

FRERY Emilie
Promotion 2003-2006

*La prise en charge d'un patient
diabétique insulinodépendant
à domicile*

Année 2006
IFSI Croix-Rouge
Saint-Étienne

SOMMAIRE

I. Avant-propos	- 2 -
II. Introduction	- 3 -
III. Recherche bibliographique	- 5 -
1. Les répercussions du diabète de type I sur le patient	- 6 -
2. La prise en charge infirmière d'un patient diabétique insulino-dépendant à domicile	- 8 -
a. La relation soignant - soigné à domicile	- 8 -
b. L'éducation du patient diabétique insulino-dépendant	- 10 -
3. La non observance des règles hygiéno-diététiques malgré une éducation thérapeutique	- 13 -
a. Du côté des patients	- 13 -
b. Du côté des soignants	- 15 -
IV. L'entretien exploratoire	- 17 -
1. Prise en charge des patients diabétiques insulino-dépendants à domicile	- 17 -
2. Le non-respect des règles hygiéno-diététiques	- 18 -
3. Rôle infirmier par rapport à l'inobservance	- 19 -
4. La relation soignant-soigné	- 20 -
V. Problématique	- 21 -
VI. Conclusion	- 22 -
VII. Bibliographie	- 23 -
Annexes	- 25 -

—

I. Avant-propos

Le thème de mon travail de fin d'étude concerne la prise en charge des personnes diabétiques insulino-dépendantes à domicile.

Selon le Professeur Paul Zimmet, *"Le diabète devrait constituer l'un des défis majeurs du XXI^{ème} siècle en terme de santé, prédisent les spécialistes qui tablent sur une augmentation de 72% du nombre de personnes touchées par cette maladie qui prédispose à de sévères complications et altère considérablement la qualité de vie."*¹

Pendant ma formation théorique sur le diabète, il était apparu que le diabète était une maladie insidieuse qui nécessite de nombreux réajustements au quotidien. Or, il n'est pas toujours facile pour les malades de changer leurs habitudes de vie. Aujourd'hui, dans un contexte d'essor du diabète, les infirmiers travaillant à domicile sont de plus en plus sollicités. À l'occasion de mes différents stages infirmiers, j'ai pu rencontrer de nombreuses personnes diabétiques, notamment lors de mes deux stages à domicile. Je me suis alors questionnée sur la prise en charge de ces patients.

¹ REUTERS SANTE, Le diabète: défi majeur du XXI^e siècle en matière de santé publique, disponible sur <http://www.infirmiers.com>, le 27 mai 2006

II. Introduction

Lors d'un stage de santé publique de 2^o année d'étude, que j'effectuais dans un centre de soins, je suis allée, avec différentes infirmières du centre, chez un homme de 54 ans suivi dans le cadre de son diabète depuis plusieurs années. Il était séparé de sa femme, ne voyait plus ces enfants et ne travaillait pas. Nous allions chez lui tous les jours matin et soir pour lui faire ces dextros et lui administrer son insuline ainsi que ses autres traitements, surtout des anxiolytiques. En effet, un suivi était nécessaire car on ne savait pas si il gérait son traitement correctement.

Face à ce monsieur, les différentes infirmières n'agissaient pas toutes de la même façon. Malgré des dextros toujours très élevés et un diabète déséquilibré, M. P allait manger au restaurant midi et soir et s'alcoolisait énormément. De plus, il nous disait ne plus rien avoir à perdre puisque sa femme était partie et qu'il ne voyait plus ses enfants.

L'infirmière n°1 lui rappelait chaque jour l'intérêt de respecter les règles hygiéno-diététiques. Elle lui disait qu'il fallait avoir un équilibre alimentaire composé de 3 repas principaux par jour mais jamais sans excès. Il nous disait "ne pas manger et boire grand-chose, seulement une ou deux assiettes de pâtes et un peu de sirop et qu'il ne faisait pas d'excès". Cependant, dans sa cuisine nous voyions de nombreux paquets de gâteaux, des sirops... De ce fait, nous lui avons parlé du service de livraison de repas à domicile, géré par l'Hôpital en lui expliquant qu'avec ce service il pourraient avoir des repas adaptées à sa pathologie et à moindre coût mais il rétorqua que "l'argent que ça coûte est son problème et que le seul plaisir qu'il lui reste est de manger". Elle lui expliquait donc les bienfaits d'une alimentation équilibrée et surtout les risques qu'il prenait en mangeant n'importe quoi. Elle lui dit qu'il avait déjà une complication du diabète: sa plaie au pied et qu'il risquait d'avoir aussi des problèmes de vision, une insuffisance rénale ou encore des problèmes vasculaires.

A l'inverse, l'infirmière n°2 n'avait pas la même réaction, elle allait chez ce monsieur seulement pour réaliser l'acte technique et ne continuait pas l'éducation du patient. Je lui ai donc demandé pourquoi elle n'essayait pas de recadrer le comportement de M. P. et elle m'a répondu que ça faisait plusieurs années qu'il agissait ainsi et qu'il refusait

catégoriquement de changer ses habitudes de vie donc que ce n'était plus la peine d'insister et de se battre contre lui. Elle m'a aussi dit que cette situation l'interpellait quand même mais qu'elle avait lâché prise puisque rien y changeait.

De plus, les différentes infirmières avaient parlé de la situation en équipe mais aucun projet de soins n'a été défini.

J'ai moi-même essayé de m'impliquer dans les soins de M. P. et ainsi de poursuivre son éducation et de lui expliquer les risques et complications qu'ils pouvaient entraîner en ayant son hygiène de vie mais en vain. Je me suis sentie impuissante face à ce patient et j'ai trouvé la situation très frustrante.

Face à cette situation, je me suis posée plusieurs questions:

- Quelles répercussions peut avoir une absence de cohésion entre les différentes attitudes des infirmières sur le comportement du patient ?
- Est-ce que le comportement du patient peut avoir un impact sur l'attitude de l'équipe soignante?
- En quoi la chronicité de la pathologie d'un patient diabétique peut entraîner un refus par rapport à son régime ?
- Dans quelle mesure la solitude a un impact sur le comportement d'un patient insulinodépendant ?

Cette situation montre que la chronicité d'une pathologie peut avoir un impact sur le comportement de refus du patient.

J'aimerais savoir quel est le rôle de l'infirmière face à ce type de patient afin d'avoir une meilleure compréhension et une prise en charge adaptée en tant que future professionnelle d'où ma question de départ:

A domicile, quel est le rôle infirmier auprès d'un patient diabétique insulino-dépendant qui exprime, depuis plusieurs années, le refus de suivre les règles hygiéno-diététiques ?

Mon plan sera donc le suivant.

Dans une première partie, après avoir synthétisé le cheminement de mon questionnement et posé ma question de recherche, je présenterais les conséquences qu'engendre le diabète de type 1 sur les patients. Ensuite, j'aborderais la prise en charge d'un patient diabétique insulino-dépendant par un professionnel infirmier à domicile. Pour finir, je définirais la notion de non-observance des règles hygiéno-diététiques et je développerais les facteurs qui entraînent l'inobservance ainsi que ces conséquences, autant sur le patient que sur le soignant.

Dans ma seconde partie, j'analyserais mes différents entretiens afin de confronter les différents points de vue.

III. Recherche bibliographique

Le diabète est une maladie grave qui ne se voit pas, qui se traite mais ne se guérit pas, qui se soigne par des injections d'insuline quotidiennes et qui persistera toute la vie, c'est une maladie chronique.

Il existe deux types de diabète: le diabète de type I, ou insulino-dépendant et le diabète de type II, ou non insulino-dépendant.

C'est au premier type de diabète que je ferai référence dans mon étude car c'est celui qui concerne la cible que j'ai déterminée.

1. Les répercussions du diabète de type I sur le patient

L'affection de longue durée, telle que le diabète, modifie la perception et la réalité de vie du malade, elle impose des contraintes qui entraînent une modification profonde du quotidien et altère la qualité de vie.

S. Jacquemet et Y. Magar ont écrit que le patient doit apprendre à vivre au quotidien avec une affection chronique, de renoncer à une vie sans maladie. Ils disent également que le soignant doit utiliser des stratégies visant une qualité de vie optimale et pas seulement le contrôle de la maladie.²

D'après le Docteur Bekka et le Docteur Azoulay-Petit, le patient qui présente une maladie chronique passe par des phases psychologiques successives, allant du choc initial à la tristesse en passant par le déni, la révolte et le marchandage jusqu'à l'acceptation de sa maladie. Ces phases vont lui permettre d'affronter au mieux cette nouvelle pathologie et de faire ainsi son travail de deuil. Ce long processus vise à faire du diabétique, non plus un spectateur, mais un acteur de sa maladie.^{3 4}

Dans leur livre, A. Lacroix et J-P Assal évoquent deux processus différents face à la maladie. Ils parlent d'un processus d'intégration allant du choc à l'acceptation et le processus de distanciation qui aboutit lui à la résignation. Ils expliquent que cette attitude se distingue de l'acceptation en ce sens où l'attitude dominante est la passivité.

² JACQUEMET S. et MAGAR Y., «La maladie chronique... Un rôle thérapeutique en pleine mutation», *La Lettre du pneumologue*, Vol III, 1, février 2000

³ BEKKA, «Les patients diabétiques, acteurs dans la prise en charge de leur santé», *Revue de l'infirmière*, 66, Décembre 2000, pp. 43-44

⁴ AZOULAY-PETIT, *L'infirmier(e) et le diabétique*, Toulouse, Cipango, 1995, 80 p.

Selon eux, la personne résignée considère la maladie comme une réalité devant laquelle il ne peut que s'incliner sans y consentir réellement.⁵

Face à ces lectures, il me semble que lorsqu'un patient diabétique depuis de nombreuses années exprime un refus de suivre les règles hygiéno-diététiques, il se trouve dans la phase de résignation plutôt que dans celle d'acceptation.

En plus de cette épreuve psychologique, le diabète comporte une perte de liberté. Mes cours d'endocrinologie expliquent que cette pathologie implique de nombreuses contraintes.

D'abord, le patient a des injections d'insuline et des contrôles de glycémie quotidiens qui au long cours entraînent des pertes de sensibilité au niveau des doigts et une surveillance médicale régulière est nécessaire.

Ensuite, il doit suivre des règles hygiéno-diététiques strictes. En effet, il doit avoir un régime alimentaire approprié, hypocalorique, mais il s'agit surtout d'avoir une alimentation régulière, répartie et équilibrée. Rien ne doit être en excès. Il doit également pratiquer une activité physique adaptée et régulière et avoir une bonne hygiène corporelle pour éviter certaines complications comme le mal perforant plantaire. La consommation d'alcool est également déconseillée et il est préférable de s'abstenir de fumer.

De plus, le diabète entraîne des complications imprévisibles allant de l'hypoglycémie jusqu'au coma voire jusqu'à la mort en passant par des micro ou macro angiopathies et rendant ainsi l'avenir incertain.

Enfin, la pathologie entraîne une perte de sécurité puisque certaines activités professionnelles ne sont pas compatibles avec le diabète, le permis de conduire n'est pas délivré à vie, il y a des problèmes face aux assurances...

De ce fait, le patient ne peut jamais oublier sa maladie même s'il peut en partie la maîtriser en participant activement à la gestion de sa pathologie.

Dans ma partie suivante, j'aborderais la prise en charge d'un patient diabétique insulino-dépendant pour les soignants travaillant à domicile.

⁵ LACROIX Anne et ASSAL Jean-Philippe, L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique, Paris, Maloine, 2003, 2^{ème} édition complétée, pp. 23-25

2. La prise en charge infirmière d'un patient diabétique insulino-dépendant à domicile

A domicile, l'infirmier⁶ a le même rôle qu'en milieu hospitalier, il dépend du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.⁷

Dans le cadre des soins quotidiens concernant un patient diabétique insulino-dépendant, l'infirmier réalise les contrôles glycémiques, les injections d'insuline, l'éducation thérapeutique et les soins liés aux complications du diabète.

Pour la meilleure pratique possible, il me semble indispensable d'établir une relation d'aide que je développerais dans la partie suivante.

D'ailleurs, pour Walter Hesbeen, *"un soin de qualité est avant tout une relation de soignant à malade, c'est-à-dire de personne à personne, dans une perspective d'échange et d'écoute"*.⁸

a. La relation soignant - soigné à domicile

Afin d'accompagner au mieux le patient, il convient d'avoir conscience de l'importance de la relation soignant-soigné.

Comme l'écrit Sylvie Grousset, la relation de soin concerne tout professionnel se proposant de prendre soin d'une personne, de lui porter une attention particulière, et donc d'entrer en communication avec elle. L'auteur détermine deux temps de

⁶ Comprendre infirmier / infirmière à chaque utilisation de ce terme

⁷ Décret issu du J.O n° 40 du 16 février 2002

⁸ HESBEEN Walter, La Qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, Paris, Masson, 1998

communication: la communication non verbale (toucher, regard...) et la communication verbale. Elle ajoute que l'entrée en relation demande une disponibilité d'esprit.⁹

Ces propos sont également évoqués par Antoine Bioy et Damien Fouquès qui disent que *"la communication est l'une des clés d'une bonne relation de soin"* et que *"communiquer, c'est autant écouter que savoir parler"*. Ces derniers désignent la relation soignant-soigné comme *"l'ensemble des conditions psychologiques qui vont influencer le type de contact qui s'établira entre le soignant et le patient"*.¹⁰

Lors de mes différents stages, j'ai perçu différents éléments de communication qui me semble important pour nouer la relation soignant-soigné et surtout l'entretenir. Je pense qu'il s'agit d'abord d'une relation de civilité qui commence par le fait de frapper à la porte du domicile, de dire bonjour, de s'asseoir pour écouter, de sourire, ...

Mes lectures expliquent que, lors de la prise en charge de patients diabétiques, il est important pour les soignants de tenir compte de l'étape émotionnelle où se trouve le patient pour adapter le discours et accompagner le diabétique dans ce processus de soin. Ces phases sont nécessaires au patient afin d'aboutir à la phase d'acceptation, il convient au soignant d'être à l'écoute dans tous ces moments.^{11 12}

Ces mêmes lectures révèlent que le patient recherche une attention, une écoute, la confirmation qu'il est important pour le soignant. Plusieurs éléments sont indispensables pour établir une bonne relation. Il s'agit d'abord de vouloir entrer en relation, d'être dans un endroit calme, d'établir une distance confortable et d'adopter une attitude corporelle d'ouverture. Ensuite, il ne faut pas juger, être honnête avec la personne et faire attention à tous les signes non verbaux qu'elle nous fait.

Je pense que le fait que le soigné soit à domicile implique que le soignant entre encore plus dans son intimité. J'ai vu pendant mes stages en milieu libéral que les relations sont plus étroites, les infirmiers connaissent la vie sociale et familiale des patients, ils sont souvent leur confident du fait d'un suivi depuis de nombreuses années et sont témoins des modes de vie des patients.

⁹ GROUSSET Sylvie, «Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique», *Soins*, 681, décembre 2003, pp. 30-31

¹⁰ BIOY Antoine et FOUQUES Damien, *Manuel de psychologie du soin*, Saint Germain du Puy, Bréal, 2002

¹¹ GROUSSET Sylvie, *op. cit.*

¹² BIOY Antoine et FOUQUES Damien, *op. cit.*

Ainsi, dans la maladie chronique qu'est le diabète, les mots et les attitudes vont aider le patient à progresser dans la connaissance de la maladie et dans son appropriation.

Enfin, je dirais que la relation soignant-soigné est un facteur essentiel dans la prise en charge de ce type de patients, au même titre que l'éducation thérapeutique.

b. L'éducation du patient diabétique insulino-dépendant

Le soin éducatif fait naturellement partir du soin infirmier comme l'indique l'article 2 du décret n°2000-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière: *"Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade... Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé... de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social"*.

L'éducation des patients vise à rendre le patient autonome et responsable. J'ai pu constater au cours de mes stages que cette éducation est commencée à l'hôpital lors de la découverte de la pathologie et continue à domicile, par l'intermédiaire des infirmières libérales, jusqu'à la complète autonomisation du patient.

Selon la définition proposée par l'OMS, *"l'éducation thérapeutique du patient consiste à aider le patient à acquérir et maintenir des compétences lui permettant la gestion optimale de sa vie avec la maladie. Ces activités d'éducation sont destinées à aider le patient et sa famille et/ou entourage à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et conserver et/ou améliorer sa qualité de vie."*¹³

Marie Fuks explique que l'objectif de l'éducation pour le patient n'est pas seulement la vérification de l'acquisition de connaissances mais l'évaluation de sa capacité à les intégrer dans sa vie quotidienne, quand il n'est plus sous la surveillance directe de

¹³ FUKS Marie, «Soigner en éduquant», *L'infirmière magazine*, 159, avril 2001, pp. 34-38

professionnels. Elle ajoute que l'infirmière doit prendre en compte le mode de vie et le contexte socio familial du patient.¹⁴ Cet auteur apporte un nouvel élément qui doit être pris en compte pour une prise en charge adaptée et efficace.

Mes différentes lectures montrent que le rôle de l'infirmier est de transmettre des éléments de son rôle propre et de sa pratique, dans une réévaluation, une réactualisation de sa formation initiale. Il est donc nécessaire d'avoir une parfaite maîtrise du contenu de ses connaissances professionnelles. De plus, l'éducation thérapeutique fait appel à des compétences pédagogiques que les soignants peuvent acquérir aux moyens de formations spécifiques. Ces lectures démontrent aussi l'importance d'une participation active du malade pour le bon équilibre du diabète qui nécessite motivation, connaissance, intelligence, courage et persévérance.^{15 16}

Pour Véronique DELETOILLE, Thérèse PSIUK et Sabine DURAND-GASSELIN, l'éducation du patient comporte trois niveaux. D'abord, elles déterminent l'éducation thérapeutique qui concerne l'éducation par rapport au traitement. Ensuite, elles citent l'éducation du patient à sa maladie qui concerne les comportements qui sont liés au traitement et à la prévention des complications. Enfin, elles parlent de l'éducation pour la santé du patient qui concerne la qualité de vie du patient et qui prend en compte son mode de vie dans la globalité.^{17 18}

Selon l'Association des jeunes diabétiques (AJD)¹⁹, le programme éducatif comporte plusieurs aspects:

- des notions élémentaires sur la physiopathologie du diabète et ses complications
- des connaissances indispensables à l'autonomie du patient : valeur de la glycémie normale, conduite à tenir face à une hypo et à une hyperglycémie...
- des techniques d'utilisation du matériel

¹⁴ BLANCHÉ Antonine, «L'éducation du patient diabétique», *Revue de l'infirmière*, 49, mai 1999, pp. 32-35

¹⁵ PINAULT Françoise, «Soins infirmiers aux personnes âgées diabétiques», *Objectifs soins*, 117, Juin/juillet 2003, pp. 13-16

¹⁶ BLANCHÉ Antonine, *op. cit.*, pp. 32-35

¹⁷ DELETOILLE Véronique et PSIUK Thérèse, «Le concept d'éducation du patient», *Recherche en soins infirmiers*, 74, septembre 2003, p. 3

¹⁸ DURAND GASSELIN Sabine, Qu'est-ce que l'éducation pour la santé du patient ?, disponible sur <http://www.cyes.info>, le 23/02/2006

¹⁹ *Ibid.*, pp. 32-35

- la gestion du traitement médical avec l'adaptation des doses et la modification de l'insuline selon les activités pratiquées
- les règles hygiéno-diététique à avoir pour éviter les complications du diabète.

Lors de mes stages à domicile, il m'est apparu que le soignant à domicile participe activement aux deux derniers aspects du programme éducatif puisqu'il intervient au domicile du patient, dans son contexte de vie et peut ainsi adapter son éducation en fonction de ce qu'il peut observer et des besoins du patient.

Malgré les différentes sources de mes documents en référence, on peut noter que les avis des auteurs convergent au niveau de l'éducation et de son contenu.

Pour le patient, le but de cette éducation thérapeutique est l'acquisition de compétences nécessaires à la résolution de situations ou de problèmes liés à la vie et à la maladie. Jean-François D'Ivernois et Cyril Crozet ont établi une liste de huit compétences que le patient doit connaître au terme d'une éducation thérapeutique: *"Ces compétences concernent l'intelligibilité de soi et de sa maladie, la maîtrise des gestes techniques d'auto-surveillance et d'auto-traitement, ainsi que l'auto-diagnostic. Elles incluent aussi les capacités du patient à gérer une crise, à adapter son cadre et son mode de vie à sa maladie, à tenir compte de l'évolution des thérapeutiques, à savoir utiliser de façon pertinente les ressources d'aide et d'accompagnement du système de soins et de la société."*²⁰ Ces différentes compétences répondent aux critères de la définition de l'OMS cité précédemment.²¹

Pour le soignant, l'éducation doit permettre d'améliorer l'observance, c'est une forme de prévention des complications et d'accompagnement du patient.

En conclusion, il me semble que, concernant les maladies chroniques, l'éducation du patient est indissociable des pratiques de soins et fait parti d'un processus continu. Le patient est un acteur à part entière de la relation thérapeutique et éducative. Il est nécessaire que le patient et le soignant se considèrent comme partenaire et avancent en collaborant jusqu'à l'autonomisation.

²⁰ D'IVERNOIS Jean-François et CROZET Cyril, «Pour une nouvelle approche des soins», *Soins*, 675, mai 2003, pp. 34-36

²¹ Cf. p.11

Le défi permanent dans le domaine des soins du diabète consiste à faire en sorte que les patients restent fidèles au traitement et au rythme de vie qui leur ont été conseillés et qui contribueront à réduire les risques de complications à long terme d'où ma prochaine partie.

3. La non observance des règles hygiéno-diététiques malgré une éducation thérapeutique

Le Dictionnaire médical à l'usage des IDE définit l'observance comme le *"respect par le malade du protocole de son traitement et, plus largement, de toutes les prescriptions médicales qui le concernent. On utilise parfois le terme impropre de compliance"*²²

Selon Nathalie Souillé et Jérôme Palazzolo, *"l'observance concerne différentes pratiques soignantes et médicales: médicamenteuse, règles hygiéno-diététiques et surveillance médicale."* Ils soulignent l'importance de la qualité de la relation soignant-soigné basée sur la collaboration.²³

Je sais que le diabète est une maladie chronique qui nécessite d'importants changements du quotidien, d'où la difficulté de certaines personnes à suivre leur traitement et à adhérer à leur régime de vie. Néanmoins, une mauvaise observance peut présenter de nombreux effets négatifs.

Mais quels sont les facteurs qui influencent le patient à faire le choix de la non-observance ?

a. Du côté des patients

²² LACOMBE Michel, PRADEL Jean-Luc et RAYNAUD Jean-Jacques, Dictionnaire médical à l'usage des IDE, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2^{ème} édition

²³ SOUILLÉ Nathalie et PALAZZOLO Jérôme, «Observance médicamenteuse et pratique infirmière», *Soins psychiatrie*, 237, mars/avril 2005, pp. 41-44.

Dans une étude menée auprès de personnes atteintes de diabète de type 1, Glasgow et ses collaborateurs ont découvert que *"les principaux obstacles à l'auto-traitement étaient l'alimentation, l'exercice, la vérification de la glycémie et l'injection d'insuline"*.²⁴

L'inobservance a pour premier effet l'inefficacité et favorise l'évolution de la maladie en précipitant les nombreuses complications. De ce fait, le devenir du patient devient incertain.²⁵

Mes différentes lectures sur l'observance expliquent que de multiples facteurs sont à prendre en compte pour expliquer l'inobservance.^{26 27}

Parmi les différentes raisons qui peuvent affecter l'observance, il faut prendre en compte les caractéristiques cognitives, comportementales, familiales et émotionnelle du patient. D'autres facteurs tels que l'isolement social, une faible motivation, le revenu, l'âge, le sexe, les croyances et le statut social constituent des sources susceptibles d'entraver l'observance. En effet, ces différents facteurs peuvent influencer l'observance ou non de l'éducation faite au patient. On sait ainsi que *"les personnes vivant seules et les hommes manifestent une moindre observance que les personnes vivant en couple et les femmes. De même, les personnes de faibles niveaux d'études ou appartenant aux catégories socioprofessionnelles défavorisées se montrent en moyenne plus inobservantes, toujours selon les enquêtes statistiques."*

Marc Giraud dit aussi que l'intervention de l'infirmière, à travers l'éducation et la relation soignant-soigné, peut exercer, de façon positive ou négative, une influence décisive sur le choix du patient. D'ailleurs, nous avons déjà vu que la relation soignant-soigné était un facteur essentiel de laquelle dépend en partie l'acceptation de la maladie.

Enfin, Gérard Fitoussi, dit que *" la non-observance, le refus de suivre un programmes thérapeutique... peut-être en rapport avec la difficulté d'acceptation de la maladie chronique subie."*²⁸ Nous avons déjà abordé la notion d'acceptation dans les

²⁴ L'observance thérapeutique et le diabète, disponible sur <http://www.bdceuprograms.com/francais>, le 23/02/2006

²⁵ GIRAUD Marc, «Observance thérapeutique et rôle infirmier», *Revue de l'infirmière*, 52, Septembre 1999, pp. 48-49

²⁶ SOUILLE Nathalie et PALAZZOLO Jérôme, *op. cit.*, pp. 41-44

²⁷ GIRAUD Marc, «Repérer les facteurs d'inobservance», *Revue de l'infirmière*, 57, février 2000, pp. 47-48

²⁸ FITOUSSI Gérard, «Le pouvoir des mots», *Soins*, 675, mai 2003, pp. 37-39

précédentes parties, ce qui montre bien l'importance qu'elle occupe à tous les niveaux lors d'une telle prise en charge.

Par rapport à un patient correspondant à ma question de départ, nous avons vu auparavant qu' il se trouve probablement dans une phase de résignation, ce qui augmente le risque de non-observance.

Les obstacles à l'inobservance sont donc nombreux et revêtent des formes variables selon l'histoire de chaque patient.

Je vais maintenant étudier l'impact du refus de suivre les règles hygiéno-diététiques sur les soignants.

b. Du côté des soignants

Marc Giraud dit que *"la réussite d'une prise en charge nécessite la mise en place de stratégie permettant au patient...de mieux y adhérer"*. Il explique que l'infirmier doit avoir présent à l'esprit les risques d'inobservance et leurs conséquences.²⁹

Toutefois, la non-observance du patient a des répercussions sur le vécu psychologique de l'infirmier.

Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal expliquent que, à l'égard des malades qui évitent de se confronter à la réalité de leur état chronique, les soignants ressentent un mélange d'agacement et d'impuissance.³⁰

Comme le disent également Florence Trébuchon et ses collègues, certaines attitudes du patient comme la non-observance du traitement, les difficultés d'adaptation à un nouveau mode de vie renvoient souvent un sentiment d'impuissance au soignant.³¹

²⁹ *Id.*, «Observance thérapeutique et rôle infirmier», *Revue de l'infirmière*, septembre 1999, pp 48-49

³⁰ LACROIX Anne et ASSAL Jean-Philippe, *op. cit.*, pp. 29-35

³¹ TRÉBUCHON Florence, PARER-RICHARD Claire et AUBAS Pierre, «Face à l'asthme et au diabète, une relation soignant-soigné délicate», *La santé de l'Homme*, 369, janvier/février 2004, pp. 58-59

A. Mannoukian et A. Masseboeuf décrivent aussi plusieurs sentiments présents dans la fonction de soignant. Plusieurs d'entre eux peuvent être rencontrés face à une situation de non-observance.

Ils expliquent que le sentiment d'impuissance peut avoir des conséquences sur le soignant. Il peut provoquer une lassitude, un désespoir ou il peut au contraire conduire à de l'hyperactivité pour compenser l'impuissance et éviter la souffrance qu'elle entraîne.

Ils évoquent également un sentiment de découragement que l'on pourrait ici relier à la situation et à un sentiment d'inutilité. Ils disent que le découragement s'accompagne souvent d'émotions tels que la lassitude, l'épuisement, le stress, le désespoir la perte de l'enthousiasme, la peur et la rage et parfois le dégoût.³²

Néanmoins, toujours selon Florence Trébuchon et ses collègues, le regard face aux difficultés et l'abandon est différent d'un soignant à un autre. Pour certains soignants, il sera totalement négatif et entraînera un abandon du soigné par le soignant. Pour d'autres, le patient est rendu responsable des échecs à cause d'une attitude de déni et de refus. Enfin, d'autres pensent au contraire, que l'inobservance est un choix, un langage et que c'est au soignant de s'adapter et de comprendre.³³

J'ai effectivement pu observer ces différentes attitudes et ces différents sentiments durant ce stage au cours de mes différentes rencontres avec Monsieur P. J'en viens donc à me demander qu'elle attitude est la plus adaptée pour une prise en charge du patient la plus efficace possible.

La prochaine partie du travail de fin d'études est consacrée à l'analyse des entretiens en les confrontant aux données théoriques précédemment acquises.

³² MANNOUKIAN A. et MASSEBOEUF A., *La relation soignant-soigné*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 1995, pp. 42-46

³³ TRÉBUCHON Florence, PARER-RICHARD Claire et AUBAS Pierre, *op. cit.*, pp. 58-59

IV. L'entretien exploratoire

Face à ma question de départ : à domicile, quel est le rôle infirmier auprès d'un patient diabétique insulino-dépendant qui exprime, depuis plusieurs années, le refus de suivre les règles hygiéno-diététique?, j'ai réalisé trois entretiens selon un modèle semi-directif, c'est-à-dire orienté, au moyen de questions de relance sur le thème de la prise en charge des patients diabétiques insulino-dépendants à domicile.

J'ai interrogé les soignants sur la prise en charge générale à domicile des personnes diabétiques insulino-dépendantes puis je me suis intéressé au non respect des règles hygiéno-diététiques, aux rôles IDE par rapport à cette inobservance. Pour finir, je les ai questionné sur la relation soignant-soigné.

La population étudiée est inévitablement constituée d'infirmiers travaillant au domicile des patients: une infirmière libérale, un infirmier libéral travaillant en lien avec un réseau d'éducation du diabète et une infirmière travaillant en centre de soins. Je les nommerais respectivement n°1, 2 et 3. Cette population cible m'a permis d'obtenir des informations différentes grâce au cadre d'emploi différent de ces trois professionnels.

Le guide d'entretien est disponible en annexe I et la grille d'analyse en annexe II.

1. Prise en charge des patients diabétiques insulino-dépendants à domicile

Après analyse des trois entretiens effectués, les infirmiers interrogés abordent tous le rôle éducatif et préventif nécessaire avec ce type de patient. L'infirmier n°2 note aussi qu'il a un rôle de référent par rapport à la maladie et qu'il est souvent le seul lien avec le monde médical. L'infirmière n°1 parle à plusieurs reprises d'un "*rôle de gendarme, d'être là pour les cadrer quand il y a des petits écarts*". Les soignants n°1 et 3 évoquent leur rôle sur prescription médicale par rapport aux doses d'insuline par exemple. L'infirmier n°2 évoque le rôle d'information autour de la maladie.

Nous retrouvons donc ici tout ce qui concerne les soins dits "techniques" mais aucun n'évoque la relation soignant-soigné au sein de cette prise en charge.

Par ailleurs, tous les soignants m'ont expliqué que ce n'était pas la même prise en charge pour un patient insulinodépendant depuis plusieurs années qu'avec un patient qui débute dans la maladie (qu'on appellera "novice" par la suite). En effet, ils expliquent que les patients connaissent souvent bien leur maladie et que souvent ils sont seulement présents afin de réajuster par rapport aux évolutions, ils passent souvent moins de temps qu'avec un malade novice. Cependant, ils insistent sur le fait qu'il faut rester vigilant. Ils ont tous dit que le fait de travailler à domicile sur du long terme et fréquemment permettait d'entrer dans l'intimité des gens et donc de connaître le mode de vie. Cette connaissance approfondie du patient permet un ajustement de l'éducation en fonction des besoins du patient et des habitudes de vie. Toutefois, le fait que les patients soient chez eux influe sur la prise en charge puisqu'ils sont en fait des "*clients*" et non plus des patients dicit les soignants n°1 et 2. L'infirmière n°1 ajoute "*qu'ils ont quand même leurs idées bien arrêtées*".

2. Le non-respect des règles hygiéno-diététiques

Les différents infirmiers que j'ai interviewés lors de mes entretiens avaient déjà rencontrés des patients qui ne respectaient pas les règles hygiéno-diététiques. Toutefois, l'infirmière n°1 explique que ceux qu'elle a rencontrés étaient dans un refus passager. Face à ces patients, les infirmiers ont le rôle de référent par rapport à la maladie. Les trois soignants reprennent le travail d'éducation en insistant davantage sur les problèmes qu'ils rencontrent et en essayant d'être persuasif. Les trois infirmiers répètent les risques et les dangers d'une telle attitude afin de faire réagir leur patient face au danger potentiel. L'infirmier n°2 ajoute qu'il "*ne les ménage pas*", qu'il est là pour donner "*les risques et les conseils*".

Selon les infirmiers interrogés, la non-observance des règles hygiéno-diététiques est liée à plusieurs facteurs. Ils évoquent tous le mode de vie comme facteur essentiel de l'inobservance. Les infirmières n°1 et 3 mettent en cause la maladie en elle-même puisqu'elle est chronique, contraignante, insidieuse, et entraîne donc un ras-le-bol chez le patient, que ce soit vis-à-vis du traitement, des règles hygiéno-diététiques, du changement des habitudes de vie. La notion d'âge a également été abordé en relation avec le ras-le-bol et l'envie de profiter de la vie par les différents infirmiers. Ensuite, les

infirmiers n°2 et 3, travaillant tous deux avec des populations étrangères expliquent que la barrière de la langue associée à l'illettrisme posent souvent problème puisque les gens ne comprennent pas et n'appliquent pas les conseils qui leur sont donnés. De plus, l'infirmière n°3 évoque la notion des croyances qui entrent en jeu car *"certaines personnes pensent que leur maladie est due à la volonté de Dieu"*. Le niveau social et le niveau de vie ont été cités par l'infirmier n°2 qui m'a expliqué qu'il est nécessaire de s'adapter lorsque la personne est trop pauvre pour faire trois repas par jour: *"J'ai des clients qui font un repas par jour, il ne peuvent pas se payer deux ou trois repas donc ce n'est pas évident de régler un diabète"*. Enfin l'infirmier n°2 a parlé d'un problème lié à la non acceptation de la maladie et au déni de celle-ci alors que les autres ne l'évoque pas du tout.

On retrouve donc ici les différents facteurs précédemment cités mais on peut noter que la phase d'acceptation de la maladie n'est évoquée qu'une seule fois.

3. Rôle infirmier par rapport à l'inobservance

Il s'avère que l'inobservance nécessite une prise en charge adaptée. Les trois infirmiers utilisent différents moyens pour y pallier, tout en sachant que le but est de faire passer l'information. D'abord, les trois réitèrent des conseils et des explications. Les trois travaillent également en impliquant la famille à la prise en charge, en leur expliquant à eux aussi ce qu'il faut faire. En effet, ils expliquent que le fait d'impliquer l'entourage à l'éducation est bénéfique car ça permet au patient de ne pas se sentir seul face à la maladie. Les soignants n°1 et 2 font également appel au médecin afin de trouver une solution la plus adaptée possible. Parfois, le médecin permet *"de trouver un compromis à la situation mais une hospitalisation en service spécialisé est parfois demandé pour reconditionner le patient"*. De plus, les infirmiers n°2 et 3 travaillent en collaboration avec les réseaux d'éducation au diabétique existants. Ces réseaux forment le personnel soignant ce qui permet de *"faire remonter les informations et les nouvelles choses aux patients"*(n°2). L'infirmier n°2 utilise aussi les médias pour faire passer le message, et il n'hésite pas à montrer concrètement ce qu'il faut faire *"en passant derrière les fourneaux"*.

La non-observance requiert donc de répéter les informations et un travail en collaboration afin d'avoir un résultat positif.

4. La relation soignant-soigné

Dans une telle situation, la relation soignant-soigné n'est plus la même que lorsqu'il n'y a pas de problème. Les infirmiers interrogés ont noté que pour qu'une prise en charge soit efficace, il était nécessaire d'instaurer une relation de confiance avec le patient, *"de ne pas le braquer"*(n°1) car l'infirmier est souvent le seul lien avec le monde médical. De plus, l'infirmier n°2 dit: *"Pour nous, à domicile, ce n'est pas un patient, c'est un client, c'est une relation de confiance"*. Il ajoute que la relation soignant-soigné nécessite un dialogue, une compréhension mutuelle. Il parle d'un *"certain feeling, c'est-à-dire d'une certaine symbiose"*. Or, d'après les trois infirmiers, dans une situation de non-observance, la relation est souvent conflictuelle, tendue.

Pour l'infirmière n°1, cette situation entraîne un sentiment de déception mais elle peut parfois comprendre leur choix, sans toutefois être trop compatissant. Le deuxième infirmier vit cette situation comme *"un échec personnel mais aussi vis-à-vis du patient"*. De ce fait, il préfère passer la main à un autre professionnel. La troisième infirmière n'évoque pas de ressenti particulier vis-à-vis de ces patients.

Nous voyons ici que lorsque nous abordons la relation soignant-soigné, les infirmiers abordent la relation de confiance nécessaire mais n'évoque toujours pas le processus psychologique d'acceptation de la maladie.

V. Problématique

Afin de répondre à ma question de départ: "À domicile, quel est le rôle infirmier auprès d'un patient diabétique insulino-dépendant qui exprime, depuis plusieurs années, le refus de suivre les règles hygiéno-diététiques?", j'ai d'abord effectué une recherche bibliographique sur les différents mots-clés de ma question, ce qui m'a amené à développer plus particulièrement les répercussions du diabète de type I mais aussi la prise en charge infirmière d'un patient diabétique insulino-dépendant à domicile. Pour finir j'ai développé la répercussion sur le patient et le soignant de l'inobservance des règles hygiéno-diététiques.

Afin de confronter les résultats que j'ai obtenus suite à mes recherches bibliographiques, j'ai effectué trois entretiens auprès d'infirmiers travaillant au domicile des patients et dans des cadres d'emploi différents.

Les réponses fournies par les trois infirmiers, durant les entretiens qu'ils ont acceptés de m'accorder, mettent en évidence une vision commune des problèmes soulevés.

Toutefois, on peut voir que la maturation psychologique nécessaire chez les patients atteints de maladie chronique n'est pas prise en compte par les infirmiers interrogés.

Ceci m'amène donc à me poser une nouvelle question qui nécessiterait un nouveau travail de recherche et d'analyse:

Quel est l'impact des différentes phases du processus d'acceptation de la maladie, sur la prise en charge infirmière au long cours, d'un patient diabétique insulino-dépendant à domicile ?

VI. Conclusion

En conclusion de ce travail de fin d'étude, je souhaite dire qu'il a été très enrichissant, il m'a apporté une méthodologie de travail avec les différentes étapes de recherche et d'analyse qui étaient nécessaires à sa rédaction.

Par ailleurs, le diabète, thème sur lequel j'ai donc travaillé pour ce travail de fin d'étude touche de plus en plus de personnes, c'est un véritable problème de société. C'est une pathologie à laquelle je serais forcément confronté dans l'exercice de mon futur métier, dans n'importe quelle structure que ce soit. De plus, mes deux stages que j'ai effectués en soins à domicile m'ont beaucoup plu et, lorsque j'aurais plus d'expérience, j'aimerais travailler dans ce secteur. De ce fait, il m'a été agréable de pouvoir développer un des aspects de la prise en charge de patient atteint de cette pathologie à domicile.

VII. Bibliographie

Les livres

- AZOULAY-PETIT, L'infirmier(e) et le diabétique, Toulouse, Cipango, 1995
- BIOY Antoine et FOUQUES Damien, Manuel de psychologie du soin, Saint-Germain du Puy, Bréal, 2002
- HESBEEN Walter, La Qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, Paris, Masson, 1998
- LACOMBE Michel, PRADEL Jean-Luc et RAYNAUD Jean-Jacques, Dictionnaire médical à l'usage des IDE, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2^{ème} édition
- LACROIX Anne et ASSAL Jean-Philippe, L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique, Paris, Maloine, 2003, 2^{ème} édition complétée
- MANNOUKIAN A. et MASSEBOEUF A., La relation soignant-soigné, Rueil-Malmaison, Lamarre, 1995

Les articles de revue

- BEKKA, «Les patients diabétiques, acteurs dans la prise en charge de leur santé», *Revue de l'infirmière*, 66, Décembre 2000
- BLANCHÉ Antonine, «L'éducation du patient diabétique», *Revue de l'infirmière*, 49, Mai 1999
- DELETOILLE Véronique et PSIUK Thérèse, «Le concept d'éducation du patient», *Recherche en soins infirmiers*, 74, Septembre 2003
- D'IVERNOIS Jean-François et CROZET Cyril, «Pour une nouvelle approche des soins», *Soins*, 675, Mai 2003
- FITOUSSI Gérard, «Le pouvoir des mots», *Soins*, 675, Mai 2003
- FUKS Marie, «Soigner en éduquant», *L'infirmière magazine*, 159, Avril 2001
- GIRAUD Marc, «Observance thérapeutique et rôle infirmier», *Revue de l'infirmière*, 52, Septembre 1999

- GIRAUD Marc, «Repérer les facteurs d'inobservance», *revue de l'infirmière*, 57, Février 2000
- GROUSSET Sylvie, «Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique», *Soins*, 681, Décembre 2003
- JACQUEMET S. et MAGAR Y., «La maladie chronique... Un rôle thérapeutique en pleine mutation», *La Lettre du pneumologue*, Vol III, 1, Février 2000
- PINAULT Françoise, «Soins infirmiers aux personnes âgées diabétiques», *Objectifs soins*, 117, Juin/Juillet 2003
- SOUILLÉ Nathalie et PALAZZOLO Jérôme, «Observance médicamenteuse et pratique infirmière», *Soins psychiatrie*, 237, Mars/Avril 2005
- TRÉBUCHON Florence, PARER-RICHARD Claire et AUBAS Pierre, «Face à l'asthme et au diabète, une relation soignant-soigné délicate», *La santé de l'Homme*, 369, Janvier/Février 2004

Les textes officiels

- Décret issu du J.O. n°40 du 16 Février 2002

Les documents Internet

- Anonyme, L'observance thérapeutique et le diabète, disponible sur <http://www.bdceuprograms.com/francais>
- DURAND GASSELIN Sabine, Qu'est-ce que l'éducation pour la santé du patient ?, disponible sur <http://www.cyes.info>

ANNEXES

ANNEXE I:
Guide d'entretien

- 1. Dans votre travail à domicile, quel rôle avez-vous dans la prise en charge des patients diabétiques insulino-dépendants ?**

- 2. Le fait que le patient soit diabétique insulino-dépendant depuis plusieurs années a-t-il un impact sur votre prise en charge ?**

- 3. Que mettez-vous en place face à des patients qui ne respectent pas les règles hygiéno-diététiques ?**

- 4. Quels sont les facteurs qui, selon vous, entraînent cette non-observance ?
(Comment intégrer-vous ces facteurs dans votre prise en charge?)**

- 5. Avez-vous rencontré des personnes qui exprimaient explicitement leur refus de suivre les règles hygiéno-diététiques ?
(Dans ce cas, quel impact ce refus a-t-il sur votre prise en charge ?)**

- 6. Pouvez-vous me parler de la relation soignant-soigné dans la prise en charge de ces patients ?**

- 7. Quelles difficultés rencontrez-vous personnellement dans cette prise en charge?**

ANNEXE II:
Grille d'analyse
des entretiens

ANNEXE III:

Décret relatif à la

profession d'infirmier

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002

relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 90-1118 du 18 décembre 1990 modifiant le décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'État de puériculture ;

Vu le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation ;

Vu le décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération ;

Vu le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 23 février 2001 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 26 juin 2001 ;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décrète :

Article 1

L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article 2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article 3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article 4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Article 5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;

Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;

Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;

Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ;

Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;

Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;

Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;

Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;

Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;

Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;

Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;

Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;

Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomie ;

Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;

Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;

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, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;
Prévention et soins d'escarres ;
Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
Toilette périnéale ;
Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;
Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;
b) Sang : glycémie, acétonémie ;
Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
Aide et soutien psychologique ;
Observation et surveillance des troubles du comportement ;
Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :
a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
b) Activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ;
c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Article 6

Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;
Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;
b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.
Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;
Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
Ablation du matériel de réparation cutanée ;
Pose de bandages de contention ;
Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;
Instillation intra urétrale ; injection vaginale ;
Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;
Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;
Mesure de la pression veineuse centrale ;
Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;

Saignées ;
Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
Recueil aseptique des urines ;
Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article 7

L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article 8

L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;
- Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;
- Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;
- Cures de sevrage et de sommeil.

Article 9

L'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

- Première injection d'une série d'allergènes ;
- Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;
- Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
Transports sanitaires :
a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article 10

L'infirmier anesthésiste diplômé d'État est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur ;
- 3° Réanimation per-opératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance post interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées au deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'État.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'État.

Article 11

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article 12

Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Élaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opérateur, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médicochirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article 13

En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article 14

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;

Encadrement des stagiaires en formation ;

Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;

Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

Éducation à la sexualité ;

Participation à des actions de santé publique ;

Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Article 15

Le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Article 16

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Élisabeth Guigou
Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner