

Hôpitaux de Lyon  
IFSI Esquirol  
5 avenue Esquirol  
69424 LYON CEDEX 03

Ségui Julien

# **Le dossier de soins infirmiers dans la Prévention des escarres de décubitus en post opératoire**

1er Juillet 2010

Promotion 2007-2010

## **Remerciements**

Je remercie Mme Trabon qui m'a particulièrement bien accompagné lors de la réalisation de ce travail.

Merci au Cadre Infirmier et aux Infirmières de l'unité où j'ai effectué mon enquête sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Merci à Vincent et Caroline pour leurs remarques avisées sur mon TFE.

Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de cette dernière année d'étude.

## Table des Matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. Introduction.....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>I.1. Situation d'appel.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>I.2. Questionnement .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>I.3. Les thèmes abordés dans ce travail.....</b>  | <b>8</b>  |
| I.3.1. La collaboration entre professionnels.....  | 8         |
| I.3.2. Les transmissions écrites.....  | 8         |
| I.3.3. La prévention des escarre : une "démarche qualité" des soins.....   | 9         |
| I.3.4. Le Rôle Propre : une valorisation du métier d'infirmier.....  | 10        |
| <b>II. Enquête sur le terrain.....</b>   | <b>12</b> |
| <b>II.1. Critères de l'enquête .....</b>   | <b>12</b> |
| II.1.1. Lieu de l'enquête.....   | 12        |
| II.1.2. Choix des outils de recherche .....  | 12        |
| II.1.3. Choix de la population de patients observée .....  | 12        |
| II.1.4. Choix de la population pour les entretiens .....   | 13        |
| <b>II.2. Limites de l'enquête .....</b>  | <b>13</b> |
| II.2.1. Population de recherche.....   | 13        |
| II.2.2. Entretiens avec les professionnels .....   | 14        |
| <b>III. Analyse des résultats de l'enquête sur le terrain de stage.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>III.1. Identifier la composition et l'utilisation du dossier de soins : .....</b>   | <b>15</b> |
| III.1.1. Analyse descriptive .....   | 15        |
| III.1.1.1. Composition du dossier de soins.....  | 15        |
| III.1.1.2. Ecriture des transmissions ciblées .....  | 15        |
| III.1.1.3. La mise à jour et l'utilisation du diagramme de soins.....  | 16        |
| III.1.1.4. Utilisation des transmissions ciblées : une lecture difficile pour la<br>continuité de la démarche de soins infirmiers..... | 16        |
| III.1.1.5. Identification des soignants dans les dossiers .....  | 17        |
| III.1.2. Analyse comparative .....   | 18        |
| III.1.2.1. Composition des dossiers .....  | 18        |
| III.1.2.2. L'écriture professionnelle dans le dossier .....  | 18        |
| III.1.2.3. L'utilisation des transmissions ciblées .....   | 18        |
| III.1.2.4. L'utilisation du diagramme .....  | 19        |
| III.1.2.5. Identification des soignants dans les dossiers .....  | 19        |
| <b>III.2. Analyse de la place du dossier dans la prévention des escarres .....</b>   | <b>20</b> |
| III.2.1. Analyse descriptive .....   | 20        |

|  |           |
|--|-----------|
| III.2.1.1. Les infirmières n'utilisent pas les transmissions ciblées et les diagrammes comme moyen de prévention ..... | 20        |
| III.2.1.2. Absence d'utilisation d'un outil d'évaluation du risque d'escarre .....                                     | 21        |
| III.2.2. Analyse comparative .....   | 22        |
| III.2.2.1. Utilisation des moyens de transmission présents dans les dossiers.....                                      | 22        |
| III.2.2.2. Absence d'outil d'évaluation du risque d'escarre .....  | 23        |
| <b>IV. Synthèse.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>IV.1. Le clivage IDE / ASD dans les écrits .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>IV.2. Des transmissions lacunaires et imprécises .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>IV.3. Des dossiers difficilement utilisables en l'état .....</b>  | <b>25</b> |
| <b>IV.4. La prévention par l'anticipation .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>V. Conclusion.....</b>  | <b>28</b> |

## **Bibliographie**

### **Annexes**

- I     Cadre Théorique**
- II    Grille d'observation des dossiers de soins**

# **I. INTRODUCTION**

Mon travail de recherche commence ici avec une situation vécue alors que j'étais aide-soignant. Cette situation m'a amené à me poser un ensemble de questions à propos de la transmission écrite et son importance pour la prévention des escarres.

## **I.1. Situation d'appel**

Nous sommes en février 2008, dans un hôpital de Lyon, en service de médecine digestive. Mme R., patiente de 70 ans, est adressée par son médecin traitant pour ascite d'origine inconnue, baisse de l'état général et hyperthermie. Cette personne vient de son domicile où elle vit avec son mari. Elle est atteinte de sclérose en plaque depuis plus de quinze ans. La patiente est en hospitalisation à domicile depuis cinq ans car son état physique ne permet plus une simple prise en soins à domicile.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Dans le cas d'une HAD, le patient est hospitalisé mais le médecin estime que les soins peuvent être poursuivis à domicile, ou il juge que l'état du malade n'exige pas un séjour à l'hôpital.

Les soins à domicile sont quant à eux prescrits par le médecin quand l'état du patient ne nécessite pas d'hospitalisation. Il peut s'agir d'une surveillance médicale, d'une assistance pour les soins de toilette et d'hygiène, de soins paramédicaux (assurés par des kinésithérapeutes, pédicures, infirmières, aides-soignantes).<sup>1</sup>

L'entrée de Mme R. dans la structure se fait en brancard car la patiente ne peut pas se mobiliser à cause d'une tetraparésie, difficulté de mouvement avec perte de force des quatre membres. De plus, elle n'a pas de perception sensitive de la partie inférieure de son corps. Cette personne est incontinente sur le plan fécal et est porteuse d'une sonde à demeure.

A son entrée Mme R. pèse 65 kg pour 1,54 m, son Indice de Masse Corporelle se situe autour de 27 ce qui est le signe d'un surpoids. Une prise de poids de 8 kg en un

---

<sup>1</sup> <http://vosdroits.service-public.fr>

mois a été observée par l'équipe soignante à domicile. Elle s'est accompagnée d'une augmentation du périmètre abdominal. En parallèle elle présente depuis plusieurs semaines une baisse de l'appétit.

Dès son entrée, son risque d'escarre est estimé à 19 sur l'échelle de Waterlow<sup>2</sup>, ce qui souligne un risque élevé pour Mme R. (un très haut risque d'escarre apparaît à partir de 20). Un ensemble de moyens est alors mis en place pour prévenir les escarres de décubitus : un matelas à air de type Duo2 est attribué à la patiente, complété par des mesures hygiéno-diététiques et médicamenteuses.

Malgré tous ces moyens de prévention, Mme R. développe deux escarres durant son séjour :

La première apparaît au niveau de la malléole externe droite au quatrième jour d'hospitalisation. Celle-ci est prise en charge à un stade 3 d'ulcération du tissu sous cutané.<sup>3</sup> La plaie d'un centimètre de diamètre ne sera complètement soignée que trois semaines plus tard.

La seconde plaie survient au niveau du sacrum au septième jour d'hospitalisation. Des soins curatifs sont entamés au stade de rougeur (stade 1) et l'escarre disparaît trois jours plus tard.

J'ai observé que le diagramme de soins n'était pas rempli quotidiennement par les infirmiers et aides-soignants. Ces diagrammes consistent en une liste d'actes de nursing. Ils permettent de garder la trace des actes effectués quotidiennement pour chaque patient. Les actes effectués sont alors cochés à la date correspondante.<sup>4</sup>

L'évaluation du risque d'escarre sur l'échelle de Waterlow n'était pas issue d'un protocole de soin infirmier. Il s'agissait d'une initiative personnelle qui n'était pas validée par l'ensemble de l'équipe soignante ni reconduite régulièrement.

Les soignants peuvent utiliser un outil d'évaluation fiable du risque d'escarre qui se présente sous forme d'échelle. Dans toutes les échelles existantes, il s'agit d'enregistrer un nombre variable d'items qui sont affectés d'une valeur fixe. La somme permet d'obtenir un nombre qui correspond à un niveau de risque. L'échelle de Waterlow, publiée en 1985, repose sur 11 items. Chaque item est affecté d'une valeur variable de 0 à 8, en fonction de leur poids respectif. La somme permet d'obtenir un total maximum de 50. Neuf items reposent sur des facteurs de risque intrinsèques (sexe,

---

<sup>2</sup> Cf. cadre conceptuel I.6.b, p. 5

<sup>3</sup> Cf. cadre conceptuel I.4, p. 3

<sup>4</sup> Cf. cadre conceptuel II.6.b, p. 9

âge, corpulence, état cutané, continence, appétit, nutrition des tissus, déficience neurologique, médicaments) et deux items sur des facteurs de risque extrinsèques (chirurgie ou traumatisme et mobilité). On obtient un nombre qui permet de classer le patient dans trois catégories : de 10 à 15 points, patient à risque; de 15 à 20 points, risque élevé; de 20 à 50 points, risque très élevé. Les supports d'aide à la prévention (matelas) sont prescrits en fonction du score obtenu, ils sont répertoriés dans un arbre décisionnel.<sup>5</sup>

Les aides soignants ne participaient pas à la relève orale, ou n'étaient pas présents lors de ces relèves.

## **I.2. Questionnement**

- Ces transmissions écrites utilisées de façon irrégulière ont-elles joué un rôle dans l'apparition des escarres de cette patiente ?
- Les transmissions écrites sont-elles indispensables à cette prévention ?
- Quelle est la place de cette relève écrite chez les soignants ? Quelle importance lui donnent-ils ?
- L'utilisation de cibles dans le dossier de soins infirmiers suffit-elle au suivi des patients ?
- Les transmissions écrites ont-elles permis une réévaluation des actions de soins dans le dossier infirmier ?
- La mise en place d'un protocole d'évaluation du risque d'escarre aurait-elle permis d'éviter les plaies ?
- L'utilisation régulière d'une échelle de risque d'escarre aurait-elle permis une meilleure prévention de l'escarre chez cette patiente ?
- Que faire du score obtenu sur l'échelle de risque ?

Toutes ces interrogations m'ont amené à effectuer un travail de recherche documentaire<sup>6</sup> pour étayer ce questionnement.

---

<sup>5</sup> Groupe permanent des paramédicaux, sous-groupe "Prévention et Traitement des escarres", Direction centrale des soins, Hospices Civils de Lyon, Recommandations pour la prévention et le traitement des escarres, février 2004, 35 pages, p. 13

<sup>6</sup> Cf cadre conceptuel en annexes

## **I.3. Les thèmes abordés dans ce travail**

### ***I.3.1. La collaboration entre professionnels***

En étant soignant en service hospitalier, je me suis rendu compte que la charge de travail était considérable. J'ai ainsi remarqué que les soins en équipe étaient un gage d'efficacité pour les personnes hospitalisées, mais aussi une satisfaction pour les soignants.

C'est ce que souligne Rosette Poletti pour qui "chaque acteur du monde de la santé, chaque professionnel est indispensable à la mise en place de soins de qualité. Plus les équipes travailleront dans l'harmonie, plus les patients y gagneront en qualité et cohérence, mais aussi plus les professionnels trouveront de satisfaction dans leur travail".<sup>7</sup>

Au sein d'une équipe, une collaboration efficace participe à une cohésion optimale, ce qui permet une meilleure prise en soins des personnes. En tant que futur infirmier, je serai acteur de cette collaboration et de la prise en soins des personnes hospitalisées.

Un des buts de mon travail est d'étudier l'influence d'une collaboration efficace sur l'état de santé des patients.

Pour T. Alberti et E. Baldo, "Le dossier de soins infirmiers a un rôle de mémoire entre les soignants, de communication et de coordination. Il permet le suivi, la traçabilité, la continuité des soins et aide à la décision thérapeutique".<sup>8</sup> Dans ce cas, ne pourrait-il pas aider l'infirmier dans son travail au quotidien ? J'ai donc décidé de m'intéresser aux transmissions écrites, car elles constituent un des visages de la collaboration entre soignants.

### ***I.3.2. Les transmissions écrites<sup>9</sup>***

Elles comprennent deux supports essentiels dans la pratique quotidienne :

- La fiche des transmissions ciblées : C'est un mode d'organisation et d'enregistrement des informations transcrit dans le dossier de soins infirmiers, afin de mettre en évidence

---

<sup>7</sup> R. POLETTI, "Le soin infirmier : une entité indivisible", *L'aide-soignante*, n°10, novembre 1994

<sup>8</sup> T. ALBERTI, E. BALDO, "Dossier du patient et dossier de soins", *Soins psychiatrie*, n° 251, juillet-août 2007, p. 21-24

<sup>9</sup> Cf. cadre conceptuel, II, p. 6-11



les changements dans l'état de santé du patient, les priorités d'action et les résultats obtenus. L'information est structurée en cibles exprimées en mots clés qui attirent l'attention sur l'état de santé de la personne soignée, ses réactions, ses problèmes, ses ressources. Ce n'est pas forcément un diagnostic infirmier. Les informations sont organisées en Données (décrivant la cible), Actions (soins effectués ou à réaliser), Résultats (décrivant les données suite aux actions entreprises).

Pour Florence Dancausse, "les transmissions ciblées sont une méthode pour organiser la partie narrative du dossier de la personne soignée, pour comprendre rapidement sa situation et les soins nécessaires à dispenser".<sup>10</sup> Selon elle, les transmissions ciblées permettraient donc de prendre rapidement connaissance de l'état de santé du patient pour mettre en place une stratégie de soin adaptée.

Dans mon travail, je m'intéresserai à l'apport de ces transmissions pour la prévention des escarres.

- Le diagramme de soins : C'est un document standardisé permettant d'enregistrer les actes de soins par l'équipe soignante. Il regroupe les soins les plus couramment réalisés dans le service. Les objectifs du diagramme de soins sont de planifier, organiser les soins réalisés et de contrôler leur exécution. Il permet de contresigner les actes effectués en complément des observations notées dans les transmissions ciblées. Ce diagramme permet de limiter les écrits, assurer la traçabilité des soins, repérer rapidement l'essentiel des soins, mettre en évidence l'activité du service et participer au calcul de la charge en soins.

Je me demanderai également si ce document, indissociable des transmissions ciblées, aide l'infirmier à prévenir les escarres de décubitus.

### ***1.3.3. La prévention des escarres : une "démarche qualité" des soins***

"Dans les secteurs commerciaux, la démarche qualité a pour objectif d'obtenir un avantage concurrentiel. Dans le soin, cette démarche permet d'assurer des soins adéquats au patient. Pour les professionnels, elle permet aussi de mieux maîtriser leur métier et d'augmenter leur satisfaction. La prévention des escarres fait partie d'une démarche de qualité par la Haute Autorité en Santé (HAS). Celle-ci utilise les enquêtes

---

<sup>10</sup> A. CÉRÉYON, J. HORION, L. NDONGO, S. TRUCHARD, "Des transmissions ciblées pour une écriture clinique", *Soins psychiatrie*, n° 251, juillet-août 2007, p. 26-29

de prévalence d'escarre (nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population) comme un marqueur de qualité et un critère de certification".<sup>11</sup>

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit trois niveaux de prévention. Pour notre sujet, nous nous limiterons à la prévention primaire qui est l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'un trouble de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas.<sup>12</sup>

"L'escarre est une complication iatrogène, pouvant être évitée par des moyens humains et matériels adaptés. Elle est synonyme d'inconfort, de douleur, d'altération de la mobilité, d'augmentation de la durée d'hospitalisation et donc des coûts"<sup>13</sup> (aux coûts d'hospitalisation plus longue, il faut ajouter celui des traitements curatifs). Pour moi, le métier d'infirmier doit allier qualité des soins (techniques et relationnels), cohérence et efficacité. Pour toutes ces raisons, je souhaite m'inscrire dans une approche préventive des escarres.<sup>14</sup>

#### ***I.3.4. Le Rôle Propre : une valorisation du métier d'infirmier<sup>15</sup>***

La loi du 31 mai 1978, n° 78-615, marque une ouverture radicale dans l'exercice de la profession d'infirmier. Pour la première fois, cette loi introduit dans l'exercice professionnel un rôle propre infirmier qui lui confère une autonomie complète. Ceci permet à l'infirmier de prendre des initiatives mais implique également qu'il engage, dans le cadre de ce rôle propre, son entière responsabilité.

Ce rôle propre est défini dans l'article R. 4311-3 du Code de la santé publique :<sup>16</sup>

"Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires (...). Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles

---

<sup>11</sup> J. FONTAINE, P. SENET, S. MEAUME, "Mieux prévenir et soigner les escarres", *Soins*, n° 732, février 2009, p. 35

<sup>12</sup> Site de l'OMS ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)) et cadre conceptuel I.5, p. 3

<sup>13</sup> C. HELIOT-MAILLOT, A.-C. RAE, "Les escarres : indicateurs de qualité des soins; programme qualité aux Hôpitaux Universitaires de Genève", *L'escarre*, n°19, septembre 2003, p. 12-13

<sup>14</sup> Cf. cadre conceptuel I.5, p. 3 et I.6, p. 4

<sup>15</sup> Cf. Cadre conceptuel, III, p. 11

<sup>16</sup> Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, *Profession infirmier*, Ed. Berger-Levrault, 2007, 126 pages, p. 88

de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers."

Ce rôle intervient dans la prise en charge globale des personnes soignées car il constitue un complément indispensable aux soins sur prescriptions médicales. De plus, le rôle propre de l'infirmier est important pour l'identité, l'autonomie et la reconnaissance de cette profession.

Ce travail de fin d'étude portera donc sur une compétence appartenant au rôle propre de l'infirmier : *L'initiation et la mise en œuvre des soins préventifs*,<sup>17</sup> à travers le soin préventif d'escarre au sens large. Au delà de l'acquisition de cette compétence, je m'interroge sur les moyens de sa mise en application au quotidien. Je souhaite donc savoir si le dossier de soins peut constituer un outil pour l'application de cette compétence. Pour ce Travail de Fin d'Etudes (TFE), ma problématique est donc la suivante :

**En quoi le dossier de soins infirmiers (transmissions ciblées et diagrammes de soins) constitue-t-il un moyen de prévention de l'escarre pour l'infirmier diplômé d'état ?**

Mon travail de recherche s'articulera autour de deux axes :

- **Identifier la composition et l'utilisation du dossier de soins infirmiers**; les principaux documents du dossier de soins évoqués dans le cadre conceptuel par différents auteurs sont-ils présents ? Comment utilise-t-on le dossier de soins dans le service enquêté ? Le dossier aide-t-il à une continuité de la démarche de soins infirmiers ? Cette démarche *consiste à faire un bilan de la situation du patient, une évaluation de ses besoins pour poser des diagnostics infirmiers et mettre en place un programme de soins personnalisé*.<sup>18</sup>
- **Analyser la place du dossier de soins infirmiers dans la prévention des escarres** : le dossier est-il un outil de prévention des escarres dans le service ?

---

<sup>17</sup> [www.sante-sports.gouv.fr/la-reforme-des-etudes-en-soins-infirmiers](http://www.sante-sports.gouv.fr/la-reforme-des-etudes-en-soins-infirmiers) et cf. cadre conceptuel, III.3, p. 12

<sup>18</sup> <http://www.ameli.fr> et cadre conceptuel p. 7

## **II. ENQUETE SUR LE TERRAIN**

### **II.1. Critères de l'enquête**

#### *II.1.1. Lieu de l'enquête*

Mon enquête a eu lieu dans un service de chirurgie orthopédique d'un hôpital lyonnais. Les personnes sont hospitalisées en majorité pour des atteintes ostéo-articulaires des membres inférieurs. Le service prend aussi en charge les patients atteints de tumeurs osseuses et des patients hémophiles.

#### *II.1.2. Choix des outils de recherche*

Ma recherche sur le terrain s'est faite grâce à deux vecteurs complémentaires l'un de l'autre. Je voulais commencer par observer un ensemble de dossiers de soins. Ceci avait pour but de répondre de manière la plus objective possible à mes deux axes de recherche. Pour ces observations, je me suis appuyé sur une grille se basant sur mes deux axes.<sup>19</sup>

Parallèlement, j'ai souhaité déterminer l'utilisation du dossier de soins pour la prévention des escarres dans la pratique quotidienne des professionnels IDE (Infirmier Diplômé d'Etat). C'est pourquoi j'ai décidé d'interroger trois professionnels lors d'entretiens semi-directifs. Ces derniers devaient me permettre de compléter les informations recueillies dans les observations de dossiers de soins. Je souhaitais obtenir de ces entretiens des réponses spontanées à mes interrogations de la manière la plus nuancée possible et la plus proche de la réalité du travail.

#### *II.1.3. Choix de la population de patients observée*

J'ai choisi de restreindre mon observation à une population de quatre patients. J'ai sélectionné quatre profils de patients différents de façon à ce que mon étude puisse concerner une population la plus hétérogène possible :

- Le dossier d'un patient sans risque d'escarre, avec un score de Waterlow<sup>20</sup> inférieur à 10.

---

<sup>19</sup> Grille disponible en annexes

<sup>20</sup> Cf. cadre conceptuel p. 5

- le dossier d'un patient présentant un risque faible d'escarre, avec un score de Waterlow compris entre 10 et 15 points.
- Le dossier d'une personne avec un risque élevé voire très élevé, avec un score de Waterlow compris entre 15 et 50.
- Le dossier d'un patient déjà porteur d'une escarre.

#### ***II.1.4. Choix de la population pour les entretiens***

Les entretiens ont eu lieu avec trois infirmières du service aux parcours professionnels et personnels très différents. Je me limiterai à une population d'infirmières pour rester dans ma problématique et pour me baser sur les résultats obtenus dans ma future fonction soignante.

L'infirmière A : Agée entre 51 et 60 ans, d'abord aide-soignante, elle débute en tant qu'IDE en 1990 en réanimation pendant deux années. Elle poursuit sa carrière en chirurgie pour une période de six mois puis passe de nuit. Elle retravaille de jour en chirurgie orthopédique où elle exerce depuis 1998. Elle a effectué la formation "escarres" en 2009.

L'infirmière B a entre 21 et 30 ans. Elle est diplômée depuis novembre 2009 et travaille depuis dans le service de chirurgie orthopédique dans lequel j'effectue mon TFE. Cette IDE a fait une formation incendies, hémovigilance et hémophilie mais pas de formation supplémentaire sur les escarres.

L'infirmière C travaille de nuit et se situe dans la tranche d'âge 31-40 ans. Elle est diplômée depuis 1999. Elle a été aide-soignante de 1993 à 1999. Elle a exercé en pneumologie, en rééducation fonctionnelle, en post-réanimation et en moyen séjour gériatrique. Cette infirmière travaille en chirurgie orthopédique depuis 2006. Elle a effectué les formations suivantes : prise en charge de la personne en fin de vie, le sommeil, le sida mais pas de formation complémentaire sur l'escarre.

## **II.2. Limites de l'enquête**

### ***II.2.1. Population de recherche***

Pour l'étude de dossiers, j'ai dû restreindre mon observation à une population de trois patients, sélectionnés de façon aléatoire et je suis parti du postulat selon lequel tout patient peut être sujet aux escarres à certains moments clés de l'hospitalisation. Je n'ai

pas pu faire une sélection en fonction du score de Waterlow car celui-ci n'est pas fait pour tous les patients entrant dans le service. L'échelle de risque n'est complétée que pour les patients chez qui on suspecte un risque élevé d'escarre de décubitus. Ce score est effectué par le cadre infirmier du service pour la commande de matelas à air. J'ai donc décidé d'observer les dossiers de trois patients de manière plus aléatoire.

J'ai d'abord essayé de coter le risque d'escarre des patients à l'aide de l'échelle<sup>21</sup> présente dans un classeur en salle de soins intitulé "escarres". J'ai été rapidement confronté aux limites de cette échelle qui m'a paru imprécise sur deux de ces items.

Tout d'abord, l'item "déficience neurologique" comprend quatre sous-items pour lesquels je n'ai pas su attribuer de valeur. Il est en effet possible de leur donner une valeur comprise "entre 4 et 6", sans plus de précision.

Ensuite, l'item "masse corporelle" m'a aussi posé problème. Celle-ci doit être qualifiée de "moyenne", "au dessus de la moyenne", "obèse", "en dessous de la moyenne". Il me semble que chacun de ces qualificatifs peuvent être interprétés de manière différente d'un soignant à l'autre ce qui pourrait changer le score obtenu.

Le cadre infirmier n'utilise pas cette échelle pour la commande de matelas à air mais une deuxième échelle qui n'est pas présente en salle de soins.

### ***II.2.2. Entretiens avec les professionnels***

Les entretiens avec les trois infirmières ont été très intéressants. Ils ont eu lieu dans un endroit plutôt calme ce qui a facilité l'échange.

---

<sup>21</sup> Cf. annexe

### **III. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN DE STAGE**

J'analyserai mes résultats selon mes deux axes de recherche :

- Identifier la composition et l'utilisation du dossier de soins infirmiers
- Analyser de la place du dossier de soins infirmiers dans la prévention des escarres

Pour chaque axe, je commencerai par décrire les résultats obtenus lors de mes différents entretiens et observations de dossiers. Cette analyse descriptive aura pour objet de confronter les observations aux entretiens, en tirer les concordances et les contradictions. Dans un deuxième temps d'analyse, je m'efforcerai de comparer les résultats obtenus lors de mon enquête sur le terrain de stage à mes références bibliographiques.

#### **III.1. Identifier la composition et l'utilisation du dossier de soins :**

##### ***III.1.1. Analyse descriptive***

###### *III.1.1.1. Composition du dossier de soins*

Les dossiers de soins observés comportent bien les fiches de transmissions ciblées et les diagrammes de soins, mais pas d'outil d'évaluation du risque d'escarre.

###### *III.1.1.2. Ecriture des transmissions ciblées*

Malgré un accès facile des dossiers en salle de soins, toutes les infirmières interrogées font une relève écrite plutôt en fin de poste. Pour l'IDE A, les transmissions écrites se font quand elle a "*fini tout ce qu'elle a à faire*" et "*pour être au calme*". L'infirmière B évoque une préférence pour la fin de poste dans un souci de synthèse de la matinée et des problèmes rencontrés au cours de celle-ci : "*En début de poste, je ne peux pas savoir quels ont été les problèmes si je n'ai pas encore vu les patients*". Cette infirmière effectue aussi des relèves écrites pendant le poste : "*Parfois je reprends les dossiers quand il y a eu un problème entre temps*". Quant à l'IDE C : "*Ce que j'aime bien faire c'est, en fin de relève, inscrire nos deux noms, de manière à lire ce qui s'est passé auparavant et connaître un peu mieux les patients. Sinon en milieu de nuit je*

*réactualise. Tout ce qui est douleur j'essaye de le noter au fur et à mesure et de noter les heures. Donc je réactualise en milieu de nuit et en fin de nuit. Donc vers les six heures je fais mes transmissions écrites, et je les complète."*

Toutes les infirmières interrogées effectuent des transmissions écrites au cours de leur poste après certains soins comme les pansements ou en cas de problème. Pour l'IDE A, *"quand j'ai fait mon pansement, je suis obligée de noter tout de suite derrière."* Et l'IDE B nous dit : *"Parfois je reprends les dossiers quand il y a eu un problème entre temps"*.

#### *III.1.1.3. La mise à jour et l'utilisation du diagramme de soins*

Pour l'infirmière C, ces diagrammes ne sont remplis par personne : *"Je ne le remplis pas (sourire). Non, je ne le fais pas. La nuit on ne le fait même pas"*. L'IDE B remplit les diagrammes quand *"les aide-soignantes sont occupées"*. L'infirmière A dit que les IDE les remplissent : *"Le diagramme c'est pareil, ce sont les infirmières et les aides soignantes... et les stagiaires aussi."*

On peut donc observer qu'un tiers seulement des infirmières interrogées dit compléter les diagrammes de soins et que ces derniers seraient plutôt manipulés par les aides-soignantes. L'IDE A parle d'une place *"essentielle"* du diagramme pour *"le suivi du patient"*. Elle parle aussi du lien avec les transmissions ciblées : *"c'est tout lié en fait"*, mais l'analyse des dossiers montre que les diagrammes ne sont pas remplis à chaque poste.

En effet, deux infirmières sur les trois ne se servent pas du diagramme de soins *"parce qu'on ne met pas vraiment le nez dedans"* (IDE B) ou *"on ne s'en sert pas du tout"* (IDE C). Ces réponses sont cohérentes avec l'observation des dossiers. Les diagrammes ne sont pas complétés chaque jour ce qui montrerait un défaut d'utilisation par certains professionnels pour la prise en soins du patient.

#### *III.1.1.4. Utilisation des transmissions ciblées : une lecture difficile pour la continuité de la démarche de soins infirmiers.*

Contrairement aux diagrammes, on remarque que les transmissions ciblées sont bien faites à chaque poste. Néanmoins, il est difficile de suivre l'évolution du patient et de voir son état jour après jour puisque les cibles ne sont pas toutes évaluées. À la simple lecture des dossiers, il n'est pas possible de savoir si telle ou telle cible est encore d'actualité. Malgré l'absence d'évaluation des cibles et de mise à jour du diagramme de



soins, la fonction d'historique des transmissions ciblées est évoquée par l'IDE B : *"elles me permettent de connaître mieux le patient... que je ne connais pas parce que j'ai eu plusieurs jours de repos"*. L'IDE A paraît embarrassée quand je lui demande à quoi lui servent les transmissions ciblées lors de sa journée de travail : *"Bein les transmissions ciblées ça me permet, bein... au niveau des soins... ça a un avantage quand même les transmissions ciblées... Parce que finalement heu... avec les transmissions ciblées on a déjà un diagramme. Avec le diagramme on a déjà tous les soins heu... techniques et les soins de base qui sont déjà notés dessus, donc on a plus qu'à cocher et ensuite, dans notre fiche de transmissions, ça nous permet d'écrire le moins possible. Juste l'essentiel en fait."*, *"Pour les soins ?... bein les transmissions ciblées heu... moi en fait c'est surtout au moment de la relève, quand on nous fait la relève (orale), on fait une relève du patient et à ce moment là, nous on regarde les transmissions ciblées pour voir si il y a des choses à faire ou à continuer en fait"*. Cette réponse souligne la difficulté des soignants à se servir des cibles pour le suivi du patient. Cette difficulté est renforcée par l'absence de mise à jour du diagramme de soins. La mise en regard des deux types de transmissions est ainsi rendue plus compliquée.

#### *III.1.1.5. Identification des soignants dans les dossiers*

Toutes les professionnelles interrogées affirment que les dossiers de soins sont accessibles à tous les soignants intervenant auprès des patients (médecins, infirmières, stagiaires) à l'exception des agents de services hospitaliers. Néanmoins, les transmissions ciblées et les diagrammes de soins ne sont manipulés que par trois catégories de soignants : les infirmières, les aides-soignantes et les étudiants infirmiers qui sont les seuls à s'identifier sur ces documents.

Les professionnels s'identifient dans les transmissions ciblées mais il est difficile de discerner l'auteur exact de la cible. En effet, chaque cible comporte le nom de deux voire trois personnes différentes correspondant à l'IDE, l'ASD (Aide-Soignant Diplômé) et l'étudiant infirmier du secteur ce qui est confirmé par l'IDE C : *"Ce que j'aime bien faire c'est, en fin de relève, inscrire nos deux noms [le sien et celui de l'aide-soignante], de manière à lire ce qui s'est passé auparavant et connaître un peu mieux les patients"*.

Notons qu'en ce qui concerne les diagrammes, leur constitution ne permet pas aux différents acteurs de soins de s'identifier pour chaque soin.

Les IDE A et C soulignent l'obligation légale des écrits dans les dossiers : "Ca permet d'avoir une trace écrite d'une part, et puis ça permet d'assurer la continuité des soins" (IDE C).

### ***III.1.2. Analyse comparative***

#### *III.1.2.1. Composition des dossiers*

Nous avons vu que les dossiers de soins observés comportaient bien les deux supports de transmissions nécessaires à la démarche de soins infirmiers selon E. Terrat,<sup>22</sup> à savoir les diagrammes de soins et les transmissions ciblées. Pour cet auteur, le diagramme de soins regroupe les soins les plus couramment réalisés dans le service. En complément des transmissions ciblées, il vise à inscrire les soins et surveillances répétitifs, c'est d'ailleurs ce qu'affirme aussi l'IDE A : "*Avec le diagramme on a déjà tous les soins heu... techniques et les soins de base qui sont déjà notés dessus, donc on n'a plus qu'à cocher et ensuite, dans notre fiche de transmissions, ça nous permet d'écrire le moins possible. Juste l'essentiel en fait.*". L'absence d'échelle d'évaluation du risque d'escarre sera développée dans le deuxième axe d'analyse.

#### *III.1.2.2. L'écriture professionnelle dans le dossier*

Pour O. Dupuy, les observations notées dans le dossier de soins par l'IDE lui serviront de bases de départ pour sa démarche de soins qu'il complètera et enrichira tout au long du séjour".<sup>23</sup> Les infirmières interrogées retranscrivent régulièrement ce qu'elles font et ce qu'elles observent lors de leurs temps de travail. Cela leur permet de ne pas oublier d'informations et de "réactualiser" (IDE C) leurs écrits.

#### *III.1.2.3. L'utilisation des transmissions ciblées*

Selon E. Terrat, les transmissions ciblées permettent d'écrire dans le dossier de soins "*en évitant les transcriptions répétitives*".<sup>24</sup> Ce point apparaît en contradiction avec l'observation des dossiers qui montre une cible "*soins réalisés*". On peut se demander quelle est l'utilité de cette cible si les transmissions ciblées doivent permettre "*d'aller à l'essentiel*" (IDE C). L'infirmière A explique en partie l'utilisation de cette

---

<sup>22</sup> Cf. cadre conceptuel p. 9

<sup>23</sup> Cf. cadre conceptuel p.7

<sup>24</sup> E. TERRAT, "L'écriture, un outil de reconnaissance pour les aides soignants", *L'aide-soignante*, n°103, janvier 2009, p. 11-20 et cadre conceptuel p. 10

cible : "Il faut toujours laisser une trace parce que admettons, il arrive quelque chose à la patiente, on peut dire "bein à telle heure j'étais là, j'ai fait ci, j'ai fait ça"". Ainsi, la cible "soins réalisés" sert à justifier une présence auprès du patient quand aucune cible n'est nécessaire lors de la journée de travail. La longue liste des "soins réalisés" en arrive souvent à obscurcir inutilement le dossier du patient.

On observe aussi dans les dossiers des transmissions narratives qui "court-circuitent" le diagramme en rendant les écrits moins synthétiques et la lecture plus lourde.

#### *III.1.2.4.L'utilisation du diagramme*

"En complément des transmissions ciblées, le diagramme de soins vise à inscrire les soins et surveillances répétitifs. Les objectifs du diagramme de soins sont de planifier et organiser les soins réalisés, et de contrôler leur exécution. Il permet de contresigner les actes effectués en complément des observations notées dans les transmissions. Ce diagramme permet de limiter les écrits, assurer la traçabilité des soins, repérer rapidement l'essentiel des soins, mettre en évidence l'activité du service et participer au calcul de la charge en soins."<sup>25</sup> Dans la réalité, ces rôles ne sont pas assurés. En effet, comme le montrent les recherches sur le terrain, les diagrammes de soins ne sont ni complétés chaque jour, ni utilisés par les infirmières. Il est donc difficile de repérer l'essentiel des soins réalisés pour le patient ainsi que l'évolution de son état et de son autonomie.

#### *III.1.2.5.Identification des soignants dans les dossiers*

"Le dossier de soins infirmier est un document légal et durable pouvant servir de preuve devant les tribunaux. L'absence d'écrit laisse supposer que rien n'a été fait. La jurisprudence considère que l'absence de notes peut être assimilée à un défaut de soins ou de surveillance. L'écrit a donc une place importante dans la profession d'infirmier et engage sa responsabilité. Les transmissions écrites permettent aux soignants de justifier leurs actes et constituent donc un engagement professionnel".<sup>26</sup> Dans notre cas c'est l'absence d'écrit systématique dans les diagrammes de soins qui pose problème, ainsi que la difficulté d'identifier les auteurs des transmissions ciblées.

---

<sup>25</sup> E. TERRAT, "L'écriture, un outil de reconnaissance pour les aides-soignants", *L'aide-soignante*, n°103, janvier 2009, p. 11-20

<sup>26</sup> Cf. cadre conceptuel p. 8

Les infirmières font effectivement leurs transmissions à chaque poste mais elles se cantonnent aux cibles omettant ainsi de retranscrire une part importante de leur travail. Cela peut avoir plusieurs conséquences :

- L'inexistence de trace écrite de leur charge de travail réelle,
- Une difficulté de suivi du patient,
- Un risque professionnel en cas de litige devant les tribunaux accentué par le manque de transparence quant aux auteurs des écrits.

## **III.2. Analyse de la place du dossier dans la prévention des escarres**

Après avoir analysé l'utilisation générale du dossier de soins par les infirmières, nous allons nous intéresser à présent plus spécifiquement au lien entre ces dossiers et la prévention des escarres dans cette unité.

### ***III.2.1. Analyse descriptive***

#### *III.2.1.1. Les infirmières n'utilisent pas les transmissions ciblées et les diagrammes comme moyen de prévention*

L'absence d'escarre chez le patient n'entraîne pas de transmission dans le dossier de soins pour les infirmières A et B. Pour l'IDE A, les cibles sont faites dans les transmissions à partir de l'apparition de l'escarre : "*tant que la peau est nette on ne fait pas de cible. On coche le soin préventif dans le diagramme de soins... ça veut dire qu'il n'y a pas de danger*". Pour l'IDE B, "*on ne retranscrit que quand il y a une rougeur, quand c'est déjà l'escarre*". L'infirmière C affirme souligner le risque dans les transmissions ciblées. Dans les trois dossiers observés, je n'ai pas retrouvé de trace écrite d'une mise en relief du risque d'escarre.

L'infirmière C affirme faire apparaître les moyens de prévention des escarres dans les transmissions ciblées mais dans les trois dossiers observés, il ne m'a pas été possible de le confirmer. Rappelons que les infirmières B et C ne se servent pas du diagramme de soins (Entretiens, question 4). Les IDE A et B disent cocher le soin préventif d'escarre dans le diagramme mais l'étude des dossiers montre que le soin préventif n'est pas coché à chaque fois. Ces deux infirmières ne font pas apparaître d'autres soins de prévention dans les transmissions ciblées.

Selon les IDE interrogées, l'évaluation du risque d'escarre est faite conjointement par les aides-soignantes et les infirmières mais les réponses données évoquent plutôt l'évaluation de l'état cutané. Cette évaluation prend aussi en compte les plaintes du patient pour toutes les infirmières interrogées : *"bein regardez, j'ai mal au talon". Mais à ce stade là, le plus souvent c'est bien avancé... Parfois on dit qu'il est autonome, on fait moins de soins et ça peut arriver qu'il fasse une escarre*" (IDE A).

D'après toutes les réponses données on peut affirmer que :

- Les infirmières surveillent l'apparition de l'escarre en post-opératoire, en combinant leur connaissance du patient et l'observation de l'état cutané. Cette surveillance n'est pas retranscrite systématiquement ni programmée dans les dossiers de soins.
- Cette surveillance semble s'avérer parfois insuffisante pour éviter la survenue d'escarre.

#### *III.2.1.2. Absence d'utilisation d'un outil d'évaluation du risque d'escarre*

Aucune des trois infirmières interrogées n'évoque l'utilisation d'une échelle d'évaluation pour coter le risque d'escarre. L'IDE A dit que le service n'a pas d'échelle d'évaluation des escarres et ajoute que cette évaluation est visuelle : *"C'est tout visuel en fait. On n'a pas de document"*. L'absence de document permettant une cotation du risque dans le dossier de soins confirme les dires des trois personnes interrogées. Néanmoins, les infirmières B et C affirment prendre en compte les antécédents du patient, *"l'âge"*, *"le type d'intervention"* et sa mobilité pour évaluer le risque. Pour l'IDE C, l'évaluation du risque *"c'est dans la logique"*. L'apparition de rougeur au niveau des points d'appui, semble encourager les professionnelles à effectuer une surveillance plus rapprochée du patient : *"si les infirmières m'ont dit que la personne a les talons rouges, on sera d'autant plus vigilants et on proposera des soins préventifs d'escarre de façon plus rapprochée"* (IDE C). L'infirmière B souligne l'importance du massage-effleurage chez les patients ayant une mobilité réduite : *"nous en règle générale, les gens qui se mobilisent peu, on les masse tous"*.

Toutes les infirmières interrogées parlent d'une première évaluation du risque d'escarre en post-opératoire : *"en post-op il faut être très vigilant"* (IDE C). Comme nous l'avons vu, cette évaluation se fait par l'observation de l'état cutané conjugué à une connaissance des facteurs de risque chez le patient. Cette évaluation est poursuivie plusieurs fois par jours, *"pendant la toilette"*, *"dans l'après-midi au tour de seize*

heures", au "tour de vingt heures" et "dans la nuit" selon l'infirmière A. Cette évaluation est faite en collaboration avec l'équipe aide-soignante : "*soit l'aide-soignante ou l'infirmière... La première personne qui s'occupe du patient. Voilà. On regarde déjà l'état cutané et puis en fonction on regarde ce qu'il faut faire. Mais parfois ce sont les patients qui nous le disent aussi*" (IDE A).

L'utilisation d'une échelle d'évaluation du risque d'escarre n'est pas signalée dans les transmissions ciblées ou le diagramme de soins malgré son utilisation pour la commande de matériel d'aide à la prévention tel que des matelas.

Les IDE et aides-soignantes sont donc particulièrement vigilantes en ce qui concerne l'état cutané des patients en post opératoire et effectuent des effleurages cutanés de manière pluriquotienne. Cependant, tout en étant bien conscientes du risque d'altération de l'état cutané, les professionnelles ne cotent pas le risque d'escarre.

### **III.2.2. Analyse comparative**

#### *III.2.2.1. Utilisation des moyens de transmission présents dans les dossiers*

Les résultats de l'enquête sur le terrain de stage montrent que les moyens de transmissions ne sont pas utilisés dans la prévention des escarres.

D'une part, dans le diagramme de soin, la prévention de l'escarre n'est ni programmée ni retranscrite de manière régulière. *Les objectifs du diagramme de soins sont de planifier et organiser les soins réalisés, et de contrôler leur exécution. Il permet de contresigner les actes effectués en complément des observations notées dans les transmissions.*<sup>27</sup> Le diagramme de soins ne joue donc pas son rôle dans la prévention de l'escarre.

D'autre part, les actions préventives n'apparaissent pas non plus dans les transmissions ciblées. Or, l'une des stratégies de prévention de l'escarre passe par la retranscription dans le dossier de soins<sup>28</sup> des moyens mis en place. Au stade de la prévention, c'est à dire avant l'apparition de lésions cutanées, les transmissions ciblées n'ont de sens que si elles sont mises en regard d'un risque identifié et quantifié ce qui n'est pas le cas dans l'unité. Ces transcriptions permettent aux soignants d'avoir un suivi des actions préventives, de faire la preuve que des soins préventifs ont bien été

<sup>27</sup> E. TERRAT, "L'écriture, un outil de reconnaissance pour les aides-soignants", *L'aide-soignante*, n°103, janvier 2009, p. 11-20 et cadre conceptuel p. 9-10

<sup>28</sup> Cours de soins infirmiers de 1ère année, IFSI Esquirol, 2003 et cadre conceptuel p. 4

effectués, d'harmoniser les pratiques préventives entre soignants mais aussi de montrer une prise en compte du risque.

### *III.2.2.2. Absence d'outil d'évaluation du risque d'escarre*

B. Barrois souligne l'importance de la corrélation entre le jugement clinique et l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque pour la prévention de l'escarre de décubitus.<sup>29</sup> D'après cet auteur et "*par souci d'objectivité, les soignants peuvent utiliser un outil d'évaluation fiable du risque d'escarre se présentant sous forme d'échelle*". C'est aussi ce que préconisent les Hospices Civils de Lyon dans leurs *Recommandations pour la prévention et le traitement des escarres* : "*l'évaluation du risque d'escarre = observation clinique + cotation sur une échelle de risques. Cette évaluation est recommandée dès l'admission en unité d'urgence et/ou d'hospitalisation*".<sup>30</sup> Les dossiers étudiés et les entretiens avec les professionnelles montrent l'absence d'utilisation d'un tel outil mais aussi l'absence de cet outil dans les dossiers. Les Hospices Civils de Lyon recommandent aussi d'évaluer le risque d'escarre à l'aide de l'observation clinique qui "*se traduit par une succession d'actions : regarder, écouter, interroger, toucher, sentir*".<sup>31</sup> Cette succession d'actions est bien effectuée par les infirmières interrogées. En effet, les professionnelles observent plusieurs fois par jour l'état cutané des patients en post opératoire, elles les écoutent et les interrogent ("*On regarde déjà l'état cutané et puis en fonction on regarde ce qu'il faut faire. Mais parfois ce sont les patients qui nous le disent aussi*" : IDE A). Elles touchent la peau des patients par des effleurages réguliers au niveau des points d'appui.

---

<sup>29</sup> B. BARROIS, "Evaluer un patient à risque d'escarre pour une stratégie préventive", *L'escarre*, n°16, décembre 2002, p. 26 et cadre conceptuel p. 5

<sup>30</sup> Groupe permanent des paramédicaux, sous-groupe "Prévention et Traitement des escarres", Direction centrale des soins, Hospices Civils de Lyon, *Recommandations pour la prévention et le traitement des escarres*, février 2004, 35 pages, p. 3 et cadre conceptuel p. 6

<sup>31</sup> Ibidem

## IV. SYNTHÈSE

L'écriture dans les dossiers apparaît comme un préalable pour la prévention des escarres par les infirmières. Cette écriture permet le suivi, la traçabilité et l'harmonisation des pratiques soignantes au cours de l'hospitalisation. Les IDE interrogées sont conscientes de l'importance des écrits professionnels dans les dossiers mais n'effectuent ces transmissions que de manière partielle. Plusieurs types de problèmes sont apparus.

### IV.1. Le clivage IDE / ASD dans les écrits

Au cours des entretiens, il est apparu un clivage entre les écrits effectués par les infirmières et les aides-soignantes. En effet, tandis que les premières se limitent plutôt aux cibles, l'équipe aide-soignante quant à elle serait plus encline à compléter les diagrammes de soins. Au delà de la simple écriture, ce clivage apparaît aussi dans l'utilisation des écrits soignants. Les IDE n'utilisent pas ou rarement les diagrammes de soins complétés par leurs collègues aides-soignantes. Ces infirmières ne prennent pas connaissance de certains soins prodigués aux patients alors que les ASD travaillent sous leur responsabilité.

Le dossier de soins, comme vu précédemment, est un moyen central de communication entre professionnels dans le temps, concernant la nature des soins, leur périodicité et leur intensité : "*Le dossier doit être le support privilégié de la transmission des informations entre le personnel soignant pour mettre en œuvre de façon adaptée et efficace la démarche de soins au travers des transmissions ciblées*".<sup>32</sup> Cette fragmentation concernant les écrits professionnels ne constitue-t-il pas finalement un frein à la collaboration IDE / ASD ?

### IV.2. Des transmissions lacunaires et imprécises

Les infirmières ne laissent pas de trace écrite d'une part importante de leur activité, relevant de leur rôle propre ou de leur rôle prescrit. Certes, un certain nombre de transmissions sont faites de manière orale. Néanmoins, les inscrire dans le dossier de

---

<sup>32</sup> O. DUPUY, *Le dossier de soins infirmiers*, Ed. Les Etudes Hospitalières, 2004, 66 pages, p. 14 et cadre conceptuel p. 7



soins est un préalable à la prévention efficace de l'apparition des escarres. C'est une condition nécessaire pour assurer la continuité du suivi qui seule permet une évaluation précise du risque pour le patient et la mise au point de stratégies efficaces.

En outre, les supports de transmissions n'offrent pas toujours la possibilité aux soignants de s'identifier clairement dans leurs écrits (particulièrement pour les diagrammes de soins). En cas de litige, la responsabilité de tous les auteurs supposés des transmissions ciblées est-elle engagée ? Ou bien l'infirmier est-il le seul responsable des ces transmissions vu que l'aide-soignant travaille sous son autorité ?

### **IV.3. Des dossiers difficilement utilisables en l'état**

Enfin, pour que le dossier puisse devenir un instrument efficace de prévention, il doit d'abord être clair et simple d'utilisation. Or, lors de mes recherches sur le terrain, il m'est apparu que les transmissions ciblées, un des piliers du dossier de soin, ne permettaient pas une lecture rapide et facile de l'état du patient lors de son séjour hospitalier. Soit ces transmissions étaient construites sur un mode narratif empêchant au lecteur de cibler l'évolution de l'état du patient au premier coup d'œil, soit ces transmissions étaient encombrées de cibles approximatives comme "*soins réalisés*". Comment, en se basant sur ces écrits professionnels, "*repérer rapidement l'essentiel des soins, mettre en évidence l'activité du service et participer au calcul de la charge en soins*" ?<sup>33</sup> En théorie, les transmissions ciblées permettent de faire un résumé de la journée de travail et de s'informer quant aux jours précédents. Mais cette fonction n'est que partiellement remplie car les supports ne sont pas mis à jour régulièrement et certaines cibles sont particulièrement vagues. Cette difficulté de lecture du dossier est renforcée par une mise à jour ponctuelle des diagrammes de soins. Comment un soignant extérieur au service ou ne connaissant pas le patient peut-il alors effectuer un résumé du séjour ou prendre connaissance de l'ensemble des soins réalisés par ses collègues pour la continuité des soins ?

Il faut peut-être repenser les temps de remplissage des dossiers. La retranscription des cibles du jour en fin de poste n'entraîne-t-elle pas une perte d'information ? Au niveau organisationnel, est-il possible de faire des relèves écrites tout au long de la

---

<sup>33</sup> Cf. cadre conceptuel p. 10

journée de travail ? L'informatisation du dossier va-t-elle aider à faire des relèves écrites tout au long de la journée ?

Il faut surtout parvenir à rompre un cercle vicieux. Les diagrammes ne sont donc que difficilement utilisables pour la démarche de soins infirmiers. Les professionnels ont donc appris à ne pas s'en servir. Et donc pourquoi perdraient-ils du temps à les remplir puisqu'ils ne s'en servent pas ou peu ?

En particulier, concernant le risque d'escarre, la retranscription des moyens de prévention, absente dans les dossiers, permettrait à tous les acteurs de soins d'avoir une vue de l'ensemble des stratégies mises en place. Cela pourrait aussi permettre de penser à réévaluer le risque régulièrement. Comment l'infirmier peut-il avoir le suivi des soins préventifs effectués si ces derniers n'apparaissent pas dans les transmissions ?

#### **IV.4. La prévention par l'anticipation**

Malgré la relative inefficacité des écrits actuels dans la prévention des escarres, les infirmières et les aides-soignantes sont loin d'être inactives en la matière. Elles effectuent des effleurages cutanés et observent l'état de la peau des patients en post-opératoire.

Mais cette prévention de l'escarre s'avère parfois trop tardive. Elle mériterait d'être davantage anticipée et replacée au cœur de la démarche de soins infirmiers. Comment ? En passant non plus par une simple observation de l'état cutané mais par un calcul du *Risque d'altération de l'état cutané*<sup>34</sup> au moyen d'une échelle de risque. Ces échelles de risque existent mais leur utilisation reste absente au quotidien. Manque de formation sur les escarres ou simple difficulté d'utilisation au quotidien ? Un travail de recherche pourrait alors s'intéresser aux raisons de l'inutilisation de ces outils par les professionnels de santé.

Sans échelle, et malgré une observation clinique rigoureuse, je m'interroge :

- La seule observation de l'état cutané alliée à la connaissance des différents facteurs de risques d'escarre (intrinsèques et extrinsèques au patient) peut-elle conduire à une mesure objective du risque par le soignant ? L'absence de score ne peut que conduire le soignant à dire si oui ou non il y a risque pour le patient mais il ne peut pas quantifier ce risque. Ne pouvant pas le quantifier, comment l'infirmier peut-il personnaliser et adapter

---

<sup>34</sup> Diagnostic infirmier ANADI

sa démarche thérapeutique préventive contre l'escarre de décubitus ? Comment peut-il savoir si la nature des soins est bien en adéquation avec le risque ? Comment peut-il évaluer si le niveau d'intensité des actions de soins mis en place contre l'escarre correspond bien au risque réel du patient ou si ses actions sont assez fréquentes ?

- Comment l'infirmier par son seul jugement clinique peut-il apprécier de manière fine l'évolution du risque au cours de l'hospitalisation de la personne soignée ?
- Les transmissions ASD (Aide-Soignant Diplômé) et IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) permettent une continuité de la démarche préventive et une harmonisation des pratiques soignantes. Comment sans échelle l'évaluation du risque d'escarre peut-elle être harmonisée d'un soignant à l'autre ?

## V. CONCLUSION

L'escarre en milieu hospitalier apparaît comme un obstacle majeur au projet de soins (guérison, bien-être). Il est non seulement une source de douleur et d'inconfort mais aussi un retard au retour en santé. L'escarre est une porte grande ouverte vers de nombreuses complications. Dans mon travail de fin d'étude, je me suis concentré sur l'intérêt du dossier de soins infirmiers pour la prévention des escarres. Les écrits soignants ne constituent qu'un moyen limité de prévention. Ils ne peuvent tenir leur rôle que si tous les soignants prennent véritablement le problème de l'escarre à bras le corps. Mon objectif professionnel sera le "zéro escarre". Ce travail ne constitue qu'une ébauche de réponse à cet objectif. J'ai en effet tenté de mettre en lumière l'importance des interrelations entre les trois composantes fondamentales du dossier de soins infirmiers dans la prévention de ces escarres : les transmissions ciblées, le diagramme de soins et l'échelle d'évaluation du risque. Cependant on peut se poser la question de l'utilité de l'évaluation du risque si elle n'est pas complétée par un référentiel d'actes infirmiers à mettre en place en fonction du score obtenu. Que feront les soignants avec un score de risque sans "arbre décisionnel préventif" ? Les dossiers de soins ne comportent que le sigle SPE (Soins Préventifs d'Escarre) dans les diagrammes. Que doivent mettre les professionnels derrière ce sigle ? Par quoi passe cette prévention ? Quelles sont les actions de soins à mettre en place, pour quel risque et pour quel patient ? Ce sera peut-être le sujet d'un prochain travail de recherche à mener pour voir disparaître l'escarre de nos unités de soins.

# Bibliographie

## Revues:

- J. FONTAINE, P. SENET, S. MEAUME, "Mieux prévenir et soigner les escarres", *Soins*, n° 732, février 2009.
- R. POLETTI, "Le soin infirmier : une entité indivisible". *L'aide soignante*, n°10, novembre 1994.
- C. HELIOT-MAILLOT, A-C. RAE, "Les escarres : indicateurs de qualité des soins ; programme qualité aux Hôpitaux Universitaires de Genève", *L'escarre*, n°19, septembre 2003.
- T. ALBERTI, E. BALDO, "Dossier du patient et dossier de soins", *Soins psychiatrie*, n°251, juillet-août 2007.
- B. BARROIS, "Evaluer un patient à risque d'escarre pour une stratégie préventive", *L'escarre*, n°16, décembre 2002.
- F. BEAURAIN-FOY, "Ecrire et transmettre : une question d'engagement?", *Objectif soins*, n°158, août-septembre 2007.
- E. TERRAT, "L'écriture, un outil de reconnaissance pour les aides soignants", *L'aide- soignant*, n° 103, janvier 2009.

## Ouvrages :

- J-M. COSTA, F. DELATOUR, F. FAURISSON, C. GIROD, P. KAMOUN, B. ROUVEIX, *Dictionnaire de médecine*, Ed. Flammarion, 1998, 1030 pages.
- Dictionnaire *Le petit Larousse illustré*, 2008
- Groupe permanent des paramédicaux, sous-groupe "Prévention et Traitement des escarres", Direction centrale des soins, Hospices Civils de Lyon, *Recommandations pour la prévention et le traitement des escarres*, février 2004, 35 pages.
- O. DUPUY, "Le dossier de soins infirmiers", Ed. Les Etudes Hospitalières, 2004, 66 pages.
- Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, *Circulaire n°88 du 15 mars 1985*, rubrique "le projet de soins infirmiers".
- CÉRÉYON, J. HORION, L. NDONGO, S. TRUCHARD, "Des transmissions ciblées pour une écriture clinique", *Soins psychiatrie*, n° 251, juillet-août 2007.
- Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, *Profession infirmier*, Ed. Berger-Levrault, 2007, 126 pages.
- C. DUBOYS-FRENEY, G. PERRIN, *Que sais-je? : le métier d'infirmière en France*, Ed. presse universitaire de France, 1996, 127 pages.

## Sites internet :

[www.sante-sports.gouv.fr/la-reforme-des-etudes-en-soins-infirmiers](http://www.sante-sports.gouv.fr/la-reforme-des-etudes-en-soins-infirmiers), 27 août 2009

## Cours :

Cours de soins infirmiers de 1ere année, IFSI Esquirol, 2003

# **Annexes**

- I    Cadre Théorique**
- II   Grille d'observation des dossiers de soins**

**CADRE**

**THEORIQUE**

# Table des Matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. L'escarre.....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>I.1. Définition .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>I.2. Epidémiologie.....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>I.3. Facteurs de risques.....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>I.4. Classification des escarres.....</b>                                    | <b>5</b>  |
| <b>I.5. Prévention des escarres .....</b>                                       | <b>5</b>  |
| <b>I.6. Evaluation du risque de constitution de l'escarre .....</b>             | <b>6</b>  |
| I.6.1. L'observation clinique.....  | 6         |
| I.6.2. La prise en compte des antécédents et pathologies en cours.....          | 7         |
| <b>II. Les transmissions écrites entre professionnels.....</b>                  | <b>9</b>  |
| <b>II.1. Objet du dossier de soins infirmier.....</b>                           | <b>9</b>  |
| <b>II.2. L'obligation légale .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>II.3. La prévention contre les poursuites pénales .....</b>                  | <b>10</b> |
| <b>II.4. Les différents supports de transmissions.....</b>                      | <b>11</b> |
| <b>II.5. Les différentes formes de transmission .....</b>                       | <b>11</b> |
| II.5.1. Les transmissions ciblées.....  | 11        |
| II.5.2. Le diagramme de soins.....  | 12        |
| <b>II.6. Le secret professionnel et les écrits soignants .....</b>              | <b>12</b> |
| <b>II.7. Transmission et informatisation .....</b>                              | <b>13</b> |
| <b>III. Le rôle propre infirmier .....</b>                                      | <b>14</b> |
| <b>III.1. Définition .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>III.2. Cadre législatif : le Code de la Santé Publique .....</b>             | <b>14</b> |
| <b>III.3. Rôle propre et compétences : quel futur pour la profession ?.....</b> | <b>15</b> |



# I. L'ESCARRE

## I.1. Définition<sup>1</sup>

L'escarre de décubitus est une nécrose cutanée d'origine ischémique, le plus souvent consécutive au décubitus prolongé. Elle se localise aux points d'appuis : talon, région sacrée, coudes, omoplates... Elle est due à la compression continue d'une saillie osseuse contre un plan dur et à la macération dans les urines et les fèces.

Pour le patient, elle est une complication iatrogène induisant de l'inconfort, de la douleur mais c'est aussi une augmentation des coûts pour le système de santé.

L'escarre est souvent vécue par le soignant comme un échec thérapeutique.

## I.2. Epidémiologie<sup>2</sup>

Assez largement admis comme indicateur dans les soins infirmiers, l'escarre témoigne de l'efficacité des actions de prévention et des ressources disponibles.

L'escarre est un indicateur quand:

- la durée d'hospitalisation est supérieure à 3 jours
- la moyenne d'âge est élevée
- la mobilité des patients est réduite

La mesure du taux d'escarre peut se réaliser en taux d'incidence ou de prévalence.

Prévalence<sup>3</sup> : En épidémiologie, pour une affection donnée, la prévalence est le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population. La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage.

L'incidence<sup>4</sup> est le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée. Elle est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie.

Ces taux devraient être systématiquement corrélés au contexte de soin :

---

<sup>1</sup> J.-M. COSTA, F. DELATOUR, F. FAURISSON, C. GIROD, P. KAMOUN, B. ROUVEIX, *Dictionnaire de médecine*, Flammarion, 1998, 1030 pages, p. 334

<sup>2</sup> C. HELIOT-MAILLOT, A.-C. RAE, "Les escarres : indicateurs de qualité des soins; programme qualité aux Hôpitaux Universitaires de Genève", *L'escarre*, n°19, septembre 2003, p. 12-13

<sup>3</sup> *Dictionnaire Le petit Larousse illustré*, 2008, p. 820

<sup>4</sup> *Dictionnaire Le petit Larousse illustré*, 2008, p. 528

- Les caractéristiques du patient,
- Les caractéristiques des unités (leurs spécialités etc.),
- Le nombre de soignants formés par rapport au nombre de patients,
- La mesure des charges en soins,
- L'existence ou non de soins préventifs planifiés,
- La disponibilité du matériel prophylactique.

### **I.3. Facteurs de risques<sup>5</sup>**

On peut classer les facteurs de risques de l'escarre de décubitus en deux catégories :

Les facteurs de risques extrinsèques liés à l'environnement : matelas, immobilité et macération peuvent augmenter le risque d'escarre.

La pression est le premier facteur de risque sur lequel le soignant peut agir. Elle se définit comme une force physique comprimant les tissus mous entre un plan osseux et un plan d'appui. La pression est responsable d'une interruption de la microcirculation cutanée et une altération des membranes cellulaires. L'intensité, la durée et la répétition des pressions interviennent dans la gravité de l'escarre.

Le cisaillement est une autre force responsable de l'apparition d'escarre. C'est une force oblique, parallèle au plan d'appui qui multiplie le risque d'escarre par trois, car elle crée aussi une ischémie cutanée.

Les facteurs de risque intrinsèques liés à l'état clinique du patient : déficits métaboliques (diabète), pathologies circulatoires, états nutritionnels extrêmes (maigreur, obésité, hypoprotéinémie, déshydratation), altération de la mobilité et de la sensibilité, ainsi que l'âge.

Il existe des facteurs de risque explicatifs et d'autres plutôt prédictifs. Les facteurs prédictifs ayant fait leurs preuves sont l'immobilité et la dénutrition.

---

<sup>5</sup> Cours de soins infirmiers de 1ère année, IFSI Esquirol, 2003

## **I.4. Classification des escarres<sup>6</sup>**

Il est nécessaire de définir la plaie de manière consensuelle. Aux Hospices Civils de Lyon, la plaie est classée selon quatre stades :

- Stade 1 : sur une peau intacte, un érythème ne blanchissant pas à la pression. La modification de la couleur de la peau, un œdème, une induration peuvent aussi être des indicateurs.
- Stade 2 : atteinte cutanée intéressant l'épiderme, le derme ou les deux. La plaie est superficielle et se présente comme une abrasion ou une phlyctène.
- Stade 3 : atteinte cutanée intéressant toutes les couches de la peau et donnant une lésion ou une nécrose des tissus sous-cutanés ne dépassant pas le fascia des muscles sous-jacents.
- Stade 4 : atteinte extensive, nécrose tissulaire ou lésion atteignant le muscle, l'os avec ou sans perte de substance cutanée complète.

## **I.5. Prévention des escarres**

La prévention est un ensemble de moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies ou leurs conséquences à long terme.<sup>7</sup>

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire : Ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont cette prévention empêche l'apparition des maladies, elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population. Pour notre sujet, nous nous limiterons à ce type de prévention.
- La prévention secondaire : Ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.
- La prévention tertiaire : Ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités

---

<sup>6</sup> Groupe permanent des paramédicaux, sous-groupe "Prévention et Traitement des escarres", Direction centrale des soins, Hospices Civils de Lyon, *Recommandations pour la prévention et le traitement des escarres*, février 2004, 35 pages, p. 4

<sup>7</sup> *Dictionnaire Le petit Larousse illustré*, 2008, p. 820

fonctionnelles dues à la maladie. Agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnel et sociale.

Les stratégies de prévention de l'escarre s'articulent autour de 11 axes :<sup>8</sup>

- L'évaluation du risque de constitution de l'escarre par une échelle de mesure. Elle est adoptée par l'ensemble de l'équipe soignante et utilisée à chaque changement d'état de santé du patient.
- Les soins d'hygiène cutané.
- Le "toucher-effleurage" pour favoriser une bonne vascularisation au niveau des points d'appuis.
- La prise en charge des troubles sphinctériens.
- Les mobilisations et les changements de postures toutes les deux à trois heures.
- L'utilisation de principes de manutention pour éviter d'abîmer la peau lors des mobilisations.
- Le maintien d'un bon état nutritionnel et d'hydratation.
- Utilisation de films protecteurs au niveau des points d'appuis.
- L'utilisation de matériels d'aide à la prévention : matelas, coussins, talonnettes, mousses...
- L'information du patient et de son entourage sur son risque d'escarre et ces stratégies de prévention.
- La retranscription de ces stratégies de prévention dans le dossier de soins infirmiers.

## **I.6. Evaluation du risque de constitution de l'escarre<sup>9</sup>**

L'évaluation du risque d'escarre s'inscrit sur deux niveaux :

### ***1.6.1. L'observation clinique***

Elle permet d'évaluer le degré de satisfaction des *Besoins Fondamentaux* de Virginia Henderson et en particuliers ces derniers :<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Cours de soins infirmiers de 1ère année, IFSI Esquirol, 2003

<sup>9</sup> B. BARROIS, "Evaluer un patient à risque d'escarre pour une stratégie préventive", *L'escarre*, n°16, décembre 2002, p. 26

- Boire et manger.
- Se mouvoir, maintenir une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate. Capacité d'une personne à se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques, d'aménager son domicile de façon correcte et de ressentir un confort.
- Etre propre, soigné, protéger ses téguments.
- Eviter les dangers : capacité d'une personne à maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale, en connaissance des dangers potentiels de son environnement.

### ***1.6.2. La prise en compte des antécédents et pathologies en cours***

Par souci d'objectivité, les soignants peuvent utiliser un outil d'évaluation fiable du risque d'escarre, il se présente sous forme d'échelle. Dans toutes les échelles, il s'agit d'enregistrer un nombre variable d'items qui sont affectés d'une valeur fixe. La somme permet d'obtenir un nombre qui correspond à un niveau de risque. Certaines échelles permettent de déterminer un niveau de risque faible, modéré ou élevé. La fiabilité d'une échelle repose sur sa facilité d'utilisation et sa reproductibilité inter et intra-examineur. La validité est basée sur le critère de sensibilité (faculté à identifier les malades à risque d'escarre) et sa spécificité (faculté à identifier les malades sans risque d'escarre).

Les principales échelles anglophones sont :

- Echelle de Norton
- Echelle de Braden
- Echelle de Waterlow : publiée en 1985, elle repose sur 8 items. Chaque item est affecté d'une valeur variable, en fonction de leur poids respectif. La somme permet d'obtenir un total maximum de 50. Huit items reposent sur des facteurs de risque intrinsèques et deux items sur des facteurs de risque extrinsèques. On obtient un nombre qui permet de classer le patient dans trois catégories. De 10 à 15 points : patient à risque, de 15 à 20 points : risque élevé, de 20 à 50 points : risque très élevé. Les supports d'aide à la prévention sont prescrits en fonction du score obtenu, ils sont répertoriés dans un arbre décisionnel. L'échelle de Waterlow a l'avantage de pondérer les facteurs de risque. Cette échelle est utilisée aux Hospices Civils de Lyon.

Les principales échelles francophones sont :

- Echelle de Peupliers-Gonesse

---

<sup>10</sup> I. BOITTIN, M. LAGOUTTE, M.-C. LANTZ, "Virginia Henderson: 1897- 1996. Biographie et analyse de son œuvre", *Recherche en soins infirmiers*, n° 68, mars 2002, p. 10

- Echelle d'Angers

L'ensemble des études montre que l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque est positive auprès des patients. Toutefois, il est indispensable d'associer à l'outil chiffré le jugement clinique de l'équipe soignante.

Pour que l'évaluation du risque d'escarre ait du sens, il faut systématiquement utiliser la même grille. A chaque modification de l'état du patient, il est nécessaire de renouveler l'évaluation des risques. La grille d'évaluation doit être jointe à la prescription médicale pour la location de matériel d'aide à la prévention ou aux soins.

Aux Hospices Civils de Lyon, *l'évaluation du risque d'escarre = observation clinique + cotation sur une échelle de risques. Cette évaluation est recommandée dès l'admission en unité d'urgence et/ou d'hospitalisation.*<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Groupe permanent des paramédicaux, sous-groupe "Prévention et Traitement des escarres", Direction centrale des soins, Hospices Civils de Lyon, *Recommandations pour la prévention et le traitement des escarres*, février 2004, 35 pages, p. 3

## II. LES TRANSMISSIONS ECRITES ENTRE PROFESSIONNELS<sup>12</sup>

### II.1. Objet du dossier de soins infirmier

La Circulaire n°88 du 15 mars 1985 souligne que l'utilisation du dossier de soins doit permettre de garantir, d'améliorer et d'évaluer la qualité des soins infirmiers. Il doit aussi permettre d'identifier les données essentielles et utiles pour assurer un meilleur suivi des soins. Enfin, le dossier doit constituer une base de données pour effectuer des études et des recherches en soins infirmiers.

Pour Olivier Dupuy, *"le dossier doit être le support privilégié de la transmission des informations entre le personnel soignant pour mettre en œuvre de façon adaptée et efficace la démarche de soins au travers des transmissions ciblées"*.<sup>13</sup>

Dans ce but, l'infirmier conduit un entretien avec la personne soignée et/ou ses proches et note ses observations dans le dossier de soins. Elles lui serviront de bases de départ pour sa démarche de soins qu'il complètera et enrichira tout au long du séjour par des observations ou des entretiens réguliers avec le patient et/ou ses proches. L'infirmier identifie les problèmes de santé et les ressources de la personne soignée et pose des diagnostics infirmiers. Il les note dans le dossier de soins après les avoir validés en équipe et avec la personne soignée et/ou ses proches si possible.<sup>14</sup>

Les transmissions ASD (Aide Soignant Diplômé) et IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) permettent une continuité de la démarche préventive et une harmonisation des pratiques soignantes.

La trace écrite permet de ne pas oublier, mais a aussi le pouvoir de restituer à tout moment le contenu de l'écrit de façon inchangée.

L'écrit infirmier a aussi une importance capitale par son caractère d'obligation légale.

---

<sup>12</sup> F. BEAURAIN-FOY, "Ecrire et transmettre : une question d'engagement ?", *Objectif soins*, n° 158, août-septembre 2007, p. 21-23

<sup>13</sup> O. DUPUY, *Le dossier de soins infirmiers*, Ed. Les Etudes Hospitalières, 2004, 66 pages, p. 14

<sup>14</sup> Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, Circulaire n°88 du 15 mars 1985, rubrique "le projet de soins infirmiers"

## **II.2. L'obligation légale**

Le décret du 17 juillet 1984 stipule que l'infirmier a l'obligation d'initiative et de mise en œuvre pour élaborer le dossier de soins infirmiers. Le dossier de soins infirmiers est un support fondamental en termes de traçabilité, de continuité et de sécurité des soins.

Il est défini par la circulaire du 15 mars 1985 comme "*un ensemble de moyens destiné à faire passer des informations entre les différents membres de l'équipe soignante, pour assurer la continuité des soins donnée à la personne soignée. Les informations nous permettent de connaître, de transmettre et de conserver une preuve des différents événements survenus au cours de l'hospitalisation*".<sup>15</sup>

Le dossier de soins est un document nominatif remis à jour régulièrement dans lequel les infirmiers regroupent et retrouvent les informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, éducatif et relationnel du soin.

## **II.3. La prévention contre les poursuites pénales**

Le dossier de soins infirmier est un document légal et durable pouvant servir de preuve devant les tribunaux. L'absence d'écrit laisse supposer que rien n'a été fait. La jurisprudence considère que l'absence de notes peut être assimilée à un défaut de soins ou de surveillance. L'écrit a donc une place importante dans la profession d'infirmier et engage sa responsabilité. Les transmissions écrites permettent aux soignants de justifier leurs actes et constituent donc un engagement professionnel.

Les transmissions écrites permettent d'informer l'équipe pluridisciplinaire sur l'état de la personne et d'assurer une coordination des soins, afin de favoriser leur efficacité et leur qualité.

Selon le code de la santé publique, "*l'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers*".

---

<sup>15</sup> F. BEAURAIN-FOY, "Ecrire et transmettre : une question d'engagement ?", *Objectif soins*, n° 158, août-septembre 2007, p. 21-



## **II.4. Les différents supports de transmissions<sup>16</sup>**

Les éléments qui constituent le dossier de soins sont :

- La fiche d'identification et le recueil de données
- La fiche des prescriptions médicales
- Fiche de démarche de soins : problèmes, objectifs, actions, évaluation
- La fiche des transmissions ciblées
- Le diagramme de soins
- La fiche de liaison
- Feuille de température
- Fiche de synthèse et de liaison
- Fiche d'accueil aux urgences et de consultation

## **II.5. Les différentes formes de transmission<sup>17</sup>**

L'objectif des transmissions est la traçabilité des soins prodigués au patient.

Ces transmissions sont faites à partir de la démarche de soin infirmiers.

### ***II.5.1. Les transmissions ciblées***

C'est un mode d'organisation et d'enregistrement des informations transcrit dans le dossier de soins infirmiers, afin de mettre en évidence les changements dans l'état de santé du patient, les priorités d'action et les résultats obtenus.

Les transmissions ciblées ont les objectifs suivants :

- identifier les problèmes nouveaux du patient
- réajuster le projet de soins
- éviter les transcriptions répétitives
- assurer la continuité des soins

Ces transmissions sont organisées en cibles et macrocibles :

La macrocible (d'entrée, de synthèse, de sortie) présente synthétiquement la situation du patient à des moments clés de son hospitalisation. La cible quant à elle est un énoncé précis qui attire l'attention sur la personne soignée et qui ne peut pas être

---

<sup>16</sup> Circulaire n°88 du 15 mars 1985 relative à la publication du guide du service infirmier

<sup>17</sup> E. TERRAT, "L'écriture, un outil de reconnaissance pour les aides-soignants", *L'aide-soignante*, n° 103, janvier 2009, p. 11-20

consignée dans le diagramme de soins. Elle met en évidence une préoccupation de la personne soignée, un comportement, un changement d'état, un événement inhabituel ou important ; c'est un problème de santé nouveau. La cible est formulée sous forme : Donnée (ce que j'observe), Action (ce que j'ai fait), Résultat (ce que j'obtiens, ce que je mesure). La cible est formulée sous forme de diagnostic infirmier et découle d'un besoin fondamental non satisfait.

Pour Florence Dancausse, *"les transmissions ciblées sont une méthode pour organiser la partie narrative du dossier de la personne soignée pour comprendre rapidement sa situation et les soins nécessaires à dispenser"*.

L'utilisation des transmissions ciblées suppose que l'infirmier connaît et assume les responsabilités découlant à la fois du rôle propre et du rôle sur prescription médicale selon Cécile Boisvert.<sup>18</sup>

### ***II.5.2. Le diagramme de soins<sup>19</sup>***

C'est un document standardisé permettant d'enregistrer les actes de soins par l'équipe soignante. Il regroupe les soins les plus couramment réalisés dans le service. En complément des transmissions ciblées, le diagramme de soins vise à inscrire les soins et surveillances répétitifs.

Les objectifs du diagramme de soins sont de planifier et organiser les soins réalisés, et de contrôler leur exécution. Il permet de contresigner les actes effectués en complément des observations notées dans les transmissions. Ce diagramme permet de limiter les écrits, assurer la traçabilité des soins, repérer rapidement l'essentiel des soins, mettre en évidence l'activité du service et participer au calcul de la charge en soins.

## **II.6. Le secret professionnel et les écrits soignants**

Le Code de la Santé Publique définit précisément le secret professionnel qui *"s'impose à tout infirmier ou à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la*

---

<sup>18</sup> A. CÉRÉYON, J. HORION, L. NDONGO, S. TRUCHARD, "Des transmissions ciblées pour une écriture clinique", *Soins psychiatrie*, n° 251, juillet-août 2007, p. 26-29

<sup>19</sup> E. TERRAT, "L'écriture, un outil de reconnaissance pour les aides soignants", *L'aide-soignante*, n° 103, janvier 2009, p. 11-20

loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui à été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris".<sup>20</sup>

L'article R 4311-1 du Code de la santé publique (CSP) stipule que "*dans l'ensemble de leurs activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment au secret professionnel.*"

L'infirmier doit sur le lieu de son exercice, veiller autant qu'il lui est possible à la confidentialité des soins dispensés (article R4312-5 du CSP).

L'infirmier a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance (article R4312-16 du CSP).

Quel que soit son mode d'exercice, l'infirmier 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 (article R 4312-28 du CSP).

La loi du 4 mars 2002 facilite l'accès du patient à son dossier de soins. Cette loi situe donc le malade comme une personne responsable et un citoyen avant tout.

## **II.7. Transmission et informatisation**

La prescription informatique est devenue lisible nette et précise, le dossier est clair.

La confidentialité est garantie par un identifiant et un mot de passe pour chaque soignant ainsi que par un verrouillage automatique après une période d'inactivité d'une minute.

Lorsque l'infirmier a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel (article R 4312-28 du CSP).

Le dossier a donc un rôle de mémoire, de communication et de coordination, entre les soignants, au service du patient. Il permet le suivi, la traçabilité, la continuité des soins et aide à la décision thérapeutique.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Profession infirmier*, Ed. Berger-Levrault, 2007, 126 pages, p. 109-111, article R4312-4 du Code de la Santé Publique

<sup>21</sup> T. ALBERTI, E. BALDO, "Dossier du patient et dossier de soins", *Soins psychiatrie*, n° 251, juillet-août 2007, p. 21-24

### **III. LE RÔLE PROPRE INFIRMIER**

#### **III.1. Définition<sup>22</sup>**

La loi du 31 Mai 1978, n° 78-615, marque une ouverture radicale dans l'exercice de la profession d'infirmier. Cette loi introduit pour la première fois dans l'exercice professionnel, un rôle propre infirmier lui conférant une autonomie complète. Ceci permet à l'infirmier de prendre des initiatives mais implique également qu'il engage, dans le cadre de ce rôle propre, son entière responsabilité. Ce rôle reconnaît les fonctions d'éducation, de formation et de prévention en matière de santé et d'hygiène.

#### **III.2. Cadre législatif : le Code de la Santé Publique<sup>23</sup>**

Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers (articles R4311-3 et R4311-5).

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins qui visent à identifier les risques pour le patient et à assurer son confort et sa sécurité dans son environnement. Ceci inclut son information et celle de son entourage. La prévention et les soins d'escarres font partie de ce rôle propre.

---

<sup>22</sup> C. DUBOYS-FRENEY, G. PERRIN, *Que sais-je ? : Le métier d'infirmière en France*, Presses Universitaires de France, 1996, 127 pages, p. 73

<sup>23</sup> Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Profession infirmier*, Ed. Berger-Levrault, 2007, 126 pages, p. 88-89

### **III.3. Rôle propre et compétences : quel futur pour la profession ?<sup>24</sup>**

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier ne se substituent pas au cadre réglementaire. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP) :

- Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier;
- Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers;
- Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens;
- Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique;
- Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs;
- Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins;
- Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle;
- Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques;
- Organiser et coordonner des interventions soignantes;
- Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

---

<sup>24</sup> [www.sante-sports.gouv.fr/la-reforme-des-etudes-en-soins-infirmiers](http://www.sante-sports.gouv.fr/la-reforme-des-etudes-en-soins-infirmiers), 27 août 2009

### Grille d'observation des dossiers de soins

|  | Dossier 1                              | Dossier 2                            | Dossier 3                              |
|--|--|--------------------------------------|--|
| Présence de la fiche de diagramme de soins   | oui                                    | oui                                  | oui                                    |
| Présence de la fiche de transmission ciblée  | oui                                    | oui                                  | oui                                    |
| Le SPE est présent dans le diagramme de soins  | oui                                    | oui                                  | oui                                    |
| L'outil d'évaluation du risque d'escarre est présent dans le dossier de soins                  | Non                                    | Non                                  | non                                    |
| Qui s'identifie dans le diagramme de soins?  | IDE, ASD, EI mais pas tous les jours   | IDE, ASD, EI mais pas tous les jours | IDE, ASD, EI mais pas tous les jours   |
| Qui s'identifie dans les transmissions ciblées?  | IDE, ASD, EI pour toutes les cibles    | IDE, ASD, EI pour toutes les cibles  | IDE, ASD, EI pour toutes les cibles    |
| Où est rangé le dossier de soins?  | Salle de soins                         | Salle de soins                       | Salle de soins                         |
| Chaque cible est évaluée   | Pas d'évaluation de toutes les actions | Transmissions narratives             | Pas d'évaluation de toutes les actions |
| L'évaluation du risque d'escarre est retranscrite dans le dossier de soins (cibles/diagramme)? | Non                                    | Non                                  | Non                                    |
| Fréquence d'évaluation du risque d'escarre   | inconnu                                | inconnu                              | inconnu                                |
| Utilisation d'un même outil d'évaluation du risque d'escarre                                   | inconnu                                | inconnu                              | inconnu                                |

|  |                   |                   |                   |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| L'utilisation de l'outil est signalée dans les transmissions ciblées/diagramme | non               | non               | non               |
| La prévention de l'escarre est programmée dans le diagramme                    | non               | non               | non               |
| la prévention de l'escarre est retranscrite dans le diagramme                  | Pas à chaque tour | Pas à chaque tour | Pas à chaque tour |
| la prévention de l'escarre est retranscrite dans les cibles                    | non               | non               | non               |
| Le dossier offre un arbre décisionnel pour la prévention de l'escarre          | non               | non               | non               |