

Risque de confusion entre gestion des risques et diagnostics de type « risque » : **l'apport du raisonnement clinique**

Marie-Pierre HOMERIN

Introduction

Le parcours d'une personne soignée comporte des risques, notamment des risques associés aux soins ainsi que des risques liés à la vie hospitalière et à l'environnement du soin, susceptibles de provoquer des évènements indésirables.

« La fréquence des évènements indésirables associée aux soins reste élevée. Deux grandes familles d'évènements sont considérées comme inacceptables : les évènements indésirables liés à des complications évitables et les évènements qui ne devraient jamais arriver (ex : acte effectué sur le mauvais patient ou sur le mauvais côté, patient en période post-opératoire qui décède dans un ascenseur bloqué, etc.) » (HAS). Ces derniers sont des évènements indésirables graves liés à des erreurs voire des fautes, des négligences ou un manque de connaissance. Nous ne nous intéresserons ici qu'aux évènements indésirables liés à des complications évitables.

Ces complications évitables (infection, escarres, hémorragie, constipation, ...) peuvent survenir à la suite de soins, d'interventions ou de traitements, elles sont généralement connues et leur prévention est liée à la qualité des soins et à la vigilance des soignants (observance de recommandations, application des bonnes pratiques, évaluation et amélioration des pratiques professionnelles), tant pour chaque acte que lors du parcours coordonné de chaque groupe homogène de patients.

La plupart de ces complications ont une « correspondance » dans les diagnostics infirmiers (DI) formulés en termes de « risque de ... » (risque d'infection, risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, risque d'hémorragie, risque de constipation, ...). Ces problèmes de santé potentiels correspondent à un jugement clinique qui identifie qu'une personne est plus susceptible de présenter un problème donné que d'autres personnes dans la même situation.

Cependant, à chaque fois qu'il existe un risque, le diagnostic infirmier « correspondant » est-il le plus pertinent ? Par exemple, en chirurgie, le fait de poser le diagnostic « Risque infectieux » apporte-t-il toujours une plus-value au patient de la part de l'infirmier ? Pourtant ce risque existe et il est pris en compte dans les soins postopératoires mais pour autant faut-il le poser en tant que DI ? De même, le risque de chute est fréquent chez les personnes âgées, leur prévention fait d'ailleurs l'objet d'une préoccupation quotidienne en maison de retraite mais est-il toujours judicieux de le proposer en tant que DI ?

L'idée de cette présentation est née d'une interrogation sur ces correspondances entre la gestion des risques et les diagnostics de type risque. En effet, en tant que formatrice, j'ai remarqué la fréquence du recours à ces diagnostics lorsque les étudiants me présentent les personnes soignées en enseignement clinique. Dans la mesure où effectivement le risque existe, la tentation est grande pour les étudiants lors de la présentation d'une démarche de soins de prendre des raccourcis faciles et de transformer tous les dangers qui guettent le patient en besoins perturbés ... Cela aboutit à une liste innombrable de DI mais lequel prioriser ?

C'est là qu'intervient le raisonnement clinique qui va documenter la situation et permettre de faire la part des choses entre les manifestations et symptômes de la pathologie, les risques et complications liés à la fois aux effets secondaires des traitements et à l'évolution de la maladie et enfin la façon dont la personne vit ce qui lui arrive. Grâce au raisonnement clinique, l'infirmier met en liens ses connaissances et les données collectées, il identifie le problème (la réaction de la personne à ce qui lui arrive) et propose un diagnostic pertinent de la situation.

Cette communication comporte 2 parties.

Dans un premier temps, l'étude de différentes situations de soins où le risque identifié fait systématiquement l'objet d'un diagnostic infirmier de type risque (Exemples de démarches de soins (DDS) d'étudiants infirmiers) permettra la discussion sur la pertinence de ces diagnostics.

Ensuite, la réflexion à partir de ces exemples de DDS sera étayée par un apport théorique. Les notions de risque et gestion des risques, les définitions de plan de soins standard, plan de soins guide et plan de soins personnalisé et un rappel de la notion de diagnostic infirmier de type « risque » permettront de mettre en évidence l'intérêt et l'apport du raisonnement clinique pour poser une hypothèse diagnostique pertinente.

I. Réflexion à partir de DDS

Nous allons étudier différentes situations de soins pour lesquelles des étudiants ont posé le(s) même(s) diagnostic(s) de type « risque ». A partir des données récoltées par les stagiaires et sur la base des définitions et facteurs de risque de chacun des diagnostics proposés, nous réfléchirons à la pertinence de l'énoncé du jugement clinique.

1) Exemples de DDS pour lesquelles les étudiants ont posé deux diagnostics relatifs aux complications postopératoires : Risque d'infection et Risque d'hémorragie

a. Service de Chirurgie : démarche de soins de Mr. E, présentée à J2 de l'intervention

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 27 ans, entré le 27 mars 2014 pour ostéosynthèse par plaque et vis à la suite d'une fracture de la diaphyse fémorale gauche. Il est non fumeur et son Indice de Masse corporelle (IMC) est de 23.

Il était en congé pour une semaine à val d'Isère avec des amis. Il a chuté en ski le dernier jour de ses vacances. Il est célibataire. Il est agent commercial pour un laboratoire pharmaceutique.

Résumé du séjour : Le patient a bénéficié de la préparation cutanée d'usage en chambre avant d'être conduit au bloc opératoire. Comme pour la plupart des interventions en chirurgie orthopédique, une antibiothérapie péri opératoire a été instituée. Les suites opératoires se sont déroulées sans complication, la douleur a été bien gérée et bien tolérée, les constantes se sont révélées normales, le pansement était propre. Le patient a été levé au fauteuil dès le lendemain pour éviter les complications liées à l'alitement. Depuis, les traitements antalgiques et antibiotiques sont administrés per os et une injection sous-cutanée d'anticoagulant est pratiquée quotidiennement.

A ce jour : Les paramètres relevés chez le patient sont les suivants : Pas de douleur (Evaluation Visuelle analogique (EVA) = 0), température : 36,2°C, rythme cardiaque régulier à 72 pulsations par minute, site opéré propre et non inflammatoire - Ce matin, le kiné est passé pour travailler la marche

sans appui à l'aide d'une paire de cannes anglaises. Mr. E a hâte de pouvoir se déplacer seul. Il a demandé des explications sur les démarches à effectuer pour pouvoir être rapatrié au plus tôt chez lui. Ses amis, qui sont rentrés hier, lui ont amené son ordinateur portable pour rester en contact avec sa boîte et ses clients et pouvoir travailler à distance.

b. Service de chirurgie : Démarche de soins de Mme B. Michelle, présentée à J3 de l'intervention

Il s'agit d'une patiente âgée de 63 ans, entrée le 14/04/14 pour mastectomie du sein droit, curage axillaire et pose d'une chambre implantable au niveau de la jugulaire gauche.

Cette dame tient une boutique de cadeaux-souvenirs, elle vit seule et a un fils. Elle ne fume pas, est sportive (natation) et son IMC est de 21

Dans ses antécédents, on trouve une dépression en 2011, suite au décès de sa mère, traitée depuis par Alprazolam®, 0,25 mg (un comprimé le soir).

Histoire de la maladie : La découverte d'un nodule d'environ deux centimètres de diamètre, à l'union des quadrants externes du sein droit, le 17 mars 2014, a été suivie d'examen complémentaires (scanner thoraco-abdomino-pelvien, scintigraphie et imagerie par résonance magnétique mammaire) pour une évaluation précise de la taille tumorale avec échographie axillaire bilatérale et cytoponction ganglionnaire. Ces examens ont conduit à l'indication de la mastectomie avec curage ganglionnaire, d'une chimiothérapie et radiothérapie adjuvantes, la pose d'une chambre implantable étant prévue pendant l'intervention. Par ailleurs un foyer hyper métabolique thyroïdien en position isthmique a été découvert lors des investigations.

Résumé du séjour :

- Au retour de bloc, Mme B. était porteuse de deux drains de Redon®, d'une perfusion d'antalgiques, de bas de contention et une injection quotidienne d'héparine à bas poids moléculaire était prescrite le matin, en sous-cutané. Son pansement était propre, ses constantes normales et elle ne présentait pas de douleur (EVA = 0).
- A J1 : Résumé des transmissions : EVA = 0, perfusion enlevée, antalgiques per os à la demande
- A J2 : Résumé des transmissions : Mme B. n'a pas le moral, elle a peur de la maladie, de ne pas s'en sortir et se fait beaucoup de soucis concernant les suites pour sa thyroïde.

A ce jour (J3) : Les paramètres relevés chez la patiente sont les suivants : TA 128/75, pouls 77, t° 36,8, saturation en O2 99%. EVA : 0 – Mme B. a eu un prélèvement sanguin ce matin (dosage hormones thyroïdiennes (TSH) et formule sanguine (NFS)) – Le drain de Redon n°1 a été enlevé et le pansement refait, la plaie est propre, non inflammatoire. Le drain de Redon n°2 reste en place (il a donné 40 cc ces dernières 24 h). La patiente ressent une gêne au niveau de la chambre implantable mais pas de douleur. Lors de l'aide à la toilette, Mme B. s'est mise à pleurer et a demandé à rester seule ensuite.

c. Service de chirurgie : Démarche de soins de Mme D. Robert, présentée à J3 de l'intervention

Il s'agit d'un homme, âgé de 75 ans, admis pour une cure de hernie inguinale bilatérale sous anesthésie générale, par laparotomie et pose de plaque. Ce monsieur est marié, père de deux enfants et a cinq petits-enfants. Il est retraité de la fonction publique.

Comme antécédents, il présente un diabète de type 2 insulino-requérant et une constipation chronique. Il fume une dizaine de cigarettes par jour et son IMC est de 22.

L'intervention s'est bien déroulée. Au retour de bloc, il était porteur d'une sonde vésicale (sonde à demeure : SAD), d'une perfusion, de bas de contention. Son pansement était propre, les constantes normales et il ne présentait pas de douleur. Une injection quotidienne d'héparine à bas poids moléculaire en sous-cutané est prescrite.

A J1 : le patient étant très algique (EVA à 7/10), la perfusion est laissée en place pour l'administration d'antalgiques. L'anesthésiste préfère aussi ne pas enlever la sonde vésicale pour l'instant. Mr. D. a des propos confus et est somnolent.

A J2 : le patient est moins douloureux (EVA = 2), la perfusion est enlevée et les antalgiques sont passés per os mais la SAD est laissée. Mr D. reste au lit toute la journée.

A ce jour (J3) : l'EVA est toujours à 2, la température atteint 38,3°C, le rythme cardiaque est de 92 pulsations par minute, la tension artérielle s'élève à 156/87 mmHg, la mesure de la glycémie capillaire est de 0,8 gramme/Litre.

Mr D. se plaint de brûlures et d'envie d'uriner malgré la sonde. Les urines sont troubles et il y a présence de sang dans les urines. Le patient se dit fatigué et refuse de se lever. La plaie opératoire est propre et non inflammatoire.

2) Définition et facteurs de risque des deux diagnostics en question¹

a. Risque d'infection

Définition : Risque de contamination par des organismes pathogènes

Facteurs de risque

- Défenses primaires insuffisantes (Altération du péristaltisme - Rupture cutanée (placement d'un cathéter intraveineux, procédure invasive) - Modification du pH des sécrétions - Diminution de l'activité ciliaire - Rupture prématurée des membranes amniotiques - Rupture prolongée des membranes amniotiques – Tabagisme - Stases des liquides biologiques - Lésion tissulaire (traumatisme, destruction tissulaire)
- Défenses secondaires insuffisantes (Baisse du taux d'hémoglobine – Immunosuppression – Leucopénie - Suppression de la réaction inflammatoire)

¹ NANDA international. Diagnostics infirmiers – Définitions et classifications 2012-2014. Elsevier Masson, 2013.

- Maladie chronique (Diabète – Obésité)
- Malnutrition
- Vaccination insuffisante
- Manque de connaissances sur la manière d'éviter l'exposition à des agents pathogènes
- Augmentation de l'exposition à des agents pathogènes

b. Risque d'hémorragie

Définition : Risque de diminution du volume sanguin pouvant mettre la santé en péril

Facteurs de risque :

- Anévrisme
- Circoncision
- Insuffisance de connaissances
- Coagulation intravasculaire disséminée
- Antécédents de chute
- Troubles gastro-intestinaux
- Altération des fonctions hépatiques
- Coagulopathies congénitales
- Complications du post-partum
- Complications de la grossesse
- Traumatismes
- Effets secondaires des traitements (Ex : chirurgie, traitements, ...)

3) Analyse des cas cliniques pour répondre à la question sur la pertinence des diagnostics posés

Pour Mr E.

L'évaluation des facteurs de risque indique un risque très faible. (Facteurs de risque présents : traumatisme tissulaire, rupture cutanée (pose d'un cathéter), effets secondaires des traitements : chirurgie et anticoagulants (HBPM)). Les facteurs de risques existants ont été réduits grâce à la préparation cutanée, aux précautions prises en péri opératoire et à l'administration d'antibiotiques. Le risque infectieux et hémorragique est donc faible voire inexistant.

Comme hypothèse diagnostique pertinente, on pourrait proposer : **Motivation à améliorer la prise en charge de sa santé** dont la définition est la suivante : « Façon d'organiser et d'intégrer, dans la vie quotidienne, les modalités du traitement d'une maladie et de ses séquelles, ce qui permet d'atteindre les objectifs de santé et qui peut être renforcée »².

Pour Mme B.

L'évaluation des facteurs de risque indique un risque très faible. (Facteurs de risque présents : rupture cutanée (pose d'un cathéter), effets secondaires des traitements : chirurgie et anticoagulants (HBPM)). Les facteurs de risques existants ont été réduits grâce à la préparation cutanée et aux

² NANDA International, p. 185

précautions prises en péri opératoire. Le risque infectieux et hémorragique est donc faible voire inexistant.

Comme hypothèse diagnostique pertinente, on pourrait proposer : **Risque de diminution situationnelle de l'estime de soi** dont la définition est la suivante : « Risque de développement d'une perception négative de sa propre valeur en réaction à une situation présente »³. On pouvait également proposer **peur** (définition : « Situation où une personne se sent perturbée sur le plan physiologique ou émotionnel par un danger d'origine connue »⁴) liée à l'incertitude face à l'avenir.

Pour Mr D.

Pour le risque infectieux : L'évaluation des facteurs de risque indique un risque élevé d'infection dès l'entrée (âge : > 65 ans, maladie chronique : diabète, tabagisme, péristaltisme ralenti, rupture cutanée (pose d'un cathéter, pose d'une sonde à demeure). Le risque d'infection était donc très pertinent de J0 à J2. Par contre, à J3, l'infection semble bien avérée et le diagnostic n'est plus pertinent, d'une part parce qu'on a dépassé le stade de risque et d'autre part parce que les interventions ne relèvent plus de la seule infirmière.

Pour le risque hémorragique : L'évaluation des facteurs de risque indique un risque faible lié seulement aux effets secondaires des traitements (chirurgie et anticoagulant). Le diagnostic n'est donc pas pertinent à J3.

Comme diagnostic possible pertinent, on pourrait proposer : **Risque de syndrome d'immobilité** dont la définition est la suivante : « Risque de détérioration des fonctions organiques due à une inactivité musculosquelettique prescrite ou inévitable »⁵.

L'analyse des DDS des étudiants aboutit à deux constats :

- 1) La difficulté à poser une hypothèse diagnostique pertinente en tenant compte de la singularité de la situation de la personne soignée, autrement dit la difficulté à passer du plan de soins standard au plan de soins personnalisé.
- 2) La confusion entre le rôle relevant de la procédure de soins (le minimum requis pour tout patient relevant d'un même GHM) et le rôle autonome permettant d'énoncer un jugement clinique sur les réactions de la personne à son problème de santé ou processus de vie

³ Idem, p. 321

⁴ Idem, p.

⁵ Idem, p. 245

II. Cadre théorique

1) Risques et gestion des risques

Que renferme exactement la notion de risque ?

Selon la définition de la HAS : « Une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins ».

« Le risque est un concept qui combine la probabilité de survenue d'un événement et la gravité potentielle de cet évènement, ces deux composantes du risque étant classiquement illustrées par la courbe de Farmer. En pratique, on commence par analyser les situations dangereuses ou dangers, qui sont des éléments perceptibles, puis on apprécie les risques correspondants. La démarche sécurité qui en découle consiste à œuvrer pour réduire les risques ainsi estimés. L'expression "gestion des risques" ou "management des risques" désigne l'ensemble de cette démarche sécurité. » (Daures Fortier, 2012)

La notion de risque est donc une construction de l'esprit qui repose sur l'hypothèse selon laquelle on peut prédire l'avenir à partir du passé. C'est à la fois vrai et faux. C'est vrai, car les mêmes causes ont souvent les mêmes effets. C'est faux, car cette hypothèse occulte le fait que les sources d'évènements et leurs circonstances de survenue se modifient sans cesse au cours du temps, ne serait-ce qu'en raison des interventions de l'homme dont certaines cherchent expressément à les modifier. C'est précisément cela la gestion des risques. Prenons l'exemple des chutes avec fracture grave de personnes âgées lors de la marche. Pour apprécier ce risque, on utilise les données statistiques des dernières années. Si l'on obtient une incidence de 12 % lors du calcul effectué à partir des statistiques de chutes avec fracture grave sur trois ans, on peut estimer à 12 % le risque de chute avec fracture grave pour l'année suivante. Cette estimation donne certes un ordre de grandeur du risque vrai, mais elle est forcément un peu erronée étant donné que ce risque évolue — on l'espère dans le sens de la réduction — du fait du développement des mesures de prévention.

Un risque s'estime, s'évalue et s'apprécie.

Un risque qui a déjà été évalué se traite, comme on traite un problème, car le risque en est un. Traiter un risque consiste souvent à le réduire ou à le maîtriser.

La gestion des risques dans le domaine de la santé répond à ces principes. Les risques connus sont estimés, appréciés en référence à des statistiques basées sur des faits passés et des mesures de prévention sont édictées pour éviter l'incident ou l'accident. C'est ainsi que les protocoles prescrivent un certain nombre d'actions de prévention et de surveillance qui sont à effectuer systématiquement.

Par exemple, pour toute intervention chirurgicale, face aux risques évalués, il est demandé aux infirmiers de réaliser des actions de prévention pour maîtriser ces risques et de détecter l'apparition des signes évoquant la survenue de la situation redoutée. C'est le rôle infirmier en postopératoire, appelé aussi soins infirmiers postopératoires.

Soins infirmiers postopératoires

On peut définir l'objectif de la surveillance postopératoire en trois principes :

- Veiller à la sécurité du patient et à son confort au retour de la salle d'opération ;
- Permettre au patient de récupérer très vite la plus grande autonomie possible ;
- Prévenir les éventuelles complications dues à l'intervention.

La surveillance postopératoire commence dès la sortie du bloc. Elle continue en salle de réveil puis dans la chambre. Elle consiste en la surveillance des signes vitaux : respiration, constantes (pouls, température, tension artérielle), état de conscience, aspect de la peau, diurèse ; la surveillance de la cicatrice d'incision et des pansements ; la surveillance des drainages et des sondes ; la surveillance des perfusions et des traitements ; la surveillance des symptômes postopératoires : agitation, douleurs, inquiétude du patient, etc.

Cette surveillance, élaborée sous la forme de plan de soins standard, permet la détection de toutes les complications possibles après l'intervention (hémorragie, état de choc, phlébite, risques d'infection, complications pulmonaires, rénales et digestives, et complications locales au niveau de la plaie et de la peau), elle est systématique.

2) Définitions de Plan de soins type (standard ou de référence), Plan de soins guide et Plan de soin personnalisé

2.1 Plan de soins type ou plan de soins standard ou plan de soins de référence

« Le plan de soins de référence permet d'aborder et de soigner systématiquement le patient atteint d'une affection déterminée. (...) Une procédure décrit le mode d'exécution d'une technique médicale ou infirmière déterminée. Le cas échéant, une ou plusieurs procédures peuvent faire partie d'un plan de soins de référence. »⁶

« Le plan de soins type (PST) constitue un référentiel de qualité pour orienter le raisonnement et le jugement clinique des professionnels de santé ainsi que la décision des interventions de soins. Il garantit une actualisation uniforme des connaissances du thème étudié pour l'ensemble des professionnels de santé et formalise le savoir sur les problèmes réels et les risques liés à une pathologie donnée ou à une situation de dépendance pour un groupe homogène de patients (GHP) »⁷.

Selon Lefèbre et Dupuis (Celis, 2002), il s'agit d'un « *document de référence et outil de travail dans lequel l'infirmière trouve des listes d'objectifs et d'interventions s'appliquant aux problèmes de soins infirmiers que peuvent présenter un groupe particulier de personnes.* » Appelé aussi plan de soins type ou plan de soins standard, c'est un « *plan d'intervention conçu pour*

⁶ Van Wymersch C. Destrebecq A-T. Dossier législation « Infirmier et Soignant ». Février 2008. En ligne : www.cne-gnc.be

⁷ Blondel M, Psiuk T. Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjour, situations en cancérologie. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2010.

aider une personne vivant certaines difficultés relatives à un problème de santé, à un traitement ou à un moyen diagnostic » (Belal). Il s'applique à un groupe homogène de patients (GHP) dont les réactions aux différentes situations de soins sont identiques et/ou prévisibles. Le plan de soins de référence reprend les problèmes (diagnostics infirmiers et problèmes en collaboration) fréquemment rencontrés pour un GHP.

Le plan de soins guide

Les plans de soins guide sont écrits dans les unités de soins en fonction des situations de soins prévalentes. Il s'agit d'un support de transmissions d'informations qui regroupe des données préétablies au regard d'un diagnostic infirmier, d'un profil type de patient et d'une pratique de soins donnés déterminée. Il permet la formalisation des différentes étapes de la démarche en soins, ciblées autour d'un diagnostic infirmier prédéfini. Il reprend le titre du diagnostic dans un contexte précis, la définition de ce diagnostic, les facteurs de risque, les résultats et les interventions habituelles dans l'unité pour gérer ce type de problème. Le plan de soins guide est élaboré après le consensus d'équipe, à partir de l'analyse d'une problématique de soins liée à un diagnostic infirmier le plus souvent rencontré dans le secteur d'activités. Il assure la traçabilité des différentes étapes de la démarche en soins infirmiers, permet l'évaluation qualitative des soins infirmiers dispensés, facilite l'évaluation quantitative de la charge en soins infirmiers et constitue une part importante des bases de données pour l'informatisation du dossier.⁸

Du plan de soins guide au plan de soins personnalisé

Afin de réaliser des soins réfléchis et non systématisés, le recueil et l'analyse des données personnelles de chaque patient permettent de définir les actions de soins ciblées conduisant à la personnalisation des soins. Le plan de soins guide devient alors un plan de soins personnalisé qui traite tous les problèmes réels et potentiels du patient en les hiérarchisant en fonction des besoins de la personne.

3) Le diagnostic infirmier de type « risque »

Le diagnostic infirmier est « un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels ou dans les processus de vie d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité »⁹.

Le jugement clinique permet de proposer des actions de façon autonome et non uniquement sur prescription, de s'inscrire dans une démarche du « prendre soin » et dans son rôle propre tout en assurant la continuité des soins, en partenariat avec les autres professionnels dans le parcours de soins du patient.

Le problème de santé potentiel correspond à un jugement clinique qui identifie qu'une personne est plus susceptible de présenter un problème donné que d'autres personnes dans la même situation.

L'analyse, pour être fiable repose sur l'utilité des informations recueillies et leur précision.

Un diagnostic infirmier potentiel comporte dans sa formulation :

Problème (P) : un intitulé diagnostic en termes de « risque de »

⁸ Charrier Joëlle et Ritter Brigitte. Le plan de soins guide. Masson Edition 1999. En ligne [infirmiers.com]

⁹ Définition de l'AFEDI [6]

Etiologie (E) : les facteurs de risques qui prouvent la vulnérabilité de la personne et qui la distinguent des autres.

Il n'y a pas de signes (caractéristiques (C)) puisque le diagnostic est potentiel.

Les interventions sont différentes en fonction des situations mais elles répondent toutes aux mêmes priorités : Evaluer les facteurs de risque, les réduire, les corriger ou les éliminer tout en favorisant le bien-être de la personne.

Conclusion

L'infirmière est confrontée en permanence aux indices, aux signes et aux symptômes exprimés par le patient. Elle doit discerner le domaine clinique dont ils proviennent. S'agit-il de manifestations de la pathologie, de complications, d'effets secondaires aux traitements, de réactions physiques ou psychologiques ? En quoi ces indices sont-ils « extra-ordinaires », en quoi sortent-ils du chemin, du guide, du standard et en quoi sont-ils personnels au patient ?

Interrogés sur la pertinence de leur diagnostic, les étudiants répondent : « On m'a dit qu'en chirurgie, si tu donnes comme diagnostic : risque d'infection, risque d'hémorragie, risque de phlébite et douleur, tu ne peux pas te tromper ! ». Ce n'est pas faux, tous ces risques existent et la surveillance postopératoire les intègre en proposant des actions de prévention et de surveillance, de façon systématique, incluses dans le plan de soin de référence. Cependant, pour poser une hypothèse diagnostique pertinente, il manque la phase de personnalisation du plan de soins. Pour ce faire, il faut documenter le raisonnement avec les données individuelles de la personne et les analyser au regard des connaissances sur les pathologies, les traitements et les réactions humaines.

Dans la mesure où les risques ont été identifiés pour une situation de soins donnée, la gestion de ces risques peut être assimilée à la procédure des transmissions ciblées. Les mesures de prévention et de surveillance habituelles prescrites, qui font l'objet des bonnes pratiques, sont inscrites dans le « diagramme de soins » et on considère qu'elles sont appliquées systématiquement. Elles ne font donc pas l'objet d'une cible et ne constitueront pas un DI pertinent. La cible portera sur un/des indice(s) propres à la personne ou sur une analyse plus globale de sa situation en termes de réaction à l'évènement de santé qu'elle traverse.

Sources

- AFEDI. A propos des diagnostics infirmiers. CA AFEDI 16/06/2012, en ligne [www.afedi.com]
- BELAL F. Le plan de soins guide. Revue de l'infirmière n° 148 ; mars 2009 ; 29-31
- Blondel M, Psiuk T. Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjour, situations en oncologie. Issy-les-Moulineaux ; Masson, 2010.
- CELIS M-T. Glossaire, Soins infirmiers et informatique, 14/03/2002, en ligne [www.sixi.be]
- Daures Fortier M R. La gestion des risques, Retour d'expérience - Journée Qualité et Sécurité des soins - 26 novembre 2012, en ligne [www.ars.languedocroussillon.sante.fr]
- Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, en ligne [www.has-sante.fr]
- NANDA-International. Diagnostics infirmiers. Définitions et classification. 2012-2014, Paris, ELSEVIER MASSON, 2013

- Van Wymersch C. Destrebecq A-T. Dossier législation « Infirmier et Soignant ». Février 2008. En ligne : [www.cne-gnc.be]