

Les prestations des services de soins infirmiers à domicile sont-elles toujours conformes aux prescriptions médicales ?

Is the Care Given by the Home Nursing Care Service Always in Conformity with Physicians' Prescriptions?

Cabayé-Borgès Da Silva G¹, Gazano-Jouanon F², Mabriez JC³

Résumé

Objectifs : Ce travail avait pour objectif de comparer les soins prescrits aux soins réalisés, chez 60 patients pris en charge par deux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Méthode : Nous avons étudié le nombre de passages des auxiliaires médicaux pour les soins d'hygiène et trois soins techniques infirmiers (prise de la tension artérielle, du pouls, préparation et surveillance du traitement). Nous les avons comparés au dernier protocole de soins prescrits par le médecin traitant. La confirmation de la réalisation des soins a été obtenue à partir du dossier infirmier (quand il était présent au domicile), des déclarations de l'infirmière coordinatrice et des déclarations du patient ou de sa famille.

Résultats : Le dossier infirmier était présent chez 34 patients. Un tiers des patients ne bénéficiait pas du nombre de passages prescrits. 20 patients ne bénéficiaient pas de la surveillance de la tension artérielle et 22 de la surveillance du pouls, malgré leur prescription. Pour un quart des patients, la préparation du traitement et la surveillance de sa prise n'étaient pas conformes à la prescription.

Conclusion : Cette étude a permis de s'intéresser aux objectifs du dossier infirmier présent au domicile du patient. L'infirmière coordinatrice doit avoir un rôle d'organisation et d'évaluation du service. Entre le prescripteur et les intervenants du SSIAD la collaboration et la communication sont indispensables. La prescription médicale doit être réévaluée en fonction de l'état du patient et son suivi est de la responsabilité du médecin.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,4:285-289

Mots clés : dossier infirmier, infirmier, qualité des soins, réseaux, soins infirmiers à domicile.

Summary

Aims: The aim of this study was to compare prescribed care to actual care received by 60 patients followed by two home nursing care services (SSIAD).

Methods: We studied the number of times nurses visited patients for routine toilet care and three distinct technical assessments (blood pressure, heart rate, treatment preparation and monitoring). Conformity of actual care delivered was determined by referring to the nurses patient records (when it was present in the patients' homes), statements from the nursing coordinator and those of the patient or family members.

Results: Nurses patient records were present in 34 patients' homes. One third of the patients had not received the number of prescribed visits. 20 patients did not have their blood pressure checked and 22 did not have their heart rate checked, in spite of the fact that they were prescribed. In a quarter of the patients, treatment preparation and monitoring did not conform to the prescription.

Conclusions: This study allowed us to evaluate the objectives of the nurses patient records in patients' homes. The role of the coordinating nurse is to organize and evaluate nursing services. Collaboration and communication between prescribing physicians and SSAID nurses are indispensable. Medical prescriptions must be regularly reevaluated by considering each patient's condition and following a patient's clinical course remains the physicians responsibility.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,4:285-289

Key words: community networks, nursing home, nurses, nursing records, quality of health care.

¹ Médecin-conseil, Échelon local du service médical (CNAMTS) du Var.

² Médecin-conseil chef de service, Échelon local du service médical (CNAMTS) du Var.

³ Médecin-conseil régional, Direction régionale du service médical (CNAMTS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse.

Adresse pour correspondance : Dr Gisèle Borgès Da Silva, Service médical de l'Assurance maladie du Var (CNAMTS), BP 1405, F-83056 Toulon cedex

E-mail : gisele.borges-da-silva@elsm-toulon.cnamts.fr

INTRODUCTION

La vocation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est définie par décret [1] : ils « assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées malades ou dépendantes, les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ainsi qu'éventuellement d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux. »

Le personnel de ces services comporte des aides-soignants (AS) toujours salariés, et des infirmiers diplômés d'état (IDE) qui peuvent avoir des statuts différents. Ce peut être des infirmiers salariés du SSIAD ou des infirmiers libéraux. Ces derniers interviennent à la demande du SSIAD avec qui ils ont passé convention et qui les rémunère. Une infirmière coordinatrice assure l'organisation des soins et l'animation de l'équipe [2].

Conformément à ce décret, la prise en charge d'une personne âgée par un SSIAD relève d'une prescription médicale, effectuée en général par un omnipraticien. Celui-ci a la direction et la responsabilité du traitement prescrit [2]. Il doit préciser le protocole de soins médicaux : nombre de passages quotidiens pour les soins d'hygiène effectués par les IDE ou les AS, la nature et la fréquence des soins techniques infirmiers.

Si l'exécution d'un acte ou d'une action est subordonnée à la prescription médicale en application du décret de compétence infirmière du 11 février 2002 [3], l'application technique est réservée aux infirmiers [4].

L'objectif de cette étude, réalisé lors d'une enquête sur le fonctionnement de deux SSIAD, était de comparer les soins effectivement dispensés par les auxiliaires médicaux aux soins ordonnés par les médecins prescripteurs.

MÉTHODE

Cette étude concerne deux SSIAD du département du Var. Ils ont été sélectionnés sur une étude budgétaire menée par la caisse régionale d'Assurance maladie portant plus particulièrement sur un ratio de coûts élevé en personnel. Elle a été réalisée au cours du mois de janvier 2002.

Nous avons tiré au sort 60 des 106 patients pris en charge par ces deux structures.

Nous avons étudié la dernière prescription médicale présente dans le dossier médical des patients. Il s'agit d'un protocole imprimé mentionnant les différents soins techniques. Le médecin coche ceux de son choix, note en clair le nombre de passages quotidiens pour les soins d'hygiène et signe.

Les patients ont été vus à leur domicile par un médecin-conseil en présence de l'infirmière coordinatrice ou de son représentant. Le nombre d'inter-

ventions sur une semaine et les actes réalisés par les IDE ou les AS du SSIAD ont été évalués à partir du dossier de soins infirmiers, quand il était présent, et des déclarations de l'infirmière coordinatrice ou de son représentant. Ces soins ont été confirmés par l'interrogatoire du patient ou de sa famille. La semaine de référence était celle qui précédait notre passage.

Nous avons comparé la fréquence des passages quotidiens pour soins d'hygiène et la réalisation de trois soins techniques infirmiers (surveillance de la tension, du pouls, préparation des médicaments et vérification de leur prise) à la prescription médicale.

RÉSULTATS

Le dossier médical comportant les diagnostics et le protocole de soins signé par le prescripteur se trouvait au siège du SSIAD. Au domicile des patients un dossier infirmier était retrouvé dans 34 cas sur 60 (57 %). Le nombre de prescripteurs était de 51.

La transmission des soins prescrits auprès des intervenants se faisait de façon orale par l'IDE coordinatrice soit au cours d'une réunion, soit par téléphone. Lorsque le dossier infirmier était présent au domicile du patient, la retranscription des soins prescrits était inconstante.

1. Fréquence des passages pour soins d'hygiène (Tableau I)

Parmi les 60 patients étudiés, 20 (33 %) ne bénéficiaient pas du nombre de passages prescrits par leur médecin traitant : 17 bénéficiaient d'un nombre de passages inférieur à la prescription, et 3 d'un nombre de passages supérieur à la prescription.

Pour 11 d'entre eux, le nombre de passages réalisés variait de la moitié au double du nombre de passages prescrits.

Tableau I
Fréquence des passages prescrits et réalisés

Nombre de passages prescrits par semaine	Nombre de passages réalisés par semaine	Nombre de patients concernés
3	5	1
3	2	1
5	2	1
7	6	3
7	3	5
7	5	3
7	14	2
14	7	2
14	6	1
14	13	1

2. Surveillance de la tension artérielle

La surveillance de la tension artérielle (TA) n'était pas effectuée chez 20 patients (33 %) alors que leur médecin traitant l'avait prescrite et pour 8 patients la fréquence de la surveillance tensionnelle n'était pas conforme à la prescription.

Tableau II
Surveillance de la tension artérielle (TA)

	Prescription de la surveillance de la TA		
	Pas de prescription	Avec fréquence spécifiée	Sans fréquence spécifiée
Surveillance de la TA			
<i>non réalisée</i>		7	13
<i>conforme à la prescription</i>	6	6	20
<i>fréquence < à la prescription</i>		1	
<i>fréquence > à la prescription</i>	5	2	
Nombre de patients concernés	11	16	33

3. Surveillance du pouls

La surveillance du pouls n'était pas conforme à la prescription médicale chez 34 patients (57 %).

Tableau III
Surveillance du pouls

	Prescription de la surveillance du pouls		
	Pas de prescription	Avec fréquence spécifiée	Sans fréquence spécifiée
Surveillance du pouls			
<i>non réalisée</i>		6	16
<i>conforme à la prescription</i>	20		6
<i>fréquence > à la prescription</i>	12		
Nombre de patients concernés	32	6	62

4. Préparation et surveillance de la prise du traitement

La préparation et la surveillance de la prise du traitement n'étaient pas conformes à la prescription médicale chez 15 patients (25 %).

Pour une patiente démente, le médecin avait prescrit la préparation du traitement et la surveillance de sa prise alors que cette patiente n'avait aucun traitement.

Tableau IV
Préparation du traitement et surveillance de sa prise

	Prescription de la préparation du traitement et surveillance de sa prise	
	Pas de prescription	Prescription présente
Préparation du traitement et surveillance de sa prise		
<i>non réalisées</i>		12
<i>conformes à la prescription</i>	20	24
<i>fréquence > à la prescription</i>	3	
Nombre de patients concernés*	23	36

* Un patient n'a pas été classé (cf. résultats)

DISCUSSION

1. Validité de l'étude

Il s'agit d'un constat ponctuel de dysfonctionnement du système de soins dans deux SSIAD du Var. Nos résultats ne peuvent être généralisés. L'intérêt de cette étude est de sensibiliser les acteurs de santé sur le risque de retrouver ces dysfonctionnements dans d'autres structures.

Le nombre des interventions pour soins d'hygiène ainsi que la fréquence des trois soins techniques étudiés étaient relevés à partir du dossier de soins infirmiers quand il était présent et des dires de l'infirmière coordinatrice. Ce nombre et ces fréquences ont toujours été confirmés par le patient ou sa famille. La semaine de référence étant celle qui précédait notre passage, les patients ou leur famille se souvenaient des soins réalisés. Cette confirmation constante valide l'exactitude de nos relevés.

Dans un SSIAD, l'effectif du personnel soignant était conforme à la circulaire ministérielle du 1^{er} octobre 1981 [2]. L'autre fonctionnait avec un nombre d'AS salariés déficitaire mais totalement compensé par les IDE libéraux.

Pendant la période de notre étude il n'y avait pas de problème d'absentéisme dans le personnel soignant, ni de sur-occupation des services.

2. Interprétation et perspectives des résultats

Les SSIAD font partie de la palette des solutions offertes aux personnes âgées pour leur maintien à domicile [5]. Pour que ce maintien se fasse dans de bonnes conditions, il faut qu'il y ait une bonne coordination entre tous les intervenants. Or cette étude montre que dans ces deux SSIAD, il y a des divergences importantes entre la prescription médicale et les soins étudiés. Ce hiatus entre la prescription médicale et sa réalisation par le personnel paramédical du SSIAD amène plusieurs réflexions.

a) Sur le fonctionnement global d'un SSIAD

Une association de prestataires ne garantit pas *a priori* que leurs actions soient concertées ou coordonnées [6]. Un SSIAD devrait fonctionner comme un réseau de soins avec comme principaux acteurs un médecin prescripteur, une infirmière coordinatrice et des intervenants auprès du patient (infirmiers – salariés ou libéraux – et aides-soignants).

Comme tout réseau, il devrait faire l'objet d'une évaluation systématique du respect des protocoles écrits dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins [7, 8]. Cette évaluation aurait permis de constater les différences trouvées entre les soins prescrits et réalisés, de les analyser et de mettre en place des changements de méthode de travail pour y remédier.

b) Sur le dossier du patient

Si le dossier médical comportant les diagnostics reste au siège du SSIAD, un dossier infirmier avec la transcription des soins prescrits par le médecin doit rester au domicile du patient [9]. Chaque intervenant peut ainsi s'y référer pour vérifier s'il a bien délivré tous les soins prescrits. C'est un outil indispensable à la qualité des soins.

L'ANAES définit le dossier de soins infirmiers comme « *un outil de la pratique quotidienne dont le but est de faciliter la prise en charge du patient* » [9]. Il a entre autres pour but « *de favoriser la circulation de l'information, de définir des objectifs réalistes exprimés en termes de résultats attendus, déterminer des actions appropriées et planifier les tâches* ».

c) Sur la prescription médicale

La prescription initiale ou d'une prolongation d'un SSIAD devrait être précédée d'une évaluation du patient. En effet, les besoins en soins d'une personne âgée ne peuvent pas être fixés définitivement : son état peut évoluer rapidement soit vers une aggravation soit vers une amélioration [10].

La prise en charge du patient doit être établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état [11]. Ceci permettrait une prescription adaptée à l'état du patient en ce qui concerne le nombre de passages pour les soins d'hygiène et pour la surveillance de certains paramètres.

La divergence entre la prescription concernant la surveillance de la TA, du pouls et du traitement amène une autre réflexion.

Soit cette surveillance est nécessaire et n'est pas faite. Ceci met en cause la responsabilité du médecin qui est responsable du suivi de ses prescriptions [12] et la responsabilité de l'IDE qui est habilité à pratiquer ces actes en application d'une prescrip-

tion médicale [3]. Cette absence de soins peut avoir des conséquences graves pour le patient.

Soit cette surveillance n'est pas nécessaire et la prescription médicale de soins techniques pourrait être un alibi justifiant la prise en charge d'un patient par un SSIAD.

d) Sur le rôle de l'infirmière coordinatrice

L'infirmière coordinatrice a un rôle important : elle a une fonction d'encadrement, d'animation, d'organisation et d'évaluation du service. Elle doit s'assurer de la qualité de la prise en charge des patients par ses équipes [13, 14]. Le rôle des *leaders* dans le succès de la mise en œuvre de stratégie d'amélioration de la qualité est reconnu [15, 16].

Mais lorsque le SSIAD fait appel à des IDE libéraux, l'IDE coordinatrice a peu d'autorité sur eux dans les départements qui subissent une pénurie d'offre. Elle devrait être à l'initiative d'une relation directe entre le prescripteur et les intervenants auprès du patient. Le médecin devrait expliquer, au cours de réunion d'équipes, ses prescriptions de soins techniques ainsi que son évaluation du nombre de passages en tenant compte des observations des IDE. De nombreux auteurs ont souligné l'importance de cette collaboration et de cette communication [17-19].

La coordination gérontologique dans les réseaux de soins pourrait déboucher sur une nouvelle profession de santé [20].

e) Sur l'exercice de la profession d'infirmier

Le décret du 11 février 2002 [3] définit les actes relevant du rôle propre de l'infirmier. Parmi ceux-ci on retrouve les soins étudiés : « *les soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne, l'aide à la prise des médicaments, le recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsation, pression artérielle* ». Avec ce décret, l'IDE n'est plus seulement un exécutant mais aussi un acteur dans l'identification et la détermination des soins [21].

Ceci peut expliquer que pour certains patients, les soins d'hygiène ou techniques réalisés étaient supérieurs aux soins prescrits. L'IDE a pu estimer qu'en raison de l'aggravation de l'état du patient, ce dernier a nécessité des passages plus fréquents et une surveillance plus importante.

Mais l'IDE a le devoir d'exécuter les prescriptions médicales. Il ne peut pas de sa propre initiative les modifier par manque de disponibilité. Le transfert de certains soins d'hygiène sur les familles leur permet parfois de diminuer le nombre de passages prescrits. Ces familles qui assuraient seules le main-

tion à domicile de leur parent âgé sont satisfaites d'être soulagées même partiellement. Mais, même s'il est accepté par la famille, ce transfert ne correspond pas à la logique de prise en charge des SSIAD.

RÉFÉRENCES

1. Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées (JO 9 mai).
2. Ministère de la Solidarité nationale. Circulaire ministérielle n° 81-8 du 1^{er} octobre 1981 relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées.
3. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (JO 16 fév.) p.3040.
4. Eggers J. Déontologie en soin infirmier. Une déontologie implicite ? *Droit Déontologie Soins* 2001;1:70-85.
5. Jossieran L, Le Duff F, Chaperon J. Personnes âgées. Démographie, aides économiques et sociales, institutions sanitaires et sociales. *Rev Prat (Paris)* 2000;50:1373-7.
6. Fermon B, Firbank O. Gérer la qualité des services à domicile. *Gerontol. Soc.* 2001;99:187-205.
7. Lombrail P, Bourgueil Y, Develay A, Mino JC, Naiditch M. Repères pour l'évaluation des réseaux de soins. *Santé Publique* 2000;12:161-76.
8. Seveignes S, Garcia E. Une démarche pour la qualité des soins à domicile : élaboration et évaluation de fiches techniques de soins. *Hygiènes* 2001;9:38-40.
9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile*. Paris : ANAES ; juin 1997.
10. Frobert A. L'évaluation gérontologique et le médecin généraliste. *Concours Med* 1999;121:360-6.
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris : ANAES ; février 1999.
12. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale (JO 8 sept.), art. 34.
13. Merdy-Tafforeau C. La fonction d'infirmière coordonnatrice. *Soins Gérontol* 2000;25:35-6.
14. Charbon J, Oyon D. Le tableau de bord prospectif : la qualité managériale au service des associations/fondations d'aide et de soins à domicile. *Rev Med Suisse Romande* 2001;121:811-7.
15. Moss F, Palmberg M, Plsek P et al. Quality improvement around the world : how much we can learn from each other ? *Qual Health Care* 2000;9:63-6.
16. Duluc A. *Leadership et confiance*. Paris : Dunod ; 2000.
17. Corser WD. A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions : the management of traditional influences and personal tendencies. *Sch Inq Nurs Pract* 1998;12:325-41.
18. Larson E. The impact of physician-nurse interaction on patient care. *Holist Nurs Pract* 1999;13:38-46.
19. Zwarenstein M, Bryant W, Bailie R, Sibthorpe B. Meta-analysis of the Cochrane Collaboration. Promoting collaboration between nurses and physicians. *Assist Infirm Ric* 2000;19:97-9.
20. Patte D, Marchand-Buttin F, Tran B, Brodin M. An experiment of coordination of health and social home care. *Proceedings of the 14th Congress of European Public Health Association ; 2000 Dec 14-16 ; Paris. Nancy (France) : Société Française de Santé Publique ; 2000.*
21. Duboys Fresney C. Défendre la profession infirmière. *Droit Déontologie Soins* 2001;1:91-6.