

2012

# Le dossier de soins : contenu, utilisation, évaluation

Amélioration des pratiques  
professionnelles paramédicales

ES  
D  
I  
U  
G

## Sommaire

<b>Résumé.....</b>	<b>2</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Identification des éléments à prendre en considération pour la formalisation des recommandations .....</b>	<b>6</b>
1.1. Enjeux pour les patients, les professionnels et les établissements de santé .....	6
1.2. Cadre de référence.....	6
1.2.1 Historique.....	6
1.2.2 Cadre réglementaire .....	7
1.2.3 Qu'est ce que la traçabilité ? .....	8
<b>2. Recommandations .....</b>	<b>9</b>
2.1. Stratégie d'implantation du dossier de soins .....	9
2.2. Forme du dossier de soins .....	11
2.3. Traçabilité dans le dossier de soins.....	12
2.3.1 Principes généraux.....	12
2.3.2 Eléments de traçabilité dans le dossier de soins .....	13
2.4. Evaluation de la tenue du dossier de soins .....	20
2.5. Management du dossier de soins.....	22
2.6. Archivage.....	24
<b>Conclusion .....</b>	<b>25</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>26</b>
<b>Sigles .....</b>	<b>28</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>29</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>31</b>
<b>Groupe de travail .....</b>	<b>40</b>
<b>Groupe de lecture .....</b>	<b>40</b>

## Résumé

Le dossier de soins est un document nominatif, personnalisé pour chaque patient, regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il est renseigné par les professionnels paramédicaux et sociaux et fait partie intégrante du dossier du patient.

Il constitue un outil au service de la sécurité et de la qualité des soins pour les patients et pour les professionnels. La qualité de la traçabilité des données présente également des enjeux de professionnalisation et d'amélioration des pratiques.

La tenue et l'évaluation du dossier de soins ont fait l'objet de diverses réglementations et recommandations, notamment de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elles font partie des missions des directions des soins.

Le document « Le dossier de soins : contenu, utilisation, évaluation » fournit des informations et recommandations permettant aux établissements de santé d'implanter, d'améliorer et d'évaluer le contenu du dossier de soins qu'il soit sur support papier ou informatique.

**Mots clés** : dossier de soins, dossier du patient, traçabilité, évaluation.

Les sujets d'amélioration des pratiques professionnelles paramédicales (APPP) sont déterminés et les documents élaborés en concertation avec les professionnels.

Les recommandations permettront, en tant que de besoin, d'harmoniser les pratiques régionales.

**Décembre 2012**



## Introduction

Le dossier de soins est un document nominatif, personnalisé pour chaque patient, regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée.

Outil de travail (papier ou informatique) il permet :

- d'organiser les soins et leur continuité ;
- de prodiguer des soins adaptés aux patients ;
- et de coordonner les actions entre les différents professionnels.

L'ensemble des acteurs qui dispense des soins (infirmiers, de rééducation, médico-techniques) y transcrit des informations complètes et les plus fiables possible. Il contribue ainsi à la prise en charge paramédicale, médicale et sociale des patients.

Élément constitutif du dossier patient, le dossier de soins comporte les informations propres aux prises en charge des paramédicaux et complète, enrichit, les informations contenues dans le dossier médical.

Il est une source d'information, de transmission de données et possède une valeur juridique primordiale grâce à une traçabilité pertinente.

Les objectifs du dossier de soins :

- transcrire tous les éléments relatifs au rôle propre infirmier, au projet de soins et permettre le suivi du patient<sup>1</sup> ;
- coordonner les actions de soins des paramédicaux (infirmiers<sup>2</sup>, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, kinésithérapeutes, diététiciens.....) autour d'objectifs communs ;
- tracer les prises en charge (PEC) pour assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins ;
- apprécier l'évolution de l'état de santé du patient ;
- coordonner les parcours patients (dont le suivi du patient en intra et extra hospitalier) ;
- faciliter l'intégration des professionnels ;
- donner des informations aux patients et à leur entourage conformément à la réglementation<sup>3</sup> ;
- disposer de données relatives aux soins et aux prises en charge des patients permettant une analyse a posteriori pour améliorer les pratiques et développer les opportunités de recherche en soins ;
- compléter le Programme de médicalisation des systèmes d'Information (PMSI) grâce à la pertinence de la traçabilité.

En lien avec la prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle des patients, l'appellation « dossier de soins infirmiers » a été abandonnée pour celle de « dossier de soins » puis aujourd'hui de dossier patient (DPA). Nous écrivons régulièrement dans ce document « dossier de soins » pour plus de clarté, mais il s'agit bien du DPA.

---

<sup>1</sup> Article R.4312-28 du Code de la santé publique (CSP)

<sup>2</sup> Infirmiers : lire partout « infirmiers et infirmières »

<sup>3</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et Articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP

Les évolutions du dossier de soins s'accroissent avec :

- les nouvelles prises en charge des patients ;
- les organisations de travail nécessitant d'optimiser les temps de traçabilité ;
- la judiciarisation ;
- l'émergence du DPA ;
- l'informatisation.

C'est dans ce contexte évolutif que les directeurs des soins - conseillères technique et pédagogique de l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France ont souhaité, via un groupe de travail, formaliser des recommandations régionales relatives au contenu, à l'utilisation et à l'évaluation du dossier de soins.

Les recommandations portent prioritairement sur la qualité de la traçabilité dans le dossier de soins. D'une part, celle-ci relève de la responsabilité des professionnels paramédicaux et d'autre part, les enjeux sont primordiaux en termes de qualité, continuité, sécurité, recherche en soins et amélioration des pratiques professionnelles.

Ces recommandations sont davantage centrées sur le dossier de soins en établissement de santé. Cependant, la traçabilité des soins est également une nécessité pour les professionnels exerçant dans le secteur ambulatoire. L'ANAES<sup>4</sup> a formalisé en 2004 un référentiel d'auto-évaluation des pratiques en soins infirmiers relatif à la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile<sup>5</sup>.

Le document comprend deux parties. La première concerne l'identification des éléments à prendre en considération pour la formalisation des recommandations. La seconde partie détaille les recommandations pour l'implantation, la forme, le contenu, l'évaluation, le management et l'archivage du dossier de soins.

---

<sup>4</sup> ANAES : Agence nationale d'accréditation des établissements de santé, n'existe plus à part entière, elle a été regroupée, avec d'autres commissions, au sein de la Haute autorité de santé (HAS) en 2004

<sup>5</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/dossier\\_soins\\_infirmiers\\_du\\_malade\\_a\\_domicile\\_referentiel\\_2004\\_2010-10-05\\_15-38-55\\_142.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/dossier_soins_infirmiers_du_malade_a_domicile_referentiel_2004_2010-10-05_15-38-55_142.pdf)

# 1. Identification des éléments à prendre en considération pour la formalisation des recommandations

## 1.1. Enjeux pour les patients, les professionnels et les établissements de santé

Le dossier de soins est indispensable pour assurer 24h sur 24 la continuité des soins et grâce à une traçabilité des informations structurées, objectives, actualisées, il permet de dispenser des soins de qualité, en toute sécurité pour les patients et leur entourage.

Le contenu du dossier de soins contribue à rendre visible et à reconnaître l'activité des professionnels paramédicaux. Les écrits montrent :

- la prise en charge qu'ils assurent auprès des patients, des familles et de leurs proches ;
- leurs compétences ;
- leur apport singulier dans la prise en charge des patients.

La formalisation dans le dossier de soins a également une portée pédagogique pour les étudiants car elle contribue à l'intégration des connaissances et à la professionnalisation.

## 1.2. Cadre de référence

### 1.2.1 Historique

Le dossier de soins fait son apparition dans les hôpitaux français au début des années 1970. A partir de 1978, les textes réglementaires ont incité à la constitution de « dossiers de soins infirmiers » ; « En passant de la transmission orale à l'écrit la connaissance infirmière a ainsi progressivement structuré l'identité professionnelle infirmière »<sup>6</sup>.

Le recueil, la transcription des données et des actes de soins dans le dossier de soins sont intégrés au rôle propre de l'infirmier depuis 1984.

En 1985, Danielle Vaillant, Infirmière générale - conseillère technique nationale à la Direction des hôpitaux fonde la collection des guides du service infirmier publiée par le ministère de la santé. Le premier de la série est consacré au dossier de soins. Il est défini dans cette publication comme « 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 soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Ce dossier a pour but d'améliorer : la qualité des soins, l'efficacité, la continuité, la sécurité et l'organisation des soins »<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> GLORIEUX P, Du dossier de soins au dossier patient : un enjeu pour le directeur des soins, mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, 2004

<sup>7</sup> A partir de : GLORIEUX P, Du dossier de soins au dossier patient : un enjeu pour le directeur des soins, mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, 2004

Les directions de soins ont travaillé en collaboration avec les infirmiers et l'ensemble des paramédicaux pour structurer et implanter le dossier de soins au sein des établissements de santé et optimiser la traçabilité des soins dispensés.

On retrouve dès 1999 dans les manuels d'accréditation de l'ANAES, la notion de dossier de patient unique.

L'ANAES spécifiait également :

« Les divers éléments du dossier de soins paramédical font partie du dossier du patient et sont archivés avec celui-ci. Article R. 1112-2 du Code de la santé publique (CSP) »<sup>8</sup>.

La HAS définit aujourd'hui sur son site Internet le dossier du patient comme suit :

« Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients.

Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus »<sup>9</sup>.

Aujourd'hui, pour la certification des établissements de santé, la gestion du dossier patient et l'accès du patient à son dossier sont des Pratiques exigibles prioritaires (PEP)<sup>10</sup>.

Les infirmiers ont su faire évoluer le « dossier de soins infirmiers », aujourd'hui partie intégrante d'un seul et unique dossier patient. Non seulement le dossier de soins est ouvert à l'ensemble des paramédicaux diplômés et étudiants, mais aussi aux professionnels sociaux-éducatifs. Il va vers plus d'interprofessionnalité qui favorisera une meilleure coordination des soins et des réseaux.

Des établissements réalisent l'évaluation du dossier de soins annuellement depuis de nombreuses années et s'appuient sur les résultats pour l'amélioration des pratiques professionnelles, de la traçabilité et des supports.

## 1.2.2 Cadre réglementaire

L'article R. 4311-3 du CSP relatif au rôle propre des infirmiers, précise que celui-ci « ...identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer avec les membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ».

<sup>8</sup> ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Dossier du patient : réglementation et recommandations. Service évaluation des pratiques, juin 2003, page 6

<sup>9</sup> HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_438115/dossier-du-patient](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/dossier-du-patient)

<sup>10</sup> HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avril 2011



L'article R. 1112-2 du CSP précise le contenu du dossier médical où des éléments relatifs au dossier de soins sont retrouvés.

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1. les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier et notamment :
  - a) la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission;
  - b) les motifs d'hospitalisation;
  - c) la recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
  - d) les conclusions de l'évaluation clinique initiale,
  - e) le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée,
  - f) la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences,
  - g) les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie,
  - h) les informations sur la démarche médicale (...),
  - i) le dossier d'anesthésie,
  - j) le compte rendu opératoire ou d'accouchement,
  - k) le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire,
  - l) la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel (...),
  - m) les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires,
  - n) le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers,
  - o) les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé,
  - p) les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
2. les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :
  - a) le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie,
  - b) la prescription de sortie et les doubles d'ordonnances de sortie,
  - c) les modalités de sortie (domicile, autres structures),
  - d) la fiche de liaison infirmière ».

Différents textes comportent des éléments réglementaires relatifs à la traçabilité dans le DPA et à la communication des informations aux patients (cf. annexe 1).

### 1.2.3 Qu'est ce que la traçabilité ?

On trouve facilement des définitions et des normes relatives à la traçabilité pour les produits industriels, agricoles et commerciaux (du fait des enjeux en termes de protection de la santé, d'économie et d'écologie).

La HAS<sup>11</sup>, donne la définition suivante : « *Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit ou d'un processus au moyen d'informations et d'identifications enregistrées* ».

Une autre définition de la traçabilité est formulée par la HAS<sup>12</sup> : « *Possibilité de retrouver, dans un système, une liste d'informations déterminées attachées à un ou plusieurs éléments du système pour expliquer ses défaillances* ».

L'écriture engage les professionnels à faire ce qui est écrit et tracer ce qui a été fait.

« *Ecrire les pratiques professionnelles n'est donc pas seulement une garantie que l'on prend pour mettre en œuvre ce qui doit ne pas demeurer au seul stade de projet mais participe d'une responsabilité professionnelle* »<sup>13</sup>.

Il est nécessaire de rappeler que tout ce qui n'est pas tracé est considéré comme non fait, ce qui peut avoir des conséquences en termes de responsabilité dans le cadre d'une procédure judiciaire. Le dossier de soins a une valeur juridique.

La traçabilité de la prise en charge permet d'étudier, notamment, via des Evaluations des pratiques professionnelles (EPP), des Programmes hospitaliers de recherche Infirmière et paramédicale (PHRIP), la pertinence des soins paramédicaux et favorise ainsi la construction d'une science infirmière et paramédicale. Elle contribue au processus de professionnalisation, de capitalisation des savoirs utiles à l'amélioration continue de la qualité des soins.

## 2. Recommandations

Les recommandations concernent la stratégie d'implantation, la forme du dossier de soins, la traçabilité, le management, l'évaluation et l'archivage (cf. synthèse annexe 2).

### 2.1. Stratégie d'implantation du dossier de soins

Il est obligatoire de disposer d'un dossier de soins. Son implantation relève des missions des directeurs des soins.

L'implantation d'un dossier de soins nécessite l'implication de tous les acteurs de la structure hospitalière : paramédicaux, médicaux et administratifs. Son inscription dans le projet d'établissement témoigne de la volonté de la direction d'en faire une priorité. La prise de conscience des enjeux pour l'amélioration de la prise en charge des patients, pour la responsabilité de l'établissement, mais également pour chaque professionnel est essentiel pour que ces derniers s'impliquent.

Les outils d'une démarche projet sont mis en place :

<sup>11</sup> HAS, Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments, juillet 2011, page 131

<sup>12</sup> HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avril 2011, page 95

<sup>13</sup> LABBE Philippe, De l'incidence des NTIC sur l'écriture professionnelle à l'hôpital... Soins encadrement-formation n°31-3<sup>ème</sup> trimestre 1999, page 27

- budgétisation des moyens humains et financiers ;
- nomination d'un chef de projet garant de la tenue du calendrier et de la réalisation effective de l'implantation du dossier de soins ;
- mise en place d'un groupe de pilotage. Il est composé (de manière optimum) du : directeur des soins, directeur d'établissement, président de la CME, médecin de la direction de l'information médicale, responsable du système informatique, membre du Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), représentants des différents corps de métier, représentants des usagers, représentants des centres de formation (directeurs d'instituts, formateurs, étudiants) et des universités partenaires ;
- constitution de groupes de travail soit par secteurs d'activité, soit en fonction de thématiques particulières et qui sont animés par des cadres ;
- implication du management de proximité et de pôle essentielle pour la réussite de l'implantation et au-delà pour faire vivre au quotidien le dossier de soins. L'encadrement communique au niveau des équipes de façon régulière sur l'avancée du projet d'implantation.

Les étapes de la démarche projet sont respectées :

- phase de réflexion. Il convient d'établir un diagnostic interne de l'existant (points forts, points faibles). L'organisation de réunions pluriprofessionnelles permet de s'accorder sur les concepts de soins qui sous-tendent les activités, d'écrire les valeurs partagées et d'appréhender la logique du dossier de soins. Les instituts de formation et les universités partenaires sont conviés à ces réunions. Parallèlement, des formations sont réalisées afin de s'assurer que l'ensemble du personnel paramédical, médical, administratif, maîtrise la réglementation relative au dossier de soins selon l'exercice professionnel. Ces formations visent à renforcer les compétences des professionnels au raisonnement clinique infirmier et paramédical ;
- phase d'élaboration des propositions sous la forme de cahiers des charges. Elle se fait par l'intermédiaire des différents groupes de travail. Un benchmarking peut être réalisé afin de s'enrichir d'expériences d'autres établissements. Il convient de réfléchir aux attributions des habilitations permettant aux professionnels de lire ou d'écrire dans tout ou partie du document ;
- phase de décision, du choix des solutions techniques et organisationnelles. C'est le rôle du directeur des soins en lien avec le directeur de l'établissement. Ils arrêtent d'autant plus facilement la décision que le travail en amont a été de qualité. Les différentes instances :
  - Commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques,
  - Commission de relation avec les usagers,
  - Commission d'hygiène de sécurité et des conditions de travail,
  - Comité technique d'établissement,
  - Commission médicale d'établissement, sont tenues informées ;
- mise en œuvre et accompagnement du projet. Des référents sont nommés sur la base de leur motivation et compétences. Ils accompagnent les professionnels à l'utilisation du dossier de soins, recensent les difficultés, recherchent des solutions etc. Le choix d'avoir des unités test ou de déployer l'outil par phases successives dans les services (déploiement en sifflet) ou d'opter pour un déploiement en « big-bang » (d'emblée sur tout l'établissement), dépend d'une stratégie tenant compte de la taille de l'établissement, des moyens humains et financiers dont il dispose. Un ou des groupe(s) de suivi de projet est constitué, composé à minima des référents et des représentants des différentes professions afin de faire remonter les difficultés et d'envisager les mesures correctrices, qu'elles soient techniques, communicationnelles ou nécessitant des formations complémentaires.

Un guide d'utilisation est rédigé par un groupe pluriprofessionnel.

## 2.2. Forme du dossier de soins

La forme importe moins que la qualité de la traçabilité.

Bien que la tendance soit à l'informatisation, le dossier de soins, quel que soit le support utilisé, papier ou informatique, doit répondre à certains critères :

- sa forme et sa structuration sont harmonisées dans un même établissement afin de faciliter la traçabilité et la lecture par tous les professionnels ;
- sa lecture permet de suivre le parcours du patient.

L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier<sup>14</sup>.

Nous constatons plusieurs intérêts à l'informatisation :

- c'est aujourd'hui un facteur important d'attractivité et de fidélisation pour les professions paramédicales ;
- de nombreux rapports expliquent qu'un logiciel pertinent sécurise les étapes de la prise en charge des patients ;
- un logiciel répondant aux critères ci-dessous facilitera la traçabilité des professionnels (ces critères ne sont pas exhaustifs, mais incontournables).

Les critères à prendre en compte pour l'informatisation du dossier de soins :

- prévoir des transmissions narratives. Des champs de textes libres favorisent une richesse de l'écriture professionnelle avec la possibilité d'analyse d'une situation clinique de patient (repérage du jugement clinique). Ceci permet également d'effectuer de la recherche paramédicale qualitative ;
- favoriser :
  - des temps de connexion et d'accès aux différentes parties du dossier de soins rapides et sécurisés,
  - l'ergonomie (dont le moins de clics possible),
  - les menus à cocher, les listes déroulantes de manière adaptée (par exemple pour sélectionner un diagnostic infirmier),
  - les reports de valeurs et le déversement automatique des données issues des appareils biomédicaux dans le DPA : mesures des paramètres, par exemple, se reportant directement dans la feuille de surveillance ou « pancarte ». L'enjeu est d'éviter le recopiage de données cliniques, biologiques etc.,
  - la lisibilité des pages (dont la police assez grande : minimum 12) afin d'éviter des erreurs liées à une difficulté de lecture (exemple : prescriptions médicamenteuses) ;
- intégrer :
  - des plans de soins guide, des protocoles de soins, des échelles validées (exemples : évaluation de la douleur, des risques d'escarres...),
  - une évaluation automatique de la charge en soins (exemple : les Soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS)) ;
- formaliser :
  - des habilitations et les communiquer (notamment les infirmiers de l'équipe de suppléance (« pool ») et les intérimaires doivent avoir accès au DPA et tracer sans difficulté),
  - un guide d'utilisation, mis à disposition des professionnels,

<sup>14</sup> Article 1316-3 du Code civil

- des procédures dégradées en cas de panne informatique, notamment, avoir accès à tout moment aux prescriptions médicales, grâce à une sauvegarde informatique régulière ou autre processus ;
- disposer du matériel en quantité et qualité suffisante, afin que les professionnels puissent tracer en temps réel (exemple : postes fixes et mobiles, tablette sur le chariot de médicaments pour tracer l'administration médicamenteuse au lit du patient) ;
- organiser la formation à l'utilisation du logiciel pour les nouveaux professionnels, les intérimaires et les étudiants paramédicaux.

### 2.3. Traçabilité dans le dossier de soins

La traçabilité dans le dossier de soins peut prendre des formes différentes : narratives (ex. description de l'état clinique et/ou d'un comportement), structurée à partir de nomenclatures reconnues (ex. diagnostics infirmiers), graphique (ex. courbe de pression artérielle), mais complémentaires. Les éléments contenus dans le dossier de soins doivent permettre d'identifier clairement l'état de la personne et son évolution.

#### 2.3.1 Principes généraux

- Connaître la réglementation relative à l'exercice professionnel inscrite dans le Code de la santé publique (CSP) (actes de soins, droits et devoirs des professionnels), des textes relatifs aux droits des patients sont les références pour assurer une traçabilité pertinente dans le dossier de soins ;
- Les règles de bonnes pratiques et la réglementation en matière de traçabilité doivent être connues (exemples : ne pas recopier une prescription médicale, respecter la chronologie des écrits qui sont horodatés etc.) ;
- définir les habilitations (rôle et responsabilités des professionnels : accès au DPA, modalités de traçabilité ...) ;
- favoriser la traçabilité de tous les professionnels et étudiants paramédicaux dans le dossier de soins ;
- commencer la traçabilité dès le début de la prise en charge du patient, de son entrée à sa sortie ;
- organiser un processus continu de traçabilité (éviter les points de rupture) pour toutes les étapes de la prise en charge du patient et tout au long de son parcours ;
- utiliser un vocabulaire professionnel, précis et adapté ;
- tracer en temps réel :
  - la date, l'heure, le nom, le prénom et le statut du professionnel de santé ayant effectué les soins et les observations,
  - la signature de tous les actes et observations,
  - les soins du rôle propre et sur prescription médicale, les évaluations des actions de soins et les événements indésirables constatés ;
- formaliser des plans ou projets de soins à partir de l'analyse des besoins du patient, (projet de vie, selon le secteur de prise en charge) ;
- définir la fréquence minimale de traçabilité. Ce travail est effectué par la direction des soins avec les équipes soignantes (à titre d'exemple, la réalisation des soins et l'administration des traitements en temps réel et les observations du patient une fois par équipe en court séjour) afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins ;
- organiser la formation initiale et continue des professionnels

paramédicaux à la traçabilité.

La qualité de la traçabilité permet d'expliquer, de justifier la prise en charge des patients :

- d'un point de vue juridique lors d'une enquête, d'une inspection, d'un recours, d'une réclamation ou d'une plainte d'un patient et/ou de son entourage ;
- mais aussi en vue de la certification des établissements de santé (mise à disposition des experts visiteurs de la HAS d'éléments de preuve), des audits (du DPA), des études de charge en soins, etc.

### 2.3.2 Eléments de traçabilité dans le dossier de soins

Cette présentation est faite dans le tableau 1, en partant de la prise en charge du patient, de son admission à sa sortie, en se posant la question des éléments incontournables à tracer<sup>15</sup>.

Certains éléments sont communs à tous les secteurs de prise en charge et d'autres plus spécifiques selon que le patient est accueilli en Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), Soins de suite et de réadaptation (SSR), Soins de longue durée (SLD), Hospitalisation à domicile (HAD), psychiatrie, pédiatrie, hôpital de jour, consultations, etc.

---

<sup>15</sup> Le tableau ci-après est inspiré du référentiel d'évaluation 2011 du dossier de soins de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) dans QUALHAS (plateforme internet sécurisée), voir chapitre sur l'évaluation du dossier de soins

Le tableau 1 ci-dessous peut servir de référentiel pour l'évaluation du dossier de soins.

Tableau 1. Eléments de traçabilité dans le dossier de soins (1)	
Eléments relatifs à l'entrée	Précisions
<b>Les renseignements administratifs</b>	<p>Etiquette : nom patronymique, prénom, date de naissance, sexe, numéro du séjour.</p> <p>IPP : identification permanente du patient.</p> <p>Adresse : du domicile ou de la structure d'hébergement (maison de retraite, centre d'accueil,...).</p> <p>Date d'entrée.</p> <p>Pôle, service.</p> <p>Personne à prévenir : nom, adresse, n° de téléphone, liens de parenté (enfant, mère...).</p> <p>Personne de confiance</p>
<b>Les éléments réglementaires</b>	<p>Ils sont définis dans le guide d'utilisation propre à chaque hôpital : anonymat, patient mineur, patient hospitalisé sous contrainte, sous X et/ou sous secret, patient gardé à vue, militaire, mesures de protection juridique (tutelle...).</p> <p>Inventaire.</p>
<b>Le motif d'hospitalisation</b>	<p>Les professionnels paramédicaux peuvent écrire dans le dossier de soins le motif d'hospitalisation, voire le diagnostic médical, en contrôlant la fiabilité des informations auprès du médecin ou dans le dossier médical.</p>
<b>Le Recueil de Données Initial (RDI)</b>	<p>Le RDI correspond aux données recueillies lors des 24 premières heures de l'admission. Il comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la description de la personne soignée en s'appuyant sur l'observation et l'examen clinique réalisés par l'infirmière (dont le poids et la taille) et l'analyse de ses besoins : mobilité, communication, élimination, respiration etc. Il est possible d'utiliser un modèle conceptuel en soins (ex. le modèle de Virginia Henderson mais il en existe d'autres) ;</li> <li>- l'évaluation de la douleur et des risques (ex. escarre, chute, dénutrition etc.) ;</li> <li>- le mode de vie (habitudes d'hygiène, consommation de tabac, drogues, alcool...), les attentes du patient (croyances, rites...) ;</li> <li>- les éléments enrichissant les données médicales.</li> </ul> <p>L'analyse de l'ensemble de ces informations permet à l'infirmier d'identifier les problèmes de santé.</p> <p>Le RDI peut être présenté sous forme d'une macro-cible d'entrée si les infirmiers utilisent les transmissions ciblées.</p> <p>Le RDI est actualisé (réajusté) en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient et de la durée du séjour.</p>

Tableau 1. Eléments de traçabilité dans le dossier de soins (2)

Eléments relatifs au séjour	Précisions
<p><b>Les problèmes de santé et/ou cibles et/ou diagnostics infirmiers</b></p>	<p>Les problèmes de santé (réels et/ou potentiels) et/ou cibles et/ou diagnostics infirmiers comportent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les signes (éléments objectifs), les symptômes (éléments subjectifs), les facteurs favorisants, qui permettent de les identifier ;</li> <li>- la formalisation du problème de santé qui peut être retrouvé sous forme de cible en cas de transmissions ciblées.</li> </ul> <p>Des nomenclatures peuvent être utilisées pour les diagnostics infirmiers (ex. celle de la NANDA-International)<sup>16</sup>.</p> <p>Les risques d'escarres, de chutes, de dénutrition etc. peuvent être formalisés sous forme de diagnostics infirmiers ou de cibles.</p> <p>Les actions, les soins à mettre en place en lien avec les problèmes de santé et/ou cibles et/ou diagnostics infirmiers sont formalisés.</p>
<p><b>Les soins d'hygiène, de confort et de suppléance</b></p>	<p>Ils sont tracés si le patient requiert des soins d'hygiène et de confort (patient non autonome, fatigué...).</p>
<p><b>Les soins techniques</b></p>	<p>Les soins techniques peuvent être du rôle propre infirmier ou sur prescription. Ils sont entendus comme : la surveillance des paramètres vitaux, les surveillances spécifiques du patient (saturation en oxygène, réactivité des pupilles, ...), la pose de dispositifs médicaux (sonde vésicale, cathéter veineux courts...).</p>
<p><b>Les soins relationnels</b></p>	<p>Ils sont tracés : information, soutien psychologique, relation d'aide...</p>
<p><b>Les soins récréatifs/créatifs/les activités socio-thérapeutiques</b></p>	<p><u>Le soin créatif</u> a pour objectif de permettre au patient d'exprimer sa créativité, de stimuler et de valoriser ses capacités (ex. ateliers de peinture, de mosaïques, de sculpture, d'expression théâtrale etc.).</p> <p><u>Le soin récréatif</u> a pour objectif de permettre au patient de se détendre, de se divertir et de se ressourcer (ex. activités physiques, jeux de société, cinéma, lecture, etc.).</p> <p><u>Les activités socio-thérapeutiques</u> : CSP Art. R.4311-6.</p>
<p><b>Les soins éducatifs</b></p>	<p>Les soins éducatifs sont à différencier de l'éducation thérapeutique (CSP Art. L.4311-1).</p>

<sup>16</sup> NANDA International : Association nord américaine des/pour les diagnostics infirmiers (ANADI)



Tableau 1. Eléments de traçabilité dans le dossier de soins (3)

Eléments relatifs au séjour	Précisions
<b>La prise en charge de la douleur</b>	L'intensité de la douleur est évaluée à partir d'échelles validées. Elle est tracée en précisant l'échelle utilisée. En cas de douleur, le type, le site, les actions pour soulager la douleur, ainsi que leurs résultats doivent également être tracés.
<b>Le projet de vie en SLD</b>	<p>Le projet de vie est formalisé en SLD. Il est écrit avec la personne soignée ou l'aidant familial. Il prend en compte les habitudes de vie, les capacités, les difficultés, les attentes et les objectifs de la personne soignée.</p> <p>Il peut comprendre des plans d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne, ainsi que des activités spécifiques pour le maintien des capacités physiques et intellectuelles.</p> <p>Il est évalué et actualisé.</p>
<b>Les évaluations des actions de soins</b>	Les résultats des actions de soins (d'aide et de continuité de la vie, techniques, relationnels, éducatifs etc.) renseignent sur l'efficacité des soins et l'évolution de l'état de santé de la personne soignée.
<b>Une synthèse intermédiaire</b>	<p>La synthèse intermédiaire peut être rédigée en tant que telle ou prendre la forme des comptes-rendus (CR) de staffs pluriprofessionnels. Elle concerne prioritairement le SSR et le SLD. Elle comprend la date de début et de fin de période, les problèmes de santé prépondérants, les interventions de soins conduites pour y répondre, les résultats des actions de soins et les événements indésirables. Elle peut aussi être rédigée lors de séjour en MCO selon l'évolution de l'état de santé du patient.</p> <p>L'encadrement avec les équipes définissent le rythme rédactionnel minimal de la synthèse intermédiaire.</p>

Tableau 1. Eléments de traçabilité dans le dossier de soins (4)	
Eléments relatifs au séjour	Précisions
<b>L'administration des médicaments</b>	La validation de l'administration des médicaments est tracée sur le même support que la prescription médicamenteuse.
<b>*La date d'administration</b>	La validation de l'administration précise pour chaque médicament la date d'administration.
<b>*L'heure d'administration</b>	La validation de l'administration précise pour chaque médicament l'heure d'administration.
<b>*La dose administrée</b>	La validation de l'administration précise pour chaque médicament la dose administrée. Il s'agit de la dose administrée exprimée mg, µg... et non la forme galénique.
<b>*La voie d'administration</b>	La validation de l'administration précise pour chaque médicament la voie d'administration. Pour les produits injectables (voie parentérale), la voie doit être indiquée intraveineuse (i.v), voie centrale ou périphérique, intramusculaire (i.m), sous cutanée (s.c), ou intradermique (i.d). Pour les autres types d'administration : voie orale, per os, voie cutanée ou transdermique, voie oculaire, etc.
<b>*Le nom et prénom de l'infirmier</b>	Pour chaque médicament administré, l'infirmier précise son nom <u>et</u> son prénom. Les initiales ne sont pas acceptées en remplacement du nom et de la signature de l'infirmier même si leur correspondance est indiquée dans un document régulièrement mis à jour, et consultable au niveau du service.
<b>*La signature de l'infirmier</b>	Pour chaque médicament administré, l'infirmier appose sa signature. En cas d'informatisation des prescriptions médicamenteuses et de leur administration, on entend par la signature de l'infirmier : l'identifiant (login) et la <u>validation</u> de l'infirmier <sup>17</sup> .
<b>*En cas de non administration de médicaments la justification est toujours retrouvée</b>	Sur le même support que celui de la prescription (ex. le refus du patient, patient à jeun...) et pour les prescriptions conditionnelles les données (ex. EVA <sup>18</sup> =0, pas de nausées...).

<sup>17</sup> La signature électronique respecte des critères spécifiés dans le **Décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du Code civil et relatif à la signature électronique**

<sup>18</sup> EVA : Evaluation de l'intensité de la douleur via l'Echelle visuelle analogique

Tableau 1. Eléments de traçabilité dans le dossier de soins (5)

Eléments relatifs au séjour	Précisions
<b>Les examens complémentaires</b>	La date, l'heure, le lieu de rendez-vous, les modalités de préparation et de réalisation, les éléments de surveillance des examens d'imagerie, d'endoscopie, de biologie... sont tracés et signés. L'explication d'examen non réalisés est retrouvée.
<b>Les prises en charge de rééducation : masso-kinésithérapie, diététique, ergothérapie, orthophonie, orthoptie, pédicurie-podologie, psychomotricité</b>	Elles sont assurées sur prescription médicale. La PEC est tracée (bilans d'évaluation, projets de rééducation...).
<b>Tous les éléments écrits comportent l'identification des professionnels</b>	L'identification du professionnel paramédical comporte, son nom, son prénom et sa fonction. Elle doit figurer pour toutes les interventions de soins réalisées et/ou les observations notées. Ceci concerne notamment le recueil infirmier de données, les transmissions, le diagramme de soins, la fiche de liaison, le résumé de soins... Les écrits réalisés par l'étudiant doivent être validés par le professionnel qui l'encadre.
<b>Les événements indésirables et/ou aspects médico-légaux</b>	Ils sont systématiquement notés. Exemples : effets secondaires des traitements, accidents allergiques, chutes, escarres, sorties à l'insu du service, refus de soins, bactéries multi résistantes (BMR).
<b>Des fiches de liaison</b>	Elles sont formalisées pour assurer la continuité des soins dans le parcours du patient. Une fiche de liaison est établie pour transmettre des informations entre services d'un même établissement (ex. service de chirurgie et bloc opératoire). Lors de changement de structure ou secteur de PEC (ex. hôpital et ambulatoire ; MCO et SSR) les données relatives à la continuité des soins sont intégrées au Résumé de soins.

Tableau 1. Eléments de traçabilité dans le dossier de soins (6)

Eléments relatifs à la sortie	Précisions
<b>Le Résumé de Soins Infirmiers (RSI)</b>	<p>Le RSI<sup>19</sup> est une synthèse du séjour du patient et comprend : les problèmes de santé prépondérants, les interventions de soins, les résultats des actions de soins et les événements indésirables. Il peut également intégrer les modalités de suivi du patient.</p> <p>Lorsque le RSI est formalisé et complet, la fiche de liaison n'a pas besoin d'être établie. Ceci permet d'avoir sur un unique document toutes les informations relatives au séjour du patient et d'assurer la continuité des soins lors de sa sortie.</p>
<b>Les modalités de suivi</b>	<p>Elles sont tracées : consultations médicales prévues, examens complémentaires à pratiquer, interventions de professionnels de santé au domicile (kinésithérapeute, infirmier, structure HAD ...), rendez-vous d'hospitalisation ultérieure, aucun suivi prévu.</p> <p>Elles peuvent figurer dans le RSI.</p>
<b>La transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie est tracée sur la fiche de liaison infirmière</b>	<p>Elle permet la continuité des soins infirmiers, en cas de mutation interne, de transfert dans un autre établissement ou de retour à domicile (informations pour des paramédicaux et le médecin traitant par exemple).</p> <p>Ces informations sont de préférence intégrées au RSI.</p>
<b>La transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie est tracée pour : la masso-kinésithérapie, diététique, ergothérapie, orthophonie, orthoptie, pédicurie-podologie, psychomotricité</b>	<p>Elle permet la continuité des soins en masso-kinésithérapie, diététique, ergothérapie, orthophonie, orthoptie, pédicurie-podologie, psychomotricité et infirmiers, en cas de transfert interne, de transfert dans un autre établissement.</p>
<b>PRESENTATION DU DOSSIER DE SOINS</b>	<b>Précisions</b>
<b>Le dossier est organisé et classé</b>	<p>Chaque pièce du dossier doit comporter l'identité du patient (nom complet, prénom, date de naissance ou numéro d'identification). Les écrits doivent être indélébiles et tous lisibles. Le dossier de soins et les supports doivent être identifiés au nom de l'hôpital, du pôle et au nom de l'unité de soins.</p>

<sup>19</sup> Voir une définition du RSI de Catherine Duboys Fresney dans le glossaire

## 2.4. Evaluation de la tenue du dossier de soins

Il est recommandé d'évaluer régulièrement la tenue du dossier de soins : annuellement ou tous les deux ans pour une évaluation complète. Il s'agit de s'assurer, via la traçabilité, de la qualité des soins et de leur organisation.

*« L'évaluation régulière de la qualité de la tenue du dossier du patient est une nécessité. Elle sert à limiter les risques et la non-qualité dans la prise en charge du patient. Elle permet d'identifier les points à améliorer et de rechercher les causes des insuffisances afin de les corriger. Elle est le préalable indispensable à l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, notamment à partir du contenu du dossier.*

*L'amélioration continue de la qualité du dossier patient contribue à l'amélioration continue des soins dispensés au patient et la reflète »<sup>20</sup>.*

Le Manuel de certification des établissements de santé de la HAS, version d'avril 2011, intègre la gestion du dossier du patient (critère 14.a), tout comme l'accès du patient à son dossier (critère 14.b) comme pratique exigible prioritaire (PEP).

Les explications de la HAS relatives à la gestion du DPA permettent de comprendre les enjeux et d'organiser cette évaluation :

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

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

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

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

*L'indicateur HAS "Tenue du dossier du patient" évalue la traçabilité dans le dossier des éléments relatifs à l'admission, au séjour et à la sortie du patient »<sup>21</sup>.*

Dans l'étape E 3 (Evaluer et améliorer) du même document, est précisé que :  
*« L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs. Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires ».*

<sup>20</sup> ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé-Dossier du patient : Réglementation et recommandations, juin 2003, page 52

<sup>21</sup> Le Manuel de certification des établissements de santé, V 2010 de la HAS, version d'avril 2011, page 55

L'Article R.4311-3 du CSP précise que «... il (l'infirmier(e)) est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers », ce qui s'entend également comme responsable de l'évaluation du dossier de soins.

Les directions de soins sont responsables de la coordination et de la mise en œuvre des activités de soins de rééducation et médico-techniques<sup>22</sup> et, à ce titre, de l'organisation des évaluations du dossier de soins.

Celles-ci permettent un suivi de la mise en œuvre du projet de soins au sein des services, des pôles et de l'établissement.

La méthodologie globale suit les étapes suivantes : construction d'un référentiel, mesure de la pratique réelle et comparaison au référentiel, réajustement entre la pratique et la référence (définition d'une politique d'amélioration de la qualité de la traçabilité en fonction des résultats et des objectifs visés), suivi de l'évaluation.

Il est recommandé d'organiser l'évaluation du dossier de soins avec la participation des CPP, cadres de santé et des professionnels paramédicaux des différentes filières qui tracent dans le dossier de soins. Cette démarche est pédagogique et permet aux professionnels de se sentir concernés par la tenue du dossier de soins et ses résultats.

Selon les établissements, le type de prise en charge des patients, l'évaluation revêt différentes méthodologies : nature des questions, échantillon (Tirage Au Sort : TAS), fréquences etc. avec une évaluation très globale, complète ou plus ciblée. Ceci est à déterminer en fonction des évaluations précédentes et des axes d'amélioration fixés.

Le référentiel d'évaluation pourra comprendre des questions liées à la prévention et la gestion des risques liés aux soins, à titre d'exemples : administration médicamenteuse, chutes, escarres, sorties à l'insu de l'établissement, etc.

Les éléments de la traçabilité dans le dossier de soins, présentés dans le tableau ci-dessus, permettent de formaliser un référentiel d'évaluation de la tenue du dossier de soins.

Les résultats des évaluations du dossier de soins facilitent une politique d'amélioration de(s) :

- l'implantation, la tenue (traçabilité) du dossier de soins ;
- la qualité et la sécurité des soins ;
- évaluations des pratiques professionnelles.

<sup>22</sup> Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière

La direction de soins définit une politique de restitution des résultats auprès des équipes permettant une implication de tous les acteurs concernés par la politique d'amélioration de la traçabilité. Ces résultats peuvent être communiqués aux usagers, notamment lors des Commissions de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Depuis 2008, la HAS a décidé de rendre obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité notamment via des audits du dossier patient<sup>23</sup> dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé (Evaluations des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)). Ces audits s'effectuent via une plateforme Internet sécurisée, « QUALHAS », à laquelle chaque établissement se connecte afin d'évaluer les dossiers patients et certaines prises en charge, par exemple : prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde (IDM), RCP en cancérologie...

En ce qui concerne l'évaluation 2011 du dossier de soins à l'AP-HP, une expérimentation est menée en partenariat avec le service IPAQSS de la HAS, afin de tester sur QUALHAS, l'évaluation de la « partie paramédicale » (questionnaire de l'AP-HP sur la tenue du dossier de soins) en même temps que la « partie médicale » du DPA qui est rendue obligatoire par la HAS. Il s'agit ainsi d'une logique d'évaluation du DPA : mêmes dossiers, mêmes moments, permettant une analyse complète du dossier.

D'un point de vue juridique, il est nécessaire de rappeler que tout ce qui n'est pas tracé est considéré comme non fait (au niveau des tribunaux, lors d'inspections, mais aussi pour la certification des établissements de santé...), d'où l'importance de la mise en place d'une évaluation continue de la tenue du dossier de soins, partie intégrante du DPA.

## 2.5. Management du dossier de soins

Le management du dossier de soins a pour objet principal de veiller à ce qu'il soit renseigné et utilisé ; autrement dit « de le faire vivre ». Cette mission est sous la responsabilité du directeur des soins, relayé par les cadres de santé (cadres paramédicaux de pôles [CPP], cadres supérieurs de santé et cadres de santé).

Des objectifs liés à la bonne tenue du dossier de soins, comprenant la qualité de la traçabilité, sont formalisés dans le projet de soins. La qualité de la tenue du dossier de soins y est inscrite comme une norme de bonne pratique d'exercice professionnel. La traçabilité ne vient pas en plus du soin ; elle en fait partie intégrante.

Pour le pilotage et le suivi du dossier de soins, le directeur des soins a une démarche prospective, est attentif aux évolutions de la prise en charge des patients, effectue une veille réglementaire et des évolutions professionnelles.

---

<sup>23</sup> La traçabilité évaluée dans le DPA via QUALHAS repose sur des informations contenues dans le dossier médical et d'autres éléments sont recherchés dans le dossier de soins, comme l'évaluation de la douleur et du risque d'escarres

Il convient d'être vigilant aux nouvelles prises en charge des patients afin d'en organiser la traçabilité : pratiques avancées, coopérations entre professionnels de santé (voir une définition dans le glossaire), télémédecine...

Conditions d'organisation pour la traçabilité des soins :

- définir des indicateurs de la bonne tenue du dossier de soins (voir plus haut chapitre : éléments de traçabilité) qui sont formalisés dans le projet de soins, peuvent figurer dans le contrat et projet de pôle. Ces indicateurs servent d'objectifs d'évaluation des cadres de santé et des professionnels paramédicaux ;
- intégrer les temps nécessaires à la tenue du dossier de soins dans l'organisation du travail (temps de transmissions écrites notamment) ;
- décrire dans les organisations les temps de recueil de données (accueil du patient, recueil lors de la visite médicale, staffs interprofessionnels etc.) ;
- organiser des revues de dossiers de soins entre pairs avec l'accompagnement d'une expertise si besoin, en intégrant les étudiants paramédicaux et les cadres formateurs ;
- favoriser le suivi de la visite médicale par les professionnels paramédicaux pour une meilleure connaissance des patients améliorant ainsi la traçabilité ;
- utiliser systématiquement le dossier de soins dans certaines réunions : staff, Revue de concertation pluridisciplinaire (RCP), Revue de morbidité-mortalité (RMM), comités éthiques, Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- organiser lors de l'intégration des nouveaux professionnels des présentations et formations à la traçabilité dans le dossier de soins ; ces formations concernent les infirmiers mais aussi, les aides-soignantes, les auxiliaires de puériculture, les rééducateurs et professionnels médico-techniques ;
- inscrire dans les plans de formation continue l'acquisition et le développement des compétences des paramédicaux afin d'améliorer la qualité de la traçabilité (décrire les éléments d'enseignement permettant une qualité de la tenue du dossier de soins, par exemple : le raisonnement clinique) ;
- prendre en compte la qualité de la traçabilité dans les dossiers de soins lors des évaluations des professionnels (infirmiers et autres paramédicaux) favorisant ainsi l'amélioration de la traçabilité mais aussi des pratiques ;
- s'appuyer sur le regard extérieur et novateur des étudiants, notamment en soins infirmiers. Il est important de les accompagner dans la traçabilité ;
- structurer les évaluations du dossier de soins (voir chapitre évaluation du dossier de soins).



## 2.6. Archivage

Le dossier de soins, partie intégrante du dossier patient étant lieu de conservation d'informations, doit être archivé, conformément à la réglementation. Son circuit au sein des établissements est organisé et tracé.

### Accès du patient à son dossier

Le patient peut à tout moment demander l'accès à son dossier. Il est donc primordial que tous les professionnels paramédicaux, avant d'écrire dans le dossier, se posent la question du partage des informations avec le patient, premier concerné par le contenu.

L'accès au dossier fixé par l'article L.1111-7 du CSP, prévoit un délai minimal et maximal<sup>24</sup> qui contraint aussi bien le patient que l'établissement de santé.

*« (Le demandeur) peut accéder (aux informations relatives à sa santé) ... au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa ».*

Chaque établissement est chargé d'organiser la procédure d'accès au dossier par le patient.

### Archivage et communication

L'organisation de la conservation, de la sécurisation et du circuit de communication du dossier au sein des établissements de santé fait l'objet de procédures.

La chaîne des responsabilités est constituée par :

- directeur (conservation, élimination selon les règles imposées pour toutes les destructions ou éliminations) ;
- médecins (rédaction du contenu et communication) ;
- secrétaires médicales (gestion administrative) ;
- infirmiers et autres paramédicaux (traçabilité des soins constituant la prise en charge) ;
- service des archives (archivage, prêt et traçabilité, accès par le patient et/ou ses ayants droits en cas de décès, consultations, hospitalisations, évaluation, recherche, enseignement).

La réglementation autorise les établissements de santé à déposer les dossiers chez un prestataire hébergeur, agréé par le ministère de la santé ; ce peut être un hébergeur de supports informatiques ou une externalisation pour les supports papier (Articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP).

<sup>24</sup> Voir également le : « Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient », Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) 2011

## Conclusion

Le dossier de soins est un document nominatif, personnalisé pour chaque patient, regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée.

Le dossier de soins a été introduit comme support de traçabilité dans le contexte français au cours des années 1970. Il connaît des évolutions importantes depuis une dizaine d'années, en lien avec l'évolution des prises en charge des patients, leurs besoins, la judiciarisation, la certification des établissements de santé, les pratiques des professionnels paramédicaux, leurs formations et aspirations d'évolutions professionnelles (pratiques avancées, coopérations entre professionnels de santé, PHRIP, professionnels paramédicaux doctorants, etc.).

Le niveau d'exigence en matière de qualité de la traçabilité s'en trouve modifié et doit également s'adapter aux nouvelles réglementations et recommandations.

La traçabilité dans le dossier de soins est sous la responsabilité des directeurs de soins et des professionnels paramédicaux. Elle contribue à la sécurité et la qualité des prises en charge des patients et permet de rendre plus visible le professionnalisme et la contribution unique, primordiale de ces professionnels à la prise en charge des patients, à l'organisation des soins et l'accès au système de santé.

## Bibliographie

- ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Dossier du patient : réglementation et recommandations, juin 2003
- BOMBAIL M., DESPIAU F., Réflexion sur les diagnostics infirmiers à l'occasion de l'informatisation du dossier de soins. La revue de l'infirmière octobre 2008 n°144, pp 38-40
- BOUDIER C., PITARD L., TALIN A-P., Raisonement et démarche clinique infirmière. Projet de soins infirmiers. Elsevier Masson, Cahiers des sciences infirmières, 2011
- BOURRELIS C, Le dossier de soins informatisé. La revue de l'infirmière mai 2010 n°160 pp 32-34
- BOYER L., SAMUELIAN J.C., Le dossier patient informatisé en psychiatrie. Soins Psychiatrie janvier/février 2011 n°272, pp 38-41
- CNEH (Centre National de l'Expertise Hospitalière), Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient, 2011
- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Guide du service de soins infirmiers. 2ème édition septembre 2001
- DUBOYS-FRESNEY C., Le résumé de soins infirmiers. Maloine, Collection sciences infirmières, 1997
- DUPUY O., Le dossier de soins infirmiers. Ed Essentiel. Les Etudes Hospitalières, 2004
- FORMARIER M. et JOVIC L. (sous la direction de), Les concepts en sciences infirmières. Ed. Mallet Conseil, 2009
- GIRAULT D., ROQUEBRUNE J.P., Dossier patient-Une informatisation clinique réussie. Gestions hospitalières juin 2011 n°502, pp 32-36
- GUDOT D., GUY S, Composition et nouvelles règles d'archivage du dossier patient. Risques et Qualité volume IV 2007 n°3
- HART J, De la révolution informatique à la révolution soignante. Techniques hospitalières Revue de la Fédération Hospitalière de France n°706 novembre/décembre 2007, pp 18-21
- HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avril 2011
- HAS, Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments, juillet 2011
- LABBE P., De l'incidence des NTIC sur l'écriture professionnelle à l'hôpital. Soins, encadrement, formation, n°31, 3<sup>ème</sup> trimestre, 1999
- MARASCHIN J., Les enjeux de l'informatisation du dossier de soins infirmiers. Objectif soins septembre 2008 n°168, pp 28-31
- SIGMAN O., Les modalités d'accès au dossier de soins. La revue de l'infirmière avril 2011 n°170, pp 28-30
- TALDIR B., Pourquoi former aux diagnostics infirmiers ? Objectif soins mai 2011 n°196 pp 23-25

### **Mémoire**

CAVAILLET-BACHELIER V., Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les CHT. Mémoire de directeur des soins, EHESP, 2010

GLORIEUX P., Du dossier de soins au dossier patient : un enjeu pour le directeur des soins, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004

### **Documents Internet**

LELIEVRE N., « Le pouvoir des mots », 2004

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/le-pouvoir-des-mots.html>

PSIUK T., « Le raisonnement clinique et la qualité des transmissions ciblées », 2009

<http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/le-raisonnement-clinique-et-la-qualite-des-transmissions-ciblees.html>

## Sigles

ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
ARS	Agence régionale de santé
BMR	Bactéries multi résistantes
CHSCT	Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CME	Commission médicale d'établissement
CR	Compte rendu
CRUQPC	Commission de relation avec les usagers et de la qualité de prise en charge
CSIRMT	Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
DPA	Dossier patient
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EVA	Echelle visuelle analogique
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
IPAQSS	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
PEC	Prise en charge
PEP	Pratiques exigibles prioritaires
PHRIP	Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RCP	Revue de concertation pluridisciplinaire
RMM	Revue morbidité-mortalité
RSI	Résumé de soins infirmiers
SIIPS	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
SLD	Soins de longue durée
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAS	Tirage au sort

## Glossaire

**Coopération entre professionnels de santé :** par dérogation, les professionnels de santé (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient (site Internet de la HAS).

**Parcours patient :** « ...ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge. » (Caillavet-Bachelier, 2010).

**Chemin clinique :** « Centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. Le CC peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux » (Site Internet de la HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_436520/chemin-clinique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/chemin-clinique)).

**Résumé de soins infirmiers :** « Le Résumé de Soins Infirmiers caractérise de manière synthétique l'activité de soins infirmiers effectuée lors d'un séjour hospitalier. Il n'implique aucune recueil nouveau pour le personnel par rapport aux informations déjà enregistrées dans le dossier du malade... Le RSI est structuré de la même façon que le Résumé de sortie standardisé (le RSS) qui est l'élément d'information de base du PMSI... Il comprendrait principalement, par analogie avec les RSS, les diagnostics infirmiers du séjour, les interventions infirmières, une mesure de l'intensité de soins. Il serait souhaitable qu'il comporte également une mesure des résultats de ces soins » (Dubois Fresney, 1997).

**Traçabilité :** « Aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit ou d'un processus au moyen d'informations et d'identifications enregistrées ». HAS, Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments, juillet 2011.

**Projet de soins :** « ...est un plan d'action élaboré par une équipe soignante pluridisciplinaire, avec la collaboration du patient et ou de sa famille... Ce sens est parfois employé à la place de la politique de soins, il correspond alors à l'ensemble des orientations et des objectifs de soins définis par le service de soins infirmiers... » (Formarier et Jovic, 2009).

**Démarche de soins :** « ...est une centration sur la personne, partenaire de soins ; un processus continu ; sous tendue par une pensée réflexive ; une mobilisation des connaissances théoriques (concepts, théories de soins), mais aussi expérientielles ... ; une mise en œuvre de différentes étapes : 4 étapes : l'analyse de situations... ; la planification des soins... ; la mise en œuvre de ces actes ; l'évaluation des résultats en vue du réajustement... » (Formarier et Jovic, 2009).

**Plan de soins type ou plan de soins guide :** « Il s'agit d'un schéma préconçu et adapté à des patients rencontrant des problèmes réels ou potentiels communs et associés à un diagnostic infirmier ou problème de santé prévalent dans un service. Ce plan de soins guide décrit le problème, les principaux signes et les principales causes auxquels il répond... En corrélation avec les capacités et besoins du patient, l'infirmière sélectionne les objectifs et les interventions qui répondent à la situation, pour être en adéquation avec le problème rencontré... » (Boudier, Pitard et Talin, 2011).

## Annexes

Annexe 1 : Réglementation relative au dossier du patient, à la traçabilité dans le dossier du patient et à l'exercice professionnel.

Annexe 2 : Synthèse des recommandations.



## Annexe 1. Réglementation relative au DPA, à la traçabilité dans le DPA et à l'exercice professionnel

ANNEXE N° 1 : REGLEMENTATION RELATIVE AU DPA, A LA TRAÇABILITE DANS LE DPA ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL (1)		
PROFESSIONNELS	ARTICLES DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE RELATIFS AU DOSSIER PATIENT, A LA TRAÇABILITE ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL	ELEMENTS DE CONTENU
<b>INFIRMIERS (IDE)</b>	R. 4311-1	Exercice de la profession d'IDE dont la contribution au recueil de données cliniques.
	R. 4311-2	Nature des soins infirmiers dont concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions.
	R. 4311-3	Rôle propre. L'IDE est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.
	R. 4311-5	Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance.
	R. 4312-31	« ...l'infirmier ou l'infirmière, chargé(e) d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les IDE, AS, AP et par les étudiants en soins infirmiers (ESI) placés sous sa responsabilité ».
	R. 4312-28	L'infirmier peut établir, pour chaque patient, un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son rôle propre et permettant le suivi des patients.  L'infirmier, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.
	R. 4311-4	Lorsque, les actes accomplis et les soins dispensés, relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut sous sa responsabilité les assurer avec la collaboration d'AS – AP – ou AMP qu'il encadre et dans la limite de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.
	Arrêté du 31/07/2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier	L'unité d'enseignement 3 : sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes, prévoit les apprentissages des transmissions orales, écrites, la traçabilité dans le dossier de soins...

**ANNEXE N° 1 : REGLEMENTATION RELATIVE AU DPA, A LA TRAÇABILITE DANS LE DPA ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL (2)**

PROFESSIONNELS	ARTICLES DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE RELATIFS AU DOSSIER PATIENT, A LA TRAÇABILITE ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL	ELEMENTS DE CONTENU
INFIRMIERS DE BLOC OPERATOIRE DIPLOME D'ETAT (IBODE)	R. 4311-11	Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés. Traçabilité des activités du bloc opératoire et en secteurs associés.
INFIRMIERS ANESTHESISTE DIPLOME D'ETAT (IADE)	R. 4311-12	Pas d'élément spécifique à la traçabilité.
PUERICULTRICES	R. 4311-13	Pas d'élément spécifique à la traçabilité.
MASSEURS KINESITHERAPEUTES	R. 4321-1	La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.
	R. 4321-2	« ...Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés... Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur ... ».
	R. 4321-91	«...le masseur-kinésithérapeute tient pour chaque patient un dossier qui lui est personnel ; il est confidentiel et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute. Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers de masso-kinésithérapie sont conservés sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute qui les a établis ou qui en a la charge. En cas de non-reprise d'un cabinet, les documents médicaux sont adressés au conseil départemental de l'ordre qui en devient le garant. Le masseur-kinésithérapeute transmet, avec le consentement du patient, aux autres masseurs-kinésithérapeutes et aux médecins qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins ».
	R. 4321-102	« Le masseur-kinésithérapeute appelé d'urgence auprès d'un malade rédige à l'intention de son confrère, si le patient doit être revu par son masseur-kinésithérapeute traitant ou un autre masseur-kinésithérapeute, un compte rendu de son intervention et de ses éventuelles prescriptions. Il le remet au patient ou l'adresse directement à son confrère en en informant le patient. Il en conserve le double ».

**ANNEXE N° 1 : REGLEMENTATION RELATIVE AU DPA, A LA TRAÇABILITE DANS LE DPA ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL (3)**

PROFESSIONNELS	ARTICLES DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE RELATIFS AU DOSSIER PATIENT, A LA TRAÇABILITE ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL	ELEMENTS DE CONTENU
DIETETICIENS	L. 4371-1	« ...dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée... ».
ERGOTHERAPEUTES	L. 4331-1	Pas d'élément spécifique à la traçabilité. « Est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale ».
PSYCHOMOTRICIENS	L. 4332-1	Pas d'élément spécifique à la traçabilité. « Est considérée comme exerçant la profession de psychomotricien toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale ».
ORTHOPHONISTES	R. 4341-1	« L'orthophonie consiste : 1° à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, au ssi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ; 2° à dispenser l'apprentissage d'autres formes de c ommunication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions ».
	R. 4341-2	« Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution ».

**ANNEXE N° 1 : REGLEMENTATION RELATIVE AU DPA, A LA TRAÇABILITE DANS LE DPA ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL (4)**

PROFESSIONNELS	ARTICLES DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE RELATIFS AU DOSSIER PATIENT, A LA TRAÇABILITE ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL	ELEMENTS DE CONTENU
ORTHOPTISTES	R. 4342-1	« L'orthoptie consiste en des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies fonctionnelles de la vision ».
	R. 4342-2	« Sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur. L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation du traitement en fonction de l'évolution et de l'état de santé de la personne et lui adresse, à l'issue de la dernière séance, une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique ».
PEDICURES PODOLOGUES	R. 4322-1	<p>Les pédicures-podologues accomplissent, sans prescription médicale préalable et dans les conditions fixées par l'article <a href="#">L. 4322-1</a>, les actes professionnels suivants :</p> <p>1° diagnostic et traitement des :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) hyperkératoses mécaniques ou non, d'étiologie ou de localisations diverses,</li> <li>b) verrues plantaires,</li> <li>c) ongles incarnés, onychopathies mécaniques ou non, et des autres affections épidermiques ou unguéales du pied, à l'exclusion des interventions impliquant l'effusion de sang ;</li> </ul> <p>2° exfoliation et abrasion des téguments et phanères par rabotage, fraisage et meulage ;</p> <p>3° soins des conséquences des troubles sudoraux ;</p> <p>4° soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité à l'occasion de ces soins, lorsque des signes de perte de sensibilité du pied sont constatés, signalement au médecin traitant ;</p> <p>5° surveillance et soins des personnes, valides ou non, pouvant présenter des complications spécifiques entrant dans le champ de compétence des pédicures-podologues ;</p> <p>6° prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;</p> <p>7° prescription et pose de pansements figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;</p>

**ANNEXE N° 1 : REGLEMENTATION RELATIVE AU DPA, A LA TRAÇABILITE DANS LE DPA ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL (5)**

PROFESSIONNELS	ARTICLES DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE RELATIFS AU DOSSIER PATIENT, A LA TRAÇABILITE ET A L'EXERCICE PROFESSIONNEL	ELEMENTS DE CONTENU
PEDICURES PODOLOGUES (SUITE)	R. 4322-56	8° prescription, confection et application des protèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties externes, chaussures thérapeutiques de série, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied. « Le pédicure-podologue est tenu de conserver et de tenir à jour les informations qu'il détient sur son patient, dans les conditions prévues par la loi ».
MANIPULATEURS EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE	R. 4351-3 R. 4351-1	Alinéa 7 « participe à la transmission écrite de toutes les informations relatives au déroulement des examens et traitements ».
AIDES SOIGNANTS	L. 4391-1 Arrêté du 22/10/2005 relatif au diplôme professionnel d'AS NOR : SANP0523995A modifié par l'arrêté du 28/09/2011	Le module 7 de formation permet de développer les compétences des AS en matière de transmissions orales et écrites dans le dossier de soins sous la responsabilité de l'IDE.
AUXILIAIRES DE PUERICULTURE	L4392-1 Arrêté du 16/01/2006 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture modifié par l'arrêté du 28/09/2011	Le module 7 de formation permet de développer les compétences des AP en matière de transmissions orales et écrites dans le dossier de soins sous la responsabilité de l'IDE.
AIDES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES	Arrêté du 11/04/2006 relatif au diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique	Enseignement théorique DF6 : communication professionnelle et vie institutionnelle = 35h.
TRAÇABILITE DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTE	L. 1111-8	Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins auprès des personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement des données, quel qu'en soit le support papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.
	R. 1110-1	Conservation sur support informatique des informations médicales par tout professionnel, tout établissement et tout réseau de santé.

## Annexe 2. Synthèse des recommandations

### ANNEXE 2 : SYNTHÈSE DE RECOMMANDATIONS (1)

<b>IMPLANTATION DU DOSSIER DE SOINS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre en place le dossier de soins relève du champ de responsabilité et de compétence des directeurs des soins.</li> <li>2. Favoriser une démarche projet, avec : un chef de projet, un groupe de pilotage, des groupes de travail soit par secteurs d'activité, soit en fonction de thématiques particulières animés par des cadres. Impliquer le management de proximité et de pôle. Prévoir un budget.</li> <li>3. Rédiger un guide d'utilisation avec un groupe pluriprofessionnel, mis à disposition des professionnels.</li> </ol>
<b>FORME</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Harmoniser la forme et la structuration dans un même établissement afin de faciliter la traçabilité et la lecture par tous les professionnels</li> </ol> <p>Informatisation du dossier de soins :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Prévoir des transmissions narratives.</li> <li>6. Favoriser :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des temps de connexion et d'accès aux différentes parties du dossier de soins rapides et sécurisés ;</li> <li>▪ l'ergonomie (dont le moins de clics possible) ;</li> <li>▪ les menus à cocher, les listes déroulantes ;</li> <li>▪ les reports de valeurs et le déversement automatique des données issues des appareils biomédicaux dans le DPA ;</li> <li>▪ la lisibilité des pages (dont la police assez grande minimum 12).</li> </ul> </li> <li>7. Intégrer :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des plans de soins guide, des protocoles de soins ;</li> <li>▪ des échelles validées (évaluation de la douleur, du risque d'escarre...) ;</li> <li>▪ une évaluation automatique de la charge en soins.</li> </ul> </li> <li>8. Formaliser :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des habilitations ;</li> <li>▪ des procédures dégradées en cas de panne informatique.</li> </ul> </li> <li>9. Disposer de matériel en quantité et qualité suffisante afin de tracer en temps réel.</li> <li>10. Organiser la formation à l'utilisation du logiciel.</li> </ol>

## ANNEXE N° 2 : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS (2)

<b>TRAÇABILITE</b>	<p>11. Connaître la réglementation et les recommandations relatives à l'exercice professionnel et la traçabilité dans le dossier de soins.</p> <p>12. Définir les habilitations.</p> <p>13. Favoriser la traçabilité de tous les professionnels et étudiants paramédicaux dans le dossier de soins.</p> <p>14. Commencer la traçabilité dès le début de la prise en charge du patient, de son entrée à sa sortie.</p> <p>15. Organiser une continuité (pas de points de rupture) de la traçabilité à toutes les étapes de la prise en charge du patient et dans tout son parcours.</p> <p>16. Utiliser un vocabulaire professionnel, précis et adapté.</p> <p>17. Tracer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ en temps réel ;</li> <li>▪ la date, l'heure, le nom, le prénom, le statut, la signature du professionnel de santé ayant effectué les soins et les observations ;</li> <li>▪ les soins du rôle propre et sur prescription médicale, les évaluations des actions de soins, les événements indésirables constatés.</li> </ul> <p>18. Formaliser des plans ou projets de soins ou projets de vie.</p> <p>19. Définir la fréquence minimale de traçabilité.</p> <p>20. Organiser la formation initiale et continue des professionnels paramédicaux à la traçabilité.</p>
<b>EVALUATION</b>	<p>21. Structurer, institutionnaliser l'évaluation du dossier de soins.</p> <p>22. Evaluer régulièrement le contenu et la tenue du dossier de soins : annuellement ou tous les deux ans pour une évaluation complète.</p> <p>23. Suivre les étapes suivantes : construction d'un référentiel, mesure de la pratique réelle et comparaison au référentiel, réajustement entre la pratique et la référence (définition d'une politique d'amélioration de la qualité de la traçabilité en fonction des résultats et des objectifs visés), suivi de l'évaluation.</p> <p>24. Impliquer les CPP, cadres de santé et les paramédicaux des différentes filières qui tracent dans le dossier de soins.</p> <p>25. Définir une politique de restitution et communiquer les résultats aux professionnels et aux instances.</p>

### ANNEXE N° 2 : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS (3)

<b>MANAGEMENT</b>	<p>26. Définir des indicateurs de la bonne tenue du dossier de soins.</p> <p>27. Intégrer les temps nécessaires à la tenue du dossier de soins dans l'organisation du travail (temps de transmissions écrites notamment) <u>et</u> décrire dans l'organisation des soins les temps de recueil de données.</p> <p>28. Organiser des revues de dossiers de soins entre pairs.</p> <p>29. Favoriser le suivi de la visite médicale par les professionnels paramédicaux pour une meilleure connaissance des patients améliorant ainsi la traçabilité.</p> <p>30. Utiliser systématiquement le dossier de soins dans les réunions à finalités cliniques (staffs, réunions de synthèse, etc.).</p> <p>31. Organiser lors de l'intégration des nouveaux professionnels des présentations et formations.</p> <p>32. Accompagner et former les étudiants à la traçabilité dans le dossier de soins; s'appuyer sur leur regard extérieur et novateur.</p> <p>33. Inscrire dans les plans de formation continue l'acquisition et le développement des compétences des paramédicaux en matière de traçabilité.</p> <p>34. Prendre en compte la qualité de la traçabilité dans les dossiers de soins lors des évaluations des professionnels infirmiers et autres paramédicaux.</p>
<b>ARCHIVAGE</b>	<p>35. Archiver le dossier de soins, partie intégrante du dossier patient (conformément à la réglementation).</p> <p><b>36.</b> Organiser la procédure d'accès au dossier par le patient et l'accompagner dans ses démarches.</p>



## Groupe de travail

### Coordonnateurs à l'ARS

**Ljiljana JOVIC**, Directeur des soins - Conseillère technique régionale

**Marie-Jeanne RENAUT**, Directeur des soins - Conseillère pédagogique régionale

### Animateur du groupe de travail

**Nathalie LARIBIERE**, Directrice des soins, Direction des Soins et des Activités Paramédicales, siège AP-HP, Paris (75)

### Membres du groupe de travail

**Sylvie ARNAUD**, Directrice des soins, Institut Curie-Hôpital René Huguenin, Paris (75)

**Pasquale CHILOTTI**, Directrice des soins, Croix Rouge Française, Paris (75)

**Elisabeth LEBEAUPIN**, Cadre expert en soins, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris (75)

**Anne MONTARON**, Directrice des soins, Institut Gustave Roussy, Villejuif (94)

**Fabienne PASSELANDE**, Cadre de santé de rééducation, Centre Hospitalier Intercommunal Villeneuve-Saint-Georges (94)

**Carole RODRIGUES**, Cadre de santé, Centre Hospitalier Intercommunal Villeneuve-Saint-Georges (94)

**Geneviève ROUX**, Cadre expert en soins, Hôpital Henri Mondor, AP-HP, Créteil (94)

## Groupe de lecture

**Marie-Françoise BARANES**, Directrice de l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale d'Ile-de-France, Croix Rouge Française (75)

**Fatima BELAL**, Cadre de santé, Coordonnateur du département de médecine oncologique, Institut Gustave Roussy, Villejuif (94)

**Martine BOUCHER**, Diététicienne, Centre Hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges (94)

**Catherine FOURMENT**, Directrice des soins, Directrice des Instituts de Formation du Centre Hospitalier Sud Francilien, Essonne, pour l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales (ANDEP) (91)

**Florence GIRARD**, Directrice des Soins, Présidente de l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales (ANDEP), Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et de l'Institut de Formation des Aides-soignants du Centre Hospitalier d'Ussel, Haute Corrèze

**Régine HASSANALY**, Cadre de santé, en charge de l'évaluation du dossier de soins, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris (75)

**Danielle MATSUDA**, Infirmière, Hôpital Cognacq-Jay, Paris (75)

**Hélène MATSUSHITA**, Cadre expert en soins, Hôpital Bretonneau, AP-HP, Paris (75)

**Hervé PAULY**, Directeur des soins, Centre hospitalier des Quatre Villes, Saint-Cloud (92)

**Lucilia PIRES DA COSTA**, Infirmière en psychiatrie, Secteur G12 en Unité d'Hospitalisation Temps Plein, site de Neuilly-sur-Marne (93)

**Anthony POUX-BERTHE**, Etudiant en soins infirmiers de 3<sup>ème</sup> année, promotion 2009-2012, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Louis, AP-HP, Paris (75)

**Christine ROBIN**, Directrice des Soins, Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Institut de formation des Aides-soignants, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris (75)

**Brigitte TABOUREAU**, Masseur-Kinésithérapeute, Hôpital Cognacq-Jay, Paris

**Agueda TEIXEIRA**, Directrice des Soins, Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et de l'Institut de Formation des Aides-soignants, Hôpitaux Avicenne et Jean Verdier, AP-HP, pour l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS)

**Roselyne VASSEUR**, Directrice des soins, Directrice de la Direction des Soins et des Activités Paramédicales, Siège AP-HP, Paris

#### **Aide à la mise en forme du document**

**Agnès VILAIN**, Assistante, Direction des soins et des activités paramédicales, siège AP-HP, Paris

**Françoise ROLOT**, Assistante de direction, ARS Ile-de-France





**Agence Régionale de Santé d'Île-de-France**  
**35 rue de la gare,**  
**75935 PARIS CEDEX 19**  
**Tél 01.44.02.00.00**

**<http://www.ars.iledefrance.sante.fr>**  
**<http://www.sante-iledefrance.fr/>**