



DOSSIER DE SOINS PERSONNALISE (DSP 4.0) GUIDE D'UTILISATION

ASPECT CONCEPTUEL

Le DSP est un outil unique, déclinant les soins dans leur dimension éducative, préventive, curative, palliative, relationnelle, de réhabilitation et de maintenance. Il est le support du projet de soin, permettant la coordination d'une équipe pluridisciplinaire autour du patient, et aboutissant à une prise en charge globale dans un souci d'efficacité, de qualité, et de continuité des soins.

Nous considérons le patient comme une personne :

- unique, avec ses désirs propres
- à respecter dans toute sa sensibilité
- à comprendre dans son milieu d'élection ou non : son domicile
- en difficulté de par la maladie et qui a besoin, à un moment de sa vie, de l'aide d'un professionnel du soin pour refaire l'unité de sa personne et rétablir sa dynamique propre

ASPECT REGLEMENTAIRE

Le DSP a été conçu en référence aux textes suivants :

- Décret n°2002-194 du 11 Février 2002 (Décret d'Actes) → Article 3 (l'infirmière est chargée « ...de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »), et Articles 5, 6, 7, et 13 devenus Articles R.4311-3, R.4311-5, R.4311-7, R.4311-8 et R.4311-14 du Code de la Santé Publique, et faisant notamment référence à la NGAP (Obligations de transmissions écrites - Chapitre 1 Articles 8, 9, 10 & 11 + Chapitre 2 dans son intégralité) ou à l'utilisation de protocoles médicaux.
- Décret N°93-221 du 16 Février 1993 (Règles professionnelles) – Articles 16, 28 et 29.
- Décret N°2002-637 du 29 Avril 2002 (Constitution et Accès au dossier).
- Guide CNAM – Normes de qualité en soins infirmiers – Norme 1-3 sur le Dossier de Soins Infirmiers (Septembre 2001).
- ANAES – Recommandations sur la tenue du dossier de soins à domicile (Juin 1997).
- ANAES – Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : dossier du patient – réglementation et recommandations (Juin 2003).
- ANAES – Recommandations sur l'accès aux informations concernant la santé d'une personne – Modalités pratiques et accompagnement (Février 2004).
- Arrêté du 05 Mars 2004 homologuant les recommandations de l'ANAES concernant l'accès aux données médicales
- Code Civil, Code de la Santé Publique (CSP) et Loi du 04 Mars 2002.

→ La mise en place d'un DSP ne peut être refusée à l'infirmière, ni par un patient, ni par un médecin. Au pire, ce dossier sera conservé au cabinet au lieu de l'être au domicile du patient.

→ Chaque fiche comporte les Nom, Prénom et l'identification du patient (Art. R.1112-3 du CSP) par son Numéro INSEE ou sa Date de Naissance.

→ Chaque fiche est ordonnée et numérotée dans le classeur (ex. : Fiche N°1 = « Fiche de Liaison des Intervenants », numérotée 01 INT/1, 01 INT/2, 01 INT/3,...).

→ Les intervenants de l'équipe de soins doivent être identifiables. Chacun valide ses écrits et ses actes par un paraphe et une signature qu'il déposera préférentiellement dans la Fiche N°00-VAL (Fiche de Validation des Paragraphes et Signatures). A minima, les professionnels non infirmiers valideront paraphe et signature dans la fiche N°02 (Fiche Administrative) dans la ligne correspondant à leur fonction.

→ **L'utilisation d'un stylo-encre ou d'un crayon à papier est proscrite.**

→ Le DSP constitue une partie distincte du **Dossier Médical** (Loi du 04 Mars 2002, Recommandations ANAES). A ce titre, et sous réserve de la réglementation actuelle, il demeure au domicile du patient pendant la durée des soins, et n'est consultable que par les personnes habilitées par le patient.

→ **Liaisons** : En cas d'hospitalisation ou de transfert, seule la Fiche de Liaison (N°01 EXT) et/ou une Fiche Macro cible peuvent être fournies au service destinataire. L'obligation de confidentialité des données implique que ces documents soient mis dans une enveloppe à l'attention de la surveillante du service qui recevra le patient. Une enveloppe peut être perforée puis insérée dans le classeur dès sa constitution de sorte qu'elle sera ultérieurement toujours disponible.

→ **Archivage** : Le DSP n'appartient juridiquement à personne. Cependant, l'infirmière en est dépositaire. Elle archive les fiches et documents au plus tard à la fin de la prise en charge, et à minima de façon régulière, par exemple tous les ans. Dans tous les cas, elle doit être capable de reconstituer l'intégralité du DSP qui reste consultable à tout moment puisqu'il constitue un document légal pouvant servir de preuve devant les tribunaux (Articles 1316 & 1316-1 du Code Civil). En référence à l'Art. L. 1142-28 du Code de la Santé Publique, on peut déduire que l'archivage des documents infirmiers dure pendant **10 ans à compter de la consolidation d'un dommage éventuel, sous réserve que le patient ait atteint sa majorité, soit au maximum 28 ans**. En cas de cessation d'activité, et en l'absence de réglementation spécifique au secteur libéral, l'infirmière pourra se rapprocher du Conseil de l'Ordre des Médecins afin d'y déposer les documents en sa possession.

La Délibération N°2005-296 du 22 Novembre 2005 portant « *adoption d'une norme simplifiée relative aux traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre par les membres des professions médicales et paramédicales exerçant à titre libéral à des fins de gestion de leur cabinet* » pose en libéral le principe d'un archivage de données informatisées ne pouvant pas excéder 5 ans dans le logiciel (après la dernière intervention dans le dossier de soins), puis pendant 15 années supplémentaires après archivage de ces données dans des conditions de sécurité prévues par voie réglementaire.

→ Conformément à l'Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique, une **Personne de Confiance** peut être désignée par le patient. Cette personne assiste si besoin le patient durant la consultation des données le concernant dans le DSP. Ses coordonnées figurent dans la fiche administrative.

→ La fiche **Macro cible** permet de formaliser le Projet de Soins Infirmiers, et de faire des évaluations régulières du patient. Cette fiche est également indiquée pour compléter voire remplacer la fiche de liaison lors d'un transfert du patient. De fait, il n'est pas possible de la numéroter pour fixer sa place dans le DSP. En revanche, elle sera systématiquement datée, et classée au sein des Transmissions Ciblées. ATTENTION : cette fiche n'étant pas numérotée, il est nécessaire d'en tracer l'existence sur la fiche de Transmissions Ciblées (la Date, la mention « Cf. Macro cible » dans la colonne des Données, et le paraphe suffisent).

→ Le **Résumé de Soins Infirmiers** (RSI) est formalisé par la Démarche de Soins Infirmiers (DSI) dont le formulaire A3 (ou sa copie) est inséré dans une pochette plastique N°13-DSI en fin de DSP. Il peut également être formalisé par une Macro cible.

→ Les **Fiches – Outils** (Norton, MMS, Mini - Zarit, MNA, Evaluation de la Dépendance, etc..) sont archivées en fin de DSP dans la pochette plastique N°13-OUT. Les scores font l'objet d'une Transmission Ciblée.

→ Dans le cas de prises en charges limitées dans le temps, et/ou relatives à des soins d'ordre technique (Pansements, Injections,..), la mise en place d'un DSP ne se justifie pas. En revanche, l'obligation de traçabilité des actes et des intervenants est respectée par l'utilisation de la « **Fiche d'Intervention Infirmière (Fi2)** » qui permet d'enregistrer jusqu'à 60 actes. Une partie « Observations / Transmissions Ciblées » au verso autorise sur chaque fiche le suivi des soins. Ces fiches sont soumises aux mêmes règles d'archivages que le DSP. En fin de prise en charge, faire dater et signer le patient sur le feuillet.

→ Les **conditions d'accès** du patient aux données le concernant figurant dans le DSP sont à minima soumises aux dispositions de l'Article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique. D'une manière générale, le DSP restant le plus souvent au domicile du patient, ce dernier peut consulter les fiches à sa guise.

→ **L'évaluation de la Satisfaction du Patient**, recommandée par l'ANAES, et formalisable de façon quantitative dans la fiche N°00 SAT, fera l'objet ultérieurement d'une recherche sur l'utilisation d'une grille qualitative d'évaluation qui permettra au patient de s'appuyer sur des items concrets, et non plus sur une échelle subjective.

CONSTITUTION DU DSP

N° de la Fiche

Nom de la fiche

00 GUT

Résumé du Guide d'utilisation

00 SAT

Evaluation de la Satisfaction du Patient

00 VAL

Validation des Paraphes et Signatures

Intercalaire « LIAISONS »

01 INT

Fiche de Liaison des Intervenants

01 EXT

Fiche de Liaison Externe

M

Fiche Macro cible (Liaison)

Intercalaire « ADMINISTRATIF »

02

Fiche Administrative.

Intercalaire « SOINS INFIRMIERS »

03

Fiche Séances de Soins Infirmiers

04

Fiche Diagramme de Soins

05

Fiche Transmissions Ciblées

M

Fiche Macro cible (Evaluation initiale / à distance)

Intercalaire « TRAITEMENT »

06

Fiche d'Administration du Traitement Per Os

07

Fiche de Protocoles Thérapeutiques

Intercalaire « SURVEILLANCES »

08

Fiche de Surveillance des Pansements

09

Fiche de Surveillance du Diabète

10

Fiche de Surveillance des Constantes

11

Fiche de Surveillance de l'Alimentation

12

Fiche de Surveillance de la Douleur

Intercalaire « ARCHIVES »

13 DSI

Pochette plastique Archives – Formulaires DSI

13 OUT

Pochette plastique Archives – Fiches – Outils

13 ORD

Pochette plastique Archives – Ordonnances

13 EXA

Pochette plastique Archives – Examens complémentaires

13 CRC

Pochette plastique Archives – Comptes-Rendus et Courriers

Pour le détail des fiches, Cf. dans le DSP la Fiche 00 GUT (Référence 530 903).

Erratum : sur cette même fiche...

... Dans le descriptif de la fiche 01 INT (Fiche de Liaison Interne), remplacer "non soumis au décret" par "non soumis au secret".

... Dans le descriptif de la fiche 05 (Transmissions Ciblées), fermer la parenthèse après "point d'interrogation".

... Dans le descriptif de la fiche 10 (Surveillance des Constantes), remplacer « 530 903 » par « 530 919 ».