



A g e n c e **N** a t i o n a l e
d' **A** c c r é d i t a t i o n e t
d' **É** v a l u a t i o n e n **S** a n t é

**RECOMMANDATIONS
POUR LA TENUE
DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS
DU MALADE A DOMICILE**

JUIN 1997

Service Médecine Libérale

Dans la collection Guides méthodologiques :

L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire - L'audit médical - mars 1993

La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations - septembre 1996

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'audit clinique - juin 1994

Evaluation de la tenue du dossier du malade - L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - juin 1994

Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en Juin 1997. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)
Service Communication et Diffusion - 159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13
Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 1998. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.B.S.N. : 2-910653-31-5

Prix net : 100 F

AVANT-PROPOS

Le dossier du patient, outil d'amélioration de la qualité des soins, est un support indispensable à la délivrance de soins de bonne qualité et par conséquent pour évaluer la qualité des nombreuses pratiques professionnelles, médicales et soignantes. Il concerne l'ensemble des professionnels de santé.

Le document présenté ici s'adresse spécifiquement aux infirmiers amenés à prendre en charge des malades suivis à domicile. Il fait suite aux documents réalisés précédemment par l'ANDEM, aujourd'hui devenue l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES), « Évaluation de la tenue du dossier du malade - l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé » et « La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations ».

En France, actuellement, la tenue d'un dossier de soins infirmiers pour des malades à domicile n'est pas obligatoire. L'objectif, ici, est de faire un état des lieux concernant la tenue d'un tel dossier et de proposer des recommandations pour sa mise en place. Celles-ci risquent d'entraîner des modifications d'organisation du travail et des habitudes des professionnels de santé concernés. L'utilisation d'un tel outil nécessite motivation, formation et investissement des professionnels, mais devrait objectiver et/ou conduire naturellement à une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

De même, à terme, après son appropriation par les professionnels, la détermination de critères de qualité pourrait permettre une évaluation de la tenue du dossier.

Puisse ce document faciliter la mise en place du dossier de soins infirmiers du malade à domicile et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles au bénéfice du patient et de la qualité des soins.

Le Directeur chargé de la mise en place de l'ANAES

Professeur Yves MATILLON

Ce travail a été réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé, par Madame Viviane LAURENT, Infirmière Libérale, Madame le Docteur Marielle LAFONT, Médecin Généraliste et coordonné par les Professeurs Alain DUROCHER et Michel DOUMENC.

La recherche documentaire a été effectuée par Madame Patricia BRUCKER avec l'aide de Madame Nathalie HASLIN, sous la responsabilité de Madame Hélène CORDIER, responsable du service Documentation de l'ANDEM.

Les recommandations ont été élaborées grâce à un groupe de travail comprenant les personnalités suivantes :

Madame Catherine DUHAMEL, Président du groupe de travail, infirmière libérale, Buchy
Monsieur le Docteur Bernard GAY, Coordonateur du groupe de travail, médecin généraliste enseignant, Rions

Madame Dominique BARDET, infirmière libérale, Ormoy-La-Rivière

Madame Françoise BOURGEOIS, infirmière et directrice de soins « Hospitalisation à Domicile » Santé Service, Paris

Madame Marlène CLAIRICIA, infirmière et formatrice, Hôpital Necker, Paris

Madame Claudine COSNARD, surveillante, Hôpital de Montfermeil

Mademoiselle Lucie CZARNECKI, infirmière libérale, Wattignies

Madame Josiane FARSSAC, infirmière libérale, Mirandol

Monsieur Thierry GRACH, infirmier libéral, Ploubazlanec

Madame Françoise HENRY, puéricultrice et coordonatrice « Hospitalisation à domicile », Montrouge

Madame Édith MANDIN, infirmière coordinatrice, Vaincre le Sida, Paris

Madame Michelle PAGES, infirmière libérale, Capestan

Monsieur Thierry TREMPÉ, médecin généraliste et coordinateur « Hospitalisation à Domicile » -HADAR-, Avignon.

L'Agence remercie les membres du Conseil Scientifique présidé par Monsieur le Professeur René MORNEX, tout particulièrement Monsieur le Professeur François STEUDLER et Monsieur le Docteur Gilbert SOUWEINE.

L'Agence remercie les responsables des groupes Régionaux de Médecins Libéraux de l'ANDEM :

Docteur Gérard-Philippe DESBONNETS, médecin généraliste, Fleurbaix

Docteur Jean-Pierre DUPASQUIER, médecin généraliste, Lyon

Docteur Patrick DUTILLEUL, médecin généraliste, Le Cailar

Docteur Jean-Michel HERPE, radiologue, Saintes

Docteur Philippe HOFLIGER, médecin généraliste, Nice

Docteur Pierre KLOTZ, médecin retraité, Altkirch

Docteur Pierre MECHALY, médecin généraliste, Chilly -Mazarin

Docteur Patrick Pochet, médecin généraliste, Clermont-Ferrand

Docteur Emmanuel Roubertie, médecin généraliste, Vendôme.

L'Agence remercie également, toutes les personnes qui ont accepté de relire ce document et d'y apporter leurs suggestions avant sa finalisation :

Madame Cécile Assemat, infirmière coordinatrice de soins infirmiers à domicile, Montreuil

Madame Géraldine Chardin, cadre infirmier, Paris

Madame Covassin Joëlle, surveillante en hospitalisation à domicile, Avignon

Madame Christiane Desnoyelle, infirmière libérale, Vendôme

Madame Liliane Duchemin, cadre infirmier formatrice, Marseille

Monsieur Thierry Gay, infirmier libéral, Mirandol

Monsieur Jean-Louis Gérard, formateur, Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris

Madame Danièle Girault, infirmière libérale, Le Cailar

Mademoiselle Nathalie Godefroy, cadre infirmier formatrice, Aulnay-sous-Bois

Monsieur le Docteur James Goldberg, oncologue, Puteaux

Monsieur Guy Isambart, infirmier général, Clermont

Madame Carole Kohler, infirmière formatrice, Chelles

Madame Maria Moulet, infirmière libérale, Avignon

Madame Martine Nectoux Lannebere, infirmière clinicienne, Unité mobile de soins palliatifs, Paris

Mademoiselle Anne Omnes, infirmière libérale, Bar-sur-Loup

Madame Marie-Line Perdiguiet, infirmière libérale, Morières-les-Avignon

Monsieur Jérôme Soletti, coordinateur « accès aux soins » AIDES- Paris.

L'Agence remercie tout particulièrement :

Madame le Professeur Dominique Thouvenin pour sa précieuse contribution à la partie juridique du document

Madame Monique Dupuy, infirmière du Service Évaluation Hospitalière de l'ANDEM, les Docteurs Patrice Dosquet et Lionel Pazart du Service des Études de l'ANDEM pour leur aide et leur collaboration.

Nous tenons également à remercier les associations internationales contactées pour leur collaboration :

Association of Registered Nurses, Alberta, Canada

Canadian Nurses Association, Ottawa, Ontario, Canada

Conseil International des Infirmières, Genève, Suisse

Nurses Association of New Brunswick, Canada

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Canada

Registered Nurses Association, British Columbia, Vancouver, Canada

Royal College of Nursing, Londres, Royaume-Uni.

SOMMAIRE

	INTRODUCTION	7
	Objectif du travail	8
	Méthodologie générale	8
Chapitre 1	DÉFINITION DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS DU MALADE À DOMICILE	9
Chapitre 2	LE DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS DU MALADE À DOMICILE : SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	12
	I. Stratégie de la recherche documentaire	12
	1. Recherche automatisée	12
	2. Recherche de documents complémentaires	13
	3. Textes officiels organisant la profession infirmière et le dossier de soins	13
	II. État des lieux de la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile	14
	1. À l'étranger	14
	2. En France	19
	3. Synthèse	26
Chapitre 3	RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER INFIRMIER DU MALADE À DOMICILE	29
	I. Objectifs du dossier infirmier du malade à domicile	30
	II. Tenue et contenu du dossier infirmier du malade à domicile	31
	1. Le contexte	31
	2. La tenue du dossier	32
	3. Le contenu	33
	4. Les limites	36
	5. Conclusion	38
Chapitre 4	PERSPECTIVES D'AVENIR ET INFORMATISATION	39
	ANNEXES	
	RÉFÉRENCES	
	POUR EN SAVOIR PLUS	

INTRODUCTION

Le dossier de soins infirmiers est un outil de la pratique quotidienne dont le but est de faciliter la prise en charge du patient. Nettement individualisé, il devrait, à terme, être un élément du dossier de soins du patient, commun et partagé, facilitant la coordination des différents professionnels qui interviennent autour du malade. C'est un outil d'amélioration de la qualité des soins. Il devrait devenir un support indispensable pour évaluer la qualité des pratiques professionnelles.

En France, à l'hôpital, dans le cadre du dossier de soins du patient, la tenue d'un dossier de soins infirmiers est habituelle. En secteur libéral, contrairement à certains pays comme le Canada, la tenue d'un dossier de soins infirmiers ne constitue pas une obligation légale et, si un dossier existe, il est peu structuré ; des initiatives et expériences diverses existent, s'inscrivant habituellement dans une démarche de qualité. D'autres pays, comme les États-Unis, la Suède, la Belgique, la Suisse ont engagé une réflexion sur le dossier de soins infirmiers en secteur libéral et ont élaboré des supports pour les professionnels.

Aujourd'hui, en France, la réalisation d'une synthèse de l'existant est une préoccupation des infirmiers, dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et d'adaptation de la formation continue infirmière.

Ce document, « **Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile** », s'inscrit dans ce contexte pour aider les professionnels. Il a été réalisé par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), à la demande de la Direction Générale de la Santé. Il fait suite à deux études : « Évaluation de la tenue du dossier du malade - L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé » (1) réalisée en juin 1994 et « La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations » (2) réalisée en septembre 1996.

OBJECTIFS DU TRAVAIL

Les objectifs sont d'abord de faire l'état des lieux de la tenue d'un dossier de soins infirmiers du malade à domicile et de proposer ensuite des recommandations pour sa mise en place.

Ces recommandations s'adressent aux infirmiers amenés à prendre en charge des patients à domicile, qu'il s'agisse d'infirmiers exerçant à titre libéral ou d'infirmiers intervenant dans une structure de soins à domicile.

Le dossier de soins proposé, tout en étant pertinent, doit être simple, utilisable et acceptable par les professionnels en intégrant les contraintes professionnelles (manque de temps, activité à domicile très dispersée, nomenclature) qui peuvent être des obstacles à la tenue d'un dossier.

À terme, la détermination de critères de qualité pourrait permettre une évaluation de la tenue du dossier de soins infirmiers du malade en pratique infirmière à domicile. Mais dans cette éventualité, les critères proposés dans ces recommandations ne pourraient être retenus comme référentiel qu'après appropriation et application par les professionnels pour en tester la faisabilité et la pertinence.

MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

La méthodologie suivie est celle utilisée par l'ANDEM pour l'élaboration de recommandations professionnelles. Elle s'appuie d'une part sur l'analyse de la littérature réalisée par un chargé de projet et présentée à un groupe de travail, d'autre part, sur la pratique professionnelle et l'avis du groupe de travail réuni deux fois à l'ANDEM. En raison du peu de littérature sur le sujet, les recommandations proposées reposent avant tout sur la pratique des professionnels et l'avis des membres du groupe de travail qui ont apporté l'éclairage de professionnels en exercice et ayant déjà réfléchi au dossier de soins infirmiers.

Dans le prolongement de ce travail préliminaire, des études complémentaires devraient être initiées avec les professionnels pour valider les différents critères proposés et vérifier leur pertinence et leur applicabilité.

Les recommandations ont été soumises pour validation à un groupe de lecture, aux responsables des groupes Régionaux de Médecins Libéraux de l'ANDEM, puis au conseil scientifique de l'ANDEM.

Le texte final a été approuvé par l'ensemble des membres du groupe de travail.

Ces recommandations devront être révisées en fonction de l'évolution des connaissances et du contexte professionnel et médico-social.

Chapitre 1

DÉFINITION DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS DU MALADE À DOMICILE

Le dossier de soins infirmiers se trouve au cœur de la pratique infirmière ; ses fonctions, ses objectifs, son contenu découlent directement du rôle infirmier. Le groupe de travail a considéré que la compréhension de ce rôle et une connaissance de la démarche infirmière sont nécessaires à la réflexion sur le dossier de soins infirmiers (voir *annexe 1*).

Une définition générale du dossier de soins infirmiers est proposée dans le Guide du service infirmier n°1, établi en 1985 par le Ministère de la Santé (3) : « document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devra être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière »... « les notes infirmières doivent faire partie du dossier du patient et constituer à ce titre un document légal pouvant servir de preuve devant les tribunaux. Les documents du dossier de soins ont une valeur probante : il s'agit de savoir qui est responsable d'un incident, d'une éventuelle faute et de le prouver ».

Cette définition large situe le dossier de soins infirmiers au cœur de l'exercice. Il concerne de la même manière les dossiers de soins tenus par des infirmiers exerçant à l'hôpital, ceux des infirmiers exerçant dans des structures de soins à domicile rattachées ou non à l'hôpital et ceux des infirmiers libéraux.

Du point de vue strictement infirmier, le dossier fournit une description écrite des différentes étapes de la démarche de soins. « Ce dossier a pour but d'améliorer :

- la qualité des soins : efficacité, continuité, sécurité,
- l'organisation des soins » (3).

Les soins à domicile ont été pris en considération pour la première fois par l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales. Elle instaure une nomenclature d'actes, dénommés soins infirmiers, prescrits par les médecins et réalisés par les infirmiers à titre d'auxiliaires médicaux. Son rôle est de fixer les conditions de remboursement des actes professionnels au titre des assurances sociales. Signalons à cette occasion la dernière convention nationale organisant les rapports entre les infirmières et les caisses d'assurance maladie (janvier 1994).

Selon le patient concerné, le suivi médical, paramédical, social et familial, peut faire appel à des intervenants multiples : médecins, infirmiers, aides-soignantes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, auxiliaires de vie, assistantes sociales, aides-ménagères, familles, voisins...

Les soins sont réalisés soit au cabinet infirmier, soit dans le lieu de vie actuel du patient : son domicile personnel, celui où il loge (enfants, famille, amis...), une structure d'hébergement, maison de retraite, foyer-logement, etc.

Les soins sont effectués :

- soit par des infirmiers exerçant à titre libéral. Les soins sont alors remboursés à l'acte ;
- soit par des infirmiers salariés appartenant à une structure de soins. Dans ce cas, les soins peuvent être assurés avec la collaboration d'aides-soignants, sous la responsabilité de l'infirmier (article 2 du décret n° 93-345 du 15 mars 93 et circulaire du 19 janvier 1996). Les soins sont alors pris en charge d'une manière forfaitaire et doivent donner lieu à une demande de prise en charge.

Les infirmiers libéraux sont amenés à prendre en charge deux types de patients :

- d'une part des personnes âgées et/ou atteintes de pathologies chroniques (cancers, diabète, sida, accidents vasculaires cérébraux, mucoviscidose, insuffisances cardiaques, rénales, respiratoires, handicaps...), qui nécessitent des soins réguliers réalisés le plus souvent au domicile ;
- d'autre part des patients qui ont besoin de soins ponctuels (injections, prises de sang...), délivrés au domicile ou au cabinet infirmier.

Les structures de soins à domicile prennent en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques avec soins réguliers réalisés au domicile du patient. Différents types de structures de soins existent (Hospitalisation à Domicile, Soins à Domicile...). Elles facilitent la prise en charge globale du malade et la coordination de tous les intervenants.

Les soignants peuvent être tous salariés, ou autour d'une équipe coordinatrice salariée, les soins sont réalisés par des professionnels libéraux.

D'un point de vue réglementaire : « La tenue d'un dossier médical n'est actuellement organisée que dans les établissements publics et privés de soins. En effet, dans ces derniers, un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Celui-ci contient, lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers » (décret n° 92-329 du 30 mars 1992, art. 1). Par voie de conséquence, la tenue d'un dossier de soins infirmiers n'est pas obligatoire ; en revanche, quand il existe, son contenu est pris en compte. Il est alors considéré comme un élément d'appréciation d'une démarche de qualité (1).

À domicile, il existe des « dossiers ». Ils sont divers dans leur contenu et leur structuration, et sont créés à l'initiative des structures de soins et de certains groupes professionnels libéraux. Plus généralement, chaque professionnel libéral a sa recette personnelle et gère soit un fichier, soit une fiche de liaison, soit un agenda, soit des feuilles volantes, soit un cahier...

À l'étranger, dans certains pays, la tenue d'un dossier de soins infirmiers est obligatoire. Dans d'autres pays, les infirmiers ont créé un dossier de soins infirmiers, avec des supports et des contenus variables, sans pour autant qu'il y ait une quelconque obligation de le tenir.

La question posée est donc de savoir s'il est possible de définir le dossier de soins infirmiers du malade à domicile ? Pour quels patients ? Et dans quel contexte d'exercice ? Les modèles structurés existants tels que les dossiers de soins infirmiers à l'hôpital, peuvent-ils être retenus comme modèles pour la pratique à domicile ?

Chapitre 2

LE DOSSIER INFIRMIER DU MALADE À DOMICILE : SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

I. STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Il faut d'abord souligner les difficultés rencontrées pour identifier des publications traitant spécifiquement du dossier de soins infirmiers du malade à domicile car il existe peu d'écrits sur ce sujet. La plupart des études portent sur le dossier de soins infirmiers à l'hôpital, sujet ayant déjà fait l'objet d'un rapport de l'ANDEM (1). Ces éléments bibliographiques ont été complétés par une recherche sur le dossier de soins infirmiers du malade en ville. Ont été pris en compte, de la manière la plus exhaustive possible, d'une part les documents de Sociétés Savantes et d'autre part, les expériences concrètes réalisées sur le terrain.

1. Recherche automatisée

Elle est basée sur l'interrogation des banques de données : MEDLINE, Health STAR, NURSING AND ALLIED HEALTH.

La recherche a été limitée aux dix dernières années et aux publications de langues anglaise et française.

Les mots-clés suivants ont été utilisés :

Home nursing ou,
Ambulatory nursing (recherché dans le titre ou le résumé) ou,
Ambulatory nurse(s) (dans le titre ou le résumé) ou,
Nursing care.

Associés à :

Data collection ou,
Nursing records ou,
Data (recherché dans le titre) ou,
Documentation (recherché dans le titre ou les mots-clés) ou,
Record(s) (titre ou mots-clés) ou,
Charting (titre ou mots-clés).

143 références ont été obtenues sur MEDLINE, 75 sur Health STAR, 69 sur NURSING AND ALLIED HEALTH.

Une recherche spécifique de la littérature française a été effectuée sur PASCAL et sur la BDSP (BANQUE DE DONNÉES DE SANTÉ PUBLIQUE).

Enfin, les possibilités offertes par le réseau Internet ont été exploitées.

2. Recherche de documents complémentaires

La recherche a été complétée par des documents fournis par des groupes professionnels.

Les références bibliographiques issues de ces recherches ont été systématiquement exploitées.

Courrier aux différents professionnels

Afin d'avoir connaissance d'éventuels travaux non publiés ou en cours, un courrier a été adressé aux différentes associations et structures professionnelles pour les inviter à fournir une information sur tous les documents publiés ou non publiés qu'ils pouvaient connaître sur le thème.

3. Textes officiels organisant la profession infirmière et le dossier de soins

De nombreux textes législatifs régissent la profession et ses pratiques. La liste suivante est celle des textes cités tout au long de ce rapport :

Ministère du Travail et des Affaires Sociales.

Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

Bulletin Officiel 14 mars 1996 ; n° 96-6 Tome I: 145-9.

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.

Arrêté du 28 janvier 1994 portant approbation de la convention nationale des infirmiers.

Journal Officiel 11 février 1994 : 2335-49.

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Journal Officiel 16 mars 1993: 4098-100.

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Journal Officiel 18 février 1993: 2646-9.

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

Étude d'orientation pour informatiser la démarche de soins infirmiers. Guide du service infirmier.

Paris : Direction des Journaux Officiels, série Soins Infirmiers n°14, BO 92-12bis ; 1992: 85P

Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration.

Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la santé publique (deuxième

partie : Décrets en Conseil d'État).

Journal Officiel 1er avril 1992: 4607-8.

Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Journal Officiel 2 août 1991: 10255-69.

Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

Terminologie des soins infirmiers. Glossaire provisoire + additif. Guide du service infirmier.

Paris : Direction des Journaux Officiels , Série Soins Infirmiers n°3, BO 86-21bis et 86-21 ter, 1986: 67P + 27P.

Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Direction des Hôpitaux.

Le dossier de soins. Guide du service infirmier.

Paris : Direction des Journaux Officiels, Série Soins Infirmiers n°1, BO 85-7bis, 1985: 68P.

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.

Journal Officiel 15 mai 1981 : 1450-1.

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

Journal Officiel 9 mai 1981 : 1308-10.

II. ÉTAT DES LIEUX DE LA TENUE DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS DU MALADE À DOMICILE

1. À l'étranger

1.1. États dans lesquels la tenue du dossier de soins infirmiers est une obligation

Au Canada, dans la province de Québec, l'article 91 du Code des professions oblige les ordres professionnels à adopter un règlement sur la tenue, la détention et le maintien par le professionnel des dossiers, livres, registres, médicaments, poisons, produits, substances, appareils, équipements et biens confiés par un client - ainsi que sur la tenue de son cabinet de consultation (4 - 5).

La tenue du dossier y occupe une place primordiale : il est structuré et doit refléter le processus utilisé pour l'évaluation des résultats de soins, la planification, l'intervention ainsi que le contrôle des soins prodigués. Une exigence supplémentaire de confidentialité est imposée dès lors qu'une technologie informatique est utilisée.

Dans le cas d'une intervention ponctuelle au domicile du patient, l'information obligatoirement consignée dans un registre tenu à cette fin par l'infirmière doit indiquer l'évaluation de la situation de santé du client, les interventions de l'infirmière et les réactions du client.

L'infirmière conserve chaque dossier pendant au moins cinq ans et les registres pendant trois ans à compter de la date du dernier service fourni.

Par ailleurs, l'obtention du consentement aux soins de la part du client ou de son représentant est obligatoire pour tous les soins infirmiers prodigués, bien qu'il n'existe aucune exigence d'un recueil écrit. Il peut être verbal et dans ce cas, il importe donc de noter dans le dossier le motif de la consultation, les raisons qui justifient le choix de l'intervention ainsi que l'entente établie avec le client. Cette obligation trouve son origine dans le Code civil du Québec.

Par ailleurs, ce dernier rappelle l'importance de la confidentialité dans les relations de l'infirmière avec son client et la loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé s'applique à la pratique privée d'une infirmière, considérée comme une entreprise au sens de ces lois.

Le corps infirmier s'efforce de déterminer et d'enrichir le savoir inhérent à la profession. Les membres de cette profession ont établi une méthode de résolution des problèmes qui « allie les meilleurs éléments de l'art de la pratique infirmière aux éléments les plus pertinents de la théorie des systèmes et ce, à partir de la méthode scientifique » (6).

À cet égard, le dossier de soins permet de mieux cerner l'activité infirmière et la contribution spécifique de l'infirmière dans le domaine de la santé.

En Ontario, la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers oblige tous les membres de la profession à tenir et à conserver des dossiers sur leur activité professionnelle conformément aux normes générales établies par la profession (7).

Pour les groupes professionnels impliqués dans l'audit de la qualité des soins, la démarche de qualité est considérée comme incomplète tant que les soins ne sont pas consignés dans le dossier. Celui-ci doit brosser un portrait fidèle des besoins ou des objectifs du client, des actes réalisés par l'infirmière et des résultats de ses interventions. Des protocoles et des procédures facilitent la tenue de dossiers par le personnel infirmier. Les protocoles doivent préciser l'endroit où les notes sont consignées : notes d'évolution, feuilles d'observation...

La perception qu'a le client de son état de santé est un élément important ; il convient de prévoir de l'espace pour cette information sur le formulaire d'évaluation. Ce point est si important que le client a la possibilité, en cas de désaccord avec l'interprétation des

observations proposées par l'infirmier, de demander à ce qu'elles soient modifiées. En dehors de cette hypothèse, toute modification apportée par l'infirmier au dossier constituerait une falsification et à ce titre une faute professionnelle au sens de la loi précitée de 1991.

Les feuilles d'observations renferment l'information routinière (signes vitaux...) et font partie du dossier permanent ; elles sont reconnues légalement.

1.2. *États dans lesquels la tenue du dossier infirmier n'est pas obligatoire*

Aux **États-Unis**, la **classification des soins à domicile (Home Health Care Classification ou HHCC)** des diagnostics et des interventions, développée depuis 1990 par Virginia Saba à l'Université de Georgetown (8), est un exemple d'une adaptation réussie d'un modèle pour un groupe spécifique de soignants. Cette classification comprend deux volets : les diagnostics ou problèmes infirmiers et les interventions infirmières.

Le modèle initial comprend vingt composantes :

1. Activité
2. Élimination intestinale
3. Appareil cardio-vasculaire
4. Cognition
5. Adaptation
6. Volume liquidien
7. Comportement de santé
8. Médication
9. Métabolisme
10. Nutrition
11. Négligence physiologique
12. Respiration
13. Rôle/relation
14. Sécurité
15. Soins autonomes
16. Perception de soi
17. Sensoriel
18. Intégrité de la peau
19. Perfusion tissulaire
20. Élimination urinaire

Il est basé sur une appréciation clinique et l'outil final permet l'analyse, la mesure et l'évaluation des soins à domicile.

En Belgique, dès 1984 (9), un groupe de recherche de la province de Liège s'est constitué pour mettre au point un dossier infirmier spécialement adapté aux soins à domicile, fondé sur les quatorze besoins fondamentaux répertoriés par Virginia Henderson :

1. Respirer
2. Boire et manger
3. Éliminer
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture
5. Dormir et se reposer
6. Se vêtir et se dévêtir
7. Maintenir la température dans les limites normales
8. Être propre, soigner et protéger ses téguments
9. Éviter les dangers
10. Communiquer avec ses semblables
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs
12. S'occuper en vue de se réaliser
13. Se récréer
14. Apprendre

En secteur libéral, le dossier est la propriété du patient qui peut donc choisir les personnes à qui il le montre et celles à qui il le cache. Il est d'ailleurs établi en collaboration avec lui et/ou ses proches et avec le médecin et/ou autres prestataires de soins.

Il est noté par le groupe de création que l'utilisation de ce dossier renforce la confiance du patient, en diminue l'anxiété et favorise la continuité du soin. Cependant, il est admis que son emploi ne peut se faire indistinctement chez tous les patients.

En 1988, était adopté le RIM (Résumé Infirmier Minimum), au terme d'une ordonnance obligeant les hôpitaux à enregistrer quatre fois par an, durant 15 jours, un nombre de données précises (8). Les données du RIM sont au nombre de 23 et sont divisées en cinq groupes : soins de base, soins techniques, soins de soutien psychosocial, soins de surveillance, soins spécifiques touchant à la qualité de vie. En libéral, le RIM est utilisé fréquemment mais sans caractère obligatoire.

La Suède mérite une mention particulière avec un modèle de classification de documents infirmiers par mots-clés autour de quatre concepts de base qui recouvrent : bien-être, respect de l'intégrité de la personne, prévention, sécurité (8). Le modèle suédois s'appuie sur les éléments suivants :

- Historique infirmier

Description de la raison des soins, de l'état de santé et des conditions de vie précédant l'admission actuelle.

- Statut infirmier

Description de la situation actuelle du patient concernant les fonctions physiologiques, ses problèmes de confort physique et psychique, les facteurs ou circonstances influençant sa situation actuelle et les soutiens nécessaires.

- Diagnostic infirmier

Résumé des problèmes avec leurs causes probables.

- Objectifs

Les prévisions et les priorités de soins, en terminologie « mesurable », négociées avec le patient et/ou son entourage à court terme en relation avec les quatre concepts de base.

- Interventions

Les actions de soins planifiées et/ou exécutées, suppléant aux problèmes de soins.

- Résultats

La mesure et l'évaluation des soins donnés au patient et l'effet obtenu par rapport à l'état de santé initial.

- Résumé de transfert

Note de l'évolution et la progression de l'état de santé pour une période de soins donnée. Inclut aussi d'éventuels besoins futurs en soins.

Si cette étude ne se concrétise pas directement par l'emploi d'un dossier infirmier au sens strict du mot, le processus de classification présente l'avantage d'améliorer la qualité des soins, la continuité, l'efficacité, la pédagogie et la comparaison des soins entre les différentes unités prestataires.

Les mêmes données sont actuellement à l'étude en **Suisse**, bien qu'elles ne soient pas concrétisées par un dossier de soins, comme le souligne Patrick Van Gele, représentant infirmier de la Société Suisse d'Informatique Médicale (8).

1.3. Conclusion

Il ressort qu'**au Canada**, la relation de l'infirmière avec son client occupe une place prépondérante, en raison des droits dont ce dernier dispose à propos de son dossier de soins. En témoignent, en Ontario et au Québec, l'obligation de recueillir le **consentement** aux soins de la part du patient, la possibilité qui lui est donnée de faire modifier les informations consignées à son sujet, mais aussi la préoccupation de sa **satisfaction** des soins reçus.

Toutefois, les objectifs de la tenue des dossiers se résument en quatre points : **transmettre l'information sur la santé des clients, favoriser l'assurance qualité, faciliter la recherche en sciences infirmières, établir les responsabilités individuelles et les démontrer.**

Aux États-Unis, la notion de **diagnostic infirmier** et d'**outil d'évaluation des soins** apparaît au premier plan, alors qu'en Europe les conceptions rattachées au dossier infirmier diffèrent selon les pays.

En Belgique, le **respect du patient** est au cœur du dossier infirmier puisque celui-ci est sa propriété et que la collaboration avec l'équipe infirmière et médicale occupe une place de premier plan.

En Suède comme **en Suisse**, les notions-clés portent sur la **qualité des soins** avant tout : bien-être, respect de l'intégrité de la personne, prévention, sécurité constituent des bases de classification des documents infirmiers.

2. En France

La rareté de la littérature scientifique est l'élément marquant de l'analyse réalisée. Peu d'études ont été consacrées au dossier infirmier, en revanche, il existe des documents utilisés en formation et de la littérature non publiée. Le dossier de soins infirmiers du malade à domicile est aujourd'hui une préoccupation importante de la profession et une tentative de synthèse de l'existant est en cours.

Le deuxième élément à retenir est la difficulté de l'analyse en l'absence de vocabulaire commun.

À la lueur de la lecture de la littérature retrouvée à l'étranger, l'analyse réalisée s'est axée sur plusieurs questions :

- Quelle est la pratique des infirmiers en ce qui concerne la tenue des dossiers de soins du malade à domicile ?
- Quels sont les textes relatifs à la tenue du dossier de soins infirmiers ?
- La tenue du dossier de soins infirmiers à domicile permet-elle une amélioration de la qualité des soins ?

- Quelles sont les données contenues dans les dossiers de soins infirmiers du malade à domicile ?
- Quelles autres informations sont issues de l'analyse de la littérature ?

2.1. *Quelle est la pratique des infirmiers en ce qui concerne la tenue des dossiers de soins du malade à domicile ?*

a) **Un questionnaire sur la création du dossier de soins en cabinet**, intégré dans une publication de 1995 (10), a été adressé aux 15 000 adhérents d'une organisation syndicale. 35 professionnels ont répondu. Sur cette population, 8 cabinets signalent avoir un dossier infirmier dans le cas de prise en charge de pathologies nécessitant des soins réguliers (personnes âgées, pathologies chroniques). Le faible taux de réponse, absolument pas significatif, ne permet, en aucun cas, de généraliser à l'ensemble de la pratique infirmière les réponses apportées par cette enquête.

b) En 1987, Nathalie Godefroy et Laurence Roch ont présenté - à l'issue d'un stage de trois semaines dans un cabinet infirmier libéral de groupe (cinq infirmiers) - **un mémoire de fin d'études**, sur le thème du dossier de soins : « Le dossier de soins en libéral, un pas vers l'avenir » (11).

Les soins que les infirmiers pouvaient accomplir sur prescription médicale représentaient 54% des soins par rapport aux soins liés au rôle propre (46%).

Les auteurs ont différencié :

- d'une part des éléments écrits conservés au cabinet, comme des fiches, agendas ou cahier, où étaient notés nom, prénom, adresse, traitement et date du premier soin ;
- d'autre part des éléments conservés à domicile et regroupés dans un cahier, support pour l'organisation et l'évaluation du travail où étaient notés les éléments de surveillance du traitement et les transmissions aux autres membres de l'équipe soignante (médecins, paramédicaux, famille...).

Le dossier complet comprenant les deux parties complémentaires ne concernait que des patients nécessitant des soins de longue durée.

c) Aucune enquête de pratiques fiable récente, décrivant la pratique infirmière en ce qui concerne la tenue d'un dossier de soins infirmiers du malade à domicile, n'a pu être identifiée. Les informations apportées par les membres du groupe de travail, complétées d'une interrogation ponctuelle de professionnels ont permis de dégager les points suivants :

- Il faut signaler tout d'abord la différence de pratique entre les professionnels libéraux et ceux qui travaillent dans une structure de soins organisée. Celle-ci s'explique par le contexte d'exercice et notamment par une coordination nécessaire entre les différents intervenants.
- La pratique habituelle des professionnels libéraux serait de tenir le plus souvent, non pas un véritable dossier, mais, soit un fichier, soit un agenda, contenant quelques informations administratives concernant les soins prescrits : nom et prénom du patient, adresse et téléphone, date, soins à effectuer, éventuellement le prescripteur et le numéro de Sécurité sociale.

Lors de la prise en charge des patients atteints de lourdes pathologies entraînant un traitement au long cours, la pratique consisterait à mettre à la disposition des différents intervenants et collègues un « **cahier** » de soins.

- La plupart des structures de soins ont mis en place un dossier formalisé propre à chacune d'elles et à leur spécificité.

2.2. *Quels sont les textes relatifs à la tenue du dossier de soins infirmiers ?*

a) Établissement du dossier de soins infirmiers

- Il est fait référence au dossier de soins infirmiers tel que défini au chapitre I, dans le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Ce dossier est rattaché aux devoirs des infirmiers envers leurs patients. Toutefois, l'article 28 de ce décret n'en fait qu'une faculté laissée à l'initiative de l'infirmier puisqu'il prévoit que : « L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient ».

- Le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise que l'infirmier ou l'infirmière est « responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers » (article 2, alinéa 2).

b) Secret professionnel et confidentialité

Tout dossier de soins infirmiers doit tenir compte des règles relatives au secret professionnel et à la confidentialité.

- **La violation du secret professionnel constitue une infraction édictée par l'article 226-13 du Code pénal et fait l'objet de sanctions pénales définies par ce même article.**

Par ailleurs, au regard des règles professionnelles des infirmiers et infirmières édictées par le **décret n° 93-221 du 16 février 1993 (article 4)** : « **le secret professionnel** s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment ».

L'article 5 prévoit que « l'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant que possible la confidentialité des soins dispensés ».

• **En outre, les infirmiers doivent, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 « Informatique et Libertés » assurer la protection des données nominatives recueillies sur un patient.**

Cette obligation (art. 29) porte aussi bien sur les traitements automatisés d'informations nominatives que sur les fichiers manuels (article 45). Toutefois, seuls les premiers sont soumis à déclaration préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'article 28 alinéa 2 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 reprend en partie les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés » au titre des règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Il prévoit en effet que : « l'infirmier ou l'infirmière quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel ».

2.3. *La tenue du dossier de soins infirmiers à domicile permet-elle une amélioration de la qualité des soins ?*

• Peu d'écrits existent sur la relation entre la tenue d'un dossier et la qualité des soins, toutefois cette préoccupation apparaît très actuelle chez les professionnels ayant une réflexion sur le sujet. Dans un mémoire réalisé à l'École des Cadres Hospitaliers de l'Assistance Publique, Véronique Mazoyer (12) évoque la répercussion de l'absence d'information sur l'état de la personne soignée en chirurgie ambulatoire. Cette absence d'information génère une anxiété et une insatisfaction chez la personne soignée. À partir des 30 réponses d'un questionnaire envoyé à 50 infirmiers libéraux, l'auteur rapporte que « selon 75% des infirmiers libéraux, la défaillance d'un relais entre les soignants hospitaliers nuit à la qualité des soins. L'absence d'information contribue à un risque de non qualité des soins en ne permettant pas à l'infirmier libéral d'agir en fonction des connaissances requises ».

Elle résume ces observations en notant « qu'un parallèle peut ainsi s'établir entre l'absence d'information reçue et les appels téléphoniques auxquels ont recours les infirmiers libéraux pour corriger ce risque ».

L'auteur observe que la moitié des infirmiers libéraux interrogés dans son enquête ont une clientèle de chirurgie ambulatoire en augmentation ces dernières années. Elle relève que les informations hospitalières écrites concernant ces patients ne sont pas proportionnelles à l'augmentation de la demande de soins.

Constatant cette lacune dans le suivi, les infirmiers libéraux ont alors recours aux appels téléphoniques aux hôpitaux.

La transmission des informations (verbales ou écrites), contribue à éviter une rupture familiale et socio-professionnelle importante, ainsi qu'une réduction du temps et du coût des soins. En effet, cette transmission entraîne une diminution de l'anxiété chez le patient et une précocité de son retour à domicile.

Le temps réduit d'hospitalisation demande une organisation rigoureuse, selon l'auteur, pour une qualité et une sécurité identiques à l'hospitalisation traditionnelle.

Cas unique, ce modèle a cependant le mérite d'exister et rappelle l'importance et la nécessité d'élaborer une fiche de liaison entre institution et domicile.

- Tous les écrits portant sur le dossier de soins le situent d'abord comme un outil de communication. Le dossier de soins ainsi entendu, comme fiche de liaison au sens large, trouve la même utilité dans le sens domicile-hôpital, ainsi que le fait remarquer Annie Canut, infirmière libérale (13). Elle a, elle-même, conçu une fiche de liaison à son propre usage, lors de l'hospitalisation de ses patients.

Un tel dossier ou fiche de liaison trouverait son entière utilité à l'égard de l'entourage, souvent démunie psychologiquement mais très sollicitée par les questions des intervenants institutionnels lors du transfert du conjoint âgé ou de l'enfant. La simple existence d'un tel dossier éviterait une nouvelle anamnèse et susciterait une participation active de l'entourage. D'autre part, il mettrait en pratique la coordination multidisciplinaire et serait accessible au patient qui pourrait y noter ses sentiments et sa satisfaction vis-à-vis des soins en cours. Un tel dossier présenterait ainsi un autre intérêt : aider le patient à mieux comprendre et prendre en charge sa pathologie et son traitement.

- Pour Françoise Acker : « L'objet, outre l'existence formelle et matérielle d'un dossier infirmier qui se distingue du dossier médical, est une maîtrise par l'infirmière des données

concernant un patient et des soins à lui dispenser ». Il permet de passer d'une organisation du travail fondée sur la réalisation d'actes à une organisation du travail autour du patient. Il favorise la responsabilisation de l'infirmière et l'exercice d'un jugement sur la conduite de ses actions (14).

- Le dossier de soins infirmiers est un outil indispensable pour évaluer les pratiques professionnelles. La démarche d'évaluation se situe dans une optique d'amélioration de la qualité des soins dispensés. Encore peu connue dans le domaine infirmier libéral, elle est une préoccupation exprimée dans les écrits professionnels. Elle a été présentée dans deux documents de l'ANDEM (15, 16) qui peuvent être évoqués par analogie avec le secteur infirmier libéral. Des expériences existent, à l'hôpital ou en médecine de ville, réalisées ou en cours de réalisation, à l'initiative de professionnels. Certaines sont publiées, en revanche, on ne retrouve pas pour l'instant, en France, de publications d'audits de pratiques en soins infirmiers ambulatoires.

2.4. *Quelles sont les données contenues dans les dossiers de soins infirmiers du malade à domicile ?*

La connaissance exhaustive des données contenues dans le dossier de soins infirmiers n'a pu être appréciée ni dans les études françaises actuelles ni dans les réponses aux courriers adressés dans le cadre de ce projet. Il existe en effet peu d'informations sur les dossiers de soins existants actuellement en France. Aucune vérification de la cohérence des informations notées, de leur qualité et de leur utilisation ne peut être faite.

Les données relatives aux actions infirmières apparaissent elles-mêmes fragmentées, difficiles à identifier.

Des obstacles ont été relevés : absence de langage commun et d'homogénéité de la structuration des dossiers. Néanmoins, de nombreux éléments sont présents dans les différents dossiers, regroupés différemment en critères qui se recoupent, comme l'identification socio-administrative, l'évaluation initiale, le recueil de données, la feuille d'observation, l'identification des problèmes, la planification, le plan de soins, le projet de soins, l'évaluation, la grille d'autonomie, la grille de dépendance, la fiche de liaison, le Résumé de Soins Infirmiers, etc.

Le tableau en *annexe 2* présente les informations retrouvées dans treize types de dossiers de soins analysés, mis à notre disposition par différents professionnels, dont six provenant de structures de soins et sept libéraux.

- Les informations constantes sont :
 - Identité civile du patient ;

 - Coordonnées des professionnels intervenant dans la prise en charge ;
 - Prescriptions médicales ;
 - Évaluation des besoins fondamentaux ;
 - Fiche des soins prescrits.

- Les informations fréquentes :
 - Nom de la personne référente et son téléphone ;
 - Informations médicales : par exemple, fiche de pansement ;
 - Démarche de soins : fiche de transmission et d'observation ;
 - Feuille d'activités quotidiennes : soins d'hygiène et de confort ;
 - Particularités : coordonnées de l'hôpital d'origine et nom du médecin.

- Le recueil des données intègre le plus souvent la grille d'autonomie, complétée par les antécédents, les allergies, l'état nutritionnel, les conditions de vie (environnement matériel, architectural, social et affectif). L'évaluation de la douleur est rarement retrouvée isolément.

- Fiche de liaison : c'est un vecteur et un support de communication entre le lieu de soins et le lieu de vie (exemples domicile/hôpital, domicile/institution ou autre domicile et inversement). Certains l'appellent fiche de transfert.

- Résumé de Soins Infirmiers : synthèse des éléments essentiels de la démarche de soins (diagnostics infirmiers, soins infirmiers, objectifs atteints, objectifs en cours) (17). Des écrits existent, mais il n'y pas actuellement de standardisation de son contenu.

- Grille d'autonomie (18) : les grilles d'autonomie doivent permettre d'évaluer le degré d'autonomie d'une personne. Il en existerait plus de trois cents modèles qui contiennent des éléments différents. Elles s'appuient le plus souvent sur la base des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. L'autonomie est la faculté que possède chaque personne à assumer une responsabilité personnelle à l'égard de sa santé. Par opposition, la dépendance représente l'état où la personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs besoins sans une action de suppléance.

Les grilles d'évaluation de la tenue du dossier de soins infirmiers à l'hôpital proposées par l'ANDEM seront prises en compte dans la synthèse réalisée (cf. Chapitre 2, paragraphe 2.3).

2.5. *Quelles autres informations sont issues de l'analyse de la littérature ?*

a) Le dossier de soins infirmiers est reconnu comme un outil permettant une démarche scientifique

- D'après Marchal et Psiuk (19), il ressort que, dans la démarche infirmière, l'acte d'observer

entre dans un processus scientifique qui respecte quatre phases : une phase d'observation, une phase d'interprétation des données confrontées aux hypothèses diagnostiques, une phase de résolution et une phase d'observation écrite, claire, précise, complète, qui relève de la gestion du dossier de soins.

b) Le dossier de soins infirmiers est présenté dans certains textes comme un outil de reconnaissance professionnelle

- Comme le soulignait, en 1985, Jobert (20) : « le statut de profession par rapport à celui de métier, se différencie par la possession d'un certain nombre d'attributs dont la composante constante est qu'ils tendent à conférer à l'activité une autonomie, un pouvoir d'auto-contrôle explicitement reconnu par la société ».

- B. Germain (21) observait à ce propos « qu'être reconnu professionnellement implique d'apporter la preuve de son utilité, et donc de présenter les résultats de son travail » ce qui nécessite une trace écrite de ses résultats.

Le même auteur soulignait que « l'utilité sociale, facteur de reconnaissance professionnelle pourrait être alors clairement perçue par les autres professionnels de santé, par les partenaires médicaux, administratifs et financiers et les usagers ».

c) Peu d'écrits en France traitent de la satisfaction des patients

Par analogie avec le dossier de soins infirmiers du malade à domicile, signalons un document récent de l'ANDEM qui fait une revue de la littérature internationale sur la satisfaction des patients (22). Il pose le problème des définitions utilisées, des différentes méthodes de mesure appliquées et des perspectives à entrevoir.

3. Synthèse

Le dossier de soins infirmiers du malade à domicile, structuré, s'adresse à des patients dont la prise en charge est régulière : personnes âgées, personnes atteintes de pathologies chroniques. En France, dans les structures de soins à domicile, ce dossier existe en principe. En secteur libéral, rares sont les cas où des dossiers sont tenus. Une ébauche existe sous forme de cahier non structuré.

Pour des **prises en charge ponctuelles**, en libéral, il y a parfois une obligation d'enregistrer

les données, comme c'est le cas au Canada. En France, quelques éléments sont reportés sur des fiches, agendas, feuilles volantes.

À travers la littérature française et étrangère, pour ce qui est du dossier structuré, un certain nombre d'éléments pertinents communs reviennent avec constance. Il s'agit de la nécessité de connaître l'identification de la personne soignée, de faire un projet de soins avec évaluation initiale de l'état du patient, l'évaluation des résultats et la correction.

D'autres éléments sont moins fréquents, par exemple la fiche de liaison. De même, le RIM apparaît comme une pratique courante en secteur libéral en Belgique ; il est moins souvent présent dans les dossiers français sous l'appellation de RSI (Résumé de Soins Infirmiers).

Au Canada, la prise en compte du patient est une préoccupation importante, tant en ce qui concerne son consentement aux soins proposés, qu'en ce qui concerne sa satisfaction des soins prodigués. Aux États-Unis, tout particulièrement, l'évaluation des pratiques professionnelles à l'aide du dossier est une pratique courante.

Dans les écrits analysés, si l'on tient compte à la fois de la littérature, des textes juridiques ainsi que des documents spécifiques relatifs au dossier de soins infirmiers, **six grandes fonctions du dossier de soins infirmiers** peuvent être mises en évidence :

a) Support écrit de toutes les informations utiles qui concernent le patient

C'est sa première fonction d'où découlent les autres. Il permet d'enregistrer par écrit toutes les données initiales recueillies, la planification et la trace des soins, le consentement du patient ainsi que sa satisfaction vis-à-vis des soins réalisés. Cependant, on ne peut espérer l'exhaustivité des données car certaines sont difficiles à transcrire. Il existe des éléments émotionnels ou affectifs qui sont difficiles à transposer sur un support matériel, à la fois parce qu'ils ne peuvent pas toujours être exprimés par des mots et parce qu'ils concernent la relation entre l'infirmière et le malade. Cette part de l'histoire commune n'est pas facilement partageable.

b) Outil de communication et de coordination des soins

Ce dossier permet la communication et la circulation d'informations utiles qui concernent le patient et facilite ainsi la coordination des actions entre les différents intervenants.

En particulier, c'est un outil très utile pour le praticien qui prend en charge un patient et pour lequel il n'a que des données limitées dans le temps et influencées par l'éclairage parcellaire de la relation médecin-patient. Grâce au dossier de soins infirmiers, il a accès à des informations qui permettent une prise en considération plus complète, dans le temps, de l'état de ce patient. Il peut ainsi en suivre l'évolution et réévaluer puis ajuster les prescriptions.

c) Support de transcription des prestations réalisées

Il vise à communiquer l'essentiel de la prestation infirmière inscrite au jour le jour dans ses

actions autant que dans ses diagnostics et les résultats de sa démarche. Il permet un suivi, en parallèle avec la prise en charge du patient.

d) Élément d'optimisation de la qualité des soins

L'application de la démarche de soins fournit un langage commun qui unifie la pratique. L'utilisation d'un dossier commun permet la communication du plan de soins aux collègues et

au patient. Cette attitude contribue à l'amélioration de la continuité et de la sécurité des soins, à la réalisation des objectifs, à l'établissement de normes de soins et sert d'outil d'évaluation.

Elle maintient la pratique, incite le patient à participer, et grâce à la mise en œuvre du diagnostic infirmier, concrétise une méthode systématique de résolution des problèmes, réduisant ainsi le risque d'erreurs.

Le processus de vérification permet une amélioration des normes, l'élaboration des protocoles et des procédures qui régissent la prestation de soins de qualité.

L'utilisation d'un système d'enregistrement commun est nécessaire pour :

- améliorer la qualité des soins ;
- enregistrer par écrit les progrès du patient et les comparer aux résultats escomptés ;
- rendre plus cohérent le travail interdisciplinaire et favoriser la communication concernant les objectifs et l'évolution du traitement.

e) Outil d'évaluation des pratiques professionnelles

Évaluer sa pratique consiste à la comparer à un référentiel admis par les professionnels, à vérifier si les objectifs fixés ont été atteints, et si les résultats réels sont conformes aux résultats attendus. L'évaluation s'appuie sur les données contenues dans les dossiers des patients, ce qui implique de définir avec les professionnels concernés les critères de qualité du dossier et en particulier les données qui doivent être collectées.

f) Instrument de développement de la recherche infirmière

L'activité infirmière n'a pas encore fait l'objet d'analyses approfondies. Le dossier de soins pourrait être un moyen de décrire les pratiques infirmières, mais pour l'instant il n'en existe que peu d'exemples.

Chapitre 3

RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS DU MALADE À DOMICILE

Le dossier de soins infirmiers est un outil de la pratique quotidienne dont le but est de faciliter la prise en charge du patient. Nettement individualisé, il devrait à terme être un élément du dossier commun partagé, pour faciliter la coordination des différents professionnels qui interviennent auprès du malade. « Document unique et individualisé, regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée, il prend en compte l'aspect préventif, curatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière » (3).

La multiplication des prescriptions de soins infirmiers, la diversité des actes et la reconnaissance du rôle propre de l'infirmière entraînent une modification significative des conditions d'exercice. Cette évolution professionnelle nécessite une redéfinition des modalités de la pratique infirmière, en particulier à domicile. De ce point de vue, la tenue d'un dossier du patient est particulièrement importante mais il existe pour l'instant sur ce sujet, peu de données dans la littérature. Devant la préoccupation des professionnels pour rechercher l'amélioration de la qualité de leurs pratiques et compte tenu des initiatives professionnelles diverses, il s'avère utile de faire l'état des lieux et de proposer aux professionnels des recommandations pour les aider dans la tenue de leur dossier de soins infirmiers permettant ainsi d'optimiser cet outil professionnel.

Les différentes fonctions attachées à ce dossier ont été mises en évidence par une analyse de la littérature et une analyse des pratiques professionnelles :

- a) support écrit de toutes les informations utiles qui concernent le patient ;
- b) outil de communication et de coordination des soins ;
- c) support de transcription des prestations réalisées ;
- d) élément d'optimisation de la qualité des soins ;
- e) outil d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- f) instrument de développement de la recherche infirmière.

Ces fonctions permettent de définir les objectifs qui doivent être assignés au dossier de soins infirmiers.

Les recommandations proposées reposent avant tout sur l'avis des membres du groupe de travail, la pratique des professionnels par l'intermédiaire du groupe de lecture et l'analyse de la littérature existante.

Le groupe de travail a tenu à noter en introduction que le dossier proposé tout en étant pertinent doit être simple, utilisable et acceptable en intégrant le contexte et les contraintes professionnelles qui peuvent être un obstacle à la tenue du dossier. Il doit s'adapter à la diversité des pratiques et des modes d'exercice des infirmiers.

Les recommandations devront être régulièrement réactualisées en fonction de l'évolution médico-sociale.

Dans le prolongement de cette étape initiale, des études complémentaires devraient être envisagées avec les professionnels pour valider les différents critères proposés et vérifier leur pertinence et leur applicabilité.

À terme, la détermination de critères de qualité pourrait permettre une évaluation de la tenue du dossier de soins infirmiers du malade en pratique infirmière libérale.

I. OBJECTIFS DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS DU MALADE À DOMICILE

Le groupe de travail tenant compte de la littérature et de la réalité de la pratique infirmière a retenu trois types d'objectifs pour le dossier de soins infirmiers.

Objectif général

Optimiser la qualité des soins donnés au patient :

- rechercher l'amélioration de l'état de santé du patient, protéger son autonomie et permettre sa satisfaction ;
- faciliter l'exercice professionnel et améliorer la pratique ;
- répondre aux besoins de la collectivité en matière de santé publique.

Objectifs intermédiaires

- collecter des données structurées, fiables, cohérentes, et à jour, dans un langage commun permettant à chaque intervenant d'agir efficacement ;
- définir des objectifs réalistes exprimés en termes de résultats attendus, déterminer des actions de soins appropriées et planifier les tâches ;
- favoriser la circulation de l'information, ce qui implique un accès au dossier par les différents intervenants auprès d'un même patient, le dossier de soins infirmiers étant un élément nettement individualisé du dossier de soins commun ;

- assurer la continuité des soins et le suivi du patient dans son milieu de vie ;
- mettre en œuvre des actions de soins, valider le contrôle de leur exécution, évaluer les résultats obtenus pour réajuster si nécessaire les objectifs initiaux de soins et faciliter l'application des protocoles de soins ;
- garantir la sécurité des soins.

Objectifs spécifiques

- évaluer les pratiques professionnelles infirmières. Le dossier de soins infirmiers est un outil indispensable à cette évaluation puisqu'il contient les données utiles pour la réaliser. Dans cette optique, des méthodes adaptées à l'exercice infirmier libéral devront être élaborées avec les professionnels ;
- enrichir la connaissance de la pratique infirmière.

II. TENUE ET CONTENU DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS DU MALADE À DOMICILE

1. Le contexte

Le dossier de soins infirmiers concerne les patients qui nécessitent des soins réguliers : personnes âgées, personnes atteintes de pathologies chroniques (cancers, sida, diabète, accidents vasculaires cérébraux, mucoviscidose, insuffisances rénales, cardiaques, respiratoires, handicaps, etc).

Pour des actes ponctuels, une fiche patient avec identification, acte effectué, médecin prescripteur, semble suffisante. Elle n'est pas systématique, mais l'évolution de la pratique devrait l'imposer.

Le groupe de travail considère que la démarche infirmière est la même, quel que soit l'infirmier concerné, pour le même type de soins. Il existe un accord professionnel fort pour dire que le dossier favorise l'optimisation des soins et s'avère rentable à terme. À ce titre, sa mise en place devrait être recommandée pour tout patient qui nécessite des soins réguliers. Si la démarche de soins est commune aux infirmiers, indépendamment des modalités d'exercices différents, elle n'est pas formalisée de la même manière. Les différences de pratique dans les structures de soins à domicile et en secteur libéral entraînent une distinction des conditions pratiques de mise en place du dossier. L'accès au dossier au cours des soins à domicile n'est pas toujours simple. Dans les structures de soins, le dossier matérialise les différentes interventions au sein de l'équipe soignante et circule entre les différents intervenants.

Il n'en va pas de même dans l'exercice libéral isolé : le dossier semble, dans ce cas, plus informel et les transmissions, comme la communication avec le patient ou les autres intervenants, restent souvent orales. L'existence du dossier est alors liée au besoin du professionnel et constitue avant tout une contrainte de temps.

En réponse au même objectif d'optimisation de la qualité des soins donnés au patient, le contenu du dossier doit être identique dans les structures de soins et en secteur libéral. Les contraintes (manque de temps, activité à domicile très dispersée, nomenclature) et les habitudes professionnelles étant différentes, l'application des recommandations risque d'être plus difficile en secteur libéral. De plus, cette démarche impose de passer d'une tradition orale à une tradition écrite, ce qui demandera du temps. Pour faciliter son application et son appropriation par les professionnels, le caractère novateur de ce dossier de soins infirmiers nécessitera de procéder par étapes et de mettre en place une formation spécifique des professionnels tant au niveau de la formation initiale que de la formation continue.

2. La tenue du dossier

Pour répondre aux différents objectifs, en particulier favoriser, à terme, le partage avec les différents intervenants d'un dossier unique du patient, la mise en place d'un langage commun est indispensable, l'accessibilité à tous les professionnels assurée et la confidentialité respectée.

Ce dossier doit se trouver au domicile du patient pour que tous les intervenants puissent y avoir accès. Certaines données administratives peuvent, elles, se trouver au cabinet du soignant ou au siège de la structure.

Différents formulaires sont susceptibles de servir de **support**, selon la structure de soins concernée, selon la maladie prise en charge, selon les caractéristiques de la pratique libérale. Le dossier tient compte des spécificités de l'exercice infirmier mais reste centré sur le patient.

Le support papier reste le plus courant mais pose des problèmes de lisibilité, de classement et de rangement. Le support informatique est encore peu développé, surtout dans le cadre de soins à domicile.

Une **structuration des données** de base du dossier de soins doit être ébauchée pour optimiser la qualité de l'information transmise et disposer d'une trace écrite des soins dispensés :

- classement et stockage des données suivant une logique commune et partagée ; éventuellement un ordre de priorité suivant la pathologie, légère ou lourde ;

- données lisibles et indélébiles, datées et signées, transcrites sur des supports matériels adaptés à la prescription de l'intervenant. Pour éviter les erreurs, une attention toute particulière doit être apportée en cas de retransmission de certaines informations, une prescription par exemple ;
- langage objectif des professionnels, traduction des soins dispensés, des observations réalisées, du contexte relationnel et du ressenti du patient.

3. Le contenu

Le groupe de travail a défini les différents critères qui devraient figurer dans les dossiers de soins infirmiers. Sont pris en compte les soins infirmiers, mais aussi les soins assurés avec la collaboration de l'aide soignante sous la responsabilité de l'infirmier (article 2 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 et circulaire du 19 janvier 1996).

Parmi ces critères, les données socio-administratives, dans la mesure où elles caractérisent le patient, constituent son mode d'identification. Ces données peuvent être éventuellement séparées des autres et être classées dans un dossier administratif indépendant du dossier de soins à proprement parler tout en restant accessibles.

Les autres éléments, bien que pouvant également figurer dans les dossiers d'autres intervenants, concernent spécifiquement les soins infirmiers.

Identification du patient (données socio-administratives)

Le groupe de travail insiste sur l'importance de vérifier l'ouverture des droits en matière de sécurité sociale afin de prendre si besoin les mesures nécessaires pour une prise en charge correcte du patient.

Une attention toute particulière doit être portée afin de ne pas omettre le signalement des éléments suivants, très utiles notamment en cas d'urgence :

- personne à joindre (ayant accepté de s'occuper du malade, membres de la famille, voisin, etc.) et dans certains cas représentant juridique de la personne (père et mère exerçant l'autorité parentale, tuteur, etc.) ;
- différents intervenants (médecins généraliste/spécialiste/hospitalier, infirmier, aide-soignante, laboratoire, pharmacie, aide-ménagère, kinésithérapeute, assistante-sociale, puéricultrice, sage-femme, amis, voisinage...) ;
- consignes particulières : contraintes horaires, numéros d'urgence, fournisseurs d'appareillage...

Projet de soins

- Soins prescrits
 - prescription médicale elle-même ;
 - fiches de traitement (produit injectable, non injectable) ;
 - surveillances spécifiques (HTA, DNID).

- Rôle propre
 - feuille de recueil de données (avec grille d'autonomie) ;
 - exposé des problèmes (diagnostic infirmier) ;
 - objectifs fixés, notés et délais ;
 - actions de soins (en particulier contrôle de la prise des médicaments) ;
 - évaluation des résultats ;
 - réajustements éventuels.

Le groupe recommande que soient systématiquement prises en considération « l'évaluation et l'évolution de la douleur » en prenant en compte l'avis du malade, de l'entourage et des soignants. Des échelles analogiques simples peuvent être utilisées pour mesurer cette douleur et l'efficacité de thérapeutiques antalgiques.

Fiche de liaison

Il s'agit de la fiche de transfert entre deux structures de soins : domicile, cabinet infirmier, hôpital, HAD, SIAD, structure d'hébergement. Son objectif est de faciliter la continuité de soins infirmiers en cours.

C'est un outil utile pour une bonne prise en charge du patient lorsqu'il est transféré d'un lieu à un autre. Elle pourrait éventuellement s'intégrer dans le carnet de santé du patient et faciliter ainsi le suivi du patient dans le nouveau lieu de soins.

Consentement du patient

L'accord du patient, en ce qui concerne les soins proposés par l'infirmier, est essentiel parce qu'il manifeste la prise en considération du point de vue du patient par les professionnels. En secteur libéral, ce dernier étant le demandeur de soins, on peut en déduire qu'a priori il est d'accord sur les soins envisagés. En revanche, la situation n'est pas la même dans les structures de soins où la question du consentement n'apparaît pas comme une préoccupation centrale.

Résumé de Soins Infirmiers

Trace d'une évaluation régulière de l'état du patient, il permet une synthèse indispensable dans l'évolution de l'histoire du patient et de sa prise en charge. Quand il existe, il est

habituellement réalisé à la fin de la prise en charge du patient. Si la prise en charge est longue, le RSI peut éventuellement être réalisé périodiquement (une fois par mois par exemple), pour un patient donné, en fonction de l'évolution de sa pathologie.

Satisfaction du patient

La satisfaction des patients est exceptionnellement évaluée, tout au plus est-elle estimée à partir de l'appréciation qu'en a le professionnel, voire de l'analyse qu'il en fait en fonction de ce que lui dit le patient. Elle tient compte de la composante relationnelle patient/soignant, difficile à décrire et à prendre en considération dans les évaluations alors qu'elle occupe une grande place dans les soins infirmiers. En secteur libéral, la fidélisation du patient au soignant constitue un indice de satisfaction. Le groupe de travail insiste sur la nécessité de cette approche qui permet de créer une communication plus vraie avec le patient et s'inscrit dans une démarche qualité.

Le groupe de travail recommande de définir et de valider des méthodes de mesure de la satisfaction du patient qui passent par l'interrogation de celui-ci sur son appréciation personnelle.

Pour chacun de ces six critères, le groupe, de façon consensuelle, s'est prononcé sur une " présence indispensable " ou une " présence souhaitable "

Recommandations

Identification du patient Données socio-administratives	Présence indispensable	Présence souhaitable
Nom, Prénoms, Sexe	×	
Date de naissance	×	
N° de dossier		×
Adresse du patient et/ou autre lieu du soin, téléphone	×	
Profession, Situation familiale		×
N° S.S., Mutuelle + ouverture des droits	×	
ALD	×	
Personne à joindre	×	
Différents intervenants : - Médecins traitants - Infirmière, aide-soignant - Pharmacie - Aide ménagère - Voisins, amis, représentant juridique	×	
Consignes particulières	×	
Projet de soins		
Soins prescrits	×	
- Prescriptions médicales	×	
- Fiche de traitement	×	
- Injectable	×	
- Non-injectable	×	
- Surveillances spécifiques	×	
Soins-rôle propre	×	
- Feuille de recueil de données	×	
- Exposé des problèmes ou diagnostic infirmier	×	
- Objectifs fixés, notés + délais	×	
- Actions de soins	×	
- Évaluation des résultats	×	
- Réajustements éventuels	×	
Fiche de liaison	×	
Consentement du patient	×	
Résumé de Soins Infirmiers (RSI)	×	
Satisfaction du patient		×

Le groupe de travail recommande que des efforts soient tout particulièrement accomplis pour définir, valider et mettre en place les critères qui sont irrégulièrement retrouvés en France : fiche de liaison, consentement du patient, Résumé de Soins Infirmiers, satisfaction du patient.

4. Les limites

L'idéal serait la mise en place d'un dossier de soins infirmiers pour tout patient qui nécessite une prise en charge régulière. Pourtant, des obstacles existent, liés au contexte professionnel, qui peuvent être un frein sur le terrain.

Une identification et un bilan des difficultés de la mise en place du dossier de soins doivent être effectués, rappelant :

- les contraintes dans la gestion du temps

Dans l'exercice libéral isolé, l'élaboration et la tenue du dossier demandent un investissement en temps non négligeable, en particulier lors de sa mise en place. Les transmissions restent

souvent orales et le dossier est alors plus informel, exposant à un risque de pertes de données ou d'interprétations erronées. Le dossier reste encore un idéal pas toujours accessible dans la réalité et son existence est donc liée au choix du professionnel.

- le transfert du dossier

Lors d'une hospitalisation ou d'un transfert vers un autre mode de placement, l'infirmier n'est pas toujours présent pour transmettre le dossier. Dans ce cas, les éléments utiles au suivi du malade et à la coordination des soins ne circulent pas et le dossier perd de son intérêt. L'existence d'une fiche de liaison actualisée permet de réduire cet obstacle.

- la confidentialité

Elle concerne tout autant, l'entourage, les intervenants professionnels et le service administratif des caisses d'assurance maladie. Ceci s'applique tant aux informations verbales qu'aux informations écrites, à l'intérieur comme à l'extérieur du cabinet infirmier.

L'accessibilité de tous les intervenants aux informations utiles ne doit pas en faire oublier les effets négatifs. Comment contrôler que ne sont accessibles que des données réellement utiles dans la prise en charge du patient ? Les écrits laissés sur place doivent prendre en compte, pour le patient, le risque de perte de confidentialité. Cette règle vise principalement à protéger la vie privée du patient, en conséquence elle doit tenir compte de son avis quant à sa mise en œuvre.

En pratique, se posent la question de savoir qui doit détenir le dossier, quels éléments restent au cabinet de l'infirmier, quels éléments sont au lit du malade ? Que faire du dossier quand les soins sont terminés ? Sur ces points difficiles, le groupe ne s'est pas clairement prononcé et laisse à l'initiative du soignant le choix de l'attitude à adopter en fonction de la situation spécifique du patient concerné.

- l'élaboration d'un langage commun

Elle s'articule autour de la démarche infirmière, facilitée par les formations initiale et continue. Ce langage commun doit être compris par les autres professionnels. Il doit se mettre progressivement en place au sein de l'équipe soignante, autour du dossier commun qui devient le lieu d'échanges pour un même patient. Cette élaboration demandera un peu de temps et exigera un effort de communication et des échanges entre les différents professionnels.

- l'indicible

Du fait de la non exhaustivité des données recueillies, en particulier pour les éléments émotionnels ou affectifs qui ne peuvent être partagés, un certain nombre d'informations qui pourraient être utiles à la prise en charge du patient ne sont pas contenues dans le dossier.

- l'accessibilité des données pour tous les intervenants

Le problème existe, surtout en secteur libéral du fait de la dispersion des professionnels, infirmiers, médecins... qui visitent le malade à son domicile où est consignée une partie des informations, et qui détiennent d'autres informations à leurs cabinets de soins respectifs. La centralisation des données importantes, dans un dossier commun au lit du malade, demandera un effort tout particulier d'organisation aux professionnels libéraux.

5. Conclusion

Pour une utilisation optimale, le dossier infirmier doit être adapté à l'exercice, accessible, structuré, orienté par problème et partagé.

La qualité du dossier est directement liée à celle du temps passé à sa tenue, qui demande toutefois un investissement, déjà cité comme source de difficulté majeure en milieu libéral.

Le caractère novateur pour les infirmiers, en particulier libéraux, d'un tel dossier de soins, peut justifier un besoin de formation tant initiale que continue pour une meilleure maîtrise de son contenu et l'organisation pratique de sa mise en place.

Chapitre 4

PERSPECTIVES D'AVENIR ET INFORMATISATION

Le groupe considère que l'évolution du dossier de soins doit se faire en relation parallèlement à la réflexion sur l'informatisation du dossier du patient commun aux professionnels de santé.

La mise en place d'études et de projets permettra aux professionnels de développer et d'harmoniser des outils communs.

Toutefois, le groupe estime que l'informatisation devrait être un progrès majeur pour atteindre les objectifs définis et diminuer en grande partie les obstacles cités précédemment. En particulier, l'informatisation faciliterait la circulation des informations, permettrait d'améliorer la prise en charge des patients et éviterait toute erreur au cours de retranscriptions de données.

Actuellement, le support papier reste l'élément de coordination indispensable au lit du malade et résout le problème des intervenants multiples.

Mais, à terme, les progrès de l'informatisation, avec l'arrivée de cartes de santé ayant un support magnétique et la mise à la disposition des professionnels d'un matériel adapté, facilement transportable d'un domicile à un autre, devraient apporter des éléments de réponse aux interrogations des professionnels.

L'informatisation permettra la télétransmission des données à partir d'un dossier patient électronique unique, avec des accès différenciés pour chaque professionnel. La confidentialité des données sera garantie par des accès sécurisés.

Le dossier de soins infirmiers trouvera ainsi sa place au sein du dossier du patient commun aux professionnels de santé.

ANNEXE 1

GÉNÉRALITÉS SUR LA DÉMARCHE INFIRMIÈRE

La profession infirmière a notablement évolué dans sa pratique au cours des soixante-dix dernières années, parallèlement à l'évolution de la médecine et de la Société dans son ensemble. L'accroissement important de la longévité, qui s'accompagne du maintien à domicile de personnes âgées de plus en plus nombreuses (décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile aux personnes âgées) et la prise en charge à domicile de maladies chroniques comme les cancers ou le SIDA (d'où la prise en considération des structures de soins alternatives à l'hospitalisation prévues par l'article L 712-2 du Code de la Santé Publique) nécessitent une adaptation des pratiques professionnelles autour d'une prise en charge soignante globale du malade.

Sur le plan infirmier, cette évolution se retrouve au niveau :

- de la formation ;
- de la conception des soins infirmiers ;
- de la recherche ;
- du cadre juridique ;
- de la littérature professionnelle.

La définition juridique de la fonction infirmière prend en compte cette évolution. Elle distingue le rôle propre de l'infirmière (article 2 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, des actes accomplis sur prescription médicale.

Cette définition a structuré par étapes la méthode de travail, enseignée dans les différents instituts de soins infirmiers, à savoir successivement :

- le cadre conceptuel : classification des 14 besoins fondamentaux des patients selon Virginia Henderson (enseignée depuis 1972) ;
- la démarche de soins (enseignée depuis 1979), dont le dossier de soins infirmiers est un vecteur ;
- le diagnostic infirmier (enseigné depuis 1992).

1. Rôle propre et actes accomplis sur prescription médicale

Définis dans les textes réglementaires, ceux-ci sont présentés dans de nombreux ouvrages actuellement publiés et cités dans « Pour en savoir plus ».

Le rôle de l'infirmière comprend à la fois des actes qui relèvent du rôle propre de l'infirmière et des actes qu'elle ne peut accomplir que sur prescription médicale.

Cette dualité favorise **dans les esprits** une ambiguïté, en particulier en secteur libéral, où tout acte réalisé, pour donner lieu à un remboursement, doit être inscrit à la nomenclature et prescrit, qu'il relève de la responsabilité du prescripteur dans son indication ou du rôle propre de l'infirmier. Il est important de se référer aux textes afin de lever toute équivoque.

- **Le décret n° 81-539 du 12 mai 1981** confirme le rôle de l'infirmière dans ses deux composantes. Aux termes de l'article 1er, il est établi que « la fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation, l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier... ». « Elle comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène, ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagion ».

- **Le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier** en définit le champ d'application. Le texte reprend à son compte la distinction établie par le décret n° 81-539 du 12 mai 1981. Ainsi, « relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une baisse d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ».

Il énumère et décrit les actes professionnels de l'activité infirmière. L'article 1 en donne une définition dans toutes leurs dimensions : « technique, mais également relationnelle et éducative ».

Dans son article 2, il rappelle que : « l'infirmière identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue ... peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative ».

Le Guide du service infirmier (3) confirme que « le service infirmier doit avoir un système d'Assurance Qualité organisé, s'inscrivant dans le projet de qualité de l'institution et dans ce cadre, des protocoles de soins sont élaborés, utilisés et actualisés ».

Dans les articles 14, 5 et 8, sont listés les actes que « l'infirmière est habilitée à accomplir sur prescription médicale » et les **limites de sa liberté d'action** définie par l'article 4 : « l'infirmier est habilité accomplir **sur** prescription médicale, qui, sauf urgence, doit être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes ou soins infirmiers suivants... ».

La liberté d'action est pratiquement totale, dès la prescription, excepté pour les soins de trachéotomie ; certaines conditions sont précisées pour la surveillance des cathéters profonds : « ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ». Aujourd'hui l'infirmière doit **déterminer ses interventions et les transcrire** sur un support favorisant la traçabilité exhaustive des soins et susceptible de faire l'objet d'une évaluation.

• **Le décret n° 93-221 du 16 février 1993**, qui détermine et décrit les **règles professionnelles** des infirmiers et infirmières, confirme dans son article 14 la **notion de responsabilité** attachée à l'exercice de cette activité : « l'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer... ». **Parallèlement, l'infirmière engage sa responsabilité pénale.**

2. Personnalisation des soins

Le 1^{er} paragraphe de l'article 1^{er} du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 situe d'emblée les soins infirmiers non seulement dans leur **dimension technique, mais également relationnelle et éducative.**

Dans cette optique, tous les soins vont tendre vers une démarche d'adaptation progressive au cas particulier de chaque personne soignée, c'est-à-dire vers la personnalisation des soins grâce à une analyse continue des données physiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles de chacune des personnes soignées. Cette conception du rôle de l'infirmière a pour objectif la **transformation d'une demande standardisée en une démarche personnalisée** prenant en compte la personne soignée comme premier partenaire du soin.

« ... Les soins infirmiers doivent tendre à une synthèse harmonieuse entre les technologies de soins infirmiers et la relation d'aide, tout en s'appuyant sur les connaissances médicales nécessaires, mais en s'ouvrant aussi aux sciences biologique, physiologique, psychologique, sociologique, anthropologique et économique » écrit R. Magnon (23).

3. La démarche infirmière et le diagnostic infirmier

Pour définir et comprendre l'intérêt du dossier de soins infirmiers, les notions de démarche infirmière et diagnostic infirmier doivent être explicitées ; en effet, à maints égards, le dossier de soins infirmiers en constitue l'outil fondamental. Il ne pourra être élaboré et efficacement utilisé, pour le bénéfice des soignants comme des soignés, qu'après compréhension et intégration de ces deux notions.

Celui-ci fait référence au « nursing process » utilisé par les Américains et couramment traduit par les Canadiens francophones par « démarche de soins » bien que cette expression n'en retranscrive pas toutes les dimensions. « La démarche de soins est un processus intellectuel qui vise à poser un diagnostic infirmier sur les problèmes de santé de la personne soignée et à définir un plan de soins pour les traiter ; elle concerne spécifiquement le rôle propre de l'infirmière » (24).

Le diagnostic infirmier occupe dans la démarche infirmière une place centrale pertinente et engage les infirmiers et la personne soignée dans un projet (projet de soins, projet de vie).

Il est défini (25) par la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), et en version française, par l'ANADI, (Association Nord Américaine du Diagnostic Infirmier) depuis 1990, comme « l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Il sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmière est responsable ».

Deux auteurs français (Marchal et Psiuk) (20) décrivent aujourd'hui la démarche infirmière comme la combinaison de deux composantes s'enrichissant mutuellement. Il s'agit de :

- la démarche diagnostique, fondée sur la collecte puis l'interprétation des données et elle-même décomposée en quatre étapes :
 - 1^{re} - reconnaître un ou plusieurs signes ;
 - 2^e - poser des hypothèses diagnostiques ;
 - 3^e - rechercher des signes additionnels ;
 - 4^e - valider le diagnostic.

- la méthode de résolution des problèmes, comprenant les étapes suivantes :
 - 5^e - planifier (objectifs-choix d'actions) ;
 - 6^e - exécuter l'intervention ;
 - 7^e - évaluer.

ANNEXE 2

INFORMATIONS RETROUVÉES DANS TREIZE TYPES DE DOSSIERS DE SOINS ÉTUDIÉS	FRÉQUENCE
1- INFORMATIONS SOCIO-ADMINISTRATIVES	
<u>1-1- Identité civile du patient</u>	
- nom, prénom	13
- date de naissance	13
- adresse	13
- téléphone	13
<u>1-2- Identité sociale et familiale</u>	
- profession	2
- couverture sociale (taux de la prise en charge, N° S.S., mutuelle)	6
- position professionnelle	2
- situation familiale	5
<u>1-3- Coordonnées des personnes intervenant dans la prise en charge du patient</u>	
Noms des professionnels	12
- adresse	2
- téléphone	11
Nom de la personne référente désignée par le patient	10
- téléphone	10
Nom des autres personnes (amis, voisins,...)	8
- téléphone	7
2- INFORMATIONS MÉDICALES	
• Observations médicales	4
• Prescriptions	13
<u>2-1- traitement per os</u>	
<u>2-2- traitement injectable</u>	13
<u>2-3- feuille de surveillance spécifique et protocole</u>	
- diabétique	7
- pansement	9
- hypertension	4
- douleur (évaluation et suivi de l'évolution)	3
- diététique	4
3- INFORMATIONS PARA -MÉDICALES	
<u>3-1- Évaluation des besoins fondamentaux et du degré de dépendance</u>	12
<u>3-2- Démarche de soins structurée</u>	
- date, identification, problèmes	10
- objectifs et délais	8
- actions de soins	8
- évaluation et délais	6
- fiche de transmission et d'observations	12
<u>3-3- Fiche d'activités quotidienne</u>	
- soins, hygiène et confort	10
- kinésithérapie	5
<u>3-4- Fiche de soins prescrits</u>	
- traitement per os	13
- traitement injectable	13
- surveillance spécifique	13
<u>3-5- Équipement</u>	
- matériel loué	5
- matériel acheté	4
- matériel fourni (HAD)	4
<u>3-6- Appareillage technique pour les soins (O₂, aspiration)</u>	5
<u>3-7- Coordonnées des fournisseurs de matériel</u>	3
4- PARTICULARITÉS	
- feuilles des constantes	6
- coordonnées de l'hôpital d'origine (téléphone, service, nom du médecin)	10
- coordonnées de l'ambulance	2
- date de la prise en charge et numéro du dossier	6
- formule d'acceptation de la prise en charge	3
- fiche de liaison	
• identité de la personne	6
• traitement en cours et reçu le jour	4
• destination (domicile, centre d'hébergement,...)	4
- fiche des comptes-rendus des consultations hospitalières	3
- fiche de renouvellement de la prise en charge du patient à domicile	3
- fiche de synthèse hebdomadaire pour l'infirmière de garde	1
- fiche observations et demandes du patient	1

RÉFÉRENCES

1. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

Évaluation de la tenue du dossier du malade. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.

Paris : ANDEM, juin 1994: 69P.

2. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations.

Paris : ANDEM, septembre 1996: 91P.

3. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Direction des Hôpitaux.

Le dossier de soins. Guide du service infirmier

Paris : Direction des Journaux Officiels, série Soins Infirmiers n° 1, BO 85-7bis, 1985: 68P.

4. Projet de règlement sur la tenue des dossiers et la tenue de cabinet de consultation et sur la cessation d'exercice de sa profession par un membre de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

Extraits de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. 1-8, a.3).

Extraits du Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a.91).

5. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

La pratique privée en soins infirmiers.

Montréal : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec 1996 ; mars: 40P.

6. Doenges ME, Moorhouse MF, Burley JT.

La démarche de soins infirmiers : pour des soins de qualité.

In : Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers. Paris : Maloine 1995: 1-9.

7. Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario.

Normes sur la tenue des dossiers.

Toronto : Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario 1996 ; avril: 23P.

8. Van Gele P.

La standardisation et la classification des composantes des soins infirmiers : essentielles ?

1996 :(12 screens) Available from : URL : <http://www.hospvd.ch/public/isp/pes/pcs23/vangele.htm>

9. Robyns J.

Un dossier infirmier adapté aux soins à domicile.

Contact: 1986 ; 29: 7-9.

10. Le dossier de soins (Questionnaire).

Avenir et Santé 1995 ; 233: 13-4.

11. Godefroy N, Roch L.

Le dossier de soins en libéral. Un pas vers l'avenir.

Montfermeil : École d'infirmières, Mémoire de fin d'études, 1987: 84P.

12. Mazoyer V.

Chirurgie ambulatoire : infirmiers hospitaliers, infirmiers libéraux, pour la qualité des soins.

Paris: AP-HP, École de Cadres Hospitaliers, Rapport d'étude pour l'obtention du Certificat Cadre Infirmier, 1993: 50P.

13. Canut A.

Le dossier de soins infirmiers à domicile.

Rev Infirmière 1985 ; 20: 28-32.

14. Acker F.

Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière.

Sci Soc Santé 1995 ; 13: 69-91.

15. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit médical.

Paris : ANDEM 1993 ; mars: 33P.

16. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique.

Paris : ANDEM 1994 ; juin: 69P.

17. Duboys-Fresney C.

Le résumé de soins infirmiers.

Paris : Maloine, 1997: 109P.

18. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

Terminologie des soins infirmiers. Glossaire provisoire + additif. Guide du service infirmier.

Paris : Direction des Journaux Officiels , série Soins Infirmiers n°3, BO 86-21bis et 86-21 ter, 1986: 67P + 27P.

19. Marchal A, Psiuk T.

Pratiquer la science du raisonnement diagnostique.

In : *Le diagnostic infirmier : du raisonnement à la pratique.* Paris : Lamarre 1995 ; chap.7: 145-62.

20. Jobert G.

Processus de professionnalisation et production du savoir.

Education Permanente 1985 ; 80: 125-45.

21. Germain B.

Le résumé de soins infirmiers, utopie ou nécessité ?

Objectif Soins 1993 ; 14: 50-8.

22. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Revue de la littérature médicale.

Paris : ANDEM 1996 ; septembre: 42P.

23. Magnon R.

Evolution de la conception des soins infirmiers.

In : *Le service infirmier ces trente dernières années.* Paris : Le Centurion, 1982: 28-38.

24. Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

Etude d'orientation pour informatiser la démarche de soins infirmiers. Guide du service infirmier.

Paris : Direction des Journaux Officiels, série Soins Infirmiers n°14, BO 92-12bis ; 1992: 85P.

25. Marchal A, Psiuk T.

Comprendre les concepts « démarche infirmière » et « démarche diagnostique »

In : *Le diagnostic infirmier : du raisonnement à la pratique.* Paris : Lamarre 1995 ; chap.2: 15-33.

26. Doenges ME, Moorhouse MF.

Diagnostics infirmiers et interventions. Guide pratique.

Paris : InterEditions, 1994: 938P.

POUR EN SAVOIR PLUS

Beal MY

Évaluation des besoins en soins, évaluation des soins, dossier de soins au domicile du malade.
Paris : Santé Promotion Service 1989: 32P.

Alberta Association of Registered Nurses.

Health information : nursing components. An annotated bibliography.
Alberta : AARN 1994, 19 august: 102P.

Alfaro R.

Démarche de soins. Mode d'emploi.
Paris : Lamarre, 1990: 252P.

Chalendar G de.

Bien gérer l'aventure du libéral : profession infirmière.
Vincennes : Ed. Hospitalières, 1996: 278P.

Champion Daviller MN, Bourgeois F, Laporte M.

Le dossier de soins. Réalités et perspectives.
Paris : Lamarre, 1991: 158P.

Fédération Nationale des Infirmières.

Rôles de l'infirmière libérale auprès des personnes âgées. Rapport de la conférence de consensus. Paris, 2-4 avril 1992.
Paris : FNI, 1992: 33P.

Hall ET.

La dimension cachée.
Paris : Ed. du Seuil, traduit par Petita A, 1993: 254P.

Nurses Association of New Brunswick.

Charting : a professional responsibility.
Fredericton : NANB 1995, february: 19P.

Phaneuf M, Grondin, L.

Diagnostic infirmier et rôle autonome de l'infirmière : selon la classification de l'ANADI.
Paris : Maloine, 1994: 531P.

Registered Nurses Association of British Columbia.

Legal aspects of charting. A facilitator's guide.
Vancouver : R N A B C, revised edition, 1996: 50P.