

UE 3.4 S6 INITIATION À LA DÉMARCHE DE RECHERCHE

UE 5.6 S6 ANALYSE DE LA QUALITÉ ET TRAITEMENT DES DONNÉES
SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES

UE 6.2 S6 ANGLAIS

THOMAS Floriane

Promotion 2009/2012

DE LA NÉCESSITÉ D'UN DOSSIER PATIENT CONFORME AUX DISPOSITIONS
RÈGLEMENTAIRES

Institut de Formation en Soins Infirmiers

CHR Metz-Thionville

Groupement des Hôpitaux de Metz

UE 3.4 S6 INITIATION À LA DÉMARCHE DE RECHERCHE

UE 5.6 S6 ANALYSE DE LA QUALITÉ ET TRAITEMENT DES DONNÉES
SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES

UE 6.2 S6 ANGLAIS

THOMAS Floriane

Promotion 2009/2012

DE LA NÉCESSITÉ D'UN DOSSIER PATIENT CONFORME AUX DISPOSITIONS
RÈGLEMENTAIRES

Institut de Formation en Soins Infirmiers

CHR Metz-Thionville

Groupement des Hôpitaux de Metz

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<i>Historique du dossier de soins infirmiers</i>	
SITUATION PROFESSIONNELLE	3
CADRE CONTEXTUEL	4
CADRE CONCEPTUEL.....	6
1. Législation, éthique et déontologie	6
1.1 Devoirs du soignant	6
1.2 Droits des patients	6
2. Dossier de soins et démarche qualité	7
3. Dossier de soins et organisation du travail	7
4. Évolution du dossier patient	8
ANALYSE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	9
1. Réflexion en rapport avec la législation, l'éthique et la déontologie	9
2. Analyse de la démarche qualité	10
3. Questionnement sur l'organisation du travail	11
4. Solution envisageable	12
CONCLUSION.....	14
BIBLIOGRAPHIE	16
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	18

INTRODUCTION

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'ai choisi de porter ma réflexion sur le dossier de soins infirmiers. La réflexion qui va suivre porte sur le dossier de soins infirmiers tel qu'il était au moment de mon stage, c'est-à-dire sur un support papier.

Après la Seconde Guerre Mondiale, on a retrouvé des « *cahiers de transmissions* » qui sont les précurseurs du dossier de soins. Dans les années 70, il s'appelait « *dossier infirmier* » car seuls les infirmier(e)s et les aide-soignant(e)s l'utilisaient. Ensuite, dans les années 80, il est dénommé « *dossier de soins infirmiers* ». L'introduction du mot « *soins* » montre une évolution dans la profession et une prise de conscience des soignants qui traduit le passage d'une fonction d'exécution à une fonction de responsabilité. C'est dans les années 90, à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), qu'il est qualifié de « *dossier de soins* ». Aujourd'hui, il fait partie intégrante du dossier patient qui comprend également le dossier médical, le dossier d'anesthésie et le dossier transfusionnel.

Le dossier de soins est un support écrit uniformisé au sein de chaque service/établissement de santé, individualisé et actualisé. Il regroupe l'ensemble des informations, concernant la personne soignée, nécessaires à sa prise en charge infirmière. Il est composé de quatre grandes parties : l'identification du patient, de ses besoins, les interventions en soins infirmiers et les prescriptions médicales. Il sert de support à la réalisation d'une démarche de soins et à la mise en œuvre du projet de soins. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il fait apparaître les soins sur rôle propre et sur prescription médicale. Il permet le partage d'informations au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

J'ai choisi ce thème car le dossier de soins infirmiers est le reflet de la charge de travail de la profession. De plus, il témoigne de l'évolution de la place de la profession au sein du monde médical. En tant qu'étudiante en soins infirmiers et future professionnelle, je trouve cela intéressant de me questionner sur ce sujet. Je suis partie d'une situation vécue en stage qui m'a interpellée.

Dans un premier temps, j'expose ma situation d'appel. Ensuite, je développe cette situation autour du cadre contextuel. Puis, en rapport avec cette situation, je pose un cadre conceptuel sur les thèmes de la législation, de la démarche qualité et de l'organisation du travail. Enfin, je réalise une analyse qui confronte la réalité du terrain aux lois, normes et dispositions qui sont en vigueur.

SITUATION PROFESSIONNELLE

C'est mon premier jour de stage dans un service de soins de courte durée (chirurgie). Je suis en poste de 12h45 à 19h45. Cet après-midi, il y a deux infirmières et deux aides-soignantes en poste, un binôme pour chaque secteur.

Après les transmissions qui ont lieu de 12h45 à 13h15, l'aide-soignante prépare le chariot pour les soins d'hygiène et de confort. L'infirmière prépare, quant à elle, le chariot pour la prise des paramètres avec un sac poubelle, de la solution hydro-alcoolique, le saturimètre et le thermomètre. En effet, l'infirmière prend uniquement la température, la saturation en oxygène et les pulsations au tour de l'après-midi, en corrélation avec les habitudes du service.

Il est 13h30, chaque binôme va commencer le tour de l'après-midi. Moi, je les observe.

Nous entrons dans la première chambre. C'est une chambre double, les deux lits sont occupés par deux femmes de la même tranche d'âge. L'aide-soignante prend les paramètres et l'infirmière note les résultats. Les résultats sont reportés sur une feuille de surveillance¹ qui est dans un porte-dossier accroché au pied du lit du patient. L'infirmière s'assure également de la bonne élimination fécale de la patiente.

Sur cette feuille apparaissent des données paramédicales (température, saturation en oxygène, tension artérielle, pouls, suivi de l'élimination fécale, diurèse, poids) mais également des données administratives (nom/nom de jeune fille, prénom et date de naissance du patient, numéro d'identification dans l'établissement, nom du médecin traitant, nom du chirurgien)².

Je me suis tout de suite interrogée sur la nature de cette pratique en m'appuyant sur mes connaissances théoriques acquises à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

¹ Cf. annexe I.

² Cf. annexe II.

CADRE CONTEXTUEL

Le service est composé de 21 lits soit 3 chambres seules et 9 chambres doubles. Le service est divisé en deux secteurs.

Selon les fiches de poste du service, la prise des paramètres s'organise de la façon suivante :

- Le matin, de 6h45 à 7h, l'aide-soignante prend la température, la saturation en oxygène et les pulsations, et l'infirmière mesure la tension artérielle³.
- L'après-midi, de 13h15 à 14h l'infirmière et l'aide-soignante prennent ensemble la température, la saturation en oxygène et les pulsations. Elles réalisent également les soins d'hygiène et de confort⁴.
- La nuit, l'infirmière effectue son tour des paramètres généralement en début de soirée.

J'ai recherché s'il existait un protocole encadrant cette pratique qui consiste en la retranscription des paramètres au pied du lit du patient, en vain. J'ai alors interrogé la cadre de santé du service qui n'a pu me répondre car cela ne faisait qu'une semaine qu'elle avait pris ses fonctions. J'ai donc interrogé toutes les infirmières du service. Trois réponses différentes mais unanimes m'ont été données. Tout d'abord, cela permet d'avoir une vision d'ensemble du patient lorsqu'il arrive au bloc opératoire. Ensuite, cela permet aux chirurgiens d'avoir une vision d'ensemble rapide de leur patient lorsqu'ils passent la visite. Enfin, cette pratique est mise en place essentiellement pour les convenances du médecin chef de service qui a l'habitude de travailler de cette façon.

Concernant le dossier de soins infirmiers du service, il comprend :

- Le recueil de données, composé d'une partie administrative (modalités d'admission, situation sociale et familiale, conditions d'habitat...) et d'une partie médicale (motif d'hospitalisation, antécédents, traitement à domicile).
- La macrocible d'entrée.
- Les habitudes de vie et le niveau de dépendance.

³ Cf. annexe III.

⁴ Cf. annexe IV.

- Le diagramme des soins infirmiers.
- La feuille de transmissions ciblées.
- Le suivi des pansements.
- Le diagramme de surveillance post-opératoire.
- La feuille de prescription d'examens complémentaires (biologiques, radiologiques...).
- La feuille qui permet d'organiser la sortie des patients ainsi que la check list de sortie et la macrocible de sortie.

La macrocible d'entrée, le diagramme de soins infirmiers, le suivi du pansement, la check list de sortie, la macrocible de sortie sont des feuilles référencées. Elles ont été diffusées en septembre 2010. Leur réévaluation est prévue en septembre 2012. Ces documents sont en relation avec la version 02 du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS).

CADRE CONCEPTUEL

1. Législation, éthique et déontologie :

Il n'existe pas de réglementation spécifique au dossier de soins infirmiers. Les recommandations découlent du dossier médical puisque les notes infirmières font partie du dossier du patient. À ce titre, le dossier de soins infirmiers est un document légal qui peut servir de preuve devant les tribunaux.

1.1 Devoirs du soignant :

Selon l'Article R 4311-3 du Code de la Santé Publique, l'infirmier(e) dans le cadre de son rôle propre est « *chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers* ».

Selon l'Article R 4312-4 du Code de la Santé Publique : « *Le secret professionnel s'impose à tout infirmier(e) 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* ». En cas de manquement au secret professionnel, il peut y avoir des sanctions pénales, civiles ou administratives.

Selon l'Article R4312-28 du Code de la Santé Publique : « *L'infirmier(e) peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son rôle propre et permettant le suivi du patient. (...) Il 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* ». L'infirmier a le devoir de protéger la confidentialité des informations qu'il a recueillies. Les dossiers de soins infirmiers devraient être rangés dans un meuble fermé à clé.

1.2 Droits des patients :

La charte de la personne hospitalisée⁵, disponible dans tout établissement de santé, mentionne dans ses principes généraux : le respect de la vie privée, la confidentialité de toutes les informations la concernant.

⁵ Cf. annexe V.

La loi du 4 mars 2002 représente également une évolution majeure concernant les droits des patients. En effet, elle a permis au patient un accès direct à son dossier médical. Cette loi rappelle également la notion de secret professionnel.

2. Dossier de soins et démarche qualité :

Le texte fondateur à l'origine de l'accréditation des établissements de santé est «*l'ordonnance Juppé*» de 1996. Cette ordonnance crée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Elle stipule que tous les établissements de santé disposent de cinq ans (soit jusqu'en 2001) pour s'engager dans une procédure d'accréditation.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 introduit la certification au sein du système de santé français. Mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS), la certification est une procédure qui a lieu tous les 4 ans dans les établissements de santé. Elle a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations. Elle permet d'évaluer, de garantir et d'améliorer la qualité des soins. L'évaluation se base sur un référentiel, le manuel de certification.

Dans le manuel de certification⁶ en vigueur (V2010 révisé en 2011), on retrouve les critères suivants :

- Critère 10 c, respect de la confidentialité des informations relatives au patient.
- Critère 14 a, gestion du dossier du patient. C'est un critère pour lequel un ou plusieurs indicateurs sont définis. De plus, c'est une pratique exigible prioritaire.
- Critère 14 b, accès du patient à son dossier. C'est également une pratique exigible prioritaire.

En termes de qualité, le dossier de soins infirmiers est donc le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité.

3. Dossier de soins et organisation du travail :

Le dossier de soins est un outil central de l'organisation et de la planification des soins. Il permet une certaine cohérence des interventions avec une cohésion des différents professionnels (médicaux, paramédicaux, kinésithérapeute, orthophoniste,

⁶ Cf. annexe VI.

aide médico-psychologique, assistante sociale...). Le dossier de soins expose le travail d'une équipe pluridisciplinaire. Il sert également de support pour les transmissions orales effectuées pendant la relève car il reflète la prise en charge globale du patient. Il est également utilisé lors de la visite avec les médecins car il donne une vision globale du patient.

4. *Évolution du dossier patient :*

Dans la continuité de la loi « *hôpital, patient, santé, territoire* » du 21 juillet 2009, qui a pour but la modernisation globale du système de santé, le programme hôpital numérique de 2011 définit un plan de développement et de modernisation des Systèmes d'Informations Hospitaliers (SIH). De plus, l'une des priorités du Plan Hôpital 2012 est « *d'accélérer la mise en œuvre de systèmes d'informations hospitaliers* » comprenant l'informatisation du dossier patient. L'obligation d'application de cette disposition est fixée à 5 ans.

L'informatisation est notamment règlementée par la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978. Son respect est assuré par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

ANALYSE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Au regard des données conceptuelles trouvées, il est intéressant de les mettre en corrélation avec la situation professionnelle identifiée. En effet, le but de cette démarche est d'analyser la pratique professionnelle et de voir si elle est conforme ou non aux lois, normes et dispositions en vigueur.

1. Réflexion en rapport avec la législation, l'éthique et la déontologie :

En ce qui concerne la législation, l'éthique et la déontologie, il est clair que l'infirmier(e) qui cautionne cette pratique au quotidien ne respecte pas ces principes.

En effet, il est du ressort de l'infirmier(e) de construire et gérer le dossier de soins infirmiers qu'il/elle utilise dans son service de soins. Puisque, la feuille de paramètres se trouve au pied du lit du patient sur décision du médecin chef de service, dans ce cas, l'infirmier(e) n'exerce pas pleinement et librement son rôle propre.

Par ailleurs, à propos du secret professionnel, on note un manquement à la loi. Effectivement, les données paramédicales et administratives relatives au patient qui se trouvent sur cette feuille de paramètres sont à la vue de tous. Les visiteurs, la famille, l'entourage du patient peuvent donc avoir accès à des informations normalement protégées par le secret professionnel. De plus, selon la configuration des chambres, notamment dans les chambres doubles, il se peut que la confidentialité ne soit pas respectée. L'infirmier(e) s'expose donc à des sanctions. Par exemple, les sanctions pénales sont définies par l'article 226-13 du Code Pénal, soit un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende. On peut alors se demander comment l'infirmier(e) peut, dans cette situation, concilier la législation avec les demandes d'un supérieur hiérarchique ? Et jusqu'où l'infirmier(e) est prêt(e) à aller malgré les sanctions prévues ? À supposer que l'infirmier(e) ait connaissance de ces sanctions.

Enfin, il est du devoir de l'infirmier(e) de protéger la confidentialité des informations contenues dans le dossier de soins infirmiers qu'il tient à jour. Pourtant, la localisation de cette feuille implique que l'infirmier(e) ne rend pas compte de son devoir.

Pour illustrer ces constatations, je peux donner deux exemples de situations vécues dans ce même service de soins. Premier cas : la fille d'une patiente vient en salle de soins demander si la température de 37,8°C de sa mère est due à une infection nosocomiale. Deuxième cas : une famille interpelle l'infirmière dans le couloir pour lui demander si une tension artérielle à 14/8 est grave car elle leur paraît élevée.

L'intervention des proches ou des familles soulève un autre problème. En effet, ce genre de réaction sous-entend que les informations données au patient (ici en l'occurrence, les paramètres) ne sont pas bien comprises par celui-ci. Or, la loi du 4 mars 2002 prévoit que l'infirmière doit s'assurer de la bonne compréhension des informations données. De plus, une information non ou mal comprise peut générer du stress et de l'inquiétude de la part du patient ou de ses proches.

Aussi, certaines données figurant sur cette feuille peuvent amener à un diagnostic. Il est possible d'observer une dissociation pouls/température qui apparaît en cas de phlébite, fièvre typhoïde... Se pose aussi la question de la personne de confiance et de l'annonce du diagnostic. En effet, le patient peut désigner une personne de confiance s'il le souhaite, et choisir d'informer ou non ses proches sur le diagnostic posé.

D'autre part, on constate que les droits du patient ne sont également pas respectés.

Même si le patient a aujourd'hui le droit à un accès direct à son dossier médical, cela ne veut pas dire que ces informations soient à portée de main. Rappelons que ces informations doivent être protégées, malgré la simplification des démarches d'accès.

On note également que cette pratique n'est pas en accord avec certains principes de la charte de la personne hospitalisée, comme celui du respect de la vie privée, et celui de la confidentialité des informations.

2. Analyse de la démarche qualité :

Au niveau de la démarche qualité, on remarque que la gestion du dossier patient et le respect de la confidentialité des informations détenues sont des critères retenus dans le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS). On peut voir que les critères ci-dessus ne sont pas en accord avec la pratique de ce service.

On peut rappeler que cette pratique n'est plus conforme depuis l'application de « l'ordonnance Juppé » en 2001.

Ayant acquis des connaissances théoriques sur la démarche qualité à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), j'ai tout de suite demandé aux infirmier(e)s de ce service comment se déroulait la visite des experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) en vue de la certification de l'établissement. Par leurs réponses, je me suis rendue compte que, lors de la certification, les feuilles de température, habituellement positionnées au pied du lit du patient, étaient à cette période, introduites dans le dossier de soins infirmiers. Cette action démontre que l'équipe soignante est consciente que cette pratique n'est pas conforme.

3. Questionnement sur l'organisation du travail :

En assistant et en participant aux transmissions orales pendant la relève, j'ai trouvé que cette pratique consistant à scinder le dossier de soins infirmiers ne facilitait pas la prise en charge globale du patient.

Par exemple, en service de chirurgie, la surveillance post-opératoire est un des actes les plus courants. Or, elle consiste aussi en la surveillance des paramètres. Mais comment transmettre des informations primordiales à nos collègues si elles ne sont pas consignées dans le dossier de soins infirmiers ?

Dans cette situation, le dossier de soins infirmiers ne repose pas sur un support unique dans un lieu unique. De plus, le fait qu'il n'y ait aucun lien entre la feuille de température au pied du lit du patient et le dossier de soins infirmiers dans la salle de soins peut poser problème et même compromettre la sécurité du patient. En effet, les données qui figurent sur la feuille de température ne sont pas retranscrites dans le dossier de soins infirmiers. Cela peut être une source d'erreur car on peut oublier de transmettre des informations importantes à ses collègues.

Pour finir, les arguments avancés par l'équipe soignante peuvent être réfutés.

En vue d'améliorer mes connaissances, pendant ce stage, j'ai demandé à assister à une intervention chirurgicale au bloc opératoire. Cela m'a également permis de vérifier si la vision globale du patient qu'apportait la feuille de paramètres était utile. Je

me suis aperçue que, lorsque le patient arrive à l'entrée de ce service, il passe de son lit de chambre à un brancard pour aller en salle d'opération. Le lit est alors directement emmené en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI). Le chirurgien n'a donc pas accès à cette feuille avant l'intervention chirurgicale. De plus, on remarque que le trajet du lit du patient augmente le champ de non respect de la confidentialité des données.

Le deuxième argument avancé était que cette feuille permettait également au chirurgien, lors de la visite, d'avoir une vision globale du patient. En outre, lors de la visite, l'infirmière utilise le chariot où sont rangés les dossiers de soins infirmiers afin de noter les consignes post-opératoires.

Mon but n'est pas de porter un jugement sur cette pratique, mais de comprendre en quoi elle n'est pas conforme et comment il serait possible de la réajuster ou de l'améliorer.

4. Solution envisageable :

À l'aire de la technologie, le dossier médical informatisé serait une solution envisageable pour ce service, afin de garantir la conformité du dossier de soins infirmiers. Aujourd'hui, on observe une diversification des logiciels proposés par les sociétés et les industriels qui ont bien compris que le marché hospitalier était à conquérir.

En effet, la tendance est à l'informatisation du dossier patient (qui comprend le dossier de soins infirmiers). Le principal objectif de cette informatisation du dossier patient est avant tout de permettre le partage d'informations. De plus, cette démarche serait un excellent moyen d'améliorer la qualité du dossier du patient, notamment par une structuration unique et rigide qui éviterait les redondances et les recopiages.

Dans le cas de ce service de soins, le dossier de soins infirmiers sur un support informatique permettrait de régler les soucis de secret professionnel et de confidentialité des informations. Aussi, l'utilisation d'un ordinateur portable pour la visite des médecins permettrait d'avoir toutes les informations concernant le patient au pied du lit, mais en respectant le secret professionnel et la confidentialité de ces informations.

On peut donner l'exemple du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz, site de Bon-Secours, où un groupe de travail s'est constitué afin de faire des propositions en rapport avec le dossier patient papier et informatique. Le groupe de travail est constitué d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, chirurgiens, cadre de santé, infirmières, secrétaires, directeur de cellule qualité, informaticien...), des professionnels qui utilisent au quotidien le dossier du patient. Ce groupe de travail a par exemple pour missions d'organiser le contenu du dossier, d'évaluer sa qualité... La constitution de ce groupe est nécessaire en vue du prochain déménagement de l'hôpital où tous les dossiers des patients seront sur support informatique.

Cependant, quelques questions peuvent-être soulevées au regard de l'informatisation du dossier du patient. D'une part, on peut se demander comment il serait possible de prendre en charge un secteur de patients si le système informatique « *bug* ». D'autre part, existera-t-il un code d'accès spécial pour les étudiants en soins infirmiers afin qu'ils puissent disposer de toutes les informations nécessaires à leur apprentissage?

CONCLUSION

À travers cette démarche de recherche et d'analyse, nous avons pu constater que le dossier de soins infirmiers constitue un maillon important dans notre profession.

Tout d'abord, ce support retrace les actes réalisés par les différents professionnels qui agissent auprès du patient. De ce fait, il permet la prise en charge globale du patient et l'organisation des soins.

Ensuite, nous avons pu remarquer que le dossier patient a été l'objet d'une grande évolution ces dernières années. En effet, il est règlementé par un certain nombre de textes législatifs qui permettent non seulement au patient de participer à sa prise en charge, mais également de lui garantir la confidentialité des informations (tous domaines confondus) le concernant.

Enfin, depuis quelques temps, le dossier de soins infirmiers fait partie des critères retenus en vue de la certification des établissements de santé, afin d'évaluer et de garantir la qualité des soins délivrés.

L'infirmier(e) a donc un rôle important dans la mise en place et dans l'utilisation du dossier de soins infirmiers. En tant qu'étudiant en soins infirmiers, ce dossier permet également de connaître le patient tant sur le plan médical que social, psychologique...

Le Dossier Médical Personnel (DMP) montre également l'évolution dans ce domaine. En effet, le DMP est un dossier médical informatisé et sécurisé, qui regroupe toutes les informations médicales concernant l'assuré (traitements, antécédents, comptes-rendus hospitaliers, radiologies, analyses de laboratoire...). C'est un service public et gratuit. L'assuré n'est pas obligé de constituer un DMP, et toutes les informations sont ajoutées avec son accord. Ce dossier est accessible sur internet, par l'assuré lui-même et par les professionnels qu'il a autorisés. Il permet la centralisation et le partage de données afin de coordonner le parcours du patient. Le DMP suit le patient au cours de sa vie. Le DMP a été instauré par la loi du 13 août 2004 suite à la volonté des patients d'être acteur de leur prise en charge et par la nécessité d'améliorer la qualité pour les établissements de santé.

Concernant le DMP, plusieurs questions peuvent se poser. Au regard de l'actualité récente (piratage du site du FBI), on peut se demander si la sécurité et la confidentialité pourront être garanties ? Pouvons-nous craindre que le secret médical soit levé par piratage et que les banques ou les assurances accèdent à ces informations ? Comment la gestion des données sera-t-elle organisée à long terme ?

Pour conclure, nous pouvons dire que le dossier de soins infirmiers est un outil indispensable à la pratique de la profession infirmière. Je pense qu'il est nécessaire de le faire progresser, toujours dans l'optique d'une évolution de la profession au profit des patients.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

AUBERT, Lucien *et al.* , *Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail*, Paris, Masson, 2006, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, 163 pages.

AMAR, Béatrice, GUEGUEN, Jean-Philippe, *Concepts et théories, démarche de soins*, Paris, Masson, 2007, coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière, 248 pages.

PÉRIODIQUES :

TRABACCHI, Ghislaine, « Dossier médical, dossier de soins, dossier patient... Pourquoi ? Pour qui ? », *Soins*, n°651, décembre 2000/janvier 2001, pp.10-11.

DEVERS, Gilles, « Le dossier de soins : du respect de la loi au respect du malade », *Objectif soins*, n°92, janvier 2001, pp.16-18.

HENRY, Michèle, THEURIN, Martine, « Dossier de soins, pour qui, pourquoi ? », *Soins*, n°653, mars 2001, pp.32-33.

PAUCHET-TRAVERSAT, Anne-Françoise, « Protocoles de soins et accréditation : le rôle du dossier de soins infirmiers », *Revue de l'infirmière*, n°87, janvier 2003, pp.38-40.

PONTE, Carène, « Le dossier du patient, contenu et règles de bonne tenue (1/2) », *Soins*, n°703, mars 2006, pp.17-18.

MARASCHIN, Joëlle, « Les enjeux de l'informatisation du dossier de soins infirmiers », *Objectif soins*, n°168, août/septembre 2008, pp.28-31.

TEXTES OFFICIELS :

Profession infirmier, *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, Berger-Levrault, 2009, 199 pages.

RESSOURCES EN LIGNE :

URL :

http://www.infopatiens.net/que_dit_la_loi_code_de_deontologie_medical_contenu_du_dossier_medical_violation_secret_medical_ethique_et_deontologie_medicale/le_secret_professionnel_violation_secret_medical, « *Le secret professionnel* », 03/03/12.

URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf ,
« *Guide du service de soins infirmiers* », 05/03/12.

URL : <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html> , « *La charte de la personne hospitalisée : des droits pour tous* », 05/03/12.

URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011 , « *Manuel de certification V2010 révisé 2011* », pp.49-55, 08/03/12.

URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978601/historique-de-la-certification ,
« *Historique de la certification* », 10/03/12.

URL : <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/plan-hopital-2012-22-milliards-d-euros-d-aides-pour-640-operations> , « *Plan Hôpital 2012 : 2,2 milliards d'euros d'aides pour 640 opérations* », 15/03/12.

URL : <http://www.dmp.gouv.fr/web/dmp/patient/le-dmp-c-est-quoi> , « *Le DMP, c'est quoi?* », 02/04/12.

URL : <http://www.cnil.fr/la-cnil/qui-sommes-nous/> , « *Qui sommes-nous?* », 15/04/12.



SOMMAIRE DES ANNEXES

<u>Annexe I :</u>	Feuille de température vierge	p19
<u>Annexe II :</u>	Exemple de feuille des paramètres d'un patient X.	p20
<u>Annexe III :</u>	Fiche de poste du matin d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) du service.	p21
<u>Annexe IV :</u>	Fiche de poste d'après-midi d'IDE du service.	p22
<u>Annexe V :</u>	Charte de la personne hospitalisée.	p23
<u>Annexe VI :</u>	Extrait du manuel de certification de la HAS.	p24

Annexe II : Exemple de feuille des paramètres d'un patient X.

nom : _____ Médecin traitant : _____ Feuille (1)

DATES	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
P	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50
T	41	40	39	38	37	36	35				
<p>Traitement</p> <p>SAT</p> <p>200</p>											
<p>Laboratoire</p> <p>Albumine</p> <p>Sucre</p> <p>Acéto</p>											
<p>T.A.</p> <p>V.S.</p> <p>Diur</p> <p>Glycémie</p> <p>Hémoglobine</p> <p>Globules Rouges</p> <p>Globules Blancs</p>											
<p>Recherche de BK</p> <p>Ex. Compl^{tes}</p> <p>Poids</p>											

Annexe III : Fiche de poste du matin d'IDE du service.

POSTES DU MATIN 06H30 – 14H		
IDE		AS
Transmissions.	06h30	Transmissions.
Prendre les paramètres (TA). Réaliser les prises de sang et glycémies capillaires.	06h45	Prendre les paramètres.
Accueillir, installer et préparer les opérés du jour.	07h00	Accueillir, installer et préparer les opérés du jour.
Réaliser le recueil de données.	07h15	
Vérifier les blocs déjà préparés.	07h45	Distribuer les petits déjeuners, les cruches d'eau et les verres. Installer les patients. Décontaminer les adaptes tables.
Distribuer les médicaments / Evaluer la douleur.	08h00	
Réaliser les injections.		
Visite médicale sur dossier avec interne si problèmes.		
Pause.	08h30	Pause.
Commander les ambulances des patients sortants.	08h40	Débarrasser les plateaux / Mettre vaisselle dans lave vaisselle.
Réaliser les soins de nursing et les réfections de lits.	09h00	
Réaliser les pansements.	10h00	Réaliser les soins de nursing. Réaliser les réfections des lits. Décontaminer l'environnement des patients. Aider les patients aux leviers. Aider les patients sortants à se préparer. Transmissions écrites.
Réaliser les soins infirmiers selon la planification murale.		
Transmissions écrites.	11h00	Mettre en température les plateaux repas. Installer les retours de bloc. Préparer les couverts. Effectuer la vaisselle du matin / entretien office. Refaire chariot petit déjeuner. Ranger le local lingerie.
Réaliser les surveillances des patients opérés.		
Réparer les dossiers des patients sortants.	11h45	
Réaliser les démarches administratives.		
Evaluer la douleur / Distribuer les médicaments et analgésiques / Réaliser les glycémies capillaires / Soins selon planification murale.	12h00	Distribuer les repas et installer les patients. Distribuer les cruches d'eau aux personnes le souhaitant. Aider aux repas.
Ranger la pharmacie.	12h30	
Ranger la salle de soin et désinfecter des plans de travail.		
Désinfection du chariot à médicaments.		
Transmissions orales.	12h45	Ramasser les plateaux. Décontaminer les adaptes tables. Servir les cafés. Réaliser la vaisselle. Remettre en état de l'office.
Pause.	13h15	Pause.
Travaux administratifs / Appels examens.	13h45	Rangement solutés / placards.
Répondre aux sonnettes.	Systématiquement	Répondre aux sonnettes. Répondre au téléphone. Participer au brancardage des patients en cas d'absence du brancardier. Réaliser les différentes courses en l'absence du brancardier. Ranger le local linge sale. Réaliser les décontaminations des matériels.
Répondre au téléphone.		
Participer au brancardage des patients en cas d'absence du brancardier.		

Annexe IV : Fiche de poste d'après-midi d'IDE du service.

FICHES DE POSTES	

POSTES D'APRES MIDI 12H45 – 20H15		
IDE		AS
Transmissions orales	12h45	Transmissions orales
Prendre les paramètres Installer les patients pour l'après midi Coucher les premiers lever	13h15	Prendre les paramètres Installer les patients pour l'après midi Coucher les premiers lever
Réfection du chariot de médicaments Administratif/ préparer les sorties/réaliser les demandes de placement	14h00	Réalisation des désinfections des chambres Distribution des collations Installer le retour de bloc
Réalisation des injections/distribution des antalgiques/réalisation des soins selon planification murale	15h15	Effectuer l'approvisionnement des placards de la salle de soins et de la lingerie
Administratif : Préparer les sorties du lendemain Réaliser les demandes d'exams (laboratoire, radio) du lendemain Réaliser les demandes de placement	15h	
Pause	15h50	Pause
Visite des médecins et mise à jour. Finaliser les papiers des patients sortant du jour	16h00	Courses/ récupérer bilans/radios... Désinfection du matériel Transmission écrite
Changes des patients/ Réinstallation/ prévention des escarres	17h00	Changes des patients/ Réinstallation/ prévention des escarres
	17h50	Mettre en température les plateaux repas
Distribution des médicaments	18h	Distribution des repas et installation des patients Aider aux repas les patients qui le nécessitent
	18h30	Ramasser les plateaux repas Décontaminer les adaptes tables Installer les patients pour la nuit
Pause	19h00	Pause
Transmissions écrites Ranger la salle de soin et désinfecter les plans de travail	19h30	Ranger office/préparation des couverts
Transmissions orales	19h45	Transmissions orales
Répondre aux sonnettes Répondre au téléphone Participer au brancardage des patients en cas d'absence du brancardier	Systematiquement	Répondre aux sonnettes Répondre au téléphone Participer au brancardage des patients en cas d'absence du brancardier Ranger le local linge sale Réaliser les décontaminations des différents matériels

Annexe V : Charte de la personne hospitalisée.



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3 L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



8 La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe VI : Extrait du manuel de certification V2010 révisé 2011 de la HAS.

CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 1
Droits et place
des patients
Référence 10
La bientraitance
et les droits

R Critère 10.b Respect de la dignité et de l'intimité du patient

E1 | Prévoir

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

E2 | Mettre en œuvre

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients. **NA HAD**

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.

R Critère 10.c Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

E1 | Prévoir

Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.

E2 | Mettre en œuvre

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

E3 | Évaluer et améliorer

L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.
Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.

R Critère 10.d Accueil et accompagnement de l'entourage

E1 | Prévoir

Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.

Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés. **NA PSY NA HAD**

E2 | Mettre en œuvre

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage. **NA HAD**

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.

Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi. **HAD**

MANUEL DE CERTIFICATION
Avril 2011

ACC01-T052-D

48

CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 2
Gestion
des données
du patient

Référence 14
Le dossier
du patient

PEP
MCO
PSY
SSR
SLD
HAD

R Critère 14.a Gestion du dossier du patient **HAD**

Le dossier du patient favorise la coordination des soins. Outil de partage des informations, il est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et les responsabilités des différents acteurs pour la tenue du dossier du patient doivent être définis et connus.

Le dossier du patient répond à une réglementation précise et revêt une valeur juridique particulièrement importante en cas de contentieux. Il est accessible au patient et, dans des conditions définies, aux soignants et à d'autres professionnels.

Compte-tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité du circuit qui en résulte (secteurs de soin, transport interne, consultations, archivage...), il est sujet à de nombreux dysfonctionnements.

La qualité de la gestion du dossier du patient est donc porteuse d'enjeux d'amélioration importants.

L'indicateur HAS "Tenue du dossier du patient" évalue la traçabilité dans le dossier des éléments relatifs à l'admission, au séjour et à la sortie du patient.

E1 | Prévoir

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.

E2 | Mettre en œuvre

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.

R Critère 14.b Accès du patient à son dossier

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a posé le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant ; les articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du CSP, ainsi que les recommandations de la HAS de décembre 2005, ont organisé cet accès.

Ce droit d'accès direct aux informations qui le concernent est significatif de l'évolution du statut de la personne malade à qui il est désormais reconnu le statut de sujet et d'acteur dans la démarche de soins. Le droit d'accès au dossier médical fait partie des moyens dont dispose le patient pour être informé et pouvoir participer

aux décisions le concernant. Or, ce droit est encore parfois mal connu et mal appliqué dans les établissements de santé.

Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de leurs droits et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentants légaux, ayants droit) selon les modalités et les délais précisés par la réglementation.

E1 | Prévoir

L'accès du patient à son dossier est organisé.

E2 | Mettre en œuvre

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.
L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.

La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

MANUEL DE CERTIFICATION
Avril 2011

ACC01-T052-D

55

**DE LA NÉCESSITÉ D'UN DOSSIER PATIENT CONFORME AUX DISPOSITIONS
RÈGLEMENTAIRES**

NECESSITY OF PATIENT'S FILE IN KEEPING WITH CLAUSES REGULATORY

THOMAS Floriane

Promotion 2009/2012

Session juillet 2012

Courriel : floriane-thomas@laposte.net

Guidant : PÉDOT Jean-Pierre

RÉSUMÉ :

Le dossier de soins infirmiers est un outil de travail qui permet la coordination des actions et des acteurs. C'est l'infirmière qui est responsable de sa mise en place et de sa gestion. L'un des principes important qui cadre ce document est le secret professionnel et la confidentialité des informations recueillies. Dès lors, on peut se demander comment une feuille de surveillance des paramètres peut se retrouver au pied du lit des patients. D'autant que le dossier de soins infirmiers en milieu hospitalier a beaucoup évolué ces dernières années. En effet, c'est un élément qui contribue à la certification des établissements de santé, et qui est régit par plusieurs textes législatifs.

Mots clés : Dossier de soins infirmiers, secret professionnel, certification, droit du patient.

ABSTRACT :

The nursing file is a working tool which allows the coordination of actions and actors. Nurses are in charge of its creation and its management. The general principle behind this document is the confidentiality of the informations about the patient. Therefore, we may wonder why a temperature's sheet can be found at the foot of a patient's bed. All the more so, nursing files in hospital have evolved a lot these last years. Indeed, it contributes a lot to the certification of hospitals and it is governed by several legislative texts.

Keywords : nursing file, confidentiality, certification, patient's rights.

Institut de Formation en Soins Infirmiers

CHR de Metz-Thionville

Groupement des Hôpitaux de Metz

28-32, Rue du XX^{ème} Corps Américain

57 019 Metz Cédex 1