



DOCUMENTATION AU DOSSIER

La documentation ou la rédaction des notes au dossier, qu'elle soit informatisée ou non, est une activité quotidienne essentielle de la pratique infirmière (Chapados & Giguère Kolment, 2012, OIIQ 2002). L'utilisation de plusieurs formulaires, abréviations, symboles est une réalité avec laquelle l'infirmière doit composer chaque jour. Par conséquent, une utilisation judicieuse de ces divers outils est indispensable afin de contribuer à des soins de qualité et sécuritaires (Chapados & Giguère Kolment, 2012).

Lorsque l'infirmière évalue le risque suicidaire, elle porte un jugement clinique sur la condition clinique de la personne. Le résultat de cette évaluation permettra à l'infirmière de déterminer les interventions et la surveillance requise. Ainsi, l'infirmière doit consigner toute information pertinente concernant ses décisions cliniques permettant de suivre l'évolution de l'état de santé d'une personne, de témoigner des soins et traitements offerts ainsi que des résultats de ceux-ci (OIIQ 2016).

D'un point de vue professionnel, trois principes de documentation infirmière prévalent. La documentation doit permettre de :

- Soutenir cliniquement la pratique infirmière ;
- Contribuer à la continuité des soins ;
- Apprécier l'évaluation de la qualité des soins offerts dans une perspective d'amélioration continue.

Le respect de ces principes contribue à communiquer les informations essentielles au bien-être de l'utilisateur, et à assurer une continuité de soins appropriés entre les professionnels ainsi qu'entre les différents partenaires de soins lors de situation de transitions (OIIQ, 2002).

La documentation infirmière devrait contenir :

- Les données relatives à l'évaluation initiale et en cours d'évolution de la condition physique et mentale incluant l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire ;
- Les éléments constitutifs de l'évaluation du risque suicidaire incluant les signes avant-coureurs, la présence et la description d'un plan, la létalité et l'accessibilité au moyen ;
- Les constats d'évaluation et les directives associées résultant du jugement clinique de l'infirmière ;
- Les directives claires et précises concernant les signes à observer et le niveau de surveillance à mettre en place ;
- Les interventions déployées et les résultats de soins obtenus, incluant ceux mesurés à l'aide d'instruments d'évaluation ;
- Les ajustements apportés aux interventions déployées ainsi qu'au plan thérapeutique infirmier ;
- Les réactions de l'utilisateur face à ces interventions ;
- Les informations communiquées à un tiers (famille, proche significatif) et le cas échéant, le consentement de la personne à cet effet ;



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)

PRÉVENTION & GESTION
DES CONDUITES SUICIDAIRES
en milieu hospitalier



DOCUMENTATION AU DOSSIER

- Les professionnels de la santé avisés (ex. : médecin, travailleurs sociaux);
- La planification du départ avec la personne et ses proches et la mise en place d'un plan de sécurité (CAMH, 2015; Chapados & Giguère Kolment, 2012, OIIQ 2007, Perlman et al. 2011).

Les principaux outils de documentation de l'infirmière

- Plan thérapeutique infirmier
- Notes évolution
- Guide d'évaluation du risque suicidaire