



EAFC

**TOURNAI
EUROMÉTROPOLE**
Enseignement pour Adultes et Formation Continue

Enseignement secondaire supérieur de transition

SECTION : AIDE-SOIGNANTE

Formation complémentaire : ACTUALISATION

Principes de DELEGATION

INTRODUCTION

Ce cours est le premier cours de ce module de formation complémentaire visant à actualiser vos connaissances et vos compétences d'aide-soignant(e). Avant de découvrir les actes qu'un infirmier(e) peut déléguer à un(e) aide-soignant(e) dans le respect de l'Arrêté Royal du 27 février 2019 ([lien](#)), il est utile de rappeler les principes de la délégation. Ces notes seront ensuite complétées par des fiches de « Pratique Professionnelle » mais aussi par les « Aspects théoriques » concernant ces actes. Il est bien question du sens de nos pratiques soignantes, ici en lien avec une autre profession du soin.

PRINCIPES DE DÉLÉGATION

Définitions

La délégation est le fait de confier une tâche à une autre personne, généralement un subordonné. La délégation ne désengage pas le délégant de sa responsabilité. Tous les infirmiers sont confrontés quotidiennement à la possibilité de déléguer certaines tâches à un aide-soignant¹.

Le verbe « confronter » est délibéré car aucun infirmier ne peut actuellement se reposer sur une préparation à cette délégation durant sa formation initiale. Pourtant le législateur a été strict puisqu'il prévoit que l'infirmier restait responsable de celle-ci. En effet, ce dernier doit assurer le contrôle qualitatif des actes délégués à l'aide-soignant.

Nous sommes ici dans un cas de figure différent de ce qui se passe entre médecins et infirmiers. Un médecin rédige une prescription demandant à l'infirmier d'injecter un médicament, il n'est pas attendu du médecin qu'il vérifie si cette injection a bien été faite. Dans le cadre de la délégation d'un infirmier vers un aide-soignant, cette vérification est attendue.

Les réactions des infirmiers face à cette nouvelle donne sont très diverses : allant du refus de délégation par manque de confiance et/ou de capacité à contrôler, jusqu'à une délégation aveugle et irresponsable², en passant par des collaborations excellentes telles que prévues dans les textes. Les infirmiers sont parmi les plus présents, en temps et/ou fréquence, au chevet du patient tout au long de la journée, de plus en plus intégrés ou connectés à d'autres professionnels de la santé. Ils se voient dès lors (devoir) endosser la tâche de coordonner les activités d'un grand nombre d'intervenants auprès du patient.

Responsabilité : obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres (Larousse).

Prendre ses responsabilités : agir en pleine connaissance du fait que l'on peut être tenu pour responsable de quelque chose (Larousse).

Responsabilité du fait d'autrui : obligation de réparer les dommages causés aux tiers, qui pèse sur certaines personnes en raison de leurs liens avec l'auteur du préjudice. Exemple : le père et la mère sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux. (Larousse).

La jurisprudence accorde à chaque professionnel sa propre responsabilité.

L'infirmier sera tenu responsable pour la délégation des soins, tenant compte de la formation et des compétences de l'aide-soignant et de la situation (patient, secteur de soins, milieu,

¹ ou aide-soignante (à chaque occurrence du terme).

² parfois même d'actes non autorisés...

moyens...). Il note les soins délégués dans le plan de soins, ce qui en assure la confirmation et la sécurité avec laquelle ils ont été réalisés. Il suit le rapport de l'aide-soignant et l'évaluation des soins selon la procédure établie et chaque fois qu'il le juge nécessaire.

L'aide-soignant est responsable de la bonne exécution des soins, c'est à dire de l'exécution des actes de façon correcte et consciencieuse. Il est également chargé d'observer correctement et d'avertir l'infirmier si les soins dépassent sa compétence et si les points importants du plan de soins sont atteints.

La responsabilité civile des infirmiers et des aides-soignants salariés, pour les dommages qu'ils causeraient lors de l'exécution de leur travail, sera portée par l'employeur (en laissant les exceptions légales éventuelles de fraude/malversation, de faute grave et de fautes légères fréquentes et répétitives). Les infirmiers indépendants qui délèguent des soins aux aides-soignants doivent disposer de leur propre assurance et doivent s'assurer que leur police d'assurance couvre de manière adéquate la délégation des soins aux aides-soignants. Il convient au juge de définir les responsabilités dans les cas concrets.

Une bonne pratique professionnelle n'a pas pour but d'éviter les plaintes juridiques, mais d'abord et avant tout de fournir des soins de qualité aux patients/clients/bénéficiaires.

Les trois responsabilités de l'infirmier ... et de l'aide-soignant ?

De manière générale, la responsabilité infirmière recouvre l'ensemble des situations dans lesquelles une infirmière peut être appelée à répondre de ses actions ou de ses omissions du fait de ses obligations ou de son exercice professionnels. Or, en pratique, il n'existe pas « une » mais « trois » responsabilités répondant à des principes et des buts si différents, qu'il est essentiel à l'infirmière soucieuse d'évaluer les risques liés à sa pratique d'en percevoir les contours. En effet, selon que l'objectif de la mise en cause vise soit à indemniser un patient, à réprimer un comportement jugé dangereux pour la société ou à sanctionner un manquement disciplinaire, la responsabilité engagée sera tantôt civile, pénale et/ou disciplinaire.

La responsabilité civile ou administrative

Le but de la responsabilité civile ou administrative n'est pas de punir mais de permettre au patient victime d'un dommage d'obtenir des dommages et intérêts en guise de réparation.

La responsabilité pénale

La responsabilité pénale a pour objectif de punir le comportement dangereux ou illicite d'un professionnel de santé du fait des dommages qu'il a pu causer à son patient ou du simple fait d'avoir fait courir un risque injustifié à celui-ci.

Ainsi, lorsqu'involontairement par imprudence, maladresse ou inattention une infirmière cause la mort ou des blessures à un patient, celle-ci peut encourir des sanctions des chefs d'atteinte involontaire à la vie ou d'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne.

Par ailleurs, puisqu'il s'agit de sanctionner un comportement, des condamnations à des peines d'amende ou de prison peuvent aussi être prononcées alors que même que le patient ne justifierait d'aucun dommage comme par exemple en cas de violation du secret professionnel, de non-assistance à personne en danger ou mise en danger d'autrui.

En outre, ce qui particularise la responsabilité pénale est son caractère toujours strictement personnel : personne ne « couvre » donc jamais personne et chacun doit répondre de ses gestes (mais uniquement de ses gestes). Ainsi, une infirmière a l'obligation de refuser un ordre qui serait manifestement illégal car en exécutant un tel ordre celle-ci se positionne comme « la main qui accomplit l'acte » et donc comme l'auteur principal de l'acte illégal.

La responsabilité disciplinaire

Une infirmière peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire en cas :

- de violation d'une règle professionnelle particulière aux infirmières.
- de désobéissance ou d'inobservation de mesures ou d'ordres émanant de son employeur (dès lors que ceux-ci ne sont pas manifestement illégaux).

Ces sanctions peuvent être l'avertissement, le blâme, la mise à pied ou dans certains cas le licenciement.

Quelles sont les limites d'une délégation ?

L'aide-soignant est un professionnel de la santé qui est spécifiquement formé pour assister l'infirmier en matière de soins et d'éducation des patients, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée.

- un pouvoir délégué ne peut être subdélégué ;
- le délégant choisit la personne délégataire ;
- le délégant ne se dessaisit pas de ses compétences et de ses responsabilités ;
- le délégant vérifie que la personne délégataire est apte (compétences/formation) ;
- le délégant encadre, contrôle et évalue la personne délégataire.

Quelles étaient les activités infirmières qui pouvaient être déléguées aux aides-soignants depuis la liste du 12 janvier 2006 ?

- Observer et signaler les changements chez le patient/résident sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.).

- Informer et conseiller le patient/résident et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées.
- Assister le patient/résident et son entourage dans les moments difficiles.
- Donner des soins de bouche.
- Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, **à l'exception** de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques
- Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes.
- Donner des soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies.
- Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résident et signaler les problèmes.
- Aider à la prise de médicaments par voie orale pour le patient/résident, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ière) ou un pharmacien.
- Aider à l'alimentation et à l'hydratation par voie orale du patient/résident **à l'exception** des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition.
- Installer et surveiller le patient/résident dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins.
- Donner des soins d'hygiène chez les patients/résidents souffrant de dysfonction de l'A.V.Q., conformément au plan de soins.
- Transporter des patients/résidents, conformément au plan de soins.
- Appliquer des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins.
- Appliquer des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins.
- Appliquer des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins.
- Prendre le pouls et la température corporelle, signaler des résultats.
- Assister le patient/résident lors du prélèvement non stérile d'excrétions et de sécrétions.

Par ailleurs, il est prévu dans cet AR du 12/01/2006 que l'aide-soignant travaille au sein d'une équipe structurée. L'équipe structurée doit répondre aux critères suivants :

1. La répartition des infirmiers dans l'équipe structurée doit être telle qu'ils puissent contrôler les activités des aides-soignants.
2. L'équipe structurée doit garantir la continuité et la qualité des soins.
3. Elle organise la concertation commune au sujet des patients dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation du plan de soins et, le cas échéant, à une adaptation de celui-ci.
4. Elle instaure une procédure de collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant.

5. Ce dernier fait rapport le jour même à l'infirmier qui contrôle ses activités.
6. Elle bénéficie d'une formation permanente ; au moins 8h/an pour les AS et 16h/an pour les infirmiers.
 - Par « contrôle » on entend :
 1. L'infirmier veille à ce que les soins, l'éducation à la santé et les activités logistiques qu'il a déléguées aux aides-soignants de l'équipe structurée, sont effectués d'une manière correcte.
 2. Le nombre d'aides-soignants qui travaille sous le contrôle de l'infirmier, dépend des effectifs prévus pour l'équipe structurée, de la complexité des soins et de la stabilité de l'état des patients.
 3. Compte tenu de ces éléments, la présence de l'infirmier lors de l'exercice des activités de l'aide-soignant n'est pas toujours indispensable.
 4. L'infirmier doit être accessible pour donner les informations et le support indispensable à l'aide-soignant.
 5. L'aide-soignant collabore, dans la limite de sa qualification et de sa formation, à la tenue à jour pour chaque patient du dossier infirmier.

Qu'est-ce qui a changé avec la publication de l'arrêté royal du 18 mars 2019 ?

De nouveaux actes ont été ajoutés à la liste d'actes que l'infirmier peut déléguer aux aides-soignants. On identifiera cette liste de nouveaux actes comme étant la liste du 1er septembre 2019. L'infirmier ne peut déléguer les activités à l'aide-soignant qu'à certaines conditions, dont la condition d'avoir lui-même évalué l'état du patient avant la délégation.

L'AR ne supprime pas les conditions également prévues dans l'AR du 12/01/2006 : obligation pour l'infirmier de contrôler la qualité des prestations déléguées et pour l'aide-soignant de travailler dans le cadre d'une équipe infirmière structurée³.

Ensuite cet AR vient ajouter dans celui de 2006 une liste d'actes supplémentaires et des conditions⁴ pour pouvoir les exécuter. Ces actes supplémentaires sont :

- Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier.
- Administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiantes, préparés par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administration suivantes :

³ ç'est-à-dire délégation uniquement par un infirmier, concertation d'équipe quotidienne, rapport le jour même, etc.

⁴ Cf. point suivant « *Qui est autorisé à effectuer les actes de la liste du 1er septembre 2019 ?* ».

- orale (y compris l'inhalation)
- rectale,
- gouttes ophtalmiques,
- gouttes auriculaires,
- percutanée, et
- sous-cutanée : uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée⁵.
- Alimentation et hydratation par voie orale.
- Enlèvement manuel de fécalome.
- Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses.

Détails :

1. Mesure des paramètres

La prise du pouls et de la température corporelle font déjà partie des compétences des aides-soignants (A.R. du 12 janvier 2006). Les paramètres pouvant être mesurés après la formation supplémentaire sont, par exemple, la tension artérielle, la respiration, la saturation en oxygène et la glycémie par ponction du doigt.

Si l'infirmier décide de déléguer la prise de ces paramètres à l'aide-soignant, l'aide-soignant doit avoir la connaissance de la technique correcte, des possibles sources d'erreur et des précautions à prendre lors de l'utilisation du matériel (qui peut être aussi bien manuel qu'électronique). Ces mesures sont ponctuelles. Attention que l'utilisation des appareils pour les mesures répétées (tensiomètre automatique), pour les observations continues et les observations de plusieurs paramètres (monitoring), ainsi que l'utilisation d'appareils diagnostiques (ECG, EEG, spirométrie...) font partie de la "Manipulation d'appareils d'investigation et de traitement des divers systèmes fonctionnels" qui est un acte infirmier du type B2 qui ne peut pas être délégué aux aides-soignants (A.R. du 18 juin 1990).

2. Administration de médicaments

L'infirmier doit confirmer à l'aide-soignant, au sein de l'équipe structurée, les médicaments qui peuvent être administrés ainsi que leur mode et voie d'administration. La délégation sera, comme toujours, notée dans le plan de soins.

L'administration des médicaments nécessite une prescription médicale qui contient la procédure que l'infirmier doit mettre en place pour l'administration du traitement. Le médecin a la possibilité de noter dans la procédure sa décision sur la délégation et les conditions éventuelles,

⁵ ou HBPM (cf. « Aspects théoriques »).

de préférence en concertation avec l'infirmier qui connaît mieux le milieu de vie du patient et les compétences de l'aide-soignant.

L'administration de médicaments par n'importe quelle voie exige que l'infirmier donne suffisamment d'instructions à l'aide-soignant, y compris les précautions à prendre pour chaque voie d'administration, la finalité du traitement, les contrôles à effectuer, les effets désirables et les effets secondaires éventuels, les réactions et signes à observer.

La responsabilité de l'infirmier ou du pharmacien reste de garantir que le bon médicament parvienne au bon moment au bon patient pour son administration éventuelle par l'aide-soignant. La façon concrète et sûre de réaliser cette garantie au sein de l'institution ou du service sera élaborée et notée dans une procédure. Il relève de la responsabilité de l'infirmier de contacter le médecin si l'état de santé du patient nécessite une modification du médicament ou de la posologie.

L'administration d'un **lavement** (lavement phosphaté, Fleet-Enema®, etc.) ne fait pas partie de l'administration de médication par la voie rectale. Il est défini à un endroit spécifique de l'A.R. du 18 juin 1990 et n'est donc pas compris dans l'administration de médicaments. L'infirmier ne peut donc pas déléguer cette technique à l'aide-soignant. Par contre, l'administration de médicaments par voie rectale comprend les suppositoires de glycérine, et la médication laxative du type Microlax® ou Laxavit®.

L'**oxygène** est défini comme un médicament. L'A.R. du 18 juin 1990 définit l'administration d'oxygène comme acte B1 (acte infirmier autonome). L'infirmier initie l'administration de l'oxygène, en suivant la procédure qui définit les indications et les contre-indications, le dosage, la méthode, les observations à suivre... Pour être conforme aux directives actuelles, l'administration d'oxygène se fera de préférence suivant la saturation en oxygène du patient. L'infirmier peut autoriser l'aide-soignant à enlever et à remettre les moyens d'administration d'O₂ lors des soins ou du déplacement du patient. L'aide-soignant n'est pas autorisé à initier, ni à modifier l'oxygénothérapie. S'il observe une modification de l'état de santé du patient, ou s'il juge que besoin en est, il contacte l'infirmier qui décidera d'une adaptation de l'administration.

3. Alimentation et hydratation par voie orale

L'infirmier peut déléguer à un aide-soignant le soin de l'alimentation et de l'hydratation orale, aussi en cas de troubles de la déglutition ou de risque de troubles de la déglutition. A la condition d'une formation adéquate et d'un contrôle, l'infirmier, de préférence en concertation avec le logopède, peut décider quelle alimentation l'aide-soignant peut administrer, et quelles seront les précautions à prendre, le tout noté dans le plan de soins qui doit être modifié en fonction de l'évolution de l'état du patient. L'alimentation par sonde gastrique ne fait **pas** partie de la liste

des nouveaux actes délégués à l'aide-soignant. Celui-ci peut donner une alimentation orale chez un patient qui a une sonde gastrique encore en place mais qui peut cependant avaler de la nourriture.

4. Enlèvement manuel de fécalome

Les risques de cette technique, notamment le risque de perforation, ne permettent de déléguer cet acte qu'aux aides-soignants ayant la compétence et l'expérience requises. Cet acte demande des précautions adéquates qui seront vues dans le cours d'Aspects Théoriques.

5. Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses

L'A.R. du 12 janvier 2006 autorisait déjà les aides-soignants à enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses (acte B2 nécessitant une prescription médicale).

Pour l'application des bandages, l'infirmier peut déléguer à l'aide-soignant l'acte d'enlever et de remettre le bandage. Comme une mauvaise application peut causer l'effet contraire, notamment une congestion veineuse, une formation stricte et adéquate s'impose. Il est préférable que l'infirmier accompagne l'aide-soignant lors des premières applications de sorte qu'il soit bien rassuré sur l'exécution correcte de la technique. Vu la complexité de l'offre commerciale (types de compression, élasticité...) l'aide-soignant ne changera ni le type ni la marque de bandage. Le choix du matériel reste de la compétence de l'infirmier et du médecin. Pour ce soin une instruction précise sur les observations du membre concerné sera essentielle, tout comme une transmission de données correcte de l'aide-soignant.

Qui est autorisé à effectuer les actes de la liste du 1er septembre 2019 ?

- les aides-soignants qui sortiront des écoles ayant implémenté un nouveau programme de formation après le 01/09/2019.
- les personnes qui, avant le 1er septembre 2019, répondent aux conditions d'enregistrement comme aide-soignant telles que prévues dans l'article 2 de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant, et qui prouvent avoir réussi avec fruit une formation complémentaire de 150 heures effectives dont au maximum la moitié est constituée de stage attestant du fait qu'elles ont acquis la compétence pour l'exécution des activités infirmières visées dans le 2° de l'annexe du présent arrêté.

En d'autres termes, les aides-soignants actuels s'ils retournent suivre un programme de formation complémentaire de 150 heures. Même s'il a suivi la formation et s'il est légalement compétent, l'aide-soignant ne peut qu'exécuter les actes pour lesquels il possède l'habileté réelle, c'est-à-dire la compétence et la capacité de les exécuter de façon correcte et en toute

sécurité. Tant que cette condition n'est pas remplie, l'infirmier ne peut pas lui déléguer les actes.

Ces actes ne peuvent-ils être délégués que par un infirmier ?

Seul un infirmier peut déléguer des actes à un aide-soignant ; donc pas un médecin, pas une sage-femme, pas un autre aide-soignant ou autre professionnel de santé. La direction de l'établissement, la famille ou des tiers ne peuvent pas prendre cette décision ni exercer aucune pression dans ce but.

En ce qui concerne les prestations nécessitant une prescription médicale (actes B2), le médecin ne peut pas déléguer ces actes directement aux aides-soignants, il donne la prescription à l'infirmier qui peut en déléguer l'exécution à l'aide-soignant.

Par ailleurs, l'AR rappelle la responsabilité infirmière telle que prévue dans la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, à savoir notamment d'évaluer l'état de santé du patient. Un infirmier doit donc toujours, préalablement à toute exécution ou délégation d'actes, évaluer si le patient est en état de bénéficier de cet acte et de cette délégation en toute sécurité. Dans le cas contraire, l'infirmier s'abstient de déléguer l'acte ou de l'exécuter lui-même.

La décision de la délégation est prise par l'infirmier sur base de la formation et des compétences de l'aide-soignant, de l'état de santé du patient, des circonstances spécifiques du secteur de travail et des possibilités d'observation et de suivi. C'est d'ailleurs l'infirmier qui aura la responsabilité juridique pour la délégation et les suites éventuelles. En cas de doute, l'infirmier se laissera guider par la prudence et la sécurité du patient.

Quelle formation doit être suivie pour pouvoir prester les actes de la liste du 01/09/2019 ?

Il faut prouver avoir réussi avec fruit une formation complémentaire de 150 heures effectives dont au maximum la moitié est constituée de stage que vous avez acquis la compétence pour l'exécution de la nouvelle liste d'activités infirmières déléguées.

Quels sont les critères auxquels cette formation doit répondre ?

- les 150 heures doivent être effectives
- au maximum la moitié de ces 150 heures doit être constituée de stage attestant du fait que vous avez acquis la compétence pour l'exécution des nouvelles activités
- la formation doit être organisée en collaboration avec un établissement d'enseignement répondant aux conditions fixées par les Communautés pour organiser la formation d'aide-soignant ou d'infirmier

Un certificat de réussite doit-il être présenté au SPF Santé publique ?

Il ne faudra pas présenter de certificat de réussite au SPF Santé publique. En cas de contrôle, il faut pouvoir prouver que la formation a bien été suivie.

Les aides-soignants formés avant le 1er septembre 2019 sont-ils obligés de se former ?

Les aides-soignants enregistrés avant le 1er septembre 2019 ne sont pas obligés de se former à la pratique des actes de la liste du 1er septembre 2019. Sans la formation, ils ne pourront donc **pas** prester ces actes supplémentaires.

LE DOSSIER PATIENT

Le dossier patient, aussi appelé « dossier de soins » est composé du dossier médical et du dossier infirmier.

Le dossier infirmier fait l'objet d'un AR datant du 28/12/2006.

Ce qu'il est important de retenir :

- Un dossier infirmier est ouvert pour chaque patient. Combiné au dossier médical, ce dossier constitue le dossier du patient.
- Le dossier infirmier est le reflet de la démarche en soins infirmiers et est un outil permettant d'assurer la continuité des soins infirmiers.
- Le dossier infirmier comporte au moins les documents et renseignements suivants :
 - ✓ l'identité du patient;
 - ✓ l'anamnèse infirmière, notamment l'ensemble des éléments qui ont pour but d'identifier les habitudes de vie du patient, les évaluations, les évolutions, les modifications actuelles et potentielles de ses besoins et tous les éléments de préparation de sa sortie;
 - ✓ l'information médicale et paramédicale nécessaires pour assurer la qualité et la continuité des soins infirmiers au patient;
 - ✓ les traitements médicaux prescrits, notamment les traitements médicamenteux, les examens à visée diagnostique, les prestations techniques et les actes confiés;
 - ✓ le plan de soins, notamment le document décrivant le jugement clinique de l'infirmier(ère) dans l'approche des problèmes de santé qui relèvent de sa responsabilité spécifique. Le plan de soins est composé de problèmes de soins infirmiers et/ou diagnostics infirmiers, des objectifs, des résultats escomptés et des interventions infirmières;
 - ✓ la programmation des soins qui est la liste des soins planifiés, dispensés ou pas en relation avec le plan de soins et les traitements prescrits;
 - ✓ les notes d'observations structurées qui documentent l'évaluation des résultats obtenus et qui assurent le suivi des problèmes et des attentes du patient;
 - ✓ une copie du rapport de sortie infirmier.
- La gestion de ces informations est attribuée à un infirmier.
- Le dossier infirmier doit être le compte rendu fidèle de la démarche infirmière.

LE PLAN DE SOINS

Le plan de soins infirmier est un outil de la démarche intellectuelle infirmière (démarche en soins infirmiers) permettant de structurer les soins infirmiers dispensés aux personnes. Il permet d'exposer, d'organiser et d'argumenter les soins infirmiers. Il regroupe l'ensemble des actions que l'infirmier va appliquer face aux problèmes de santé de la personne dans le but de les résoudre ou de les minimiser.

Ces problèmes de santé auront été diagnostiqués grâce au recueil de données et à l'anamnèse infirmière. Ils feront l'objet de diagnostics infirmiers.

C'est donc à partir de ces diagnostics infirmiers que sera établie la planification des soins.

La planification des soins comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne seront mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.

Le plan de soins peut contenir des échelles de mesure et l'infirmier peut déléguer à l'aide-soignant l'acte de remplir ces échelles (échelle de la douleur, une échelle de risque d'escarre ou de risque de chute). On peut aussi retrouver des documents comportant des courbes de températures ou des bilans hydriques, ...

Il s'agit là d'observations liées aux soins courants de l'aide-soignant.

La rédaction du résultat et le suivi restent de la compétence de l'infirmier. L'aide-soignant peut donner une description générale de l'état de conscience du patient (alerte, réactif, réponses logiques). Les échelles plus cliniques comme le Glasgow Coma Scale ou l'échelle de risque de délire, ainsi que les échelles d'évaluation comme l'échelle Katz restent réservées à l'infirmier.

Le plan de soins doit indiquer les valeurs qui nécessitent que l'aide-soignant avertisse l'infirmier. Les échelles remplies font partie de la transmission de données de l'aide-soignant à l'infirmier, qui décide ou non d'intervenir et d'adapter le plan de soins, ce qui se fera évidemment en concertation avec le médecin pour les actes sous prescription médicale. Il doit être rappelé que l'« Interprétation de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques » est un acte pouvant être confié par le médecin (acte C pour les infirmiers), c'est-à-dire que le médecin fera confiance à l'infirmier pour décider que les paramètres pour un patient spécifique sont assez déviants pour en avertir le médecin ou pour entamer une action prescrite (sans que tout cela comprenne un diagnostic médical ou un jugement clinique).

L'infirmier définit dans ce plan de soins les soins qui peuvent être exécutés par l'aide-soignant, les précautions à prendre, les observations à suivre et les point-clés où l'aide-soignant doit avertir l'infirmier et/ou solliciter de l'aide. L'aide-soignant note ses observations et son rapport journalier dans le dossier du patient. Si besoin en est, l'équipe doit organiser la formation pour ce rapportage/transmission des données, y compris la fréquence et la procédure à suivre en cas de problèmes. Si l'infirmier n'est pas présent sur place, le plan de soins doit indiquer quel est l'infirmier qui fait la supervision, comment il peut être contacté et de quelle façon les soins vont être évalués.