



L'INFORMATION DU PATIENT, UNE ETAPE ESSENTIELLE DANS SA PRISE EN CHARGE

**DOTHEE Océanne
Promotion 2008-2011**

Soutenance : 08/03/2011

**Institut de Formation en Soins Infirmiers Xavier ARNOZAN –
CHU de Bordeaux**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mes parents et mes sœurs qui m'ont épaulée et soutenue durant mes études.

Je tiens à remercier mes grands parents qui ont toujours été présents, et fiers de mon parcours.

Un remerciement particulier à Auriane pour son soutien lors des moments difficiles, et pour sa patience lors de la relecture de mon travail.

Un grand remerciement à mes professeurs pour leur encadrement pendant ces trois années, et plus particulièrement à mes deux professeures de guidance qui ont fait preuves de beaucoup de patience et de disponibilités.

Je remercie aussi toutes les personnes qui ont pris le temps de lire ce travail de fin d'étude et qui m'ont donné leur avis.

Et pour finir, je tiens à remercier tous les professionnels sur le terrain qui m'ont accordés leur temps et transmis leurs connaissances.



L'INFORMATION DU PATIENT, UNE ETAPE ESSENTIELLE DANS SA PRISE EN CHARGE

**DOTHEE Océanne
Promotion 2008-2011**

**Institut de Formation en Soins Infirmiers Xavier ARNOZAN –
CHU de Bordeaux**

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
LA SITUATION DE DEPART.....	8
LES NORMES.....	10
LE CONSTAT DE DEPART.....	11
LES CONCEPTS.....	11
PHASE THEORIQUE.....	15
1LA CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	15
1.1 Définition	15
1.2 Textes de Loi	15
1.3 Les Préalables à l'intervention.....	15
1.4 Les Différentes périodes opératoires.....	16
1.4.1La Prise en charge en chirurgie ambulatoire : la période pré opératoire.	16
1.4.2La prise en charge en post opératoire immédiat.....	16
1.4.3La prise en charge à domicile.....	16
1.5 L'infirmière en service de chirurgie ambulatoire.....	17
1.5.1 Définition de l'infirmière	17
1.5.2Texte législatif sur l'exercice de la profession d'infirmière.....	17
1.5.3Le rôle de l'infirmière en Chirurgie Ambulatoire.....	18
1.6 La chirurgie ambulatoire ophtalmique.....	18
1.6.1Les Principales interventions chirurgicales.....	18
2LA VUE.....	19
2.1 Quelques définitions	19
2.2 Symbolique du regard	19
2.3 La Principale pathologie opérée : LA CATARACTE	20
2.3.1Définition.....	20
2.3.2L'Intervention chirurgicale	20
2.3.3Les soins post-opératoires.....	20
2.3.4Les Complications.....	21
2.4 L'impact de la pathologie et de l'intervention sur les patients.....	21
2.4.1En période pré opératoire	21

2.4.2 En période post opératoire	21
3 LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE.....	22
3.1 Relation Soignant / Soigné.....	22
3.1.1 Définition.....	22
3.1.2 Interdépendance	23
3.1.3 Instauration d'une relation : les préalables	23
3.2 La Communication.....	23
3.2.1 La communication verbale et non verbale.....	23
3.3 Relation d'aide.....	24
3.3.1 Définition selon C. Rogers.....	24
3.3.2 Texte législatif.....	25
3.3.3 Les compétences Infirmières.....	25
4 Démarche éducative.....	26
4.1 Définition.....	26
4.2 Les buts.....	26
4.3 Les Etapes	26
4.4 L'infirmière et la démarche éducative	27
4.4.1 Textes législatifs.....	27
4.4.2 Les Compétences nécessaires pour mettre en place la démarche éducative.....	28
4.5 Les contraintes de la démarche éducative en soin Ambulatoire	29
PHASE D'ANALYSE.....	30
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38
ANNEXES.....	40
RESUME	42
MOTS CLES.....	42

INTRODUCTION

J'ai longtemps cherché un sujet pour ce Travail de Fin d'Etude. Il est vrai qu'il est important de théoriser nos pratiques car il n'y a que comme cela que nous nous améliorons. J'ai donc voulu trouver ma problématique au cœur de mon vécu d'élève infirmière. C'est ainsi que j'ai choisi de traiter aujourd'hui l'optimisation des soins et des prises en charge. Celles-ci sont rythmées par les mots d'ordres : efficacité, économie, traçabilité, sans oublier le patient, son vécu, son ressenti.

De ce fait plusieurs aspects entrent en jeu, la traçabilité des soins, l'information du patient, la prise en charge de la douleur du patient. Mon choix s'est finalement porté sur l'information. En effet, l'information est un préalable à tout soin et tout acte. Le patient a le droit d'être informé, et cela fait partie de plusieurs chartes sur les droits de celui-ci. Rappelons que notre décret de compétences comporte également des alinéas sur l'information au patient. Il me semble donc primordial de tenir au courant le patient quant à sa prise en charge, les actions qui sont mises en œuvre pour lui, les effets des interventions, des anesthésies, des risques possibles de complications. Nous oublions souvent l'information post opératoire faite au patient. Nous délaissions souvent cette notion pour favoriser l'éducation. Il est vrai qu'elle ne doit pas être oubliée mais de nombreuses différences existent entre ces deux concepts que je développerai au cours de ce Travail de Fin d'Etude.

De plus, de part mon expérience acquise au cours de mes stages, il me semblait intéressant de valoriser l'information en service de chirurgie ambulatoire. Ce type de service offre un nouveau mode d'hospitalisation en pleine expansion, qui semble pouvoir être adaptée à de nombreuses chirurgies.

Pour ce faire, j'ai tout d'abord exposé dans une première partie la situation qui m'a le plus interpellée. La seconde détaille le cadre théorique de ce sujet. Et enfin, la dernière partie développe mon analyse pour terminer par les diagnostics de situation.

LA SITUATION DE DEPART

La situation se déroule dans un service de chirurgie ambulatoire qui traite les pathologies des cinq spécialités : chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie ophtalmique, et chirurgie ORL.

Une patiente, Mme T, âgée de 70 ans, est entrée ce matin pour une opération de la cataracte de l'œil droit. Lors de l'entretien d'accueil, l'infirmière vérifie les préalables nécessaires pour la chirurgie. Après cette vérification, elle s'adresse à la patiente :

- « Mme T., je vais reprendre quelques informations que le chirurgien a du vous donner lors de votre rendez-vous. Suite à votre opération, vous aurez un pansement oculaire avec une coque que vous garderez pendant 5 jours. Ensuite au niveau des soins locaux, vous devrez effectuer chaque jour un lavage de l'œil opéré, une instillation de collyre, ainsi qu'une vérification de l'état de votre œil ».
- Oui je me souviens que le Chirurgien me l'a un peu expliqué » répond Mme T.»

Mme T part au bloc opératoire. Elle revient en service en fin de matinée.

Dès l'accord du chirurgien pour la sortie, une des infirmières disponibles à ce moment là me demande de l'accompagner pour la déperfusion et lui donner les papiers de sortie (qui comprennent le rendez vous aux consultations externes, l'ordonnance des traitements post opératoire, le compte rendu opératoire pour le médecin traitant.)

Nous arrivons devant la chambre de la patiente. L'infirmière frappe à la porte et entre. Elle met la présence, s'approche de la patiente pour la déperfusion. Elle effectue son soin. Pendant ce temps, j'observe la technique et la patiente. Elle vérifie aussi l'état du pansement oculaire. Celui-ci est propre.

L'infirmière s'adresse à la patiente :

- « Voici les papiers de sortie. Le chirurgien vient de donner son accord pour la sortie, vous pouvez donc rentrer chez vous. » dit l'infirmière

- « C'est une bonne chose, j'attendais avec impatience son accord pour pouvoir m'en aller. » répond la patiente
- L'infirmière poursuit : « Je vous remets le compte rendu opératoire pour votre médecin traitant, ainsi que ce carton avec la date et l'heure pour le rendez vous post opératoire que j'ai déjà pris pour vous. »
- « C'est gentil, cela me simplifie les choses. » ajoute Mme T
- « Voici ensuite l'ordonnance pour les collyres ainsi que le traitement anti douleur. Je vous souhaite un bon retour Madame, n'hésitez pas a nous appeler si vous avez besoin. Le service est ouvert de 7h à 18h30 du lundi au vendredi. N'oubliez pas de faire vos soins tous les jours. Bon retour.»

La fille de Mme T. entre dans la chambre pour récupérer sa mère et la raccompagner chez elle.

L'infirmière me demande d'enlever la présence. Je m'exécute. Nous sortons de la chambre et nous dirigeons vers la salle de soin afin d'effectuer la traçabilité sur informatique des soins réalisés et clôturer le dossier.

LES NORMES

Code de Santé Publique Livre III Auxiliaires médicaux. Titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière Chapitre 1er : Exercice de la profession Section 1 : Actes professionnels

Article R 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière 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 et infirmières 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 R 4311-2

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.

Les Normes professionnelles, Soins infirmiers : normes de qualité. La sortie de la personne soignée

Norme 1- la continuité des soins en vue de la sortie

L'infirmière participe à l'organisation de la continuité des soins en vue de la sortie.

L'infirmière :

- Évalue les capacités [...] de la personne soignée et des proches pour poursuivre les soins après la sortie.
- Vérifie que la personne soignée et ses proches disposent de toutes les informations et documents nécessaires pour poursuivre les soins après la sortie.

LE CONSTAT DE DEPART

En service de chirurgie ambulatoire, certaines personnes opérées de la cataracte, ne bénéficient pas lors de leur hospitalisation d'une démarche éducative en post opératoire immédiat faite par une infirmière vis-à-vis des soins temporaires à réaliser au retour à domicile.

LES CONCEPTS

Entretien d'accueil : Etymologiquement, accueillir c'est « rassembler, recevoir » c'est-à-dire « prendre ce qu'on nous donne, ce qu'on nous offre ». Prendre signifie quant à lui « saisir, prendre possession de ... »¹. Ce qui nous permet de conclure que accueillir serait en quelque sorte, prendre possession de l'autre, le cerner, le saisir, sans pour autant le déposséder de lui-même.

Principalement développé en psychiatrie de part sa place majeure dans la prise en charge infirmière, l'entretien d'accueil tient aussi une place importante dans la prise en charge en service de chirurgie ambulatoire, pour permettre de recueillir les informations nécessaires pré opératoire (réalisation de la douche, allergies, à jeun).

Il existe donc une rencontre entre le soignant et le soigné lors de cet entretien ce qui permet d'instaurer un climat de confiance. Celui-ci passe par la disponibilité de l'accueillant et de la personne accueillie, par l'écoute de la souffrance et des requêtes du soigné, la neutralité dans les paroles de l'accueillant qui n'est autre que le soignant, ainsi que l'engagement dans l'offre de soin et la prise en charge du patient au sein du service inscrit dans un cadre institutionnel.

Rôle propre infirmier : Le rôle propre infirmier est défini par le décret de compétence infirmier. Il signifie que l'infirmière peut décider elle-même d'avoir une action envers un patient sans prescription médicale (cela étant le rôle prescrit de l'infirmière) dans le but de l'informer, l'éduquer, le suppléer et/ou lui donner un soin. L'infirmière doit évaluer les besoins du patient pour pouvoir en ressortir des problèmes après analyse de la situation et agir le plus justement possible dans les plus brefs délais.

¹LEYRELOUP, A.-M ; DIGONNET, E - Pratique de l'entretien infirmier : pour une première approche - MASSON - 2000

L'infirmière doit réévaluer les besoins du patient régulièrement pour adapter sa prise en charge liée à son rôle propre. L'infirmière peut collaborer avec les aides soignantes en leur déléguant des soins qui ont leur propre décret de compétences.

En partant du principe que l'infirmière a pour vocation d'aider à la prise en charge paramédicale et médicale d'une personne ayant besoin de soins, elle se doit d'agir pour le bien être du patient. C'est en effet une obligation légiférée (cf : *Code de Santé Publique* Livre III Auxiliaires médicaux. Titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière). L'infirmière, à tout moment lors de sa pratique professionnelle, fait appel à son rôle propre, ce qui lui permet dans certains cas de régler un problème avant que celui-ci ne s'aggrave, et de mettre en place des ateliers ou des entretiens thérapeutiques ayant pour but l'écoute, la formation, l'expression du patient.

Education thérapeutique : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient ; Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie »².

De ce fait, l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes. L'éducation thérapeutique est régie selon des normes et un cahier des charges pour certaines pathologies. Cependant, certains services n'ont pas d'actions d'accompagnements définies par un cadre légal. Ce qui laisse le soin à l'unité d'envisager ces actions après diagnostic des besoins spécifiques au service, mise en place de moyens par lesquels l'éducation se fera, et grille d'évaluation de l'efficacité de ce projet. C'est le cas pour la chirurgie ambulatoire.

Le plus souvent l'éducation thérapeutique est faite pour une maladie chronique tel que le diabète, l'asthme...

L'OMS définit en 1996 l'éducation thérapeutique « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, www.legifrance.gouv.fr

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leur responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie »³

L'éducation thérapeutique peut être faite par l'infirmière, où par une personne formée pour effectuer cette éducation auprès des patients le nécessitants. La personne qui effectue l'éducation thérapeutique doit avoir un savoir solide, et confirmé, sans pour autant être figé. Car il y a deux acteurs au minimum pour cette éducation, l'émetteur de l'information et le récepteur. De ce fait, il y a un échange. La connaissance du professionnel n'est pas plus « vraie » que celle du patient, bien qu'elle corresponde à des savoirs bios médicaux codifiés souvent confirmés. Chacun doit être ouvert aux propositions de l'autre dans le but d'apprendre et trouver une solution adaptée à un besoin ou un problème présenté par la personne soignée bénéficiant de cette éducation. On peut donc comprendre que l'éducation thérapeutique est souple, elle est propre au professionnel et à la dynamique instaurée entre la personne soignée et le soignant ou professionnel, elle est donc variable et dépend des expériences de chacun. Les moyens employés sont divers et variés, la finalité étant de trouver une solution au problème ou dans tous les cas d'accompagner le patient à contourner son problème et/ou vivre avec.

Démarche éducative: La démarche éducative se différencie de l'éducation thérapeutique. Une démarche éducative peut être réalisée pour une maladie aiguë, ainsi lors d'un besoin immédiat et à court terme. Le terme de démarche fait référence à un travail construit, élaboré, et structuré.

Cette démarche éducative étant faite de plusieurs étapes, à plus ou moins long terme. En soins infirmier, elle est faite selon sept étapes⁴ :

- Identification des besoins : recueil d'informations réalisée grâce à un entretien, de l'écoute et observation de la situation.
- Diagnostic éducatif : Analyse du recueil d'information pour mettre en exergue les besoins d'acquisition, de compétences d'autosoins pour le patient.

³ **HAS, Inpes.** Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. HAS ; 2007. p.8

⁴ **ROQUES, D ; RICHARD, C ; PILLIEN, C** - Démarche éducative - Module soins infirmiers - Cours de Septembre 2009.

- Contrat éducatif : Permet de mettre part écrit : les objectifs éducatifs. Il s'agit d'une entente ECRITE entre le patient et l'équipe soignante : c'est un contrat d'éducation
- Choix des moyens et contenu éducatif : permet de poser les stratégies d'interventions (séances seules, collectives, en auto apprentissage) les moyens utilisés (supports, interventions, type de séances : démonstration, reproduction, apprentissage par l'erreur et explication ou mise en situation...)
- Mise en œuvre : Programmation et réalisation de l'action selon l'item précédent.
- Evaluation : Avec le patient, évaluation de l'atteinte des objectifs. Peut être faite immédiatement après la mise en œuvre, ou a posteriori, selon le besoin, le nombre d'objectifs, et leurs complexités.
- Réajustement si besoin : Si l'atteinte des objectifs n'est pas optimale, il est nécessaire de réajuster soit en changeant de moyens soit par le biais d'explications et si cela ne suffit pas la richesse de l'équipe pluridisciplinaire permettra de changer d'acteur du côté du professionnel pour que les objectifs soient atteints.

Cette démarche éducative ne peut se faire que grâce à des compétences de la part du professionnel : compétences relationnelles, compétences pédagogiques et d'animation, compétences méthodologiques et organisationnelles, des Savoirs, des Savoirs faire. Il est nécessaire que le patient soit en accord avec cette démarche et que le professionnel obtienne l'adhésion quasi complète du patient pour optimiser la réussite de cette démarche. Il est nécessaire également d'avoir une collaboration dans l'équipe pour qu'il y ait un partage d'informations qui peut être très important pour la prise en charge, et de ce fait assurer la cohérence des interventions de la démarche éducative et garantir la continuité de cette démarche.

PHASE THEORIQUE

1 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

1.1 Définition

La chirurgie ambulatoire est un « nouveau » type d'accueil et de prise en charge lors d'une hospitalisation. Le patient entre le matin dans le service et en ressort le soir même. Une fois opéré, et après un délai légal d'attente post opératoire, il rentre immédiatement à son domicile. De nombreuses opérations y sont réalisées : de la chirurgie maxillo-faciale, ophtalmologique, de la chirurgie de la main, de la chirurgie ORL, et la chirurgie plastique et réparatrice.

1.2 Textes de Loi

Est éligible à la chirurgie ambulatoire toutes personnes dont l'intervention ne nécessite pas une prise en charge en hospitalisation de plus de 24h. Toute personne habitant à moins de 50 kilomètres de l'hôpital et n'étant pas seule la première nuit post opératoire.

1.3 Les Préalables à l'intervention

Comme pour toute intervention, il est nécessaire d'avoir une consultation anesthésique au préalable. De plus, le médecin va informer le patient sur l'intervention et celui-ci signera ensuite le consentement éclairé. Le personnel soignant téléphone la veille pour rappeler les consignes aux patients : être à jeun à partir de minuit (ne pas manger, ne pas boire, ne pas fumer), avoir pris une douche bétadinée la veille et le matin de l'intervention, l'heure d'arrivée dans le service, avoir tout les documents en lien avec l'intervention (radiographies, bilans sanguins demandés, carte de groupe sanguin...), et leurs rappellent qu'ils ne doivent pas être seuls la nuit suivant l'intervention.

1.4 Les Différentes périodes opératoires

1.4.1 La Prise en charge en chirurgie ambulatoire : la période pré opératoire.

Le patient est accueilli par une infirmière et une aide soignante. Elles s'installent dans le bureau d'accueil pour le recueil de données, pour énoncer les dernières consignes, vérifier la réalisation de la douche pré opératoire. L'infirmière s'assure que le dossier soit complet.

De plus, l'infirmière invite le patient à poser des questions qu'il pourrait avoir sur l'intervention, le déroulé de l'hospitalisation, la sortie... Cette période a donc pour but de s'assurer d'une préparation optimale du patient en vue de l'intervention. L'infirmière prend en compte le stress pré opératoire, qui est souvent présent. Elle profite donc du moment de l'accueil pour rassurer son patient, et suivant les prescriptions faites par l'anesthésiste, lui administrer une prémédication dans le but de le détendre.

1.4.2 La prise en charge en post opératoire immédiat.

Après un passage en salle de réveil, le patient est raccompagné au service. S'en suit une surveillance spécifique au type d'anesthésie et d'intervention. Pour une intervention sous anesthésie générale, les risques principaux à surveiller sont : le risque infectieux, le risque hémorragique, la douleur, les risques liés à l'anesthésie : troubles de la miction, trouble de la conscience, trouble de l'hémodynamique...⁵. Cette période en hospitalisation ambulatoire dure au maximum 12h. Le patient rentre à son domicile le soir s'il n'y a pas eu de complications nécessitant une prise en charge en secteur traditionnel, et après accord de l'anesthésiste ou du chirurgien.

1.4.3 La prise en charge à domicile.

Le retour se fait en voiture particulière ou avec un véhicule spécialisé (taxi, VSL, ambulance) selon les possibilités du patient. Au domicile, la présence d'un proche est requise pour la journée ainsi que la première nuit postopératoire. La collaboration avec le médecin traitant est primordiale.

⁵ fsi.lemans.free.fr/si_post_op.doc

Le lendemain de l'intervention, une infirmière du service prend contact téléphoniquement avec l'opéré afin de s'enquérir de son état. Cet interrogatoire téléphonique recherchera une douleur anormale, une anomalie au niveau du pansement ou du site opératoire. En cas de doute, le patient sera revu soit dans le service soit en consultation le jour même ou adressé à son médecin traitant s'il s'agit simplement d'adapter la posologie des antalgiques ou de régler un problème intercurrent. L'opéré a la possibilité de joindre le service ambulatoire la journée, et en dehors des heures d'ouvertures, il a la possibilité de joindre le service d'hospitalisations traditionnelles pour tout problème.

1.5 L'infirmière en service de chirurgie ambulatoire

1.5.1 *Définition de l'infirmière*

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement »⁶.

1.5.2 *Texte législatif sur l'exercice de la profession d'infirmière*

La profession d'infirmière est régie par le décret de compétence n°2004-802 du 29 juillet 2004. Ce décret distingue les actes relevant **du rôle propre, les soins dispensés sur prescription, et les soins exercés en présence d'un médecin prescripteur**.

Le rôle propre infirmier est défini par le code de la santé publique. « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière 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 ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6.

⁶ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 - Article L4311-1 - Code de la santé publique.

Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre 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. »⁷

Les soins dispensés sur prescription représentent de nombreux actes, tels que la pose de voie veineuse, pose de sonde urinaire, diurèse horaires, la réfection de pansements, l'administration de médicaments...

Les soins exercés en présence d'un médecin prescripteur sont de natures diverses. Ils peuvent être identiques aux soins sur prescription, et faire partie du rôle propre infirmier.

1.5.3 Le rôle de l'infirmière en Chirurgie Ambulatoire

L'infirmière en chirurgie ambulatoire a la même fonction qu'une infirmière en service de chirurgie traditionnelle. A une seule différence près, elle doit analyser la situation du patient très rapidement et évaluer les problèmes avant sa sortie, c'est-à-dire le jour même afin que les suites opératoires se déroulent dans les meilleures conditions possibles. L'infirmière est présente en pré opératoire (accueil, recueil de données, prémédication), en post opératoire (gestion de la douleur, surveillance propre à la chirurgie, reprise alimentaire, conseil de sortie, et éducation pour les soins post opératoires).

1.6 La chirurgie ambulatoire ophtalmique

1.6.1 Les Principales interventions chirurgicales

- **La chirurgie de la cataracte.**
- **La chirurgie du glaucome**
- **La chirurgie réfractive**
- **Les greffes de cornées**
- **La chirurgie des voies lacrymales**

⁷ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 - Article R4311-3 - Code de la Santé publique.

- **La chirurgie des paupières.** ⁸

2 LA VUE

2.1 Quelques définitions

« Vue : nom féminin, Sens permettant de percevoir des éléments matériels, des couleurs et des formes à l'aide des yeux. »⁹

« Voir : Percevoir par le sens de la vue »

« Œil : Organe de la vue »

« La vision : Percevoir par l'organe de la vue »

2.2 Symbolique du regard

Le regard est un élément essentiel de la communication non verbale.

Le regard transmet une émotion (faire les yeux doux, des yeux rieurs ...), le regard s'interprète (ne pas oser lever les yeux (gêne), caresser des yeux (désir), l'œil du maître (surveillance), faire les gros yeux (reprocher), et enfin le regard permet le contact (les yeux dans les yeux, croiser du regard, ...).

La région des yeux est riche en informations, c'est là que nous cherchons des indices sur ce que ressent notre interlocuteur ou ce vers quoi il dirige son attention.

« Les yeux sont, à l'évidence, un élément essentiel pour détecter dans le visage les émotions (joie, surprise, peur, colère, dégoût, tristesse) ou les états mentaux complexes (doute, mépris, menace, méfiance, perplexité, intérêt, admiration, somnolence,) ... »¹⁰

S'adresser à quelqu'un ou écouter quelqu'un implique un échange des regards, qui accompagne la communication verbale. Ce contact par les yeux est à l'évidence un élément majeur de la communication non verbale.

⁸ www.ophtalmologie-paris.org/maladie.htm

⁹ Définition du dictionnaire QUILLET

¹⁰ Ibid., 305

L'œil est l'organe par excellence de l'interaction. « Si, dans toute relation, le langage occupe une place privilégiée, à la fois par ce qui est dit et par ce qui est entendu, il n'est que le sommet visible de l'édifice communicationnel ; il dissimule l'importance de la communication non verbale. Celle-ci s'effectue par une combinatoire des cinq sens qui diffèrent d'une personne à l'autre et d'une société à l'autre. »¹¹

Les yeux font transparaître nos émotions, ils ont leur propre langage.

2.3 La Principale pathologie opérée : LA CATARACTE ¹²

2.3.1 *Définition*

La cataracte est l'opacification progressive du cristallin entraînant une baisse de l'acuité visuelle. L'intervention chirurgicale est le seul traitement envisageable. En l'absence de pathologie oculaire associée, plus de 90 % des patients opérés retrouvent une acuité visuelle de plus de 5/10.

2.3.2 *L'Intervention chirurgicale*

L'intervention est le plus souvent faite sous anesthésie locale grâce à de multiples techniques. La phacoémulsification est une nouvelle technique, qui permet grâce à une sonde à ultrasons munie d'une pompe d'aspiration, de fragmenter le cristallin, l'aspirer et de poser un implant qui corrigera l'aphakie (absence de cristallin).

2.3.3 *Les soins post-opératoires*

Les soins post opératoires sont simples. Dans 95 % des cas, l'œil opéré est indolore et une reprise modérée de l'activité peut se faire dès le lendemain.

La vision s'améliore rapidement et une correction par lunettes peut être envisagée un mois après l'intervention.

En post opératoire, certaines mesures sont nécessaires à observer. Il faut éviter les efforts physiques, surtout ne pas se pencher en avant. Il faut éviter les

¹¹ LEVEQUE, M - Lettre à une jeune infirmière – Balland - p. 88

¹² POSTEL-FERRY, B - Infirmière Magazine - n° 157 - Février 2001

endroits poussiéreux et éviter d'utiliser des machines transmettant des vibrations (perceuses ...).

En terme de soins, il faut tout d'abord se laver les mains avant de toucher l'œil opéré, ne pas le froter. La nuit il est nécessaire de porter une coque oculaire pour éviter de se froter l'œil par réflexe. Ensuite, quelques soins locaux sont à effectuer. Ils consistent en l'instillation de différents collyres, la surveillance de l'état oculaire (rougeurs, écoulement, amélioration de la vision...).

2.3.4 Les Complications

Les complications sont rares. Mais cependant, le patient doit être attentif au moindre signe : baisse de l'acuité visuelle, douleur, rougeur, écoulement. Les complications précoces peuvent être : une infection, un décollement de rétine, un traumatisme de l'œil par le patient lui même, une hypotonie oculaire, une allergie aux collyres.

2.4 L'impact de la pathologie et de l'intervention sur les patients

2.4.1 En période pré opératoire

L'opacification du cristallin, d'installation lente, est à l'origine d'une baisse significative de la vision, entraînant un changement dans le quotidien. Une difficulté pour lire, pour voir les choses petites, pour réaliser des travaux minutieux (broderies, coutures ...). La vision de loin est néanmoins la plus touchée, imposant pour beaucoup de cas, l'arrêt de la conduite. On note également une diplopie, une sensibilité à l'éblouissement (rendant la conduite de nuit quasi impossible), et une altération de la vision des couleurs (feu vert/feu rouge...). Le quotidien est complètement remanié, les sujets devant s'adapter à ces troubles qui s'installent insidieusement sur une longue période (pour ce qui est de la cataracte sénile, la plus fréquente)¹³. Du fait de ces changements, les patients sont souvent obligés de porter des lunettes à forte correction.

2.4.2 En période post opératoire

En post opératoire immédiat, les patients ont une coque à porter environ 5 jours (jour et nuit) pour éviter les traumatismes de l'œil opéré. Le patient peut avoir à porter un pansement pendant trois ou quatre jours après l'intervention pour protéger l'œil

¹³ DUFIER, J.L ; MONIER, S ; DE LABROUHE, C ; TEMAM, S ; THEOLEYRE, B ; RIBEAUDEAU, F – Ori/Stomatologie/Ophthalmologie - Nouveau Cahier de l'infirmière n ° 23 - Masson 2007

(poussières ...). Durant un mois, les patients ont un traitement à poursuivre (instillation de collyres). De plus, étant le plus souvent emmenés à porter une paire de lunettes, ceux-ci devront patienter un mois pour connaître le résultat définitif et envisager une nouvelle paire de lunettes adaptées (souvent, ils n'ont plus besoin de lunettes permanentes). En attendant, du fait que l'œil opéré n'ait plus besoin de correction et que l'œil non opéré, d'habitude corrigé ne le soit plus, la vision peut être trouble (soit jusqu'à l'intervention sur l'autre œil (souvent fait 15 jours après), soit jusqu'à l'obtention d'une nouvelle paire de lunettes).

3 LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

3.1 Relation Soignant / Soigné

3.1.1 Définition

La relation Soignant/Soigné est une relation bilatérale, avec d'un côté un professionnel qui donne un soin et de l'autre, la personne soignée qui reçoit les soins et les informations. Le soigné se connaît, il demande une aide passagère, il sait mieux que quiconque ce qu'il ressent. Le soignant doit de ce fait, être à son écoute. Celle-ci est primordiale pour une prise en charge efficace. A mesure que le soignant et le patient apprennent à se connaître et à travailler en coopération pour résoudre les difficultés, ces rôles et ces tâches se redéfinissent¹⁴. Il existe plusieurs types de relations qui interagissent entre elles, ce sont les composantes de la relation Soignant/Soigné : *la relation de civilité* (relation spontanée, sociale), *la relation fonctionnelle* (permet au soignant de recueillir les informations nécessaires à la prise en charge), *la relation aidante* (soutien face à un besoin, à une demande, source de réconfort et de soutien pour le soigné).

Cependant, la relation Soignant-Soigné peut devenir une relation à trois : le soignant, le soigné, la maladie. Et dans ce cas là, l'adaptation n'est pas seulement dépendante de la dynamique soignant-soigné, mais elle doit prendre en compte l'évolution de la maladie qui ne dépend pas de la volonté de chacun.

¹⁴ COLLECTIF SFAP - Relation d'aide en soins infirmiers - Savoir et pratiques infirmières – MASSON - p28

3.1.2 Interdépendance

Le soignant n'existe pas sans le soigné. L'essence même du métier de soignant c'est de procurer des soins à une personne dans le but de l'accompagner, la soulager dans une période où celle-ci est plus vulnérable.

Lorsque deux personnes sont en relation (comme dans la relation soignant/soigné), elles sont dépendantes l'une de l'autre. Le soignant répond aux demandes du soigné, et adapte sa prise en charge.

3.1.3 Instauration d'une relation : les préalables

L'instauration d'une relation Soignant- Soigné efficace demande au soignant d'avoir des facultés personnelles et professionnelles bien développées. La première est l'écoute active. Celle-ci implique « la faculté d'entendre, ce qui implique une compréhension intellectuelle et affective du soigné ». Le soignant écoute avec sa personne, son passé, ses représentations, ses croyances. Le soignant doit se décentrer de lui-même pour se centrer sur le soigné, ses demandes, ses besoins. La deuxième faculté est la disponibilité du soignant, mais aussi du soigné. Prendre le temps d'écouter et d'être écouté. La Troisième est l'authenticité, dans ce que le soignant dit et renvoie. Mais aussi dans ce que donne à voir et à entendre le soigné. De plus, il faut qu'un climat de confiance s'instaure entre le patient et le soignant. Cela peut prendre du temps, il existe toujours une part d'appréhension à entrer en relation, se confier. Cette confiance doit être présente de part et d'autre de la relation pour permettre une qualité de prise en charge optimale.

3.2 La Communication

3.2.1 La communication verbale et non verbale

Définition de la communication : la communication : c'est l'action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un¹⁵. On peut noter que, pour Virginia Anderson, le besoin de communiquer est un des 14 besoins fondamentaux. Une logique de la communication est l'ouvrage de base de l'« approche systémique » en psychologie de la communication. Le postulat central de cette conception est qu'il

¹⁵ HACHETTE - Le dictionnaire de notre temps 1991 - p. 317

faut toujours envisager l'individu, non comme un être isolé, mais comme un maillon d'une chaîne, d'un « système » de communication.

Communication Verbale¹⁶ : La communication est très souvent réduite au langage verbal : la parole et l'écriture. La communication est un ensemble indissociable. Il faut associer toutes les pièces du puzzle, mais il faut préalablement s'assurer que l'information a bien été comprise.

Communication non Verbale¹⁷:

Le regard : le regard du soigné en dit parfois plus long que des mots, qui sont souvent difficiles à exprimer (douleur, angoisse, peur, inquiétude, joie, plaisir).

Le toucher : le soigné a besoin du contact du corps du soignant. C'est au cours des soins journaliers que le malade va tester les sentiments du soignant et par cet intermédiaire faire le point sur ce qu'il vit.

L'odorat et le goût sont des moyens d'établir un contact avec l'environnement.

L'écoute est une notion différente du mot « entendre » qui ne met en jeu que l'ouïe. L'écoute implique un effort d'attention et de compréhension.

On constate donc que le langage non verbal est très vaste : mimiques, gestes, attitudes corporelles, signes, cris, gémissements, pleurs, rires, silence, modulation de la voix, sont autant de moyens d'expression différents qui permettent de traduire de manière partielle, consciemment ou inconsciemment, nos sentiments.

3.3 Relation d'aide

3.3.1 *Définition selon C. Rogers*

Selon Carl Rogers, la relation d'aide est un soin relationnel. On peut la définir par la capacité de l'infirmière à amener toute personne en difficulté à mobiliser ses ressources personnelles pour mieux vivre une situation difficile.

Ses interventions ont pour but de :

¹⁶ **WATZLAWICK, P ; HELMICK BEAVIN, J ; DON. D. JACKSON** - Une logique de la communication – Edition du Seuil - 1967

¹⁷ Ibid.

- rassurer le patient, diminuer sa peur et son anxiété face à la maladie et au traitement,
- l'aider à se sentir mieux dans sa peau, plus épanoui et plus heureux.
- l'aider à voir un peu plus clairement sa propre situation, à prendre certaines décisions, à trouver un sens réel à sa vie,
- l'aider à accepter une situation difficile, une maladie sérieuse, une modification de son schéma corporel, une perte ou un deuil important,
-

3.3.2 Texte législatif

La relation d'aide est définie par l'article R 43 11-5 du décret de compétences infirmiers. L'infirmière a pour compétence « d'aider la personne et de la soutenir psychologiquement »¹⁸ sans oublier que c'est à la personne soignée de trouver la ou les solutions.

3.3.3 Les compétences Infirmières¹⁹

L'instauration d'une relation d'aide demande au soignant des compétences : être centrée sur le patient, ici et maintenant, dans une relation qui se construit au fur et à mesure. Pour cela, l'infirmière doit avoir certaines valeurs :

- L'empathie, il s'agit de la capacité de l'infirmière de se centrer sur l'autre, d'emprunter ses sentiments pour mieux les comprendre, tout en restant consciente que ces sentiments appartiennent à l'autre. « Faire comme-si. »
- La considération positive, il s'agit d'une conduite d'accueil, d'intérêt et de non-jugement pour accepter l'autre tel qu'il est, avec des sensations négatives (peurs, douleurs) aussi bien qu'avec des sentiments positifs et confiants. C'est avoir confiance en l'autre, en ses capacités, sans porter le patient ni le rendre dépendant, sans recherche de gratification personnelle, mais en l'aidant à se reprendre en charge.
- La congruence, c'est la capacité à prendre conscience de ce qui se passe dans une relation. Etre congruent, c'est être en accord avec soi même, ne pas mentir dans ce que l'on donne à l'autre.

¹⁸ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 - Article R 4311-5, alinéa 40 - Code de la santé publique.

¹⁹ BOUCAU, J.R ; CANDEAU, G - La relation d'aide - Cours du 9.06.2010.

Ces compétences sont complétées par les Attitudes de Porter qui permettent d'établir et maintenir une relation d'aide optimale²⁰. L'interprétation, l'évaluation, le soutien, l'investigation, la suggestion, la compréhension....

4 Démarche éducative

4.1 Définition

Une démarche éducative peut être réalisée pour une maladie aiguë, ainsi lors d'un besoin immédiat et à court terme. Le terme de démarche fait référence à un travail construit, élaboré, et structuré.

4.2 Les buts

Cette démarche a donc pour but de sensibiliser le patient à des soins, des techniques, des actes qu'il va ensuite devoir réaliser seul de façon optimale à court, ou moyen terme. Cette démarche va permettre d'autonomiser le patient face à la prise en charge de sa maladie, des soins associés. En post opératoire, cette démarche a tout son intérêt. Elle a pour but de prévenir les complications par un apprentissage des soins à réaliser, des techniques à observer, des signes cliniques à dépister.

Il est nécessaire que le patient soit en accord avec cette démarche et que le professionnel obtienne l'adhésion quasi complète du patient et sa participation pour optimiser la réussite de cette démarche. Il est nécessaire aussi d'avoir une collaboration dans l'équipe pour qu'il y ait un partage d'informations qui pourrait être très important pour la prise en charge, et de ce fait assurer la cohérence des interventions de la démarche éducative et garantir la continuité de cette démarche.

4.3 Les Etapes

Cette démarche éducative est faite de plusieurs étapes, à plus ou moins long terme. En soins infirmier, elle se compose de sept étapes²¹ :

²⁰ Ibid.

²¹ **ROQUES, D ; RICHARD, C ; PILLIEN, C** - Démarche éducative - Module soins infirmiers - Cours de Septembre 2009.

- Identification des besoins : recueil d'informations réalisée grâce à un entretien, de l'écoute et observation de la situation.
- Diagnostic éducatif : Analyse du recueil d'information pour mettre en exergue les besoins d'acquisition, de compétences d'auto-soins pour le patient.
- Contrat éducatif : Permet de mettre par écrit les objectifs éducatifs. Il s'agit d'une entente ECRITE entre le patient et l'équipe soignante : c'est un contrat d'éducation
- Choix des moyens et contenu éducatif : permet de poser les stratégies d'interventions (séances seules, collectives, en auto apprentissage) les moyens utilisés (supports, interventions, type de séances : démonstration, reproduction, apprentissage par l'erreur et explication ou mise en situation...)
- Mise en œuvre : Programmation et réalisation de l'action selon l'item précédent.
- Evaluation : Avec le patient, évaluation de l'atteinte des objectifs. Peut être faite immédiatement après la mise en œuvre, ou a posteriori, selon le besoin, le nombre d'objectifs, et leurs complexités.
- Réajustement si besoin : Si l'atteinte des objectifs n'est pas optimale, il est nécessaire de réajuster soit en changeant de moyens soit par le biais d'explications et si cela ne suffit pas la richesse de l'équipe pluridisciplinaire permettra de changer d'acteur du côté du professionnel pour que les objectifs soient atteints.

4.4 L'infirmière et la démarche éducative

4.4.1 Textes législatifs

Les Normes professionnelles, Soins infirmiers : normes de qualité. La sortie de la personne soignée

Norme 1- la continuité des soins en vue de la sortie

L'infirmière participe à l'organisation de la continuité des soins en vue de la sortie.

L'infirmière :

- Evalue les capacités [...] de la personne soignée et des proches pour poursuivre les soins après la sortie.

- Vérifie que la personne soignée et ses proches disposent de toutes les informations et documents nécessaires pour poursuivre les soins après la sortie.

Code de Santé Publique Livre III Auxiliaires médicaux. Titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière Chapitre 1er : Exercice de la profession Section 1 : Actes professionnels

Article R 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière 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 et infirmières 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 R 4311-2

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.

4.4.2 Les Compétences nécessaires pour mettre en place la démarche éducative

Cette démarche éducative ne peut se faire que grâce à des compétences de la part du professionnel : compétences relationnelles, compétences pédagogiques et

d'animation, compétences méthodologiques et organisationnelles, des Savoirs, et des Savoirs faire.

4.5 Les contraintes de la démarche éducative en soin Ambulatoire

La contrainte principale de la démarche éducative est d'abord au niveau du temps pour la mise en œuvre. Pour pouvoir réaliser la démarche dans sa globalité (les sept étapes), il est nécessaire de pouvoir prendre le temps, surtout dans la phase première d'identification des besoins. En ambulatoire par exemple, le temps est limité, les patients étant hospitalisés moins de 12h pour la plupart, ce qui peut rendre la réalisation de la démarche éducative difficile.

La seconde est certainement le manque de moyens pour mettre en œuvre la démarche de façon créative et adaptée à chaque personne. Chaque service ne dispose pas de support, de matériel, qui plus est en ambulatoire où les spécialités sont diverses. On peut associer à cette limite, le manque de personnel au sein des services qui ne permet pas de pouvoir prendre le temps de mener à bien une démarche éducative idéale.

La troisième que l'on puisse rencontrer est le manque de formation du soignant pour réaliser cette démarche. Il existe soit un défaut de connaissances au niveau des différentes étapes, soit vis à vis des soins à réaliser en lien avec la pathologie.

La quatrième contrainte qui peut se comprendre est la diversité des spécificités dans les services de soins. Que ce soit en médecine, ou en chirurgie, souvent plusieurs spécialités sont représentées au sein d'un même service. En chirurgie ambulatoire par exemple, nous pouvons trouver de la chirurgie ophtalmologique, de la chirurgie maxillo-faciale, ou même de la chirurgie réparatrice ; de ce fait, les soignants ne sont pas spécialisés (comme dans les services de chirurgie cardiaque ou d'orthopédie par exemple) et effectuent des éducations dans tous les domaines, ce qui pourrait laisser penser qu'elles ne sont pas complètes et optimales pour l'ensemble des patients.

PHASE D'ANALYSE

Dans cette partie, nous allons tenter de donner du sens à la situation de départ en mettant en lien les éléments de la phase théorique développée au préalable, et ceux de celle que voici, afin d'en dégager des hypothèses explicatives.

En premier lieu, rappelons le constat de départ :

« En service de chirurgie ambulatoire, certaines personnes opérées de la cataracte, ne bénéficient pas lors de leur hospitalisation d'une démarche éducative en post opératoire immédiat faite par une infirmière vis-à-vis des soins temporaires à réaliser au retour à domicile ».

Commençons l'analyse par un point qui semble primordial : la situation se déroule en service de chirurgie ambulatoire. Ce service a un fonctionnement particulier. Dans la situation, Mme T. est entrée le matin même de l'intervention dans le service, elle s'est faite opérer en suivant et a pu sortir en début d'après midi. Ce temps d'hospitalisation est très court, cela peut donc être un frein à la mise en place d'une démarche éducative complète qui comprend une phase terminale d'évaluation des pratiques et de réajustement. Le manque de temps apparaît comme étant la première barrière à cette démarche.

De plus, en unité ambulatoire comme en service de chirurgie traditionnelle, un temps pour chaque période d'hospitalisation est à respecter. La période pré opératoire est un pilier essentiel pour une prise en charge optimale. En chirurgie ambulatoire, le but est d'échelonner l'arrivée des patients afin qu'ils entrent dans le service peu de temps avant leur intervention, ce qui réduit également le temps d'accueil des patients. C'est à ce moment là que sont évaluées les capacités des patients et c'est aussi à ce moment là que sont repris des éléments essentiels sur l'intervention, sur les suites opératoires et le retour à domicile. Nous pouvons observer que dans le cas de Mme T. à son arrivée, un bilan succinct a été réalisé sur ses connaissances, et sur les informations que le médecin avait pu lui donner. De ce fait, l'infirmière à la fin de l'entretien, a pu transmettre son message. Cependant, elle n'a pas évalué si Mme T avait bien compris les informations, et si elle avait réalisé en quoi consistaient exactement les soins.

Nous pouvons penser qu'en pré opératoire, il n'est pas nécessaire de surcharger les patients d'informations, ce qui me semble tout à fait judicieux. De plus comme je l'ai expliqué précédemment, l'hospitalisation se faisant dans un délai très réduit, le

temps dont l'infirmière dispose pour chaque patient se voit considérablement écourté. Dans ce cas, le soignant peut alors remettre l'information au post opératoire.

De plus, les patients ayant eu une anesthésie, qu'elle soit locale ou générale, dès lors qu'il y a eu une prémédication d'anxiolytique, n'ont pas assurément toutes leurs facultés cognitives pour recevoir des informations importantes à ce moment. Il est donc nécessaire de faire l'entretien de sortie avec le proche accompagnant pour que les informations soient entendues et comprises. Dans le cas de Mme T, celle-ci a bénéficié d'une reprise d'informations succincte en pré opératoire, mais elles n'ont pas été reprises en post opératoire. Du fait que l'infirmière ait pu échanger rapidement en pré opératoire, l'information n'a pas été renouvelée en post opératoire, ce qui peut faire défaut à la patiente pour la réalisation des soins.

Nous pouvons voir que dans la situation décrite, le service de chirurgie ambulatoire est pluridisciplinaire. On y pratique des interventions de chirurgie maxillo-faciale, de chirurgie ORL, de chirurgie plastique et réparatrice et de chirurgie Ophtalmique. Nous pouvons donc penser que la pluridisciplinarité entraîne une non spécialisation des infirmières pour une spécialité donnée (une infirmière en service d'orthopédie sera une experte dans ce domaine et pourra voir des limites à son savoir en neurochirurgie par exemple). De ce fait, l'instauration d'une démarche éducative peut s'avérer compliquée, et difficile dès lors que les limites du soignant sont atteintes. Nous pouvons ajouter à cela le fait que Mme T ait été prise en charge par des personnes différentes. Elle a été accueillie par une infirmière et sa sortie a été faite par une autre infirmière. De ce fait, l'infirmière de sortie ne sait pas ce qu'a expliqué l'infirmière d'accueil, ce qui peut multiplier les discours ou bien, par souci de ne pas se répéter, la non transmission des informations nécessaires pour effectuer les soins post opératoire à domicile.

Dans notre situation, il me semble aussi important de prendre en compte l'âge de Mme T. En considérant les conséquences physiologiques de l'âge, nous pourrions penser que Mme T. présente des limites de compréhension liées à une pathologie neurologique, tel que la maladie d'Alzheimer, ou alors des limites motrices liées à un vieillissement des os. Il semble donc important de souligner qu'il est nécessaire d'utiliser les ressources familiales de la personne. A défaut d'expliquer les soins à Mme T seulement, ceux-ci auraient pu être expliqués en compagnie de sa fille.

Celle-ci aurait eu les consignes pour effectuer les soins elle même à postériori ou les réexpliquer à un autre moment à sa mère et l'accompagner dans la réalisation.

Une autre limite à l'instauration d'une démarche éducative dans ce type de service est l'aspect financier. Il est important de souligner que certains services ont des crédits alloués pour pouvoir mettre en œuvre la démarche éducative. Ils s'en servent pour acheter du matériel, payer des formations aux soignants... Or, les services de chirurgie ambulatoire ne bénéficient pas de cette allocation, la démarche éducative étant faite au sein de services plus traditionnels.

Mme T est venue dans le service pour se faire opérer de la cataracte. Cette intervention est très courante, et est devenue très rapide - trente minutes maximum - sous anesthésie locale. Ce qui engendre très peu de complications. Cependant, des complications peuvent être entraînées par un défaut de soin post opératoire. Dans ce service, environ dix interventions de la cataracte sont réalisées par jour. On peut émettre l'hypothèse qu'il y a une banalisation de l'intervention et des soins qui y sont associés par les soignants, ce qui entraîne une rapide information sur les soins, sans insister, sans faire les rappels de bases, qui pour le soignant font partie du quotidien : comment mettre des gouttes oculaires, comment se laver les mains, respecter l'ordre d'instillation des collyres...

Maintenant centrons-nous sur la relation entre la patiente et l'infirmière. Il est nécessaire d'instaurer une relation de base qui va permettre des échanges. Elle est définie par des préalables : l'écoute active. Dans le cas de Mme T., l'infirmière qui a fait l'accueil voulait recueillir des informations précises nécessaires pour la prise en charge au bloc opératoire. De ce fait, elle n'était pas à l'écoute de Mme T. mais dans sa dynamique. La relation était alors incomplète et unilatérale.

Par conséquent, la communication est devenue unilatérale. Même si Mme T. a tenté de répondre aux questions de l'infirmière, il semble que la communication établie ne soit pas adéquate.

Un des autres préalables à l'instauration d'une relation soignant/soigné efficace est la disponibilité du soignant mais aussi du soigné. Le soignant doit en l'espace d'une heure accueillir une dizaine de patients, il se peut qu'il ne soit pas très disponible intellectuellement (l'infirmière pense à la prémédication du patient précédent, à l'arrivée du suivant, les départs au bloc, les retours de bloc ...). Ici dans la situation, Mme T a eu son bloc à 9h00. Elle est arrivée dans le service à 8h comme 8 autres

patients. On peut donc penser que l'infirmière n'était pas complètement disponible pour Mme T. Quand à la disponibilité du soigné, il se peut qu'avec le stress, et l'appréhension liée à l'intervention, le soigné ne soit pas réceptif et disponible. Par conséquent, il faudra adapter notre intervention et peut être répéter les informations. Un des derniers préalables à la relation soignant/soigné est l'installation d'un climat de confiance. Pour instaurer ce climat, il faut du temps. Ce qui, en chirurgie ambulatoire n'est pas possible. En moyenne, le patient reste 8h dans le service, de ce fait, il est compliqué d'instaurer un réel climat de confiance. Nous pouvons donc comprendre que dans la situation de Mme T. la relation soignant/soigné a été quelque peu avortée. Elle a été mise en place mais de façon unilatérale par l'infirmière.

A l'intérieur de la relation soignant/soigné se développe la relation d'aide. Selon le modèle de Carl Rogers, l'infirmière tente d'amener toute personne en difficulté à mobiliser ses ressources personnelles pour mieux vivre une situation difficile. Cette relation d'aide demande aussi des compétences. Ces compétences nécessitent du temps pour s'installer, et demandent aussi une formation particulière. Ainsi, nous pouvons dire que la formation de l'infirmière à cette technique est primordiale. Dans la situation de Mme T. nous ne savons pas si l'infirmière a eu accès à une formation sur l'instauration de cette relation. Si ce n'est pas le cas, nous pouvons comprendre que l'infirmière n'instaure pas avec Mme T. de relation d'aide.

Jusqu'à présent, nous avons envisagé les obstacles à l'instauration de la démarche éducative dans le cas de Mme T.

Maintenant, voyons ce qui au sein même de la démarche éducative pose des limites à son instauration en chirurgie ambulatoire.

En premier lieu, rappelons-nous que la démarche éducative comporte sept étapes. La première étape est l'identification des besoins. Dans le cas de Mme T. l'infirmière n'a pas identifié les besoins, elle a anticipé en faisant un bref résumé des soins post opératoire. La seconde étape est l'analyse du recueil d'informations. Cette étape a pu être réalisée par l'infirmière car à l'accueil de Mme T., un recueil de données indispensable a été établi pour la suite de la prise en charge. La troisième étape est un contrat éducatif. Etant donné que l'étape 1 n'a pas été réalisée, il semble évident que les autres étapes soient empêchées. Néanmoins, nous pouvons continuer de décliner les étapes pour prouver que cette démarche est très complexe à mettre en place en chirurgie ambulatoire. L'étape 3 est un contrat écrit, or les

patients restent peu de temps. Il paraît donc irréaliste de poser des objectifs sur papier. La quatrième étape est le choix des supports et le moyen : les moyens financiers et matériels sont très restreints à ce niveau dans ces services. Il faut de la sorte, faire preuve de créativité. La cinquième étape est la mise en œuvre, la sixième est l'évaluation, et la septième est le réajustement si besoin. Ces trois étapes nécessitent du temps, du recul et une disponibilité intellectuelle des soignants et du soigné.

Toutes ces raisons nous amènent en toute logique à nous demander si la démarche éducative a sa place en chirurgie ambulatoire. Cette démarche semble faire face à de nombreux obstacles difficiles à contourner.

Pour résumer, le temps en est le premier. L'infirmière n'en dispose pas suffisamment pour l'analyse de la situation et la mise en œuvre. Le second obstacle, qui a toute son importance, est la diversité des populations et des prises en charge. Le service accueille de nombreuses personnes dont l'âge varie de 1 mois à 90 ans. De plus, étant donné que le service est pluridisciplinaire, le nombre de pathologies rencontrées est multiplié. Le troisième est d'ordre économique. Les services n'ont pas les moyens financiers pour intégrer cette démarche, ainsi que pour former son personnel à sa mise en œuvre. Le quatrième et dernier, prend forme sous la banalisation des soins par l'infirmière. Elle répète ces actions tous les jours, ce qui peut l'amener à trouver cela simple et à banaliser ces soins par habitude.

Il semble donc être nécessaire de faire la distinction entre EDUCATION THERAPEUTIQUE et INFORMATION. L'information : action d'informer. Informer signifie : action d'avertir, d'instruire, de donner des informations.

Cette information peut être orale ou écrite, et doit commencer en pré opératoire et être reprise en post opératoire avec le patient et son accompagnant si le patient a une compréhension altérée. Par conséquent, le temps imparti suffira pour nous permettre d'effectuer cette information. Et au niveau économique, cette information me paraît plus abordable et moins contraignante.

De cette analyse, retenons des causes qui expliquent pourquoi la situation s'est déroulée ainsi et de ce fait, des conséquences plus ou moins graves qui en ont découlés :

LES CAUSES:

- *Le manque de temps* dont dispose l'infirmière pour instaurer la relation et la démarche éducative
- *La durée d'hospitalisation*
- *La banalisation de l'intervention et des soins post opératoires de la part de l'infirmière et des patients*
- *Le manque d'écoute active*, induit par le fait que l'infirmière pense au déroulement de sa matinée, à l'enchaînement des soins...
- *La non prise en compte du NON-VERBAL* de la part de l'infirmière
- *La non évaluation des ressources et des capacités* de la personne soignée par un recueil de données approfondis
- *Le manque de moyens* : financiers et/ou matériels
- *Les limites de compréhension induites par la personne elle même*

LES CONSEQUENCES :

- *Le non respect de la prise en charge thérapeutique*
 - les divers collyres, les posologies, les temps de prise
- *De possibles complications liées aux notions d'hygiène non respectées*
 - infections
 - traumatismes
- *La non compréhension du déroulement de la suite post opératoire à moyen et long terme et de ce fait une banalisation*

De ces causes et conséquences, nous pouvons en conclure les diagnostics de situation suivants :

- Risque de complications post opératoire lié au non respect des règles d'hygiènes

- Risque de prise en charge non efficace du programme thérapeutique lié à la non explication des soins post opératoires à réaliser
- Incapacité à effectuer les soins post opératoire seul lié aux troubles de la vision (coque, absence de lunette), et lié à des difficultés de préhension fine induites par l'âge.
- Banalisation de l'intervention et des suites opératoires par l'infirmière liée à la récurrence de cette intervention, et au temps de prise en charge souvent inférieur à 6h.
- Incapacité à expliquer les soins post opératoires de façon complète et rapide liée au manque de temps dont l'infirmière dispose et au manque de moyens matériels sur lesquels l'infirmière pourrait s'appuyer pour informer son patient.
- Manque de disponibilités de l'infirmière lié à la prise en charge simultanée (préparation pré opératoire) de plusieurs patients arrivés au même moment.

Au vu de ces diagnostics de situation, je m'attacherai à développer lors de ma soutenance orale le diagnostic mettant en exergue le manque de moyens matériels pour l'infirmière en service de chirurgie ambulatoire.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'étude a vu le jour au moment même où la pratique soignante met en exergue « l'éducation thérapeutique ». Grâce à l'analyse menée tout au long de ce mémoire, j'ai tenté de démontrer qu'il s'agissait **d'une information** et non **d'une éducation thérapeutique**, qui semble beaucoup plus adaptée pour une pathologie chronique. Cependant il me paraît intéressant de faire le lien entre les deux. L'éducation thérapeutique prend un essor considérable et pour preuve, dans le nouveau référentiel de formation en soins infirmiers, il existe une compétence entièrement consacrée à l'éducation thérapeutique (compétence n°5, semestre 4, 40h de TD, 60h de TP) : « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ».

Grâce à ce travail, j'ai réalisé que nous pensons souvent être au point avec nos pratiques, mais nous n'approfondissons pas assez. Il est vrai qu'il est plus que nécessaire d'approfondir nos demandes, nos moments d'informations faits auprès des patients. Nous sommes aujourd'hui face à de nombreux obstacles tels que les temps courts d'hospitalisation, le nombre de patient pris en charge, le manque de personnel et le manque de moyens. Mais il est de notre devoir de nous assurer de la prise en charge optimale de nos patients.

Le temps est un outil que nous avons peu en service et surtout en service de chirurgie ambulatoire ; seulement il s'avère nécessaire pour prendre en charge notre patient le mieux possible. Informer un patient de façon complète et s'assurer de la compréhension du message requiert de notre soin. Ce moment doit faire partie de notre organisation. En ne le faisant pas, nous ne pouvons pas garantir que notre patient mettra en œuvre les conseils donnés et qu'il pratiquera au mieux les soins post opératoire. De ce fait la qualité des interventions et des soins ne sera plus garantie.

BIBLIOGRAPHIE

✓ Ouvrages

LEYRELOUP, A.-M ; DIGONNET, E - *Pratique de l'entretien infirmier : pour une première approche* - MASSON - 2000

HAS, INPES - *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques* - Guide méthodologique – 2007 - p.11

BOUCART, M ; HENAFF, M.A ; BELIN, C - *Aspects perceptifs et cognitifs* – Neuropsychologie - Solal p. 303

LEVEQUE, M - *Lettre à une jeune infirmière* – Balland - p. 88

POSTEL-FERRY, B - *Infirmière Magazine* - n° 157 - Février 2001

✓ Ouvrages collectifs

DUFIER, J.L ; MONIER, S ; DE LABROUHE, C ; TEMAM, S ; THEOLEYRE, B ; RIBEAUDEAU, F – *Orl/Stomatologie/Ophthalmologie* - Nouveau Cahier de l'infirmière n° 23 - Masson 2007

WATZLAWICK, P ; HELMICK BEAVIN, J ; DON. D. JACKSON - *Une logique de la communication* – Edition du Seuil - 1967

✓ Collectif d'auteurs

COLLECTIF SFAP - *Relation d'aide en soins infirmiers* - Savoir et pratiques infirmières – MASSON - p28

✓ Texte législatif

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 - Article L4311-1 - Code de la santé publique.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 - Article R4311-3 - Code de la Santé publique.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 - Article R 4311-5, alinéa 40 - Code de la santé publique.

✓ Enseignement

ROQUES, D ; RICHARD, C ; PILLIEN, C - *Démarche éducative* - Module soins infirmiers - Cours de Septembre 2009.

BOUCAU, J.R ; CANDEAU, G - *La relation d'aide* - Cours du 9.06.2010.

✓ Internet

ifsi.lemans.free.fr/si_post_op.doc - Consulté le 14 Aout 2010.

www.legifrance.gouv.fr - Consulté le 14 Aout 2010.

www.ophtalmologie-paris.org/maladie.htm - Consulté le 15 Aout 2010.

✓ Dictionnaire

LE QUILLET

HACHETTE - *Le dictionnaire de notre temps 1991-* p. 317

ANNEXES



GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques

Juin 2007



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DG5/SD1Q/SD1C/SD4A0006/03 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3 L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5 Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6 Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



8 La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

RESUME

Les soins sont généralement répartis en 2 catégories : soins techniques et soins relationnels. Mais il existe un soin qui fait le lien entre ces deux catégories : l'information. L'information au patient me semble importante avant tout acte, décision, évolution de prise en charge ou retour à domicile ...

Cette dernière permet de rassurer le patient, finaliser la relation de soin, expliquer des soins post opératoires à réaliser, et le retour à domicile. Cela dit, l'infirmière ne dispose pas systématiquement de temps suffisant pour effectuer cette information. Aujourd'hui, la politique de santé se veut réductrice au niveau des temps d'hospitalisation, de ce fait, il est difficile de passer du temps à éduquer un patient pour des soins post opératoire qu'il devra réaliser à domicile. Il me semble important de parler de ce sujet, notamment en service de chirurgie ambulatoire qui est un service spécifique au niveau des interventions. Au fil de mon travail, j'ai tenté d'expliquer pourquoi l'infirmière n'a pas informé de façon optimale le patient, et ce qui pouvait en découler.

Informé le patient et s'assurer de la compréhension du message requiert de notre soin. Ce moment doit faire partie de l'organisation des soins de l'infirmière. En ne le faisant pas, nous ne pouvons garantir que notre patient mettra en œuvre les conseils donnés et qu'il pratiquera au mieux les soins post opératoire.

MOTS CLES

CHIRURGIE AMBULATOIRE - INFORMATION - SOINS POST OPERATOIRE