



MODULE

Transmission des informations

I. Définition

Le dossier patient est un document qui contient plusieurs **fiches relatives aux soins**. Il suit le parcours du patient et relate sa prise en charge par tous les professionnels de santé. Son contenu est réglementé par la loi¹. Le patient peut y avoir accès sous certaines conditions.

II. Notions

A Le contenu du dossier patient

De nombreuses fiches composent le dossier de soins.

a La fiche d'accueil du patient

Cette fiche permet d'identifier le patient et comporte (entre autres) :

- l'état civil et la situation socio-familiale du patient ;
- la date d'entrée dans le service, le motif de l'hospitalisation ;
- la personne à prévenir en cas d'urgence ou « la personne de confiance » désignée par le patient ;
- le problème linguistique éventuel...

b La fiche de recueil de données

Cette fiche donne des informations (entre autres) sur :

- l'aspect physique, l'état psychologique du patient ;
- l'habitat, l'entourage social, les habitudes de vie ;
- les besoins perturbés, la DDS, les feuilles de surveillance spécifique...

c La fiche de prescriptions médicales

Cette fiche comporte :

- le nom du médecin prescripteur ;
- le nom des médicaments prescrits au patient (avec le nombre de prises et la voie d'administration et la durée du traitement).

d La fiche d'examens complémentaires

Cette fiche comporte :

- le nom du médecin prescripteur et sa signature ;
- la nature des examens et la date d'exécution prévue pour ceux-ci.

¹ Lois du 4 mars 2002 et du 29 avril 2002.

e La fiche du projet de soins

Cette fiche comporte les problèmes de santé du patient, dont les diagnostics infirmiers et les actions de soins.

f La fiche diagramme de soins et de surveillances

Cette fiche comporte les courbes (de température, de poids, de taille), les soins d'hygiène et de sécurité (toilette, change...). Sur chaque fiche figurent la date et l'heure du soin et le nom et la signature de l'exécutant (IDE, AS ou AP).

g La fiche des transmissions

Cette fiche signale les événements significatifs survenus chez le patient (cf. fiche suivante).

h La fiche synthèse et liaison

Cette fiche est établie en vue d'un transfert du patient dans un autre service (bloc opératoire, consultations...) et comprend la présentation du patient à l'accueil dans le service et l'évolution de son état au cours du séjour...

B Le dossier patient informatisé

De nombreuses activités de soins peuvent être informatisées. Citons, à titre d'exemples, les protocoles de soins et les recueils de données.

a Les intérêts

Pour les services de soins, l'informatique permet de :

- centraliser les informations ;
- accélérer les échanges ;
- établir des statistiques.

b La mise en garde

Le dossier patient informatisé doit être conforme à la loi dite *informatique et libertés* qu'a mise en place le CNIL (Conseil national informatique et libertés). Cette dernière veille à ce que les informations relatives à la vie privée des personnes soient protégées.

La loi garantit aussi le droit pour chaque personne d'accéder aux informations obtenues par les institutions et les professionnels. Chacun peut consulter les données le concernant.

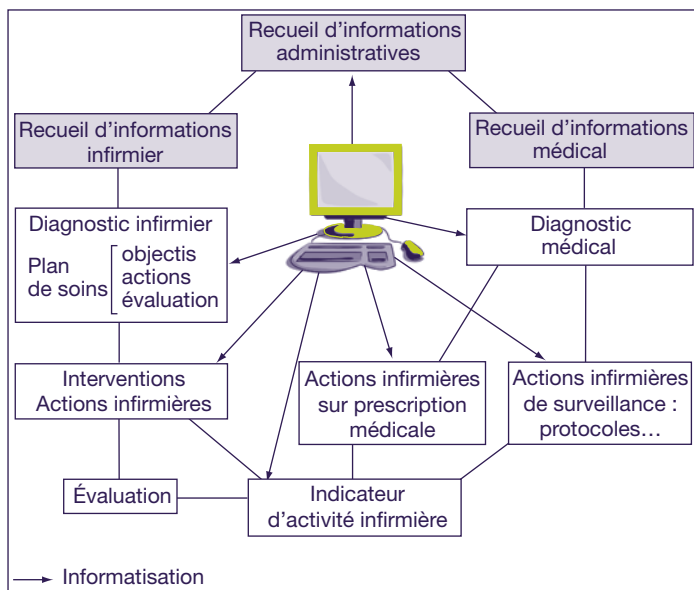


fig. 7.1 - Quelques activités de soins informatisées (liste non exhaustive).

III. Observation-Réflexion (rôle de l'AS)

La gestion des dossiers doit reposer sur une bonne organisation avec des responsabilités définies pour chaque soignant. En effet, les dysfonctionnements dans la gestion des dossiers patient peuvent entraîner des conséquences allant de la simple perte de temps à des défauts majeurs de la prise en charge des patients.

L'AS veillera à :

- être respectueuse du patient dans ses écrits sur le dossier de soins. Elle devra ne marquer que les faits et éviter les jugements de valeur, les opinions qui seraient contestables car peu objectives. Chaque information notée par un soignant est susceptible d'être lue par le patient, mais aussi par toute l'équipe de soins (voire par les instances de justice, en cas de litige patient-service) ;
- connaître l'ensemble des documents constituant le dossier de soins afin d'utiliser les bons documents ;
- transmettre les informations selon ses compétences. La gestion des dossiers doit reposer sur des responsabilités définies pour chaque soignant.

 Situation**L'avis de l'AS en service de chirurgie sur la traçabilité informatique du circuit des instruments**

« Depuis que je me suis familiarisée à la *pratique de l'informatique* lors de ma formation, je ne sais plus m'en passer », nous dit Célia (AS en chirurgie). « Dans le service où je travaille, j'ai accès rapidement à la *traçabilité* de tous les soins faits à un même patient et la qualité de mes transmissions s'en trouve améliorée ». Mais elle relate un autre aspect intéressant de l'informatique en milieu chirurgical : c'est la *traçabilité des instruments de chirurgie*. Pour chaque boîte, le contenu est clairement identifié par la lecture d'une puce. On peut connaître *chaque étape du circuit* (de la désinfection, au lavage, au conditionnement, à la stérilisation, au stockage). Ainsi, grâce au logiciel informatique, il est à présent possible d'identifier et de localiser une boîte d'instruments par consultation de l'ordinateur. *La sécurité* est renforcée puisque chaque instrument est relié à un patient opéré (on sait Qui a fait Quoi et Quand). Toutefois, la manipulation informatique reste un *sujet sensible* pour beaucoup de soignants et des formations sont demandées pour un grand nombre d'entre eux à leur direction.

Remarque : Le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, précise que « les soins relevant du rôle propre de l'infirmier peuvent être dispensés avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans la limite de leur qualification et du fait de leur formation ».

L'enseignement de l'informatique a été introduit dans la formation AS par l'arrêté du 22 octobre 2005.

Les transmissions ciblées et le diagramme d'activités de soins

I. Définitions

- **La transmission** est l'acte par lequel on transmet, c'est-à-dire on fait circuler une information, un message, on met en œuvre des moyens de liaison dans un but précis. À l'hôpital, il y a deux formes de transmissions : écrites et orales.
- **La transmission ciblée** est une méthode de transmissions écrite qui permet de comprendre rapidement la situation du patient et le processus de soins. *La cible* est ce qui est visé en priorité. Il s'agit d'une information concise sur un événement particulier représentatif de l'état du patient.

II. Notions

A Les caractéristiques des transmissions ciblées

Nous allons réfléchir à la méthode des transmissions ciblées selon la formule mnémotechnique du QQQOCP.

Q (Quoi ?) *Que regroupent les transmissions ciblées ?*

Elles regroupent deux documents complémentaires :

- la cible (et parfois la macro-cible) ;
- le diagramme de soins et de surveillance du patient.

Q (Qui ?) *Qui rédige les transmissions ciblées ?*

Ce sont les soignants au sens large (IDE, PDE, AS ou AP...) qui rédigent les transmissions ciblées.

Q (Quand ?) *Quand sont rédigées les transmissions ciblées ?*

Les transmissions ciblées sont rédigées par les soignants au cours de leur service et sont lues par les différentes équipes de soins lors des relèves (3 à 4 par 24 h).

C (Comment ?) *Comment se présentent les deux documents (la cible et le diagramme de soins) ?*

Ils se présentent ensemble puisqu'ils se complètent.

O (Où ?) *Où sont conservés les documents ?*

Les documents sont conservés dans le dossier de soins du patient. Aucun document ne doit être laissé dans la chambre du patient.

P (Pourquoi ?) Quels sont les intérêts généraux des transmissions ciblées ?

Les transmissions ciblées permettent de :

- avoir une vision globale de l'état de santé du patient ;
- connaître les problèmes prioritaires du patient au jour donné (ex. : anxiété, douleur) ;
- faciliter l'organisation des soins par l'équipe et responsabiliser les soignants (ils signent leurs écrits) ;
- constituer un document légal (en cas de problème juridique).



Objectif global

Les transmissions ciblées doivent répondre aux exigences de qualité de soins, qui sont :

- la lisibilité, la traçabilité, la continuité des soins ;
- le respect et la sécurité du patient.

B La signification de la cible

La cible peut avoir plusieurs significations pour le personnel de soins. Elle peut indiquer :

- une *modification* de l'état de santé du patient (ex. : une hyperthermie) ;
- un *problème*, une préoccupation particulière (ex. : une douleur, une agitation) ;
- une *réaction* au traitement ou à l'alitement (ex. : une éruption allergique) ;
- un *événement* lié à l'hospitalisation (ex. : retour du bloc ou 1^{er} lever après l'opération) ;
- une *intervention* d'autres professionnels de santé (ex. : la rééducation par le kinésithérapeute, la consultation avec le psychologue, l'ophtalmologiste...) ;
- un *diagnostic infirmier* (ex. : une escarre ou un érythème).

La cible ne doit pas :

- retranscrire des soins infirmiers ou aides-soignants (c'est le rôle du diagramme de soins) ;
- faire état d'un diagnostic médical. Par exemple, le soignant peut écrire : le patient se plaint de sensations de « brûlure en urinant ou à la miction » et non « problème urinaire » (mot trop imprécis) ou « infection urinaire » (diagnostic médical).

C La signification du DAR

Toute cible renvoie au DAR. Il s'agit d'une information classée selon trois rubriques : Données, Actions et Résultat (DAR).

a Les Données

Ce sont des informations ou des observations émises par les soignants. Elles peuvent être objectives ou subjectives. Elles valident la cible.

b Les Actions

Ce sont les soins réalisés (ou à réaliser) par les soignants à partir de l'analyse de la situation du patient. Les actions doivent répondre au problème défini par la cible. Elles sont centrées à la fois sur :

- *le patient*. Il s'agit de soins réalisés par les IDE et les AS ou les puéricultrices et les AP en collaboration. Par exemple les soins d'hygiène et de confort : toilette, change... ;
- *la maladie*. Il s'agit de soins réalisés par l'infirmier(e) (ou la puéricultrice) selon son rôle propre.

c Le Résultat

C'est la conséquence des actions, réalisées sur le patient. On peut observer une amélioration de son état, pas d'amélioration ou une aggravation. En fonction des résultats, une nouvelle cible peut être ouverte.

d Exemple de transmissions ciblées (extraits)²

Tableau 7.1 Un exemple de transmissions ciblées (extraits)

Date/heure	Cible		Transmissions	Nom et signature
8 mai 9 h	Hyperthermie	D	39° C et frissons à 9 h - Interne appelé à 9 h 15 - Traitement : Aspégic® 1 000 xg Antibiotique xg	Mme A. (IDE)
13 h		A		
		R	- 38,1° C, pas de frissons	Mme B. (AS)

2 Par souci de concision, nous ne pouvons reproduire l'intégralité du document. Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à se reporter au livre de référence, le *Guide AS*.

D Les caractéristiques du diagramme d'activité de soin

Le diagramme de soins est élaboré par les soignants. Les soignants listent les soins en fonction des pathologies des malades.

Ces soins sont classés en différentes catégories. Exemples : soins de base (hygiène, confort...) ; soins techniques ; soins relationnels et éducatifs.

a Lecture

La lecture *verticale* des activités de soins donne une photographie de la personne avec son niveau de dépendance.

La lecture *horizontale* renvoie à l'évolution des soins.

b Validation

Tout soignant doit valider les soins (IDE, puéricultrice, AS ou AP, stagiaires...) en indiquant son nom et sa fonction. Ainsi, chacun est responsabilisé.

c Exemple de diagramme de soins (extrait)³

Tableau 7.2 Un exemple de diagramme de soins (extrait)

Nom du patient										
Catégories de soins	Soins	7 mai			8 mai			9 mai		
		M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N
Hygiène Confort	- bain, douche									
	- habillage									
Sécurité	- barrières de sécurité									
	- matelas anti-escarre									

III. Observation-Réflexion (rôle de l'AS)

L'aide-soignant, dans un temps bien défini, lit les transmissions de l'équipe dès son entrée en service. Il prend connaissance de :

- *l'état clinique du patient* (ex. : paramètres vitaux, sommeil, appétit, besoins perturbés...);

³ Par souci de concision, nous ne pouvons reproduire l'intégralité d'un diagramme d'activité de soins. Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à se reporter au livre de référence, le *Guide AS*.

■ *ses capacités, son autonomie, son état psychologique.*

Nanti de toutes ces informations, l'AS comprend l'objectif des soins qu'il doit réaliser pour tel ou tel patient. Prenons un exemple : s'il s'agit d'une aide au repas, l'aide-soignant s'informe du régime alimentaire du patient, de l'existence d'un risque de fausse route, ou du degré d'autonomie du patient et il en tirera les conséquences pour *adapter son action* auprès du patient : c'est la *personnalisation des soins*.

L'AS *complète le diagramme d'activités de soins* et fait ses *transmissions* après les soins.

Il veille à compléter la cible et le diagramme de soins du patient dont il a la charge et à mettre à jour les différents éléments du dossier de soins : *courbes, graphiques, signes, échelles*. Il respectera impérativement les directives de l'IDE et les codes du service.



Situation

De l'information à l'action, le rôle de Clémence en neurologie

Clémence (AS) commence son travail à 7 h en service de neurologie. Elle doit prendre en charge M. A. (75 ans) atteint d'une hémiplegie droite à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

Elle lit dès son arrivée la *planification des soins* et le *cahier de transmission* avec les données suivantes :

- *les paramètres vitaux* : tension 14/7, température 37,5° C ;
- *la nature du sommeil* : M. A. a pris un Témesta® à 22 h (nuit calme) ;
- *l'appétit* : M. A. a peu d'appétit (n'a pris qu'un potage au dîner d'hier soir à 19 h) ;
- *l'état psychologique* : M. A. se replie sur lui, parle peu, est triste (il demande sa fille, pleure) ;
- *le degré d'autonomie* : M. A. a besoin d'une aide totale pour tous les soins (toilette au lit, aide au repas).

Nantie de toutes ces données, Clémence va faire la *toilette* de M. A. sous l'angle d'un *soin relationnel*. Elle veillera tout d'abord à l'aider à prendre son petit-déjeuner et à le stimuler à manger (puisqu'il n'a pris qu'un potage la veille au soir). Clémence, lors de l'aide au repas, veillera à *stimuler* au maximum l'*autonomie restante* du patient et elle aura le souci de le questionner et de l'écouter pour tenter de comprendre son problème relationnel. Après quoi, Clémence rédigera ses *transmissions* et cochera les cases du *diagramme d'activités de soins* (toilette, repas, réfection du lit...).

Remarque :**L'AS réfléchit à l'amélioration de la qualité des soins**

L'AS veille, lors des transmissions écrites, à être à la fois *clair, précis et concis* :

- est *clair* ce qui se comprend *immédiatement*, ce qui est lisible ;
- est *précis* ce qui cerne le *plus important* de l'information ;
- est *concis* ce qui dit l'*essentiel* en peu de mots.

L'AS veille à ce que les transmissions ciblées (avec le principe des cases à cocher) n'enferment pas les soins dans des grilles standards. En conséquence, il doit en permanence se questionner pour améliorer la qualité des soins au patient. Il est évident que, dans cette situation, le *problème psychologique* du patient doit être bien ciblé par écrit, et même complété par la transmission orale, afin d'être solutionné au mieux.