



**MÉTHODE D'ÉLABORATION D'UNE  
DÉMARCHE DE SOINS TYPE À DOMICILE  
POUR UNE POPULATION DÉFINIE DE  
PERSONNES EN SITUATION DE DÉPENDANCE**

**MAI 2004**

**Service des recommandations professionnelles**

*Pour recevoir la liste des publications de l'Anaes, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous  
ou consulter notre site : <http://www.anaes.fr> ou <http://www.sante.fr>*

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 finalisé en mai 2004 ; ce rapport peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

**Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)**

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex - Tél. : 01 55 93 70 00 - Fax : 01 55 93 74 00

© 2004, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)

I.S.B.N.

Ce travail a été réalisé à la demande du ministère de la Santé. Il a été établi sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et en collaboration avec des représentants de :

- la Fédération nationale des infirmières libérales ;
- Convergence infirmière ;
- le Collège national des généralistes enseignants ;
- la Société de formation thérapeutique du généraliste ;
- la Société française de médecine générale.

L'ensemble du travail a été coordonné par M<sup>me</sup> Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet, avec l'aide de M<sup>lle</sup> Marie-Laure TURLET, assistante, sous la direction du D<sup>r</sup> Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles, et du D<sup>r</sup> Jacques ORVAIN, directeur de l'évaluation.

La recherche documentaire a été effectuée par M<sup>me</sup> Emmanuelle BLONDET, documentaliste, sous la direction de M<sup>me</sup> Rabia BAZI, responsable du service documentation.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé tient à remercier les membres des groupes de travail et de lecture et les membres de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

Le rapport est structuré en deux parties :

- une synthèse, qui propose une méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile ;
- un argumentaire, qui expose l'analyse de l'information la plus pertinente sur le sujet et permet de proposer la méthode d'élaboration d'une démarche de soins type.

## **GROUPE DE TRAVAIL**

---

M<sup>me</sup> Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet Anaes, Saint-Denis La Plaine

D<sup>r</sup> Jean-Louis BENSOUSSAN, médecin généraliste, Castelmaurou

M<sup>me</sup> Sylvie DE BONNEVILLE, infirmière, Brives-Charensac

M<sup>me</sup> Véronique BOUDIER, assistante sociale, Colombes

M<sup>me</sup> Maryse BOULONGNE-GARCIN, directeur des services de soins infirmiers, Paris

M<sup>me</sup> Magaly DELHOMME, cadre infirmier responsable service de soins, Poitiers

M. David DUIZIDOU, infirmier, Thèze

M<sup>me</sup> Marie ERBAULT, chef de projet Anaes, Saint-Denis La Plaine

M. Alain GARNIER, kinésithérapeute, Toulouse

M. François-Yves KEREUN, infirmier, Villeneuve-le-Roi

M. Jérôme KERN, infirmier, Marseille

M<sup>me</sup> Dominique LE BOEUF, infirmière, sociologue, Paris

M. Pascal MACREZ, formateur, Paris

D<sup>r</sup> Patrick MIGET, médecin généraliste, Livernon (Nancy)

M<sup>me</sup> Nadine NOBLET, infirmière-coordinatrice, Mâcon

M<sup>me</sup> Valérie NOPRE, cadre de santé ergothérapeute, Eaubonne

M<sup>me</sup> Christine REYMOND, infirmière, Nice

---

## **GROUPE DE LECTURE**

---

M. Bernard BAILLET, masseur-kinésithérapeute, Berck-sur-Mer

M<sup>me</sup> Elisabeth BESNIER, infirmière, responsable HAD, Soissons

D<sup>r</sup> Michel DOUMENC, médecin généraliste, Fontenay-aux-Roses - membre du Conseil scientifique de l'Anaes

M<sup>me</sup> Marie-Françoise DUMAY, chargée de la prévention gestion des risques, Paris - membre du Conseil scientifique de l'Anaes

M. Thierry FERRARI, infirmier, Nice

D<sup>r</sup> Jean-Marc FRANCO, médecin généraliste, Saint-Philippe, La Réunion

M<sup>me</sup> Danièle MARANDE, directrice des soins, Ivry-sur-Seine - membre du Conseil scientifique de l'Anaes

D<sup>r</sup> Françoise MAY-LEVIN, oncologue médicale, Paris

M<sup>me</sup> Ghislaine MEILLERAIS, infirmière, Le Loroux-Bottereau

D<sup>r</sup> Bernard ORTOLAN, médecin généraliste, L'Haÿ-les-Roses - membre du Conseil scientifique de l'Anaes

M. Thierry PECHEY, infirmier, Essey-lès-Nancy

M<sup>me</sup> Marie-Thérèse PLANEL, infirmière, Valence

M<sup>me</sup> Anne RAIMBAULT, infirmière, Quintin

M<sup>me</sup> Louise RUIZ, infirmière épidémiologiste, Saint-Chamond et Thonon-les-Bains

M. Patrick SURTEL, infirmier, Saint-Malo

---

## PRÉAMBULE

---

Ce guide méthodologique vise à aider un promoteur, société savante ou organisation professionnelle, désireux d'élaborer une démarche de soins type et à organiser la collaboration entre les infirmiers libéraux, les médecins généralistes et les autres professionnels impliqués dans les soins.

Une démarche de soins type définit les soins les plus appropriés et les modalités de coordination pour la prise en charge d'une population définie de personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente en s'appuyant sur des recommandations professionnelles existantes. En participant à l'élaboration d'une démarche de soins type, les infirmiers libéraux se situent en amont de l'application au quotidien de la «démarche de soins infirmiers » (DSI).

Ce document aborde les aspects multiprofessionnels de la prise en charge et englobe la DSI. Cette démarche peut s'ouvrir aux professionnels du domaine médico-social, social et éducatif. C'est le cas lorsque la situation de dépendance ou de handicap nécessite des interventions de soins et de rééducation, le développement par apprentissage de compétences, et des aides à la vie quotidienne qui visent l'insertion, la réinsertion ou le maintien des personnes dans leur cadre de vie. Le document fait référence aux interventions médico-sociales et éducatives sans les approfondir.

La DSI définit et conditionne la réalisation à domicile des séances de soins infirmiers, la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé, les séances hebdomadaires de surveillance clinique et les activités de coordination ainsi que le remboursement des actes. La DSI prend place dans un dispositif qui vise à instaurer une plus grande transparence dans la répartition des actes de soins et des aides à la vie quotidienne entre les acteurs.

Les réponses apportées à la prise en charge des personnes en situation de dépendance reposent sur une évaluation concertée de leur situation. Elles ne se résument pas à la juxtaposition des interventions des différents professionnels et des aides existantes, mais imposent une coordination.

La coordination est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision par les professionnels. Elle est réalisée par l'équipe qui dispense les soins, avec en son sein une «personne référente » qui s'assure de la bonne coordination des interventions. Cette coordination est souvent difficile et complexe, prend du temps et nécessite une bonne connaissance des ressources locales (intervenants et structures, en particulier du secteur social). Elle repose souvent sur l'infirmier libéral.

Ce document n'a pour vocation ni de répondre aux questions relatives aux compétences et aux responsabilités des acteurs, ni de traiter de la rémunération qu'il conviendrait de donner pour la coordination.

---

## MÉTHODE POUR ÉLABORER UNE DÉMARCHE DE SOINS TYPE

---

### INTRODUCTION

Le maintien à domicile répond à un choix de la personne et de son entourage et nécessite l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels. Ce choix doit être soutenu à condition de garantir une réelle qualité de prise en charge à domicile ainsi que des conditions de sécurité, d'hygiène et de confort, satisfaisantes au quotidien.

La prise en charge de la dépendance relève des soins médicaux, infirmiers et de rééducation, mais renvoie également à une prise en charge médico-sociale et dans certains cas éducative, et aux aides à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Les professionnels de santé libéraux, les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), les réseaux de soins, les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique, les sites pour la vie autonome sont concernés par cette démarche.

La démarche de soins infirmiers (DSI) prend place dans le dispositif destiné à favoriser le maintien à domicile de toute personne en situation de dépendance temporaire ou permanente quel que soit son âge.

Depuis les années 80, la DSI fait partie du rôle propre de l'infirmier, quel que soit son mode d'exercice. En particulier pour l'exercice libéral, l'arrêté du 28 juin 2002 modifie la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et institue la DSI en tant que démarche qui définit et conditionne la réalisation et le remboursement des séances de soins infirmiers ; la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé ; les séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention ; les activités de coordination.

À domicile, le contexte réglementaire impose la prescription de la DSI par le médecin à partir de l'existence de déficiences chez une personne ou d'éléments du contexte tels qu'un retour à domicile après hospitalisation. Il n'en demeure pas moins que la DSI est une démarche active d'évaluation des besoins de chaque personne, qui aboutit au choix des interventions et de leur planification en nombre de séances et en durée de prescription. La formalisation de la DSI sur un support écrit contribue à faciliter la coordination ainsi que le partage des informations entre les divers professionnels participant à la prise en charge des personnes en situation de dépendance. En outre, cette démarche permet d'établir un lien entre la réponse aux besoins en soins et les interventions sociales et d'aides à la vie quotidienne.

L'adaptation de la DSI à chaque personne est plus facile si l'infirmier dispose d'une démarche de soins type pour une population définie de personnes en situation de dépendance. Cette démarche de soins type s'élabore selon la méthode décrite dans ce guide et doit s'appuyer sur des recommandations professionnelles préexistantes<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Les recommandations professionnelles sont « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Ce document propose la méthode de réalisation d'une démarche de soins type pour une situation clinique donnée. Il s'adresse aux professionnels de santé regroupés au sein de sociétés savantes ou d'associations professionnelles : infirmiers, médecins et autres professionnels impliqués dans la coordination et la dispensation des soins à domicile.

La première partie de ce guide propose des principes généraux d'organisation des soins fondés sur une approche interprofessionnelle<sup>2</sup> des situations de dépendance. La seconde partie décrit la méthode d'élaboration d'une démarche de soins type pour une population définie de personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente.

Ce guide a été réalisé à partir d'une analyse documentaire nationale et internationale et d'entretiens avec des représentants des infirmiers libéraux et repose essentiellement sur un consensus professionnel. En effet, des travaux pertinents ont été difficiles à identifier, les expériences décrites dans le cadre des soins à domicile sont peu nombreuses. La transposition des propositions, en particulier pour les principes généraux d'organisation des soins dans le contexte des soins à domicile, a été réalisée avec le souci de leur faisabilité et de leur applicabilité.

Le guide méthodologique a été soumis à l'avis de professionnels réunis dans un groupe de travail multiprofessionnel. Il a été discuté par le Conseil scientifique plénier de l'Anaes et a été relu par un groupe de lecture indépendant du groupe de travail pour être finalisé par le groupe de travail.

## **I. PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION DES SOINS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE DÉPENDANCE TEMPORAIRE OU PERMANENTE À DOMICILE**

### **I.1. Définitions**

- **La dépendance** est un état où la personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs besoins, y compris pour effectuer un des actes de la vie courante, sans action de suppléance ou l'aide d'un tiers. La dépendance est liée à l'existence de déficiences lorsqu'elles sont associées à des limitations d'activité et à des restrictions de participation<sup>3</sup>.

L'environnement physique et social de la personne en situation de dépendance, l'attitude de la population vis-à-vis de la dépendance peuvent influencer le fonctionnement de la personne en tant que facteur facilitant ou obstacle.

La dépendance comprend également le fait d'avoir besoin d'aides techniques et/ou d'aménagements du lieu de vie et/ou d'un tiers pour effectuer un des actes de la vie courante. Ces aides sont le plus souvent une condition d'indépendance.

---

<sup>2</sup> L'approche interprofessionnelle définit les interactions entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des situations de dépendance sous la forme d'une collaboration comme un processus conjoint de prise de décision partagée. C'est un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leur connaissance, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante au service du patient.

<sup>3</sup> Dans la nouvelle classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS (2001) la déficience devient « déficience de fonction organique ou de structure anatomique » ; l'incapacité est remplacée par « limitation d'activité » et le désavantage par « restriction de participation ».

Une dépendance, résultant d'une déficience qui limite l'individu ou l'empêche d'accomplir pleinement les activités souhaitées à des fins sociales, de loisirs ou professionnelles, représente une situation de handicap.

- Un **handicap** est un désavantage (une dépendance) pour un individu donné. Cette dépendance limite l'individu ou l'empêche d'accomplir pleinement les activités souhaitées à des fins sociales, de loisirs ou professionnelles.
- **Les déficiences** désignent des limitations fonctionnelles, au niveau des fonctions physiologiques comme la nutrition, la mobilité, l'élimination, la vue, la douleur, etc., et/ou des fonctions mentales et psychologiques comme la conscience, l'orientation, les fonctions cognitives, le langage.
- **Les limitations d'activités** représentent des difficultés rencontrées par la personne dans l'exécution de certaines tâches comme l'entretien personnel (faire sa toilette, utiliser les toilettes, etc.) et/ou la vie domestique (préparer les repas, faire le ménage, etc.).
- **La restriction de participation** désigne un problème rencontré par la personne lorsqu'elle s'implique dans une situation de vie réelle comme reconnaître ses besoins, s'estimer capable de réaliser ses propres soins ou d'y prendre part, développer des compétences pour gérer au mieux sa maladie ou sa situation de handicap.
- **L'autonomie représente l'autodétermination d'une personne**, le droit de prendre sa propre décision. Respecter l'autonomie individuelle signifie respecter la personnalité et la dignité de chaque personne dont l'approbation consciente (l'avis) reposant sur une information de base (consentement éclairé) est une condition nécessaire pour tout traitement médical ou toute recherche ([www.bdsp.tm.fr](http://www.bdsp.tm.fr)).
- **La démarche de soins infirmiers (DSI)** est une suite d'étapes logiques qui vise à dispenser des soins individuels continus et adaptés aux besoins d'une personne. L'infirmier identifie les besoins de la personne, pose s'il y a lieu un diagnostic infirmier, formule les objectifs de soins et les hiérarchise, met en œuvre les actions appropriées et les évalue en vue des réajustements nécessaires. Les conditions de dispensation des soins prennent en compte l'identification des risques, le confort et la sécurité de la personne et de son environnement, l'information de la personne et de son entourage.

## **I.2. Contribution spécifique de l'infirmier auprès des personnes en situation de dépendance**

Les dimensions de la contribution de l'infirmier auprès des personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente quel que soit leur âge, ainsi qu'auprès de leur entourage, que le groupe de travail a retenues sont les suivantes.

- **Un rôle d'évaluation, de surveillance et de suivi** concernant les capacités de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne (autosoins) et l'évolution de ces



capacités ; les évaluations et les surveillances spécifiques en fonction des besoins de la personne ou des fonctions perturbées ; la surveillance des effets des thérapeutiques ; l'évaluation des besoins de soutien de la personne et de son entourage.

- **Un rôle de planification et d'exécution des actes de soins** comprenant la mise en œuvre et la poursuite des soins et des traitements en phase aiguë, palliative ou chronique : soins techniques et d'entretien et de continuité de la vie, surveillance clinique et soins de prévention, apprentissages y compris celui de l'autosurveillance pour la personne et l'entourage.
- **Un rôle de coordination et de communication** comprenant la planification et l'organisation des interventions des différents acteurs, le retour et le partage de l'information, le réajustement des actions et de la conduite des soins, l'ouverture du dossier de la personne soignée à tous les professionnels, l'appui et le renforcement par les professionnels de santé, l'entourage et les aides à domicile de ce qui a été réalisé ou appris à la personne par les professionnels de rééducation.
- **Un rôle de prévention des risques et des complications** comprenant selon la situation : prévention des pertes d'autonomie et du risque de dépendance, prévention des risques liés à l'environnement, à la situation clinique de la personne soignée (fausses routes, chutes, escarres, phlébites, malpositions, infections, etc.), aux effets secondaires des traitements et à l'évolution ou la décompensation d'une maladie associée.
- **Un rôle de soutien de la personne et de son entourage** comprenant écoute, information, réassurance, conseils et encouragement pour les changements de mode de vie, aide pour faire face à la maladie, le handicap ou le stress, accompagnement de la personne et de son entourage dans leur expérience de la maladie ou du handicap.
- **Un rôle de sollicitation de la personne** et de son entourage à participer à l'autogestion de sa santé (intégration des thérapeutiques et des soins dans les activités de la vie quotidienne), pour développer le potentiel des personnes qui vivent des expériences de maladie ou qui se trouvent dans une situation de handicap.
- **Un rôle éducatif** pour le développement par apprentissage de compétences (connaissances, autosoins, autosurveillance, résolution de problèmes, attitudes) qui permettent à la personne soignée et éventuellement à son entourage de mieux comprendre la maladie, les traitements, les changements de mode de vie, de vivre le mieux possible avec la maladie et de favoriser l'insertion ou la réinsertion sociale.
- **Un rôle de soutien, de formation et d'encadrement de l'entourage et des aides** « non professionnels de soins » pour les intégrer au processus de compensation de la dépendance ou du handicap par le renforcement de l'apprentissage de techniques de rééducation (en particulier la mobilisation, les techniques de transfert, l'entretien des fonctions cognitives, l'alimentation).

### **I.3. Dispositif de maintien à domicile**

#### **I.3.1. Principes de mise en œuvre de la DSI**

Le développement d'un dispositif destiné à favoriser le maintien à domicile de toute personne en situation de dépendance temporaire ou permanente doit, selon le groupe de travail, être fondé sur :

- l'association d'une évaluation médicale et des besoins en soins d'une part, et d'une évaluation sociale et des besoins d'aide à domicile d'autre part, afin d'assurer une prise en charge cohérente ;
- une orientation vers le secteur social et des aides à la vie quotidienne en fonction de l'évaluation initiale de la situation de la personne soignée ;
- la possibilité d'apporter dans le cadre des soins à domicile des réponses aux besoins non satisfaits, aux difficultés et aux problèmes de santé identifiés ;
- une logique de gestion «au cas par cas » impliquant un suivi régulier et fréquent de la situation de dépendance.

#### **I.3.2. Place de la DSI dans le dispositif favorisant le maintien à domicile**

La DSI a toute sa place dans le dispositif favorisant le maintien à domicile *(figure 1)* puisqu'elle permet d'analyser la situation et de déterminer les besoins non satisfaits et les difficultés d'une personne, de planifier les soins, de les mettre en œuvre en collaboration avec d'autres intervenants si nécessaire, et d'évaluer dans quelle mesure les problèmes identifiés ont été résolus.

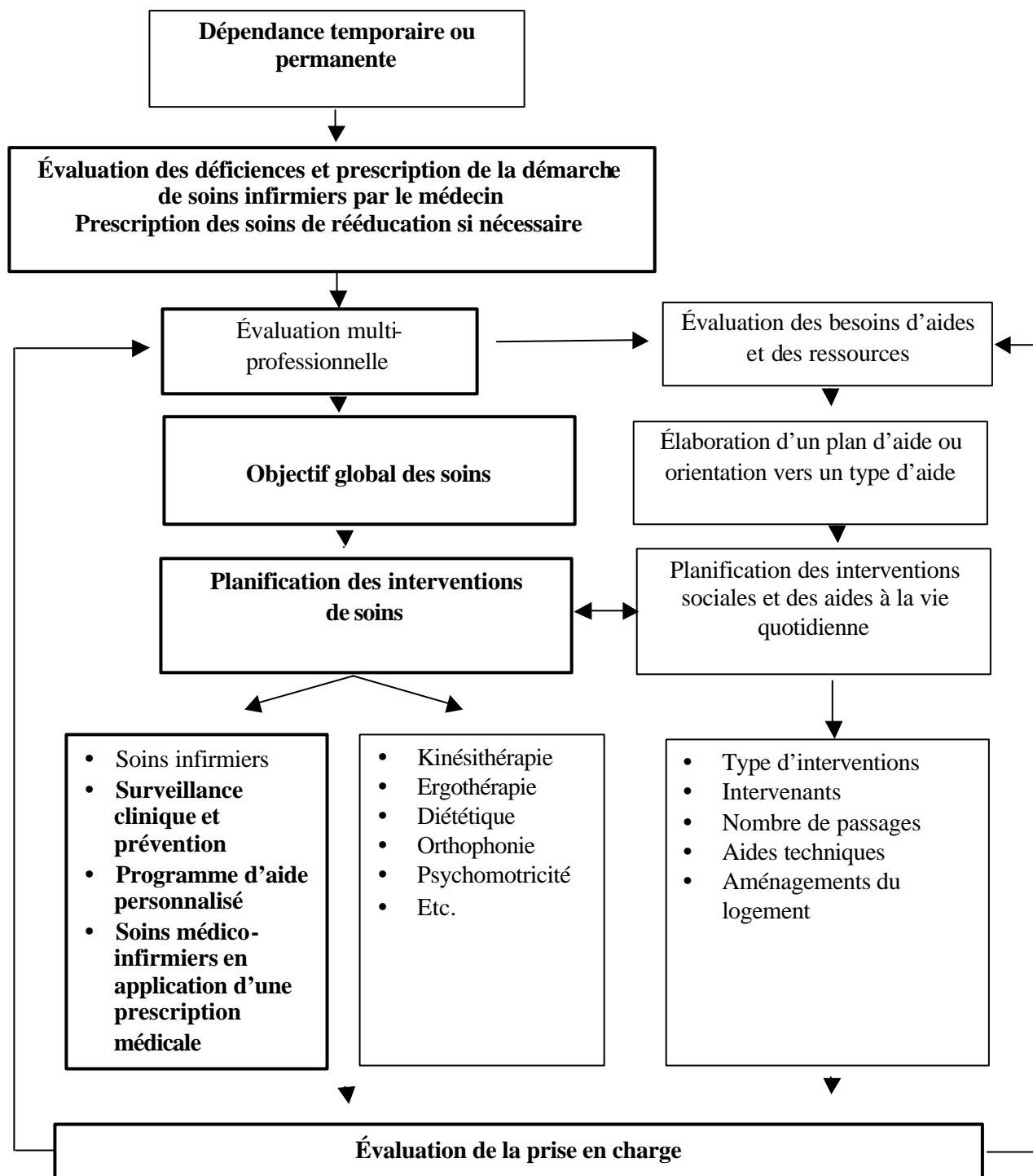
Le médecin prescrit la DSI du fait de l'existence de déficiences chez une personne qui a un problème de santé et/ou sur des éléments de contexte comme un retour à domicile après une hospitalisation.

L'infirmier met en œuvre les différentes étapes de la DSI en dehors de soins ponctuels et d'interventions relevant uniquement du secteur social. Dans ce dernier cas, un plan d'aide est élaboré pour recenser les besoins et les aides nécessaires au maintien à leur domicile des personnes demandeuses.

#### **I.3.3. Objectifs de la DSI**

Dans ce contexte, la DSI peut permettre de :

- poursuivre le traitement et les soins pour une maladie en phase aiguë, non stabilisée ;
- donner des soins continus à l'occasion d'une maladie chronique ou évoluant par poussées ou grave d'emblée conduisant à des soins palliatifs pouvant aller jusqu'à la phase ultime ;
- prévenir la maladie et les complications ;
- réduire le risque de survenue d'un problème de santé ;
- adapter le fonctionnement de la personne à l'environnement et développer par apprentissage les compétences visant à permettre son insertion ou sa réinsertion sociale ;
- pallier les limitations d'activités en complément de l'aide fournie par la famille et/ou les bénévoles, des aides à domicile, des aides techniques, de l'aménagement du domicile et de la fourniture de services comme le portage de repas et/ou un système de téléalarme ;
- soutenir et soulager la famille qui aide un proche en situation de dépendance.



**Figure 1.** Place de la démarche de soins infirmiers dans le dispositif de prise en charge des personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente à domicile.

#### **I.4. Coordination: une condition de prise en charge des personnes en situation de dépendance**

##### I.4.1. Définition

La coordination est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise et leurs compétences pour les mettre au service des personnes soignées afin de planifier et réaliser ensemble un projet thérapeutique et de soins et dans certains cas d'insertion ou de réinsertion sociale.

##### I.4.2. Objectifs et modalités de mise en œuvre de la coordination

La coordination entre les divers professionnels de santé impliqués intervient en particulier après l'évaluation multiprofessionnelle initiale de la situation de la personne et à intervalles réguliers pour le suivi. Elle permet de définir en commun les composantes de l'objectif global des soins à domicile, de programmer et d'organiser les interventions. Elle nécessite une formalisation de l'échange d'informations et une articulation des soins et de la prise en charge sociale.

##### I.4.3. Personne référente pour la coordination

La coordination est réalisée par l'équipe qui dispense les soins avec en son sein une « personne référente ».

Le groupe de travail propose que cette « personne référente » facilite la coordination et l'évaluation de l'organisation mise en place pour le maintien à domicile de la personne en situation de dépendance temporaire ou permanente en :

- assurant la relation avec le service hospitalier ou l'équipe de référence lors d'un retour à domicile après une hospitalisation en court séjour, en soins de suite ou une séance en hôpital de jour ;
- définissant la fréquence des réunions de coordination selon les modalités définies par l'équipe ;
- s'assurant de la cohérence de la programmation, de l'organisation des interventions de soins et de leur articulation avec les autres interventions.

Le plus souvent l'infirmier exerce ce rôle du fait de son implication dans la mise en route et l'organisation des soins et des aides à domicile.

Les objectifs et les modalités de mise en œuvre de la coordination sont présentés dans l'*encadré 1*.

<b>Encadré 1. Objectifs et modalités de mise en œuvre de la coordination.</b>	
<b>Objectifs</b>	<b>Modalités de mise en œuvre</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir en commun les différents aspects de la prise en charge de la personne dans le cadre d'un projet thérapeutique, de soins et dans certains cas d'insertion ou de réinsertion sociale afin de répondre de manière la plus adaptée possible aux besoins non satisfaits, aux difficultés et aux problèmes de santé identifiés.</li> <li>• Encourager la personne à participer à la définition, à la mise en œuvre des interventions et à l'évaluation de leurs résultats permet d'impliquer la personne et éventuellement son entourage dans ses propres soins.</li> <li>• Programmer, organiser les interventions et partager des informations pour assurer la cohérence des interventions et la continuité des soins.</li> </ul>	<p>→ Des visites multiprofessionnelles au domicile de la personne sont souhaitables et devraient pouvoir être organisées. Le groupe de travail propose que ces visites s'organisent en particulier après la réalisation de l'évaluation multiprofessionnelle initiale de la situation de la personne et à intervalles réguliers pour le suivi.</p> <p>→ L'expression des attentes de la personne et de ses préférences doit être favorisée en lui donnant une information compréhensible sur les modalités pratiques de la conduite des soins.</p> <p>→ Parmi les professionnels de santé, une « personne référente » est l'interlocuteur de la personne et de ses proches. Elle s'assure de leur compréhension des buts de la prise en charge et apprécie leur niveau de participation. En outre, elle informe les divers professionnels de santé qui interviennent auprès de la personne des évolutions et des changements. Elle se met en lien avec les services pouvant procurer l'aide nécessaire en regard des besoins de la personne et elle suscite l'évaluation régulière des résultats des interventions.</p> <p>→ La programmation et l'organisation des interventions consistent à les répartir dans le temps et à en attribuer la réalisation aux intervenants.</p> <p>→ Le choix des priorités, la concertation sur la mise en œuvre des soins et l'évaluation des résultats peuvent être facilités par l'utilisation d'un outil de planification prévisionnelle des interventions comme le « chemin clinique »<sup>4</sup>.</p> <p>→ L'intégration des intervenants et de l'entourage au processus de compensation de la situation de dépendance ou de handicap par le renforcement de l'apprentissage des techniques de rééducation acquises ou en cours d'acquisition par la personne au moyen de consignes claires est essentielle pour gagner en autonomie (transfert, mobilisation, alimentation, etc.).</p> <p>→ Le partage d'informations repose sur des modalités définies de transmission des informations (cf. § I.4.4.).</p>

<sup>4</sup> Le chemin clinique est un outil de planification du parcours du patient. Il met en relation les phases de la prise en charge (exprimées en jours, semaines, mois) avec les catégories d'activités identifiées et les actions à accomplir par les professionnels de santé.

#### I.4.4. Partage et modalités de transmission des informations

- **Lors du retour à domicile après un séjour en établissement de santé**

La transmission d'informations concernant la situation de la personne, son état de santé, le projet thérapeutique et de soins, les difficultés pour mener les activités de la vie quotidienne et l'évaluation des résultats obtenus est indispensable :

- lors du retour à domicile des personnes après une hospitalisation en court séjour ou en soins de suite ou après une séance en hôpital de jour ;
- lors de l'introduction de nouvelles interventions et de nouvelles phases dans la prise en charge à domicile.

Le groupe de travail souligne dans la préparation de la sortie d'un établissement de santé l'importance de connaître la situation antérieure de la personne et d'évaluer précisément son état avant la sortie pour favoriser la continuité de la prise en charge.

Des documents écrits assurant la continuité des soins sont indispensables et s'accompagnent le plus souvent d'un contact entre les professionnels de santé. Cet échange permet d'assurer la continuité des soins et de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. La personne doit être avertie de ces échanges d'information et donner son accord.

- **Les supports d'informations**

La concertation des divers professionnels de santé et la coordination de leurs actions nécessitent un recueil d'informations en continu, structuré dans un document restant au domicile de la personne. Chaque intervenant doit y trouver les informations utiles à la compréhension de la situation et à une orientation commune de l'action. La personne doit avoir l'assurance que les informations portées sur ce document resteront confidentielles, en particulier les informations portant sur son état de santé.

Les supports d'informations rassemblés dans le dossier de la personne soignée doivent permettre un enregistrement simple et efficace, utilisable par les différents intervenants. Ils devraient présenter les caractéristiques suivantes afin de constituer un système complet favorisant la continuité des soins :

- les données de l'évaluation multiprofessionnelle initiale et de suivi ;
- l'objectif global des soins ;
- la programmation des interventions de soins infirmiers et si besoin des actes de rééducation ;
- des diagrammes qui documentent la réalisation des soins ;
- des transmissions ciblées dont la rédaction est guidée, comprenant :
  - l'énoncé concis de ce qui arrive à la personne ou ses réactions (observations, examen clinique, événement significatif),
  - les actions (interventions de soins réalisées en vue de modifier une situation ou traiter un problème),
  - les résultats (réponses aux actes de soins) ;

- des fiches de surveillance infirmière ;
- une fiche de liaison avec les professionnels de santé et intervenants sociaux ;
- une fiche de liaison avec l'entourage ou la tierce personne qui s'y substitue.

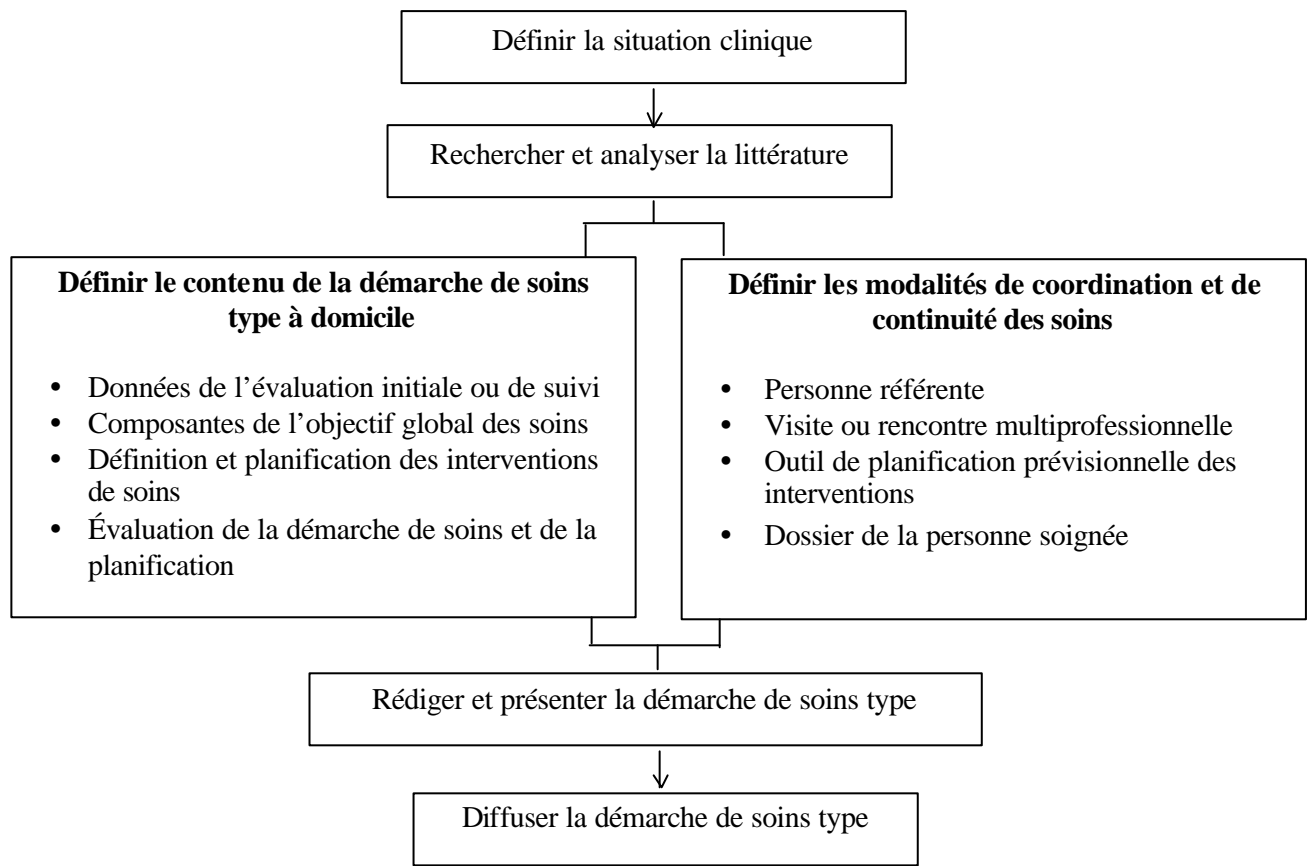
## **II. ÉTAPES D'ÉLABORATION D'UNE DÉMARCHE DE SOINS TYPE POUR UNE SITUATION CLINIQUE DONNÉE**

Une démarche de soins type définit les soins les plus appropriés et les modalités de coordination pour la prise en charge d'une population définie de personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente en s'appuyant sur des recommandations professionnelles existantes.

L'élaboration d'une démarche de soins type pour une population de personnes ayant les mêmes caractéristiques (par exemple retour à domicile après un accident vasculaire cérébral, après mise en place d'une prothèse totale de hanche, prise en charge d'une personne ayant une sclérose latérale amyotrophique, etc.) représente :

- une opportunité pour les infirmiers, les médecins traitants et les autres professionnels de santé impliqués de définir ensemble les différents aspects de la prise en charge, d'établir des priorités et d'organiser les interventions selon une stratégie définie, et d'en évaluer les résultats ;
- une coordination des interventions permettant la mise en œuvre d'actions concertées ainsi qu'un partage d'informations visant la continuité des soins ;
- une implication des personnes dans leurs propres soins en participant à la définition et à la mise en œuvre des interventions et à l'évaluation de leurs résultats ;
- une réponse organisée aux besoins non satisfaits, difficultés et problèmes de santé identifiés.

Les principales étapes d'élaboration d'une démarche de soins type sont présentées dans la *figure 2*. Ces étapes sont décrites de manière chronologique dans ce chapitre. Les acteurs concernés, leur rôle et l'organisation à mettre en place pour concevoir une démarche de soins type sont proposés dans la partie II.1.



**Figure 2.** Étapes d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance.

## II.1. Les acteurs et leur rôle

Trois groupes d'acteurs interviennent dans l'élaboration d'une démarche de soins type.

- **Le promoteur** initie le travail : il s'agit le plus souvent des membres d'une société savante ou d'une organisation professionnelle.  
Le promoteur s'entoure des sociétés savantes et des organisations professionnelles intéressées par le thème (infirmières, de médecine générale ou d'autres spécialités en fonction de la définition du thème, paramédicales du secteur de la rééducation) et des patients ou représentants de patients. Il peut constituer un comité d'organisation afin de définir et préciser le thème de la démarche de soins type, et le délimiter. Il désigne les membres du groupe de travail, recherche les moyens nécessaires et coordonne le travail.

*Quel est son rôle ?*

- Décider de l'opportunité d'élaborer une démarche de soins type pour une population de personnes ayant les mêmes caractéristiques.
- Préciser l'objectif de la démarche de soins type.
- Définir les professionnels concernés et choisir les membres du groupe de travail.
- Préciser le délai d'élaboration.



- Fournir ou rechercher les moyens nécessaires à l'élaboration de la démarche de soins type.
- **Le groupe de travail** est généralement pluridisciplinaire et pluriprofessionnel en fonction du thème. Il se compose en moyenne de 10 à 12 professionnels expérimentés et motivés. Le groupe de travail est aidé par un ou deux chargés de projet qui analysent, synthétisent la littérature et rédigent les versions successives de la démarche de soins type. Le groupe de travail est animé par un coordonnateur qui collabore avec les chargés de projet et assure un soutien méthodologique et logistique.

*Quel est son rôle ?*

- Donner son avis et apporter son expérience à partir de documents préparatoires.
  - Discuter l'analyse de la littérature.
  - Participer à la rédaction de la démarche de soins type.
- **Un groupe de lecture** pluridisciplinaire et pluriprofessionnel est composé de professionnels expérimentés, indépendants du groupe de travail. Il est désigné par le promoteur et les membres du groupe de travail. Il comprend autant de membres qu'il est utile. Mais pour que les avis puissent être analysés et synthétisés, l'ordre de grandeur raisonnable est de 30 à 40 personnes.

*Quel est son rôle ?*

- Juger du fond de la démarche de soins type en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires reposant sur la littérature et l'expérience.
- Donner son avis sur le document produit par le groupe de travail (en particulier sur la compréhension, la faisabilité et l'applicabilité de la démarche de soins type).
- Formuler les critiques et les remarques par écrit à l'aide d'une grille de lecture.

## **II.2. Définir la situation clinique**

Le promoteur définit le thème de la démarche de soins type en termes de population concernée, de prise en charge et de résultats attendus de la prise en charge. Le groupe de travail peut réorienter le travail afin de répondre le mieux possible aux besoins des personnes. Il est souhaitable que le groupe de travail associe à sa réflexion des professionnels de santé et du domaine social ainsi que des patients ou anciens patients ou des représentants de patients.

Les éléments qui permettent de préciser le thème sont présentés dans l'*encadré 2*.

**Encadré 2. Éléments de définition de la situation clinique.**

- **Quelles personnes sont concernées ?**
  - Quelle est l'importance de la situation clinique d'un point de vue épidémiologique : nombre de personnes affectées, morbidité, homogénéité de la population en termes de pathologie, de niveau de dépendance, de situation de handicap ou de perte progressive d'autonomie ?
  - Quelle description peut-on faire de cette population ? Un sous-groupe de cette population est-il particulièrement concerné ?
- **La situation clinique est-elle suffisamment complexe pour nécessiter l'élaboration d'une démarche de soins type en raison des variations de pratiques et de la complexité du problème clinique ?**
- **Quels peuvent être les résultats attendus pour les personnes et leur entourage ?**
- **Qui sont les intervenants et quelle est leur implication dans la prise en charge en termes :**
  - de soins techniques et complexes (maladie non stabilisée) ;
  - de soins continus en cas de maladie évolutive continue ou par poussées ou handicapante (associations de soins techniques et de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie) ;
  - de soins de rééducation et de réinsertion après une phase aiguë d'une ou plusieurs maladies ou comorbidités ;
  - d'interventions médico-sociales et éducatives ;
  - de développement de compétences par apprentissage ;
  - d'aides à la vie quotidienne ;
  - d'interventions de bénévoles.

### **II.3. Rechercher et analyser la littérature**

L'élaboration d'une démarche de soins type s'appuie sur la littérature disponible. En priorité sont recherchées les recommandations professionnelles, les revues qui fournissent une synthèse de la littérature utilisable directement, en particulier lors de l'absence de recommandations professionnelles ou si elles sont incomplètes.

Une recherche documentaire nationale et internationale, la plus approfondie possible, est effectuée par interrogation systématique des banques de données (médicales, paramédicales, santé publique, économiques s'il y a lieu, etc.). La période de recherche est adaptée au thème concerné.

Les éléments qui permettent de sélectionner la littérature sont présentés dans l'*encadré 3*. Le cadre de référence développé au chapitre I sert de guide pour l'analyse et la synthèse des recommandations professionnelles existantes ou de la littérature identifiée.

La recherche documentaire peut se limiter dans un premier temps aux recommandations de bonne pratique clinique (RPC) existantes : les françaises (en priorité), les RPC internationales dans le cas où il n'en existe pas en France ou si les RPC françaises existantes sont obsolètes ou de qualité méthodologique insuffisante.

À titre indicatif, voici quelques sources documentaires utiles :

- BFES (Banque française d'évaluation en santé) de l'Anaes [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
- bibliothèque Lemanissier [www.bmlweb.org/consensus\\_lien.html](http://www.bmlweb.org/consensus_lien.html)
- site Internet du CHU de Rouen [www.chu-rouen.fr](http://www.chu-rouen.fr)
- site Internet des sociétés savantes pertinentes sur le thème traité

- *National guideline clearinghouse* (États-Unis) [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)

En complément, la Banque de données de santé publique (BDSP) ([www.bdsp.tm.fr](http://www.bdsp.tm.fr)) pourra être interrogée gratuitement et donner des références bibliographiques francophones.

Deux outils élaborés à l'étranger : le premier en Australie par le *Department of Veterans' Affairs* (le *Clinical Pathways Manual*) ([www.dva.gov.au/health/provider](http://www.dva.gov.au/health/provider)), et le second en Suède par le *Swedish Council of Technology Assessment* (le *Geriatric care and treatment : a systematic compilation of existing scientific literature*) ([www.sbu.se](http://www.sbu.se)) peuvent aider à l'élaboration d'une démarche de soins type.

### **Encadré 3. Méthode de recherche et d'analyse de la littérature<sup>5</sup>.**

Existe-t-il des recommandations professionnelles sur le thème concerné ?

Si OUI :

- Quelle est la qualité méthodologique de l'élaboration de ces recommandations ?
- Ces recommandations professionnelles sont-elles claires et applicables dans la pratique habituelle ?
- Les recommandations professionnelles sont-elles complètes ? Abordent-elles tous les aspects de la prise en charge telle que définie au préalable ?

Si NON :

- Existe-t-il des synthèses de la littérature ou des articles pertinents (avec un niveau de preuve suffisant) ?
- Quelle est la qualité méthodologique de cette littérature ? Est-elle pertinente par rapport à la prise en charge définie au préalable ?
- Est-il intéressant de la compléter par des enquêtes de pratiques ?

#### **Les éléments de sélection de la littérature sont les suivants :**

Quel dispositif de maintien à domicile est nécessaire en regard de la dépendance :

- en termes de description des déficiences, de limitation d'activités, de restriction de participation ?
- en termes d'interventions de soins, de rééducation, de compétences à développer par apprentissage, d'interventions médico-sociales et éducatives ?
- en termes d'articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ?
- en termes de coordination et de modalités de transmission des informations ?

## **II.4. Définir le contenu de la démarche de soins type à domicile**

Quatre parties permettent de définir le contenu de la démarche de soins pour les personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente. L'intitulé de chacune des parties est identique quel que soit le thème de la démarche de soins type. En revanche, le contenu de chacune d'entre elles est spécifique de la population concernée.

---

<sup>5</sup> Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, Anaes, janvier 2000.

#### II.4.1. Évaluation initiale ou de suivi

La démarche de soins infirmiers comprend en premier lieu une évaluation initiale qui comporte le recueil et l'analyse de données relatives à l'état de santé de la personne, à son comportement, à la réalisation de certaines activités, à son environnement humain et matériel et à ses conditions de vie. Les éléments de cette évaluation peuvent également être utilisés lors du suivi de la prise en charge.

Selon les déficiences identifiées, l'évaluation initiale des données peut être multiprofessionnelle. La personne soignée et son entourage sont systématiquement associés à cette évaluation.

L'évaluation initiale est la plus ciblée possible pour aller à l'essentiel. Elle s'appuie sur un instrument d'évaluation général et/ou spécifique lorsqu'il existe. Elle est répétée de manière régulière. Elle a pour but :

- d'identifier les besoins non satisfaits et d'énoncer éventuellement le ou les diagnostics infirmiers par rapport aux besoins fondamentaux non satisfaits, les difficultés et les problèmes de santé de la personne ;
- de formuler l'objectif global de soins qui explique les buts généraux de la prise en charge à domicile ;
- de définir les interventions de soins infirmiers auxquelles s'ajoutent si besoin les actes de rééducation ;
- d'orienter vers des interventions sociales et d'aides à la vie quotidienne.

Les données de l'évaluation initiale et de suivi concernent cinq domaines cités dans l'*encadré 4*. Ces données sont détaillées dans les *tableaux 1 à 5* ainsi que leurs modalités d'évaluation et leurs correspondances avec l'objectif global des soins à domicile.

**Encadré 4. Évaluation initiale de la situation de la personne et son suivi.**

- **Quels sont les cinq domaines d'évaluation ?**
  - les limitations fonctionnelles : altérations au niveau des fonctions physiologiques, mentales et psychologiques (déficiences) ;
  - les limitations d'activités (difficultés pour mener une activité d'entretien personnel) ;
  - les obstacles, barrières dans l'environnement ;
  - les risques ;
  - les restrictions de participation.
- **Existe-t-il des outils, des instruments d'évaluation généraux ou spécifiques pour identifier les besoins non satisfaits, les difficultés, les problèmes de santé et les attentes de la personne en ce qui concerne les domaines cités précédemment ?**
  - Si OUI, ces outils et instruments ont-ils été validés ou ont-ils une valeur d'usage ?
  - Si NON, quelles sont les données sur lesquelles un consensus peut s'établir ?
  - Dans les deux cas, peuvent-ils être utilisés également pour le suivi de l'évolution de la situation de la personne ?

**Tableau 1.** Les limitations fonctionnelles.

Données de l'évaluation initiale ou de suivi	Modalité d'évaluation	Objectif global des soins
<p><b>Les limitations fonctionnelles déterminent l'état fonctionnel de la personne indépendamment de son environnement ou des aides techniques dont elle dispose. On distingue les altérations au niveau :</b></p> <p>- <b>des fonctions physiologiques :</b> mobilité, stabilité, tonus et endurance musculaire, nutrition, élimination, vue, douleur, etc.</p> <p>- <b>des fonctions mentales et psychologiques :</b> conscience, orientation temporo-spatiale, fonctions cognitives, langage</p>	<p>Les déficiences peuvent être précisées en utilisant les critères d'identification suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perte ou manque</li> <li>- réduction</li> <li>- addition ou excès</li> <li>- écart</li> </ul> <p><i>Utiliser un instrument d'évaluation (ex. : fonctions cognitives, dénutrition), une échelle de gravité ou d'intensité (ex. : douleur), des tests (ex. : équilibre)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compenser partiellement ou en totalité une perte ou un manque en ce qui concerne les fonctions physiologiques et/ou des fonctions mentales et psychologiques</li> <li>• Accroître le potentiel d'adaptation des capacités et performances de la personne</li> </ul>

**Tableau 2.** Les limitations d'activités.

Données de l'évaluation initiale ou de suivi	Modalité d'évaluation	Objectif global des soins
<p><b>Les limitations d'activités représentent les difficultés pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• entretien personnel : faire sa toilette, s'habiller, aller aux toilettes et les utiliser, se coucher ou quitter son lit et s'asseoir, quitter son siège, contrôler ses selles et ses urines, manger des aliments déjà préparés</li> <li>• vie domestique : préparer les repas, faire le ménage, etc.</li> </ul>	<p>Les difficultés peuvent être qualifiées en utilisant les critères de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• performance : ce que fait une personne dans son cadre de vie réel</li> <li>• capacité : aptitude à effectuer une tâche ou à mener une action</li> </ul> <p><i>Utiliser un instrument général de retentissement des troubles moteurs et/ou cognitifs sur les activités de la vie quotidienne* (annexe 2)</i></p> <p><i>Utiliser un instrument spécifique d'une pathologie ou d'une situation quand il existe</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compenser partiellement ou en totalité les capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne quand elles requièrent une surveillance ou un apprentissage spécifique</li> <li>• Rechercher des réponses pour aider la personne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique quand elles ne requièrent aucune surveillance, ni apprentissage spécifique</li> </ul>

\* *Activities of Daily Living*, ADL : 1. faire sa toilette ; 2. s'habiller ; 3. aller aux toilettes et les utiliser ; 4. se coucher ou quitter son lit et s'asseoir et quitter son siège ; 5. contrôler ses selles et ses urines ; 6. manger des aliments déjà préparés.

**Tableau 3.** Les obstacles, barrières dans l'environnement.

Données de l'évaluation initiale ou de suivi	Modalité d'évaluation	Objectif global des soins
<p><b>Plusieurs facteurs peuvent limiter le fonctionnement de la personne dans le contexte où elle vit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>environnement proche (caractéristiques physiques et matérielles) : accès au domicile ; espace, éclairage et liberté de passage, aides techniques ; stockage des médicaments et des produits de soins ; hauteurs du lit, du fauteuil, du siège des toilettes ; téléphone, téléalarme ; barres d'appui et mains courantes, aides aux déplacements</li> <li>environnement général : disponibilité et adaptation des transports publics, accès à une information sur les aides techniques et aménagements divers du domicile, etc.</li> <li>ressources financières et humaines (aidants : famille ou entourage proche)</li> <li>aides financières, allocations, financement des aides techniques</li> </ul>	<p>La qualification des obstacles ou barrières dans l'environnement peut s'exprimer en termes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'absence ou de présence</li> <li>de fréquence de survenue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher des réponses pour la mise en place d'un aménagement du domicile ou l'acquisition d'aides techniques</li> <li>Orienter la personne et son entourage vers les services sociaux de la sécurité sociale et ceux des collectivités locales ou vers un site à la vie autonome (SVA)<sup>6</sup> ou un centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)</li> <li>Mettre en place un plan d'aide qui a pour objet de recenser les besoins et les aides nécessaires au maintien à leur domicile des personnes demandeuses</li> </ul>

**Tableau 4.** Les risques.

Données de l'évaluation initiale ou de suivi	Modalité d'évaluation	Objectif global des soins
<p><b>Les risques peuvent être la conséquence de facteurs environnementaux à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile ou être liés à la dispensation des soins ou à la personne et à son comportement ou à l'entourage :</b></p> <p>chute, dépendance, dénutrition, incontinence, perte d'audition ou de vision, dépression, observance thérapeutique insuffisante ou inadéquate, polymédication, isolement social, maltraitance</p>	<p>Les critères d'identification d'un risque peuvent s'exprimer en termes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'absence ou de présence</li> <li>de fréquence de survenue</li> </ul> <p><i>Utiliser un instrument d'évaluation du risque* (ex. : escarre, chute, dépression, dénutrition) quand il existe</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévenir un ou plusieurs risques</li> <li>Prévenir les complications et effets secondaires des traitements</li> <li>S'assurer de l'adhésion de la personne au traitement et aux soins</li> <li>Mettre en œuvre une démarche éducative</li> </ul>

\* Se reporter à la bibliographie.

<sup>6</sup> Les sites à la vie autonome (SVA) constituent un dispositif organisé au plan départemental. Leur but est de développer et favoriser le recours et l'accès aux solutions de compensation fonctionnelle des incapacités (aides techniques et humaines, aménagements adéquats des lieux de vie) pour toutes les personnes en situation de handicap par une simplification, une centralisation des demandes et une réduction des délais de traitement des dossiers (circulaire du 19 juin 2001 publiée par la Direction générale de l'action sociale).

**Tableau 5.** Les restrictions de participation.

Données de l'évaluation initiale ou de suivi	Modalité d'évaluation	Objectif global des soins
<p><b>Une restriction de participation</b> désigne les problèmes rencontrés par une personne pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prendre part à une situation de la vie réelle</li> <li>• développer des compétences pour gérer au mieux sa maladie</li> <li>• s'impliquer dans des actions de prévention et des changements dans son mode de vie</li> </ul> <p>Les formes de participation concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le niveau d'information sur le déroulement de la prise en charge et des soins (investigations, traitements, actions de prévention, apprentissages proposés, leur utilité, leurs conséquences)</li> <li>- le développement de compétences par apprentissage : connaissances, interprétation de données, résolution de problèmes, prise de décision, développement de l'esprit critique ; habileté technique ; capacité à transmettre des informations concernant son état de santé</li> <li>- les stratégies d'ajustement (personne, entourage)</li> </ul>	<p>Les restrictions de participation peuvent être qualifiées en utilisant les critères de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• performance : ce que fait une personne dans son cadre de vie réel</li> <li>• capacité : aptitude à effectuer une tâche ou à mener une action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la participation en fournissant une information, suggérant des ressources (information, soutien)</li> <li>• Éduquer pour la santé, prévenir la maladie et la dépendance (en lien avec la gestion des risques)</li> <li>• Développer des compétences en termes de gestion de la santé et de la maladie</li> <li>• Développer la capacité à faire face à une situation ou un événement pour parvenir à mieux vivre la situation</li> </ul>

#### II.4.2. Formulation des composantes de l'objectif global des soins à domicile

L'objectif global concerne l'ensemble des acteurs de soins qui interviennent à domicile.

L'objectif global des soins décrit les résultats visés par la prise en charge de la personne en situation de dépendance à domicile. Ses différentes composantes sont précisées et des priorités sont établies.

La formulation de l'objectif global des soins tient compte du respect des préférences de la personne et vise à améliorer sa qualité de vie et celle de son entourage.

La communication à la personne et à son entourage de l'objectif global des soins et de l'importance respective de ses composantes a pour avantage de vérifier la pertinence et l'adéquation des priorités établies, et de susciter la collaboration de la personne et/ou celle de son entourage.

Les différentes composantes de l'objectif global des soins s'expriment par un verbe d'action et par un contenu sur lequel porte l'action. Elles doivent être en adéquation avec les besoins de la personne en situation de dépendance et être mesurables.

L'objectif global des soins permet de définir ensuite les interventions en regard des besoins non satisfaits, des difficultés, des problèmes de santé, des obstacles de l'environnement ou des restrictions de participation.

Les composantes de l'objectif global des soins sont présentées en regard des domaines d'évaluation dans les *tableaux 1* à *5* du paragraphe II.4.1. car ils sont logiquement en lien avec les données de l'évaluation initiale de la situation de la personne. Une proposition de formulation des composantes de l'objectif global est présentée dans l'*encadré 5*.

**Encadré 5. Formulation de l'objectif global des soins.**

- **Que se propose-t-on de faire ?**
  - compenser partiellement ou en totalité un manque ou une diminution des capacités ;
  - prévenir un ou plusieurs risques ;
  - aider à l'insertion, la réinsertion ou le maintien de la personne dans son cadre de vie ;
  - développer par apprentissage des compétences visant à gérer sa santé, une maladie chronique ou aiguë ou une situation de dépendance ou de handicap ;
  - éduquer pour la santé ;
  - développer la capacité à faire face à une situation ;
  - prévenir la maladie, les risques de complications et de dépendance.
  
- **Quels critères utiliser pour hiérarchiser les composantes de l'objectif global des soins ?**

### II.4.3. Définition et planification des interventions de soins

Une fois les différentes composantes de l'objectif global des soins déterminées, les interventions de soins vont être définies et planifiées dans le temps. Pour sa part, l'infirmier détermine le nombre de séances de soins qu'il juge nécessaire au regard des actions programmées ; le nombre de passages par jour, la durée de sa prescription.

À ces actes de soins, s'ajoutent des actes de rééducation, les interventions médico-sociales et éducatives, les contacts pour l'obtention des interventions sociales et d'aides à la vie quotidienne et des activités de coordination des interventions.

Chaque intervention est assortie d'un objectif spécifique qui décrit le résultat visé par le professionnel concerné.

Les règles de formulation de l'objectif d'une intervention de soins peuvent se résumer à un verbe d'action et un contenu sur lequel porte l'action. Les qualités de l'objectif d'une intervention de soins sont sa pertinence en termes d'adéquation entre l'objectif global des soins et les besoins de la personne et son caractère mesurable.

Les étapes d'élaboration de la planification des interventions de soins (définition des interventions, programmation et organisation de leur mise en œuvre) sont proposées dans l'*encadré 6*.



**Encadré 6. Définition et planification des interventions de soins.**

- **Quels soins infirmiers en regard de l'évaluation des besoins non satisfaits, des difficultés, des problèmes de santé et des attentes de la personne ?**
  - *séances de soins infirmiers* : soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, séances d'éducation thérapeutique ;
  - *séances de surveillance clinique infirmière et de prévention* : suivi de la personne au moyen du contrôle des paramètres, de l'observance, des conditions de sécurité et de confort ou de contrôle de l'adaptation d'un éventuel programme d'aide personnalisé ;
  - *séances destinées à l'élaboration d'un programme d'aide personnalisé* : mise en place d'un accompagnement ou d'interventions à caractère médico-social et éducatif avec la participation active de l'entourage ou d'intervenants sociaux ;
  - *tenue de la fiche de surveillance et transmission d'informations* au médecin traitant ; la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue ;
  - *soins médico-infirmiers* en application d'une prescription médicale ;
  - *organisation du relais* avec les travailleurs sociaux et les aides à la vie quotidienne.
- **Quels actes de réadaptation ?**
  - kinésithérapie ;
  - ergothérapie ;
  - diététique ;
  - orthophonie ;
  - orthoptie ;
  - autres.
- **Quelles interventions médico-sociales et éducatives ?**
- **Pour chaque intervention, quelles sont les différentes options possibles ? Quelle est leur pertinence ? Que peut-on proposer et dans quelle situation ?**
- **Quelles sont les interfaces avec les professionnels** médico-sociaux, éducatifs et de l'aide à la vie quotidienne ?
- **Quels sont les outils de programmation et d'organisation des différentes étapes ou phases de la prise en charge et des interventions ?**
  - Ces étapes ou phases correspondent-elles à toute action qui peut être maîtrisée pour répondre aux besoins non satisfaits, aux difficultés, aux problèmes de santé de la personne ? Pour prévenir un ou plusieurs risques identifiés ?
  - Quelle justification (fondement scientifique, réglementaire, physiologique, biomécanique, épidémiologique, etc.) apporter pour chaque étape ou phase ?
  - Quelle formalisation choisir pour la programmation et l'organisation des interventions (chemin clinique, arbre de décision, autre outil) ?
  - Quelles conditions sont requises pour les mettre en œuvre (ressources matérielles, humaines, environnementales, coordination) ?
  - Quels critères de priorité ou de hiérarchisation utiliser pour ordonner les interventions (chronologie, cohérence, renforcement des interventions entre elles) ?

II.4.4. Évaluation de la démarche de soins et de la planification

L'évaluation a plusieurs buts :

- évaluer les changements observés ou les résultats obtenus chez la personne soignée du fait des soins dispensés :
  - identification de nouveaux besoins ou problèmes,
  - mesure de l'ensemble des progrès et de l'évolution de l'état de santé,
  - réajustement des objectifs des interventions,

- partage des informations utiles avec les autres professionnels de santé et ceux du domaine social afin de réajuster l'objectif global des soins et solliciter le recours à d'autres professionnels si besoin ;
- évaluer le processus qui a permis d'élaborer la démarche de soins :
  - réajustement des mécanismes d'évaluation initiale et de suivi, de coordination, de continuité des soins ;
- évaluer le point de vue de la personne vis-à-vis de la conduite des soins :
  - satisfaction de la personne et de son entourage,
  - réponse aux attentes,
  - qualité de vie perçue.

Les éléments qui guident la réflexion sur les composantes de l'évaluation de la démarche de soins infirmiers sont proposés dans l'*encadré 7*.

**Encadré 7. Évaluation de la démarche de soins infirmiers et de la planification.**

**Les éléments d'évaluation concernant les changements observés ou les résultats obtenus du fait des soins et actes dispensés peuvent être les suivants :**

- Quels sont les progrès attendus et les éléments d'évolution prévisibles de l'état de la personne ?
- Quels sont les résultats attendus des soins : résultats intermédiaires ou à court terme, qualité de vie, satisfaction de la personne ?
- Par rapport à quels éléments du recueil de données initial (ou instruments d'évaluation) identifier de nouveaux besoins ou problèmes de santé ?
- Sur quels éléments objectifs s'appuyer pour s'assurer de l'atteinte de l'objectif global des soins ?

**Lorsque la situation de la personne semble ne pas évoluer et/ou les interventions n'entraînent pas les résultats attendus et/ou apparaissent des difficultés, les questions suivantes peuvent être posées à propos du processus d'élaboration de la démarche de soins :**

- La collecte des données avait-elle fait ressortir les éléments pertinents ?
- Les objectifs ou compétences à acquérir par la personne étaient-ils précis, clairs, réalistes ?
- De nouvelles données étaient-elles apparues sans avoir été prises en compte ?
- Sur quels éléments objectifs s'appuyer pour s'assurer de la cohérence de la coordination ?

**Quels éléments d'évaluation du point de vue de la personne et de son entourage prendre en compte ?**

- satisfaction vis-à-vis des soins ;
- satisfaction vis-à-vis des réponses apportées aux besoins non satisfaits, aux problèmes et difficultés identifiés ;
- satisfaction vis-à-vis de la coordination ;
- satisfaction vis-à-vis du niveau d'information ;
- qualité de vie perçue.

## **II.5. Définir les modalités de coordination et de continuité de la prise en charge**

Il s'agit ici de préciser quelles informations, quels documents, quels contacts entre professionnels sont nécessaires à la coordination et à la continuité des soins (*encadré 8*).

Une phase de test limitée dans le temps permet de vérifier le caractère flexible de la démarche de soins type et donc sa capacité à s'adapter à chaque personne.

**Encadré 8. Coordination et continuité de la prise en charge.**

- **Quelles conditions sont requises pour coordonner les interventions des professionnels de santé en termes de :**
  - « personne référente » ;
  - ressources locales ;
  - modalités de rencontre des professionnels.
- **Quels enregistrements sont nécessaires à la continuité des soins ?**
  - type d'informations ;
  - structuration sous la forme de transmissions ciblées<sup>7</sup> ;
  - modalités d'accès pour les professionnels de santé.
- **Quels enregistrements sont nécessaires à l'évaluation des progrès de la personne et à la mesure de l'évolution de son état de santé, de sa situation sociale, psychologique, relationnelle et de son insertion ou réinsertion sociale, familiale, scolaire ou professionnelle ?**
  - type de données ;
  - utilisation d'instrument d'évaluation général ou spécifique.
- **Quels enregistrements sont nécessaires à la mesure de la satisfaction des besoins de la personne et à la résolution des difficultés ?**

## **II.6. Rédiger et présenter la démarche de soins type**

La démarche de soins type appliquée à une population donnée ou à une situation donnée est présentée sous la forme d'un texte concis, accompagné ou non d'un schéma de processus, d'étapes clés, d'un arbre de décision ou de tout autre format de présentation qui facilite la compréhension du texte et son utilisation dans la pratique.

La démarche de soins type appliquée à une population ou à une situation donnée comprend :

1. la définition de la situation clinique et de la population concernée par les soins ;
2. les professionnels concernés par l'application de la démarche de soins type ;
3. le contenu de la démarche de soins type selon les étapes proposées dans la *figure 3*.

## **II.7. Diffuser la démarche de soins type auprès des professionnels**

Durant la phase d'élaboration de la démarche de soins type, le groupe de travail prépare un plan de diffusion et d'appropriation de celui-ci.

Le groupe de travail définit l'ensemble des utilisateurs potentiels.

Il choisit un format de diffusion comme une version papier ou informatique.

Les stratégies pouvant être utilisées sont les suivantes : diffusion de communiqués ou de résumés dans les revues professionnelles, les bulletins associatifs ; présentation lors de congrès et sur les sites Web professionnels.

Les journaux professionnels pourront être sollicités pour présenter la méthode d'élaboration de la démarche de soins type et diffuser l'intégralité du texte.

---

<sup>7</sup> Rédaction guidée pour séparer l'énoncé concis de ce qui arrive au patient ou ses réactions, des données d'observations, des résultats de l'examen clinique, d'un événement significatif, des actions (interventions de soins réalisées en vue de modifier la situation ou traiter le problème) et des résultats (réponses aux soins médicaux ou infirmiers).

## CONCLUSION

L'élaboration d'une démarche de soins type présentée dans ce guide méthodologique représente une opportunité pour les infirmiers, les médecins généralistes et les divers professionnels de santé de définir ensemble les différents aspects de la prise en charge d'une population définie de personnes en situation de dépendance.

Ce guide explique l'importance d'une approche multiprofessionnelle des situations de dépendance à domicile. Il définit la contribution des infirmiers dans la démarche de soins et montre la nécessité d'une coordination des interventions.

Ce guide permet d'élaborer une démarche de soins type qui doit s'appuyer sur des recommandations professionnelles préexistantes. Cette démarche aide les professionnels de santé dans la recherche des soins les plus appropriés pour chaque personne en situation de dépendance à domicile.

La démarche de soins type est nécessaire pour :

- orienter l'évaluation concertée de la situation de la personne soignée ;
- permettre une formulation précise et une hiérarchisation des composantes de l'objectif global des soins à domicile ;
- définir et planifier les interventions de soins ;
- évaluer les résultats.

La démarche de soins type facilite le dialogue et le partage des connaissances entre les professionnels de santé et met leurs compétences au service des personnes soignées.

L'élaboration d'une démarche de soins type de bonne qualité repose sur une méthode rigoureuse et explicite telle que proposée dans ce guide mais aussi sur la motivation des sociétés savantes, des organisations professionnelles et l'expérience des travaux de groupe.



**Figure 3.** Étapes de la démarche de soins type et définition des modalités de coordination et de continuité des soins pour une population donnée de personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente à domicile.

---

## ANNEXE 1. BIBLIOGRAPHIE

---

### Textes réglementaires

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Journal Officiel n° 41 du 18 février 1993.

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal Officiel n° 63 du 16 mars 1993.

Circulaire DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.

Décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales. Journal Officiel n° 121 du 28 mai 1999.

Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

Circulaire GAS/PHAN/3 A n° 2001-275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome.

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal Officiel n° 40 du 16 février 2002.

Arrêté du 1<sup>er</sup> mars 2002 portant approbation de la convention nationale des infirmiers et de son avenant n° 1 pour un plan pluriannuel de valorisation de l'exercice libéral de la profession d'infirmière. Journal Officiel n° 53 du 3 mars 2002.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002.

Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie (rectificatif). Journal Officiel n° 72 du 26 mars 2002.

Arrêté du 28 juin 2002 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des

chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal Officiel n° 152 du 2 juillet 2002.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès. Journal Officiel 17 mars 2004.

Avenant à la convention nationale des infirmiers. Journal Officiel 1<sup>er</sup> avril 2004.

### Bibliographie

Soins infirmiers : normes de qualité. Guide du service infirmier 2<sup>e</sup> édition. DHOS; 2001.

International classification for nursing practice Beta 2. Geneva: International Council of Nurses; 2002.

Soins infirmiers compétences et responsabilités. Cahier Tissot 2002;10:1-31.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Revue de la littérature médicale. Paris: Anaes; 1996.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile. Paris: Anaes; 1997.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris: Anaes; 1999.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile. Recommandation pour les pratiques de soins. Paris: Anaes; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Rééducation de l'entorse externe de la cheville. Recommandation pour les pratiques de soins. Paris: Anaes; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Paris: Anaes; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. Paris: Anaes ; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris: Anaes; 2001.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus. Paris: Anaes; 2001.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandation pour la pratique clinique. Paris: Anaes; 2002.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Paris: Anaes; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Paris: Anaes; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient. Réglementation et recommandations. Paris: Anaes; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations professionnelles pour les pratiques de soins : bases méthodologiques pour leur réalisation en France. St Denis La Plaine: Anaes, à paraître.

Bruchon-Schweitzer M. Concepts, stress, coping. Concepts et modèles en psychologie de la santé. Recherche Soins Inf 2001;67:4-39.

Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, Midy F. Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. Paris: CreDES; 2003.

Clinical Pathways Departement of Veterans' Affairs. Rehabilitation clinical pathway. CPDVA; 2000.

Com-Ruelle L, Dourgnon P, Midy F. L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile. Synthèse. Bull Info Éco Santé 2002;55:1-4.

English National Board for Nursing MaHV, ed. Long A, Kneafsey R, Berry J, Ryan J, Howard R. Researching professional education. Teamworking in rehabilitation: exploring the role of the nurse. London: ENBN; 2001.

Jaffe MS, Skidmore-Roth L. Les plans de soins à domicile. Paris : Maloine; 1996.

Organisation mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. CIH2 : équipe, classification, évaluation enquêtes et terminologie. Genève: OMS; 2001.

Parkes, J. and Shepperd, S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.

Shepperd, S. and Iiffé, S. Hospital at home versus in-patient hospital care (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.

Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Geriatric care and treatment. A systematic compilation of existing scientific literature. SBU; 2003.

Thomas L, Cullun N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, and Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. In: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.

World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.

## ANNEXE 2. ÉCHELLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (KATZ)

Cette échelle mesure le niveau de dépendance d'un patient à autonomie réduite.

### Mode d'emploi

Le malade ou son entourage répond par oui ou par non à six questions simples portant sur les activités de la vie quotidienne.

Un nombre de oui égal ou inférieur à 2 implique une atteinte sévère.

Égal à 3 ou 4, l'atteinte est modérée.

### Quand l'utiliser ?

Ce test est adapté aux altérations sévères, avec atteintes intellectuelles mais aussi motrices : infirmités motrices cérébrales, séquelles d'accident vasculaire cérébral, démences.

### Sur quoi cela débouche-t-il ?

Il permet de déterminer un état de dépendance complète nécessitant par exemple le maintien en milieu hospitalier, des soins de nursing, une aide partielle...

ÉCHELLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (KATZ)	
	<i>Indépendant</i>
<b>1 Bain (bain à l'éponge, bain en baignoire, ou douche)</b> Ne reçoit pas d'aide ou reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps .....	? oui ? non
<b>2 Habillement</b> Peut s'habiller sans aide à l'exception de lacer ses souliers.....	? oui ? non
<b>3 Toilette</b> Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit) .....	? oui ? non
<b>4 Déplacement</b> Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur) .....	? oui ? non
<b>5 Continence</b> Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels).....	? oui ? non
<b>6 Alimentation</b> Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer le pain) .....	? oui ? non
Score total AVQ (nombre de réponses "oui" sur les six possibles) ..... <input type="text"/>	

**RÉSULTATS** • *Un score de 6 indique une fonction complète.*

• *Un score de 4 indique une altération modérée.*

• *Un score de 2, une altération sévère.*

D'après P Couturier. Normes Echelles Tests en clinique. Paris : Brain Storming; 1997 et d'après Beers, M. H. et al. Le manuel Merck de gériatrie (trad. du Merck Manual of geriatrics) ; 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Editions d'Après ; 2002.