



DR

Mélanie Pessel

Cadre de santé, service de diabétologie, CH Sud Francilien de Corbeil (Essonne)

Passer d'une logique de soins à une logique soignante n'est pas chose aisée. L'équipe de Corbeil a travaillé sur la posture éducative tout au long de la prise en charge autour de l'accueil du patient diabétique, hospitalisé pour déséquilibre en hôpital de semaine. Retour d'expérience.

D'une logique de soins à une logique soignante

Qu'entendons-nous par soigner ? Faire des soins, être dans la réalisation d'actes définis par nos règles professionnelles ? Prendre soin d'une personne, être dans une démarche tendant à prendre en compte la globalité de la situation ? Au-delà du sens donné au soin, nous pouvons même nous interroger sur qui soigne. Le médecin, qui diagnostique et prescrit des soins ? L'infirmier, qui réalise ces soins prescrits ? L'aide-soignant, qui collabore sur les soins relevant du rôle propre de l'infirmier ?

Selon Walter Hesbeen, « si le soin infirmier s'inscrit dans le soin, il n'est cependant pas à confondre avec celui-ci. L'attention portée à l'autre – le soin – concerne tous les professionnels

de la santé, quel que soit leur métier spécifique [...] qui ont pour mission de s'inscrire dans la même perspective professionnelle, celle de prendre soin des personnes, de leur venir en aide, de contribuer à leur bien-être en utilisant les compétences et caractéristiques propres à l'exercice de leur métier »⁽¹⁾.

Ainsi, le professionnel pour qui soigner correspond préférentiellement à la réalisation de soins suivra une « logique de soins fondée sur une relation fonctionnelle et centrée sur les actes de soins »⁽²⁾. Celui qui tend à prendre soin d'une personne en tenant compte de la globalité de sa situation suivra « une logique soignante qui vise le bien d'un humain singulier et qui, dès lors,

NOTES

(1) Hesbeen W., *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, édition Masson, p.43.

(2) Hesbeen W., *Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin : penser une éthique du quotidien des soins*, édition Elsevier Masson, juin 2011, p.12.

requiert une relation singulière de soin »⁽³⁾.

Comment alors suivre cette logique soignante dans un service hospitalier où l'organisation repose prioritairement sur la réalisation de soins ? Quelle démarche mettre en place par l'ensemble de l'équipe afin d'intégrer cette posture soignante pendant les soins ?

UNE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE STRUCTURÉE

L'éducation thérapeutique du patient s'est structurée dès le milieu des années 1980 dans le service de diabétologie au Centre hospitalier Sud francilien de Corbeil (Essonne). Neuf programmes "diabète" ont été autorisés par l'Agence régionale de santé (ARS) en 2010. Avant 2012, le service d'hospitalisation en endocrinodiabétologie comportait 38 lits répartis sur deux unités fonctionnelles de 20 et 18 lits. Après le déménagement sur un nouveau site, la capacité d'hospitalisation s'est modifiée en 34 lits répartis sur deux unités fonctionnelles : un service d'hospitalisation conventionnelle de 28 lits, et un hôpital de semaine de 6 lits dédié à être une structure éducative.

Première organisation

Elle était dispensée suivant deux des programmes déposés en 2010 à l'ARS et réalisée par l'équipe médicale d'hospitalisation conventionnelle, les infirmières d'éducation thérapeutique, les diététiciennes, une kinésithérapeute et une psychologue.

► Déroulement

Le patient était convoqué en hôpital de semaine le lundi à 8 heures, à jeûn. La préadmission était

nécessaire en amont de l'hospitalisation pour des raisons pratiques : enregistrement du patient afin de rendre possible la prescription informatisée, éditer les étiquettes, etc.

À l'arrivée du patient, l'accueil se faisait par une infirmière d'hospitalisation qui l'installait dans sa chambre et réalisait les formalités d'entrée : bilan sanguin, recueil de données, poids, vérification du lecteur de glycémie, distribution du petit déjeuner, glycémie et injection d'insuline, injection d'insuline compensatrice, administration du traitement personnel. Puis le patient redescendait vers l'accueil au rez-de-chaussée afin de valider l'admission administrative. L'infirmière et l'aide-soignante de l'équipe d'éducation thérapeutique arrivaient dans le service à partir de 9h30, le patient n'étant pas disponible avant. La diététicienne faisait un recueil et une enquête alimentaire systématique à tous les patients. Le médecin voyait aussi chaque patient avec l'interne. Si le patient venait pour une mise sous pompe à insuline, celle-ci nécessitant une prise en charge par un prestataire à domicile, il rencontrait l'infirmier référent pour démonstration et mise en place de la pompe.

► Attendus

L'organisation n'apportait pas satisfaction aux différents intervenants qui avaient l'impression de faire des soins en série, de questionner sur différents sujets, de ne pas disposer de temps calme. Pour le patient, cette matinée était également très chargée, différentes personnes se succédaient... Il ne savait plus qui était qui, qui faisait quoi. Il avait l'impression que les actes médicaux et paramédicaux se

répétaient. Le lundi midi, un staff entre médecin, IDE d'éducation et diététicienne avait lieu afin de proposer, en fonction du profil du patient, un des deux programmes existants : "l'initiation à l'insulinothérapie fonctionnelle" ou le programme intitulé "patient diabétique de type 2" qui correspondait plutôt à un schéma thérapeutique d'insulinothérapie à doses fixes. Ensuite, du lundi après-midi au vendredi, les deux programmes, avec des ateliers fixes, démarraient. Globalement, les patients étaient satisfaits de cette semaine, qu'ils trouvaient chargée et riche en informations diverses.

Nouvelle impulsion

En septembre 2014, sous l'impulsion du Professeur Penfornis, nouveau chef de service, plusieurs rencontres ont eu lieu entre les différents professionnels afin d'améliorer l'organisation de l'accueil du patient. Les résultats attendus étaient l'amélioration de la prise en charge des patients, la participation active et l'implication du patient.

Il est apparu que si chacun a besoin d'informations nécessaires et utiles pour la prise en charge du patient, toutes ne sont pas obligatoirement à recueillir dès le lundi matin. Il est même indispensable de préparer et commencer la prise en charge en amont de l'hospitalisation. En effet, dans le cadre de l'éducation thérapeutique, c'est l'entretien qui est prioritaire. C'est, en fait, le bilan initial partagé dont devrait découler le reste des activités du séjour. Idéalement, il pourrait même être réalisé en amont, par le "prescripteur" de l'hospitalisation, et transmis à l'équipe qui pourrait alors valider avec le

NOTES

(3) *ib. p.12.*



L'équipe du service de diabétologie du Centre hospitalier Sud Francilien à Corbeil.

patient ce bilan partagé, à son arrivée en hôpital de semaine. À partir de cette réflexion, il s'agit d'une recherche de pertinence et d'individualisation de la prise en charge. L'insatisfaction ressentie par l'équipe soignante découlait d'une organisation suivant une logique de soins comme définie antérieurement.

Ainsi, le projet de réorganisation de l'accueil du patient visait à donner du sens à chacun et à laisser de la place pour la parole du patient.

Toute l'équipe mobilisée

Les facteurs clefs de réussite à ce projet reposaient sur l'adhésion de l'ensemble de l'équipe soignante. Mais aussi sur la mise en place de sessions pluridisciplinaires de formation en éducation thérapeutique du patient, qui ont eu lieu à partir du premier semestre 2015. Ces sessions se dérou-

lent sous forme de formation/action. Le thème de la réorganisation de l'accueil en hôpital de semaine a été retenu dans le groupe du premier semestre 2015. En parallèle, l'équipe d'éducation thérapeutique a réalisé un dépliant de présentation de l'éducation thérapeutique à destination des patients, joint à la convocation d'hospitalisation de semaine, ou transmis directement lors des consultations. L'équipe a tout d'abord travaillé sur le contenu et une proposition à mi-étape a circulé auprès de l'ensemble des professionnels et des patients afin d'apporter les modifications souhaitées⁽⁴⁾.

En juillet, la date de mise en place de ce changement d'organisation fut actée. Un courrier de "top départ" a été remis à chaque intervenant. La semaine précédente, un café gourmand fut proposé au service voisin et au ser-

vice de nuit afin de présenter cette réorganisation. Une réorganisation qui souhaite la participation active du patient avec une prise en charge pluridisciplinaire fluide. Il est donc essentiel de maintenir une cohérence de l'ensemble des intervenants.

Démarche éducative

Ainsi, depuis septembre 2015, le patient est accueilli selon la toute nouvelle organisation.

► Le lien en amont

Le médecin propose au patient une hospitalisation au regard de sa problématique :

- besoin d'initiation à la méthode d'insulinothérapie fonctionnelle,
- mise sous pompe à insuline,
- déséquilibre du diabète,
- modification du schéma thérapeutique,
- patient en difficulté,
- adolescent et jeune adulte,
- désir ou début de grossesse.

Une préadmission papier est alors transmise à une secrétaire hospitalière qui établit un premier contact téléphonique avec le patient. Au cours de cet entretien téléphonique, est rediscuté l'objectif d'hospitalisation, puis une date est proposée en fonction du type de diabète et/ou de l'âge. Le dépliant d'informations est envoyé par courrier avec la convocation d'hospitalisation.

Le jeudi précédent, l'infirmière d'hospitalisation de semaine téléphone de nouveau au patient afin de vérifier si l'hospitalisation de semaine est maintenue. C'est l'occasion de réévaluer avec lui ses attentes. Nous notons que déjà, avant l'hospitalisation en elle-même, la démarche éducative est amorcée. Ainsi, comme l'explique Camille Gueguan, « *l'intégration du patient au programme*

NOTES

(4) Haute Autorité de santé, "Élaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers". Recommandations juillet 2008.

devient pertinente car décidée conjointement avec lui. Le patient tire sans doute un meilleur bénéfice du programme s'il participe à la décision d'y adhérer et s'il y trouve du sens par rapport à sa propre situation »⁽⁵⁾.

Le vendredi, le médecin et l'infirmière regardent les dossiers afin de prédéfinir les bilans sanguins à réaliser ou non, ce qui évite au patient de venir à jeûn.

► Admission

Le lundi matin, un premier entretien individuel pour mieux connaître le patient est réalisé soit par l'infirmière d'hospitalisation, l'infirmière d'éducation ou la diététicienne. C'est l'occasion, pour lui, d'avoir un échange privilégié avec un soignant, dans un climat de confiance. L'objectif est qu'il puisse s'exprimer sur ce qui l'amène, le regard qu'il porte sur sa situation, ses attentes, ce qu'il ressent, ses préoccupations, ses angoisses, ses difficultés, ses envies, ses ressources, ses solutions. Afin de bien établir son objectif de sortie, le soignant lui propose de compléter la phrase suivante: « À la sortie, je serai content si... » Une liste des différents thèmes pouvant être abordés en ateliers collectifs est laissée à l'issue de l'examen: autour de la maladie, de la méthode d'insulinothérapie fonctionnelle, de la diététique, de l'autosurveillance, du diabète au quotidien, en voyage... Le patient indique ainsi ceux auxquels il souhaite participer.

► Organisation et priorités

Un staff pluridisciplinaire avec l'ensemble des intervenants, le lundi à 14 heures, permet un bilan partagé pour identifier les besoins. Les souhaits de participation aux

ateliers exprimés par le patient sont pris en compte.

Le professionnel peut alors s'interroger sur le "non-souhait": par exemple, un patient hospitalisé pour déséquilibre du diabète avec plusieurs épisodes d'hypoglycémie qui ne souhaiterait pas participer à l'atelier "hyper hypo". À partir de ce bilan, nous pouvons établir ensemble, avec le patient un plan d'actions personnalisé, afin d'essayer de répondre à ses priorités. Ce plan d'actions personnalisé peut consister à:

- explorer, analyser une difficulté, réfléchir ensemble aux façons de la surmonter;

- acquérir, développer des connaissances, des compétences;
- proposer des expériences, les analyser;
- définir un objectif opérationnel de changement...

Ainsi, chaque semaine, l'équipe soignante adapte les séances, leur contenu, leur forme (individuelle, collective) à la fois au patient mais également au groupe de patients.

► Petit à petit, l'éducation fait son nid

Du lundi après-midi au jeudi, des séances d'éducation ont lieu. Celles-ci sont principalement pro-

Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique intégrée aux soins? (extrait rapport HCSP 2009, p.11)

« Une éducation thérapeutique sera véritablement intégrée aux soins lorsqu'elle présentera les caractéristiques suivantes :

- être permanente, présente tout au long de la chaîne de soins, intégrée à une stratégie globale de prise en charge, régulièrement évaluée et réajustée;
- faire l'objet d'une coordination et d'un partage d'informations entre soignants;
- être accessible à tous les patients, sans obligation d'adhérer à un programme particulier pour en bénéficier;
- être ancrée dans la relation soignant/soigné, faire partie intégrante des activités de tout soignant en étant adaptée au contexte de chaque soin, être fondée sur l'écoute du patient, sur l'adoption par le soignant d'une posture éducative;
- être centrée sur le patient et non sur des contenus d'apprentissage;
- s'appuyer sur une évaluation partagée de la situation, entre patient et soignants, et sur des décisions concertées;
- se construire à partir d'une approche globale de la personne qui prend en compte les besoins, les attentes et les possibilités du patient et de son environnement, dans leurs dimensions physiques, psychologiques, culturelles et sociales;
- être officiellement reconnue et valorisée: mentionnée dans les recommandations professionnelles relatives aux différentes pathologies, financée dans le cadre des pratiques professionnelles et des activités de recherche, enseignée aux professionnels de santé en formation initiale et continue. »

NOTES

(5) Guegan Camille, "Enquête sur la pratique de l'éducation thérapeutique intégrée aux soins auprès de soignants formés"; AFDET, Santé Éducation, n°03, juillet-août-septembre 2014, p.8-12.

posées sous forme d'ateliers collectifs d'environ une heure et permettent au patient de rencontrer d'autres personnes ayant un diabète, et, ensemble, de faire des expériences, de développer des compétences, d'échanger entre eux sur leurs expériences, leurs savoirs, de bénéficier d'un soutien réciproque.

Certains points peuvent être abordés en tête-à-tête avec un soignant. Une personne de leur entourage peut les accompagner. Afin d'essayer de se rapprocher au plus près de la réalité du patient, c'est-à-dire de son environnement et du contexte socio-

économique dans lequel il évolue hors de l'hôpital, les repas sont normaux, sans régime particulier. Les mardi, mercredi et jeudi midi, le déjeuner est servi en salle en mangeant.

Les diététiciennes retirent des barquettes les repas et les présentent sous forme de buffet libre choix. Le patient se sert, évalue lui-même, fait sa propre expérience.

Certains soirs, en fonction de la dynamique du groupe de patients, le dîner peut également se faire en salle à manger avec l'infirmière. Il en est de même tout au long de l'hospitalisation. L'idée

est de proposer au patient d'agir comme il agirait chez lui, seul, dans la même situation, puis d'observer ensemble ce qu'il se passe et de l'amener ainsi à réfléchir à une meilleure stratégie d'adaptation. Le vendredi matin, un bilan entre le patient et un membre de l'équipe a lieu lors d'un entretien pour :

- analyser ensemble le chemin parcouru au cours de la semaine, ce qui va mieux, ce qui n'est pas résolu, ce que le patient envisage de modifier à son retour chez lui...;
- être à l'écoute de ses préoccupations et de ses attentes;

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE COMME APPROCHE GLOBALE

Dès 1996, l'OMS-Europe définit l'éducation thérapeutique du patient comme un « processus continu, intégré dans les soins, et centré sur le patient »⁽¹⁾. En 2002, le Haut Comité de santé publique (HCSP), dans son rapport, précise que, « dans cette approche, c'est la personne dans sa singularité et sa globalité, qui est l'objet d'attention des soignants et non seulement l'organe atteint »⁽²⁾. En 2007, dans le manuel de certification de la Haute Autorité de santé (HAS), nous trouvons la Référence 36.a : « Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient. »⁽³⁾ En parallèle, la HAS propose différents documents pour la mise en œuvre, l'élaboration de programmes ainsi que pour l'évaluation de ceux-ci. Dans le guide méthodologique pour la « structuration d'un programme »⁽⁴⁾, réalisé en lien avec l'INPES⁽⁵⁾, il est précisé dès l'introduction que « cette démarche éducative, qui repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche structurée, accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé »⁽⁶⁾. Le 21 juillet 2009, la loi HPST établit les modalités de mise en place d'éducation thérapeutique du patient atteint de pathologie chronique avec déclaration de programmes structurés autorisés par l'Agence régionale de santé (ARS) et évalué tous les quatre ans par la HAS⁽⁷⁾. En novembre 2009, le HCSP précise qu'en plus d'« être permanente », l'éducation thérapeutique intégrée aux soins se « construit à partir d'une approche globale de la personne »⁽⁸⁾.

Cette démarche d'éducation thérapeutique est de nouveau présente dans le manuel de certification V2010⁽⁹⁾ ainsi que dans la version V2014⁽¹⁰⁾ (critère 23.a). Il est à noter que la continuité et la coordination de la prise en charge des patients (critère 18.a) deviennent une pratique exigible prioritaire. Ainsi, nous voyons qu'en parallèle du cahier des charges nécessaire à l'autorisation d'un programme, cette démarche, lorsqu'elle est centrée sur la relation avec le patient et non sur la transmission, permet une approche globale de celui-ci en tenant compte de la singularité de sa situation. Présente à la fois dans la loi HPST ainsi que dans chaque version des manuels de certification des établissements de santé, il est donc attendu que cette démarche participe à l'amélioration de la qualité de prise en charge du patient, de son bien-être et de l'amélioration de sa qualité de vie.

Notes (1) Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, "Therapeutic patient education - continuing education programmes for health care providers in the field chronic disease", traduit en Français en 1998. - **(2)** Haut Comité de santé publique, "La santé en France 2002", rapport 2002, p.335. - **(3)** Haute Autorité de santé, "Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation", édition 2007, p.134. - **(4)** HAS et INPES, "Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques", 2007, 112 pages. - **(5)** Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. - **(6)** Ib. 7, p.6. - **(7)** Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Titre VI Éducation thérapeutique du patient, articles L.1161-1 à L.1161-3. - **(8)** Haut Comité de santé publique, "L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours", rapport, novembre 2009, p.11. - **(9)** HAS, "Manuel de certification des établissements de santé V2010", juin 2009, 100 pages, p.61. - **(10)** HAS, "Manuel de certification des établissements de santé V2014", janvier 2014, 112 pages, p.70.

• convenir à nouveau de priorités puis d'un nouveau plan d'action personnalisé (nouveaux ateliers collectifs, consultation infirmière, consultation médicale...).

LES BÉNÉFICES

Ainsi, nous pouvons remarquer que, tout au long de la prise en charge, le soignant, quel qu'il soit, est en posture éducative et que la démarche éducative mise en œuvre dans le service se veut participative et centrée sur la personne malade.

Le patient participatif

Chaque patient participe à la construction de son propre programme d'éducation qui est ainsi personnalisé et adapté à ses besoins. Après quelques mois, l'évaluation des patients met en avant l'écoute et la réponse à leurs besoins.

Les soignants satisfaits

Le retour des soignants est globalement satisfaisant : sentiment de travailler ensemble, dans la même direction, avec le même but, satisfaction également d'avoir un retour des patients. Au début, des difficultés à trouver sa place, son rôle, étaient pointées. Mais cela s'amenuise avec le temps, notamment par le sens trouvé dans la prise en charge. Tout ceci contribue à une pratique soignante de qualité qui, selon Walter Hesbeen, « prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources

diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoignent des talents de ceux-ci »⁽⁶⁾.

Un seul programme pour toutes les prises en charge

Lors de la demande de renouvellement quadriennale d'autorisation de programme auprès de l'ARS, il a été décidé de ne pas reconduire les neuf programmes mais de faire une nouvelle demande d'autorisation d'un

“L'enjeu est de garantir aux patients l'offre de soins la plus adaptée à leurs besoins et la plus pertinente possible”

seul programme incluant toutes les prises en soins éducatives pour les personnes ayant un diabète et pour leurs proches. Il s'agit d'un changement de posture, voire de culture : se centrer sur la relation au patient, l'écouter et adapter sa prise en charge en fonction de la singularité de la situation, et non faire des soins ou des actes que le soignant pense “bons” pour le patient. C'est pourquoi, comme précisé dans les recommandations émises par l'HCSP de 2009 (lire

l'encadré p.), ceci ne peut se réaliser qu'avec une formation. Les sessions de formation se poursuivent donc au sein du service : en 2016, auront bénéficié de la formation certifiante de 40 heures :

- l'ensemble des médecins, cadres, infirmières et diététiciennes intervenant auprès du patient, certaines ayant même un diplôme universitaire en éducation thérapeutique,
- cinq aides-soignantes,
- deux secrétaires,
- la psychologue,
- la kinésithérapeute.

CONCLUSION

Afin de poursuivre vers cette éducation thérapeutique intégrée, se met en place, depuis mars, en hospitalisation conventionnelle un entretien le lendemain de l'entrée du patient afin d'évaluer ses ressources, ses besoins et ressentis. Il s'agit d'une première étape à la mise en place d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins pour chaque personne hospitalisée qui permettra donc une pratique reposant sur une logique soignante, car s'adaptera à la particularité et à la singularité du patient. L'enjeu est de garantir aux patients l'offre de soins la plus adaptée à leurs besoins et la plus pertinente que possible dans une prise en charge interdisciplinaire et individualisée selon une politique de soins basée sur le respect de la personne soignée et soignante. ■

NOTES

(6) La Qualité du soin infirmier : penser et agir une perspective soignante, Hesbeen W., p.55.

BIBLIOGRAPHIE • Dupuis M., Gueibe R. Hesbeen W. et al. *La Banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. Éditions Seli Arslan, 2013, 156 pages. • Gillioi Christian. *Réflexion éthique et Pratiques soignantes - Points de repères*. Édition Lamarre, 2015, 176 pages. • Haut Conseil de la santé publique. “Éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours”. Rapport, novembre 2009 • HAS et INPES. “Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques”, 2007, 112 pages. • Savoye Dany. *Dossier pédagogique : Éducation thérapeutique du patient*. Grieps, 2014, 64 pages.