Aide-mémoire : Règles à suivre lors de la rédaction des notes d'évolution

«Les notes doivent être écrites de façon à ce que la personne qui les lit, étant extérieure à la situation, en ait une perception claire et objective.»

- Nous devons indiquer la date de la façon suivante : 2014-03-05, quatre chiffres doivent représenter l'année, deux, le mois et deux, le quantième. Nous devons mettre un trait d'union entre chaque partie.
- Nous inscrivons l'heure selon la période de 24 heures en se rappelant que seuls les deux points (:) sont admis comme séparateurs. Exemple : 00:00 ; 15:45 ; 22:30
- Nous devons écrire les notes au temps présent, jamais au futur. Exemple: «Se plaint de brûlure à la miction.» Une telle formulation démontre l'état actuel du client au moment où l'infirmière recueille l'information.
- Nous devons nous assurer d'une description chronologique des événements alors nous devons inscrire les notes au fur et à mesure, dès qu'un événement significatif se produit.
- Nous ne devrions recourir à une note tardive qu'exceptionnellement, mais quand un renseignement est jugé pertinent même après quelques jours, il faut le faire de la manière suivante :

Date et heure de l'ajout de la note, et non celles où l'observation a été faite
Inscrire «note tardive» et la raison du retard
Date et heure de l'observation réelle

Exemple: 2014-03-06 08 :10 Note tardive pour le 2014-03-05 à 16:10 alors que le dossier était au service de physiothérapie. Retrouvé par terre dans la salle de bain. Dit qu'il n'est pas tombé, mais qu'il s'est laissé glisser. N'avait aucune blessure apparente. V. Victor inf.

Brassard p.112

- Nous citerons textuellement les propos du client considérés pertinents. À ce moment, utilisez les deux-points (:) et les guillemets. Dit : « J'ai peur de devenir folle, ne me laissez pas seule.»
- Nous pouvons reprendre les propos du client dans nos propres mots. C'est la paraphrase. C'est acceptable.
Exemple: Dit qu'elle a peur de devenir folle.

Cependant, cela ne doit pas traduire des observations qui ne sont pas vraies.
«A peur d'être folle»
- Nous évitons d'utiliser des termes vagues. Ils ne sont ni clairs ni descriptifs. Exemples : beaucoup, peu, grand, bon, suffisant, très, normal.
- Nous devons bannir les formulations stéréotypées. Elles sont vides de sens, interprétables et non personnalisées à chaque client. Exemples : S'alimente bien, circule à volonté, aucune plainte formulée, visiteurs au chevet, repose au lit.
- Nous devons proscrire l'utilisation des +++ qui ont une signification relative qui diffère d'une infirmière à l'autre. Cependant, ils seraient acceptables dans un contexte où nous employons une mesure d'évaluation commune où il n'y a pas d'interprétation possible.

Exemples : «Diaphorèse» sur la feuille de bilan liquidien

«Profondeur du godet» comme repère lors de l'œdème des membres inférieurs

- Nous pouvons écrire «semble dormir» parce qu'il est parfois difficile d'affirmer avec assurance que quelqu'un est réellement endormi. Toutes autres expressions semblables sont à éviter : «semble être», «paraît être», «a l'air».
- Nous éviterons d'employer les mots patient, client, bénéficiaire, usager ou résidant parce qu'il est évident que c'est de lui dont il est question puisque c'est son dossier.
- Nous devons éviter d'inscrire de l'information sur le client entre les lignes ou dans les marges. Nous tracerons un trait dans tout espace vide pour éviter que quelqu'un d'autre ajoute des informations. Il faut proscrire les lignes tirées dans le moindre petit espace ; cela rend une feuille malpropre.
- Nous devons conserver toute information déjà inscrite sous quelque forme que ce soit. Les fautes d'orthographe ne sont pas corrigées. L'encre doit être indélébile. L'usage du stylo à pointe feutre ou du crayon à mine de plomb n'est pas recommandé. L'utilisation de liquide correcteur est formellement interdite.

Si des notes doivent être recopiées (café répandu, feuille déchirée), nous devons le préciser de la façon suivante :

«Note recopiée de l'original en date...feuille déchirée»

Nous devons toujours garder la copie et la feuille d'origine ensemble au dossier.

- Nous devons corriger les erreurs de manière acceptable et ce, dès que l'erreur est constatée. On tire un trait sur l'erreur ou on la place entre parenthèses. Il est acceptable de faire les deux. Il faut toujours être en mesure de lire ce qui est écrit.

Nous précisons le type d'erreur avec les expressions *fausse note* ou *erreur de dossier*, écrites au-dessus ou à côté, en lettres détachées pour que ce soit plus clair.

Nous ajoutons nos initiales et la date de la correction.

Fausse note/G.V. 2014-03-09

Exemple 1 : « 10 :30 Pansement humide refait ~~au genou gauche~~ au coude droit.»

Erreur de dossier/G.V. 2014-03-09

Exemple 2 : (« 9:30 Aucune miction depuis hier soir à 21:30. Globe vésical. Dit qu'elle sera capable d'uriner elle-même. Refuse cathétérisme. »)

- Nous devons rectifier une erreur d'identification de feuille en insérant la mauvaise identification entre parenthèses, nous précisons le type d'erreur en employant l'expression *erreur d'identification* en lettres détachées au-dessus ou à côté. Nous apposons nos initiales et la date de la correction. Avec la bonne carte adressographe, nous identifions correctement un papier autocollant blanc que nous plaçons à côté de l'erreur et non par-dessus.
- Nous devons éviter les répétitions inutiles. Ce qui est enregistré ailleurs dans le dossier n'a pas besoin d'être répété dans les notes d'évolution.

Le seul fait d'enregistrer les signes vitaux, les dosages ou d'autres paramètres au bon endroit prouve que cela a été fait.

Les expressions *Signes vitaux sur feuille spéciale, Dosage I/E sur f. sp., voir nouvelle Px...* ne sont pas nécessaires. Cela ne nous apprend rien sur le client.

- Nous signons un document alors nous sommes liées par son contenu. Les notes doivent être complétées par la personne qui pose l'acte et qui fait l'observation.

Par conséquent, nous devons éviter d'écrire des notes pour quelqu'un d'autre.

Si cela se fait (réalité du travail en milieu hospitalier), nous devons identifier la personne qui a posé l'acte. À défaut de ne pouvoir obtenir sa signature, nous devons indiquer son nom et son titre professionnel.

Exemple : «10:30 Sonde Foley N° 14 installée par Anne Lachance inf.»

Pour faciliter l'identification du professionnel, la signature doit être complète : prénom et nom de famille avec l'abréviation du titre. Il est possible de n'utiliser que l'initiale du prénom.

Exemple : Mélanie Métivier inf.

M. Métivier inf.

L'étudiante inscrite au programme de soins infirmiers dans un collège ou en sciences infirmières à l'université emploie l'abréviation Étudiante inf.

Exemple : Vincent Laprise Étudiant inf.

Annie Laflamme Étudiante inf.

La candidate à l'exercice de la profession en attente de son permis utilise l'abréviation «CEPI» après sa signature.

L'externe en soins infirmiers appose sa signature suivie de l'expression «Externe inf.»

- Nous devons éviter de signer en dehors des lignes. Cependant, lorsqu'une signature termine des annotations en bas d'une page, il faut signer au bas de cette page, même en dehors du cadre de la feuille. Ceci est préférable plutôt que de retrouver une signature isolée en haut de la page suivante ou sur une autre feuille.
- Nous nous apercevons que des notes n'ont pas été signées, nous ne devons pas supposer que la personne a oublié de le faire. Nous évitons de laisser des lignes pour qu'elle le fasse plus tard. Quand on sait qui n'a pas signé, nous pouvons le rapporter ainsi :

«16:00 Absence de signature de Marie-Claude Jean / G. Denis inf.»

L'infirmière qui le mentionne n'endosse pas ce qui a été écrit par sa collègue.

- Nous devons retrouver l'identification complète quelque part dans le dossier lorsque les initiales sont acceptées. Cette pratique est fréquente pour l'enregistrement de la médication. Quand une signature est requise, les initiales seules sont insuffisantes.
- Nous devons décrire comment le client se comporte en présence de ses visiteurs seulement si ceci a un impact significatif sur son comportement plutôt que de noter qu'un client reçoit des visiteurs.

Exemple: «Ne reconnaît ni son épouse ni son petit-fils.» ou «Tachycarde à 140/min. lorsque conjointe au chevet.»

- Nous devons faire l'évaluation du client lors des soins d'hygiène : faciès crispé à la mobilisation, rougeur au siège plutôt que de décrire les soins d'hygiène.

- Nous devons nous abstenir de citer le nom d'un autre client dans les notes. Ex : «Frappé à la tête par le client de la chambre 4112.» Ainsi aucun nom n'est mentionné.
- Nous devons écrire un compte rendu descriptif de l'état du client. Ce même compte-rendu doit démontrer l'évolution d'une situation ou la réaction de la personne dans un contexte précis. Nous notons autant les signes d'amélioration que de détérioration ainsi que le retour à la normale.

C'est le contexte clinique qui oriente le choix des sujets à consigner au dossier et en détermine la pertinence :

Nous éviterons d'inscrire que les ridelles sont levées si un client est capable de se lever sans aide et qu'il marche adéquatement.

Nous considérerons que la cloche d'appel est à la portée d'emblée. Il serait donc inutile de le noter sauf si le contexte l'exige (client à risque de chute).

- Nous décrivons tout ce qui est observé, y compris les valeurs normales et l'absence de signes anormaux. Ceci démontre qu'une évaluation poussée a été effectuée.

Exemple: «10:00 P.A. 210/106. Pas de plainte de céphalée ni de vision brouillée.»

- Nous devons utiliser des abréviations reconnues : ml plutôt que cc, O.D.: œil droit, O.S.: œil gauche, P.A.: pression artérielle, dr.: droit, gche : gauche, R ou resp. : Respiration, Px : prescription. (Abréviations p. 223-226)
- Nous pouvons inscrire qu'aucune prescription n'est faite suite à un appel du médecin. C'est pertinent. Cependant, il est inutile de répéter les Px médicales.
- Nous devons éviter d'inscrire les signes vitaux dans les notes évolutives à moins de particularités telles que : Tachypnée à 40/min avec respiration superficielle et tirage des ailes du nez.
- Nous devons utiliser des termes médicaux pour décrire une situation clinique. Cela contribue à donner plus de crédibilité aux notes.

Par exemple: L'infirmière ne pose aucun diagnostic médical lorsqu'elle inscrit : «Se plaint de céphalée» ou «Sibilances à l'auscultation»

- L'infirmière en charge d'un client sous les soins d'une étudiante n'a pas à contresigner ses notes ou à spécifier qu'elle exerce une supervision.
- Nous devons utiliser une méthode de rédaction pour structurer les notes d'évolution. La méthode des notes ciblées **DIR** (Données objectives et subjectives, interventions et résultats ou réactions du client) oblige l'infirmière à focaliser sur les besoins du client.

Tiré de : Brassard, Yvon. *Apprendre à rédiger des notes d'évolution au dossier*. volume 1. Loze-Dion, 5^e édition, 2013.

Mars 2014/ G.V.