

Le dossier de soins infirmiers en libéral

5 décembre 2019

Cabinet AVICENNE AVOCATS

Cabinet AVICENNE AVOCATS

Adresse : 1 PLACE DU TEMPLE – 26000 VALENCE

Tél : 09 81 28 24 38

Mail : contact@avicenne-avocats-sante.fr

Site internet : <https://avicenne-avocats-sante.fr/>



Cabinet AVICENNE AVOCATS

Création le 1^{er} avril 2014

Deux associées et une collaboratrice

- **Marion HASSAIN**

Master 2 Droit médical et pharmaceutique

DU Traumatismes crânio-cérébraux

DU Médiateur

Membre du Comité d'éthique du CH de Valence

- **Noëlle TERTRAIN**

Certificat de spécialisation Droit du dommage corporel

DIU Traumatismes crânio-cérébraux

DU Expertise médicale

DU Actions et contentieux de la sécurité sociale

DESS Contentieux administratif

Membre du Comité de protection des personnes Lyon Sud-Est III

Cabinet AVICENNE AVOCATS

DOMAINES D'ACTIVITÉS

- ❖ **Droit de la santé** (responsabilité médicale, fonction publique hospitalière, création de sociétés de professionnels de santé, litiges entre professionnels de santé...);
- ❖ **Droit du dommage corporel** (accidents de la route et de la circulation, agression, transfusion sanguine, mediator...);
- ❖ **Droit de la sécurité sociale** (accidents du travail, santé et sécurité au travail, litiges entre professionnels de santé et les organismes sociaux type CPAM...);
- ❖ **Contentieux administratif** (litiges avec une administration d'État, territoriale, hospitalière...);
- ❖ **Droit des obligations** (contrats, responsabilité des fabricants, fournisseurs...);
- ❖ **Droit social** (relations individuelles et collectives du travail).

PLAN

Introduction : le dossier de soins infirmiers

Partie 1 : Qu'est-ce que le DSI

1. Contenu, limites
2. modèle

Partie 2 : Communication, diffusion et conservation



Partie I: Qu'est-ce que le DSI

Quelle est la différence entre dossier de soins, le dossier patient et le dossier médical ?

Le dossier patient est constitué des informations le concernant et qui sont partagées entre les professionnels et le patient.

Ce dossier est un outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale, en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique.

La bonne tenue du dossier contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins.

- Dossier patient = dossier médical + dossier de soins paramédical (dont le dossier de soins infirmiers)

Quels textes légaux encadrent le dossier de soins infirmiers ?

- Article R4311-3 du code de la santé publique : Il (l'infirmier) est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.
- Article R4312-35 CSP : L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi.

L'infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscretion.

Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection de ces données.

- Article 11 NGAP : la séance de soins infirmiers à domicile, d'une durée d'une demi-heure, comprenant l'ensemble des actions de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne reçoit la cotation AIS 3 ; que cette cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et la fiche de liaison individuelle.
- La tenue du DSI est une obligation pour l'infirmier libéral; à défaut c'est une faute
- Le dossier de soin fait partie intégrante de l'acte

Une définition générale du dossier de soins infirmiers est proposée dans le Guide du service infirmier n°1, établi en 1985 par le Ministère de la Santé :

« 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 devra être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière »

Cette définition large situe le dossier de soins infirmiers au cœur de l'exercice. Elle concerne de la même manière les dossiers de soins tenus par des infirmiers exerçant à l'hôpital, ceux des infirmiers exerçant dans des structures de soins à domicile rattachées ou non à l'hôpital et ceux des infirmiers libéraux.

Les buts du DSI

- acter la réalité des soins pour la facturation,
- assurer la traçabilité pour les autres professionnels de santé,
- permettre l'analyse des soins et de leur évolution,
- servir d'élément probatoire et de moyen de défense en cas de contentieux (patient, caisse).

Fonctions du DSI

- Support **écrit** de toutes les informations utiles qui concernent le patient
- Outil de communication et de coordination des soins
- Support de transcription des prestations réalisées
- Élément d'optimisation de la qualité des soins
- Outil d'évaluation des pratiques professionnelles
- Instrument de développement de la recherche infirmière

Le dossier de soins infirmiers est présenté dans certains textes comme un outil de reconnaissance professionnelle

B. Germain (1) observait à ce propos « qu'être reconnu professionnellement implique d'apporter la preuve de son utilité, et donc de présenter les résultats de son travail » ce qui nécessite une trace écrite de ses résultats. Le même auteur soulignait que « l'utilité sociale, facteur de reconnaissance professionnelle pourrait être alors clairement perçue par les autres professionnels de santé, par les partenaires médicaux, administratifs et financiers et les usagers ».

(1) *Germain B. Le résumé de soins infirmiers, utopie ou nécessité ? Objectif Soins 1993 ; 14: 50-8*



La tenue du DSI et son accès ne se substituent pas au devoir d'information du patient.

Ne peut remplacer une information claire et intelligible délivrée par le professionnel de santé au patient.

L111-2 CSP: « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. (...)

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

Quel doit être le contenu du DSI ?

Selon les recommandations de la HAS (juin 2003) le dossier de soins infirmier « *doit contenir toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé, les diagnostics infirmiers, les observations pendant le séjour, les feuilles de transmission infirmières, les interventions de soins, les fiches de liaison interservices, la fiche de synthèse et la fiche de liaison pour les modalités de suivi.*

Toutes les informations doivent être authentifiées (signées, datées), le responsables des écrits doit être clairement identifié. »

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DOSSIER DU PATIENT : REGLEMENTATION ET RECOMMANDATIONS, JUIN 2003
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile, ANAES/Service Médecine Libérale/Juin 1997
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/recommandations_pour_la_tenue_dudossier_de_soins_infirmiers_du_malade_a_domicile_1997.pdf

Recommandations

Identification du patient Données socio-administratives	Présence indispensable	Présence souhaitable
Nom, Prénoms, Sexe	×	
Date de naissance	×	
N° de dossier		×
Adresse du patient et/ou autre lieu du soin, téléphone	×	
Profession, Situation familiale		×
N° S.S., Mutuelle + ouverture des droits	×	
ALD	×	
Personne à joindre	×	
Différents intervenants : - Médecins traitants - Infirmière, aide-soignant - Pharmacie - Aide ménagère - Voisins, amis, représentant juridique	×	
Consignes particulières	×	
Projet de soins		
Soins prescrits	×	
- Prescriptions médicales	×	
- Fiche de traitement	×	
- Injectable	×	
- Non-injectable	×	
- Surveillances spécifiques	×	
Soins-rôle propre	×	
- Feuille de recueil de données	×	
- Exposé des problèmes ou diagnostic infirmier	×	
- Objectifs fixés, notés + délais	×	
- Actions de soins	×	
- Évaluation des résultats	×	
- Réajustements éventuels	×	
Fiche de liaison	×	
Consentement du patient	×	
Résumé de Soins Infirmiers (RSI)	×	
Satisfaction du patient		×

CABINET DE SOINS INFIRMIERS TAMPON =

DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS

PEC DÉBUTÉE LE = / /

FICHE ADMINISTRATIVE

PATIENT

NOM :	PRENOM :
DATE NAISSANCE :	TEL :
ADRESSE :	
SS :	AMC :

ENTOURAGE / PERSONNE RESSOURCE

NOM :	TEL :
QUALITE :	
NOM :	TEL :
QUALITE :	

INTERVENANTS

	NOM	TEL
MEDECIN		
IDE		
KINE		
PHARMACIE		
LABO		
SPE		
AUTRES		

FICHE PARAPHES

PROFESSIONNEL DE SANTE 1

Nom
Prénom
Paraphe
Signature

PROFESSIONNEL DE SANTE 2

Nom
Prénom
Paraphe
Signature

PROFESSIONNEL DE SANTE 3

Nom
Prénom
Paraphe
Signature

PROFESSIONNEL DE SANTE 4

Nom
Prénom
Paraphe

RECUEIL DE DONNES

date =

<u>M</u> Maladie / état de santé aujourd'hui	
<u>I</u> Traitement / acteurs de soins	
<u>V</u> Vécu psycho-affectif et émotionnel	
<u>E</u> Environnement matériel et humain	
<u>D</u> Dépendance (cf 14 besoins V Henderson) Développement Devenir	

LES 14 BEOINS DE V. HENDERSON

1/ Respirer Normalement

la nécessité, pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante. mécanismes = l'apport gazeux, la ventilation, la circulation.

2/ Manger et boire convenablement

nécessité d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus. mécanismes = l'ingestion, l'absorption et l'assimilation des nutriments.

3/ Éliminer par toutes les voies d'élimination

nécessité d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme. mécanismes = production et rejet de sueur, de menstrues, d'urines, de selles et l'utilisation de matériel sanitaire.

4/ Se mouvoir et maintenir une bonne posture (à la marche, assis, couché et dans le changement de position)

nécessité d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques. mécanismes = mobilisation des différentes parties du corps, la coordination des mouvements et le positionnement des différents segments corporels.

5/ Dormir et se reposer

nécessité de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie. mécanismes = la résolution musculaire, la suspension de la vigilance, la périodicité des cycles du sommeil ainsi que l'alternance activité/repos physique et mental.

6/ Choisir les vêtements appropriés, s'habiller et se déshabiller

nécessité de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale. mécanismes = port de vêtements et d'accessoires, ainsi que la réalisation des mouvements adéquats.

7/ Maintenir à un niveau normal la température du corps par le port de vêtements appropriés ou la modification de la température ambiante

nécessité d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante. mécanisme = thermorégulation.

8/ Tenir son corps propre et sa mise soignée, protéger son épiderme

nécessité de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien-être. mécanismes = les soins d'hygiène corporelle et la réalisation des mouvements adéquats.

9/ Se garder des dangers que peut représenter l'environnement et éviter que le malade ne soit une source de danger pour les autres

nécessité de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale. mécanismes = la vigilance vis-à-vis des menaces réelles ou potentielles, les réactions biophysiques face aux agressions physiques, thermiques, chimiques, microbiennes, la réalisation de tâches développementales, la construction du concept de soi, les rapports sociaux et les stratégies d'adaptation aux situations de crise.

10/ Communiquer avec autrui et exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes et ses sentiments

nécessité de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission ou la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions. Mécanismes = la mise en jeu des organes sensoriels, l'échange d'informations par l'intermédiaire du système nerveux périphérique et central, l'apprentissage et l'utilisation des codes et des modes de la communication, la capacité à établir des contacts avec le monde.

11/ Remplir ses devoirs religieux selon ses croyances

nécessité d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre les événements passés, présents et à venir, et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance. mécanismes = la prise de conscience de la finitude comme partie intégrante de l'existence, le choix d'un système de référence basé sur des valeurs, des croyances, une foi et l'adoption d'un mode de vie s'y conformant, la réalisation d'actes témoignant de l'engagement spirituel et/ou religieux, la participation à des activités rituelles de manière individuelle ou collective.

12/ S'occuper à un travail qui lui donne l'impression de faire quelque chose d'utile

nécessité d'exercer ses rôles, d'assurer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel. mécanismes = une conception claire de ses rôles, la réalisation de ses performances de rôle, et l'adaptation aux changements tout en conservant la maîtrise de ses choix.

13/ Jouer ou participer à divers genres de récréations

nécessité de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit. Mécanismes = la réalisation d'activités récréatives, individuelles ou collectives, adaptées à ses capacités et à ses aspirations personnelles.

14/ Apprendre, découvrir, satisfaire une saine curiosité pouvant favoriser le développement normal de la santé.

Nécessité d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé. mécanismes = la réceptivité à l'apprentissage, l'acquisition de connaissances, le développement d'habiletés et l'adaptation des comportements.

1 D'après « Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CIL », de Virginia Henderson, édité par le Conseil International des Infirmières (révisé en 2003), 59 pages ; et le « Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain – orientation diagnostique », de N. Delchambre, M.-R. Lefevre, A. Ligot, N. Mainjot, M.-F. Marlière et M. Mathieu, éditions De Boeck (2ème édition), 2005, 71 pages.

Consentement éclairé

Consentement du Patient

Par cette signature, j'accepte le plan de soins infirmiers qui m'est proposé, ainsi que la mise en place et l'utilisation par les professionnels de santé du présent dossier de soins.

Date :

Signature :

Professionnel ou structure du secteur médical ou paramédical dépositaire du dossier* :

Ce DOSSIER contient des informations médicales CONFIDENTIELLES.

Outils de communication entre les différents intervenants professionnels des secteurs **médical** et **para-médical**, il assure une meilleure coordination des soins dans l'intérêt du patient.

LE PATIENT :

- dispose d'un libre accès aux informations le concernant
- **est libre d'autoriser ou de refuser l'accès au présent dossier à des tiers.**















TRANSMISSIONS MEDICALES ET PARAMEDICALES

NOM/PRENOM PATIENT =

IDENTIFICATON DATE/SIGNATURE	CIBLE

FICHE DE LIAISON
DOMICILE VERS STRUCTURE DE SOINS

MG	Date
Cabinet ide	
NOM/PRENOM ADRESSE Date Naissance SS Personne à prévenir =	
Evaluation des besoins : <ul style="list-style-type: none"> - Respiration - Elimination - Sommeil - Communication - Alimentation - Mobilité - Hygiène - Douleur - Prothèses - Renseignements complémentaires (porteur d'une sonde, IV, Picline, Gripper...) 	
Constantes du jour :	
Soins en cours =	
Traitements en cours = <i>(ne remplace pas la pres médicale)</i>	

-  PAGE DE GARDE + FICHE ADMINISTRATIVE
-  FICHE PARAPHE
-  RECUEIL DE DONNEES
-  CONSENTEMENT ECLAIRE
-  EVALUER LE RISQUE DE CHUTE DE LA PERSONNE AGEE
-  ECHELLE DE NORTON
-  TEST DE BRADEN
-  ECHELLE MNA NUTRITION
-  FICHE D'EVALUATION DE LA DOULEUR
-  TRAITEMENTS
-  FEUILLE TEMPERATURE
-  ANNEXE FEUILLE DE TEMPERATURE
-  TRANSMISSIONS MEDICALES ET PARAMEDICALES
-  FICHE DE LIAISON

Le patient

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	N° de S.S.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>	Mutuelle	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>	ALD	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>	AMO	<input type="text"/> %
				AMC	<input type="text"/> %

Personnes ressources

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Personnes à prévenir

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contacts médicaux / paramédicaux

Profession	Nom	Téléphone
Médecin	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pharmacien	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestataire matériel médical	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Masseur kiné	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laboratoire	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ambulance / taxi	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contacts cabinet infirmier

Nom	Téléphone	Signature	Initiales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Volontés du patient




Directives anticipées :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Don d'organes :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Date :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Signature du patient :	<input type="text"/>	

Urgences	
SAMU	15
Police secours	17
Pompiers	18

Echelle de Norton (évaluation du risque d'escarres)

Présence d'escarres au début de la prise en charge : OUI NON

Les résultats de ces évaluations sont à reporter sur le Diagramme de Soins Infirmiers.

Etat général		Etat mental		Activité / autonomie		Mobilité / alité		Incontinence *		Total	
Bon	4	Bon	4	Sans aide	4	Totale	4	Aucune	4	Score > 14	
Moyen	3	Apathique	3	Avec aide	3	Diminuée	3	Parfois	3	Sans risque	
Mauvais	2	Confus	2	Assis	2	Très limité	2	Urinaire	2	Score < 14	
Très mauvais	1	Inconscient	1	Totalement alité	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1	Risque	
Additionner les chiffres			+		+		+		+	=	

* Un patient sondé n'est pas considéré comme incontinent.
Compter 3 pour un patient porteur d'un étui pénien, en l'absence d'incontinence fécale.

Evaluation de l'état nutritionnel (MNA - Mini Nutritional Assessment)

Âge

Sexe

Poids

Taille

Hauteur du genou

INDICES ANTHROPOMÉTRIQUES

1- Indice de masse corporelle

$IMC = \frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille}^2 \text{ (en m)}}$	
<input type="checkbox"/> IMC < 19	0
<input type="checkbox"/> 19 ≤ IMC < 21	1
<input type="checkbox"/> 21 ≤ IMC < 23	2
<input type="checkbox"/> IMC > 23	3

2- Circonférence brachiale (en cm)

<input type="checkbox"/> CB < 21	0
<input type="checkbox"/> 21 ≤ CB ≤ 22	0,5
<input type="checkbox"/> CB > 23	1

3- Circonférence du mollet (en cm)

<input type="checkbox"/> < 31	0
<input type="checkbox"/> ≥ 31	1

4- Perte de poids récente (moins de 3 mois)

<input type="checkbox"/> > 3 kg	0
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	1
<input type="checkbox"/> De 1 à 3 kg	2
<input type="checkbox"/> Pas de perte	3

ÉVALUATION GLOBALE

5- Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?

<input type="checkbox"/> Non	0
<input type="checkbox"/> Oui	1

6- Prend-il plus de 3 médicaments ?

<input type="checkbox"/> Oui	0
<input type="checkbox"/> Non	1

7- Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 dernier mois ?

<input type="checkbox"/> Oui	0
<input type="checkbox"/> Non	1

8- Motricité

<input type="checkbox"/> Du lit au fauteuil	0
<input type="checkbox"/> Autonome à l'intérieur	1
<input type="checkbox"/> Sort du domicile	2

9- Problèmes neurologiques

<input type="checkbox"/> Démence / dépression sévère	0
<input type="checkbox"/> Démence / dépression modérée	1
<input type="checkbox"/> Pas de problèmes psychologiques	2

10- Escarres ou plaies cutanées

<input type="checkbox"/> Oui	0
<input type="checkbox"/> Non	1

ÉVALUATION SUBJECTIVE

11- Le patient se considère-t-il comme bien nourri (problèmes nutritionnels) ?

<input type="checkbox"/> Malnutrition sévère	0
<input type="checkbox"/> Ne sait pas ou malnutrition modérée	1
<input type="checkbox"/> Pas de problèmes de malnutrition	2

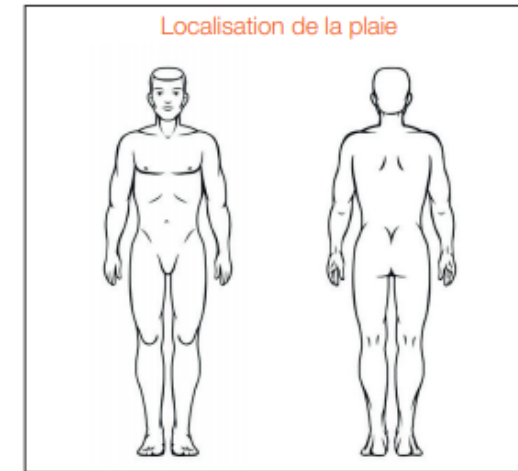
12- Le patient se sent-il en meilleure santé ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

<input type="checkbox"/> Moins bonne	0
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	0,5
<input type="checkbox"/> Aussi bonne	1
<input type="checkbox"/> Meilleure	2

Surveillance de plaie chronique

Date de début des soins : / /

Type de plaie Si escarre, cocher le stade 1 2 3 4



Aspect coloriel de la plaie en %

Déterision		Bourgeonnement		Epithélialisation	
Nécrose	%	Fibrine	%	Bourgeon	%
				Cicat.	%

Observations, évaluation

Date	Mesures		Douleurs		Protocoles, observations infirmières	Photo prise	Signature IDEL
	Surface (en cm ²)	Profondeur (en mm)	P / I / CS *	EVA			
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

* Douleur : P : permanente I : intermittente CS : en cours de soin

Questionnaire de satisfaction patient

Date	Critères d'évaluation	Mesure de la satisfaction				Commentaires	Signature du patient ou de la personne de confiance
		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait		
	SOIGNANTS						
	Horaire de passage des intervenants						
	Respect de ces horaires						
	Informations reçues sur votre maladie						
	Informations reçues sur le traitement						
	Explications de ces informations par l'infirmière						
	Gestion du traitement						
	Qualité au cours des soins journaliers						
	Prise en charge de la douleur						
	Respect de votre vie privée						
	Votre communication avec les soignants						
	Aisance relationnelle du professionnel						
	PERSONNEL DU MÉDICO-SOCIAL						
	Horaire de passage des intervenants						
	Respect de ces horaires						
	Informations reçues sur les services de votre aide-ménagère						
	Correspondance avec ses interventions						
	Vos repas : horaires						
	Vos repas : contenu						
	La prise en charge du ménage						
	Les courses pour votre quotidien						
	Respect de votre vie privée						
	Votre communication avec le personnel du médico-social						
	Aisance relationnelle du professionnel						

Partie II

Communication et diffusion du dossier de soins infirmiers en exercice libéral

Pour l'essentiel les règles concernant le dossier du patient en établissement sont transposables à tout PS exerçant en libéral.

- La communication des informations, est soumise aux règles du secret professionnel qui, elles-mêmes, reprennent quasi les mêmes termes que le SP concernant le médecin :
« *Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi, le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu, constaté ou compris* »
(article 4 du décret 93-221 du 16 février 1993)

•
La mort du patient ne délivre pas le PS du secret

Partie II

- **Le dossier du patient a un double objectif :**
 - C'est prioritairement un outil de travail qui permet d'assurer la continuité des soins et de la prise en charge du patient et qui permet au patient d'avoir accès aux informations concernant sa santé
 - C'est un moyen de preuve des soins qui ont été effectués : il permet de retracer le parcours médical du patient

Partie II

A qui appartient le DSI?

- **La notion de propriété telle que définie par le droit français ne peut s'appliquer ici.**
- Pour mémoire la propriété est composée de 3 éléments :
 - Usus ou droit d'user
 - Fructus, droit d'exploiter
 - Abusus, droit d'abuser
- Le droit français distingue l'usufruit et la nue-propriété : pas davantage applicable ici.
- Les professionnels de santé sont dépositaires des informations et doivent assurer la conservation des dossiers :
 - Ils ne peuvent s'en dessaisir, même au profit du patient. Seules des copies peuvent lui être transmises.
 - Les établissements doivent conserver le DP : sanctionnés si perte
 - Le médecin qui quitte un établissement ne peut partir avec les dossiers de ses patients.
- Les PS sont dépositaires des informations et le patient propriétaire des informations concernant sa santé. Mais il ne peut exiger que lui soit remis le dossier puisque le PS ne peut s'en dessaisir.

Partie II

- Le dossier comporte des **informations administratives et médicales**.
- Les informations administratives sont accessibles au patient depuis la loi de 1978.
- La loi de 2002 donne accès direct au patient des **informations concernant sa santé**, c'est-à-dire au-delà des informations strictement médicales émanant de médecins.

Partie II

Qu'est-ce qui est communicable?

- Les informations communicables sont toutes les informations concernant la santé du patient, formalisées et ayant contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic ou du traitement ou d'une action de prévention.
- Les informations non communicables : celles émanant de tiers et ne concernant pas la PEC ou concernant des tiers. Conseil : les séparer du reste communicable
- Les notes personnelles n'ayant pas eu un rôle dans le PEC ne sont pas communicables. Mais une note manuscrite n'est pas obligatoirement une note personnelle (dessins expliquant l'intervention)

Partie II

A qui ?

- Au patient majeur : accès direct de toutes les informations communicables (article L. 1111-7 du CSP).
- Aux titulaires de l'autorité parentale : oui sauf opposition du mineur ou si le mineur a demandé qu'on garde le secret sur les soins. Le PS devra s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur sinon ne peut passer outre (R. 1111-6 du CSP). Mention de l'opposition sera notée dans le dossier
- Le mineur ne peut avoir un accès direct mais une information orale sur son dossier (R. 1111-7 du CSP). Il peut imposer un médecin pour l'accès à son dossier aux titulaires de l'autorité parentale.
- Personne sous protection :
 - droit à l'information (sous tutelle et curatelle) et au dossier (curatelle)
 - Curateur : non
 - Tuteur aux biens : non. Tuteur à la personne : oui si habilitée à représenter le majeur dans les conditions de l'article 459 du Code civil. (Confirmer par CADA dans avis du 12 janvier 2017).

A qui ? Le problème des autres PS

- Quand le **patient est pris en charge au sein d'une équipe en établissement**, les informations doivent être partagées entre les membres de l'équipe : sauf opposition du patient, ce dernier est présumé avoir consenti à cet échange.
- Mais ne doivent circuler et être diffusées que les informations nécessaires à la PEC dans les limites nécessaires à leur mission
- et entre PS au sens du CSP : médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, infirmiers, kiné, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie, audio-prothésistes, opticiens, diététiciens.
- A contrario, **ce consentement n'est pas présumé entre les établissements de soins et les PS extérieurs ou des professionnels qui n'ont pas le statut de PS** au sens du CSP (éducateurs spécialisés, assistants sociaux, psychologues) : le patient doit être informé et donné son accord. (La transmission qui est assurée pour la continuité des soins ne doit pas être facturée au patient),
- **Médecin référent désigné comme tel par le patient** : pas le médecin traitant sauf si désigné comme médecin référent ou si patient a donné son accord (R. 1112-4 du CSP).
- **Réseau de santé** (dossier électronique partagé) : diffusion qu'entre les partenaires du réseau aux conditions strictes (convention),
- **DMP** : la création du DMP et les informations qui y sont portées ne se fait qu'avec l'accord du patient qui peut apporter des limitations, des restrictions d'accès et des modifications (sauf auprès de son auteur)

Le DMP dernière génération

- Le DMP, devenu dossier médical partagé et non plus personnel, a fait l'objet d'une nouvelle mouture dans la **loi du 24 juillet 2019** sur l'organisation du système de santé
- Reste une faculté pour le patient jusqu'au 1^{er} juillet 2021 (L. 1111-14 du CSP) : deviendra automatique sauf opposition. Le patient devra être informé de son droit d'opposition
- Patient peut consulter directement et modifier la liste des accès, masquer des informations mais cela ne s'adresse plus au médecin traitant (L. 1111-16 du CSP). Enfin le MT qui se déclare comme tel et pas nécessairement celui que le patient a déclaré à la Sécurité sociale
- Sauf opposition express est réputé consentir à son accès en cas d'urgence et une disposition exclut la responsabilité du PS en cas de litige si une information a été masquée et que le PS ne pouvait savoir qu'ainsi
- Le patient ne pourra supprimer que les infos qu'il a lui-même inscrites. Les autres le seront par le PS sur demande du patient.
- Des données sensibles pourront être masquées au patient pendant 15 jours dans l'attente d'une consultation. Si cette dernière n'a pas lieu, données seront automatiquement accessibles sous un mois.
- Clôturé au décès puis détruit dix ans après.

A qui ? Le problème des autres PS

- Médecin du travail : non. Il ne dispose d'aucune prérogative en la matière
- Médecins d'assurance : non. Le SP est absolu. La règle du secret partage ne concerne que les PS dans le cadre d'une PEC. Le médecin d'assurance est tiers à la PEC. Ils ne peuvent se faire autorisés par le patient car pour cela ils devraient rapporter la preuve qu'ils n'ont pas une divergence d'intérêts avec le patient et être contractuellement lié à l'assureur(article 46 du Code de déontologie)
- Experts auprès des tribunaux en matière civile : oui mais avec accord du patient ou de ses ayants -droits si le patient est décédé
- Médecins-conseils de la sécurité sociale : oui
- Médecins inspecteurs de la santé : oui

A qui ? Le problème des PS

- En dehors des professionnels de santé qui délivrent les soins, peuvent être amenés à accéder au dossier :
 - Ceux qui participent à la PEC
 - Ceux désignés par le patient ou à qui il a donné une autorisation
 - Ceux habilités par la loi. Dans ce cas il s'agit plus d'avoir accès à des renseignements ou pièces nécessaires à l'exercice de leur mission qu'à l'ensemble du dossier.
- Pour ceux qui ne sont pas PS : mandat express

Dans un cadre pénal

- Dans le cadre d'une enquête préliminaire: la police ne dispose pas de moyens coercitifs : il lui faut accord des concernés sauf si autorisation du Procureur de la république.
- Si enquête de flagrance : pouvoirs plus importants pendant 8 jours
- Si enquête poste sur crime ou délit (peine de prison supérieure à 5 ans) : oui si accord du juge des libertés et de la détention
- Si instruction : commission rogatoire qui est délégation du JI auprès des enquêteurs. Le JI peut procéder à des saisies de dossier avec un responsable de l'Ordre,
 - Conseil : exiger accord écrit du Procureur ou d'un juge (JI, JLD).
 - Garder copie car le dossier n'est pas toujours retourné

A qui ? : les ayants droits

- L'ayant droit est le successeur légal du défunt (héritiers, conjoint survivant, légataire universel).
- L'ayant droit peut se faire communiquer le dossier si la demande est motivée par (L. 1110-4 du CSP) :
 - connaître les causes du décès,
 - défendre la mémoire du défunt,
 - faire valoir ses droits
- Il ne faut pas qu'il y ait eu opposition du défunt de son vivant et ne seront transmises que les informations limitées et nécessaires à la motivation de la demande

En cas de recours contentieux auprès du PS

- L'exercice des droits de la défense dans une instance judiciaire permet de révéler des informations soumises au secret professionnel si le PS fait l'objet d'une plainte ou d'un contentieux mettant en cause son exercice professionnel.
- Il s'agit de répondre aux attaques dont il est l'objet
- La révélation des informations doit être limitée aux droits de la défense.

Partie II : Comment?

- Sur place ou par l'envoi de copies (R. 1111-2 du CSP)
- Tout support fiable (papier, microfilm, CD-Rom). La voie électronique n'est pas interdite par la loi mais l'absence de confidentialité qui est difficilement vérifiable par le PS rend cette voie peu recommandée (idem Télécopie).
- Le plus fiable : envoi du support par LRAR
- Sous 8 jours si faits ayant moins de 5 ans sinon 2 mois
- Frais de reprographie possibles si la demande est faite en dehors de la continuité des soins
- Sur tout support qui soit fiable et durable : toute reproduction indélébile de l'original qui entraîne modification irréversible du support.
- Exiger du demandeur son identité et qu'il en justifie comme de son adresse ou lieu d'envoi
- Garder dans le dossier trace de la demande et de son traitement.
- Cessation d'activité : archives public comme pour un établissement privé?

Partie II : Conservation

- Conservation : **20 ans** à compter du dernier soin (R. 1112-7 du CSP)
- Dossier électronique : respect des règles édictées par la CNIL et RGPD.
- L'ordonnance du 12 janvier 2017 permet de détruire un dossier archivé par voie électronique. Mais il faut être sûr que l'accès et l'archivage seront préservés.
- Au moins jusqu'à 28 ans du titulaire (durée de prescription décennale de l'action en responsabilité contre les PS).
- Dix ans à compter du décès.

Cas pratique

(extrait de Droit Déontologie et Soins)

- IDE libéral intervient auprès d'un ancien toxicomane pour des pansements à de ganglion axillaire infecté pour plusieurs mois.
- Le patient lui confie au bout de 8 jours qu'il est séropositif, qu'il a trouvé du travail car il a tu son état auprès de l'employeur et qu'elle est la seule personne qu'il a mise dans la confiance.
- L'IDE l'inscrit dans le dossier de soins qui est au domicile du patient à l'attention du reste de l'équipe soignante qui intervient à domicile
- Elle informe oralement le médecin traitant.
- Une aide-ménagère découvre le dossier de soins laissé au domicile du patient et le dit à son époux. Ce dernier en parle et cela arrive aux oreilles de l'employeur qui licencie le patient.

Cas pratique : le droit

- **Obligation de confidentialité** pour l'infirmière : R.4312-4 du CSP → le secret couvre tout ce qui a été vu, lu ou entendu.
- Le **secret partagé** n'est possible que dans le cadre de la PEC et ne concerne que ce qui est strictement nécessaire à la PEC : interdiction d'une révélation à un tiers, même si PS.
- L'IDE est chargé de la conception, utilisation et tenue du DSI.
- Elle doit veiller à la protection du DSI et au risque de toute indiscretion et divulgation.

Sur le plan pénal

- La circulation des informations est nécessaire pour la continuité des soins mais limitée à ceux-ci et le patient ne doit pas s'être opposé.
- L'IDE intervenait pour une plaie avec risques d'écoulement et saignement.
- Elle a considéré que la PEC optimale exigeait que le médecin traitant soit informé.
- Le patient n'avait pas informé le médecin et ne le voulait pas.
- L'information était-elle indispensable à la PEC?
- Médecin traitant au centre de la relation de soin : le juge considéra t-il que l'information était justifiée par la PEC globale?

Sur la plan déontologique

L'IDE n'a pas cherché à obtenir l'accord du patient : elle l'a fait dans son dos, sans le prévenir et accédite l'aspect « maladie honteuse » de son état. Faute déontologique et professionnelle.

Pour se défendre : invoque la non assistance à personne en danger pour l'équipe. Mais pour cela il faut la réunion de plusieurs éléments dont un péril imminent et immédiat. Le risque de contamination est possible mais ne constitue pas un péril imminent et les PS sont tenus de respecter les bonnes pratiques dans le cadre de leur exercice.

Les informations transcrites dans le DSI doivent être nécessaires à la PEC, correspondre au rôle propre de l'infirmier.

En l'espèce le diagnostic de séropositivité n'est pas lié aux soins pratiqués et ne ressortait pas de la continuité des soins. De plus la mention a été portée au DSI sans en informer le patient, encore moins avec son autorisation : faute déontologique alors qu'elle a eu ses révélations grâce à la relation de confiance établie avec le patient,

Le DSI doit être conservé dans des conditions permettant accessibilité et intégrité mais elles doivent préserver la confidentialité. Article 4312-28 du CSP : « *l'infirmier ou l'infirmière 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...il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel* ».

L'aide ménagère a commis une faute également mais un DSI sur une table de chevet n'est pas un mode de protection suffisant.

Et plus tard ?

Quelques thèmes proposés :

- L'avenant 6 de la convention,
- L'infirmière en pratique avancée...

Le Cabinet AVICENNE AVOCATS vous remercie de votre participation et attention

Pour en savoir plus ?... Nous inviter ou nous proposer une prochaine intervention:

Adresse : 1 PLACE DU TEMPLE – 26000 VALENCE

Tél : 09 81 28 24 38

Mail : contact@avicenne-avocats-sante.fr

Site internet : <https://avicenne-avocats-sante.fr/>

