

La démarche de soins correspond à la formalisation du raisonnement clinique (Cf. Cours). Elle débute dès l'annonce de l'admission d'une personne et se poursuit tout au long de sa prise en charge. Elle comporte différentes étapes.

1. Les étapes de la démarche de soins

1.1. Le recueil de données

Il s'effectue :

- Au près de la personne soignée
- Au près de son entourage
- Au près de l'équipe pluriprofessionnelle
- Dans le dossier médical (inclue le dossier de soins infirmiers)

1.2. L'analyse des données

Cette étape consiste à analyser l'ensemble des éléments recueillis.

► Analyse de la situation : **QOQCCP**

Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi ?

- ✓ Qui est concerné
- ✓ Quel est le problème, en Quoi, c'est un problème
- ✓ Où se passe t'il
- ✓ Comment se manifeste-t-il
- ✓ Combien de fois ?
- ✓ Pourquoi cette situation ?

► Analyse descriptive

- ✓ Que dit l'équipe soignante concernant ce besoin ?
- ✓ Y'a-t-il une prescription médicale en lien avec ce besoin ?
- ✓ Que dit la personne soignée ?

► Analyse explicative

- ✓ En lien avec les habitudes de vie, les valeurs de la personne
- ✓ Les événements perturbants qui pourraient être en lien avec l'hospitalisation (environnement, bruits, voisin de chambre, éloignement géographique...)
- ✓ L'organisation du service et les connaissances et compétences des professionnels

1.3. Le bilan d'autonomie et de dépendance

Il permet :

- **D'identifier les besoins perturbés, de les hiérarchiser,**
- **D'identifier les motifs de perturbations ou de satisfaction partielle d'un besoin**
- **De définir les objectifs de soins**
- **De définir et planifier les actions de soins à mettre en œuvre pour parvenir à l'atteinte des objectifs**
- **D'évaluer les actions afin de les réajuster le cas échéant.**

Tous les besoins doivent être traités et classés du plus perturbés au moins perturbés.

Les besoins non perturbés seront cités à la fin en expliquant pourquoi ils sont satisfaits.

Pour ce bilan d'autonomie, **il est essentiel de faire des liens** :

- ✓ **Avec le recueil de données** (habitudes de vie, motif d'hospitalisation, évolution depuis le début de l'hospitalisation, pathologies en cours et/ou associées (→ risques en lien avec ces pathologies, surveillance, actions de prévention)
- ✓ **Avec les prescriptions médicales** (traitements, matériels, surveillance...)
- ✓ **Avec les transmissions faites** par l'équipe pluridisciplinaires
- ✓ **Avec les observations** faites lors des soins

1.4. Les transmissions

Toutes ces étapes sont à transcrire dans le dossier de la personne soignée.

2. Trame de la démarche de soins

2.1. Recueil de données

- **Etat Civil :**
 - Nom, Prénom
 - Personne de confiance, personne à prévenir
 - Age
 - Adresse
 - Situation familiale
 - Profession
 - Couverture sociale, allocations, tutelle, curatelle, mode d'hospitalisation

- **Présentation de la personne :**
 - Particularités physiques (mal voyant, mal entendant...) et psychologiques (manifestations d'anxiété, de peur...)
 - Etat de la personne avant l'hospitalisation
 - Formations et parcours professionnel
 - Culture, loisirs, activités, goûts, habitudes de vie

- **Date et motif d'hospitalisation**
- **Antécédents importants**
- **Pathologies associées**
- **Evolution succincte de la situation de la personne, depuis l'admission jusqu'à ce jour**
- **Présentation des thérapeutiques** (dont les familles médicamenteuses) avec la surveillance aide-soignante à mettre en place
- **Devenir de la personne** : à court-moyen et long terme.

2.2. Bilan d'autonomie

Bilan d'autonomie				
Besoins	Observations	Objectifs	Actions	Evaluation