

Diagnostics infirmiers et dossier cible pour le malade

Grâce au dossier de soins ciblé aux diagnostics infirmiers et aux plans de soins guides, la qualité des soins peut être améliorée.

Par **Marie-Claude**

Mirernont-Poigt, formatrice au
GRIEPS (Lyon) ; **Jeanne**

Lauroua-Del Perugia, cadre
infirmier supérieur, chargée de
mission pour la mise en place du
diagnostic infirmier, Centre
hospitalier d'Orthez
(Pyrénées-Atlantiques).

Depuis 1978, les professionnelles ont essayé de rendre pratique et utilisable la démarche de soins, mais il faut le reconnaître, avec peu de succès. La réflexion sur les concepts de soins et les formations à la démarche de soins étaient très hétérogènes, vécues en grande partie comme un outil pédagogique utilisé par les IFSI et paraissant inadaptables par les professionnels, car non synthétiques. L'objectif, en 1995, au centre hospitalier d'Orthez, a été de trouver une méthode d'analyse concise, assimilable dans la pratique et d'améliorer la qualité des soins. Grâce au projet d'établissement, du projet du service infirmier, le choix de la formation aux diagnostics infirmiers a permis :

- d'introduire une démarche d'analyse simple;
- de développer un langage commun et précis;
- d'harmoniser nos outils pour induire le raisonnement, coordonner nos actions et évaluer les résultats;
- de mieux cerner nos activités;
- de préparer l'informatisation et la saisie des RSI.

Un dossier de soins ciblé et des diagnostics infirmiers

Actuellement, pour chaque patient qui entre dans l'un des services, est ouvert un dossier de soins comportant quatre types d'outils : une feuille

de données socio-administratives; une feuille de macrocible d'entrée; des diagrammes de soins et la feuille des transmissions ciblées.

Sur la feuille de macrocible d'entrée (connaissance de la personne), sont portées les informations concernant le motif d'hospitalisation, les antécédents à prendre en compte, les traitements habituels, la situation familiale présentée sous forme de géosociogramme, le comportement, les habitudes de vie, les diagnostics infirmiers validés et les hypothèses demandant un complément d'information.

Les soins prescrits, de collaboration et relevant du rôle propre, sont notés sur des diagrammes de soins et les événements et problèmes rencontrés en cours d'hospitalisation sont ciblés. Seuls les diagrammes de soins sont spécifiques à chacune des unités, les autres outils étant communs pour tout l'hôpital.

Lorsque le malade quitte le service, une macrocible de sortie est consignée, servant de fiche de liaison et, dans le futur, à la saisie des RSI. Aujourd'hui, la structuration, la concision et la précision de la transcription de l'information au sujet du malade et l'identification des diagnostics prévalents permettent d'amorcer une réflexion sur la prise en charge du patient et d'élaborer des plans de soins guides pour améliorer la qualité des interventions.

Deux années pour élaborer les outils et intégrer le raisonnement diagnostique

Dans la stratégie retenue pour mener le projet :

- une formation pluriannuelle (GRIEPS);
- la nomination d'un cadre supérieur missionné afin d'assurer le suivi et la

coordination de la démarche diagnostique. Parallèlement, le chef de projet a conservé sa fonction d'encadrement de l'unité de moyen séjour et assure les remplacements de l'infirmière générale.

La formation proposait trois grands axes : - formation d'un groupe référent, composé d'une à deux infirmières par service. Le choix des référents par les cadres s'est fait à partir de critères définis avec le formateur, dont le volontariat autant que possible et une ancienneté professionnelle d'au moins trois ans (1);

- guidance pour le transfert des acquis dans la pratique, avec des suivis dans les unités;

- accompagnement des cadres dans le pilotage du changement.

Souffrances et plaisirs

Bien entendu, le chemin a été parsemé des habituels questionnements, craintes, résistances, de tout processus de changement. Il a fallu faire le deuil de ses outils et accepter d'intégrer des savoirs et des compétences nouvelles. Passer de la démarche de soins aux diagnostics infirmiers... quelle gageure! Utiliser le raisonnement diagnostique, cela signifie inférer des hypothèses et procéder à leur validation ou invalidation. Certains sont portés à transcrire ou transmettre de simples constats plus que le résultat de leur analyse. Ceci est d'autant plus vrai qu'on s'intéresse à la dimension psychosociale de la personne. La difficulté à donner du sens aux comportements observés ou à faire clarifier les paroles de la personne soignée se camoufle derrière des remarques telles que celle-ci : « *mais ne risquons-nous pas d'aller trop loin dans l'intimité des gens ?* ». Parfois, les infirmières ignorent le problème, si elles n'ont pas ou ne se reconnaissent pas les compétences à intervenir sur ce problème. L'entretien d'aide et la connaissance de certaines techniques psychocorporelles trouvent ou retrouvent alors un sens nouveau et une place auprès des soins techniques. Outre ces difficultés, remettant en cause l'infirmière dans son professionnalisme, des difficultés maté-

(1) Benner P., *De novice à expert*.

rielles et fonctionnelles ont aussi plus ou moins freiné l'avancée du projet (supports pour diagramme, achat des ouvrages, la non sectorisation de certaines unités). Mais le paysage découvert au bout du chemin difficile a bien des charmes. La rédaction des transmissions est plus rapide et la lecture ou la recherche d'une information facilitée. L'encadrement infirmier et les soignants soulignent également le développement du professionnalisme avec l'émergence d'un vocabulaire commun, la description plus précise des problèmes et l'amélioration du suivi, grâce à la notation systématique des résultats. Avoir réussi une harmonisation des outils et avoir cheminé ensemble, facilitent la prise de poste lors des changements de service aussi bien pour l'infirmière que pour l'aide-soignante. Un gain de temps dans les transmissions orales et la possibilité de quitter à l'heure a été aussi noté par certains services. Pour d'autres, la satisfaction est dans le diagramme élaboré, perçu comme particulièrement fonctionnel et utilisé comme référence unique pour préparer, distribuer, effectuer les soins, tout en permettant une vision globale de la charge en soins de chaque patient.

Si c'était à refaire...

A ce stade et avec un certain recul, nous avons identifié certains « facteurs clés » de la réussite du projet. Pour ces « facteurs », nous avons repris les éléments qui ont été facilitants dans la stratégie suivie au sein du Centre hospitalier d'Orthez et ceux qui auraient été à promouvoir.

Les éléments stratégiques facilitants

Le projet d'implantation du raisonnement était une priorité institutionnelle, soutenue explicitement par le directeur général et la directrice des soins infirmiers. Des moyens ont été accordés pour une formation pluriannuelle.

La nomination d'un chef de projet a permis la coordination dans le suivi inter-session et favorise la mise en oeuvre entre les séquences de formation.

D'autre part, le chef de projet joue un rôle important de médiateur entre le corps soignant, le corps médical, l'administration, la direction et les différents services techniques. Le fait de rester cadre d'une unité pendant la mission permet de rester pragmatique et d'évoluer avec les professionnels. Assurer le remplacement de l'infirmière générale favorise la vision globale et le positionnement hiérarchique.

Les infirmières référentes ont assumé leur rôle sur la durée totale du projet et ont fait preuve d'une grande motivation et de constance dans l'implication.

Les cadres infirmiers se sont impliqués dans le pilotage du changement. La stratégie a inclu toutes les unités urgences, médecine, chirurgie, moyen séjour, long séjour, maison de retraite (sites d'Orthez et de Mourenx), pédiatrie, neurologie, réadaptation fonctionnelle, neurologie, cardiologie. Ceci a facilité la connaissance et le passage à l'écriture des diagnostics infirmiers, la mise en commun et la réalisation des outils, en tenant compte du trajet suivi par le patient, pour harmoniser les

supports et leur donner du sens.

La présence d'un formateur externe permet d'avoir un « regard neuf » sur sa pratique et son fonctionnement et favorise ainsi les remises en cause. D'autre part, son expertise sur le thème et son expérience le rendent apte à jouer un rôle de conseil.

Les éléments stratégiques à promouvoir

- La prévision d'un budget de fonctionnement afin de permettre l'achat d'ouvrages nécessaires pour la connaissance des diagnostics infirmiers mais aussi de moyens lors de la mise en oeuvre, impression des diagrammes, supports fonctionnels, tenant compte des choix (diagramme dans la chambre, sur le chariot, dans le dossier de soins).

- Le détachement complet du chef de projet sur la mission pour une totale disponibilité est à favoriser, car il est difficile d'être à la fois sur des fonctions stratégiques et opérationnelles.

- Une meilleure connaissance de la part des médecins de la fonction infirmière telle que définie par les textes améliorerait peut-être l'évolution des représentations des uns et des autres vers le partenariat et la complémentarité.

- La mission des référents exigeant un travail important, réalisé en partie sur du temps personnel et non pris en compte, peut mener à de la démotivation. Il serait donc souhaitable de prévoir une « enveloppe temps » afin de compenser le travail réalisé en dehors des heures de service.

- Faire le choix de reporter dans le temps des projets non prioritaires afin de permettre aux cadres d'être disponibles sur ce projet.

Dans le changement d'identité qu'implique l'investissement du rôle propre infirmier, le cadre a un rôle fondamental. Pour Josette Hart, les infirmières ont tendance à investir « *le faire des soins* » dans l'unité alors qu'elles valorisent le « prendre soin » en situation de formation. Pour expliquer cette attitude paradoxale, elle fait référence à la théorie de Pierre Collette de « plausibilité » et de « masse critique ». En situation de formation sur le diagnostic infirmier, l'influence du formateur augmente la masse critique et le groupe construit sa mas-

Définitions

* **La transmission ciblée** est une méthode d'organisation de l'information dont la finalité est de mettre en évidence les problèmes présentés par le malade. L'information est structurée en « cible » (événement ou problème de la personne) ; « données » (décrivent, précisent la cible);

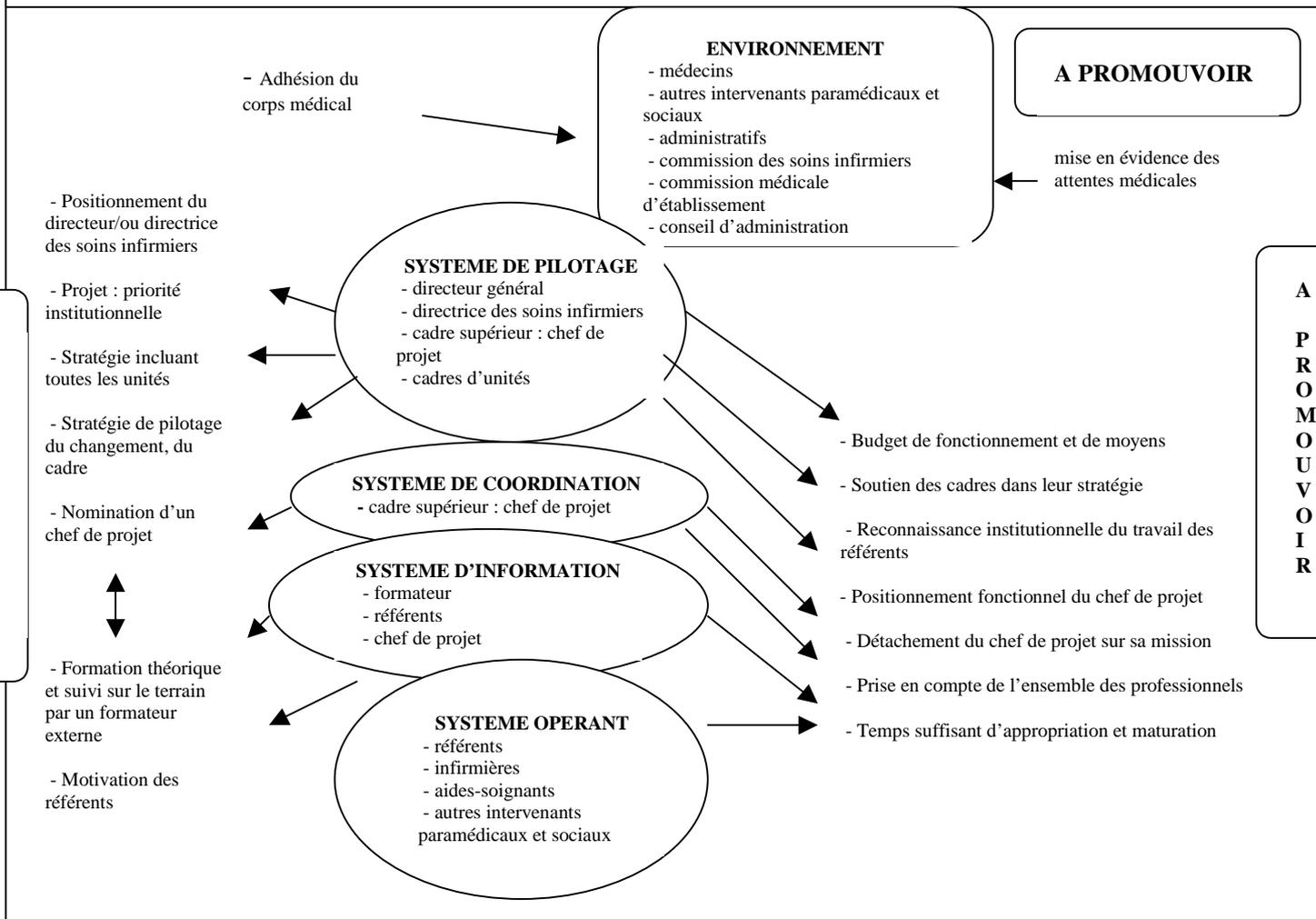
« actions » (concernent les actions menées ou à réaliser) et les « résultats » (décrivent les données nouvelles, suite aux actions)..

* **Le diagramme de soins** est un tableau individuel, comportant l'ensemble des soins spécifiques au service, sur lequel sont programmés puis cochés

lors de la réalisation, les soins pour chaque malade.

* **La macrocible** présente la situation du malade de manière synthétique à des moments clés de l'hospitalisation : l'admission, au départ et retour du bloc, lors d'un transfert ou à sa sortie.

Eléments facilitant et à promouvoir : modélisation (inspiré de Le Moigne)



se de plausibilité, c'est-à-dire que la plupart des infirmières sont d'accord pour adopter l'identité du « prendre soin ». Mais lorsqu'elles retournent dans le service sous l'influence du médecin et des collègues, c'est « le faire des soins » qui sera valorisé. Cependant Pierre Colletterte a émis l'hypothèse que le cadre, en tant que leader, peut constituer un élément fort de la masse critique propice au changement et ce, d'autant plus que sa crédibilité dans le système est élevée (2).

Concevoir la formation dans « un système projet »

Inspirés par le modèle systémique de Le Moigne, nous avons replacé les acteurs importants du projet à l'intérieur de cinq sous-systèmes : « système de pilotage » ; « système de coordination » ; « système d'information » ; « système opérant » et « environnement ». Ensuite, nous avons relié chacun des éléments « facilitants » et « à promouvoir » au sous-système qui le concernait. Cette modélisation (cf. ci-dessus) met en évidence que la majorité des fac-

teurs « facilitants » et « à promouvoir » émane du « système de pilotage » et du « système de coordination » et non, vers le « système opérant », public cible de la formation. Ceci montre bien l'importance de concevoir la formation dans un système projet, pour induire le changement grâce à l'évolution des représentations de l'individu et des normes du groupe.

Un partenariat réussi... au service du malade

Le projet n'aurait pu être réalisé sans un projet d'établissement, la volonté de la direction, de l'infirmière générale, le travail des référents des cadres et de l'ensemble du personnel. De plus, un véritable partenariat entre le chef de projet et le formateur, a rendu possible l'évaluation progressive et les réajustements du projet de formation. Ce partenariat a été favorisé par la proximité des valeurs et idées des deux partenaires et un respect mutuel des rôles dans une perspective de complémentarité. Ce projet suppose beaucoup d'énergie à donner, d'où l'importance de

laisser « du temps au temps ». L'apprentissage du raisonnement diagnostique est difficile pour certains. D'autre part, la compréhension, la connaissance d'une méthode, n'est pas la capacité à l'utiliser au quotidien dans sa pratique. De plus, le mouvement itératif, entre apports théoriques et création, utilisation des outils, a autorisé l'appropriation progressive du raisonnement diagnostique.

Enfin, la mise en pratique des diagnostics infirmiers a induit une réflexion sur le fonctionnement et l'organisation au sein de l'hôpital. Reste maintenant à enraciner et consolider les acquis nouveaux, à mettre en place une stratégie de suivi et d'auto-évaluation, et le passage à l'informatisation du dossier de soins est aujourd'hui tout à fait réalisable.

(2) Hart J., De la crise identitaire aux stratégies de changement chez les infirmières, in *Gestions hospitalières*, avril 1996, p. 301. « La structure de plausibilité est définie comme la structure identitaire de référence qui légitime les façons de penser et de faire des professionnels. Pierre Colletterte décrit la masse critique comme étant composée d'acteurs qui exercent une influence supérieure aux autres sur une situation.