



Master 1 Sciences cliniques infirmières

2014-2015

Jury : Janvier 2015

Unité d'Enseignement 4

Education thérapeutique du patient

« Maladies cardio-vasculaires »

Sébastien CHAPDANIEL

Remerciements

A Marylène PLOUZENNEC, Coordinatrice pédagogique du Master Sciences Cliniques Infirmières de l'EHESP, pour sa disponibilité, son accompagnement et ses conseils judicieux.

A Monsieur A pour sa collaboration sans qui, cette rédaction n'aurait pu aboutir.

Sommaire

Introduction.....	5
1. Présentation de la situation d'ETP	6
A. Bilan éducatif partagé	6
B. Conception du programme éducatif personnalisé	8
C. Présentation des supports et outils utilisés	11
D. Mise en œuvre du programme éducatif personnalisé	11
E. Evaluations des compétences acquises par le patient	12
2. Auto-évaluation de la performance et enseignements dégagés	13
Conclusion.....	14
Référence	15
Bibliographie.....	16
Liste des annexes.....	17
Annexe 1 : Compétences pour dispenser ou coordonner l'ETP	I
Annexe 2 : Modèle conceptuel HPM	II
Annexe 3 : Programme de l'ETP.....	V

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

AVK : Anti vitamine K

BEP : Bilan éducatif partagé

ETP : Education thérapeutique du patient

HAS : Haute autorité de santé

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

HPM : Health promotion model

HPST : Hôpital patient santé territoire

IDM : Infarctus du myocarde

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

OMS : Organisation mondiale de la santé

QCM : Questionnaire à choix multiples

Introduction

« Aujourd'hui, en France, 20% de la population vit avec une maladie chronique. Dans un contexte de vieillissement de la population, ce chiffre va continuer à progresser. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ce phénomène est lié aux comportements de santé. La mauvaise alimentation, la sédentarité, le tabagisme, et autres addictions sont à l'origine de nombreuses affections chroniques : les maladies cardiovasculaire, le diabète, le cancer, les maladies transmissibles comme le Sida. » (BURLET B., 2012). Pour répondre aux **enjeux socio-économiques** de demain, l'approche du soin, la prise en charge de la maladie, et le **contexte législatif** doivent changer. Depuis 2001 plusieurs plans ont été mis en œuvre dans l'objectif de promouvoir l'éducation thérapeutique du patient (ETP): plan d'éducation à la santé, puis le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007). Ils ont permis de développer des référentiels validés par la haute autorité de santé (HAS) et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

En 2009, la loi hôpital patient santé territoire (HPST) décline dans l'article 84 que l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du malade pour l'aider à retrouver de l'autonomie. Puis en 2010, le Ministère publie un décret relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP et aux compétences requises pour la réaliser. Ces compétences seront actualisées dans le décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner les programmes d'ETP (Cf. Annexe 1). Le dernier arrêté concernant l'ETP est paru au Journal Officiel, n° 0019 du 23 janvier 2015, il précise d'une part le cadre de formation nécessaire aux intervenants et aux coordonnateurs de programmes d'ETP, et d'autre part formalise les démarches d'évaluation des programmes.

Le but de l'ETP est de « former les patients à l'autogestion et l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien (...). L'éducation thérapeutique du patient doit être réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient, et doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie » (OMS, 1996). Il faut suivre 40h de formation pour pratiquer l'ETP.

Dans ce travail j'ai choisi la situation de Mr A qui a été victime d'un infarctus du myocarde (IDM) il y a 2 jours, le 20 février 2015. Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), il y a en France environ 18 000 décès par an pour 120 000 cas d'infarctus du myocarde déclarés. Environ 10 % des victimes décèdent dans l'heure qui suit et le taux de mortalité à un an est de 15 %.

La prise en charge holistique des patients est prioritaire, l'utilisateur est avant tout un être biopsychosocial, culturel, spirituel en interaction permanente avec son

environnement (paradigme de l'intégration) .Cependant ce paradigme n'est pas aboutit, effectivement, l'être humain a une capacité à se réinventer, ainsi il a le pouvoir de changer ses habitudes, son comportement et de faire des choix pour améliorer sa santé : « le paradigme de la transformation (ou de la simultanéité), inspiré du courant existentialiste, voit en la personne un être unique et singulier porteur de ressources et capable de choix qui vont influencer sa trajectoire de vie et de santé » (Debout C., 2008).

Pour aborder cette situation clinique j'ai choisi de retenir le modèle de promotion de la santé ou Health Promotion Model (HPM) proposé par Nola Pender. Appartenant à l'école de l'apprentissage de la santé, ce **concept en soins infirmiers** a pour but d'identifier les facteurs qui influencent l'environnement du patient, et de l'aider avec son entourage à les modifier afin qu'il puisse adopter des comportements favorisant sa santé (Cf. Annexe 2). C'est ainsi que je conçois le soin et l'ETP. Ce concept interagit sur les comportements de santé et l'apprentissage qui peut en découler.

De plus, l'ETP demande des compétences en pédagogie pour transmettre des informations et accompagner le patient dans un processus de construction. Il existe trois grands modèles en pédagogie : le modèle de l'empreinte, le modèle du conditionnement (Behaviouriste) et le modèle constructiviste/ socioconstructiviste. Le pédagogue retenu pour aborder cette situation est issu du **modèle constructiviste : Jean Piaget** (1896 -1980). Ce modèle s'adapte à la situation de Mr A notamment car Piaget considère que pour apprendre à quelqu'un il ne faut pas seulement lui dire, il faut lui faire réaliser des exercices pratiques pour favoriser l'assimilation des compétences. « L'acquisition d'une information se traduit par une perturbation qui va entraîner chez l'individu un déséquilibre du champ cognitif et exiger un travail de synthèse pour assimiler, intégrer, critiquer, admettre, ajouter cette nouvelle dans un champ cognitif alors enrichi » (Piaget J., 1959). Dans cette situation Mr A a ses propres représentations de sa maladie, ce modèle tient compte des représentations initiales du patient pour l'amener par des phases transitoires vers de nouvelles connaissances qui souvent peuvent contredire les connaissances antérieures : c'est le conflit socio-cognitif.

Problématique : En quoi l'éducation thérapeutique du patient permet-elle à Mr A d'acquérir les compétences d'auto soins et d'adaptation indispensable pour vivre avec sa maladie ?

1. Présentation de la situation d'ETP

A. Bilan éducatif partagé

Le diagnostic éducatif ou le bilan éducatif partagé (BEP) est une démarche d'identification des besoins du patient. C'est la première étape de la démarche éducative personnalisée. C'est un moment d'écoute qui permet d'identifier les besoins et les ressources de la personne et/ou de son entourage dans les 5

dimensions : biomédicale, cognitive, psychoaffective, socioprofessionnelle, projet de vie. Le vécu et la **volonté du patient** sont pris en compte en vue de l'élaboration du contrat éducatif personnalisé.

Dimension biomédicale:

- Qu'est ce qu'il a? Mr A (53 ans) a été victime d'un IDM le 20 février 2015 alors qu'il était au travail, ce sont les pompiers qui l'ont amené aux urgences.

=> Antécédents Médicaux : hypercholestérolémie non traité diagnostiqué en 2007.

=> Antécédents chirurgicaux : appendicectomie en 1975, hernie discale en 2004.

- Quel est son traitement?

=> Crestor : 5mg le matin à 7h00, Inhibiteur de l'HMG Co-A réductase. Débuté le 22 Février 2015.

=> Alimentation équilibrée : Début du régime le 22 Février 2015.

=> Lovenox® : 0,6 ml le soir à 19h00, héparine bas poids moléculaire (HBPM). Débuté le 21 Février 2015.

En relai de l'héparine il va être mis un place un **anticoagulant** per os dans quelques jours.

Dimension socioprofessionnelle:

- Qu'est ce qu'il fait? Il est patron d'une société de paysagiste, il pratique du rugby le weekend avec le club des seniors. Il sort souvent au restaurant avec ses employés. Il ne prend que très peu de vacances dans l'année (1 à 2 semaines en été et 1 semaine à Noël).

Dimension cognitive:

- Qu'est ce qu'il sait de sa maladie? Il a des appréhensions sur sa maladie, il a peur de récidiver, il a entendu dire que « les anticoagulants c'est dangereux ». Il sait que c'est grave et qu'il aurait pu mourir. Physiologiquement il n'a pas saisi exactement le mécanisme.

- Comment apprend-il? Il n'a pas de déficit intellectuel, il sait lire, écrire et compter.

Dimension psychoaffective:

- Qui est-il? Il a 53 ans, il est marié à une institutrice, il a du mal à accepter sa maladie mais il sait que s'il ne fait rien il risque d'avoir des complications. Il a un fils qui a 22 ans et qui travaille en Australie « il aimerait bien le voir ». Il ne l'a pas tenu au courant pour ne pas l' « inquiéter ».

- Quelles sont ses représentations de santé ? Il a toujours fait du sport, il ne fume pas, il boit un 1 verre de vin par jour. Il sait qu'il a un « peu de cholestérol » mais ça ne l'avait pas inquiété jusqu'à maintenant. Il se croyait en bonne santé. Il a un locus de contrôle interne, il est persuadé que s'il en est la aujourd'hui c'est de sa faute.

Projet :

- A t'il un projet qu'il souhaiterait réaliser ? Il aimerait partir en vacance avec sa femme en Australie pour aller voir son fils.

- A t'il un projet qui lui paraît compromis du fait de sa maladie ? Il n'arrive plus à avoir de projet à long terme, il ne sait pas s'il peut espérer vivre longtemps, il a « peur ».

- Souhaite-il de l'aide ? Comment ? Il souhaite le maximum d'aide il veut « s'en sortir ». Il est prêt à « toutes les concessions ». Il ne sait pas comment nous pouvons l'aider mais il nous fait confiance.

Nola Pender explique que pour promouvoir sa santé, le patient doit être conscient de ses comportements antérieurs ainsi que de ses facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels. Le rôle de l'infirmier est d'accompagner le patient à adopter un comportement favorable pour sa santé pour qu'il devienne acteur de sa maladie et ainsi favoriser l'auto-soin. Pour cela l'infirmier peut intervenir sur la gestion des sentiments et des connaissances du patient. Les diagnostics infirmiers proposés ci-dessous sont validés par le patient, ses proches et les soignants, en considérant les 5 dimensions. Ils sont priorisés et issus du livre : NANDA international, 2012-2014. Ce sont des diagnostics infirmiers de promotion de santé.

Diagnostic infirmier principal :

Motivation à améliorer la prise en charge de sa santé

Diagnostic infirmier secondaire :

Motivation à améliorer la dynamique familiale

Synthèse du diagnostic éducatif : l'entretien avait pour but de comprendre ce que la maladie représente pour lui, ce qu'il veut faire de sa maladie, et de connaître ses aspirations, ses projets. De plus l'entretien a permis de découvrir les impacts de la maladie sur sa vie et celle de son entourage, d'appréhender les moyens qu'il a de vivre avec sa maladie et de connaître Mr A dans les 5 dimensions précédemment citées. Nous retiendrons que Mr A est dans une dynamique positive et qu'il est prêt à s'investir pleinement, il a compris que nous n'étions pas là pour lui dire ce qu'il doit faire mais pour l'accompagner dans une réflexion qui lui permettra d'adopter des comportements favorables pour sa santé. Si nous faisons le lien avec les diagnostics infirmiers nous retiendrons que Mr A est inquiet de sa maladie et qu'il souhaite la prendre en charge du mieux possible. Nous retiendrons aussi que Mr A est très attaché à sa famille (femme et fils) et qu'il souhaite revoir son fils au plus vite.

B. Conception du programme éducatif personnalisé

Lors de l'entretien, Mr A est présent avec sa femme, nous allons dans un premier temps élaborer ensemble **deux objectifs de sécurité**:

Objectif prioritaire et personnalisé de Mr A : Etre capable de gérer et d'adapter seul ses traitements en fonction des résultats biologiques.

Objectif prioritaire et personnalisé de sa femme : Etre capable de repérer une situation d'urgence et connaître la conduite à tenir.

Dans un second temps nous élaborons ensemble **les objectifs pédagogiques** en fonction des compétences à acquérir. L'objectif pédagogique doit être pertinent, réaliste et précis. Il se décline de la façon suivante: la personne sera capable de : verbe d'action + performance + condition de la performance.

Soignant, patient et entourage s'accordent sur les compétences (d'auto-soins et d'adaptation/ psychosociale) à acquérir au regard de la situation et élaborent ensemble des objectifs pédagogiques qui en découlent : objectifs principaux et sous objectifs (opérationnels). Les compétences énumérées si dessous sont tirées du guide de l'HAS (version 2). Les modalités d'évaluation de l'apprentissage mises en œuvre, tiennent compte des trois domaines de capacités : cognitif, sensorimoteur et psycho affectif.

Compétences à acquérir	Objectifs pédagogiques	Modalités d'évaluation
Compétences d'auto-soins		
Comprendre et expliquer sa maladie	<p><u>Objectif principal :</u> Le patient sera capable de comprendre et d'expliquer sa maladie à un soignant sans l'aide de support papier.</p> <p><u>Sous objectifs :</u> Le patient est capable d'expliquer, les causes, la physiopathologie, et les répercussions socio-familiales de sa maladie.</p>	Questionnaire oral réalisé par le soignant (le degré de certitude des réponses est pris en compte)
Repérer, analyser et mesurer	<p><u>Objectif principal :</u> Le patient sera capable de repérer les signes d'alerte d'un IDM et d'un sur dosage ou d'un sous dosage de l'anti vitamine K (AVK) sans aide extérieure.</p> <p><u>Sous Objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient est capable d'analyser une situation à risque et ses résultats d'examen biologique. - Le patient est capable de mesurer sa tension artérielle, sa fréquence cardiaque et respiratoire. 	<p>Questionnaire à réponses courtes et questions à choix multiples (QCM)</p> <p>Atelier pratique avec un cas clinique</p> <p>Atelier pratique et utilisation du matériel</p>
Faire face et décider	<p><u>Objectif principal :</u> Le patient et sa femme seront capables d'ajuster le traitement, et d'adapter les doses d'AVK</p>	Simulation a partir d'un cas clinique avec suivie du protocole.
Résoudre un problème de la vie quotidienne	<p><u>Objectif principal :</u> Le patient et sa femme seront capables de mettre en œuvre toutes actions nécessaires pour maintenir l'équilibre de sa santé</p> <p><u>Sous objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient et sa femme sont capables de réaliser un équilibre diététique sur la 	- Rédaction d'un menu équilibré pour

	<p>journée, la semaine.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient et sa femme sont capables d'aménager un environnement et un mode de vie, favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.) 	<p>la semaine.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretien semi directif avec la participation de sa femme
Pratiquer et faire	<p><u>Objectif principal :</u> Le patient et sa femme seront capables d'effectuer les actes techniques en cas d'urgence dans les délais impartis par le protocole.</p> <p><u>Sous objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient et sa femme sont capables de préparer et d'administrer la vitamine K et de la trinitrine® en per os. - Sa femme est capable de pratiquer les gestes d'urgence 	<p>Atelier pratique sur un mannequin (présence de sa femme requise).</p>
Compétences d'adaptation ou psychosociale		
Améliorer l'image de soi	<p><u>Objectif principal :</u> Le patient sera capable de prendre du recul sur sa situation et de l'expliquer à un soignant ou un groupe de patient avant la fin du programme</p> <p><u>Sous objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient est capable de verbaliser ses sentiments et ses émotions en groupe. - Le patient est capable de maintenir ou d'améliorer l'estime qu'il a de lui même. 	<p>Atelier de groupe, partage d'expérience (prendre la parole dans un groupe), et évaluation par une grille (estime de soi)</p>
Avoir un sentiment d'auto-efficacité	<p><u>Objectif principal :</u> Le patient sera capable de résumer les compétences et les objectifs qu'il a acquis grâce au programme d'ETP lors de la dernière séance.</p>	<p>Atelier de groupe, partage d'expérience, et évaluation par critère d'amélioration de sa qualité de vie.</p>
Formaliser un projet	<p><u>Objectif principal :</u> Le patient sera capable formaliser un projet individuel ou avec sa femme avant la fin du programme.</p> <p><u>Sous objectif :</u> Le patient est capable de prendre en compte les critères de temps et de ressources disponibles pour concrétiser sont projet.</p>	<p>Entretien avec Mr A et sa femme sur leur devenir : un projet à court et/ou moyen terme et/ou long terme</p>

Les compétences et les objectifs étant négociés, un **contrat éducatif** est rempli. Il est indispensable pour formaliser les engagements des parties impliquées. Il

comprend les objectifs de sécurité, les objectifs pédagogiques, et les différentes séances auxquelles ils devront participer. Il est signé par le patient, sa femme et le soignant.

C. Présentation des supports et outils utilisés

Les outils utilisés dans ce programme s'adressent à des personnes adultes, ils se divisent en deux catégories :

Les outils d'informations :

- Une affiche réalisée par le premier groupe de patient qui a participé à ce programme d'ETP. Elle est composée d'un schéma du système cardio vasculaire qui explique la physiopathologie d'un IDM. Elle mesure 80 cm sur 110cm.
- Une vidéo qui a été mis à disposition par la faculté de médecine qui explique en 3D et « in vivo » la formation des thrombus et les conséquences des infarctus. Elle est projetée via un vidéoprojecteur sur grand écran.
- Une vidéo réalisée par un laboratoire pharmaceutique qui montre comment utiliser la vitamine K.
- Un dépliant qui contient toutes les informations nécessaires sur le Préviscan® (indication, effet indésirable, contre indication, etc.). Il contient aussi un protocole pour ajuster le traitement en fonction des résultats biologiques.
- Une brochure qui propose un régime diététique adapté à la prise d'AVK.

Les outils d'animations :

- Mise à disposition de matériel de soins pour s'entraîner à préparer la vitamine K et utiliser la trinitrine : manipulation des produits.
- Mise à disposition d'un mannequin pour apprendre à réaliser les soins d'urgences
- Plusieurs études de cas à analyser pour permettre au patient et à sa femme de se confronter à des situations qu'ils peuvent rencontrer.
- Un forum mis à disposition pour les questions et les échanges entre patients.
- Un questionnaire pour évaluer les connaissances sur les AVK
- Une grille validée pour évaluer l'estime de soi

D. Mise en œuvre du programme éducatif personnalisé

Ce programme éducatif personnalisé répond aux décisions cliniques prises lors de la construction et la négociation du bilan éducatif en lien avec les 5 dimensions. Il est constitué de 4 séances. Il se déroule en une séance par semaine, pendant 4 semaines. L'animation des séances comporte 3 temps :

- Avant la séance : le temps de préparation connaître le patient et son diagnostic éducatif, pour aménager l'espace et pour vérifier la présence du matériel.
- Pendant la séance: se présenter, présenter les objectifs, les modalités pratiques de déroulement de la séance. Prendre en compte les connaissances antérieures des personnes, choisir les méthodes et techniques pédagogique adaptées à l'interlocuteur. Toujours revenir aux objectifs du patient et/ou de l'entourage.
- Clore la séance : évaluer par un tour de table l'appropriation des savoirs, la satisfaction des personnes, noter les commentaires dans le dossier d'éducatif.

Voici ci-dessous le nom des séances, le détail se trouve en annexes (Cf. Annexe 3) :
Séance 1 : En savoir plus sur sa maladie (Médecin + IDE)
Séance 2 : Groupe de parole : la place des aidants (IDE + Psychologue clinicien)
Séance 3 : Apprendre à gérer les AVK (Médecin + IDE + Pharmacien)
Séance 4 : Groupe de travail : la qualité de vie et l'alimentation (Diététicienne et IDE)

Les séances sont soit individuelles soit en groupe en fonction de la stratégie pédagogique voulu par le soignant et le patient. Les entretiens individuels sont des entretiens motivationnels. C'est « une approche centrée sur la personne qui vise à un changement de comportement par l'augmentation de la motivation intrinsèque en aidant le client à explorer et à résoudre son ambivalence » (MILLER W., 1988)

E. Evaluations des compétences acquises par le patient

Cette évaluation permet de mettre en évidence l'évolution de Mr A depuis le diagnostic éducatif. Elle permet de vérifier si le patient a acquis les compétences attendu et si les objectifs ont été remplis. Celle-ci ne doit pas être ressentie comme un jugement, elle a pour objectif de mettre en évidence les zones fragiles pour que le patient puisse travailler dessus. « Le but de l'évaluation n'est pas de prouver, mais d'améliorer » (Stufflebeam S., 1980). Pour réaliser une évaluation il est possible d'utiliser deux éléments :

- Le critère (qualitatif) est « un élément observable ou une variable correspondant aux éléments du programme évalué. Il désigne ce sur quoi se prononcer et permet d'identifier globalement des effets par rapport à une norme requise » (Raynal F. et al. 1997).
- L'indicateur (quantitatif) est « un élément significatif qui constate, enregistre, permet de suivre, de renseigner, de chiffrer » (Raynal F. et al. 1997).

Dans cette situation, nous avons constaté que Mr A a acquis sept compétences sur huit. Comme expliqué dans le tableau de la partie B de ce travail, des modalités d'évaluations sont mises en places pour chaque compétences. Chaque modalité utilise soit un critère d'évaluation (observation d'un comportement) soit un indicateur d'évaluation (une grille ou un questionnaire à choix multiple). La compétence qui n'a pas été acquise est : améliorer l'image de soi. Il y avait pour cette compétence un indicateur (grille d'estime de soi) dont le résultat obtenu est tout à fait satisfaisant et un critère (prendre la parole dans un groupe) qui n'a pas été rempli par le patient. Ainsi Mr A n'est pas parvenu à remplir un des deux sous objectifs : « le patient est capable de verbaliser ses sentiments et ses émotions en groupe ». Cette compétence est en cours d'acquisition car il a validé un sous objectif sur deux.

Mr A et sa femme se sont présentés à chaque séance et ont participé activement à la démarche. Toutefois, il a encore beaucoup de difficultés à parler de lui et de ce qu'il ressent. Lors du dernier entretien avec le patient, nous nous sommes rendu compte que les dimensions du diagnostic éducatif biomédicale, cognitive, socio professionnelle et projet ont bien évolué. En revanche il a du mal à se projeter dans

la dimension psycho affective. Effectivement les représentations qu'il a de sa santé sont profondément ancrées en lui, il a du mal à engager un changement de sentiments. Peut être n'a-t-il pas complètement accepté sa maladie, le deuil du corps sain est un long processus et 4 séances ne suffisent peut être pas. Pour réajuster cet objectif, d'autres objectifs sont posés par le patient et sa femme : être capable d'accepter sa maladie, être capable de réaliser le deuil de son corps sain.

D'autre part il a su adapter son comportement alimentaire et sa qualité de vie ainsi qu'assimiler les connaissances nécessaires à la prise d'AVK. Un suivi téléphonique est assuré 1 mois après la fin de la 4ème séance pour évaluer à distance l'état physique et psychologique du patient. De plus cet échange permet de résoudre d'éventuels problèmes liés aux traitements que pourrait rencontrer Mr A.

En conclusion les objectifs de sécurité ont été atteints et les objectifs pédagogiques ont pratiquement tous été atteints. A l'issue de ces séances Mr A se sent « rempli d'énergie », il avoue qu'elles lui ont permis de faire le point sur lui-même « qui je suis ? Pourquoi moi ? Et maintenant ? ». Sa femme se « sent maintenant compétente pour aider » son mari. Nous avons valorisé et encouragé leurs efforts.

2. Auto-évaluation de la performance et enseignements dégagés

Deux évaluations sont réalisées ; la première que nous avons développée sur les compétences acquises par le patient, la seconde est celle du programme d'ETP. Cette auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme est obligatoire, elle est transmise à l'agence régionale de santé (ARS). Durant ce programme d'ETP j'ai remarqué que la majorité des soignants avaient les compétences biomédicales et de soins requises pour aider le patient à connaître et à vivre avec sa maladie à un moment « t » de la prise en charge (connaissance de la pathologie et des techniques de médiations et d'accompagnement des patients). Cependant j'ai pu observer que des soignants se retrouvent en difficulté lorsque qu'il leur est demandé d'adapter des séances d'ETP et d'en assurer eux même la conception.

Des compétences méthodologiques et organisationnelles sont indispensables pour concevoir, négocier, planifier mettre en œuvre et évaluer les étapes de la démarche d'ETP. Contrairement à la mise en œuvre, les autres étapes demandent énormément de réflexivité au regard de la prise en charge. L'écoute, l'empathie et l'humilité sont des valeurs indispensables pour créer un programme d'ETP car il ne doit pas être réalisé à l'image du soignant mais à l'image du patient.

De plus j'ai pu remarquer que dans une séance de groupe un des patient n'était pas attentif et se mettait en retrait. A la fin de la séance il m'a avoué que « ce n'est pas ces belles paroles » qui allaient l'aider et qu'il « languit que ce programme se

termine ». Nous pouvons alors nous questionner si la méthode est adaptée pour se patient (c'est à nous à nous adapter et non pas l'inverse). Il est important de rappeler que l'ETP est une démarche personnelle et que la motivation est primordiale pour que le patient puisse changer ses comportements de santé. Comme Nola Pender l'explique dans son modèle il est possible d'évaluer deux facteurs qui peuvent influencer une personne à adopter un comportement de santé favorable. Cette évaluation est possible seulement si le patient se sent concerné et considère sa santé comme étant importante et si le soignant l'aide à trouver un moyen à sa convenance :

- Premièrement, la personne doit se percevoir comme menacée dans sa santé personnelle, vulnérable et exposée aux problèmes de santé : ce qui est le cas de Mr A, car il a peur que la maladie récidive ou qu'il y ait des complications.
- Deuxièmement, la personne doit avoir le sentiment que les avantages associés à un comportement de santé l'emportent sur les obstacles qui seront rencontrés et ainsi elle pourra réduire la menace perçue. Il s'agit de la perception des bénéfices liés au comportement : ce qui est le cas de Mr A car il est persuadé que l'ETP lui permettra de découvrir des comportements pour surmonter la maladie.

Les enseignements que je peux dégager de ce travail sont de ne pas se limiter à un enseignement des compétences cognitives (connaissances de la maladie et du traitement) et des gestes techniques. Effectivement l'écoute des croyances, du vécu, des peurs, et des sentiments du patient est décisive pour personnaliser le programme d'ETP. Si cela n'est pas réalisé le risque est de se retrouver en décalage avec les besoins et les attentes du patient et ça entraînera l'échec de l'alliance thérapeutique.

Conclusion

L'infirmier doit avoir des compétences pédagogiques, méthodologiques et organisationnelles pour développer les compétences de l'auto soign et d'adaptation du patient. Il est important de travailler en interdisciplinarité pour mieux accompagner le patient. Un accompagnement adapté c'est apporter une réponse en phase avec l'état psychique, les besoins et le rythme d'apprentissage du patient. Aussi, une étude américaine, portant sur plus de 2 000 malades en post infarctus suivis pendant un an, a fait ressortir « une surmortalité de 2,6 chez les sujets ayant pris moins de 75 % des médicaments prescrits. Elle n'était corrélée ni avec la gravité de l'infarctus, ni avec d'autres facteurs de risque, mais uniquement avec l'observance. » (HORWITZ R., 1990). Suite à ces résultats nous pouvons nous rendre compte que les objectifs de sécurité de l'ETP sont primordiaux pour prévenir les risques de récidives. Le programme d'ETP de Mr A aura permis d'améliorer la prise en charge de sa santé et d'améliorer de sa qualité de vie et celle de ses proches. Réaliser ce travail aura été d'une très grande richesse intellectuelle car en tant qu'infirmier de pratique avancée, je peux être amené demain à coordonner ou à concevoir des programmes d'ETP.

Référence

BURLET B., 2012, *Connaitre le contexte et le cadre juridique de l'éducation thérapeutique du patient*, Art. Revue SOINS, n° 762

CHARTE D'OTTAWA, 1986, *Définition de la santé*, Conférence internationale de l'OMS

DEBOUT C., 2008, *Les théories de soins infirmiers*, art. Revue SOINS n°724

HORWITZ R., VISCOLI C., BERKMAN L., DONALDSON R., HORWITZ S., MURRAY C., RANSOHOFF D., SINDELAR J., 1990, *Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction*, Lancet, Sep 1;336(8714):542-5

KRUPNICK J., SOTSKY S., SIMMENS S., MOYER J., ELKIN I., WATKINS J., PILKONIS P., 1996, *The role of Therapeutic alliance in Psychotherapy and pharmacology outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programm*, J Consult Clin Psychol, Jun ; 64: 532-9

MARTHA RAILE ALLIGOOD, 2013, *Nursing théorist and their work*, 8th edition, Paperback p.403

MILLER W., SOVEREIGN R., KREGG B., 1988, *Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's check-up as a preventive intervention. Behavioural Psychotherapy*, 2nd ed. New York, p.251-268

OMS E., 1998, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, Rapport traduit en français en 1996

PENDER N., MURDAUGH C., PARSON M., 2010, *Health promotion in nursing practice*, 6th edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson/ Prentice-Hall

PIAGET J., 1959, *The Language and Thought of the Child*, Psychology press

RAYNAL F., RIEUNIER A., 1997, *Pédagogie: dictionnaire des concepts clés*, ESF, Laboratoire de Pédagogie de la santé UPRES Equipe d'Accueil 3412 – Université Paris 13.

STUFFLEBEAM S., PHI DELTA KAPPA GROUP., 1980, *L'évaluation en éducation et la prise de décision*, Ottawa, NHP.

Bibliographie

Article:

BURLET B., 2012, *L'éducation thérapeutique du patient*, Art. Revue SOINS, n° 762

Livres :

NANDA international, 2012-2014, *Diagnostics infirmiers*, ed. Elsevier Masson

KUBAB N, HAKAWATI I., ALAJATI-KUBAB S., 2009, *Guide des examens biologiques*, 5th ed. Lamarre

Pages Web / Documents sur Internet:

J'ai vérifié l'actualisation des sites et documents internet ci-dessous le 14 mai 2015 à 12H00 et j'ai apporté les mises à jours nécessaires dans le travail.

<http://www.ameli-sante.fr/>

http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=SPUB_112_0135

<http://www.etp-journal.org/index.php?lang=fr>

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_guide_version_finale_2_.pdf

<http://www.insee.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1975045>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8698947>

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp_0556-7807_1989_num_86_1_1427

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

<http://www.vidal.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Compétences pour dispenser ou coordonner l'ETP	I
Annexe 2 : Modèle conceptuel HPM	II
Annexe 3 : Programme de l'ETP	V

Annexe 1 : Compétences pour dispenser ou coordonner l'ETP

DECRET

Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient

Article 2

La sous-section 1 de la section 1 du chapitre 1er du titre VI du livre 1er de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'article D. 1161-2 est abrogé ;

2° Après l'article D. 1161-1 est inséré un article R. 1161-2 ainsi rédigé :
« Art. R. 1161-2.-Pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, les personnes mentionnées aux articles D. 1161-1 et R. 1161-3 disposent des compétences suivantes :

« 1° Des compétences techniques permettant de favoriser une information utile du patient sur la maladie et le traitement, de fournir les éléments nécessaires au suivi et à l'organisation. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées à la conception des dispositifs d'intervention et d'analyse des données ainsi qu'à la stratégie d'animation des équipes ;

« 2° Des compétences relationnelles et pédagogiques permettant de développer un partenariat avec les patients. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées au développement des apprentissages et aux échanges au sein des équipes et avec les partenaires ;

« 3° Des compétences organisationnelles permettant de planifier des actions et de conduire un projet d'éducation thérapeutique du patient. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées à la planification et à l'évaluation des actions menées, à l'identification des canaux de communication les plus appropriés.
« Les référentiels déclinant ces compétences et les recommandations relatives à leur acquisition sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Annexe 2 : Modèle conceptuel HPM

Il a été créé en 1982 puis révisé dernièrement en 2010. La collaboration entre la personne et l'infirmière est la clé de voute de cette conception du soin. Cette école de pensée est centrée sur l'adoption de comportements visant à promouvoir la santé de la personne, de la famille, du groupe ou de la communauté. Nola Pender, propose sa définition du métaparadigme qui délimite la discipline infirmière :

« **La personne** est un organisme biophysique façonnée par l'environnement, mais qui cherche également à créer un environnement dans lequel le potentiel humain peut s'exprimer pleinement. Les caractéristiques individuelles et les expériences de vie façonnent les comportements (...).

L'environnement est décrit comme le contexte social, culturel et physique dans lequel se déroule la vie. Il peut être changé par l'individu en créant un contexte positif et facilitateur pour sa santé afin d'améliorer les comportements (...).

Le rôle des soins infirmiers est une collaboration entre le patient, la famille et la communauté afin que les meilleures conditions pour l'expression d'une santé optimale et le bien-être de celui-ci soient créées (...).

La santé est définie comme l'actualisation du potentiel humain orientée vers les comportements, les auto-soins et les relations avec les autres avec des ajustements qui pourraient être nécessaires pour maintenir un environnement qui soit adéquat. Les maladies sont des événements distincts dans la vie qui peuvent entraver ou faciliter la quête permanente du patient pour la santé. » (Pender et al, 2010). Depuis 1996 le HPM de Nola Pender reprend intégralement la définition de l'OMS concernant la promotion de la santé. Elle a construit sa conception du soin et elle a élaboré sa théorie autour de cette définition :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. » (Charte d'ottawa, 1986)

Pour concevoir ce modèle (HPM) Nola pender s'est inspirée du modèle des croyances de santé ou Health Belief Model (HBM). Elle décline ainsi 4 conjectures qui permettent de justifier l'utilité de ce modèle de soins :

1. « Les personnes cherchent à réguler activement leur propre comportement » (Pender et al, 2010): L'homme cherche à améliorer en permanence son état de bien être, pour cela il met en place des mécanismes de défenses pour se protéger des choses qui lui paraissent nuisibles.

2. « Les personnes dans toute leur complexité biopsychosociale interagissent avec leur environnement en le transformant au fil du temps » (Pender et al, 2010): L'homme a la capacité de transformer son environnement grâce à sa complexité biologique, psychologique et sociale qui est un facteur influençant cette transformation.

3. « Les infirmières et les autres professionnels de la santé constituent une partie de l'environnement interpersonnel, qui exerce une influence sur les personnes tout au long de leur vie » (Pender et al, 2010): Les professionnels de la santé font partie de l'environnement du patient. Grâce aux informations adaptées qu'ils lui apportent, ils peuvent avoir une influence sur sa santé.

4. « L'interaction entre les personnes et leur environnement est nécessaire pour un changement de comportement » (Pender et al, 2010): En changeant ses comportements, l'homme transforme son environnement et améliore sa santé.

Le modèle de Nola Pender identifie sept facteurs (que doit évaluer l'infirmier dans son recueil de données) qui peuvent **influencer les comportements de santé** ainsi que deux facteurs qui peuvent influencer une personne à **adopter un comportement de santé favorable**. Le HPM est basé sur des propositions théoriques. « Les 14 énoncés se relient les uns aux autres de manière dynamique et **promouvent les comportements conduisant à la promotion de la santé (...)**.

1. Les comportements passés et acquis influent sur les croyances, les affectent ainsi que sur l'adoption de comportements favorables à la santé.

2. Les facteurs personnels, biologiques, psychologiques et socioculturels influencent le comportement de la santé

3. Les personnes s'engagent à adopter des comportements à partir des quel s'ils prévoient tirer des avantages qui soient personnellement valorisées.

4. Les obstacles perçus peuvent limiter l'engagement à l'action ainsi que le comportement réel.

5. La compétence perçue ou l'auto-efficacité pour exécuter un comportement donné augmente la probabilité de l'engagement à l'action et le bénéfice réel du comportement.

6. Les sentiments positifs en lien avec le comportement résultent en une plus grande perception de l'auto-efficacité, qui peut à son tour entraîner une la confiance en soi dans l'exécution des comportements de santé avec succès.

7. Quand les émotions positives ou les sentiments sont associés à un comportement, la probabilité de s'engager dans une action est augmentée.
8. Les personnes sont plus susceptibles de s'engager et à s'engager dans des comportements favorables à la santé lorsque d'autres personnes significatives pour eux s'engagent en leur fournissant une assistance et un soutien.
9. Les familles, les pairs et les soignants sont d'importantes sources d'influence interpersonnelle qui peuvent augmenter ou diminuer l'engagement et l'engagement dans la promotion de la santé.
10. Les influences situationnelles du cadre de vie ou de l'environnement peuvent augmenter ou diminuer l'engagement ou la participation à un comportement favorisant la santé.
11. Plus l'engagement intentionnel à un plan d'action spécifique est fort, plus les comportements favorables à la santé sont susceptibles de durer dans le temps.
12. L'engagement dans un plan d'action est moins susceptible d'entraîner le comportement souhaité lorsque les actions, pendant lesquelles les individus ont peu de contrôle, nécessitent une attention immédiate.
13. L'engagement dans un plan d'action est moins susceptible d'entraîner le comportement souhaité lorsque d'autres actions sont plus attrayantes et donc préféré sur le comportement cible.
14. Les personnes peuvent modifier les perceptions, influencer également sur l'environnement interpersonnel et physique pour créer des incitations à des actions de santé. » (Raile M., 2013).

Annexe 3 : Programme de l'ETP

Séances :	Supports et outils utilisés	Compétences	Participant
1 : En savoir plus sur sa maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Affiche représentant le système cardio-vasculaire - Vidéo formation des thrombus 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre et expliquer sa maladie 	Mr A + sa femme + médecin + IDE
2 : Groupe de parole : la place des aidants	<ul style="list-style-type: none"> - Vidéo sur l'utilisation de la vitamine K - Mannequin pour les exercices des soins d'urgences - Grille sur l'estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'image de soi - Pratiquer et faire - Formaliser un projet 	Mr A + sa femme + IDE + psychologue clinicien + 5 autres patients
3 : Apprendre à gérer les AVK	<ul style="list-style-type: none"> - Dépliant sur le « Préviscan » - Matériel de soin - Etudes de cas - QCM sur les AVK 	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer, analyser et mesurer - Faire face, décider 	Médecin + IDE + Pharmacien
4 : Groupe de travail : la qualité de vie et l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> - Brochure sur le régime diététique des patients sous AVK - Utilisation du forum 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir un sentiment d'auto efficacité - Résoudre un problème de la vie quotidienne 	Mr A + sa femme + diététicienne + IDE + 5 autres patients