

# Le “Plan de Soins Guide”, outil pour le professionnalisme et la dynamique infirmière



B. THIERRY, L. PARIS, A. SAIMBAUD - Infirmières Association ECHO - 44 - NANTES

Nous vous présentons un sujet qui est encore à ses débuts pour le service infirmier de l'ECHO : le **Plan de Soins Guide**.

Nous sommes infirmières à l'ECHO : Laetitia travaille au Mans ; Annie et moi-même travaillons à Nantes. Ce travail a été effectué par une équipe de plusieurs infirmières de l'ECHO exerçant sur différents Centres (Vannes, Les Sables d'Olonne, Le Mans et Nantes).

Pour commencer, je vais brièvement vous présenter l'ECHO. Je vous expliquerai notre cheminement vers les **transmissions ciblées** ; puis Laetitia vous présentera un **Plan de Soins Guide** et conclura.

## QU'EST-CE QUE L'ECHO ?

Cette association, créée en 1970, prend en charge des patients hémodialysés en Centres, en unités d'autodialyse et à domicile, ainsi que des patients en dialyse péritonéale, sur l'ensemble de la région Pays de Loire et Sud-Morbihan. Elle offre, en outre, des possibilités d'accueil en unités de vacances. Elle collabore étroitement avec les services de Néphrologie-Dialyse de tous les Hôpitaux de la région.

A ce jour, plus de 550 patients sont suivis en dialyse. Au 1<sup>er</sup> janvier 2001, les effectifs étaient de 239 patients pour 26 unités d'autodialyse ; 222 patients dans 7 centres d'hémodialyse ambulatoire ; 19 patients hémodialysés à leur domicile et 64 patients en dialyse péritonéale. Ces patients sont pris en charge par des équipes médicales et paramédicales qui se composent, entre autres, de 62 infirmières salariées ETP, 15 aides-soignantes, et environ 60 infirmières libérales dans les unités d'autodialyse.

Géographiquement, l'ECHO se situe sur les Pays de Loire et le Sud Morbihan, à

Nantes, au Mans, à Vannes, La Roche sur Yon, Angers, Cholet, St Nazaire et Laval.

## CHEMINEMENT INFIRMIER VERS LES TRANSMISSIONS CIBLÉES

En 1998, l'ECHO a recruté une Infirmière Générale. Elle a fait le constat que les infirmières étaient, certes, de bonnes techniciennes mais qu'elles connaissaient insuffisamment le cadre réglementaire de la profession infirmière et ne mettaient pas en valeur leur “rôle propre”.

Pour y remédier, l'Infirmière Générale a inscrit au plan de formation 99 une formation intra sur la “**responsabilité juridique de l'infirmière**” au cours de laquelle 80 % des infirmières ont été formées (les aides-soignantes, quant à elles, ont reçu une formation spécifique adaptée à leur fonction). Elle a aussi organisé, sur deux ans, une formation intra sur les **transmissions ciblées**.

Auparavant, les infirmières disposaient d'un “cahier de dialyse” pour noter les informations qui étaient surtout des paramètres de surveillance de séance de dialyse ; ces informations relevaient donc surtout du rôle en collaboration. Rarement apparaissaient des actions relevant du rôle propre : il y avait donc peu de traçabilité de l'activité infirmière dans sa globalité.

Pour remédier à cela, la formation aux transmissions ciblées a été mise en place permettant à 60 % des infirmières d'être formées. De plus, un tiers des infirmières a eu l'opportunité de participer à Nantes en mars 2000 à une réunion régionale de l'AFEDI (l'Association Francophone Européenne des Diagnostics Infirmiers) sur le thème de l'utilité du diagnostic infirmier pour la prise en charge de la

douleur. En fait, elles y ont découvert la méthodologie du plan de soins guide.

A ce stade, il était devenu évident que les transmissions orales étaient prédominantes au sein des équipes soignantes et que le support écrit était mal adapté. Un groupe de référents “dossier infirmier” a donc été constitué. Ces référents, volontaires, venus des différents Centres de l'ECHO, ont fait plusieurs réunions de travail au cours desquelles un dossier infirmier commun a été élaboré. Celui-ci a été testé de juin à octobre 2000 sur tous les sites et réajusté en novembre.

A ce jour le **dossier infirmier**, se compose d'une feuille de recueil de données qui identifie le patient, son mode de vie, son vécu selon les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Il se compose également d'un diagramme de soins et de feuilles de transmissions ciblées pour lesquelles on utilise le système DAR (Données, Actions, Résultats).

Le diagramme de soins est une grille remplie à chaque séance de dialyse par l'infirmière : elle y coche les différents soins courants effectués et, s'il y a un souci particulier, elle coche en rouge, ce qui renvoie à la feuille de transmissions ciblées où l'on note les problèmes observés.

Les équipes ont eu quelques difficultés à utiliser les transmissions ciblées et les diagnostics infirmiers, malgré la bibliographie mise à leur disposition.

Les référents “dossier infirmier” ont donc été formés à l'utilisation du plan de soins guide, sur trois jours, par un Institut de Soins Infirmiers Supérieurs, ce qui a permis de mettre en place un **plan d'action dans chaque structure**.

A cette phase du travail sur les transmissions ciblées, nous avons retenu **4 diagnostics infirmiers prévalents en hémodyalyse**, diagnostics fréquents, pour lesquels nous avons besoin d'actions coordonnées et suivies, ce qui nous a donc amenées à faire **des plans de soin guide** sur ces diagnostics : “la perturbation situationnelle de l'estime de soi”, “la non-observance de la thérapeutique”, “le risque infectieux” et “l'excès de volume liquidien”.

Les référents ont eu besoin de soutien dans les services. Pour les aider, la formatrice est passée dans tous les centres pour évaluer l'avancée du projet avec les référents et valider le travail avec l'équipe soignante ; elle a également réajusté les actions à entreprendre et le calendrier.

Actuellement, les transmissions ciblées sont bien intégrées au dossier infirmier et maintenant nous évoluons vers un outil complémentaire pour aller plus loin dans la résolution d'une problématique de soins : le plan de soins guide, que Laetitia va vous expliquer.

## LE PLAN DE SOIN GUIDE

Le plan de soin guide est un support standard de transmissions, intégré au dossier du patient et dont les données sont pré-définies. Il est élaboré après consensus à partir de l'analyse d'une problématique de soin, en lien avec un diagnostic infirmier, parmi ceux les plus souvent rencontrés. Il permet de formaliser les différentes étapes de la démarche de soin, ciblée autour d'un diagnostic infirmier donné et d'en assurer la traçabilité et le suivi sur du moyen ou long terme.

Cet outil s'utilise en complémentarité des transmissions ciblées, qui, elles, formalisent une prise en charge rapide et ponctuelle d'un diagnostic infirmier retenu.

Le plan de soin guide assure une mobilisation de l'équipe plus intense et prolongée dans le temps. Un diagnostic infirmier peut donc, dans un premier temps, apparaître au sein des transmissions

ciblées, puis, faire l'objet de l'ouverture d'un plan de soin guide en raison d'une prolongation anormale du problème.

Le plan de soin guide est élaboré par l'équipe infirmière, il est réactualisé, évalué en mesurant l'atteinte des objectifs et validé par consensus.

Le plan de soin guide se présente donc sur une seule feuille, recto/verso ; voici les différents éléments qui le constituent :

- **Identification de l'outil** : en effet, il est nécessaire de nommer l'outil “plan de soin guide” afin de préciser à tous les membres de l'équipe le rôle de cette fiche au sein du dossier patient.
- **Identification du patient** concerné par le diagnostic infirmier posé (en haut à droite).
- **Identification de l'établissement** de santé (ici le Centre ECHO) en haut à gauche.
- **Intitulé du diagnostic infirmier**, (ici “perturbation situationnelle de l'estime de soi”), complété par sa **définition officielle** (validée par l'ANADI), complète.

*La définition ici, c'est “le jugement défavorable de soi-même en réaction à une perte ou un changement chez une personne qui auparavant avait une image positive d'elle-même”. Ces deux éléments (intitulé du diagnostic infirmier et sa définition) doivent être rapidement et clairement identifiables.*

- **Les signes ou les caractéristiques déterminants** (en dessous), en fait, c'est ce qui a permis à l'infirmière de retenir le diagnostic infirmier nommé en entête. Par exemple “un jugement défavorable sur soi-même” ou “verbalisation de sentiments négatifs à propos de lui-même”, etc...

L'infirmière coche les caractéristiques du patient et inscrit éventuellement des précisions sur des lignes vierges insérées en fin de liste afin d'y ajouter des éléments propres au patient.

Cette étape représente un recueil de données qui a été effectué auparavant grâce à l'observation et l'entretien auprès du patient.

- **Les facteurs favorisants** : cette rubrique précise les raisons de l'existence du diagnostic infirmier. Par exemple, ici “perturbation de l'image corporelle”, etc... Lors de l'utilisation, l'infirmière coche et précise les facteurs favorisants propres à la situation de la personne et peut éventuellement en insérer d'autres dans l'espace prévu, en fin de liste.
- **La rubrique “validation auprès du patient”**. Lorsque l'infirmière sera certaine de mettre en route un plan de soin guide pour un patient, elle devra apposer son visa et la date. Cette validation se fait après confirmation explicite par le patient ou son entourage des éléments permettant d'ouvrir un plan de soin guide. Cependant, cette étape de validation est quelquefois difficilement réalisable en raison de l'impossibilité de communiquer ou de raisonner pour certains patients, ou à cause du type de problème vécu.
- **Les objectifs** centrés sur le patient ou les personnes ressources sont formulés de deux façons : soit sous forme de résultats à atteindre par le patient ou par les personnes ressources en regard du diagnostic infirmier posé, en tenant compte également des capacités et des potentialités de la personne soignée, soit formulés par des verbes d'action libellés soit à l'infinitif soit au futur, pour être plus facilement mesurables.
- **La synthèse évaluation** : c'est un espace utilisé lors de la clôture du plan de soin guide. L'infirmière précisera l'atteinte ou non des objectifs. S'ils ne sont pas atteints, ou que partiellement, elle précisera globalement les raisons ou les consignes à poursuivre.

A partir de là, le plan de soin sera soit poursuivi, soit fermé. Un autre plan de soin pourra être ouvert si nécessaire.

- **Les interventions de soins** (au verso) : sont les différentes actions réalisées par l'équipe soignante. Les soins relevant du rôle propre sont généralement majoritaires ; c'est la prescription infirmière. Ces soins sont identifiés par un verbe et doivent représenter une action la plus précise possible. Ici, par exemple "évaluer son état", "valoriser la personne sur ses efforts pour améliorer son apparence", etc... Ils peuvent aussi parfois être formulés de manière plus globale, par exemple ici, "faire intervenir les acteurs du système au moment opportun".

Dans cette même rubrique apparaissent les interventions personnalisées. Elles permettent de préciser les soins en tenant compte des potentialités, des réactions, des demandes et des besoins de la personne soignée. L'infirmière mentionne les détails de la prescription de soin qu'elle a cochés au-dessus. A côté, un espace est prévu pour préciser la date de début ainsi que le nom de l'infirmière. Donc lorsque l'infirmière a sélectionné une intervention de soin, elle coche devant celle-ci et inscrit la date de début ainsi que sa signature.

- **L'évaluation** : c'est la transmission d'informations ciblées en rapport avec le diagnostic infirmier nommé. L'ensemble des intervenants y notera les informations nécessaires au suivi du problème : les actions entreprises, les réactions du patient, l'atteinte des objectifs, les décisions nouvelles ou bien les imprévus. Une feuille complémentaire peut être ajoutée si cet espace se trouve insuffisant.

## CONCLUSION

Nous pouvons dire que les plans de soin guides apportent **des bénéfices autant pour le soigné que pour le soignant** :

Tout d'abord **pour le patient** : le développement des compétences professionnelles permet au personnel soignant d'adapter son comportement relationnel avec le soigné et donc de le considérer comme un acteur de santé. Celui-ci bénéficiera d'une réponse rapide, suivie et efficace à ses pro-

blèmes de santé grâce à un "contrat de soin", dans un climat de sécurité et de transparence, par l'utilisation de l'ensemble des ressources mises à la disposition du patient. Le soigné pourra donc atteindre un meilleur niveau de santé selon ses souhaits et exprimer toute sa satisfaction en regard des soins dispensés.

**Pour le soignant**, le plan de soins guide est révélateur d'une autre manière de penser et d'agir. Il a donc permis l'instauration d'une dynamique de réflexion régulière sur la qualité des soins dispensés d'une part, mais aussi sur les réactions des patients à ses soins. Toute cette dynamique entraîne une motivation supplémentaire pour établir un projet d'équipe qui prend en compte l'ensemble des problèmes posés et assure une cohérence dans les soins.

Ce projet est adopté par les membres de l'équipe car il met en évidence des résultats de soin. La satisfaction qui en découle au niveau des soignés et des soignants conduit l'équipe à garder la volonté de progresser.

Le plan de soin guide permet à l'équipe de ne plus se limiter à résoudre des problèmes ponctuels et dans l'immédiat, mais permet également de se projeter dans la durée et de prendre en compte les événements qui pourraient survenir, en mettant en œuvre des actions de prévention, c'est-à-dire, une anticipation dans les soins et ainsi de prévenir les risques.

Pour le soignant comme pour le soigné, le plan de soin guide aboutit à une reconnaissance et à une efficacité.

**Pour résumer**, le plan de soin guide nous permet d'utiliser de plus en plus et de mieux en mieux la démarche infirmière. Il marque notre professionnalisme et permet d'avoir un langage commun. Il permet de faire reconnaître notre rôle propre, et est un outil adapté au besoin impérieux de traçabilité dans nos soins.

Dans le contexte actuel de la profession et de ses difficultés, le plan de soin guide répond aux besoins de sécurité, à la fois des soignés, qui présentent des situations

de vie de plus en plus complexes, mais aussi des soignants qui doivent acquérir de nouvelles compétences pour apporter des réponses efficaces et sans risques.

Le plan de soin guide permet aussi de faire le point sur les potentialités de l'équipe au sens large, de recenser les compétences de chacun et d'envisager les besoins en formation. A l'ECHO par exemple, nous envisageons maintenant des formations sur l'entretien (pour une meilleure écoute et donc un meilleur recueil de données), sur le toucher et aussi sur la relation d'aide.

Notre travail nous a permis de nous retrouver en groupe de travail et ainsi de mieux nous connaître, puisque l'ECHO compte différents Centres répartis dans l'ouest. Il nous a permis d'évoluer ensemble vers un langage commun et professionnel dans un souci d'efficacité de nos soins, de reconnaissance de notre rôle autonome et de satisfaction du patient.