

Circulaire n° 88 du 15 mars 1985 relative à la publication du guide du service infirmier

15/03/1985

Afin d'apporter une aide aux responsables infirmiers et notamment aux infirmières générales et pour leur donner une meilleure connaissance des travaux existants et des expériences acquises, il m'a paru opportun d'entreprendre la rédaction d'un certain nombre de guides techniques concernant :

- la coordination des activités des personnels qui relèvent de leur compétence dans les conditions définies par le décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics, et par sa circulaire d'application n° 222/DH/4 du 31 juillet 1975,
- la participation à la gestion des locaux et du petit matériel en tant qu'elle concerne ces activités,
- et les orientations sur les soins infirmiers.

Le premier fascicule de cet ensemble, que je vous prie de trouver ci-joint, a trait au dossier de soins.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître, sous le présent timbre, les observations éventuelles qu'il pourrait susciter de votre part et de favoriser la réflexion active des soignants pour une mise à jour périodique du guide du Service Infirmier.

ANNEXE LE DOSSIER DE SOINS

PREFACE

L'orientation du document qui va suivre me paraît très intéressant à plusieurs égards.

Le premier, et non le moindre, est la maintenance historique de la profession dans son rôle profondément humanitaire au service des 'soins'.

Cette maintenance, gage de son identité propre, est porteuse d'espérance à travers l'évolution et l'adaptation qui découle du texte. Il enracine le 'soin infirmier' dans la notion de recherche, d'efficacité, de formation, d'ergonomie, de progrès social, de responsabilité, de prise en charge totale, de communication inter-disciplinaire, d'information, de coût de santé, problème économique de notre temps.

L'idée directrice est de mieux cerner 'l'homme en besoin' à travers la complexité du monde actuel qui pulvérise les cultures, les modes de vie, les environnements socio-affectifs.

La qualité du document et la richesse de l'ensemble voudraient qu'un jour, peut-être proche, l'informatique apporte sa complémentarité.

Il est aussi frappant de saisir le haut niveau de maturité professionnelle qui en découle, en raison, d'une part des thèmes abordés et d'autre part de la participation importante des groupes professionnels qui y ont collaboré.

Alors que l'avenir pourrait faire craindre l'apparition d'automatismes déshumanisants ce travail est une espérance.

Que chacun y trouve donc :

- l'amélioration de la qualité des soins dont il est porteur,
- la possibilité largement ouverte d'un travail constamment orienté vers l'homme,
- la foi, la volonté, la conviction qui a présidé à la démarche de ceux qui l'ont conçu.

Le Secrétaire d'Etat Chargé de la Santé, Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, Edmond Hervé.

INTRODUCTION

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-88-du-15-mars-1985-relative-a-la-publication-du-guide-du-service-infirmier>

Les facteurs d'évolution

Au cours de ces dernières années, l'évolution des soins infirmiers a conduit les équipes de soins à préciser leur conception, et à restructurer leur organisation.

De nombreux facteurs sont intervenus et ont modifié progressivement le comportement des soignants, et la gestion des soins, notamment :

- La formation des infirmières - infirmiers - en soins généraux avec les programmes des études de 1972 et 1979 a introduit des changements notoires dans la conception des soins, le rôle de l'infirmière - infirmier - et son champ d'activité comprenant, non seulement la maladie, mais aussi, la santé et l'approche de l'homme dans sa globalité.
- La formation des infirmières - infirmiers, - de secteur psychiatrique s'est modifiée. C'est ainsi que le module 1 du programme est identique à celui du programme en soins généraux, le but commun étant la prise en charge de l'homme sain dans son unité et le soin infirmier dans toutes ses dimensions.
- La formation des aides-soignantes - aides-soignants : arrêté du 1er février 1982, précise que l'aide-soignante - aide-soignant, assure, par délégation de l'infirmière - infirmier, les soins d'hygiène et de confort de la personne soignée, ainsi qu'une aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.
- La reconnaissance de la fonction infirmière et de son rôle propre : loi n° 78-615 du 31 mai 1978 - article L 473 du code de la Santé Publique et décret n° **décret n° 81-539 du 12 mai 1981** modifié par le décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 **[Attention, décret abrogé par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002, art. 15].**
- **La formation permanente, puissant facteur de changement des mentalités et des structures a favorisé la réflexion des soignants sur les soins et leur pratique quotidienne. Loi du 16 juillet 1971 et décret n° 75-489 du 16 juin 1975.**
- **L'adaptation de la profession aux besoins de santé de la population a permis la mise en place de structures de soins dépassant le cadre hospitalier.**
- **L'évolution de la médecine et des techniques ont modifié l'administration des soins infirmiers.**
- **Le développement des professions de santé, avec l'intervention ponctuelle d'auxiliaires médicaux et sociaux, de plus en plus nombreux, au lit du malade, dont l'action doit favoriser un projet global de soins.**
- **Les modifications des conditions de travail (diminution de la durée hebdomadaire du travail : ordonnance du 16 janvier 1982, travail à temps partiel : décret n° 82-1003 du 23 novembre 1982), un personnel plus nombreux, plus qualifié, travaillant en équipe, se succédant au lit du malade avec une rotation rapide et la nécessité d'être informé pour assurer une continuité dans les soins.**
- **L'évolution de la mentalité des personnes soignées provenant de toutes les couches sociales avec leurs 'exigences' justifiées et la reconnaissance officielle de leurs droits : charte du malade, conditions de séjour dans les hôpitaux - décret n° 74-27 du 14 janvier 1974, le malade et son dossier médical - circulaire du 24 août 1983.**

De la convergence de ces principaux facteurs s'est dégagée une prise de conscience du soignant, dont les compétences sont mieux reconnues et qui ressent le besoin d'être plus responsable de la qualité du service offert.

Il est apparu important aux équipes soignantes de :

- préciser leur organisation ;
- clarifier leur mode de dispensation des soins selon une méthodologie appelée 'Démarche de soins' ;
- se doter de moyens adaptés aux besoins à satisfaire en créant un outil de travail support de cette démarche : le Dossier de Soins.

Le Dossier de soins

C'est un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin.

Il comporte le projet de soin qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière.

Ce dossier a pour but d'améliorer :

- la qualité des soins : efficacité, continuité, sécurité,
- l'organisation des soins.

Plusieurs aspects sont à envisager lors de la mise en place d'un dossier de soins ; cinq ont été retenus :

1. Les préalables à la mise en place.
2. La stratégie d'implantation.

3. La structure du dossier de soins.
4. L'aspect éthique et juridique.
5. L'archivage.

1. LES PREALABLES A LA MISE EN PLACE DU DOSSIER DE SOINS

Ce dossier ne peut être implanté dans un service sans une réflexion préalable des personnes concernées, désireuses d'améliorer l'administration des soins infirmiers.

Les principaux axes de cette réflexion pourraient être :

- où en sommes-nous dans notre manière de soigner ? quels soins voulons-nous dispenser ?
- vers quelle organisation du travail souhaitons-nous tendre en tenant compte des moyens matériels et humains dont la gestion nous est confiée ?
- comment y arriver, quelles sont les actions à mettre en oeuvre pour adapter la situation actuelle au fonctionnement idéal souhaité ?

Pour cela, il importe que certains aspects soient connus et intégrés par les équipes soignantes.

1.1. Rappel des concepts fondamentaux

1.1.1. Conception de l'homme

Un être, unique, qui a des attentes et des besoins biologiques, psychologiques, sociaux et culturels, un être en perpétuel devenir et en interaction avec son environnement. Un être responsable, libre et capable de s'adapter. Un TOUT indivisible.

1.1.2. Conception de la santé

C'est un équilibre, une harmonie, à trouver ou à retrouver et à maintenir, influencés par les croyances, la culture, l'éducation et l'environnement.

1.1.3. Conception de la maladie

C'est la rupture de cet équilibre, de cette harmonie, un signal d'alarme se traduisant par une souffrance physique, psychologique, une difficulté ou une inadaptation à une situation nouvelle, provisoire ou définitive. C'est un évènement pouvant aller jusqu'au rejet social de l'homme et de son entourage.

1.1.4. Conception de soin infirmier

C'est la réponse à cette rupture d'équilibre. 'C'est aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible'. (1)

(1) Henderson (Virginia). - Principes fondamentaux des soins infirmiers.- Conseil International des Infirmières. Montréal, Canada, éd. rév. 1959, p. 5.

L'article 1er du [décret n° 81-539 du 12 mai 1981](#) précise que :

'La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation, et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier.

Elle comprend en outre les différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène, ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la

contagion'.

1.2. La démarche de soins

C'est un processus d'analyse de situation ou de résolution de problèmes adapté aux soins. La spécificité de la démarche de soins tient au fait qu'elle s'inscrit dans une dimension relationnelle, elle peut être décrite en quatre étapes.

1.2.1. Identification des besoins de la personne soignée

- Recueil et analyse des informations concernant la personne soignée (1) et mise en évidence de ses problèmes de santé, de ses ressources et de ses manques.

(1) Lire : patient, famille, groupe d'appartenance.

- Définition des besoins en soins infirmiers avec leur priorité.

1.2.2. Planification des soins infirmiers

- Déterminer des objectifs en soins infirmiers centrés sur la personne soignée. Ils permettent de répondre d'une manière adaptée à ses problèmes de santé, de la faire participer chaque fois que cela est possible - notion de contrat de soin.

Exemple : ce que la personne soignée sera capable de : comprendre, exprimer, apprendre, faire...

- Prendre des décisions de soins et les programmer.

1.2.3. Mise en oeuvre des actions de soins

- Actes de soins infirmiers :

. sur prescription médicale,

. liés au rôle propre infirmier,

. coordonnés avec les autres soignants.

- Activités de participation de la personne soignée à la réalisation de son projet.

- Activités d'information, d'éducation et de prévention pour la personne soignée visant entre autre à l'aménagement de son devenir.

1.2.4. Evaluation des soins infirmiers par rapport aux objectifs fixés

Cette évaluation :

- s'appuie essentiellement sur :

. l'appréciation des actions réalisées et/ou réalisables par la personne soignée,

. l'efficacité des activités des soignants afin d'atteindre les objectifs fixés ;

- conduit à :

. une nouvelle appréciation de l'état de la personne soignée et de ses besoins,

. un réajustement des objectifs de soins ;

- et exige :

. des appréciations périodiques,

. une synthèse finale.

Le dossier de soin est le support de cette démarche de soins et non une finalité. Son utilisation contribue à la remise en cause du fonctionnement des équipes de santé et permet de :

- promouvoir :

. une définition en équipe d'objectifs communs d'où l'amélioration de la cohésion et de la cohérence de l'équipe,

. une démarche thérapeutique avec l'équipe médicale,

. une organisation différente des soins ;

- offrir un suivi, une vision synthétique et globale des soins faits et à faire 24 h sur 24 ;

- supprimer l'anonymat dans la mesure où chaque participant s'engage personnellement, agit selon sa compétence, améliorant de ce fait le contrôle et l'évaluation ;

- favoriser :

. l'exercice de la fonction infirmière,

. le développement des activités de recherche en vue d'améliorer les prestations,

. une meilleure intégration des personnels en formation.

1.3. Etapes préparatoires

La mise en place de ce dossier relève de la responsabilité du service infirmier, mais peut être facilitée par des opportunités qu'il est utile de saisir. Par exemple :

- un transfert, une installation dans de nouveaux locaux avec la volonté sous-jacente d'un fonctionnement différent ;
- une remise en cause à l'occasion :
 - . de l'arrivée d'une nouvelle surveillante,
 - . d'un retour de session de formation,
 - . d'un incident critique.
- l'arrivée groupée de nouvelles infirmières souhaitant mettre en application ce qu'elles ont appris à l'école ;
- les questions répétées des élèves infirmières interrogeant l'équipe sur la logique de son organisation ;
- l'insatisfaction générale des soignants...

1.3.1. Préparation de l'équipe

Après concertation avec l'autorité hiérarchique et les instances consultatives, la surveillante - surveillant - a la responsabilité de l'animation des réunions préparatoires concernant :

- la conception des soins, la démarche de soins, l'organisation de l'unité fonctionnelle ;
- l'information sur la nature et les avantages du dossier de soins ;
- l'analyse des besoins de formation du personnel à court, moyen et long terme : prospective dans les années à venir par rapport aux besoins de santé de la population et au développement de la profession ;
- l'élaboration du programme de formation ;
- l'estimation du coût ;
- le choix des priorités.

Exemple de thèmes de formation :

- conception du soin, apprentissage de la démarche de soins,
- connaissance de soi, d'autrui : pour faire face au deuil, et mieux accompagner les personnes soignées, entre autre dans la souffrance et l'approche de la mort,
- la communication écrite :
 - . apprendre à formuler, à préciser le vocabulaire, à sélectionner les informations à transmettre ;
 - . développer l'esprit d'analyse et de synthèse.

Il convient également de :

- favoriser ;
 - . les visites et stages dans les services utilisant le dossier de soins,
 - . les diffusions de revues, d'articles et de toute documentation en rapport avec ces mêmes thèmes ;
- utiliser l'expérience des infirmières ayant bénéficié de l'apprentissage de la démarche de soins,
- renforcer la collaboration entre les écoles d'infirmières et les secteurs de soins.

1.3.2. Choix du document

Dans un premier temps, un dossier individuel peut être élaboré par l'équipe ou choisi parmi des documents déjà testés et donnant satisfaction dans d'autres établissements.

Sa mise en place peut nécessiter une nouvelle organisation des soins.

1.3.3. Organisation des soins

Il est préférable de :

- confier un groupe de malades à une équipe restreinte de soignants favorisant une connaissance réciproque,
- prévoir quotidiennement des temps d'échanges et de transmissions entre les équipes.

Après une période d'essai à déterminer, une évaluation sera faite et des réajustements effectués si besoin.

2. LA STRATEGIE D'IMPLANTATION

Pour faciliter la mise en place du dossier, il est nécessaire d'informer :

- l'administration
- le corps médical
- les unités de soins

- les écoles
 - les autres professionnels
 - le secteur extra-hospitalier
- en vue d'engager d'éventuelles négociations.

2.1. L'administration

Elle doit être tenue au courant dès le début afin de :

- situer ce projet dans la politique de soins de l'établissement et dans le contexte économique actuel,
- évaluer le coût du dossier de soins par rapport aux coûts des anciens supports d'information,
- dégager les priorités de formation,
- participer au choix dans la répartition des moyens.

2.2. Le corps médical

Il importe de :

- souligner la spécificité des soins infirmiers et la complémentarité des informations concernant la personne soignée. Ces informations peuvent être utilisées pour des études de population (typologie de l'unité, charge de soins...),
- expliquer l'intérêt d'une nouvelle organisation de soins.

2.3. Les unités de soins

Il est indispensable de :

- motiver et convaincre l'ensemble des personnels en tenant compte des formations acquises,
 - former les cadres en priorité,
 - respecter le cheminement de l'équipe tout en se fixant un calendrier.
 - chercher à alléger la charge de travail supplémentaire et faciliter l'apprentissage :
 - . étudier des documents avec le souci d'éviter des retranscriptions et alléger le temps d'écriture en établissant des fiches descriptives de soins (1) et s'y référer.
- (1) Exemple : plan d'action pour le maintien de l'intégrité cutanée.
- faire une expérimentation limitée,
 - établir un guide d'utilisation du dossier de soins (cf. chapitre 3) adapté à l'établissement,
 - développer la rigueur personnelle, la notion d'équipe.

2.4. Les écoles

Il est nécessaire de :

- intégrer les écoles de base et de cadres qui envoient des stagiaires dans l'établissement,
- apprécier les ressources et la valeur formative des stages lorsque les élèves ont appris à travailler en utilisant le dossier de soins selon une démarche de soins,
- viser à une meilleure adéquation entre pratique et théorie.

2.5. Les autres professionnels

Il convient d'expliquer l'intérêt du dossier de soins et les faire participer aux différentes étapes de mise en place.

2.6. Le secteur extra-hospitalier

- favoriser la continuité des soins après l'hospitalisation,
- transmettre une partie du dossier d'un secteur à l'autre : fiche de liaison.

La démarche de soins et son support, le dossier de soin, apportent un regain d'intérêt et de satisfaction dus à la participation active de tous y compris la personne soignée. Ils doivent permettre de mieux organiser les soins en répondant aux attentes des soignés et des équipes de santé.

Cette nouvelle organisation des soins permet aux soignants de mieux assumer leurs responsabilités et d'en rendre compte.

3. LA STRUCTURE DU DOSSIER DE SOINS

Au moment du choix des documents, il faudra penser :

- au support matériel qui doit être identique dans tout l'établissement, à sa rigidité pour faciliter l'écriture,
- au sens dans lequel les fiches seront utilisées,
- aux couleurs repères,
- à l'épaisseur du papier, le dossier est souvent manipulé,
- à la possibilité d'écrire recto verso pour limiter le volume.

Ce chapitre se présente en deux parties complémentaires :

- un exemplaire des différents documents qui constituent le dossier de soins,
- un guide d'utilisation qui permet de préciser la nature des informations à recueillir.

Les documents qui constituent le dossier de soins comprennent :

- les fiches :
 - . Accueil et identification,
 - . Prescription médicale,
 - . Démarche de soins,
 - . Observations transmissions,
 - . Synthèse et liaison.

Il est souhaitable que ces fiches soient standardisées au niveau de l'établissement.

- les fiches outil de travail :
 - . permettant de planifier les soins.

Celles-ci peuvent être adaptées à la spécificité de l'unité de soins et peuvent être présentées de façon différente. Elles font appel à la créativité des équipes.

3.1. Fiche d'accueil et d'identification

Elle est centrée sur la connaissance de la personne et comprend :

- des renseignements de type administratif,
- des informations médicales,
- des informations plus personnelles centrées sur les habitudes de vie.

Les informations nécessaires peuvent être recueillies soit auprès du malade et/ou de sa famille, soit être recherchées dans les documents tels que le dossier médical, le dossier administratif.

Cette fiche n'est pas un questionnaire. Elle se remplit au cours de l'entretien d'accueil et durant le séjour ou les séjours ultérieurs. Sa présentation doit permettre :

- une utilisation rapide,
- un réajustement qui tient compte de l'évolution de la situation.

Les informations recueillies ne doivent pas aboutir à un jugement de valeur, mais permettre d'apprécier les réactions du patient à partir de faits objectifs. Cette observation est celle d'un instant, elle peut évoluer au cours du séjour.

- N° admission : c'est le numéro de l'admission ou celui du dossier. numéro permanent souhaité.
- Mode de transport : ambulance, pompiers, police, voiture particulière. Préciser le nom de l'ambulance, le numéro de téléphone. S'il s'agit d'un enfant (incubateur : 02, température). Cette rubrique est valable également pour la sortie.
- Mode d'entrée :

urgence	consultation	transfert	mutation
accompagné	oui	non	par qui
famille prévenue	oui	non	par qui

3.1.1. Etat Civil

Se servir de l'étiquette d'identification quand elle existe dans l'établissement.

Téléphone : noter le numéro personnel, éventuellement le numéro de téléphone du lieu de travail.

3.1.2. Situation sociale

. profession :

préciser la fonction et détailler l'activité

chômage, mère au foyer

retraité : de quoi ?.

tudiant : en quoi ?.

colier : classe, difficultés scolaires.

3.1.3. Situation familiale

. de la personne hospitalisée ou des parents s'il s'agit d'un enfant. Il est nécessaire de prendre en compte la date des événements survenus (décès, divorce).

. Personne à contacter :
correspondant,
responsable sur place et que l'on peut contacter (étranger/enfant/tutelle/autorité parentale).

FICHE D'ACCUEIL ET D'IDENTIFICATION
(Cf. document original).

3.1.4. Formalités diverses

Les informations doivent être recueillies au bureau des admissions. Au cas où celles-ci feraient défaut, le surveillante - le surveillant - interviendra auprès du bureau.

On peut envisager de les regrouper dans le dossier de soins.

3.1.5. Connaissance de la personne

Cette rubrique permet de se centrer sur la personne, il ne faut pas que cela se traduise par une énumération ou un interrogatoire.

- Aspect physique : intégrité corporelle, état des téguments, cicatrice, calvitie, hématome, plaies, état de la dentition, perruque...
- Habitat : pavillon, appartement, étage, ascenseur, ville/campagne, sans domicile fixe...
- Entourage : vit seul, en famille, en communauté, autres...

A. Habitudes de vie

Alimentation

- mange seul, avec aide, nombre de repas, horaires habituels, goût, régime antérieur à l'hospitalisation, aliments préférés, détestés, boissons, tisanes...
- mode d'alimentation : sonde - mixé,

- autres.

Hygiène et confort :

- toilette seul, avec aide, matin, soir, douche ou bain,
- maquillage, coiffeur, soins de peau, pédicure...
- hygiène dentaire : se lave les dents (nombre de fois), bains de bouche (produits utilisés),
- linge de toilette personnel,
- autres.

Elimination :

- urines, énurésie, rythme, mode, médication, incontinence, sonde,
- selles : aspect, nombre, moyen utilisé, laxatif, incontinence... On peut également noter les menstruations.
- Pédiatrie : préciser si l'enfant est propre, s'il demande le pot.

Sommeil - repos :

- temps, avec somnifère, sans somnifère, avec ou sans oreiller, planche, barrière de sécurité, aération de la chambre, frilosité, sieste, lumière ou non pour dormir ;
- rites d'endormissement : jouet, couverture (enfant) tisane, lecture (adulte)...
- autres.

Relation - communication

- Parole :

s'exprime peu, beaucoup

aime parler ou non

handicap, trachéotomie, aphasie...

Sociabilité : aime ou non la compagnie, comportements antérieurs à l'hospitalisation, relation avec l'entourage, communication avec les proches (photos, cassettes enregistrées...).

Pédiatrie : sourire, gazouillement.

- autres.

Mobilité

- marche seul, avec aide, prothèse, canne, fauteuil roulant, périmètre de marche, monte ou non l'escalier, rééducation en cours, moyen de transport habituel, transport en commun, voiture personnelle, distance lieu de travail, temps :

Pédiatrie : tient sa tête, assis, debout, préhension...

- autres

Respiration

- aération, position, ronflement, essoufflement, cyanose, expectoration...
- tabac, nombre de cigarettes, pipes...
- autres.

Organe des sens

- vue : vue normale, lunettes, lentilles, loupe, cécité, larmes...
- ouïe : entend bien, mal entendant, prothèse...
- odorat : gêné par les odeurs, absence d'odorat...
- toucher : absence de sensibilité tacite, utilisation du contact comme langage...
- goût : absence de sensibilité gustative, absence de salive, hypersialorrhée...
- autres.

Loisirs

- télévision, lecture, cinéma, bricolage, vie associative...

Pédiatrie : baby relax, joue seul, jouet familial...

- autres...

B. Motif de l'hospitalisation et prise en charge à domicile

Motif donné par le médecin traitant et/ou l'interne de garde.

- Prise en charge à domicile par les :
- Médecin traitant : nom, adresse, téléphone.

Tenir compte d'un éventuel changement de médecin traitant.

- Infirmière, kinésithérapeute, laboratoire, aide-ménagère, hospitalisation à domicile, aide sociale...

Préciser nom, adresse et téléphone.

Prévenir lors de l'hospitalisation et à la sortie.

C. Autres éléments marquant la vie du patient

- Personne la plus proche pour la personne soignée.

Evènement récent, ancien, influençant son moral ou la maladie.

Problème par rapport à la garde des enfants ou d'un parent durant l'hospitalisation.

Problème de garde d'un animal.

D. Comportement de la personne face à la situation actuelle

- Histoire de la maladie actuelle.

Noter ce que le malade dit, ce qu'il sait et comment il vit sa maladie (connaissance, acceptation, refus).

3.1.6. Antécédents

- date et lieu des hospitalisations antérieures,
- remise du carnet de santé, remise de documents personnels (radio, ordonnance...),
- chaque équipe soignante pourra déterminer les informations spécifiques à rechercher en fonction des pathologies traitées,
- groupe sanguin ; réserver une place pour la carte du groupe sanguin, préciser si transfusions antérieures, agglutinines irrégulières,
- vaccinations, sérothérapie,
- traitement antérieur : noter si le malade arrive avec une prescription donnée par son médecin traitant et lequel,
- autres...

3.1.7. Avenir-Devenir

Dès l'entrée de la personne soignée, s'en préoccuper en recueillant les informations nécessaires :

- sortie envisagée : date :
- sortie effective : date :

A ne remplir que lors de la sortie :

- autre établissement : préciser maison de repos (moyen, long séjour), maison de rééducation, de diététique... Noter l'adresse et le numéro de téléphone.
- documents remis à la sortie :
 - . lettre, ordonnance, carte de groupe sanguin, radiographies...
 - . carnets divers : anticoagulants, pace maker, feuille de régime, de rendez-vous, carnet de santé...
 - . documents divers : adresses d'associations, de dispensaires, brochures d'informations...

En cas de sortie contre avis médical et/ou par fugue : préciser la date, l'heure, les conditions.

Indiquer si l'administration est prévenue, ainsi que le commissariat.

- Décès :
- . vêtements à mettre au malade
- . objets
- . inventaire
- . rites religieux
- . personnes à prévenir en priorité
- . transport (dépôt mortuaire, domicile).

3.2. Fiche d'accueil aux urgences et consultations

Il est proposé une feuille destinée aux urgences, mais il serait souhaitable que cette dernière soit supprimée et que le dossier de soins soit commencé à l'unité fonctionnelle des urgences. Bien entendu, les éléments figurant sur cette feuille doivent être introduits dans le dossier :

- l'examen clinique
- la prescription médicale
- l'observation de l'équipe
- les constantes
- les transmissions détaillées.

3.3. Fiche de prescription médicale (1)

(1) Des directives sont en cours d'élaboration à la Direction de la Pharmacie et des Médicaments du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

La fiche de prescription est une ordonnance médicale. Par conséquent, la réalisation du support nécessite une concertation avec des médecins, des pharmaciens et infirmières - infirmiers.

Il est souhaitable de dissocier la prescription thérapeutique de la prescription d'examen.

Le support peut être basé sur une fiche individuelle par malade sur papier dupliqué afin d'établir 3 ou 4 volets selon l'organisation de l'établissement.

En effet l'imprimé comportant plusieurs volets permettra par exemple de :

- garder la prescription dans l'unité de soins ;
- servir de bon de commande destiné à la pharmacie ;
- justifier réellement des produits prescrits lors du séjour du patient.
- éviter les recopiations dans la programmation des soins.

3.3.1. La prescription thérapeutique

Le prescripteur doit noter lisiblement ;

- son nom
- la date
- le nom du produit
- la dose
- le nombre de prises, les horaires
- la forme
- la voie d'administration
- la durée du traitement.

3.3.2. La prescription d'examens

Le prescripteur doit noter lisiblement :

- son nom
- la date
- le nom de l'examen.

Exécution des prescriptions :

Compte tenu des erreurs possibles lors de la retranscription ou de l'interprétation des écritures, il est important qu'en regard de la prescription médicale, on puisse contrôler l'exécution à travers des informations, telles que :

- l'heure
- la dose
- la voie d'administration ou le rendez-vous de l'examen
- le nom de l'infirmière - infirmier - responsable de l'exécution de la prescription.

3.4. Fiche de démarche de soins

Cette fiche visualise la démarche de soins même si elle n'en reprend pas tous les éléments, en particulier le recueil et l'analyse des informations.

3.4.1. Problème de soins infirmiers

Il doit décrire la difficulté que rencontre le patient dans la satisfaction d'un besoin fondamental et la cause probable de cette difficulté. Le problème dans ce cas n'est pas un diagnostic médical.

Il est déterminé par l'équipe soignante à partir des observations et des informations recueillies auprès de la personne soignée. Il peut être lié à des besoins non satisfaits par la personne, par conséquent il peut concerner soit la pathologie, soit l'hospitalisation ou certains facteurs personnels.

La résolution de ce problème nécessite une réflexion qui s'oriente vers une application des soins personnalisés et continus.

3.4.2. Les objectifs

Ils s'expriment en terme de capacité du malade pour atteindre les résultats attendus (verbe d'action, être capable de...).

Ils prévoient des délais de réalisation et des critères d'évaluation.

Ils doivent être réalistes, compréhensibles, concrets, précis, mesurables.

Ils ne doivent pas s'exprimer en termes d'actes infirmiers. Si l'objectif final est à long terme, il est nécessaire de fixer des objectifs intermédiaires.

Le délai est le temps que l'on se donne pour atteindre l'objectif. Quand ? A quel rythme ? exemple à vérifier toutes les 24 h : 3 jours ou 8 jours.

3.4.3. Les actions de soins

Elles seront déterminées en fonction des ressources (malade, famille mais aussi des moyens disponibles en personnel et en matériel...).

Elles seront définies par l'équipe soignante en tenant compte de la personne soignée, de la prescription médicale et du rôle propre de l'infirmière
- infirmier.

3.4.4. L'évaluation

Elles consiste à comparer en équipe, au cours de la transmission, les résultats obtenus aux résultats attendus, à partir des critères déterminés lors de la construction des objectifs. On obtient ainsi une information en retour qui permet un éventuel réajustement.

3.5. Fiche d'observations - Transmissions

Les transmissions sont :

- un ensemble de moyens destinés à faire passer des informations entre les différents membres de l'équipe soignante, pour assurer la continuité des soins donnés à la personne soignée ;
- il s'agit d'une relation dynamique entre les personnes qui de près ou de loin sont concernées par les soins.

3.5.1. Les informations écrites

Elles nous permettent de connaître, de transmettre et de conserver une preuve des différents évènements survenus au cours de l'hospitalisation.

Il s'agit :

- du bilan quotidien des informations et renseignements obtenus par tous les membres de l'équipe concernant l'évolution de la personne soignée,

ainsi :

- . l'état physique (état des fonctions)
- . l'état psychologique :
comportement
réaction face à la situation
relation équipe-famille
acceptation ou refus du traitement
connaissance du diagnostic.
- . évolution de l'état de santé : évènements positifs et négatifs,
- . évènements personnels.
- du bilan des actions effectuées : mise en évidence des difficultés et réajustement conduisant à une nouvelle démarche de soins.

3.5.2. Les informations orales

Elles sont complémentaires des informations écrites. Elles doivent être compréhensibles par les différents membres de l'équipe soignante.

Il est recommandé de pouvoir disposer d'un temps de chevauchement entre deux équipes, ceci en fonction des possibilités de chaque établissement afin d'effectuer les transmissions dans de bonnes conditions.

3.6. Feuille de surveillance (dite feuille de température)

Elle permet :

- l'inscription immédiate des actes effectués auprès du patient
- la répartition journalière et éventuellement horaire des actes
- le contrôle quantitatif de l'exécution
- le suivi de l'évolution de l'état de la personne soignée.

Sa présentation doit favoriser une utilisation souple avec un contenu adapté à la spécificité du service.

Elle est intégrée au dossier de soins. Le lieu d'utilisation de cette feuille de surveillance est laissé à l'appréciation des équipes.

Pour cette appréciation, il convient de veiller à respecter le droit du malade au secret des informations, et son droit à l'information.

C'est un document qui doit être rigoureusement tenu, les informations notées sur cette feuille ne doivent en aucun cas être recopiées sur d'autres fiches du dossier de soins.

L'élaboration de ce document nécessite une concertation avec les autres acteurs de l'équipe soignante.

3.7. Fiche de synthèse et de liaison

La synthèse du dossier est le résumé de l'hospitalisation : elle permet l'utilisation rapide des informations lors d'un nouveau séjour ou d'un transfert. Cette fiche doit faire apparaître :

- la présentation du patient à l'entrée,
- l'évolution au cours du séjour :
 - . problèmes posés, objectifs poursuivis, actions entreprises...
- l'évaluation de l'hospitalisation.

Cette fiche de synthèse est complémentaire du compte-rendu d'hospitalisation médicale. Elle est nominative, datée et signée par l'infirmière - infirmier. Une photocopie doit être transmise à toute personne prenant le relai des soins, elle devient alors fiche de liaison.

La synthèse de l'hospitalisation concerne :

3.7.1. Les soins infirmiers

- ce que la personne soignée sait de sa maladie,
- par qui et comment a-t-elle été informée, termes utilisés (mots, symboles, représentation),
- déroulement du séjour,
- réaction de l'entourage,
- relation instaurée,
- habitudes prises pendant le temps de l'hospitalisation,
- objectifs de soins atteints,
- conseils de prévention et d'éducation,
- éléments d'information donnés durant le séjour,
- soins en cours (escarre, stomie, pansement...). Ces informations permettent d'assurer la continuité des soins.

3.7.2. Le traitement en cours

L'infirmière doit s'assurer que la personne soignée est en possession des consignes médicales.

3.7.3. L'état de santé de la personne soignée

Au jour du départ, cette rubrique devrait permettre à l'infirmière qui prend en charge la personne soignée d'avoir tous les éléments sur la situation de soins pour en assurer la continuité en tenant compte des capacités de la personne et des objectifs atteints et prévus.

3.8. Fiche de programmation, d'exécution et de contrôle

Issue de la démarche de soins, cette fiche est un outil d'organisation du travail.

Son utilisation suppose un temps d'organisation oral à chaque changement d'équipe.

C'est un programme de prise en charge du malade qui doit mettre en évidence les soins individualisés. Elle doit être fiable et par là éviter les erreurs et les oublis.

Selon un code déterminé par les infirmières-infirmiers - de l'unité de soins, elle permet de visualiser et de contrôler les soins à dispenser sur une période donnée.

Ce document assure une sécurité pour le patient et pour l'équipe soignante. Il est remis à jour à l'occasion de modifications, et revu à chaque changement d'équipe.

C'est un programme de prise en charge du malade qui doit mettre en évidence les soins individualisés. Elle doit être fiable et par là éviter les erreurs et les oublis.

Selon un code déterminé par les infirmières-infirmiers - de l'unité de soins, elle permet de visualiser et de contrôler les

soins à dispenser sur une période donnée.

Ce document assure une sécurité pour le patient et pour l'équipe soignante. Il est remis à jour à l'occasion de modifications, et revu à chaque changement d'équipe.

Sur chaque fiche doit figurer :

- la date,
- la répartition horaire,
- le soin à exécuter,
- qui doit exécuter le soin : infirmière-infirmier, élève infirmière - élève infirmier 1ère, 2ème, 3ème année - aide-soignante - aide-soignant, élève aide-soignante, élève aide-soignant, autre stagiaire,
- la signature du document: qui a exécuté le soin ?

4. ASPECT ETHIQUE ET JURIDIQUE DU DOSSIER DE SOINS

Il n'existe aucune réglementation spécifique concernant le dossier de soins. Les recommandations ci-dessous s'inspirent de la législation relative au dossier médical et de ce que souhaitent les infirmières-infirmiers.

4.1. Les notes infirmières

Elles doivent être lisibles, claires et précises, complètes, pertinentes.

Il convient de :

- Noter les observations et les soins de façon chronologique, dans les plus brefs délais. Ceux-ci doivent être signés par la personne qui a fait le soin.
- Eviter les termes flous et les remarques péjoratives, ironiques ou déplaisantes.
- Identifier au nom du malade ou par un numéro chaque page du dossier.
- Indiquer toujours la date et l'heure à laquelle les observations sont rédigées.

Sur le plan juridique, le dossier peut être présenté comme preuve. L'absence de notes infirmières peut laisser supposer que 'si rien n'a été noté, rien n'a été fait'. Une partie des activités de soins se fait sur prescription médicale, ce qui implique de la part des infirmières une connaissance précise de la réglementation en la matière.

4.2. La prescription médicale

'Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Il doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci pour le malade et son entourage. Il doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement' (1).

(1) Code de déontologie médicale, art. 37.

Toute prescription doit être écrite et rédigée de façon détaillée par le médecin prescripteur et signée par lui. Le dossier de soins comporte une fiche intitulée 'prescriptions médicales' réservée exclusivement au médecin. Cette fiche relève de la même législation que le dossier médical.

Aucune prescription ne doit se faire par téléphone, interphone ou tout autre support phonique.

'L'infirmière a un rôle d'administration des médicaments prescrits au malade, de vérification de leur prise et de surveillance de leurs effets' (2).

(2) Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession. Article 3.

Elle doit donc :

- Assurer la sécurité de la prescription (posologie, date de péremption).
- Noter ce qui a été administré, les éléments de surveillance et les effets médicamenteux.
- Utiliser les protocoles d'urgence clairement définis : datés et signés pour les modalités de prescription (1).

(1) Ibid., article 6.

4.3. La valeur juridique du dossier

La législation relative à ce sujet doit être connue des soignants. Chaque membre de l'équipe soignante doit connaître ses responsabilités déontologiques à l'égard du caractère confidentiel des renseignements concernant la personne soignée (2).

(2) Article 378 du Code Pénal.

Les notes infirmières doivent faire partie du dossier du patient, et constituer à ce titre un document légal pouvant servir de preuve devant les tribunaux.

Les documents du dossier de soins ont une valeur probante : il s'agit de savoir qui est responsable d'un incident, d'une éventuelle faute et de le prouver.

Le directeur de l'établissement, par l'intermédiaire de l'infirmière générale - l'infirmier général - doit pouvoir trouver des éléments de réponse dans le dossier de soins.

5. ARCHIVAGE DU DOSSIER DE SOINS

Il n'y a jamais eu de réglementation spécifique concernant la conservation des cahiers de visites et de transmissions. Actuellement, la réglementation d'archivage des dossiers médicaux s'applique au dossier de soins.

Le dossier médical demeure la propriété de l'établissement (1).

(1) Circulaire n° 24 du 1er février 1944 - règlement intérieur, article 80.

5.1. Responsabilité de la conservation

Jusqu'à ce jour, le dossier médical du malade était conservé dans le service de l'hôpital sous la responsabilité du médecin-chef de service (2).

(2) Décret n°43-981 du 17 avril 1943, titre II, article 38.

Dans tous les établissements où l'existence d'un service central d'archives a été rendu obligatoire, le Président de la Commission Médicale Consultative ou un médecin désigné par celle-ci, partageait avec le directeur la responsabilité de la bonne conservation des archives médicales.

Dans d'autres établissements, ce rôle était assumé par le médecin directeur ou par le médecin responsable du fonctionnement médical de l'établissement (3).

(3) Arrêté du 11 mars 1968, titre 1er, article 3.

5.2. Conditions de conservation

La durée de conservation des archives médicales est fixée par l'arrêté du 11 mars 1968.

Les statistiques ont établi que près de 10% des dossiers sont encore consultés 15 ans après la première hospitalisation ; aussi est-il recommandé de n'opérer le tri que pour les dossiers de plus de 20 ans.

Les archives hospitalières y compris les archives médicales, sont conservées au siège de l'établissement ou du groupement hospitalier. La conservation de tout ou partie de ces archives au domicile personnel d'un administrateur, d'un praticien ou d'un agent quelconque de l'hôpital ou de l'hospice, est interdite (4).

(4) Ibid., article 7.

Le dossier de soins doit être conservé dans son intégralité ce qui permet de garder l'ensemble des éléments de l'activité de l'équipe soignante pluridisciplinaire :

- soins sur prescription médicale
- soins infirmiers en application du rôle propre et autres soins.

A la sortie du malade, au niveau de l'unité de soins, le dossier de soins sera retiré de son support. Chaque document sera contrôlé, numéroté et placé selon l'ordre de classement arrêté par le Comité Médical.

Jusqu'à ce jour, toute élimination de documents médicaux exigeait l'accord conjoint du médecin chef de service et du directeur de l'hôpital.







Un procès-verbal de destruction est établi pour chaque opération d'élimination (1).

(1) Arrêté du 11 mars 1968, annexe n° 11.

La mise en place des départements d'information médicale permettra au personnel infirmier de participer au traitement de ces informations (2).

(2) Décret n° 84-1196 du 28 décembre 1984, Journal officiel du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale du 29 décembre 1984. Titre 3, article 33.

Le tableau ci-dessous indique les délais de conservation des archives médicales :

N° d'ordre	Désignation	Délai de conservation
	Série R archives médicales	
204	Registres d'entrées et sorties des malades	indéfiniment
205	Dossiers médicaux des malades (diagnostics, observations, compte-rendu d'examens, clichés radiographiques, électrogrammes)	indéfiniment
	. dossiers d'affections de nature héréditaire pouvant avoir des répercussions pathologiques ou traumatisantes sur la descendance	indéfiniment
	. dossiers de pédiatrie, neurologie, stomatologie, malades chroniques	70 ans
	. autres dossiers sous réserve de conservation des dossiers terminés par les chiffres 100, 350, 600 et 850	20 ans
206	Documents du service social	70 ans
	Enquêtes	indéfiniment
207	Dossiers et livres de laboratoires	20 ans

208	Dossiers des transfusions sanguines	20 ans
209	Procès-verbaux d'autopsies	20 ans + tri
210	Soins externes	conserver les statistiques, éliminer le reste
211	Etat des préparations pharmaceutiques	20 ans
212	Bons de médicaments, produits chimiques et toxiques	10 ans

CONCLUSION

Ainsi que nous l'avons mentionné, l'évolution amorcée ces dernières années a modifié notre approche des besoins de santé de la population, notre conception des soins infirmiers et la législation qui s'y rapporte.

Compte tenu de ces éléments nouveaux, l'organisation des soins infirmiers, centrés sur l'individualisation de la personne soignée, nous fait passer d'une structure d'exécution à une structure de responsabilité.

En conséquence, le dossier de soins est devenu un outil de travail indispensable, servant de base à l'activité infirmière et permettant de mettre en évidence les éléments essentiels liés à la santé.

Par ailleurs, dans le contexte socio-économique actuel, l'utilisation du dossier de soins doit permettre également :

- de garantir, d'améliorer et d'évaluer la qualité des soins infirmiers,
- d'identifier, dans le cadre de l'information, les données essentielles et utiles pour assurer un meilleur suivi des soins (1),
- (1) L'informatisation des données infirmières de ce dossier n'a pas été traitée dans ce fascicule mais fera l'objet d'une prochaine publication.
- de constituer une base de données pour effectuer des études et recherches en soins infirmiers.

Ces études et ces recherches devraient permettre de promouvoir des soins adaptés aux besoins de santé de la population et par là même, d'enrichir l'enseignement des soins infirmiers et de favoriser le développement de la profession.

BIBLIOGRAPHIE

Documents publiés

Textes législatifs et réglementaires

- Code Pénal : Art. 319 - 320 - 378.
- Code de la Santé Publique, de la Famille et de l'Aide Sociale - Dalloz, 1983.
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, modifiée par l'article 29 de la loi de finance rectificative n° 71-1025 du 24 décembre 1971.- J.O. du 3 janvier 1971.
- Modifiée par la loi n° 73-3 du 2 janvier 1973.- J.O. du 3 janvier 1973.
- Modifiée par la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978.- J.O. du 5 janvier 1978.
- Modifiée par la loi n° 79-565 du 6 juillet 1979. - J.O. du 7 juillet 1979.
- Modifiée par la [loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979](#).- J.O. du 30 décembre 1979.
- Modifiée par la loi n° 84-5 du 3 janvier 1984.- J.O. du 4 janvier 1984.
- [Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. - J.O. du 7 janvier 1978.
- [Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978](#) portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et les diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal. - J.O. du 18 juillet 1978.
- [Loi n° 79-587 du 11 juillet 1979](#) relative à la modification des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public. - J.O. du 12 juillet 1979.
- Circulaire n° 16 du 18 novembre 1982 relative à l'informatisation des hôpitaux publics. - Non paru au J.O. - Bulletin officiel du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.
- Décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier. - J.O. du 12 août 1983 du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.
- Circulaire n° 6294 du 24 août 1983 relative à la communication des dossiers administratifs et médicaux de malades ayant été hospitalisés ou reçus en consultations externes dans des établissements d'hospitalisation publics.- Bulletin <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-88-du-15-mars-1985-relative-a-la-publication-du-guide-du-service-infirmier>

officiel S.N.S 83/39 du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

- Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants. - Bulletin officiel, fascicule spécial n° 83/9 bis.
- Circulaire n° 31 du 18 juin 1984 relative à la réforme de la gestion des établissements hospitaliers. - Non paru au J.O. - Bulletin officiel du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.
- Décret n° 84-1196 du 28 décembre 1984 relatif aux départements hospitaliers. - J.O. du 29 décembre 1984 du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.
- Gestion des départements de dossiers médicaux. Réglementation, tome I. - Fiches techniques d'organisation hospitalière n° 8. - Bulletin Officiel, fascicule spécial n° 80/39 bis.

Réglementation

- Décret n° 43-891 du 17 avril 1943 (art. 38) portant R.A.P. de la loi du 21 décembre 1941.
- Circulaire du 1er février 1944 (abrogée).
- Circulaire du 16 mai 1950 (abrogée).
- Circulaire du 2 août 1960.
- Circulaire n° 202 du 5 juillet 1966.
- Code des archives de France. Règlement des archives hospitalières (extraits). Arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières.
- Circulaire n° 72 du 16 juillet 1970 relative au dépôt d'archives.
- Loi n° 68-1318 du 31 décembre 1970 (art. 28).
- Circulaire n° 1796 du 20 avril 1973.
- Décret n° 74-230 du 7 mars 1974.
- Circulaire n° 636 du 20 septembre 1974 (charte du malade),
- Circulaire n° 1349 du 25 avril 1975.
- Lettre circulaire du 31 janvier 1978.
- Circulaire n° 394 du 11 août 1978.
- Lettre circulaire T.G. 2 (juin 1979).
- Lettre du directeur des hôpitaux au délégué général de la fédération hospitalière de France (26 mars 1980).
- Circulaire du 4 août 1980.

Documentation complémentaire

Assemblée nationale : questions.

- Août 1965
- 1er juin 1972
- 19 juillet 1975
- Gestion des départements de dossiers médicaux. Tome II. Fiches Techniques d'organisation hospitalière n° 9. - Bulletin officiel, fascicule spécial n° 80/47 bis.
- Arrêté du 18 janvier 1949 relatif à la délivrance des substances vénéneuses dans les établissements hospitaliers. - J.O. du 8 février 1949. Ministère de la Santé.
- Décret n° 82-818 du 22 septembre 1982 portant application de l'article L 626 du Code de la Santé Publique relatif à l'usage des substances vénéneuses. - J.O. du 26 septembre 1982. - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.
- Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics. J.O. du 15 avril 1975.- Ministère de la Santé et de la Solidarité Nationale.
- Décret n° 79-300 du 12 avril 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier. - J.O. du 14 avril 1979.- Ministère de la Santé et de la Famille.
- Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. - J.O. du 15 mai 1981 Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.
- Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. - J.O. du 24 juillet 1984 Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.
- Arrêté du 1er février 1982 fixant le programme relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant. - Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

Livres

- Amiec. - Les soins infirmiers et la recherche. - Cahiers n° 6, Lyon, 1980, 145 p.
- Arnoult (Nicole), Deschamps (Claudine), Fadier (Monique), Glaizes (Lys), Poiriels (Jeanne). - Femme soignée, femme soignante. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui', 1983, 155 p.
- Bourgon (Josette). - L'information du malade à l'hôpital. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui'.
- Collière (Marie-Françoise). - Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. - Paris, Inter-Editions, 1982, 391 p.
- Formarier (Monique). - L'enfant hospitalisé au coeur des soins infirmiers. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui',

1984, 174 p.

- Henderson (Virginia). - Principes fondamentaux des soins infirmiers. - Conseil International des Infirmières, Montréal, Canada, éd. rév. 1959, 66 p.
- Hunt (Jennifer), Marks-Maran (Diane). - Nursing care plans. The nursing process at work. - Aylesburg, Buckinghamshire England, HM + M Publishers, 1980, 131 p.
- Jacquerye (Agnès). - Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui', 1983, 311 p.
- Journées de perfectionnement du C.C.P.S. - Soigner aujourd'hui... et demain ? - Paris, C.C.P.S., 1982, 189 p.
- Lesterel (Alice). - Journal d'une infirmière hospitalisée. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui', 1975, 103 p.
- Loux (Françoise). - Traditions et soins d'aujourd'hui. - Paris, Inter-Éditions, 1983, 315 p.
- Magnon (René). - Le service infirmier ces trente dernières années. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui', 1982, 189 p.
- Montesinos (André). - L'infirmière et l'organisation du travail hospitalier. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui', 1975.
- Montesinos (André). - Formation des infirmières à l'organisation du travail. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui', 1977.
- Mordacq (Catherine). - Pourquoi des infirmières ? - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui', 1973.
- Riopelle (Lise), Grondin (Louise), Phaneuf (Margot). - Soins infirmiers, un modèle centré sur le besoin de la personne. - Québec, Canada, 1984, 453 p.
- Saxton (Dolores), Hyland (Patricia). - Planning and implementing nursing intervention. - Saint-Louis, U.S.A., The C.V. Mosby Company, 1975, 190 p.
- Semleur-Pazard (Janine). - Charte des droits de l'enfant hospitalisé. - Paris, le Centurion, 'Infirmière d'aujourd'hui', 1983, 159 p.

Périodiques

- Anonyme. Un système de prévision et d'évaluation des soins. - Revue de l'Infirmière. - n° 2, février 1976.
- Anonyme. Un dossier pour soigner. (Institut du Dr G. Therasse, Godinne, Belgique). Van der Schrik : directeur du Nursing.
- Supplément Informations. Revue de l'Infirmière. - Octobre 1977.
- Anonyme. Le dossier infirmier. - Informations (Bulletin du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nîmes). - Avril 1978.
- Anonyme. Un dossier de malades (Hôpital Suisse de Paris). - Supplément Informations. Revue de l'Infirmière. - Mai 1978.
- Badouaille (Marie-Louise). - L'évaluation des soins infirmiers aux malades hospitalisés. - La revue hospitalière de France. - n° 312, juin-juillet 1978, p. 1177 à 1185.
- Boninelli. - Sécurité et efficacité dans le travail infirmier. - Revue de l'Infirmière. - n° 10, décembre 1963.
- Bregetzer (Jacqueline). - Perfusions, aide-mémoire. - Revue de l'Infirmière. - n° 17, novembre 1983, p. 58 à 65.
- Bregetzer (Jacqueline). - Le dossier en chantepie. - Revue de l'Infirmière. - n° 7, avril 1983.
- Brevil (M.). - Le 'nursing audit' ou l'évaluation des soins infirmiers à l'hôpital Américain de Paris. - Soins. - T. 26, n° 6, 20 mars 1981.
- Braucourt (M.E.). - Utilisation d'un dossier infirmier dans un service de cardiologie. (Bilan de 4 ans d'expérience). - Soins. - T. 26, n° 5, 5 mai 1981.
- Brooks (Ellen). - The starting point. - Nursing management. - n° 6, juin 1983, p. 35 à 37.
- Cadet (J.P.), Hermant (M.C.). - Recherche de moyens pour personnaliser les soins. - Soins. - T. 26, n° 14 et 14, 5 et 20, juillet 1981.
- Cettour-Baron (G.). - Le malade à la recherche de son dossier médical. Techniques hospitalières. - n° 449, février 1983, p. 36 à 41.
- Clave (M.). - Le géronte de la Noue. - Revue de l'Infirmière. - n° 9, mai 1982.
- Collectif Ecole des Cadres (Étudiant Ecole de Cadres Rouen). Un dossier de soins : quelle formation ? - Gestions Hospitalières. - n° 209, octobre 1981.
- Dauphin (A.), Farinotti (R.), Gofette (M.), Cousin (Y.). - Organisation de la pharmacie dans un hôpital de l'Assistance Publique. - Soins. - T. 26, n° 7, 5 avril 1981, p. 25 à 27.
- Dambreville (Frédérique). - Mieux soigner, comment ? - Revue de l'Infirmière. - n° 2, janvier 1983.
- Dechanoz (Geneviève). - Le dossier de soins, support de la démarche de soins. - Jonction. - 1982.
- De Fremont. - Comment passer d'une organisation de soins en série à une organisation par groupes de malades. - Gestions hospitalières. - n° 143-144, février/mars 1975.
- Doerflinger (C.), Marcoux (F.). - Vers une nouvelle définition de la fonction autonome du personnel infirmier. - Gestions hospitalières, n° 240, novembre 1984.
- Dorsner-Dolivet (A.). - La responsabilité pénale des auxiliaires médicaux en cas d'atteinte à l'intégrité corporelle du patient. - Soins. - T. 26, n° 21, novembre 1981, p. 43 à 45.
- Farina (Jean-Claude), Gourves (J.C.), Pichol-Thievent (Yves). - Evaluation de la qualité des soins infirmiers. - Le cahier de Gestions hospitalières. - n° 25, n° 214, mars 1982.
- Garreau. - La personne soignée: relation entre besoins, ressources, problèmes. - L'infirmière enseignante, B.I.P.. - n° 3, mars 1976.
- Godon (Jocelyne). - Après géronte isis. - Revue de l'Infirmière. - n° 16, octobre 1984.
- Hall (Dorothy). - Le point des soins infirmiers. - Revue de l'Infirmière. - n° 7, juillet-septembre 1980, p. 17 à 21.
- Julien (C.). - Les notes d'observations de l'infirmière. - L'infirmière canadienne. - Janvier 1981, p. 14 à 18.
- Labadie (L.). - La responsabilité de l'infirmière. - Soins. - n° 19, 5 octobre 1979, p. 24.

- Magnon (R.). - Du dossier infirmier au dossier de soins. - Soins. - T. 22, n° 8, 20 avril 1977.
- Magnon (R.). et équipe infirmière Hôpital Neurologique de Lyon, Unité 600. - Le dossier de soins à l'Hôpital Neurologique.
- Revue des infirmières et infirmiers en neuro-chirurgie. - 3ème trimestre 1979.
- Magnon (R.). - Et si en France, 'the nursing process' devenait le processus de soins infirmiers. - Revue de l'infirmière enseignante. - n° 10, décembre 1979.
- Malicxi (G.J.). - 'Courrier' 'Prescription et prescripteur'. - Revue de l'infirmière. - n° 15, septembre-octobre 1982.
- Mordacq (Catherine). - Répartition des soins dans les services hospitaliers. - Revue de l'infirmière. - Mars 1977.
- Nguyen (Monique). - Existe-t-il des objectifs de soins infirmiers, 1ère partie. - L'infirmière enseignante. B.I.P. - n° 8, octobre 1976.
- Nguyen (Monique). - Peut-il exister des objectifs de soins infirmiers à une personne hospitalisée. 2è partie. - L'infirmière enseignante B.I.P. - n° 9, novembre 1976.
- Paulin (François). - Elève infirmier a rencontré. - Revue de l'Infirmière - n° 4, février 1984.
- Philardeau (M. Th.). - Une expérience de soins en équipe. - Soins. - 20 avril 1975.
- Puhu (S.) et collectif élèves infirmières et infirmiers. - Expérience du dossier de soins. - L'infirmière enseignante. - n° 9, novembre 1981 (supplément pages pédagogiques).
- Reymond-Pacigot (Danielle). - Quand le plan de soins devient nursing process. - L'infirmière enseignante. - n° 9, novembre 1979.
- Robert-Lacaze (Janine). - Un supplément d'âge pour les soins infirmiers. - L'interdit, revue de l'A.M.I.E.C.. - n° 3-4, mai-juin 1984.
- Schoonover (Lois), Gooden (Doris), Moore (Patricia). - Assessment : a nursing model. - Nursing management. - Vol. 13, n° 4, avril 1984, p. 18 à 22.
- Schwartz (Eliane). - A propos de la sexualité des personnes paraplégiques. Réflexions sur la relation soignant-soigné dans un service d'handicapés moteurs. - L'interdit, revue de l'A.M.I.E.C., - n° 1, janvier-février-mars 1983.
- Sklar (C.). - Aspects juridiques 'Les observations infirmières et leur importance juridique'. - L'infirmière canadienne. - Mars 1978, p. 28 et 29.
- Stussi (Elisabeth). - Le concept de l'équipe de santé. - Soins. - T. 29, n° 15, janvier 1973.
- Valverde (Marilyne). - L'apprentissage d'une démarche de soins. L'infirmière enseignante. - n° 10, décembre 1984.
- Van der Schrik (J.). - Des soins globaux aux malades. Retentissement dans l'organisation du travail hospitalier. - Techniques hospitalières. - n° 374, novembre 1976.
- Wehrin (N.). - Le dossier infirmier du Centre Hospitalier de Chambéry. Revue de l'Infirmière. - n° 7, juillet-septembre 1973.
- Wehrin (N.). - En Europe, un programme de développement des soins infirmiers. - Revue de l'Infirmière. - Janvier 1981.

Divers

- IXè Assises Nationales de l'Hospitalisation Publique. Fédération Hospitalière de France. Demain : l'hôpital. - L'Hôpital et le Service Infirmier. - Revue Hospitalière de France, 45è année, n° 346, décembre 1981. Tome II.
- Groupe de travail. - La politique du médicament. - Revue Hospitalière de France, n° 366, décembre 1983, p. 1045 à 1096.
- Hospices Civils de Lyon, Direction Générale. - A propos d'une erreur thérapeutique dans un C.H.R.U. Quelques aspects juridiques. - Revue Hospitalière de France, n° 365, octobre 1983, p. 813 à 815.
- Medeuze (R.M.). - Le médecin chef de service et sa responsabilité pénale. - Revue hospitalière de France, n° 374, octobre 1984.

Documents non publiés

- Organisation mondiale de la santé. - Pratique des dossiers médicaux. Directives. - VVHO/HS/HAT.COM/80.370.
- Centre collaborant O.M.S. pour la France. - (Dechanoz G.). - Etude sur les dossiers de soins infirmiers français. - 1980.

ANNEXE

GLOSSAIRE PROVISOIRE (1)

(1) Sur la demande de la Direction des Hôpitaux (D.H.), une recherche de terminologie en soins infirmiers a été confiée à l'Association des Amis de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon. Cette étude financée par la Mission Interministérielle de développement et d'information scientifique et technique (M.I.D.I.S.T.) et la D.H., a pour objectif :

- de permettre une meilleure compréhension de ce que sont les soins infirmiers ;
- de faciliter la communication entre les infirmières et entre ces derniers, et les autres professionnels de santé ;
- de promouvoir le langage infirmier de langue française sur le plan national et international.

Acte infirmier, n. m.

Cf. Acte de soin infirmier.

Acte de soin infirmier, n. m.

Toute intervention qu'une infirmière (2) met en oeuvre dans le domaine des soins infirmiers, Cf. soins infirmiers.

(2) Lire partout infirmière-infirmier.

Se dit aussi des actes répertoriés dans la nomenclature établie par la Sécurité Sociale et utilisée par l'infirmière dans l'exercice des soins à domicile.

Activité infirmière, n. f.

Cf. Fonction infirmière et Soins infirmiers.

Autonomie, n. f.

Droit des personnes et des institutions à disposer d'elles-mêmes en fonction de règles et de principes définis par elles librement et auxquels elles se soumettent.

. Autonomie de la personne soignée.

Faculté que possède chaque individu d'assumer une responsabilité personnelle à l'égard de sa santé.

. Autonomie de l'infirmière.

Faculté qu'a l'infirmière de prendre des initiatives et des décisions de soins infirmiers en fonction des diplômes qui l'y habilitent, de sa compétence et des textes législatifs régissant la profession.

Loi du 31.05.1978. Décrets du 12.05.1981 (Art. 1) et du 17.07.1984.

Auto-soin, n. m.

Action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, restaurer et promouvoir sa santé.

Bénéficiaire, n. m.

Cf. Personne soignée.

Besoin, n. m.

Nécessité née de la nature ou de la vie ressentie ou exprimée par tout individu.

Besoin fondamental. n. m.

Cf. Besoin.

Nécessité vitale commune à tout être humain sain ou malade.

Selon V. Henderson, les besoins fondamentaux de l'être humain sont :

. respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et se maintenir dans une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-88-du-15-mars-1985-relative-a-la-publication-du-guide-du-service-infirmier>
/

se dévêtir, maintenir la température de son corps, se tenir propre et protéger sa peau, éviter les dangers, communiquer avec ses semblables, pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances, s'occuper de façon à se sentir utile, se récréer, apprendre.

Les quatorze besoins fondamentaux revêtent des formes très diverses selon l'individu, son état de santé, sa maturité et ses habitudes personnelles et culturelles et selon les différents âges de la vie.

Besoin de santé, n. m.

Nécessité manifestée par des individus, des groupes ou des communautés dans les domaines sanitaires et/ou sociaux.

Ils peuvent être déterminés par des études ou des moyens biologiques, épidémiologiques, sociologiques, anthropologiques...

Ils appellent des mesures éducatives, préventives et curatives.

Besoin de soins infirmiers, n. m.

Nécessité physique, psychologique ou sociale ressentie par un patient et pour laquelle il requiert le soutien ou l'assistance d'une infirmière.

Besoin spécifique, n. m.

Nécessité née de la nature ou de la vie propre à chaque être humain ou liée à des situations particulières engendrées par des conditions de vie, de travail, de handicap, et de maladie, etc..

Client, n. m.

Cf. Personne soignée.

Comportement, n. m.

Manière d'être ou d'agir engendrée par des expériences et des relations passées ou présentes, et par le futur anticipé. Il peut être conscient, inconscient et se manifeste par des signes observables.

Constante, n. f.

Valeur normale caractéristique d'un paramètre.

Exemple : 37° pour la température.

Ce terme est souvent employé improprement comme synonyme de paramètre.

Contrat de soins infirmiers, n. m.

Convention par laquelle l'infirmière et la personne soignée et/ ou son entourage, déterminent ensemble leur participation dans le processus de soins infirmiers.

Critère de soins infirmiers, n. m.

Donnée qui, dans le processus de soins infirmiers, permet de mesurer le résultat obtenu ou de l'évaluer par rapport au résultat attendu.

Est également utilisé dans l'évaluation de la qualité des soins.

Décision de soins infirmiers, n. f.

Choix des interventions, déterminé par l'infirmière dans la zone d'autonomie qui lui est reconnue, en vue de répondre aux besoins de santé d'une personne ou d'un groupe.

Démarche de soins infirmiers, n. f.

Cf. Processus de soins infirmiers.

Dépendance, n. f.

Etat où la personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs besoins sans une action de suppléance.

Environnement, n. m.

Milieu dans lequel un individu vit et est impliqué. Ce terme comprend le milieu physique (lieu géographique, climat, logement, etc.) ; le milieu social (communauté de vie : famille, travail, relations, etc.) ; le milieu culturel (croyances, coutumes, loisirs, etc.).

Fonction infirmière, n. f.

Activité professionnelle qui se fonde sur l'exercice des soins infirmiers.

Elle comprend l'analyse, l'organisation, l'évaluation des soins infirmiers et leur prestation soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du 'rôle propre' de l'infirmière (Cf. Art. 1, Décret 81-539 du 12.05.1981).

Dans ce dernier cas, il appartient à l'infirmière de prendre seule ou en collaboration toutes les décisions qui ont trait à ce domaine spécifique.

La fonction infirmière recouvre plusieurs champs d'action :

- la prévention, l'éducation et la promotion en matière de santé individuelle et collective,
- la formation et l'encadrement des personnels infirmiers et la participation à la formation et à l'encadrement des autres personnels de santé,
- la participation à l'établissement du diagnostic, à l'application des prescriptions médicales et à la surveillance des malades et des thérapeutiques,
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers et la participation à la recherche en matière d'épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.

Décret n° 84-689 du 17.07.1984.

Indépendance, n. f.

Etat dans lequel la personne a la possibilité de satisfaire par elle-même tous ses besoins.

Intervention infirmière, n. f.

Cf. Acte de soin infirmier et Soins infirmiers.

Malade, n. m.

Cf. Personne soignée.

Observation, n. f.

Action de considérer avec une attention méthodique et continue une personne ou un groupe soigné ou suivi.

Elle est un élément capital de surveillance qui permet de saisir et de comprendre les changements qui peuvent se manifester.

Elle met en jeu des capacités intellectuelles et sensorielles qui permettent de discerner les besoins de la personne ou du groupe et les problèmes de santé qui en découlent.

Dans la pratique, ce terme s'applique également aux documents dans lesquels sont consignés les résultats de cette observation.

Patient, n. m.

Cf. Personne soignée.

Paramètre, n. m.

Variable caractéristique d'une fonction qui peut exprimer toutes les valeurs susceptibles d'être prises par cette fonction.

Dans le domaine des soins, ce terme s'applique le plus fréquemment à la température, au pouls, à la pression artérielle, à la diurèse, etc...

Personne soignée, n. f.

Être humain, considéré comme une entité appartenant à un groupe social ; cet être humain présente un ou plusieurs problèmes de santé qui peuvent se manifester de différentes façons et pour lesquels il a recours aux institutions et/ou aux personnels de santé.

Dans la pratique et la littérature infirmières, on trouve avec des significations voisines des termes tels que bénéficiaire, client, malade, patient, usager.

Problème de santé, n. m.

Difficulté qu'une personne ressent ou manifeste dans sa vie quotidienne et qui a une incidence sur sa santé ; cette difficulté peut être liée à l'âge, au mode de vie, aux événements de son existence ou survenir à la suite d'une maladie, d'un handicap, de divers traumatismes.

Problème de soins infirmiers, n. m.

Difficulté éprouvée par un patient identifiée par une infirmière.

Il nécessite l'action concertée d'une infirmière ou d'une équipe soignante avec la personne et/ou son entourage, selon un processus de soins déterminé.

Processus de soins infirmiers, n. m.

Suite ordonnée d'opérations qui a pour finalité la prestation de soins individualisés, continus et adaptés aux besoins d'une personne.

Il s'appuie sur une analyse rigoureuse de la situation.

Il comprend quatre étapes :

1. l'analyse de situation qui a pour objet de :
 - recueillir les informations et les analyser pour estimer les besoins de la personne, en prenant en compte ses ressources, celles de l'entourage et de l'institution,
 - identifier les problèmes de soins infirmiers avec leurs priorités.
 2. la planification des soins, qui consiste à :
 - fixer les objectifs de soins et les délais proposés pour les atteindre,
 - décider et programmer les actions de soins.
 3. La mise en oeuvre des actions de soins,
 4. l'évaluation des résultats en vue des réajustements nécessaires.
- Ces différents étapes en font un processus évolutif et dynamique.
Dans la pratique et la littérature professionnelles on trouve des expressions de même sens : démarche infirmière, démarche clinique, processus soignant.
Synonymes : démarche de soins infirmiers, projet global de soins infirmiers.

Projet de soins infirmiers, n. m.

Cf. Projet global de soins infirmiers.

Projet global de soins infirmiers, n. m.

Expression qui s'emploie avec une signification voisine de celle de processus de soins infirmiers.

Recherche en soins infirmiers, n. f.

Cf. Recherche infirmière.

Elle a trait au contenu des soins infirmiers et à leur administration en vue d'élargir les connaissances scientifiques sur lesquelles ils se fondent afin d'en améliorer la qualité.

Recherche infirmière, n. f.

Etudes et travaux effectués ou conduits par des infirmières pour trouver une ou plusieurs réponses à des questions sur des faits concrets et sur leurs relations ; ces questions ont trait aux soins et au service infirmiers, à la formation en soins infirmiers et à la profession et à son histoire.

Il s'agit le plus souvent d'une recherche appliquée qui peut être de type descriptif, explicatif, comparatif ou expérimental.

Responsabilité infirmière, n. f.

Engagement pour une infirmière de dispenser les soins infirmiers aux personnes et aux groupes dont elle a la charge.

Une infirmière doit répondre de ses actions et de celles des personnes placées sous son autorité et elle en assume les conséquences.

Cette responsabilité est d'ordre moral (individuel ou professionnel) ou juridique (civil, pénal, administratif).

Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

Ressources, n. f.

Ensemble des moyens et des possibilités d'une personne, de son environnement ou des institutions sanitaires et sociales, lequel peut être mis en oeuvre dans une situation de soin.

Elles peuvent être de nature matérielle, physique, psychique, économique, socio-culturelle, etc.

Rôle propre de l'infirmière, n. m.

Expression désignant le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie et la capacité de jugement et d'initiatives.

Dans ce domaine, l'infirmière est responsable des décisions qu'elle prend et de leur réalisation.

Cf. Fonction infirmière et Responsabilité infirmière.

Cf. Décret du 17.07.1984.

Service infirmier, n. m.

Expression utilisée selon deux acceptions :

1. Ensemble des prestations offertes à la collectivité en fonction de ses besoins de santé par les personnels infirmiers qui déterminent eux-mêmes leur politique de soins.
2. Ensemble des personnels infirmiers diplômés et auxiliaires certifiés, cadres soignants et enseignants. Selon leur qualification, ces personnels sont habilités à donner, gérer et/ou enseigner les soins infirmiers.

L'expression désigne aussi une structure organisée pour la prestation de soins infirmiers et la formation des personnels infirmiers ; cette structure, selon les différents modes d'exercice, peut être de type hospitalier ou extra-hospitalier, établie sur un plan local, régional ou national.

Soins courants, n. m.

Cf. Soins d'entretien et de continuité de la vie.

Soins coutumiers, n. m.

Cf. Soins d'entretien et de continuité de la vie.

Soins curatifs, n. m.

Interventions qui visent à lutter contre la maladie, ses causes, ses conséquences et à supprimer ou à limiter ses manifestations.

Synonyme : soins de réparation.

Soins de base, n. m.

Cf. Soins d'entretien et de continuité de la vie.

Soins d'éducation - Soins éducatifs, n. m.

Interventions qui consistent à offrir à une personne ou un groupe informations, conseils ou assistance pour lui permettre de comprendre ce qui peut maintenir, restaurer, promouvoir sa santé et de modifier ses comportements.

Soins d'entretien et de continuité de la vie, n. m.

Interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement un état de dépendance d'une personne afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de recouvrer son autonomie.

Ils prennent en compte les habitudes de vie, les coutumes les croyances, les valeurs de la personne ou du groupe auquel ils s'adressent.

Ces soins sont généralement désignés improprement par l'expression anglaise nursing qui signifie soins infirmiers.

Synonymes : soins courants, soins coutumiers, soins fondamentaux, soins de base, soins habituels, soins de maintenance.

Soins de maintenance, n. m.

Cf. Soins d'entretien et de continuité de la vie.

Soins de prévention - Soins préventifs, n. m.

Interventions qui concourent à promouvoir la santé et à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des risques de maladie, de handicap, d'accident, en prenant en compte les conditions de vie de l'individu ou du groupe concerné.

Soins de réadaptation, n. m.

Interventions qui visent à prévenir le handicap ou à l'empêcher de s'aggraver, à aider l'individu à reconquérir son indépendance et à favoriser sa réinsertion dans sa communauté de vie (famille, travail, relations).

Soins de réparation, n. m.

Cf. Soins curatifs.

Soins fondamentaux, n. m.

Cf. Soins d'entretien et de continuité de la vie.

Soins habituels, n. m.

Cf. Soins d'entretien et de continuité de la vie.

Soins infirmiers, n. m.

Discipline spécifique visant à offrir à un individu et à une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à leurs besoins de santé.

Ils ont pour objet :

1. de protéger, maintenir, restaurer, promouvoir la santé ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes,
2. de soulager la souffrance et d'assister les personnes dans les derniers instants de leur vie,
3. d'appliquer les prescriptions médicales,
4. de participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en oeuvre,
5. de concourir aux méthodes et à l'établissement du diagnostic,
5. de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie habituel ou nouveau.

On distingue généralement :

- les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie,
- et les soins curatifs ou de réparation.

Ils peuvent être de nature éducative, préventive, technique et relationnelle.

Selon D. Hall, les soins infirmiers sont une 'activité fondamentalement humaine et procèdent à la fois d'un art et d'une science. Ils font appel aux connaissances et aux techniques tant des sciences physiques, médicales et biologiques que des sciences humaines' ('Le point des soins infirmiers'. OMS/EURO).

Soins infirmiers en équipe, n. m.

Expression qui désigne un mode de distribution de soins à un nombre limité de personnes et confiés à une équipe de soignants de qualification différente sous la responsabilité d'une infirmière.

Ces soins sont souvent improprement appelés 'soins en secteur' ou sectorisation.

Soins infirmiers en série, n. m.

Expression qui désigne un mode de distribution de soins répétitifs de même nature, selon la méthode du travail à la chaîne.

Théorie en soins infirmiers, n. f.

Ensemble d'idées, de concepts, de principes ou de connaissances aidant à la compréhension des situations de soins et guidant la pratique soignante.

Construction intellectuelle scientifiquement acceptable, ayant des caractéristiques constantes et pertinentes, et que l'on se propose pour expliquer des faits observés et pour orienter les actions dans la pratique des soins infirmiers.

Les théories en soins infirmiers actuellement les plus connues sont d'origine anglo-saxonne.

Dans la littérature infirmière, on trouve avec des significations voisines : conception, cadre conceptuel.

Usager, n. m.

Cf. Personne soignée.

Ce terme est plus souvent employé dans l'exercice professionnel extra-hospitalier.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA SANTE,
Direction des hôpitaux, Service des personnels et des établissements..

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale porte-parole du gouvernement à Messieurs les commissaires de la République de région, Directions régionales des affaires sanitaires et sociales. (Pour information.) Madame et Messieurs les commissaires de la République de département, Directions départementales des affaires sanitaires et sociales. (Pour exécution).

Non parue au Journal officiel.