

GUIDE PRATIQUE DES TRANSMISSIONS CIBLÉES

Repères professionnels pour les soignants

Fondé principalement sur la HAS, l'OMS, le référentiel de l'aide-soignant du 10 juin 2021 et, en appui, sur le cadre infirmier.

Point d'honnêteté méthodologique. Il n'existe pas, à ma connaissance, de liste HAS ou OMS exhaustive des "cibles obligatoires". Ce guide propose donc des repères professionnels déduits de principes officiels : traçabilité, continuité des soins, sécurité, communication utile, alerte et adaptation de la prise en soins.

1. Pourquoi cibler ?

La transmission ciblée n'est pas un "plus" administratif : c'est un outil de sécurité, de continuité et de coordination. La HAS rappelle que le dossier du patient assure la traçabilité des actions réalisées et constitue un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins. Dans cette logique, cibler consiste à mettre en évidence ce qui compte réellement pour comprendre une situation, adapter la prise en soins et sécuriser la suite.

L'OMS insiste, de son côté, sur le risque lié aux ruptures de communication entre professionnels : une transmission incomplète, imprécise ou trop diffuse peut entraîner une perte d'informations, une mauvaise continuité des soins, des décisions inadaptées ou un retard de réaction. La cible sert précisément à éviter cette dilution de l'essentiel.

2. Le principe fondamental de la cible

Une cible est un élément significatif concernant la personne soignée qui mérite une transmission structurée parce qu'il a un impact, immédiat ou potentiel, sur la prise en soins. Elle peut concerner un problème, un risque, un changement, une réaction, un refus, une douleur, un comportement inhabituel, une altération de l'état clinique ou une situation qui impose une vigilance particulière.

Autrement dit, on ne cible pas pour "raconter la journée". On cible parce que l'absence de cette information dans le dossier pourrait gêner la compréhension de la situation, la continuité de l'accompagnement, la surveillance, l'évaluation, la prévention d'un risque ou l'adaptation du soin.

Ce qu'une cible est / ce qu'elle n'est pas

Une cible est...	Une cible n'est pas...
une information utile à la prise en soins	un roman de relève
un fait centré sur la personne soignée	un règlement de comptes entre collègues
une alerte potentielle ou une modification significative	une opinion ou une étiquette : "ça va", "très bien", "pénible"

un élément traçable, daté, contextualisé	la répétition mécanique d'une situation stable déjà connue
--	--

3. Les principes à respecter pour bien cibler

- Être centré sur la personne soignée, et non sur le conflit d'équipe.
- Être utile : l'information doit pouvoir servir à comprendre, surveiller, prévenir ou adapter.
- Être factuel : ce qui est observé, entendu, mesuré ou rapporté doit être identifiable.
- Être proportionné : tout n'a pas vocation à devenir une cible.
- Être daté et contextualisé : moment, circonstances, retentissement.
- Distinguer clairement observation, verbatim, interprétation et hypothèse.
- Être rédigé dans le respect de la confidentialité et de la dignité.
- Être cohérent avec l'oral : une situation importante ne doit pas rester uniquement écrite.
- Conduire, si nécessaire, à une alerte ou à une réévaluation.

Le référentiel aide-soignant de 2021 va dans ce sens : l'aide-soignant recueille, analyse et transmet des informations utiles et nécessaires à l'adaptation de la prise en soins ; il évalue l'état clinique dans son champ de compétences ; il discerne le caractère urgent d'une situation et alerte. Il doit également repérer des situations à risque, notamment de maltraitance, et transmettre les informations nécessaires.

3. Objectivité, impartialité et indépendance du jugement professionnel

Une transmission ciblée n'a pas pour but de protéger des habitudes de service, ni de taire une situation parce qu'elle pourrait mettre un ou plusieurs professionnels en difficulté. Elle a pour finalité de tracer une information utile, factuelle et nécessaire à la continuité, à la coordination et à la sécurité de la prise en soins. Le soignant n'écrit donc pas en fonction de ce que l'équipe accepte ou non de voir apparaître, mais en fonction de ce qu'il observe et de ce qui peut avoir un impact sur la personne soignée.

Dans ce cadre, une cible doit rester objective, impartiale et centrée sur les faits. Elle ne sert ni à accuser, ni à interpréter, ni à poser un diagnostic. L'aide-soignant n'a pas à déterminer seul si un fait est grave ou bénin ; il doit observer, décrire, transmettre et alerter si nécessaire. Ainsi, un fait nouveau, inhabituel ou ayant un retentissement sur le confort, la sécurité, la dignité ou la surveillance de la personne a vocation à être tracé, même si cela dérange ou questionne certaines pratiques d'équipe.

Dire qu'un professionnel « en fait trop » ou « qu'il cible trop » parce qu'il cible une situation inhabituelle n'est pas un argument professionnel recevable. Dès lors qu'une cible est rédigée avec mesure, sans jugement, sans accusation et dans l'intérêt de la personne soignée, elle relève pleinement du travail attendu du soignant.

4. Que faut-il cibler ?

Dans la pratique, une cible est pertinente lorsqu'un élément modifie la compréhension de la situation de la personne, le déroulement du soin, la sécurité, la surveillance, le confort, la dignité ou la conduite à tenir pour l'équipe. Les catégories ci-dessous constituent des repères, non exhaustifs, fiables pour le terrain.

4.1 Modifications de l'état clinique ou du comportement

- douleur nouvelle, majorée ou insuffisamment soulagée ;
- gêne respiratoire, toux inhabituelle, suspicion de fausse route ;
- agitation, confusion, somnolence, pleurs, repli inhabituel ;
- diminution marquée des prises alimentaires ou hydriques ;
- modification récente de l'élimination : diarrhée, constipation, rétention, fuites nouvelles ;
- rougeur, lésion cutanée, plaie, dégradation de l'état cutané ;
- fatigue inhabituelle, baisse d'autonomie, refus de mobilisation.

4.2 Situations à risque ou nécessitant une prévention

- risque de chute ;
- risque cutané ;
- risque infectieux ;
- risque de fausse route ;
- errance, fugue, désorientation ;
- refus répétés compromettant l'hygiène, l'alimentation, l'hydratation ou la sécurité ;
- matériel, protection ou dispositif inadapté, absent ou inefficace.

4.3 Situations modifiant la conduite à tenir

- douleur lors d'un transfert ou d'un soin ;
- plainte récurrente, anxiété forte, appréhension du soin ;
- besoin de réassurance, de temps supplémentaire, d'un autre mode d'approche ;
- surveillance renforcée décidée ou nécessaire ;
- information importante transmise par la personne ou l'entourage et ayant un impact concret.

5. Ce qui ne relève pas forcément d'une cible

Une situation connue, stable, déjà identifiée et déjà intégrée à l'organisation de soins n'a pas nécessairement vocation à être reciblée à chaque poste. Une transmission orale ou une traçabilité habituelle peuvent suffire lorsque l'information n'a pas changé et n'appelle ni adaptation, ni surveillance particulière nouvelle.

- un fait attendu, stable et déjà pris en compte dans le plan de soins ;
- une routine sans incident ni modification ;
- une formule vague sans contenu opérant ;
- une appréciation subjective non étayée ;
- la simple répétition d'un problème sans donnée nouvelle, sans action et sans résultat.

Il faut donc éviter deux excès : ne rien écrire alors que la situation change, ou tout écrire indistinctement au point de noyer l'essentiel.

6. Relève orale, cible écrite ou cible avec alerte ?

Niveau de transmission	Quand ?	Exemples
Relève orale seule	information connue, stable, sans changement, sans risque nouveau, sans action particulière à organiser	habitude déjà repérée ; situation chronique inchangée ; besoin de continuité simple

Cible écrite	changement, répétition, retentissement, risque, refus, douleur, atteinte de la dignité, besoin d'adaptation	douleur au soin ; refus alimentaire répété ; fuites nouvelles à la toux ; rougeur cutanée
Cible écrite + transmission orale immédiate	urgence, aggravation, risque élevé, suspicion de maltraitance, détresse importante, conséquences rapides possibles	chute ; détresse respiratoire ; douleur majeure ; propos ou signes laissant craindre une prise en charge mal vécue ou douloureuse

Cette grille n'est pas une nomenclature réglementaire fermée ; c'est un repère de décision cohérent avec la finalité officielle des transmissions : permettre des soins sûrs, continus, coordonnés et réactifs.

7. Comment rédiger une cible de manière professionnelle ?

La forme la plus connue repose sur la logique DAR : Données, Actions, Résultats. Le format exact peut varier selon les logiciels ou les habitudes institutionnelles, mais l'esprit reste le même : rendre lisible un fait significatif, ce qui a été fait, et ce que cela a produit.

7.1 Données

- décrire ce qui est observé, entendu, mesuré ou constaté ;
- situer dans le temps et les circonstances ;
- utiliser le verbatim lorsqu'il apporte une valeur clinique ou relationnelle ;
- indiquer "selon la résidente" ou "dit que..." lorsque l'information est déclarative.

7.2 Actions

- indiquer ce qui a été fait concrètement ;
- mentionner la surveillance, la réassurance, l'adaptation du soin, le relais oral ou l'alerte ;
- préciser, si utile, à qui l'information a été transmise.

7.3 Résultats

- noter l'évolution après l'action : amélioration, persistance, aggravation, refus maintenu, besoin de réévaluation ;
- éviter de laisser une cible sans suite lorsque le résultat est connu.

7.4 Formulations à éviter / formulations plus justes

À éviter	À privilégier
« Résidente anxieuse »	« Résidente en pleurs à l'entrée dans la chambre, verbalise redouter le soin, se crispe au contact. »
« Ça va »	« Soin réalisé sans opposition ; douleur non exprimée ; participation habituelle conservée. »
« Elle fait exprès »	« Refuse le soin à ce moment, détourne le regard, dit vouloir attendre plus tard. »

« Collègue brutale »	« Résidente dit redouter certaines prises en charge car elles sont vécues comme trop rapides et douloureuses ; état émotionnel perturbé au moment du soin. »
----------------------	--

8. Quand la situation concerne indirectement un collègue

Certaines situations sont délicates parce qu’elles ont pour toile de fond une pratique professionnelle mal vécue par la personne soignée. Le bon positionnement n’est pas d’écrire contre un collègue ; il est de tracer ce qui concerne la personne, les faits rapportés, l’impact sur le soin et les actions engagées.

Exemple de logique juste : pleurs, appréhension du soin, verbalisation d’une douleur ou d’un vécu négatif, besoin de réassurance, interruption temporaire du soin, transmission orale à l’IDE ou au responsable. Si la situation se répète, s’aggrave, laisse craindre une maltraitance ou une atteinte à la sécurité, l’écrit seul ne suffit pas : une alerte adaptée doit être réalisée selon l’organisation de la structure.

Cette prudence rédactionnelle permet de rester objectif, traçable et centré sur le patient, tout en ne passant pas sous silence un élément potentiellement important pour la sécurité et la qualité de la prise en charge.

9. Exemples de cibles rédigées

Exemple 1 — Pleurs et appréhension du soin

Cible	Pleurs / appréhension du soin
Données	À l’entrée dans la chambre, résidente en pleurs. Dit être soulagée que le soin soit réalisé par moi. Verbalise redouter “la fille qui va vite” car “elle me laisse le temps de rien” et “elle me fait mal”. Tension corporelle observable au début du soin.
Actions	Soin interrompu temporairement pour temps d’écoute et de réassurance. Reformulation de la demande de la résidente. Surveillance de l’état émotionnel et de la douleur. Transmission orale réalisée à l’IDE / au responsable de proximité.
Résultats	Résidente apaisée après échange. Accepte la reprise du soin / ou anxiété persistante nécessitant réévaluation.

Exemple 2 — Toux avec pertes urinaires

Cible	Modification de l’élimination à l’effort de toux
Données	Résidente présente des pertes urinaires lors d’épisodes de toux. Situation rapportée comme plus fréquente depuis quelques jours. Protection humide à plusieurs reprises. Gêne exprimée.

Actions	Réfection d'hygiène et changement de protection. Surveillance de la fréquence des épisodes, de l'état cutané et du retentissement. Transmission orale à l'IDE pour évaluation de l'évolution et adaptation éventuelle de la prise en soins.
Résultats	Confort amélioré après soins d'hygiène. Situation à surveiller ; adaptation possible si répétition ou aggravation.

Exemple 3 — Refus alimentaire répété

Cible	Prises alimentaires diminuées / refus alimentaire
Données	Au déjeuner puis au dîner, la personne prend quelques bouchées seulement et repousse le plateau. Dit "je n'ai pas envie de manger". Boisson peu consommée. Pas de plainte douloureuse exprimée à ce moment.
Actions	Stimulation douce, proposition fractionnée, installation réajustée, surveillance hydrique. Transmission orale à l'IDE si répétition ou retentissement.
Résultats	Prise partielle maintenue / refus persistant. Surveillance poursuivie.

Exemple 4 — Rougeur cutanée débutante

Cible	Altération cutanée / risque cutané
Données	Erythème sacré observée lors de la toilette, non ouverte, persistante à l'appui. Personne alitée une grande partie de la journée.
Actions	Soins d'hygiène réalisés, installation réajustée, prévention des points d'appui, transmission orale et écrite pour surveillance renforcée.
Résultats	Peau intacte à ce stade. Situation à surveiller et à réévaluer.

10. Place de l'aide-soignant et articulation avec l'infirmier

Le référentiel de l'aide-soignant légitime clairement le rôle d'observation, de recueil, de transmission écrite et orale, d'évaluation dans le champ de compétences, d'identification des risques et d'alerte. Cibler fait donc partie d'un positionnement professionnel : observer juste, transmettre utile, sécuriser la suite.

En appui, le cadre infirmier rappelle que la surveillance, l'identification des risques, le confort et la sécurité de la personne relèvent du rôle propre infirmier. Les transmissions ciblées alimentent donc un travail pluri-professionnel : l'aide-soignant ne remplace pas l'évaluation infirmière ou médicale, mais il apporte des observations essentielles à cette évaluation.

11. Check-list avant de valider une cible

<input type="checkbox"/>	L'information concerne bien la personne soignée et non un jugement sur autrui.
<input type="checkbox"/>	La situation est suffisamment significative pour mériter une trace.
<input type="checkbox"/>	Les faits observés et les propos rapportés sont distingués.
<input type="checkbox"/>	Le contexte est compréhensible pour l'équipe.
<input type="checkbox"/>	Les actions réalisées sont indiquées.
<input type="checkbox"/>	Le résultat ou l'évolution est précisé lorsque c'est possible.
<input type="checkbox"/>	Une transmission orale ou une alerte a été faite si la situation l'exige.
<input type="checkbox"/>	La formulation reste respectueuse, factuelle et utile.

12. À retenir

- Une bonne cible ne raconte pas beaucoup : elle permet de comprendre vite, d'agir juste et de sécuriser la personne.
- On cible lorsqu'un fait est significatif pour la compréhension de la situation, la surveillance, la prévention d'un risque ou l'adaptation du soin.
- Une situation connue, stable et sans conséquence nouvelle ne doit pas être reciblée mécaniquement à chaque poste.
- En cas d'urgence, d'aggravation ou de risque important, l'écrit ne remplace jamais l'alerte orale.

Annexe — Sources officielles et liens utiles

Les références ci-dessous correspondent aux principaux appuis mobilisés pour ce guide. Elles sont présentées de façon lisible afin de permettre une vérification directe des formulations, principes et repères retenus.

[1] Haute Autorité de Santé — Dossier du patient

Traçabilité, communication, coordination, continuité des soins. [Ouvrir la source](#)

[2] Haute Autorité de Santé — SAED : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé

Structuration de la communication orale entre professionnels. [Ouvrir la source](#)

[3] World Health Organization — Communication during patient handovers

Risque de rupture d'information et sécurité du patient. [Ouvrir la source](#)

[4] Légifrance — Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant

Cadre général du référentiel de formation aide-soignant. [Ouvrir la source](#)

[5] Légifrance — Annexe II de l'arrêté du 10 juin 2021

Repérage des fragilités, risques, maltraitance, transmission et alerte. [Ouvrir la source](#)

[6] Légifrance — Code de la santé publique, article R4311-3

Rôle propre infirmier et continuité de la vie. [Ouvrir la source](#)

[7] Légifrance — Code de la santé publique, article R4311-5

Surveillance, identification des risques, confort et sécurité. [Ouvrir la source](#)

Nota : ce guide propose des repères professionnels et rédactionnels. Les modalités de traçabilité doivent toujours être articulées avec le logiciel, les procédures internes et l'organisation de la structure dans laquelle exerce le soignant.