personnes qui n'y ont pas droit.

3

« MAIS ON EST TOUS SOIGNANTS » — POURQUOI L'ARGUMENT NE TIENT PAS

C'est l'argument qu'on entend toujours, et il repose sur une **vraie** règle, mal comprise.

Oui, au sein d'une **même équipe de soins**, les informations sont « *réputées confiées à l'ensemble de l'équipe* ». **Mais avec deux limites que le groupe fait sauter d'un coup :**

- l'équipe de soins, ce sont les professionnels qui participent **directement** aux soins **de ce résident-là**. Pas « tous les soignants du monde ». **L'ancienne collègue n'en fait plus partie. Le conjoint n'en a jamais fait partie.**
- le partage est limité aux informations « **strictement nécessaires à la coordination des soins** », **dans le périmètre des missions** (art. R. 1110-1 CSP).

« Elle devrait pas être là » n'est nécessaire à la coordination d'aucun soin.

4

ET POURTANT, IL Y AVAIT UNE VRAIE INFORMATION CE SOIR-LÀ

C'est le plus rageant. **Cette collègue a vu quelque chose d'important.** Une résidente qui frappe une soignante, c'est un événement majeur — pour Mme R. autant que pour Sophie.

Elle l'a écrit **au seul endroit où ça ne servait à rien**, et où ça l'exposait pénalement.

Ce qu'il fallait faire — trois écrits, trois endroits :

1. Au dossier de Mme R. — Cible : Agitation avec hétéro-agressivité. D — A frappé une soignante au bras à 19 h 20 lors de l'aide au coucher. **3^e épisode d'agitation vespérale cette semaine** (17, 19 et 21/03), le premier avec passage à l'acte. Ne verbalise pas de raison. Dit après coup : « je veux qu'on me laisse ». A — Soins interrompus, retrait de la chambre, retour à 20 h avec une autre collègue : accepté. **IDE prévenue à 19 h 30.** R — Couchée à 20 h 15 sans nouvel épisode. **Cible ouverte :** réévaluation demandée, recherche d'une cause (douleur ? infection ? traitement récent ?).

2. Un signalement d'événement indésirable — circuit séparé, non punitif, pour que l'établissement analyse l'organisation du coucher.

3. Une déclaration d'accident du travail pour Sophie — c'est un droit, et personne n'y pense.

5

CE QUE CE CAS VAUT EN JURY — ET IL VAUT CHER

Un candidat qui raconte : « *j'ai constaté que notre groupe d'équipe contenait des informations nominatives et des personnes extérieures à l'équipe de soins ; j'ai fait le lien avec l'article L. 1110-4 ; j'en ai parlé à ma cadre sans dénoncer personne ; nous avons repris le sujet en réunion et le groupe a été recentré sur les plannings* » — **ce candidat vient de démontrer la compétence 11 en entier :** connaître son cadre, améliorer sa pratique, faire progresser l'équipe.

Et il l'a fait sans dénoncer personne. C'est ça, la démarche qualité.

Compétences démontrées (par la conduite corrigée) : **Cpt 11** coopérer, démarche qualité **Cpt 10** transmettre au bon endroit **Cpt 2** identifier une situation à risque **Cpt 1** respect de la personne

MÉMO

LE TEST DES TROIS SECONDES, AVANT D'ENVOYER QUOI QUE CE SOIT

« Est-ce que je serais à l'aise si Mme R. lisait ce message par-dessus mon épaule ? »

C'est exactement la même règle que pour le dossier. **Et ce n'est pas un hasard** : le droit ne fait pas de différence entre un dossier, un cahier, un tableau blanc et un message. Ce qui compte, c'est **l'information** et **qui la reçoit** — pas le support.

Une règle qui vaut pour tout : si l'information mérite d'être transmise, elle mérite le **bon canal**. Et si elle ne mérite aucun canal, c'est qu'elle ne devait pas être écrite.

QUIZ FLASH · PARTIE 5

Validez avant de passer à la suite

1. Les transmissions ciblées sont-elles obligatoires ? Qu'est-ce qui l'est ?

Non

transmettre et tracer

compétence 10

art. R.

4311-1 CSP

communicable
2. « Dans l'équipe de soins, le consentement est présumé, on peut tout se dire. » Corrigez.

1.

réputées confiées à l'ensemble de l'équipe

droit d'opposition subsiste

2.

double limite

strictement nécessaire

dans le périmètre de ses missions
3. Votre cahier de poche est-il protégé au titre des « notes personnelles » ?

Non.

médicale

médecin

Aucun équivalent n'existe

pour les infirmiers ni pour les AS.

a nécessairement perdu son

caractère personnel
4. Une erreur dans le dossier : comment la corrige-t-on ?

barre d'un trait

on paraphe

Jamais de blanc-correcteur

on corrige, et l'historique reste
5. Vous constatez des ecchymoses évoquant une maltraitance. Qu'écrivez-vous ?

Uniquement ce que vous avez constaté

citation de la

personne

alerte horodatée

une description ne se conteste pas

art.

226-14 du code pénal

vous ne violez rien en signalant

Du terrain au livret 2

Une transmission montre ce qui s'est passé. Une situation de travail montre ce que vous avez pensé. Voici la bascule.

Les six blocs

Trois sont déjà votre D · A · R. Il en reste trois.

Le bloc 3

Celui que tout le monde saute. Le seul qui prouve.

La matrice

11 compétences, 8 situations. Votre livret 2 en dix minutes.

6.1 Le même matériau, deux objets différents

Vous savez maintenant écrire une transmission. Votre livret 2 en est le cousin — mais pas le jumeau, et confondre les deux est l'erreur la plus fréquente des candidats.

	LA TRANSMISSION	LA SITUATION DE TRAVAIL (LIVRET 2)
Pour qui ?	L'équipe de demain	Un jury , qui ne vous connaît pas et ne vous verra jamais travailler
Pour quoi ?	Continuité des soins	Prouver une compétence
Longueur	3 à 10 lignes	1 à 2 pages
Le « je »	Implicite, souvent effacé	Obligatoire, partout
Le raisonnement	Absent — on transmet des faits	Central. Le jury veut voir pourquoi vous avez fait ça
Les limites du rôle	Se lisent en creux	Se disent explicitement

LA BASCULE, EN UNE PHRASE

Une transmission montre ce qui s'est passé. Une situation de travail montre ce que vous avez pensé.

C'est tout l'écart. Vos transmissions sont la **matière première** — excellente, datée, chiffrée. Mais il manque la couche que vous n'écrivez jamais au dossier, parce qu'au dossier elle serait déplacée : **votre raisonnement**.

Le jury n'a pas vu votre travail et ne le verra jamais. Ce qu'il lit, c'est ce que vous en avez compris.

6.2 Les six blocs

Une situation de travail qui fait cocher se construit toujours pareil. Six blocs, dans cet ordre.

1 CONTEXTE

Qui, où, quel traitement, depuis quand je la connais.

2 CE QUE J'AI OBSERVÉ

Daté, chiffré, cité. C'est votre D — vous savez déjà le faire.

3 CE QUE J'EN AI COMPRIS

Le raisonnement. ET la limite de mon rôle.

← **LE BLOC QUE TOUT LE MONDE SAUTE. LE SEUL QUI PROUVE QUE VOUS COMPRENEZ.**

4 CE QUE J'AI FAIT

Les actes, dans mon champ. L'alerte horodatée. C'est votre A.

5 LE RÉSULTAT

Ce que ça a donné. C'est votre R.

6 CE QUE J'EN RETIRE

Ce que j'ai changé dans ma pratique depuis. Deux lignes. Elles font la différence.

Blocs 2, 4 et 5 = votre D · A · R. Blocs 1, 3 et 6 = ce qu'il faut ajouter pour le jury.

MÉMO**LA BONNE NOUVELLE****Vous en avez déjà trois sur six.**

Vos transmissions **sont** les blocs 2, 4 et 5. Vous les écrivez tous les jours depuis des années.

Il vous reste à ajouter : **le contexte** (1), **le raisonnement** (3) et **l'apprentissage** (6). Trois blocs, dont un seul est difficile — **le 3**.

6.3**Le bloc 3 — le seul qui compte vraiment**

Si vous ne devez travailler qu'une chose de toute la Partie 6, c'est celle-ci.

X LE BLOC 3 ABSENT (LE CAS GÉNÉRAL)

CE QUE LE JURY LIT	
2	OBSERVÉ J'ai vu des ecchymoses sur ses bras.
4	FAIT J'ai prévenu l'infirmière.
5	RÉSULTAT Le médecin a adapté le traitement.

Le jury ne peut pas savoir si vous avez compris **pourquoi** il fallait alerter, ou si vous l'avez fait par réflexe. **Il ne coche pas.**

✓ LE BLOC 3 PRÉSENT

CE QUE LE JURY LIT	
2	OBSERVÉ Trois ecchymoses aux avant-bras, dont une de 6 cm, sans traumatisme rapporté ni chute tracée . Saignement gingival nouveau .
3	COMPRIS Mme L. est sous apixaban . Sous anticoagulant, des ecchymoses sans choc et un saignement gingival nouveau sont des signes de saignement. Je ne peux pas les interpréter — c'est hors de mon champ — mais je sais qu'ils justifient une évaluation infirmière sans délai . J'ai aussi vérifié au dossier qu'aucune chute n'était tracée, ce qui rendait ces marques d'autant plus significatives.
4	FAIT Toilette poursuivie en évitant tout frottement sur les zones concernées. Ecchymose mesurée et photographiée selon le protocole . IDE alertée à 9 h 25 sur les trois éléments.

FAIS LE LIEN — LES DEUX PHRASES MAGIQUES DU BLOC 3

Relisez la colonne de droite. Deux formules font tout le travail :

1. « **Je sais que...** » → vous montrez la **connaissance**. « Je sais que sous anticoagulant, une ecchymose sans choc est un signe de saignement. »
2. « **Je ne peux pas... c'est hors de mon champ** » → vous montrez la **limite**.

Le jury cherche exactement ces deux choses, et dans cet ordre. Savoir, et savoir où s'arrêter.

Un candidat qui n'a que la première fait peur. Un candidat qui n'a que la seconde n'apporte rien. **Un candidat qui a les deux est un professionnel.**

6.4 Le piège du « nous »

Le plus discret, le plus répandu, et il ruine des livrets entiers.

« Nous avons installé la résidente et nous avons prévenu l’infirmière. »

Le jury lit ça et se pose **une seule question** : qui, « nous » ? Vous ? Votre collègue ? L’équipe pendant que vous faisiez autre chose ?

Le jury coche une case en face d’un nom. Le vôtre — pas celui de l’équipe. Et il ne peut pas cocher une compétence sur la foi d’un pronom.

Le réflexe : relisez votre livret 2 et **surlignez chaque « nous », chaque « on », chaque verbe au passif** (« la résidente a été installée »). Chacun est un point que vous ne marquez pas.

Et quand c’est vraiment collectif ? Dites-le, mais dites votre part : « Nous étions deux pour le transfert. J’ai assuré le maintien du bassin pendant que ma collègue... ». Le « nous » est autorisé. Le « nous » sans « je » à côté, non.

6.5 Choisir ses situations — la matrice

Vous n’avez pas à raconter votre carrière. Vous avez à couvrir **onze compétences** avec un petit nombre de situations bien choisies.

COMPÉTENCE	CE QU’ELLE VEUT VOIR	UNE SITUATION TYPE QUI LA FAIT COCHER
Cpt 1 ★★★	<i>Accompagner, respecter la personne</i>	Un refus respecté, une habitude de vie prise en compte, un soin reporté plutôt qu’imposé.
Cpt 2 ★★★	<i>Identifier une situation à risque</i>	Toutes les situations d’alerte. C’est la compétence la plus facile à prouver — et celle que tout le livret vous prépare à démontrer.
Cpt 3 ★★★	<i>Évaluer l’état clinique</i>	Une observation datée, chiffrée, comparée à l’état habituel. Constantes, échelles de douleur.
Cpt 4 ★★	<i>Adapter les soins</i>	Un soin modifié à cause de ce que vous avez observé : gestes doux, installation, rythme, report.
Cpt 5 ★★	<i>Accompagner la mobilité</i>	Un lever en deux temps après une hypotension orthostatique, un transfert adapté.

Cpt 6 ★★★

Relation et communication

Une **citation**, un temps d'échange, une famille rassurée. Sous-utilisée par les candidats, adorée par les jurys.

Cpt 7 ★

Informier et former les pairs et les autres professionnels

Elle vise vos **pairs**, pas les résidents : encadrer une élève AS, informer un collègue d'un changement de cadre, transmettre à un professionnel. Ne la confondez pas avec la 6 (informer la personne et son entourage).

Cpt 8 ★★

Entretien des locaux et du matériel, prévention des risques

Bionettoyage, gestion et traçabilité du matériel, circuit du linge et des déchets, précautions standard. **Facile à prouver — ne la négligez pas.**

Cpt 9 ★

Repérer et traiter les anomalies et dysfonctionnements

Repérer un lève-personne défectueux, un lit qui ne descend plus, un dysfonctionnement de matériel, et **déclencher le signalement.**

Cpt 10 ★★★

Rechercher, traiter, transmettre

Chaque situation la coche, à condition de dire **où** vous avez écrit, **quand** vous avez alerté, et **à qui**. **Ne l'oubliez jamais.**

Cpt 11 ★★

Coopérer, démarche qualité

Un désaccord géré, un signalement d'événement indésirable, une pratique améliorée en équipe. **La plus difficile — et la plus valorisante.**

Intitulés résumés. Formulation officielle : arrêté du 10 juin 2021, annexe II (référentiel de compétences du DEAS).

MÉMO
LA MÉTHODE DE SÉLECTION, EN DIX MINUTES

1. Listez **huit** situations vécues — pas plus, et sans réfléchir. Celles qui vous viennent.
2. Pour chacune, cochez les compétences qu'elle démontre **réellement** (pas celles que vous aimeriez).
3. Regardez les **trous**. Il en restera toujours : typiquement les compétences **7, 9 et 11**.
4. Cherchez **une** situation pour chaque trou. Une seule.

Vous venez de construire votre livret 2 en dix minutes, avec zéro remplissage.

6.6 Les cinq erreurs du livret 2

#	L'ERREUR	LE CORRECTIF
1	Le « nous » ★★★	Surlignez-les tous. Remplacez par « je », ou ajoutez votre part.
2	S'attribuer une mention ★★★	« Cela montre que je suis attentive » → supprimez . C'est au jury de le conclure. Une affirmation ne prouve rien ; une observation datée prouve tout.
3	Chercher la situation spectaculaire ★★	Une toilette de vingt-cinq minutes peut cocher cinq compétences. Un arrêt cardiaque n'en cochera peut-être aucune — parce que vous n'y avez rien fait relevant de votre rôle propre .
4	Oublier le résultat ★★	Comme le R des transmissions. « Et alors ? » Le jury veut savoir ce que votre action a produit.
5	Ne jamais dire où s'arrête son rôle ★★★	Un candidat qui ne pose aucune limite dans tout son livret inquiète. Placez-en au moins une par situation .

FAIS LE LIEN — ET SI VOUS N'AVIEZ QU'UNE CHOSE À RETENIR DE CE LIVRET

Vous avez déjà vécu tout ce qu'il faut pour être validé.

Vous n'avez pas besoin de vivre une situation de plus. Vous n'avez pas besoin d'un an d'expérience supplémentaire. Vous avez besoin de **regarder ce que vous avez déjà fait avec les yeux de quelqu'un qui sait le nommer**.

C'est ce que ces trois tomes vous ont donné : les **mots** (Tome 1), les **mécanismes** (Tome 2), et la **phrase** (Tome 3).

Le reste, vous l'avez depuis longtemps.

6.7 Cas concret — la transformation, en direct

CAS CONCRET · ATELIER · DE HUIT LIGNES À UNE PAGE

Votre transmission de mardi vaut un livret 2

Nous partons d'une transmission ordinaire, écrite un mardi ordinaire, dans un service ordinaire. Nous n'ajoutons aucun événement. Nous ajoutons trois blocs.

1

LE POINT DE DÉPART — UNE TRANSMISSION CORRECTE

Cible : Hypotension au lever

D — Étourdissement au lever ce matin à 7 h 40. Dit : « *ça tourne quand je me mets debout* ». **TA couché 132/78, TA debout 98/60.** Pâleur. Pas de chute. Nouveau traitement introduit il y a 4 jours.

A — Recouchée immédiatement. Lever repris **en deux temps** à 8 h : assise 3 minutes bord de lit, puis debout avec appui. **IDE prévenue à 7 h 50.**

R — Levée sans étourdissement à 8 h 05. IDE informe le médecin. **Consigne : lever en deux temps systématique. TA couché/debout à contrôler demain matin.**

C'est une bonne transmission. Datée, chiffrée, citée, l'alerte est horodatée, le R est renseigné et donne une consigne. **Rien à y reprendre.**

2

ET POURTANT, TELLE QUELLE, ELLE NE VAUT RIEN EN JURY

Recopiez-la dans votre livret 2 et le jury lira : **une soignante a mesuré une tension et prévenu l'infirmière.** C'est bien. Ça ne prouve rien.

Pourquoi ? Parce qu'elle ne dit pas pourquoi vous avez fait ça. Or c'est là que tout se joue :

- Pourquoi avez-vous pris la TA **couché ET debout** ? Ce n'est pas un réflexe. C'est une décision clinique.
- Pourquoi avez-vous noté « **traitement introduit il y a 4 jours** » ? Personne ne vous l'a demandé.
- Pourquoi un lever **en deux temps**, et pas juste « doucement » ?

Vous savez répondre aux trois. Mais vous ne l'avez pas écrit — parce qu'au dossier, ça n'aurait pas eu sa place.

3

BLOC 1 — LE CONTEXTE (2 MINUTES D'ÉCRITURE)

Mme M., 86 ans, résidente de l'EHPAD où j'exerce depuis quatre ans. Je l'accompagne quotidiennement depuis son entrée il y a deux ans. **Autonome pour la marche avec une canne**, se lève seule habituellement, participe aux activités. Traitée pour une **hypertension artérielle**, avec une **modification de traitement le 10 mars**. Le 14 mars, je suis en poste du matin, seule sur le secteur.

Ce que ce bloc fait : il donne au jury un **état habituel** (comme sur une fiche de transfert), une **ancienneté de relation** (vous la connaissez, donc vous pouvez comparer), et il pose « **modification de traitement le 10 mars** » — que le bloc 3 va faire exploser.

4
BLOC 3 — LE RAISONNEMENT (LE SEUL BLOC DIFFICILE)

Devant un étourdissement au lever chez une personne âgée hypertendue, **je sais que la première hypothèse à écarter est l'hypotension orthostatique** — c'est-à-dire une chute de tension au passage à la position debout. **C'est pour cette raison que j'ai mesuré la tension dans les deux positions**, et non une seule fois : **c'est l'écart entre les deux qui a du sens**, pas la valeur isolée. J'ai retrouvé 132/78 couché contre 98/60 debout.

J'ai également relevé au dossier que son traitement antihypertenseur avait été modifié quatre jours plus tôt. Je ne peux pas conclure à un effet du traitement — **poser ce lien n'est pas dans mon champ** — mais je sais que **la chronologie est une donnée**, et que sans elle le médecin ne peut pas faire le rapprochement. **C'est pour ça que je l'ai transmise.**

Enfin, **je savais que le risque immédiat était la chute**, avec ses conséquences chez une personne de 86 ans. **C'est ce qui a déterminé ma conduite : recoucher d'abord, alerter ensuite, et ne reprendre le lever qu'en deux temps.**

Voilà. C'est ça, le bloc 3. Et vous n'avez rien inventé — vous avez juste écrit ce que vous pensiez déjà.

5
BLOC 6 — CE QUE J'EN RETIRE (2 LIGNES, ET ELLES PÈSENT)

Depuis cette situation, **je prends systématiquement la tension couché puis debout** quand un résident me signale un étourdissement au lever — et non plus une seule mesure. Et **je vérifie au dossier si un traitement a été introduit ou modifié dans les jours précédents** : c'est une information que le médecin n'a pas s'il n'était pas là. J'en ai parlé en réunion d'équipe ; **nous avons convenu de tracer systématiquement les modifications de traitement dans les transmissions de la semaine qui suit.**

Regardez la dernière phrase. Elle vient de faire basculer la situation de la compétence 3 vers la **compétence 11** — coopérer et améliorer sa pratique, la plus difficile à prouver de tout le référentiel. En une phrase, à la fin, sur une situation que vous aviez déjà vécue.

Compétences cochées par la version complète : **Cpt 3** **Cpt 2** **Cpt 5** **Cpt 10** **Cpt 11** — la même situation, version transmission seule : **aucune.**

MÉMO
CE QUE VOUS VENEZ DE VOIR, ET QUI EST TOUT LE LIVRET

Aucun fait n'a été ajouté. Aucun événement, aucune compétence supplémentaire, aucune heure de travail en plus.

Nous avons pris une transmission de **huit lignes**, écrite un mardi, et nous avons ajouté **trois blocs** : qui elle est, ce que je pensais, ce que j'ai changé depuis.

Cinq compétences. Une prise de tension. Vous les avez déjà, ces mardis-là. Il vous reste à les écrire.

QUIZ FLASH · PARTIE 6

Validez avant le grand quiz

1. Quelle est la différence entre une transmission et une situation de travail ?

ce qui s'est passé ce que vous avez pensé
Le jury n'évalue pas votre travail : il évalue votre compréhension de votre travail.

2. Citez les six blocs. Lequel est le plus important, et pourquoi ?

Contexte · Observé · Compris · Fait · Résultat · Retiré. bloc 3 (« compris »)
comprenez 2, 4 et 5 sont votre D · A · R

3. Quelles sont les deux formules qui font tout le travail dans le bloc 3 ?

« Je sais que... » « Je ne peux pas... c'est hors de mon champ »
ces deux choses. Le jury cherche exactement

4. Pourquoi le « nous » est-il un piège ?

le jury ne valide pas une équipe, il valide une personne
j'ai assuré dites votre part

5. Vaut-il mieux raconter un arrêt cardiaque ou une toilette ?

Une toilette aucune
cinq Le jury ne récompense pas le spectaculaire. Il récompense le
raisonnement.

Le quiz des 30 questions

Répondez sans regarder le livret, puis vérifiez avec le corrigé commenté. Objectif : **24/30**.

5 séries

La cible · le DAR · l'écriture
· le dossier · le cadre et le
jury.

Corrigé commenté

Pas seulement la réponse :
le raisonnement et le
mnémo.

Votre score

24/30 = vous êtes prêt·e.
En dessous, on vous dit
quoi reprendre.

A La cible

- Q1.** Définissez une cible en une phrase. Combien de mots doit-elle faire ?
- Q2.** Citez quatre choses qui ne sont jamais une cible.
- Q3.** Citez les trois questions du filtre, et son mnémo.
- Q4.** « Fièvre » et « infection urinaire » : lequel est une cible ? Pourquoi ?
- Q5.** M. T. est agité tous les soirs depuis trois semaines. Ce soir il est calme. Cible ou pas ?
- Q6.** Mme L. tousse au repas et ne finit pas son assiette. Une cible ou deux ? Quel test tranche ?

B La mécanique D · A · R

- Q7.** À quelle question répond chacune des trois lettres ?
- Q8.** Citez le mnémo du D, puis celui du A.
- Q9.** Le R vient d'un mot anglais. Lequel, et pourquoi ça change tout ?
- Q10.** Qu'est-ce qu'une cible ouverte ? Comment s'écrit-elle ?
- Q11.** « A. — L'IDE a fait un bilan sanguin. » Où est l'erreur ?
- Q12.** Que manque-t-il à « IDE prévenue » ?

C L'écriture

- Q13.** La règle unique de l'écriture professionnelle, en trois mots ?
- Q14.** « Objectif = bien, subjectif = mal. » Vrai ou faux ? Justifiez.
- Q15.** Quel test permet de distinguer une donnée d'une impression ?
- Q16.** Réécrivez : « Semble angoissée. »

Q17. Réécrivez : « Résidente pénible, a encore sonné 15 fois pour rien. »

Q18. Citez quatre mots à bannir définitivement de vos écrits.

Q19. Pourquoi la citation d'un résident est-elle si puissante ?

Q20. Quelle est la meilleure règle d'écriture jamais inventée, et sur quel texte repose-t-elle ?

D Le dossier

Q21. Quand écrit-on une macrocible, et combien de fois ?

Q22. Que signifie MTVED ? Est-ce une norme ?

Q23. « Toilette effectuée » et « toilette refusée » : où va chacune, et pourquoi ?

Q24. Quelle rubrique ne doit jamais manquer sur une fiche de transfert vers l'hôpital ?

Q25. Vous étiez deux pour trente résidents. Où l'écrivez-vous ?

E Le cadre et le jury

Q26. Les transmissions ciblées sont-elles obligatoires ? Qu'est-ce qui l'est ?

Q27. Corrigez : « Dans l'équipe de soins, le consentement est présumé, on peut tout se dire. »

Q28. Votre cahier de poche est-il couvert par les « notes personnelles » ?

Q29. Citez les six blocs d'une situation de travail. Lequel est décisif ?

Q30. Pourquoi le « nous » vous coûte-t-il des points ?

30

CORRIGÉ COMMENTÉ

Vérifiez vos réponses

1 point par question. Comptez 0,5 si votre réponse est partielle.

24 – 30

Vous êtes prêt·e. Prenez une situation vécue et écrivez-la ce soir.

18 – 23

Bonne base. Reprenez les Parties 1 et 2 : tout le reste en dépend.

Moins de 18

Reprenez depuis la Partie 1. La cible déverrouille tout le livret.

A La cible

R1. L'énoncé concis de ce qui arrive à la personne ou de sa réaction. En langage de terrain : **ce qui a changé. Trois à cinq mots.** Si vous avez besoin d'une phrase entière, ce n'est pas encore une cible.

R2. Au choix : un acte de soin · un élément de surveillance · un jugement de valeur · un diagnostic médical · un besoin fondamental · un système anatomique · une donnée normale.

R3. Changer ? · Besoin de le savoir ? · Nommable en 5 mots ? Mnémo : « **Ça Bouge ? Note !** » Trois oui = c'est une cible. Un seul non = le diagramme de soins suffit. **La question 2 est la seule qui trie vraiment :** elle vous oblige à écrire pour quelqu'un qui n'était pas là.

R4. « Fièvre » est une cible — c'est un symptôme observable. **« Infection urinaire » n'en est pas une** — c'est un **diagnostic médical**, ce n'est ni votre rôle ni celui de l'IDE. La règle : si le mot désigne **ce que vous constatez**, c'est une cible ; s'il désigne **la cause**, c'est un diagnostic.

R5. C'est une cible. La règle n'est pas « le normal ne se transmet pas » — c'est « **ce qui ne change pas ne se transmet pas** ». Ici, le calme **est** le changement. Cible : « **Calme inhabituel** ».

R6. Une seule : « Trouble de la déglutition ». Le refus alimentaire n'est pas un problème autonome — c'est une **donnée** de la première cible. **Le test :** si le A et le R sont les mêmes, c'est une seule cible ; s'ils diffèrent, c'en est deux.

B La mécanique D · A · R

R7. D → « *qu'est-ce que j'ai constaté ?* » · **A** → « *qu'est-ce que j'ai fait ?* » · **R** → « *qu'est-ce que la personne est devenue ?* ». **Une lettre, une question, et une seule.** Dès qu'une lettre répond à la question d'une autre, la transmission se brouille.

R8. D · C · C — Daté, Chiffré, Cité. **A · A · A** — Adapté, Alerté, Assuré. Une donnée qui n'est ni datée, ni chiffrée, ni citée n'est pas une donnée : **c'est une impression.**

R9. Response — la **réponse de la personne**. Traduit en français par « Résultats », ce qui fait croire qu'on évalue **son propre soin**. D'où « *résultat satisfaisant* », qui ne dit rien, ou la ligne laissée vide « parce qu'il n'y a pas encore de résultat ». **Le R n'évalue pas votre soin : il décrit ce que la personne est devenue.**

R10. Une cible dont le résultat n'est pas encore connu — c'est normal et fréquent. **Elle s'écrit :** « *en attente du passage médical* », « *à réévaluer par l'équipe de nuit* », « *point le 18/03* ». **Elle ne se laisse jamais en blanc** : une ligne vide ne se lit pas « à suivre », elle se lit « **c'est réglé** ». C'est comme ça qu'une information meurt entre trois équipes.

R11. Le A, ce sont **vos** actions. Ce que l'IDE fait **après** votre alerte est un **R** — ou son propre écrit. Votre A s'arrête à votre champ de compétence, **et c'est précisément ce qu'on veut y lire**.

R12. L'heure. Et le motif. « *IDE prévenue à 19 h 25 : ecchymoses sans traumatisme, saignement gingival, pâleur.* » **Qui, quand, sur quoi.** Une alerte non horodatée n'est pas une alerte — et c'est une des rares lignes qui vous protège **personnellement**.

c L'écriture

R13. Décrivez. Ne concluez pas. La conclusion appartient à l'IDE et au médecin. **En ne concluant pas, vous ne pouvez pas vous tromper** — et l'équipe conclura toute seule à partir de vos faits.

R14. Faux. Le **subjectif du résident est une donnée** : la douleur **est** subjective par définition — c'est pour ça qu'on la **cote** au lieu de la mesurer. « *Se plaint d'une douleur, EN 6/10* » est parfaitement transmissible. **Ce qui est proscrit, c'est VOTRE subjectif** : « semble », « pas dans son assiette », « peu coopérante ».

R15. « **Un collègue qui n'était pas là verrait-il la même chose que moi ?** » Dans les textes, ça s'appelle la **reproductibilité**. Sur le terrain : « *est-ce que ça se vérifie ?* ». « Ecchymose de 6 cm » → oui. « Pas dans son assiette » → non.

R16. Écrivez **ce qui vous fait penser ça** : « *Pleure, se tord les mains, appelle sa fille 6 fois en une heure.* » **Si vous écrivez « semble », c'est que vous n'avez pas encore décrit.**

R17. « *A sonné 15 fois entre 19 h et 22 h (habituellement 2 à 3 fois). Motifs exprimés : repositionnement (×5), soif (×3), "pour voir quelqu'un" (×7). Dit : "j'aime pas rester seule le soir". 3^e soirée de ce type cette semaine.* » **Le seul fait de la phrase d'origine était « 15 fois ».** « Pour rien » était faux : c'était pour quelque chose que personne n'avait cherché. Le jugement remplace toujours une information qu'on n'a pas cherchée.

R18. Au choix : **pénible · capricieux · manipulateur · comédien · fait semblant · en rajoute · RAS · pas dans son assiette · mamie · dément · désagréable.** Point commun : jugements, flous, diagnostics volés ou procès d'intention — **et la personne décrite peut les lire.**

R19. Parce qu'une citation **est un fait** : la phrase a été prononcée. Vous ne l'interprétez pas, vous la rapportez — **elle est donc incontestable**, et elle vous met à l'abri. Et elle transmet plus qu'un résumé : « *refuse la toilette* » devient « *pas aujourd'hui, j'ai trop mal au dos* » — **un refus qui était une douleur.**

R20. « **Écrivez toujours comme si la personne lisait par-dessus votre épaule.** » Ce n'est pas une image : le **dossier de soins est communicable** (art. **L. 1111-7 CSP** ; en EHPAD, également **L. 311-3 CASF**), et ses **ayants droit** y accèdent après son décès. **Le piège** : l'article R. 1112-2, qu'on cite partout, ne vaut que pour les **établissements de santé**. C'est la seule règle d'écriture qui vous protège **et** qui améliore votre clinique.

D Le dossier

R21. À l'entrée, à la sortie ou au transfert, et parfois à une étape charnière du séjour. **Trois fois** — pas quand il se passe quelque chose : ça, c'est une **cible**. La cible est un instantané ; **la macrocible est la photo de famille**.

R22. Maladie · Traitement (ou Thérapeutique) · Vécu · Environnement · Développement. **Ce n'est PAS une norme** : l'acronyme n'apparaît dans **aucun texte** — ni Légifrance, ni HAS, ni le référentiel AS — et il en existe des variantes (**MTEVD**). C'est une **convention professionnelle**. En jury, dites : « *c'est la trame de macrocible d'entrée utilisée dans mon établissement* ».

R23. « Effectuée » → **diagramme de soins** : c'est prévu et fait, une croix suffit. « Refusée » → **transmission ciblée** : il s'est passé quelque chose. **La règle de tri : prévu et fait → diagramme ; pas comme prévu → transmission**.

R24. L'état habituel. Sans elle, l'hôpital n'a aucun point de comparaison — et **l'omettre efface le symptôme**. « Habituellement : marche seul, reconnaît les soignants, **jamaïs agité** » transforme « un dément agité » en « **un changement aigu chez un patient anticoagulé qui vient de se cogner la tête** ». Ces deux lignes peuvent lui épargner une contention.

R25. Pas dans le dossier du résident. Le soin non fait s'y trace — c'est un fait qui le concerne. Mais le manque d'effectif relève du **signalement d'événement indésirable** : circuit séparé, non punitif, fait pour analyser l'organisation. **Le dossier est celui du résident ; l'organisation, elle, se règle ailleurs**.

E Le cadre et le jury

R26. Non — et c'est vérifiable : les mots « transmissions ciblées », « DAR » et « macrocible » **n'apparaissent ni dans le référentiel AS, ni dans aucun référentiel de certification de la HAS**. La méthode a été introduite en France par une formatrice, pas par un texte. **Ce qui est opposable, c'est transmettre et tracer** : la **compétence 10**, l'art. R. 4311-1 CSP (traçabilité dans le dossier du patient) et le caractère **communicable** du dossier (art. L. 1111-7 CSP). **Les transmissions ciblées sont la meilleure méthode connue pour y arriver — pas une norme.**

R27. Deux erreurs. 1. Le texte ne parle pas de consentement présumé : les informations sont « **réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe** » (art. L. 1110-4, III) — une fiction sur le **destinataire**, pas sur l'accord. **Le droit d'opposition subsiste toujours. 2.** On ne peut pas tout se dire : l'art. R. 1110-1 pose une **double limite** — les seules informations **strictement nécessaires** à la continuité des soins, et **dans le périmètre de ses missions**. Appartenir à l'équipe ne donne pas accès à tout le dossier.

R28. Non. La notion vient de l'**art. R. 4127-45 CSP** — code de déontologie **médicale** — et vise les notes du **médecin** tenues « *indépendamment du dossier médical prévu par la loi* ». **Aucun équivalent n'existe pour les infirmiers, aucun pour les AS.** Et la **CADA** juge de façon constante qu'un écrit « *détenu et conservé par un établissement de santé a nécessairement perdu son caractère personnel* ». **Règle : n'écrivez jamais dans un cahier ce que vous n'écririez pas au dossier.**

R29. Contexte · Observé · Compris · Fait · Résultat · Retiré. Le **bloc 3 (« compris »)** est décisif : c'est celui que tout le monde saute, et **le seul qui prouve que vous comprenez au lieu d'exécuter.** Ses deux formules : « **je sais que...** » (la connaissance) et « **je ne peux pas, c'est hors de mon champ** » (la limite). Bonne nouvelle : les blocs **2, 4 et 5 sont votre D · A · R.**

R30. Parce que **le jury ne valide pas une équipe : il valide une personne.** Il ne peut pas cocher une compétence sur la foi d'un pronom. Surlignez chaque « nous », chaque « on », chaque verbe au passif (« *la résidente a été installée* ») : chacun est un point perdu. Si c'était vraiment collectif, **dites votre part** : « *nous étions deux, j'ai assuré le maintien du bassin pendant que...* ».

MÉMO

VOTRE SCORE

24 à 30 — Vous êtes prêt·e. **Ne relisez pas ce livret : ouvrez votre dossier.** Prenez une situation vécue et écrivez-la ce soir avec les six blocs.

18 à 23 — Bonne base. Reprenez les **Parties 1 et 2** : la cible et le DAR conditionnent tout le reste.

Moins de 18 — Reprenez depuis la **Partie 1**, sans vous décourager. **La cible déverrouille tout le livret** — le jour où vous la voyez, le reste devient mécanique.



ORACLE

VAE DEAS

Au cœur du soin · Au service du diplôme

Vous savez écrire le soin. Écrivons votre livret 2.

Vous avez maintenant les trois pièces : les **mots** pour nommer, les **mécanismes** pour comprendre, et la **phrase** pour prouver. C'est déjà plus que ce qu'apporte la majorité des candidats devant un jury.

Reste la partie que personne ne fait seul correctement : **choisir les bonnes situations, couvrir les onze compétences sans trou, et rédiger au niveau exact attendu.** C'est notre métier chez ORACLE.

Livret 2 structuré

Vos situations analysées, sélectionnées et rédigées au niveau attendu par le jury.

Alignement référentiel

Les 5 blocs et les 11 compétences couverts, démontrés, et rien laissé au hasard.

Préparation au jury

Entraînement à l'oral et anticipation des questions qui déstabilisent.

PARLONS DE VOTRE PROJET

oracle-vae-as.fr

Retrouvez nos accompagnements, nos ressources gratuites et notre formulaire de contact.

Par e-mail : stephane@oracle-vae-as.fr — indiquez votre parcours et votre ancienneté, nous vous répondons avec un premier avis sur votre éligibilité.

ORACLE — Accompagnement VAE DEAS · Ce livret est offert à titre pédagogique et peut être partagé librement, sans modification.

Références vérifiées sur Légifrance et sur le site de la HAS en juillet 2026 : arrêté du 10 juin 2021 relatif au DEAS (JO du 12 juin 2021), annexes II et III · art. L. 1110-4, L. 1110-12, L. 1111-7, R. 1110-1, R. 4311-1, R. 4312-35 CSP · art. L. 311-3 CASF · art. 226-13 et 226-14 code pénal · décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 · ANAES, mai 2004 · Lampe S., *Nursing Management*, 1985 · Dancausse F. et Chaumat É., Masson, 2000 · vae.gouv.fr · Édition 2026.

Support de révision. Les personnes et situations décrites sont fictives. En situation professionnelle, référez-vous aux procédures et supports de votre établissement.