

Diploma of Advanced Studies (DAS)  
Éducation Thérapeutique du patient

Travail de fin de formation

Quelle est la place de l'ETP dans un  
service de chirurgie cardiaque ?

Marie-Laure Revelly, infirmière diplômée

Volée 20

2018 - 2019



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**



## Table des matières :

Remerciements .....	
Abréviations .....	
1. Introduction .....	1
2. Problématique éducative .....	2
2.1. Contexte.....	2
2.1.1. Le service .....	2
2.1.2. Les patients .....	3
2.1.3. L'équipe soignante.....	4
2.2. Constats.....	5
2.2.1. Parcours hospitalier du patient.....	5
2.2.2. De l'hôpital à la sortie.....	7
2.2.3. Enjeux, risques potentiels et conséquences de la situation.....	8
2.3. Enquête.....	10
2.4. Analyse .....	13
2.5. Hypothèses de compréhension .....	14
3. Besoins identifiés chez les soignants.....	15
4. Hypothèses de solution.....	16
5. Cadres et concepts théoriques .....	16
5.1. Notions de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité .....	17
5.2. ETP et apprentissage du patient adulte.....	19
5.3. Modèle de la transition .....	23
5.4. Modèle des besoins fondamentaux.....	26
6. Objectifs du travail de DAS .....	28
6.1. Objectifs personnels.....	28
6.2. Objectifs pour les soignants .....	29
6.3. Objectifs pour un chef de service .....	29
6.4. Objectifs pour le patient.....	31
6.5. Finalités du projet de DAS.....	31
7. Construction et avancée du projet.....	31
7.1. Sociogramme et protagonistes concernés par le projet .....	31
7.2. Constitution de l'équipe projet .....	33
7.3. Personnes clés au projet.....	34
7.4. Objectifs de l'équipe projet .....	35
7.5. Les grandes étapes de la planification du projet.....	35
7.6. Identifications des forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	36

7.7.	Formation des soignants autour du projet ETP.....	38
7.7.1.	Concepts et thèmes à développer au cours de la formation.....	38
7.7.2.	Ressources et contraintes de la formation .....	39
7.7.3.	Buts de la formation.....	40
7.7.4.	Construction du dispositif de formation et objectifs d'apprentissage.....	40
7.7.5.	Stratégies pédagogiques .....	42
7.7.6.	Réalisation de la formation .....	43
7.7.7.	Évaluation de la formation .....	43
7.7.8.	Échos autour du projet et à la suite de la formation .....	45
7.8.	Création de l'outil IABP .....	46
7.8.1.	Identifications des besoins.....	46
7.8.2.	Mise en image .....	48
7.8.3.	Phase test de l'outil.....	50
7.8.4.	Dispositif d'évaluation de la phase test .....	51
8.	Résultats.....	52
8.1.	Conceptions des soignants à propos de l'ETP .....	53
8.2.	Résultats de l'utilisation clinique de l'outil IABP .....	53
8.2.1.	Résultats de l'évaluation infirmière de l'outil AIBP.....	54
8.2.2.	Résultats des besoins co-identifiés avec l'outil IABP .....	57
8.3.	Résultats post-intervention des ressentis des patients .....	60
9.	Discussion .....	62
9.1.	Discussion des processus.....	62
9.2.	Discussion des résultats.....	63
9.3.	Discussion des limitations .....	65
9.4.	Discussion des perspectives .....	66
10.	Réflexions sur mon processus d'apprentissages.....	67
11.	Conclusion .....	69
12.	Références bibliographiques .....	71
	Annexes.....	75
	Annexe 1 : Questionnaire des besoins et de préparation à la sortie, version patients (Q0 patients).....	75
	Annexe 2 : Tableau et résultats du questionnaire des besoins et de préparation à la sortie, version patients (R0 patients) .....	78
	Annexe 3 : Questionnaire des besoins et de préparation à la sortie, version soignants (Q0 soignants).....	84
	Annexe 4 : Tableau et résultats du questionnaire des besoins et de préparation à la sortie, version soignants (R0 soignants).....	87
	Annexe 5 : Diagramme Ishikawa.....	94

Annexe 6 : Sociogramme à T0 (novembre 2018) .....	95
Annexe 7 : Fiche pédagogique de la formation .....	96
Annexe 8 : Questionnaire d'évaluation de la formation .....	101
Annexe 9 : Résultats du questionnaire d'évaluation de la formation.....	102
Annexe 10 : Création de l'outil « IABP », version finale.....	105
Annexe 11 : Questionnaire d'évaluation de l'outil « IABP » par les infirmières .....	106
Annexe 12 : Tableau de résultats du questionnaire d'évaluation de l'outil « IABP » par les infirmières .....	109
Annexe 13 : Résultats du questionnaire post-intervention outil IABP, version patients.....	114



## Remerciements

- ✓ À tous les professeurs et intervenants durant le CAS et le DAS et en particuliers Monique et Grégoire, merci pour votre patience, votre soutien ainsi que vos conseils avisés et votre regard critique.
- ✓ Aux participants des volées de CAS et de DAS, merci pour tous les moments passés ensemble, pour les rires, les moments de partage et pour votre bonne humeur.
- ✓ À ma famille et en particuliers mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel et d'avoir cru en moi. Merci pour votre investissement et pour les longues discussions et le partage des expériences professionnelles. J'espère vous rendre fiers en choisissant ce parcours en ETP.
- ✓ À mes co-locataires et à mon conjoint, merci de me supporter au quotidien et de faire l'effort de m'écouter même quand je dois parfois parler un drôle de langage.
- ✓ À mon ami Martin Stricker, pour ton amitié de longue date ainsi que tes talents artistiques qui ont été décisifs dans le design de l'outil créé pour ce projet. Tu as réussi à mettre en image 1000 fois mieux que l'idée que j'avais dans la tête !
- ✓ À mes collègues et supérieurs hiérarchiques, merci d'être une équipe aussi géniale, soutenante et d'être souvent une bouffée d'oxygène pour moi. C'est en grande partie grâce à vous si cela fait plus de cinq ans que je suis toujours dans le service de chirurgie cardiaque.
- ✓ Et finalement à tous les patients qui ont participé à des discussions et à des entretiens, qui répondu à des questionnaires et qui ont donné leur avis tout au long de ce travail... car finalement c'est pour eux qu'on fait ce travail !

## Abréviations

<b>ASSC</b>	Assistant(e) en Soins et Santé communautaire
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral
<b>BOP</b>	Bloc Opératoire
<b>CAS</b>	<i>Certificate of Advanced Studies</i>
<b>CCV(H)</b>	(Hospitalisation) de Chirurgie Cardio-Vasculaire
<b>CHUV</b>	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
<b>CIA</b>	Communication Inter-Auriculaire
<b>CMS</b>	Centre Médico-social
<b>DAS</b>	<i>Diploma of Advanced Studies</i>
<b>DCV</b>	Département Coeur-Vaisseaux
<b>DMS</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>DRG</b>	<i>Diagnosis Related Group</i>
<b>ECAL</b>	École Cantonale d'Art de Lausanne
<b>ECG</b>	Électrocardiogramme
<b>EMS</b>	Établissement Médico-Sociaux
<b>ETP</b>	Éducation Thérapeutique du Patient
<b>FFOM</b>	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
<b>GLPS</b>	Groupe Local de Performance en Soins
<b>HDP</b>	Hôtel Des Patients
<b>HES</b>	Haute École Spécialisée
<b>IABP</b>	Identification des Attentes et des Besoins des Patients
<b>ICLS</b>	Infirmier-(ère) Clinicien(ne) Spécialisé(e) (titulaire d'un master en sciences infirmières)
<b>ICS</b>	Infirmier-(ère) Chef(fe) de Service
<b>ICUS</b>	Infirmier-(ère) Chef(fe) d'Unité de Soins
<b>ID</b>	Infirmier-(ère) Diplômé(e)
<b>LVAD / DAV</b>	<i>Left Ventricular Assist Device</i> ou Dispositif d'Assistance Ventriculaire (gauche)
<b>MDC</b>	<i>Major Diagnosis Category</i>
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PAC</b>	Pontage Aorto-Coronarien
<b>PMU</b>	Policlinique Médicale Universitaire
<b>RAA</b>	Remplacement Aorte Ascendante
<b>RAD</b>	Retour À Domicile
<b>RVA</b>	Remplacement Valve Aortique
<b>RVM</b>	Remplacement Valve Mitrale
<b>RVT</b>	Remplacement Valve Tricuspide
<b>SMIA</b>	Service de Médecine Intensive Adulte
<b>TAVI</b>	<i>Transcatheter Aortic Valve Implantation</i> ou implantation valve aortique par voie percutanée
<b>VG</b>	Ventricule Gauche

# 1. Introduction

Depuis cinq ans, j'exerce en tant qu'infirmière dans un service chirurgical universitaire. Dans ce cadre, je prends en charge des patients bénéficiant d'opérations cardiaques. Si une partie importante de mon activité met l'accent sur les soins techniques indispensables, il m'est apparu de plus en plus clairement que l'approche technique de cette médecine ne répond pas à tous les besoins des patients. En effet, j'ai pu observer que nombre d'entre eux étaient déstabilisés par le décalage entre le discours dominant des médecins et des soignants qu'ils étaient désormais « réparés » et que tout va bien, et leur ressenti qu'ils sont encore en transition entre la phase post-opératoire et la guérison. Ils ont l'impression qu'il leur manque des compétences et des connaissances pour retrouver leur autonomie dans la vie quotidienne. Ils doivent désormais intégrer des nouveaux éléments tels que la réadaptation, la médication, la gestion de la douleur ou encore les surveillances de plaies, et leur rôle social ainsi que celui de leurs proches doivent s'adapter.

L'ETP s'intéresse à ces problématiques. En particulier, cette approche explore avec le patient ses représentations, ses croyances, ses ressources et ses besoins. Elle permet, en intégrant le patient et en le plaçant au centre de la démarche, l'acquisition de nouvelles compétences pour gérer son état de santé différent. « L'ETP est conçue pour aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie » (OMS, 1998). L'introduction d'une approche ETP dans un service de soins aigus semble donc être idéale pour identifier des besoins chez les patients et les aider à développer de nouvelles compétences. De plus, elle pourrait permettre un changement de paradigme auprès des soignants. Ils auraient la possibilité de développer à leur tour une vision enrichie et une meilleure compréhension du patient, de ses représentations, compétences, besoins, ressources, mais aussi de ses limites.

Il s'agit d'une approche qui ne va pas de soi dans un service qui a une culture de soins aigus chirurgicaux. En effet, la culture du service est axée sur l'efficacité technique, la standardisation et la protocolisation des prises en charge et l'optimisation de l'utilisation des ressources. À l'inverse, l'ETP est un processus continu et centré sur la personne qu'est le patient. Si cette approche a fait ses preuves dans un contexte de prises en charge de patients souffrant de maladies chroniques, son intégration dans un service de soins aigus est un défi qui paraît intéressant à relever. Ces concepts vont servir d'hypothèses de compréhension pour ce travail.

La problématique retenue a été celle de la préparation à la sortie de l'hôpital, car elle met en évidence les limites de l'approche focalisée sur les aspects somatiques. La sortie du service est une situation qui mobilise toutes les capacités d'adaptation du patient et de ses proches. S'il n'a pas acquis les compétences nécessaires ou ne se sent pas « prêt », le moment de la sortie va apparaître comme une épreuve. En effet, soit le patient arrive à s'adapter, soit il ne s'adapte pas et risque une décompensation ou une désadaptation avec des conséquences potentiellement néfastes.

Ce travail explore la problématique éducative en lien avec la préparation à la sortie des patients opérés cardiaques. L'hypothèse de solution abordée est qu'une initiation des infirmiers à l'ETP, associée au développement d'un outil d'évaluation des besoins-patient, est susceptible de mieux répondre aux préoccupations et aux réalités des patients et ainsi d'améliorer la satisfaction des soignants.

## **2. Problématique éducative**

### **2.1. Contexte**

#### **2.1.1. Le service**

Je travaille depuis plus de quatre ans en tant qu'infirmière diplômée dans le service de chirurgie cardiaque du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). C'est à la fois un hôpital de ville pour les Lausannois mais également un hôpital cantonal et pour certaines prises en charge un centre de référence pour la Suisse Romande. Le service de chirurgie cardiaque fait partie du Département Cœur-Vaisseaux créé en 2017. Il regroupe les services de cardiologie, d'angiologie, de chirurgie cardiaque, de chirurgie vasculaire, ainsi que l'Unité de cardiologie expérimentale. Le service de cardiologie et de chirurgie cardiaque sont situés au même étage et collaborent étroitement. Dans le service de chirurgie cardiaque, il y a 22 lits disponibles en division et six lits de soins intermédiaires. Il y a un aussi bien les patients qui vont se faire opérer du cœur (pré-opératoire) et que ceux qui se sont fait opérer du cœur (post-opératoire).

Dans l'unité de soins, nous prenons également en charge quotidiennement des patients du service de cardiologie, mais il arrive également que nous soignons des patients d'autres services du CHUV lorsque ceux-ci n'ont pas la place et ne sont donc pas en capacité de les prendre en charge. En moyenne, nous prenons en charge entre sept et dix patients sous responsabilité médicale « Cardiologie » sur les 22 lits ouverts. Il arrive régulièrement et particulièrement en période d'engorgement de recevoir des patients de chirurgie viscérale ou vasculaire, de traumatologie, d'urologie ou de médecine interne. La durée de séjour de ces

patients est incertaine, car elle peut ne durer que quelques heures lorsqu'il s'agit de surveillances post-opératoires. Il est arrivé de nous occuper de tels patients durant plusieurs mois en attendant de leur trouver une place en EMS.

Les opérations cardiaques les plus fréquentes réalisées au CHUV sont les pontages aorto-coronariens (PACs), les changements des valves mitrales ou aortiques (RVM ou RVA), plus rarement des valves pulmonaires et tricuspides, et les remplacements de l'aorte ascendante (RAA) lors de dilatation ou de dissection aortique. Un certain nombre de patients bénéficient maintenant d'implantation de valve aortique par voie percutanée appelée TAVI. Cette procédure permet de traiter des patients pour qui la chirurgie cardiaque classique est trop risquée. Il y a aussi de plus en plus de poses de dispositifs d'assistance ventriculaire généralement du ventricule gauche (LVAD), parfois bi-ventriculaires (ou DAV) pour les patients insuffisants cardiaques. Ces assistances sont implantées soit en attente d'une transplantation cardiaque (dit « *bridge to transplant* »), soit comme traitement définitif pour donner une meilleure qualité de vie à des patients qui ne sont pas transplantables (dit « *destination therapy* »). Notre service est aussi un des trois centres en Suisse à réaliser les transplantations cardiaques. Cela représente plus de vingt patients à avoir reçu un nouveau cœur au CHUV sur les cinquante transplantations cardiaques réalisées en Suisse en 2018 (Swisstransplant, 2019).

### 2.1.2. Les patients

Lorsqu'un patient entre dans le service pour y être hospitalisé, il nous est demandé d'estimer la date de sortie même si la durée d'hospitalisation peut varier énormément. Pour un patient opéré cardiaque qui ne présente pas de complications post-opératoires, la durée moyenne de séjour est de sept à dix jours au total entre son entrée à l'hôpital la veille de l'opération, l'intervention chirurgicale, un passage aux soins intensifs, puis aux soins intermédiaires et finalement un nouveau passage en division. En revanche, en cas de complications, les patients peuvent passer des semaines voir des mois dans notre service avec des soins aigus lourds suivis d'une longue période de réadaptation.

Une majorité des patients hospitalisés dans le service de chirurgie cardiaque sont des hommes. Même s'il arrive de soigner des patients plus jeunes (entre vingt et cinquante ans), la plupart des patients opérés dans le service ont entre soixante et septante, voir même régulièrement huitante ans. En plus de souffrir de pathologies cardiaques, la plupart des patients présentent des comorbidités comme de l'hypertension, du diabète, des artériopathies des membres inférieurs, des pathologies respiratoires, des insuffisances rénales, de l'obésité

ou de la dyslipidémie et certains ont déjà été atteints de cancers. On observe un vieillissement de la population et de ce fait, les patients qui bénéficient de chirurgies à cœur ouvert sont de plus en plus âgés. Ces éléments rendent les prises en charge de plus en plus complexes.

### 2.1.3. L'équipe soignante

L'équipe de chirurgie cardiaque de division est composée d'une quinzaine d'infirmiers. L'équipe infirmière est relativement jeune. En effet, pour près des trois-quarts de l'équipe, il s'agit d'un premier poste de travail et l'expérience moyenne en tant qu'infirmier diplômé est d'une à quatre années. Tous les infirmiers travaillent entre 80 et 100% et tous alternent le travail de jour et de nuit, la semaine, les week-ends et les jours fériés. Il y a deux horaires de travail : soit l'horaire de jour, soit celui de nuit. L'horaire de jour commence à 7h00 et se termine à 19h30. L'horaire de nuit commence à 19h00 et finit à 7h30 le lendemain. De manière générale, les infirmières travaillent par série de deux ou trois jours (ou nuits) et ont ensuite deux ou trois jours de congé avant de recommencer une série. Cela correspond à peu près à huit à dix jours et cinq nuits de travail par mois pour un poste à 100%.

Comme mentionné précédemment, la division de chirurgie cardiaque a vécu un renouvellement important de l'équipe infirmière. Simultanément, un changement important de l'organisation quotidienne des soins a eu lieu au printemps 2018. Il y a des difficultés à maintenir cette nouvelle organisation. De plus, un nombre de mouvements de patients conséquent a lieu chaque jour comme les entrées électives du domicile, les départs en salle d'opération, les transferts depuis les soins intensifs, les soins continus ou les urgences, les retours à domicile ou encore les transferts en réadaptation, en hôpital périphérique ou à l'Hôtel des Patients.

Au vu de la réalité du contexte de soins, le projet de DAS s'oriente donc plutôt sur une ETP de type intégrée dans les soins. Cela peut se faire par type « grappillage », c'est-à-dire de profiter d'un moment ou d'une opportunité de soins pour faire des petites actions d'éducation thérapeutique. Le but de ce projet n'est pas d'ajouter une tâche complexe et chronophage dans l'organisation de la journée déjà surchargée, mais de pouvoir s'ajuster aux besoins des patients et aux capacités de l'équipe. Une éducation thérapeutique intégrée aux soins semble donc être une proposition adaptée à la réalité du terrain.

## 2.2. Constats

### 2.2.1. Parcours hospitalier du patient

Un patient atteint d'une pathologie cardiaque ayant besoin d'une intervention chirurgicale est convoqué en général la veille de son opération pour pouvoir faire le bilan préopératoire nécessaire et avoir le temps de le préparer l'intervention. À son arrivée dans le service, il rencontre également l'infirmière de liaison. Elle aborde avec le patient (et ses proches s'ils sont présents) le déroulement et la suite de l'hospitalisation pour savoir vers quel type de réadaptation le patient s'oriente après la chirurgie. Par exemple, est-ce que le patient ira dans un centre de réadaptation cardiaque spécialisé ou de réadaptation générale, ou va-t-il rentrer à domicile et suivra une réadaptation et un suivi ambulatoire ? Cette première orientation aide souvent le patient, mais également l'équipe soignante à se projeter dans la réadaptation future.

Une fois la chirurgie terminée, le patient est directement transféré aux soins intensifs pour être réveillé, extubé et y passer la première nuit. S'il n'y a pas de complications majeures, il va ensuite être transféré aux soins intermédiaires pour une surveillance post-opératoire rapprochée pendant au minimum 24 heures. C'est à ce moment-là que les infirmières vont pouvoir enlever progressivement les différents équipements du patient (drains thoraciques et péricardiques, cathéter artériel et veineux central, sonde vésicale, fils de pacemaker externes, etc.).

Après environ trois à cinq jours en fonction de l'évolution et des éventuelles complications développées, le patient est à nouveau transféré en division pour poursuivre sa réadaptation. C'est à ce moment-là que commencent également les démarches pour organiser la phase post-hospitalière. En effet, l'infirmière de liaison revoit le patient lors de son retour en chambre et discute avec lui et ses proches du projet le plus adapté pour lui et son entourage, en fonction des différentes options de réhabilitation. Elle consulte également l'équipe soignante sur la pertinence du projet de réadaptation. Elle s'occupe ensuite d'inscrire le patient dans le centre de réadaptation concerné ou de contacter les centres de soins à domicile si le patient en a besoin lorsqu'il rentre à la maison.

Après toutes les opérations cardiaques, et comme le veut le protocole post-opératoire, le patient subit plusieurs examens de contrôle cinq jours après son intervention. C'est ce qu'on appelle les examens ou bilan de sortie. Ces examens comprennent une prise de sang, un examen des urines, une échographie cardiaque, un ECG et une radiographie du thorax. Si tous ces examens sont normaux et qu'il n'y a pas eu de complications particulières, le patient pourrait techniquement quitter l'hôpital cinq à six jours après son opération. Les patients disent souvent que les premiers jours passent extrêmement vite pour eux, car ils sont constamment sollicités. En effet, il y a une surveillance très rapprochée les premières heures et les premiers

jours car c'est souvent à cette période que les complications sont les plus importantes. Ensuite, les patients sont progressivement « déséquipés » et mobilisés rapidement afin de récupérer de façon optimale. Ils sont également transférés d'unités au moins cinq fois en trois ou quatre jours comme le montre le schéma ci-dessous.

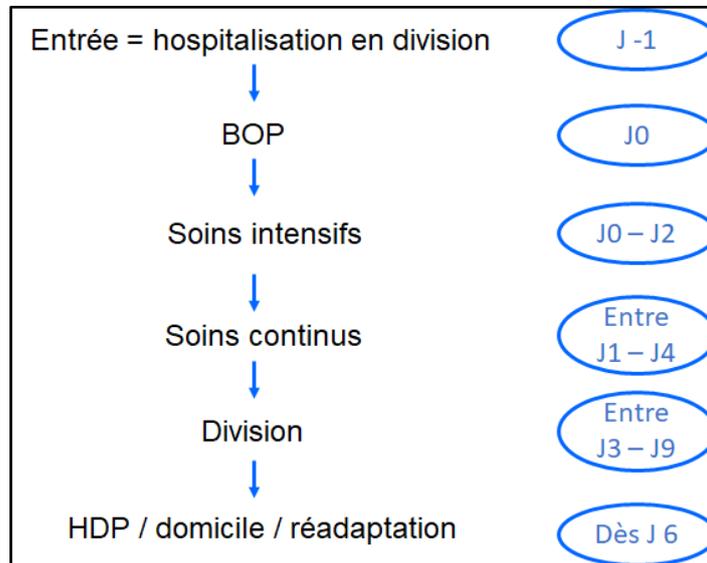


Figure 1 : Encadré représentant le parcours standard et la durée moyenne de séjour d'un patient opéré cardiaque au CHUV.

Une fois que le patient est de retour en division, l'attention qui lui a été portée a tendance à diminuer car l'infirmière ne s'occupe pas d'un ou deux patients comme c'est le cas lorsqu'il était aux soins intensifs ou aux soins continus mais de cinq, six voir sept patients à la fois. La priorité des infirmières se porte aux patients qui ont en le plus besoin de surveillance et de soins techniques. Parfois, les patients ont de la peine à faire la transition entre les soins continus avec une présence des soignants pratiquement constante et la division où ils se sentent parfois livrés à eux-mêmes. Les premières vingt-quatre heures sont souvent source d'anxiété pour le patient qui a tendance à beaucoup solliciter les soignants, à demander de l'aide pour des "petites choses" (exemples : verser un verre d'eau, se lever du lit, se couvrir du duvet) alors qu'il est capable de faire seul. En général, une fois qu'il a pris confiance en ses capacités, le patient est plutôt content de retrouver son autonomie et voit les progrès effectués chaque jour.

### 2.2.2. De l'hôpital à la sortie

On observe souvent une progression rapide au cours des premiers jours après l'opération. Ensuite, il y a souvent un plateau dans la récupération qui peut s'expliquer de différentes manières.

Une première piste pour expliquer ce phénomène est la difficulté de communication et de coordination entre les différents acteurs autour du patient, soit l'opérateur, le médecin assistant, l'équipe soignante et l'infirmière de liaison. En effet, il arrive régulièrement que le projet du patient ne soit pas clair pour tous les intervenants ou qu'il change subitement pour une raison quelconque sans que tous les acteurs de la prise en charge du patient ne soit au courant. D'autres fois, le projet est clair, comme c'est le cas lorsque le patient est inscrit dans un centre de réadaptation cardiaque et qu'il est en attente d'une place. On pense alors qu'il va encore rester deux ou trois jours à l'hôpital, et tout à coup le médecin assistant et l'infirmière cheffe décide que comme le patient va bien et qu'il y a besoin de sa place, il sera transféré à l'Hôtel des Patients dans l'heure suivante.

Parfois, alors qu'il est toujours inscrit pour une place en réadaptation, le patient décide de rentrer à domicile en attendant car il est bien entouré par ses proches et il ne souhaite pas rester « inutilement » à l'hôpital. Sachant que l'attente peut aller de quelques jours à quelques semaines, le patient renonce parfois en cours de route à une réadaptation cardiaque et opte pour une réadaptation à domicile ou en ambulatoire. Le projet change d'un coup et le médecin valide le fait que le patient peut rentrer chez lui, par exemple en début d'après-midi, le temps qu'il s'occupe des papiers de sortie. Cette situation n'était pas prévue et selon les aléas de la journée et de l'organisation des soins, l'infirmière a l'impression de précipiter la sortie en donnant au patient, dans un très court laps de temps (environ cinq à dix minutes) beaucoup d'informations sur les traitements, les recommandations d'hygiène et alimentaires.

Parfois il n'y a pas d'informations données et l'infirmière en charge ou le médecin tend une feuille d'ordonnance de médicaments et dit au patient : « Ceci est votre ordonnance avec vos X nouveaux médicaments, à prendre tous les jours à la même heure, des questions ? ». Ces changements de projets donnent souvent aux infirmières du service l'impression de devoir bâcler la prise en charge et de se débarrasser de ces patients pour vider le service et libérer la place pour en accueillir de nouveaux

Une autre piste pouvant expliquer une certaine faiblesse dans la préparation à la sortie de l'hôpital est le fait que les infirmières et également les médecins du service sont entraînés et se focalisent sur l'aspect aigu du patient et en particulier de la surveillance et la prévention des complications. Comme mentionné précédemment, une fois que le patient est bien stabilisé, il

y a moins d'attention qui lui est apportée car il y a d'autres patients qui ont plus besoin des compétences spécifiques des soignants. De plus, il faut tenir compte également du fait qu'il y a beaucoup de mouvements dans l'unité de chirurgie cardiaque. En effet, dans une journée habituelle, une infirmière s'occupe de cinq à six patients à la fois et elle a en général un à deux patients qui quittent le service et a ensuite une à deux "entrées" (entrée direct du domicile, transfert des urgences ou transfert d'une autre unité). Ces mouvements prennent beaucoup de temps et d'énergie car la charge administrative est très lourde à l'ère du dossier informatisé. La conséquence est qu'il reste moins de temps à accorder aux patients stationnaires. L'approche du patient « chronique » est laissée de côté car les soignants vont au plus urgent.

Il faut aussi relever que jusqu'à récemment, le service ne prêtait que peu d'attention à la préparation à la sortie car pratiquement tous les patients étaient transférés directement de l'hôpital en centre de réadaptation cardiaque pour deux à trois semaines. De plus, il y a encore la représentation, au sein du service, qu'à l'hôpital, on ne traite que les problèmes aigus et que l'éducation thérapeutique n'a sa place que lors de la réadaptation. Depuis quelques mois, de plus en plus de patients font de la réadaptation à domicile avec de la physiothérapie en ambulatoire et un suivi chez le médecin traitant, avec éventuellement des soins à domicile. Il y a aussi un certain nombre de patients qui rentrent à domicile avant d'aller en réadaptation cardiaque car il y a souvent de nombreux jours d'attente avant d'avoir une place. Ce changement d'orientation a en partie aidé à changer les représentations quant au rôle et à l'intérêt de l'éducation thérapeutique en milieu hospitalier.

### **2.2.3. Enjeux, risques potentiels et conséquences de la situation**

Différents enjeux peuvent s'observer tant pour les patients que pour les soignants. Du côté des patients, on peut identifier plusieurs risques potentiels ou conséquences d'une absence de préparations à la sortie. Il n'est pas rare d'observer un patient qui devient soudainement anxieux alors que la sortie prévue approche ou qu'il ne se sent pas bien le jour du départ et finit par rester hospitalisé pendant 24 à 48 heures de plus. Une fois que la décision est prise d'annuler momentanément le retour à domicile, il se sent à nouveau mieux. Lorsqu'on creuse pour comprendre ce qu'il s'est passé, le patient reconnaît parfois qu'il ne se sentait pas en confiance à domicile ou qu'il ne savait pas comment faire les activités du quotidien à la maison. Parfois, ce sont même les conjoints ou les enfants du patient qui refusent que leur proche retourne à domicile car ils ne se sentent pas armés et ne veulent pas prendre la responsabilité de s'en occuper à la maison.

Afin de mieux cerner la problématique, nous avons développé un questionnaire sur la préparation d'évaluation des pratiques de préparation à la sortie ainsi que des besoins identifiés chez les patients en vue de leur départ du service (voir annexes 1, 2, 3 et 4) Nous l'avons administré à une dizaine de patients ainsi que à l'ensemble de l'équipe infirmière. Nous sommes frappés par la discordance entre l'évaluation des soignants et celle des patients pour certaines questions.

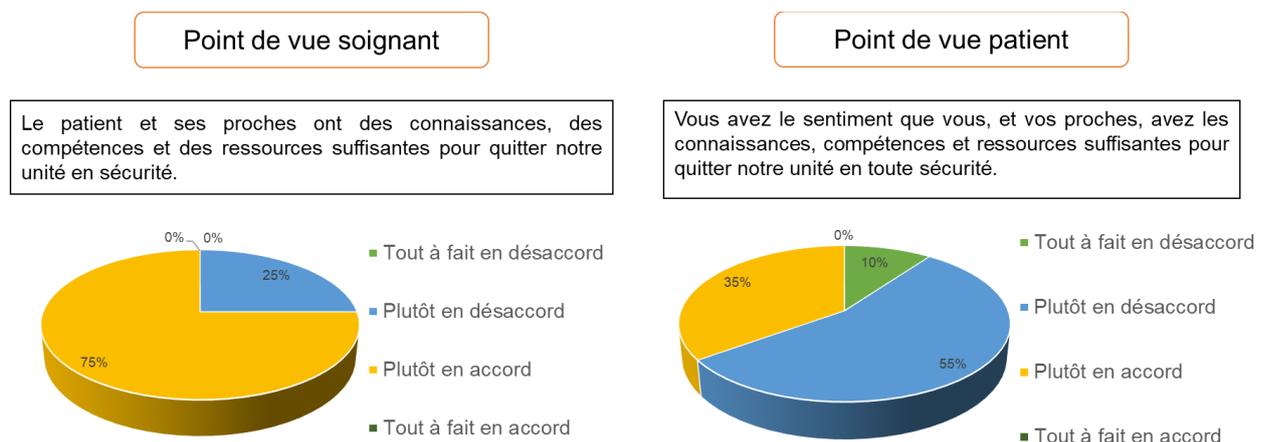


Figure 2 : Deux graphiques représentant à gauche, l'opinion des soignants du service et à droite, celle des patients par rapport à la même question.

À l'inverse, il arrive régulièrement que le patient ait tellement hâte de quitter l'hôpital que lorsque l'infirmière lui donne quelques recommandations de dernière minute concernant les médicaments, la prévention des infections et suivi des plaies, il ne l'écoute pas. De plus, comme il n'y a que peu d'intérêt porté aux conceptions et aux représentations des patients concernant leurs traitements, leur état de santé (maladie chronique ou guérie après l'opération), la cicatrisation des plaies, on ne sait pas quel est l'impact des recommandations auprès du patient. Par exemple, on peut douter de l'efficacité de la recommandation de prendre la médication de manière rigoureuse si la représentation du patient est qu'il est guéri grâce à l'opération du cœur et donc qu'il n'a pas besoin de médicaments. De plus, les messages transmis sont souvent très généraux et pas forcément adaptés à chaque patient.

Le fait qu'il n'y ait pas d'approche systématique de la préparation à la sortie augmente le risque de ré-hospitalisations dues à des complications ou à des décompensations. Dernièrement, plusieurs patients transférés à l'Hôtel des patients ou retournés à domicile ont dû être à nouveau hospitalisés dans la division de chirurgie cardiaque, que ce soit pour des infections de plaies, des décompensations cardiaques ou des troubles du rythme cardiaque. Cela a pour conséquence une durée d'hospitalisation augmentée et la nécessité de recommencer le processus du projet de sortie. Le patient passe par différents états émotionnels et cela peut

aller jusqu'à une perte de confiance en lui-même mais également envers le personnel soignant.

Du côté soignant, on peut identifier comme risque une perte de sens du travail effectué ainsi qu'une frustration et une démotivation lorsque le sentiment devient présent de ne pas réussir à faire le travail de qualité jusqu'au bout. Il y a eu un « *turn over* » important des infirmières dans le service ces dernières années avec plusieurs reconversions professionnelles chez des infirmières qui ont quitté le milieu hospitalier ou même la profession infirmière. Les médecins assistants manifestent également une certaine frustrations et lassitude. En effet, ils disent avoir l'impression de ne pas avoir assez de temps à accorder au patient alors qu'ils passent plus de la moitié de leur journée à faire du travail administratif ou de secrétariat. Ils déplorent que cela soit au détriment des patients.

Tous les acteurs de la prise en charge du patient subissent donc les conséquences d'un manque de préparation à la sortie. Cela amène une grande frustration et la perception de souvent « bâcler » le travail et d'avoir l'impression parfois que les patients quittent le service de façon non-sécuritaire. Les patients et leurs proches subissent également de la situation car lorsqu'ils sont ré-hospitalisés, il y a une perte de confiance envers les soignants, un découragement voir même de la démotivation et de la perte d'espoir.

De plus, il est demandé que la durée des hospitalisations soit de plus en plus courte et donc les patients peuvent maintenant quitter l'hôpital très rapidement une fois que les examens de sorties sont faits et que les résultats sont bons. Il est connu également que donner beaucoup d'informations en peu de temps n'est pas très utiles en termes d'apprentissage du patient. En effet, en dépit de sa bonne volonté, le patient ne retient qu'un ou deux messages sur la masse d'informations reçues. Alors pourquoi ne pas anticiper cette sortie et commencer à la préparer en amont pour éviter de faire des préparations bricolées et que le patient parte de l'hôpital sans que sa sécurité soit garantie ?

### 2.3. Enquête

La thématique de la préparation à la sortie est un domaine qui me tient personnellement à cœur. En effet, je me sens souvent frustrée dans la façon dont nous abordons - ou non - cet aspect de la prise en charge avec les patients. Pourtant, je ne voulais pas de m'engager seule dans cette thématique pour mon projet de DAS. J'ai donc discuté à plusieurs reprises avec des collègues de service pour avoir leur avis sur la préparation à la sortie des patients hospitalisés dans notre service, de nos pratiques, ou s'il y avait d'autre situations

problématiques à leurs yeux sur lesquelles il serait possible de développer un projet de DAS. Lors de ces discussions informelles, plusieurs collègues trouvaient également que nos pratiques et la façon d'aborder la préparation à la sortie pouvaient être améliorées.

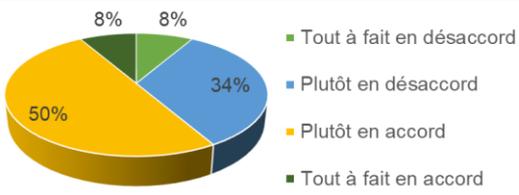
J'ai ensuite interrogé quelques patients pour avoir leur ressenti et bon nombre d'entre eux ont également affirmé qu'ils apprécieraient que les soignants abordent différemment la sortie de l'hôpital avec eux. Ces informations ont confirmé mon intuition et m'ont motivée à explorer cette thématique dans le cadre de ce projet de DAS.

Après ces nombreuses discussions informelles, j'ai créé un questionnaire en collaboration avec quelques collègues afin d'avoir un échantillonnage de réponses plus vaste et plus précis. Le questionnaire porte notamment sur l'opinion autour des pratiques actuelles de préparation à la sortie, sur les besoins des patients lors de la sortie du service, sur leur avis autour du projet. Un questionnaire a été mis sur pied pour les soignants et un autre très proche a été adapté pour les patients. Les questionnaires ont été insérés en annexes 1 et 3 de ce travail. Afin d'obtenir un maximum de réponses au questionnaire, et dans le souci qu'il ne leur prenne pas trop de temps, il a été demandé aux participants de répondre soit entre 1 et 4 (1 = tout à fait en désaccord, 2 = plutôt en désaccord, 3 = plutôt en accord et 4 = tout à fait en accord), soit par oui ou non, soit par du texte libre.

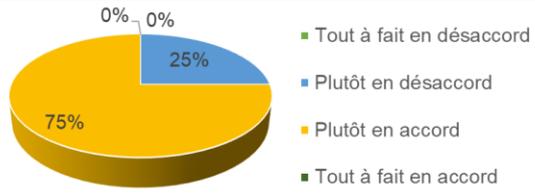
Seize questionnaires ont été distribués aux soignants (14 ID, 1 médecin assistant, 1 ICUS) et douze d'entre eux ont été remplis et retournés. En parallèle, douze questionnaires ont été distribués à des patients opérés du cœur la veille ou le jour de leur sortie de l'hôpital. La plupart d'entre eux rentraient à domicile ou étaient transférés à l'Hôtel des Patients en attendant une place dans un centre de réadaptation. Sur ces douze questionnaires, dix patients les ont remplis de manière exploitable et rendus avant de quitter le service.

Les tableaux et graphiques de résultats sont présentés dans ce travail dans les annexes (voir annexe 2 et annexe 4). Cette enquête a permis de mettre en avant certaines différences entre la vision des patients et celles des soignants.

Au vu du rythme et de l'intensité de la charge de travail, la préparation à la sortie du patient n'est pas prioritaire dans votre organisation de la journée.



La sortie du patient de l'unité se fait parfois de façon précipitée ou bâclée et vous avez l'impression que ce n'est pas toujours sécuritaire.



Vous avez parfois le présentiment que le patient va être réhospitalisé pour des complications en lien avec une sortie précipitée.

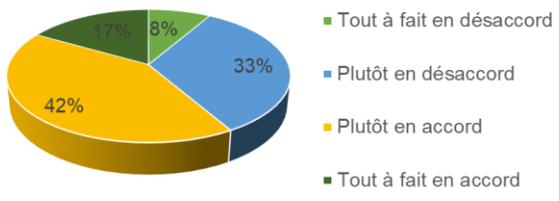
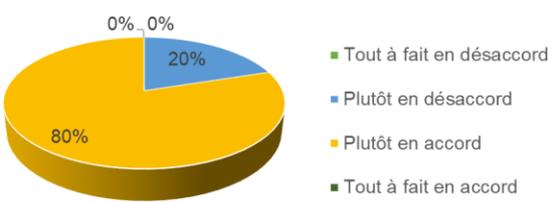
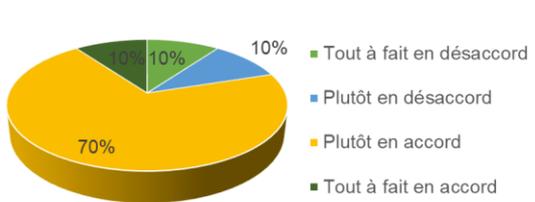


Figure 3 : Constats ressortis chez les soignants après analyse du questionnaire de la préparation à la sortie (Q0). Pour plus de résultats, voir annexes 3 et 4.

Au vu du rythme et de l'intensité de la charge de travail des soignants, vous avez le présentiment que la préparation de votre sortie n'est pas prioritaire dans l'organisation de la journée du soignant.



Vous avez le sentiment que la préparation de votre sortie du service se fait de façon précipitée ou bâclée et que vous, ou vos proches, ne vous sentez pas complètement en sécurité.



Vous avez le sentiment que la préparation à la sortie (ex : formation sur un sujet, donner des informations, écouter les craintes, valoriser les compétences, etc.) se fait au bon vouloir ou pouvoir du soignant qui s'occupe de vous.

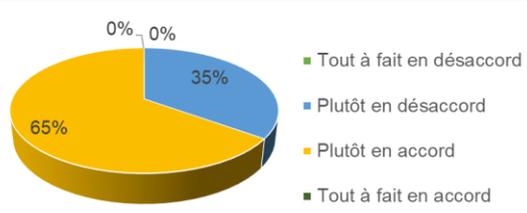


Figure 4 : Constats R0 mis en avant par les patients lors de l'analyse des résultats du questionnaire d'évaluation de la préparation à la sortie (Q0). Pour plus de résultats, voir annexes 1 et 2.

## 2.4. Analyse

En parallèle de l'enquête de terrain réalisée auprès de patients et de mes collègues, j'ai fait une analyse détaillée de la situation pour bien comprendre le contexte et la problématique. J'ai utilisé le diagramme d'Ishikawa ou diagramme en arêtes de poisson. Celui-ci m'a permis d'analyser, à travers plusieurs angles, la situation problématique de l'absence de systématique quant à la préparation à la sortie chez les patients opérés cardiaques. Les points de vue sont :

- La méthode (la façon de faire),
- Le milieu (le contexte de soins),
- Les moyens (les ressources),
- La matière,
- La main-d'œuvre (les personnes).

Dans un premier temps, au vu du temps à disposition avec l'équipe-projet, j'ai créé un diagramme avec mon analyse personnelle et ma compréhension de la situation. Ensuite, j'ai proposé d'en créer un avec mon groupe de travail sous forme de *brainstorming* où j'ai présenté un diagramme vide que nous avons rempli avec des post-it pour pouvoir après les bouger ou modifier le diagramme au fil de la discussion. Dans un troisième temps, j'ai superposé mon analyse avec celle que nous avons co-construite pour finalement aboutir à un diagramme unique afin d'en faciliter la lecture. Le tableau ci-dessous montre les trois étapes du diagramme d'Ishikawa. Pour une meilleure visibilité, il a également été inséré en annexe 5 de ce travail.

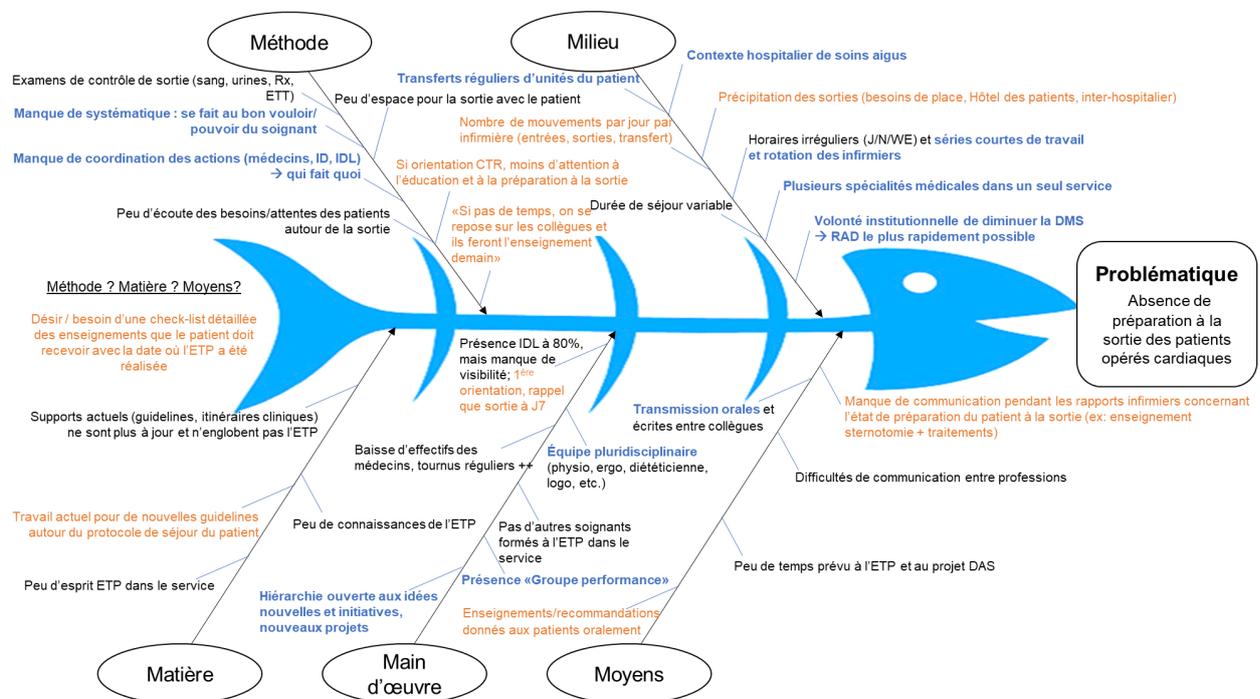


Figure 5 : Diagramme d'Ishikawa réalisé permettant une analyse complète du contexte ainsi qu'une vision d'ensemble.

Afin de regrouper les différentes étapes sur un seul diagramme, j'ai choisi d'utiliser des codes de couleurs et de style :

- En noir, il s'agit de mon analyse de la situation.
- En orange, ce sont les éléments ressortis lors du groupe de travail et que je n'avais pas identifiés.
- En bleu gras, ce sont les éléments ayant émergé à la fois lors de mon analyse et lors du groupe de travail.

## 2.5. Hypothèses de compréhension

Au vu des constats présentés précédemment dans ce travail, l'absence d'éducation thérapeutique dans le service de chirurgie cardiaque du CHUV et le manque de préparation à la sortie des patients peuvent être compris des façons suivantes. D'une part, il y a les barrières organisationnelles et le fait que ce soit dans un service chirurgical où l'accent est mis sur les procédures et aspects techniques

De plus, le patient est souvent considéré par la procédure qu'il a reçu et non en tant que personne. Par exemple, il arrive que les médecins ne se souviennent pas du nom d'un patient, mais savent qu'on parle de la « valve mitrale de la chambre 208 ». Il faut aussi ajouter à cela une segmentation de la prise en charge du patient (voir figure 1 présentée précédemment) à travers trois équipes de soins différentes en moins de cinq jours et donc la dimension éducative n'est pas priorisée. Même si parfois il y a l'intention d'amener du contenu éducatif, il y a presque toujours une autre action infirmière qui passe en priorité comme un patient instable nécessitant une surveillance rapprochée, un pansement qui coule à refaire rapidement, une entrée ou un transfert à prendre dans les quelques minutes.

Le deuxième paramètre qui met une barrière à l'ETP dans le service est le contexte de soins aigus du service. En effet, la plupart des patients sont hospitalisés dans le cadre d'un épisode aigu de leur pathologie cardiaque, vasculaire ou métabolique chronique. Au vu de ces éléments, il est donc possible d'émettre une hypothèse sur le niveau de conscience des soignants par rapport à l'ETP et une méconnaissance du sujet. Les infirmiers confondent éducation thérapeutique et information. De plus, les soignants vivent dans l'illusion que plus d'informations apportées au patient est égale à de la formation et donc à des changements de comportements chez les patients.

Ces deux types de difficultés par rapport à l'ETP ont tendance à se renforcer mutuellement. En effet, les barrières organisationnelles, par leur nature, sont des facteurs difficiles à changer. Cependant, en agissant sur les soignants, leurs croyances, leurs connaissances et leurs

représentations autour de l'ETP, on peut espérer créer une dynamique positive et amener une évolution des pratiques de soins dans le service, ou en tout cas une prise de conscience.

### 3. Besoins identifiés chez les soignants

Grâce à l'enquête et à l'analyse réalisées préalablement, j'ai fait ressortir, auprès de l'équipe infirmière, trois besoins qui semblent prioritaires pour l'équipe infirmière qui ont été validés par le « focus group ». J'ai ajouté un 4<sup>ème</sup> besoin qui paraît nécessaire et qui va dans le sens du premier besoin identifié. Les besoins identifiés chez les soignants sont les suivants :

- Besoin de réaliser que l'ETP a plusieurs dimensions et que ce n'est pas uniquement transmettre une information ou faire un enseignement sur un sujet donné.
- Besoin de considérer le statut du patient en tant que partenaire à part entière des décisions et des soins.
- Besoin de savoir comment entrer dans le monde du patient et partir du patient, de ses besoins, ses connaissances, ses croyances, ses compétences.
- Besoin de réaliser qu'une nouvelle connaissance ou compréhension de situation n'amène pas toujours un changement de comportement.

Les deux premiers et le 4<sup>ème</sup> identifiés sont des besoins de transformation, c'est-à-dire de changement de paradigme de pensée. Bien qu'en théorie, ils semblent relativement évidents et faciles à comprendre, ce qu'on observe régulièrement sur le terrain est bien différent. J'ai ajouté le 4<sup>ème</sup> besoin car selon moi, il s'agit de la suite logique du premier besoin identifié. En effet, ce n'est pas parce que le patient a compris une notion qu'il va pour autant changer de comportement et c'est souvent un sujet qui amène de la frustration chez les soignants car on a l'impression d'avoir bien expliqué quelque chose et que le patient l'avait bien compris, et pour autant, il ne change pas.

Le troisième besoin identifié est un besoin de formation qui correspond un peu à ce qu'on avait vu lors du premier module du CAS et qui s'intéresse aux représentations, connaissances, croyances mais aussi aux émotions des patients sur leur maladie ou situation. Dans la pratique, les soignants pensent qu'ils adaptent leurs interventions aux patients alors qu'en réalité, ce sont souvent les patients qui s'adaptent aux soignants. En effet, lorsqu'on leur a demandé ce qu'ils en pensaient, neuf patients sur dix avaient l'impression que l'équipe soignante se concentre surtout sur des besoins « emblématiques » et communs à tous les patients, et ne cherchaient pas spécifiquement à identifier leurs besoins propres.

## 4. Hypothèses de solution

Au regard des constats étayés, des hypothèses de compréhension et des besoins identifiés chez les soignants, il est possible d'émettre l'hypothèse suivante : le fait de mettre en place différentes actions pourrait permettre aux soignants de mieux saisir les opportunités de pratiquer l'ETP ou du moins d'adopter une posture éducative favorisant la prise de conscience et le changement de comportement chez le patient. Cela pourrait donc améliorer la qualité des soins et éventuellement la satisfaction des patients et de leurs proches.

Pour y parvenir, les actions imaginées sont de cibler les interventions sur les soignants (et non sur l'organisation) avec de la formation, d'apporter une meilleure compréhension de l'ETP auprès de l'équipe infirmière et d'en présenter ses avantages et bénéfices potentiels, ainsi que de disposer d'outils éducatifs comme l'outil développé plus loin dans ce travail.

## 5. Cadres et concepts théoriques

Pour ancrer mon projet ETP, je vais présenter quatre concepts ou modèles théoriques. Comme le montre l'illustration ci-après (figure 6), ces modèles ont été choisis afin d'amener une meilleure compréhension de la problématique ainsi que de proposer des pistes pour accompagner au mieux le patient opéré cardiaque qui doit passer d'un statut de patient hospitalisé « passif » à un individu « actif » et autonome à domicile avec des attentes et des besoins particuliers, tout en intégrant une vision interdisciplinaire dans les soins, en amenant des apprentissages et en considérant le retour à domicile comme étant une période de transition.

Les modèles et concepts choisis sont les concepts d'interdisciplinarité dans les soins, les concepts d'ETP et la présentation de quelques modèles d'apprentissage, le modèle théorique de la transition selon Meleis et le modèle théorique des besoins fondamentaux selon Virginia Henderson. Les unités de soins somatiques aigus du CHUV utilisent largement le modèle de Virginia Henderson, alors que les concepts d'interdisciplinarité et d'apprentissage ainsi que le modèle de la transition de Meleis apportent une autre perspective à la problématique du manque de préparation à la sortie des patients opérés cardiaques.

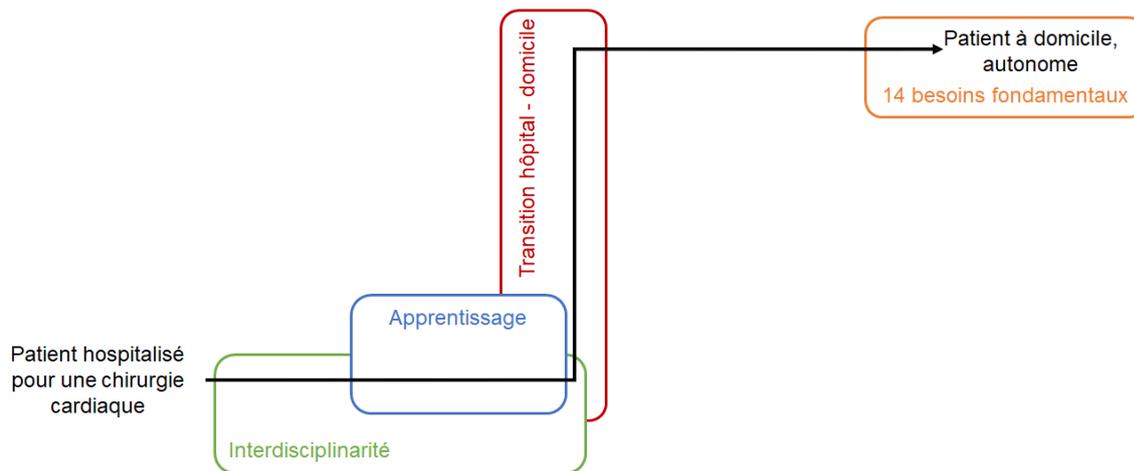


Figure 6 : Schéma illustrant le parcours du patient opéré cardiaque et les liens entre les quatre concepts théoriques présentés dans ce travail de DAS.

## 5.1. Notions de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité

Si le dictionnaire Larousse définit une discipline comme étant une branche de la connaissance pouvant donner matière à un enseignement, l'interdisciplinarité correspond donc aux relations qui relèvent de plusieurs disciplines.

La pluridisciplinarité ou multidisciplinarité existe lorsque deux ou plusieurs disciplines se rassemblent et se juxtaposent. D'après De la Tribonnière et Gagnayre (2013), chacune d'entre elles garde ses spécificités mais elles se complètent mutuellement dans le but de résoudre des problèmes complexes. Dans la pluridisciplinarité, il y a donc une somme de plusieurs savoirs. En effet, ce modèle est particulièrement utilisé et efficace dans les soins aigus où de nombreux intervenants peuvent participer à la prise en charge d'un patient comme les infirmières, des médecins de différentes spécialités (chirurgie, cardiologie, hématologie, infectiologie, etc.), les physiothérapeutes, éventuellement les ergothérapeutes et les diététiciennes (De la Tribonnière et Gagnayre, 2013). C'est le cas par exemple dans le service de chirurgie cardiaque du CHUV où le patient est au centre des soins et les différents professionnels de la santé gravitent autour de lui, mais où chacun se concentre sur son rôle et son domaine de discipline.

L'interdisciplinarité comprend un niveau de complexité supérieur à la pluridisciplinarité, car il ne s'agit plus de cumul de savoirs mais d'intégration de savoirs à partir de plusieurs savoirs (De la Tribonnière et Gagnayre, 2013). Dans des situations de soins complexes comme c'est le cas avec des maladies chroniques, les relations entre les différentes disciplines de la santé sont nécessaires pour les résoudre (De la Tribonnière et Gagnayre, 2013). Dans l'interdisciplinarité, il y a donc un objectif commun et des interactions fortes entre les différents

intervenants (De la Tribonnière et Gagnayre, 2013). L'interdisciplinarité paraît donc plus appropriée en éducation thérapeutique alors que la pluridisciplinarité prend plus de sens dans le modèle de soins aigus.

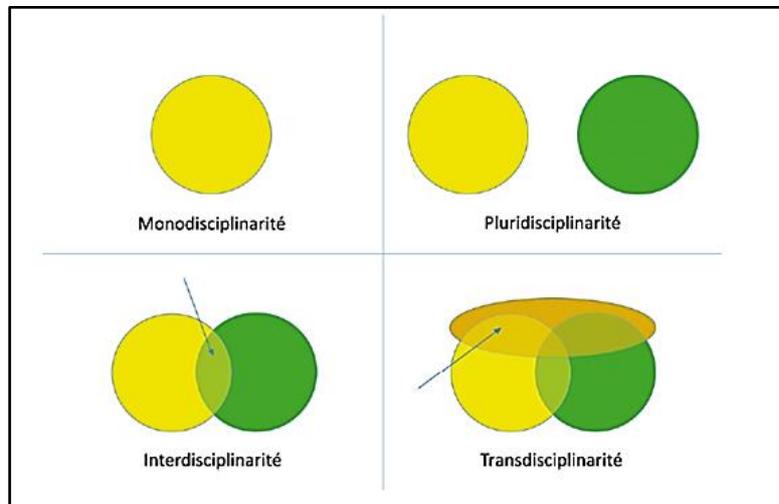


Figure 7 : Illustration représentant les concepts de monodisciplinarité, pluridisciplinarité, interdisciplinarité et de transdisciplinarité d'après De la Tribonnière et Gagnayre, (2013).

De la Tribonnière et Gagnayre (2013) ont identifié les bénéfices suivants issus de la littérature en lien avec l'interdisciplinarité en éducation thérapeutique, tant pour les soignants, pour les patients que pour la société. Pour les soignants, les bénéfices identifiés sont l'amélioration de l'esprit d'équipe, la communication aisée entre les acteurs, une culture de soins commune, une co-construction des activités éducatives, l'amélioration de la satisfaction au travail ainsi qu'une réduction des tensions entre soignants et diminution du risque de surmenage.

Pour les patients, les avantages mis en avant sont l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins, l'amélioration continue de la qualité de vie, une meilleure prise en compte de la complexité du patient, une plus grande satisfaction du patient et également du plaisir à être en équipe. Pour la société, les gains identifiés sont une meilleure utilisation des ressources, une diminution des coûts de la santé, de meilleures performances des professionnels de la santé, une amélioration de la santé au travail et finalement un bénéfice pour la santé publique.

## 5.2. ETP et apprentissage du patient adulte

Avant d'aller plus loin dans ce travail, il paraît nécessaire d'évoquer plus en profondeur l'ETP et de présenter ses principaux modèles pédagogiques ainsi que les différentes dimensions de l'apprentissage. Tout d'abord, il a été difficile de définir l'éducation thérapeutique et de nombreuses définitions ont été proposées par le passé. Pourtant, la définition la plus souvent utilisée et celle de l'OMS qui a été obtenue à la suite d'un consensus entre spécialistes venant de plusieurs équipes reconnues pour leur rôle de pionniers en ETP. L'OMS (1998) définit donc l'éducation thérapeutique du patient de la façon suivante :

*« L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. »*

La finalité de l'ETP est de gérer la maladie chronique à long terme, notamment en améliorant ou en maintenant la qualité de vie du patient et en évitant ou diminuant les complications et les rechutes par le changement de comportement. Pour y parvenir, Golay, Lager & Giordan (2009) proposent, entre autres, de :

- Favoriser la qualité de la relation ainsi que la mise en place d'un vrai partenariat de soins entre le soignant et le patient.
- Permettre au patient d'augmenter ses connaissances et ses compétences sur sa maladie et ses traitements.
- Aider le patient à changer de comportement, à suivre son traitement ou à mettre en place une nouvelle organisation au quotidien.
- Permettre au patient d'améliorer sa santé bio-psycho-sociale, dans un parcours de vie et de soin qui respecte son identité et qui prene un sens pour lui.

Trois modèles pédagogiques sont généralement utilisés lors de la pratique de l'éducation thérapeutique : le modèle transmissif, frontal ou classique, le modèle behavioriste et le modèle

constructiviste (Giordan, 2010). Chacun de ses modèles comporte ses avantages et ses inconvénients.

Le modèle de pédagogie classique est la méthode la plus souvent utilisée en éducation thérapeutique, ainsi que dans l'enseignement scolaire et universitaire. En effet, d'après Giordan (2010), la pédagogie classique demande une relation linéaire entre l'enseignant / soignant qui a les connaissances et l'apprenant / patient qui décode, enregistre et mémorise l'information. Cette approche frontale comporte l'avantage de pouvoir transmettre un maximum de messages en un minimum de temps (Giordan, 2010). Cependant, avec ce modèle, le message peut être difficile à faire passer car il n'a d'effet que s'il est attendu par l'apprenant/ patient. De plus, ce modèle se concentre principalement sur les aspects biomédicaux et met de côté d'autres paramètres tels que relationnels, psychologiques ou encore émotionnels (Giordan, 2010). Il y a donc souvent un écart important de connaissances, de représentations et de conceptions entre le patient et le savoir médical, ce qui rend la transmission d'informations compliquée.

Le modèle pédagogique behavioriste consiste lui en un conditionnement du patient obtenu grâce à un entraînement à des gestes techniques ou des situations de soins particulières. Dans ce modèle, l'apprentissage est donc expliqué par un changement dans le comportement du patient (Giordan, 2010). Il est donc particulièrement efficace lorsque le patient doit apprendre un nouveau geste technique comme réaliser une prise de glycémie ou une injection d'insuline ou d'anticoagulant sous-cutané (Giordan, 2010). En revanche, ce modèle ne s'intéresse pas à la motivation à réaliser ces comportements ou à l'état mental du patient. En effet, le behavioriste se concentre principalement sur les comportements sans chercher à comprendre ce qu'il se passe en profondeur chez le patient, ce qui peut empêcher l'appropriation du savoir par le patient (Giordan, 2010).

Le troisième modèle de la pédagogie traditionnel est le modèle constructiviste. D'après Piaget, le savoir n'est pas inné mais il se construit tout au long de la vie. L'apprentissage se fait en rattachant le nouveau savoir aux connaissances préalables. Le patient construit son apprentissage en faisant des liens et en y trouvant du sens. Parfois, afin d'assimiler une nouvelle connaissance, il est nécessaire de déconstruire le savoir, de le réorganiser afin de se l'approprier (Giordan, 2010). Ce modèle a pour avantage d'agir sur la motivation du patient en tenant compte de son vécu et en modifiant légèrement une croyance de santé (Giordan, 2010). En revanche, ce modèle est peu efficace lorsque le nouveau savoir ne va pas dans le sens des conceptions et des connaissances déjà acquises par la personne. En effet, il est difficile pour un patient de changer ses croyances, ses connaissances et ses compétences. Pourtant,

d'après Giordan (2010), le nouveau savoir est complètement acquis lorsque le précédent paraît dépassé.

Au vu des limites et des inconvénients des modèles précédemment présentés, Giordan propose un nouveau modèle appelé modèle allostérique. Dans son modèle, il part des trois hypothèses suivantes :

- L'importance des multiples interactions entre le patient, son corps, sa pathologie, son traitement, son entourage, etc.
- La prise en compte des multiples dimensions (émotions, ressentis, regard, pensées, etc.)
- L'introduction d'une pédagogie basée sur la transformation des conceptions du patient (Giordan, 2010).

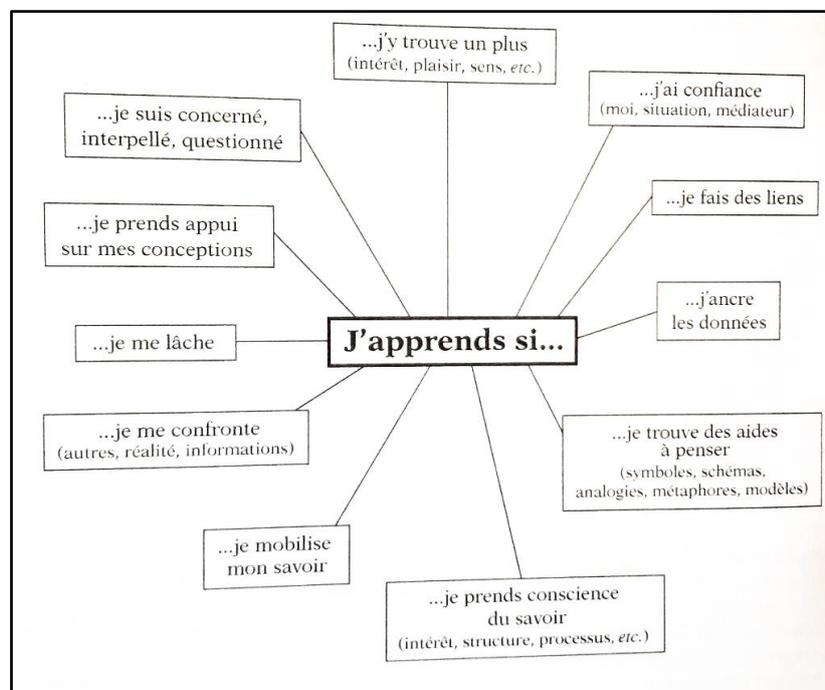


Figure 8 : Image présentant les conditions de l'apprentissage du modèle allostérique, d'après Golay, Lager & Giordan (2009)

Comme il a été montré avec différents modèles d'apprentissage, pour Golay, Lager & Giordan (2009) apprendre n'est pas uniquement un processus cognitif. C'est encore plus vrai lorsqu'il est question de changement de comportement. En effet, différents facteurs, notamment cognitifs, biologiques, socioculturels, affectifs et émotionnels sont fortement en interaction et conditionnent l'apprentissage et les changements de comportement par le patient (Golay, Lager & Giordan, 2009).

Les dimensions de l'apprentissage sont les suivantes (Lagger et *al.*, 2008 et Golay, Lagger & Giordan, 2009) :

- La dimension *perceptive* fait appel aux sensations comme par exemples les tensions, la faim, la soif, les douleurs, la respiration ou encore la posture qui envoient des messages au cerveau. Il est important que le patient puisse ressentir et identifier ces éléments car cela va permettre lui d'analyser et de comprendre ce qu'il se passe dans telle ou telle situation. Il va pouvoir ensuite se s'appuyer sur ces ressentis pour mettre en place des actions et les adapter au fil des apprentissages.
- La dimension *affective* correspond aux émotions, aux ressentis, au plaisir, à la joie ou encore à la confiance (du patient en lui-même et du patient envers le soignant) et vont conditionner le patient dans son apprentissage. Cette dimension est intéressante pour le soignant car il a un levier auprès du patient et notamment en travaillant sur la confiance, en renforçant les éléments positifs chez le patient et donc en installant une dynamique favorable à l'apprentissage.
- La dimension *cognitive* est constituée des connaissances, des explications, de la mémorisation. Le soignant peut s'appuyer sur des dessins ou des schémas, des questionnaires ou encore donner des textes pour faire des liens entre différents concepts et l'aider dans sa compréhension de sa situation et dans ses apprentissages.
- La dimension *métacognitive* correspond à une prise de recul sur l'apprentissage ou à un "zoom arrière" d'une situation. Cela permet au patient et au soignant de faire un temps-mort sur une situation pour l'analyser et en tirer des conclusions et par exemple permettre de consolider des gestes ou alors de faire des modifications chez le patient.
- La dimension *infracognitive* fait référence aux raisonnements intimes, aux pensées automatiques et aux émotions enfouies chez le patient. Les soignants devraient donc être attentifs à cette dimension en particulier lorsque le patient pose des objectifs de santé pas réalistes ou qu'il a des attentes utopiques afin d'éviter un échec et en particuliers les pensées automatiques qui peuvent suivre (perte d'espoir, sentiment d'être bon à rien, etc.). Cela risque de faire entrer le patient dans un cercle vicieux négatif.

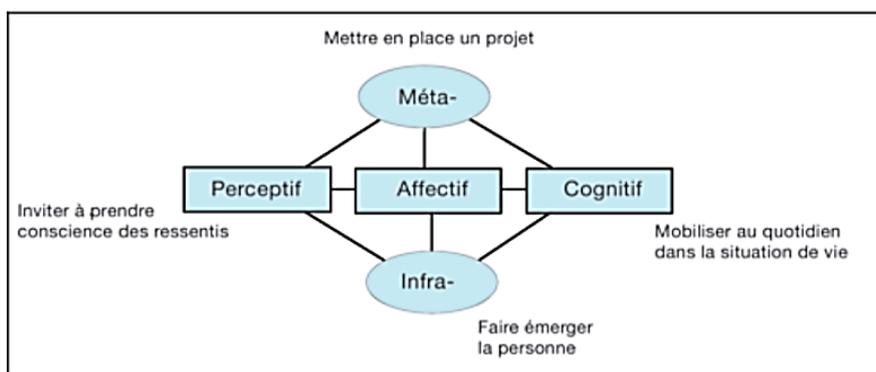


Figure 9 : Schéma représentant les cinq dimensions en éducation thérapeutique, d'après Lager, G et al., Médecine, 2008.

### 5.3. Modèle de la transition

Le travail se concentrant sur une équipe infirmière en soins aigus et ses interactions avec les patients, voici un modèle de soins infirmiers qui paraît pertinent et adapté à la thématique de ce projet de DAS. Il s'agit du modèle de la théorie intermédiaire de la transition proposé par Afaf Ibrahim Meleis. C'est est une infirmière Égyptienne née en 1942, qui a pris sa retraite en 2016 après plus de cinquante ans de carrière passés dans de nombreux pays. Depuis ses débuts professionnels, elle s'est intéressée aux transitions vécues par les personnes tout au long de leur vie. Selon Alligood (2014), Meleis s'est intéressée à différents domaines de la transition. Cela concerne la transition des migrants, la transition chez les personnes âgées ou encore de la transition des patients en convalescence ayant bénéficié d'une chirurgie cardiaque (Shih, Meleis, Yu et al., 1998).

Dans ses travaux, Meleis définit la transition comme un mouvement d'un état à un autre ou le passage d'une condition ou d'une situation à une autre (Laporte et Vonarx, 2016). Lors d'une transition, la personne subit des changements sur son état de santé, ses relations, ses rôles et son identité et ses attentes. D'après Alligood (2014), Meleis met en lien la transition et les quatre concepts centraux des soins infirmiers à savoir les soins infirmiers, la personne, la santé et l'environnement de la façon suivante :

- Les soins infirmiers : les infirmières sont les intervenantes principales soignants des patients et des familles qui traversent une période de transition.
- La personne : les transitions vécues par une personne peuvent provoquer un changement dans son identité, ses rôles sociaux, ses compétences et ses comportements ainsi que ses relations avec son entourage. Son quotidien, son environnement et ses interactions sont conditionnés par la nature, les conditions, la signification et son expérience de la transition vécue.

- La santé : les transitions sont des phénomènes complexes et multidimensionnels et toute transition se traduit par des évolutions dans le temps.
- L'environnement : la vulnérabilité que vit la personne est en lien avec son expérience de la transition, ses interactions avec ses proches et les conditions de l'environnement. Cette vulnérabilité expose la personne à des dégâts potentiels, une convalescence retardée ou des difficultés d'adaptation.

La théorie de la transition est composée de cinq concepts centraux, eux-mêmes ayant plusieurs facteurs. Ces concepts sont les types et modèles de transition, les propriétés nécessaires au processus de la transition, les conditions de la transition, les modèles de réponses et les thérapeutiques du soin de la transition.

- Les types et modèles de transition :
  - Le type développemental (par exemple : de l'enfance à l'adolescence, de l'adolescence à l'âge adulte, de l'adulte à la vieillesse ou encore de la vieillesse à la mort).
  - Le type situationnel (par exemple : la perte ou l'accueil d'un proche, le changement de cadre de vie comme l'institutionnalisation, l'hospitalisation ou le retour à domicile).
  - Le type santé/maladie (par exemple : du bon état de santé à la maladie aiguë ou chronique, de l'hôpital au domicile, à la réadaptation).
  - Le type organisationnel correspond à un changement de conditions environnementales comme la mise en place de nouvelles pratiques ou de changement de personnel de soins.
  - Les modèles de transition : simple (une transition), multiple (deux transitions ou plus en même temps), séquentiels, simultanés (au même moment), relié ou non relié.
  
- Les propriétés nécessaires au processus de la transition :
  - La conscience qui correspond à la perception et la reconnaissance qu'un patient ressent par rapport à son expérience de transition.
  - L'engagement qui est en lien avec le degré d'implication de la personne qui vit une période de transition.
  - Les changements vécus ou les différences qui représentent l'écart entre ce que la personne attendait de sa transition et le résultat de cette transition.
  - La durée qui représente la période qui va du début à la fin de la transition.

- Les points ou événements critiques de l'expérience de la transition, comme par exemple, l'annonce d'un diagnostic.
- Les conditions de la transition sont les éléments qui facilitent, ou au contraire, empêchent le processus de transition et qui vont influencer la façon dont la personne va pouvoir y répondre. Il y a deux types de conditions :
  - Les conditions personnelles comme les croyances, les représentations, les connaissances, les influences culturelles, la préparation ou encore statut-économique de la personne.
  - Les conditions communautaires et sociales qui correspondent au soutien déployé par l'entourage ou la société.
- Les modèles de réponses face à la transition
  - Les indicateurs de processus qui correspondent au rapport que le patient a envers sa santé, son environnement et son entourage.
  - Les indicateurs de résultats qui sont l'objectif d'une transition de santé réussie. Cela peut être la maîtrise ou le renouvellement de l'identité d'une personne qui traverse une transition.
- Les thérapeutiques du soin de la transition prennent trois formes différentes
  - L'évaluation de la préparation au processus de transition
  - La préparation au processus de transition
  - Le rôle de suppléance à la transition.

Il est important qu'une personne qui doit faire face à une période de transition en ait conscience, car celle-ci a une influence sur l'engagement de la personne face à sa transition. Or, si elle n'en n'a pas conscience, elle ne pourra pas s'aventurer dans son processus de transition. En effet, si toute transition implique un changement, tout changement ne signifie pas qu'il y ait un processus de transition derrière (Laporte et Vonarx, 2016).

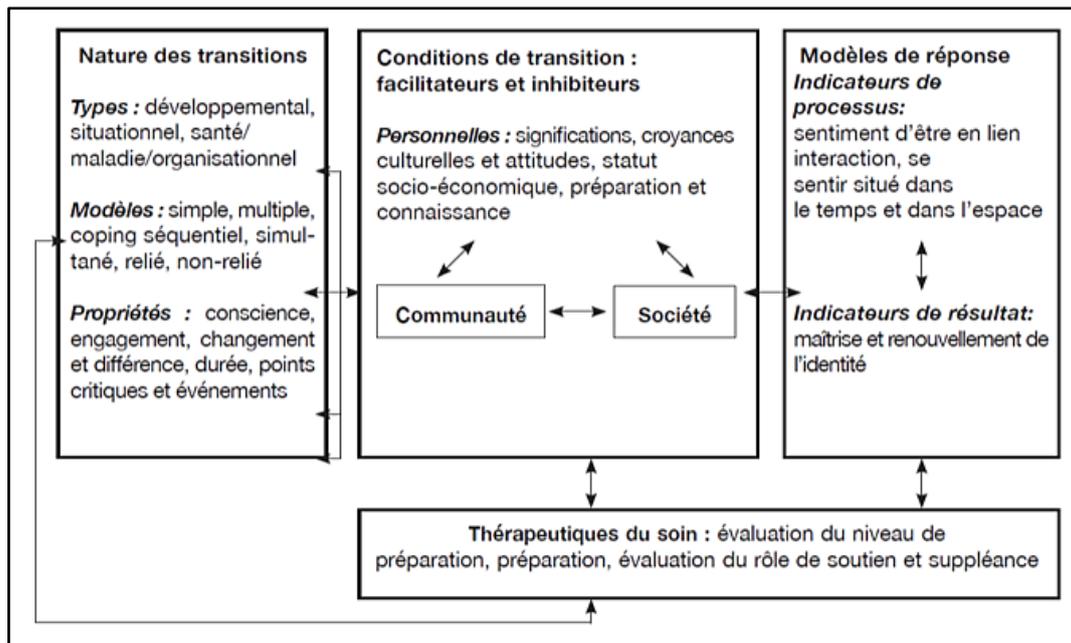


Figure 10 : Schéma illustrant le modèle théorique de la transition selon Meleis et la relation entre les concepts. Image traduite et adaptée en français, repérée chez Laporte, P. & Vonarx, N. (2016).

#### 5.4. Modèle des besoins fondamentaux

Le modèle théorique utilisé dans les équipes infirmières au CHUV est le modèle des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson. C'est également le modèle étudié le plus en profondeur et le plus utilisé lors de la formation de base des infirmières dans les Hautes Écoles de santé de Suisse romande, car c'est un modèle relativement facile à comprendre et à appliquer en situation de soins.

Virginia Henderson est née en 1897 et décédée en 1966 aux États-Unis. Durant sa carrière, elle a été à la fois infirmière, enseignante, théoricienne et a fait de la recherche en sciences infirmières. Au fil de ses travaux, Virginia Henderson a postulé que la personne est un tout ayant quatorze besoins fondamentaux. Selon elle, un besoin est plus une nécessité qu'un manque (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Lorsqu'un besoin demeure insatisfait chez un patient, cela signifie qu'il n'est pas « complet » ou « entier », et donc qu'il n'est pas « indépendant ». C'est pour cela que tout être humain tend vers l'indépendance dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

D'après Virginia Henderson, l'infirmière a pour mission de soutenir le patient à réaliser les activités qui aident à sa santé et à sa guérison lorsque celui-ci est dans l'incapacité de le faire lui-même. Pour aider les patients dans la satisfaction des besoins fondamentaux, l'infirmière

ne fait pas tout à la place du patient - ou pour le patient - mais elle comble ce qu'il lui manque pour être complet et indépendant (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Pour ce faire, elle peut remplacer la personne, la compléter ou la substituer, la renforcer ou lui ajouter de la force, de la volonté ou des connaissances. Le but est que rapidement le patient retrouve la satisfaction de ses besoins fondamentaux et que sur le long terme, il soit à nouveau dans un état d'indépendance à la satisfaction de ceux-ci (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Selon Henderson, les activités infirmières se limitent à intervenir lorsque le patient est dans une situation de non-satisfaction de ses besoins fondamentaux. Le but de l'infirmière est donc que celui-ci retrouve son indépendance le plus vite possible (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Les quatorze besoins sont présentés et décrits dans le tableau ci-dessous.

Besoin	Description du besoin
1. Respirer	Maintenir des échanges gazeux suffisants et une bonne oxygénation.
2. Boire et manger	Manger, mâcher, déglutir, avoir faim/soif.
3. Éliminer	Selles et urines et assurer une hygiène intime.
4. Se mouvoir et maintenir une posture adéquate	Se déplacer seul ou avec des moyens mécaniques.
5. Dormir et se reposer	Se sentir reposé, gérer sa fatigue / son énergie.
6. Se vêtir et se dévêtir	Avoir des habits adaptés à la situation.
7. Maintenir une température corporelle normale	Adapter ses habits et son environnement selon la température.
8. Être propre et protéger ses téguments	Se laver, maintenir niveau d'hygiène, entretenir sa peau, sentir un bien-être et se sentir beau.
9. Éviter les dangers de l'environnement	Maintenir intégrité physique et mentale, en connaissances des dangers potentiels, éviter de blesser les autres.

10. Communiquer avec ses semblables	Se faire comprendre avec la parole / attitude / code ; s'insérer dans un groupe social et vivre des relations affectives et sexuelles.
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs	Avoir des principes, donner sens à sa vie.
12. S'occuper en vue de se réaliser	Se sentir utile et conserver son estime de soi ; activités ludiques ou créatrices, des loisirs.
13. Se récréer	Se détendre, se cultiver, activité plaisante.
14. Apprendre, découvrir et satisfaire sa curiosité	S'adapter, suivre le développement « normal » et de santé, utiliser les infrastructures de santé disponibles.

Figure 11 : Tableau représentant les quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson.

Il faut noter que le dernier besoin fondamental présenté par Virginia Henderson, le besoin d'apprendre, peut être mis en lien avec les notions présentées précédemment avec le modèle de l'ETP et les notions d'apprentissage. En effet, toute personne a besoin d'apprendre toute sa vie, notamment pour s'adapter et faire à de nouvelles situations de vie ou de maladie. L'infirmière doit en avoir conscience pour adapter sa prise en charge et l'approche éducative qu'elle va mettre en place.

## 6. Objectifs du travail de DAS

### 6.1. Objectifs personnels

Afin de poser des objectifs pour ce travail, j'ai essayé de regarder le projet de DAS selon différents points de vue. Tout d'abord, l'objectif principal est que je puisse travailler ma posture en tant que coordinatrice de projet ETP. En effet, c'est la première fois que je suis amenée à endosser ce rôle et je souhaite faire évoluer ma pratique en développant de nouvelles compétences de coordinatrice de projet.

Un autre but que je me suis fixé est de rendre ce projet de DAS le plus simple possible à réaliser pour l'équipe soignante afin de lui donner une chance de se pérenniser. Puisque j'ai la double casquette de coordinatrice de projet et de soignante au chevet du patient, je me rends parfaitement compte du quotidien et de la réalité des infirmiers de division de chirurgie

cardiaque comme la difficulté d'organisation en lien avec le nombre de mouvements de patients, le fait de jongler entre différentes spécialités médicales, le manque de temps ou le fait de travailler régulièrement en sous-effectif.

De fait, je sais que si le projet est trop « chronophage » ou pas adapté à la réalité du terrain, il ne sera pas adopté par l'équipe infirmière et risque donc d'échouer. Un autre objectif personnel que je me suis fixé est de réussir à susciter de l'intérêt autour de la thématique de l'ETP dans mon unité de soins à travers ce projet de DAS et pourquoi pas ouvrir de nouvelles portes par la suite.

## **6.2. Objectifs pour les soignants**

Un but du projet est que la sortie de fasse dans des meilleures conditions à la fois pour le patient mais également pour ses proches, c'est-à-dire que c'est sécurisant de faire le point avec un soignant avant qu'il quitte l'hôpital. La sortie se fait avec moins de stress, le patient a une plus de confiance en ses compétences et capacités et ça lui permet également d'identifier ses limites. Le but pour le soignant est qu'il arrive à accompagner le patient sur son chemin d'apprentissage, c'est-à-dire que le patient comprenne ce qui lui arrive lors de l'hospitalisation, qu'il puisse développer des connaissances et des compétences propres et qu'il arrive à identifier ses ressources et à solliciter le réseau en cas de besoin.

Un autre objectif du projet est la construction et la mise en place d'un outil de préparation à la sortie des patients, afin d'évaluer ses besoins et d'y répondre au plus près, mais également de voir venir et d'anticiper des complications évitables. Cela pourrait permettre, le cas échéant, d'argumenter pourquoi un patient n'est pas prêt à quitter le service. Ce ne serait donc plus seulement un sentiment souvent viscéral que le soignant a mais qu'il n'arrive pas à expliquer. Cela apporterait de la valorisation aux soignants dans leur rôle propre. De plus, ce projet pourrait augmenter la satisfaction de certains infirmiers, en ayant l'impression d'avoir bouclé la boucle avec le patient et d'avoir un travail bien fait, non bâclé et en sachant que le patient quitte l'hôpital de façon sécuritaire.

## **6.3. Objectifs pour un chef de service**

Maintenant, si j'essaie de prendre un peu de distance et d'élargir mon regard, ce projet pourrait avoir des résultats intéressants pour un chef de service et notamment sur l'amélioration de certains indicateurs de hospitaliers comme la DMS (durée moyenne de séjour) ainsi que sur le taux des ré-hospitalisations. Ces aspects ont un lien direct avec la gestion des coûts du

service et à plus large échelle, sur les coûts de la santé en général. Il est aussi intéressant d'observer que dans le système de tarification des séjours hospitaliers SwissDRG, il y a une pénalisation pour les institutions en cas de réadmissions. Cela prend en compte tout patient ré-hospitalisé dans les 18 jours après sa sortie pour une affection ressortant de la même *Major Diagnostic Category* (MDC). Une MDC est un ensemble de DRG associé à un système anatomo-physiologique spécifique. En l'occurrence, la plupart des patients du Département Cœur-Vaisseaux vont se situer dans le numéro 05 : « Maladies et troubles de l'appareil circulatoire ».

Si un patient est à nouveau hospitalisé dans les dix-huit jours suivant sa sortie pour un problème circulatoire, les séjours seront regroupés dans le même DRG, et il y a un risque que le patient dépasse la limite supérieure de la durée de séjour, avec une baisse du remboursement pour les journées supplémentaires. Ce qui signifie que si, avec la ré-hospitalisation, la durée d'hospitalisation dépasse ce qui est accordé par SwissDRG, l'hôpital risque d'être moins remboursé. Cette règle a pour but d'encourager les hôpitaux à éviter les complications et donc les ré-hospitalisations et que le patient puisse quitter l'hôpital dans de bonnes conditions et à l'inverse à pénaliser les institutions qui renvoient leurs patients trop rapidement à domicile. Ci-dessous, voici un extrait du Manuel de Codage des SwissDRG.

*Règle D16c : [...] Cette règle a pour but de favoriser aussi les regroupements lors des réhospitalisations en raison d'une complication du traitement du séjour précédent. Si un patient est réadmis (réhospitalisation ou retransfert) dans le même hôpital dans un délai de 18 jours à compter de la sortie pour une maladie ou un trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique (complication) en relation avec la prestation fournie durant le séjour précédent, il faut prendre en compte: aussi bien le diagnostic principal qu'un diagnostic supplémentaire peut entraîner une maladie ou un trouble après un acte à visée diagnostique et thérapeutique et donner lieu à une réhospitalisation.*

Un autre aspect qui n'est pas un objectif en soi, mais qui peut être intéressant pour un chef de service est la plus-value d'un tel projet auprès d'autres services ou d'autres hôpitaux. En effet, c'est un projet et une thématique plutôt atypique pour un service de soins aigus qui est souvent plus axé procédures « techniques ». Mais cela montre une diversité de son équipe et c'est aussi un signe de confiance et d'ouverture de parier sur un tel projet.

## **6.4. Objectifs pour le patient**

Les objectifs pour le patient sont fortement en lien avec les objectifs des soignants, et en particuliers le fait de cheminer sur le terrain de l'apprentissage. En effet, le but est qu'avec ce projet, le patient se sente écouté et compris par les soignants, qu'il développe les ressources, les connaissances et les compétences nécessaires pour rentrer à domicile de façon sécuritaire. Il est important que le patient se sente suffisamment en confiance avec l'équipe soignante pour la solliciter en cas de besoin pour qu'ils arrivent ensemble à trouver des pistes de solutions.

## **6.5. Finalités du projet de DAS**

Bien que de nombreux objectifs aient été proposés, il faut garder en tête que les deux grandes finalités de ce travail sont, premièrement de travailler et développer ma posture de coordinatrice de projet en ETP et, deuxièmement, de sensibiliser les soignants à l'éducation thérapeutique. Le projet autour de la préparation à la sortie du patient opéré est finalement qu'un prétexte pour parvenir à ces deux finalités.

# **7. Construction et avancée du projet**

Dans ce chapitre, les différentes étapes réalisées tout au long du projet de DAS vont être présentées. Cela comprend entre autres la présentation du sociogramme réalisé au début du projet, l'identification des personnes clés, la constitution et la mise en place du "focus group", la présentation des objectifs de l'équipe projet, les différentes étapes de planification du projet, l'identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces du projet, la formation réalisée autour du projet auprès des soignants du service ainsi que la création et la mise en test de l'outil IABP.

## **7.1. Sociogramme et protagonistes concernés par le projet**

La première étape dans la construction du projet a été d'identifier quelles sont les parties prenantes à mon projet et quels sont les intervenants potentiellement touchés par le projet de préparation à la sortie de patients ayant bénéficié d'une chirurgie cardiaque. Même s'ils ne sont pas tous touchés de la même façon, il y a différents professionnels de la santé qui sont en contact régulièrement et qui se sentent concernés et se préoccupent de la problématique de la préparation à la sortie de l'hôpital pour des patients ayant été opérés au cœur. La

représentation ci-dessous montre le sociogramme réalisé à T0, soit au début du projet de DAS. Pour des raisons de lisibilité, il est également présenté en annexe 6 de ce travail.

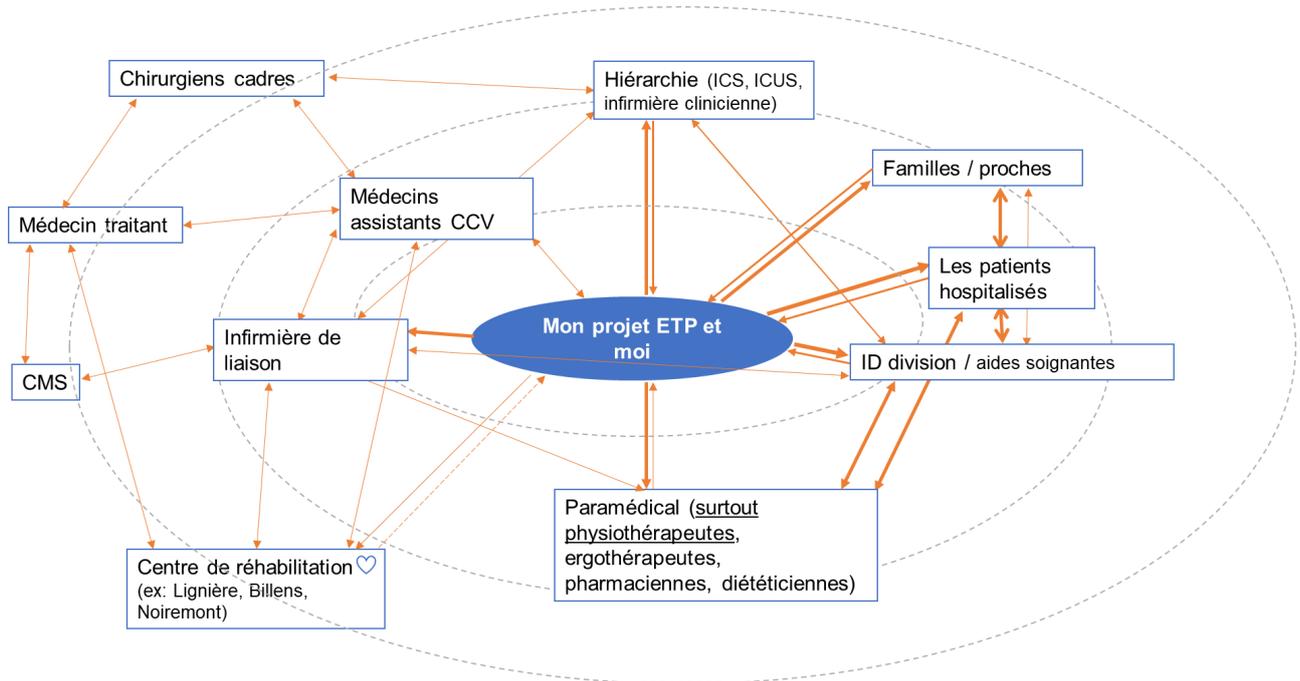


Figure 12 : Illustration du sociogramme réalisé au début du projet de DAS (novembre 2018)

En premier lieu, ou dans le cercle le plus proche de mon projet ETP, j'ai repéré mes collègues directs, soit les infirmiers et les aides-soignantes de la division, les patients opérés cardiaques, l'infirmier chef de service, l'infirmière cheffe d'unité de soin, l'infirmière clinicienne spécialisée, l'infirmière de liaison qui s'occupe des projets de réadaptation de chaque patient.

Au niveau supérieur, j'ai identifié les médecins assistants en charge des patients et dont les priorités sont l'évolution, le suivi post-opératoire et la gestion d'éventuelles complications. Ils n'accordent que peu de temps à la préparation à la sortie. À ce deuxième niveau, j'ai également identifié les proches et le réseau du patient, les autres métiers du paramédical et en particuliers les physiothérapeutes. Au troisième niveau, j'ai repéré les médecins chefs de services et les centres de réadaptation cardiaque (particulièrement La Lignière, Billens et le Noiremont).

Dans le cadre de ce projet, et pour des soucis de réalisation, de temps et de moyens à disposition, le parti a été pris de solliciter et d'inclure uniquement le premier cercle qui est constitué de mes collègues infirmiers et les aides-soignantes de la division de chirurgie cardiaque, le patient opéré et ses proches mais également les cadres hiérarchiques infirmiers (ICS, ICUS), l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière de liaison.

En effet, pour ce projet, il a été difficile d'intégrer les médecins assistants notamment à cause du tournus et du roulement du personnel et donc avec les difficultés organisationnelles que cela entraîne. J'ai également choisi de ne pas inclure les physiothérapeutes, car l'équipe est grande et intervient dans plusieurs services et il y a un roulement important de personnes. Il a été également difficile d'inclure les différentes équipes des CMS (Centre Médico-social) et les médecins traitants des patients. En effet, étant donné que les patients viennent de tout le canton de Vaud, voire de toute la Suisse Romande, les médecins traitants et les soins à domicile représente un réseau extrêmement large et varié et donc il paraît compliqué de les inclure dans le projet.

En revanche, si tout le réseau identifié dans le sociogramme n'a pas été intégré dans ce projet, on peut imaginer inclure les médecins, les physiothérapeutes dans un deuxième temps, une fois le projet de DAS pérennisé au niveau des infirmiers. On pourrait également imaginer des rencontres interprofessionnelles une fois par mois pour aborder des thématiques de l'ETP comme l'apprentissage ou la motivation au changement et ainsi créer une culture "ETPiste" au sein du service. Au fur et à mesure des rencontres, on pourrait imaginer inviter dans nos rencontres des médecins traitants ou des médecins ou des infirmières de CMS, dans l'idée de faire susciter de l'intérêt autour de l'ETP à de nouveaux soignants.

## 7.2. Constitution de l'équipe projet

Depuis le début du CAS, c'est avec mon infirmier chef de service (ICS) que je discute lorsqu'il s'agit de définir les contours du projet ou de négocier des ressources (personnes ou temps à disposition) car il a été preneur lorsque je lui ai parlé du projet. Il aime les idées innovantes et les initiatives personnelles des infirmières de ses équipes. Dans le courant décembre 2018, nous avons eu un rendez-vous où je lui ai réexpliqué le but du DAS. Nous avons également discuté du fait que je devais former une équipe projet et que je devais réaliser une enquête de terrain pour faire ressortir les besoins de l'équipe. Pour évaluer quelles ressources il allait me mettre à disposition, il m'a demandé de faire une étude de faisabilité et de préciser les idées clés de mon projet et de le recontacter pour lui présenter ces éléments.

Nous nous sommes revus début janvier, où je lui ai présenté l'étude de faisabilité réalisée et expliqué ce que je souhaitais mettre en place dans le service et pourquoi. Il s'est montré très intéressé et il a été décidé que j'avais 2 x 2 heures à disposition pour deux infirmières (une collègue et moi) pour mon étude de besoins et que ma cheffe (infirmière cheffe d'unité de soins, ICUS) le ferait sur son temps de travail.

La constitution de l'équipe projet, s'est faite en collaboration avec mon chef de service : en effet, il souhaitait des infirmières avec différentes expertises et différents niveaux d'expérience pour que ce soit représentatif de notre équipe infirmière. Il a aussi suggéré que ma cheffe directe Alexandra soit présente dans ce groupe et s'investisse dans le projet. Il a également souhaité une infirmière récemment diplômée et une infirmière avec plus d'expérience dans le groupe-projet.

L'étape suivante a été de réaliser l'enquête et l'analyse des besoins de l'équipe qui s'est faite en deux séances. Une enquête de besoins des patients et de leurs proches s'est faite en parallèle. L'analyse a pour but de faire ressortir des besoins emblématiques chez les patients et dans l'équipe infirmière. Cela permet de voir si les besoins coïncident entre les patients et les soignants, s'ils se complètent ou s'il y a une discordance.

Comme j'étais à l'origine de ce projet de DAS, c'est moi qui ai organisé et fixé les séances selon besoins et avancées du projet et selon les disponibilités de mes collègues. J'ai demandé à ma cheffe de réserver la salle nécessaire, mais je me suis assurée qu'elle soit disponible le moment voulu. Je me suis engagée à rédiger et à diffuser un « PV » de chaque séance.

Étant donné que nous sommes un petit groupe projet, je me suis efforcée de discuter en personne avec les différents membres du groupe concernant les disponibilités et la prise de rendez-vous. Lorsque ce n'a pas été possible de le faire en face à face à cause des horaires irréguliers, j'ai utilisé principalement WhatsApp® avec Nathalie, ma collègue car c'est le moyen le plus rapide et efficace pour être en contact. Pour les discussions ou annonces formelles, j'ai utilisé les boîtes mail du CHUV car cela laisse une traçabilité et c'est le mode « officiel » de l'Institution.

### **7.3. Personnes clés au projet**

Les personnes de l'équipe projet (ou *focus group*) sont :

- Marie-Laure (moi) qui suit une infirmière diplômée « sénior » avec plus de quatre ans d'expérience dans le service. Les compétences attendues sont l'expertise en ETP acquise lors du CAS et des modules du DAS ainsi que compétences à développer autour de la gestion de projet.
- Nathalie est une infirmière diplômée « junior » avec une année d'expérience dans le service. Elle a suivi un module autour de l'ETP lors de sa formation de base d'infirmière. Les compétences attendues sont la volonté d'amélioration de la qualité des soins aux patients, ainsi qu'un regard neuf sur la situation actuelle de soins.

- Alexandra est l'ICUS de la division de CCV. Elle a de l'expérience sur le terrain mais aussi dans la gestion d'équipe. Elle a pu voir l'évolution des soins au cours des années et a vécu différentes périodes de crise dans l'équipe au fil des années. Elle connaît bien la réalité des soins et fait figure d'autorité dans l'équipe.

Deux infirmiers ne sont pas intégrés directement au groupe projet :

- Arnaud est l'Infirmier Chef de Service et le « commanditaire » du projet et décideur ; il donne son avis et accorde les ressources négociées. Il est également au 2<sup>ème</sup> plan comme personne soutien à l'équipe projet.
- Catherine est l'infirmière clinicienne spécialisée du service ; elle a un Master en recherche infirmière. Elle suit le projet de loin et apporte son soutien dans l'avancée du projet, notamment pour ce qui est du cadre de référence et de la recherche de littérature scientifique.

#### **7.4. Objectifs de l'équipe projet**

Le premier objectif de l'équipe projet a été de m'aider à établir les besoins de l'équipe infirmière pour le projet que je souhaite développer dans l'unité de soins où je travaille. Une fois les besoins de transformation et de formations identifiés et validés, l'équipe projet a eu pour but de clarifier l'orientation du projet, à savoir la conception puis la mise en test d'un outil pédagogique.

Le groupe projet a ensuite pu s'intéresser à l'évaluation du processus global, c'est-à-dire la formation donnée à l'équipe infirmière, l'outil créé ainsi la mise en place du projet dans le service pour faire ensuite les ajustements nécessaires. Un autre objectif de l'équipe projet est d'aider à porter le projet et à le rendre visible au sein de l'équipe tout au long de sa construction, afin qu'il ne soit plus considéré comme mon projet mais que l'ensemble des soignants du service puissent se l'approprier.

#### **7.5. Les grandes étapes de la planification du projet**

Pour se projeter dans le travail de DAS et dans sa planification, la première étape a été de lister les tâches principales qui composent le projet, de l'étude du contexte à la préparation à la soutenance et la création du poster. Ensuite, j'ai choisi d'utiliser le diagramme de Gantt car il permet de visualiser dans le temps les différentes tâches identifiées et leur articulation. Bien

sûr, cette planification m'a aidé à la conduite du projet, mais les étapes ne sont pas restées figées dans le temps. Cet outil a surtout servi de guide et de repère, car il a été ajusté et modifié au fur et à mesure de l'avancée du projet. Dans le tableau ci-dessous, en bleu marine, il s'agit de la planification imaginée lors du module 6 du DAS, soit en début 2019. En bleu plus clair, une version adaptée au gré de l'évolution du projet, plus proche de la réalité.

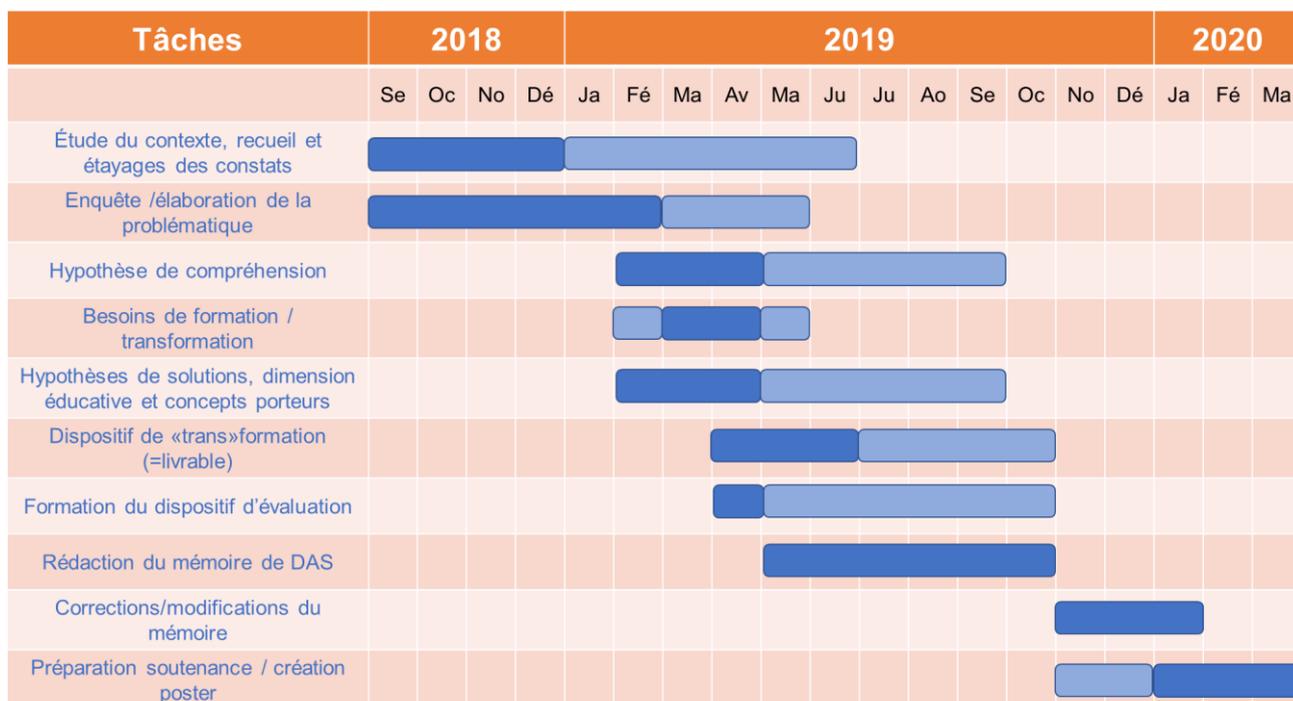


Figure 13 : Tableau présentant les grandes étapes de la planification et leur durée dans le temps.

## 7.6. Identifications des forces, faiblesses, opportunités et menaces

Afin de pouvoir mener le projet à bien, j'ai identifié différents éléments qui peuvent avoir une influence sur la construction et l'avancée du projet. Les forces et les opportunités sont des facteurs qui peuvent aider à la réalisation du projet et sur lesquels je dois m'appuyer. À l'inverse, je dois être consciente des faiblesses et les menaces qui peuvent potentiellement mettre en danger le projet.

	ATOUTS	HANDICAPS
ORIGINE INTERNE (= équipe)	<p>➤ <b>Forces :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Équipe infirmière dynamique avec une bonne cohésion.</li> <li>○ Motivation de l'équipe infirmière ; équipe preneuse de nouveautés et de changements</li> <li>○ Insatisfaction des soignants, de certains patients (+proches) et de la hiérarchie par rapport à la préparation actuelle à la sortie</li> <li>○ Volonté des chefs d'améliorer la qualité des soins ; preneurs de projets innovants.</li> </ul>	<p>➤ <b>Faiblesses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Renouvellement de l'équipe (départs/arrivées)</li> <li>○ Manque de connaissances et d'expérience en ETP</li> <li>○ L'ETP n'est pas une priorité pour certains soignants.</li> <li>○ Certains soignants pensent qu'ils font déjà de l'ETP (comme donner des informations et des enseignements).</li> <li>○ Peu de temps et de ressources dédiés à la construction du projet.</li> <li>○ De nombreux projets institutionnels s'ajoutent régulièrement au travail habitue et projet déjà en cours.</li> </ul>
ORIGINE EXTERNE	<p>➤ <b>Opportunités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Groupe « Performance » : optimisation de la DMS en liens possibles avec mon projet DAS.</li> <li>○ Volonté d'un Médecin chef cardiologie de développer les connaissances chez les patients à potentiel projet ETP à mettre en place.</li> <li>○ Swiss DRG.</li> </ul>	<p>➤ <b>Menaces :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nature du service : soins somatiques aigus ; philosophie de soins = paternalisme, le soignant sait.</li> <li>○ Organisation du service.</li> <li>○ Réalité du terrain (urgences [vitales], entrées / départs / transferts d'unités, etc.).</li> <li>○ Méconnaissance de l'ETP dans le Département, pas d'encadrement.</li> <li>○ Manque de financement pour l'instauration de projet en ETP (hors projet de DAS)</li> <li>○ Manque de pluri / interdisciplinarité</li> <li>○ Difficulté de pérennisation de ce travail.</li> </ul>

Figure 14 : Tableau qui regroupe différents facteurs identifiés qui peuvent avoir un impact sur l'avancée et la réalisation du projet.

## 7.7. Formation des soignants autour du projet ETP

Depuis début de l'année 2018, le Département a introduit des mini-formations bimensuelles pour les soignants qui ont lieu un lundi sur deux, de 15 à 16 heure dans la salle de colloque du 16ème étage. Le but de ces formations est de pouvoir approfondir un sujet donné en lien avec la patientèle du service. Les thèmes sont divers et variés. Cela va des pansements en aspiration types V.A.C®, aux surveillances des assistances ventriculaires, mais également du processus de mise en liste de greffe à des analyses de situations critiques ou encore de la lecture des radiographies pulmonaires à des présentations sur les nouveaux médicaments anticoagulants oraux, etc.

Ces cours sont souvent donnés par un intervenant interne au DCV (médecins, infirmiers, physiothérapeutes ou encore pharmaciens), mais parfois c'est un intervenant externe comme le représentant des VAC® pour le traitement des plaies par pression négative.

La formation est proposée pour les soignants (principalement infirmiers et aides-soignants) pour les services de chirurgie cardiaque et de cardiologie (soins continus et division) mais également de chirurgie vasculaire du CHUV.

C'est lors de ces formation bi-mensuelles que j'ai fait une présentation d'une heure autour de l'ETP et de mon projet de DAS. Malgré les négociations, c'est tout ce que j'ai réussi à obtenir, en tout cas, dans un premier temps, car il y avait une certaine offre de formations et une liste d'attente. J'espère donc que, vu l'effet de ma présentation, mon chef changera d'avis par la suite et qu'on puisse imaginer une suite pour aller plus loin dans l'ETP. J'ai misé donc sur une présentation interactive et décalée de ce que les soignants ont l'habitude de suivre afin de me démarquer et de susciter de l'intérêt autour de l'ETP.

### 7.7.1. Concepts et thèmes à développer au cours de la formation

Durant la formation d'une heure, il y a eu un temps pour aborder la thématique de la réalité des patients et notamment l'importance de partir de leurs conceptions et représentations de la santé et de la maladie, des émotions et la dimension du vécu. Dans un deuxième temps, j'ai fait prendre un peu de hauteur à mes collègues et les ai amenés se questionner sur les représentations qu'ils ont sur les patients qu'ils soignent. Ensuite, je les ai incités à réfléchir sur la façon dont ils considèrent les patients et quel type de relation qu'ils ont avec eux (symétrique, asymétrique, etc.).

Un autre concept qui a été travaillé durant l'heure de formation tourne autour des connaissances des patients et des liens entre la motivation et le changement de comportement. Par exemple, un patient ou un soignant a envie d'arrêter de fumer (ou de perdre quelques kilos, de faire plus d'exercice physique, de manger mieux, ce à quoi il s'identifie le mieux) et il a bien compris les impacts positifs qu'un tel changement de comportement aurait sur son organisme (connaissances). Pour autant, a-t-il envie de changer de comportement (motivation) ? Va-t-il mettre en place des actions pour y arriver ? Si oui, comment (quel changement de comportement) ? On a exploré ce qui se passe derrière ces notions, et notamment les résistances que les patients peuvent avoir.

Beaucoup de ces concepts sont reliés, mais lorsqu'on travaille sur thème, on aborde en même temps une ou deux autres notions importantes à l'ETP. Je pense qu'en abordant tous ces concepts, on arrive à mettre en avant que l'ETP soit bien plus large que le fait de transmettre une information brute ou de faire un enseignement à un patient. Si les participants repartent avec ce message-clé, c'est déjà une petite victoire personnelle et que, sans pour autant parler de programme ETP en tant que tel, on peut alors parler d'esprit ETP dans les soins.

### 7.7.2. Ressources et contraintes de la formation

Une des contraintes identifiées est que la formation doit se faire sur l'étage d'hospitalisation des services de chirurgie cardiaque et de cardiologie. Ainsi, les participants qui arrivent à se libérer sur leur temps de travail pour une formation risquent à tout moment de devoir quitter la formation selon les appels et les besoins du service pour éventuellement revenir plus tard. Il y a également souvent des interruptions ou dérangements liés à des appels téléphoniques (gestions des flux de patients, appels des médecins, etc.). Malheureusement, pour l'instant, il n'y a pas la possibilité de poser ou donner le téléphone à un soignant qui reste dans le service pour pouvoir assister à la formation.

Comme mentionné précédemment, le lieu de formation est la salle de colloque du 16<sup>ème</sup> étage. Il s'agit d'une grande salle sans fenêtre pouvant accueillir une trentaine de personnes à la fois. Il y a de nombreux sièges à dispositions et en général, il y a quatre grandes tables au centre. Il y a du matériel standard : deux ordinateurs, un pointeur laser, un *beamer* et tableau de projection, un tableau blanc avec des stylos adaptés.

Le budget de participation à ce type de formation se compte en temps de professionnel. Un des intérêts de cette formation est que, comme la formation a lieu sur le temps de travail de la plupart des participants, le budget de formation reste relativement faible pour le service. En revanche, si un soignant vient de l'extérieur pour participer à la formation sur son temps libre,

il peut mettre le temps de formation (1 heure) plus trente minutes qui sont comptées pour les trajets dans son décompte horaire.

Cette formation gérée sur un mode volontaire qui ne nécessite pas d'inscription préalable. Le plus souvent, les soignants travaillant ce jour-là essaient de se libérer une heure pour pouvoir y participer. Entre 15 et 16 heures, c'est généralement le moment de la journée le plus « calme » et où c'est le plus facile de se libérer pour participer à la formation. Il y a aussi des collègues qui viennent sur leur temps libre car le thème de la formation les intéresse. En effet, nous recevons un mail mois par mois qui nous informe des dates et des thèmes des prochaines formations. De plus, ces formations sont annoncées sur l'Intranet du CHUV, il arrive donc parfois que des soignants d'autres services ou d'autres départements viennent assister à ces formations.

Tous ces éléments sont très contraignants pour la construction de la formation car il est difficile d'estimer le nombre de participants, qui varie beaucoup d'une séance à une autre. Cela peut aller de 3 à 15 personnes environ. Le nombre de participants va dépendre aussi de la charge de travail de la journée et s'il y a des mouvements ou des transferts de patients prévus durant le temps de formation ou s'il y a des urgences ou des patients instables.

### **7.7.3. Buts de la formation**

Le but premier de la formation a été de susciter de l'intérêt pour l'ETP et de faire réfléchir les participants sur les pratiques actuelles dans le service. À la fin de la formation, un changement attendu était donc une prise de conscience que chaque patient a des besoins, des ressources et compétences mais aussi des représentations de leur maladie différents. Ensuite, un autre objectif de la formation a été que les soignants essaient de comprendre où en est le patient dans son parcours de santé et de respecter et s'adapter à lui. Cela veut dire par exemple, ne pas faire les mêmes enseignements à tous les patients, mais de cibler les interventions infirmières en fonction des besoins évalués.

### **7.7.4. Construction du dispositif de formation et objectifs d'apprentissage**

Lors du module 7 du DAS, j'ai construit une formation d'une heure que je présenterai par la suite dans le cadre d'une formation bimensuelle du lundi après-midi auprès des soignants du DCV. Au vu des contraintes de temps et de ressources à disposition, j'ai construit la formation de A à Z toute seule. Une fois la validation du module obtenue, j'ai fait des modifications en tenant compte des commentaires de mon coach. J'ai également retravaillé la formation avec le focus group et Catherine, l'infirmière clinicienne spécialisée du service. Au vu des avis et

des retours de mes collègues, j'ai effectué des changements en particuliers en enlevant deux des quatre objectifs d'apprentissage. J'ai également prévu un temps pour présenter mon projet de DAS et faire des liens entre l'ETP et mon projet, ce que je n'avais pas prévu initialement.

La formation a commencé donc avec un moment d'introduction qui comprend l'accueil des participants, quelques mots sur le pourquoi de ce thème aujourd'hui, ce qui m'a attiré dans l'ETP, la présentation des objectifs d'apprentissage ainsi que quelques "règles" d'or pour le bon fonctionnement du groupe. On est passés ensuite au vif du sujet avec deux ateliers qui ont amené les participants à se questionner et à s'exprimer. Après ces ateliers où les soignants étaient "actifs", j'ai présenté quelques notions théoriques autour de l'ETP, tout en faisant des liens avec les ateliers précédents. Ensuite, j'ai abordé une partie où je parle de mon projet de DAS, ses buts, son déroulement, ses avancées, la création de l'outil et sa phase test. J'ai fini la présentation avec une conclusion où j'ai repris les objectifs d'apprentissage. J'ai demandé aussi aux participants avec quel concept ou quelle notion ils ressortent de la formation. J'ai laissé aussi la place aux questions et j'ai fini en les remerciant et en faisant passer un questionnaire d'évaluation de la formation. Pour plus de détails, une fiche pédagogique de la formation figure en annexe 7 de ce travail.

Comme il s'agit d'une formation courte et que je n'ai pas eu autant de temps que souhaité pour parler de l'ETP à mes collègues, je suis partie des besoins identifiés préalablement chez les soignants concernant l'ETP et j'ai choisi de poser un objectif d'apprentissage par besoin. Finalement, comme cela faisait trop d'objectifs et que ce n'était pas réaliste pour une heure de formation, on n'a gardé que les deux qui nous semblaient. Pour la séance de formation, les objectifs d'apprentissage sont donc les suivants :

- À la fin de la formation, les soignants sont capables de différencier, dans les grandes lignes, les notions d'ETP et celles de l'information/enseignement.
- À la fin de la formation, les soignants ont saisi l'importance de partir du patient (ses besoins, ressources, compétences, résistances, émotions, représentations, conception) et de sa situation de soins ou de sa maladie.

Outre les objectifs d'apprentissages mentionnés précédemment, un objectif de formation que j'ai posé, personnellement, en tant que formatrice a été de susciter de l'intérêt et des questions autour de l'ETP et des pratiques actuelles dans nos soins.

### 7.7.5. Stratégies pédagogiques

Un de mes objectifs a été de proposer une formation différente de ce qu'on voit classiquement lors de ces présentations bimensuelles, à savoir un cours avec un enseignant qui débite ses connaissances et où la transmission d'information se fait de façon unidirectionnelle, avec éventuellement des questions à la fin. Je souhaitais leur proposer quelque chose de différent pour eux, qui sorte du cadre des formations dont ils ont l'habitude. J'ai essayé de proposer une formation vivante, avec des échanges et en bousculant un peu les participants dans leurs habitudes, connaissances, croyances et représentations pour les amener à réfléchir sur les pratiques actuelles.

Je me suis appuyée sur quatre des lois de l'apprentissage de l'adulte. En effet, sept lois de l'apprentissage de l'adulte issues de différentes théories (Llorca, 2018) disent qu'on apprend en... :

1. ... **déstructurant-restructurant ses connaissances.**
- ~~2. ... agissant.~~
3. ... **résolvant des problèmes en petits groupes.**
4. ... **échangeant au sein d'un groupe.**
- ~~5. ... ayant un projet d'apprentissage.~~
6. ... **prenant du plaisir et dans un climat de confiance.**
- ~~7. ... maîtrisant ses propres stratégies d'apprentissage.~~

J'ai tenté au cours de cette formation de déstabiliser les participants dans leurs connaissances et dans ce qu'ils pensaient savoir et bien faire avec leurs patients. C'était en particulier le but de l'exercice de situation emblématique.

J'ai eu l'impression que la formation se faisait dans un climat de confiance (d'autant plus que tous les participants se connaissent bien et se côtoient régulièrement) et qu'ils y ont pris du plaisir. J'ai essayé de favoriser les échanges et le dialogue lors de la formation et je ne voulais pas faire un « cours » d'une heure et parler sans cesse comme c'est habituellement le cas.

Je ne suis pas certaine d'avoir complètement satisfait le troisième item de la loi de l'apprentissage de l'adulte qui est « résoudre des problèmes en petits groupes » car je ne pense pas qu'il y avait réellement un problème à résoudre directement. En revanche, lorsque les participants ont réfléchi ensemble sur une thématique, notamment lors des deux ateliers, ils sont arrivés à ouvrir d'autres perspectives qu'ils ne voyaient pas lorsqu'ils travaillaient dessus seuls. C'est pour cela que je n'ai pas mis la 3<sup>ème</sup> loi de l'apprentissage en gras.

### 7.7.6. Réalisation de la formation

La formation a eu lieu le 2 septembre 2019. Cela n'a pas été possible de le faire plus tôt, car toutes les places étaient déjà prises au printemps et jusqu'au début de l'été et ensuite, il y a eu une pose durant les vacances scolaires estivales. Cette formation a malheureusement eu lieu tard dans le mon projet, mais je n'ai pas réussi à infléchir l'infirmière en charge de la programmation, en dépit de plusieurs tentatives de négociation. Une semaine avant la formation, une invitation a été envoyée à tous les soignants des services de chirurgie cardiaque et de cardiologie présentant le thème de la prochaine formation. Le matin de la formation, j'ai renvoyé un message "WhatsApp®" dans le groupe du service en rappelant que je présentais une heure de formation sur l'ETP.

J'avais peur que la formation ne se fasse que devant deux ou trois personnes, mais j'ai vite été rassurée quand j'ai vu que plusieurs personnes venaient sur leur jour de congé pour m'écouter. Il y a même eu une infirmière du service de chirurgie vasculaire qui est venue pour suivre la formation. Finalement, il y a eu au moins onze infirmiers présents, dont mon ICUS Alexandra et l'ICUS de cardiologie. Arnaud, mon ICS, voulait venir mais il a eu un empêchement de dernière minute. Catherine, l'infirmière clinicienne, voulait également assister à la présentation mais elle était experte pour une défense d'un travail de Bachelor.

La formation s'est déroulée dans un climat détendu et les participants ont volontiers participé aux ateliers. Ils ont notamment fait ressortir plus d'éléments qu'imaginé par rapport à leurs connaissances ou leurs représentations de l'ETP, ce qui était un point très positif pour moi. Ils ont aussi posé des questions sur l'ETP et sur mon projet et se sont montrés intéressés et réceptifs. Je les ai fait verbaliser sur ce qu'ils renaient de la présentation, et beaucoup de choses qui en sont ressortis étaient directement en lien avec mes objectifs d'apprentissages. À la fin de la formation, j'ai envoyé la présentation *powerpoint* à l'infirmière qui s'occupe de l'organisation des formations bimensuelles afin qu'elle puisse l'envoyer à tous les soignants du DCV.

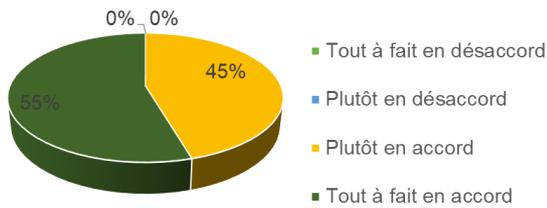
### 7.7.7. Évaluation de la formation

Afin de pouvoir évaluer la formation et avoir une traçabilité des données, nous avons opté pour un questionnaire écrit, que j'ai donc fait passer en toute fin de formation. Étant donné que les participants travaillent dans différentes équipes de soins, il était plus facile de l'administrer à ce moment. Le questionnaire a été distribué à tous les participants, qui l'ont rempli de manière anonyme. Les participants ont ensuite retourné les questionnaires remplis dans une enveloppe. De cette façon, ils ne sont pas influencés dans leur évaluation ou sont moins tentés de le faire pour me faire plaisir.

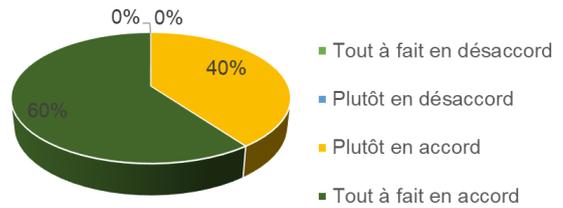
Nous avons construit le questionnaire avec les conseils de l'infirmière clinicienne. Nous avons choisi une première partie en demandant de noter des affirmations entre 1 et 4 (1 = tout à fait en désaccord, 2 = plutôt en désaccord, 3 = plutôt en accord et 4 = tout à fait en accord). Pour la deuxième partie, on a demandé aux participants d'écrire quels étaient selon eux, les points forts et les points faibles ou manquants de la formation. Un exemple du questionnaire ainsi que le tableau de résultats de l'évaluation complète sont insérés dans la section des annexes (annexes 8 et 9). Les éléments ressortis par les soignants dans l'évaluation de la formation sont :

- Les points à améliorer ou manquants lors de la formation :
  - Un mini-polycopié résumant l'atelier,
  - Faire une formation « atelier » pour avoir plus de temps pour approfondir les concepts,
  - Expliquer concrètement comment nous allons utiliser puis évoluer l'outil,
  - Difficulté d'aborder plus en profondeur avec le temps impartis,
  - Renforcer l'aspect de résistance du patient,
  - Le pratique = comment procéder en réalité
  
- Les points forts de la formation :
  - Interaction et participation de chacun,
  - Pertinence du sujet dans notre réalité,
  - Interaction avec les deux ateliers = permet un échange entre tous les participants,
  - Avoir su donner dans les grandes lignes ce qu'est l'éducation thérapeutique,
  - Bien construit, clair, bravo !
  - La théorie,
  - Vocabulaire adapté, ce qui facilite la compréhension de l'ETP (augmentation des connaissances)

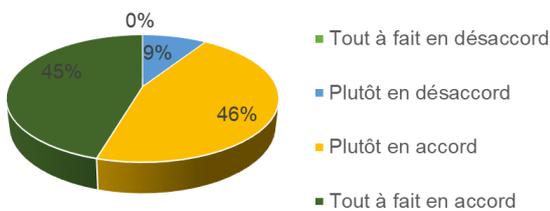
La formation a été utile pour votre évolution professionnelle?



La formation a été utile pour un apport ou renforcement de vos compétences?



La formation a répondu à vos attentes initiales?



Vous seriez intéressé(e) d'approfondir vos connaissances avec une nouvelle formation ?

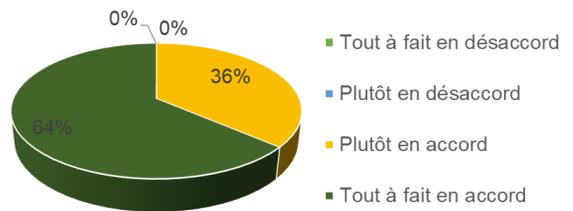


Figure 15 : Quatre graphiques repris des résultats de l'évaluation de la formation par les soignants. Pour plus de résultats, voir annexe 9.

### 7.7.8. Échos autour du projet et à la suite de la formation

En cours d'année 2019, j'ai été intégrée au groupe GLPS, un groupe pour la Performance des soins formé par l'ICUS, l'ISCL, l'IDL, de quelques infirmiers, d'un physiothérapeute, d'un médecin chef de clinique de chirurgie cardiaque et d'une infirmière cheffe de projet. En effet, ce groupe travaille sur la performance des soins et a décidé de travailler depuis été 2018 sur l'indicateur de la préparation à la sortie des patients hospitalisés. Ce groupe s'est donné pour tâches d'améliorer les protocoles en place, d'adapter les itinéraires cliniques des patients, d'établir des *check-lists* de conditions à remplir avant la sortie. Les rencontres ont lieu tous les trois ou quatre mois afin de se donner le temps de mettre des actions en place et de pouvoir les évaluer.

Ces actions sont principalement ciblées sur des interventions réalisées par les soignants et tiennent peu compte des patients. Même si le travail se fait sur la même thématique de préparation à la sortie des patients, avec mes connaissances en ETP, j'apporte un autre regard et d'autres compétences à ce groupe de travail. Le fait d'être intégrée à ce groupe de travail me permet de communiquer autour de mon projet avec un autre cercle de soignants que cercle habituel qui est le 1er cercle identifié dans le sociogramme.

À la suite de la formation réalisée début septembre, j'ai reçu plusieurs messages de collègues du Département me disant qu'ils étaient déçus de ne pas avoir pu être présents pour la

formation mais qu'ils avaient lu ma présentation. Ils l'ont trouvé intéressante, compréhensible et bien construite et ils ont également fait par du souhait qu'il y ait une suite à cette présentation.

À la fin de la formation, l'ICUS de la division de cardiologie est venue me trouver en me disant que la présentation que j'ai faite lui avait appris beaucoup de nouvelles connaissances. Il a également reconnu que pour lui, l'ETP était synonyme d'informations. Il commençait à percevoir l'intérêt de l'ETP et le potentiel de le développer dans la discipline de cardiologie. Ces propos m'ont fait extrêmement plaisir et m'a donné de l'espoir car le message que je voulais faire passer a été entendu et a fait émerger des perspectives potentielles futures.

## **7.8. Création de l'outil IABP**

### **7.8.1. Identifications des besoins**

Afin de pouvoir créer un outil d'évaluation des besoins pour les patients opérés cardiaques avant leur sortie de l'hôpital, il a fallu dans un premier temps identifier les besoins fréquents des patients. Pour cela, durant le printemps, j'ai passé beaucoup temps "informel" sur mes heures de travail à discuter avec mes collègues sur les besoins qu'ils pensent que les patients ont avant de quitter notre service. Ensuite, j'ai fait le même travail d'investigation auprès de plusieurs patients.

Ces discussions auprès de mes collègues et des patients m'ont permis de faire ressortir des besoins fréquemment identifiés par les soignants et les patients. Ils représentent ce qu'on a appelé les besoins « généraux » des patients opérés du cœur la sortie de notre service.

- Autonomie dans les AVQ
- Intégration des proches dans la préparation à la sortie
- Amélioration des capacités physiques
- Connaissances des médicaments et des traitements instaurés
- Sentiment de compétence / confiance en soi
- Adoption d'un régime alimentaire adapté
- Connaissance d'une bonne hygiène
- Connaissances des activités physiques autorisées
- Capacité d'exprimer ses émotions/le ressenti de son vécu (de l'hospitalisation)
- Surveillance et suivi des plaies/cicatrices

Pour évaluer l'acceptation et l'utilité de l'outil, j'ai créé un questionnaire (voir chapitre section « Enquête » de ce travail). Il y avait une version pour les soignants et une adaptée aux patients reprenant les mêmes thèmes. Pour cette étape, le but était, de questionner tous les soignants et les patients à propos des besoins emblématiques prioritaires selon eux pour une bonne prise en charge et explorer la possibilité qu'ils identifient des nouveaux besoins. Les questionnaires distribués aux patients et aux infirmiers de chirurgie cardiaques sont présentés en annexe de ce travail (annexe 1 et annexe 3)

En termes de résultats, un nouveau besoin a été identifié par les soignants. Il s'agit du besoin vague de « connaître le suivi post-opératoire ». Les réponses des patients ont été plus riches avec six nouveaux besoins exprimés (dont 2 ont été regroupés car ils sont relativement similaires) :

- Plus d'informations par rapport à la suite (contrôles post-opératoires, suivis, etc.) et connaître la suite après l'hospitalisation (déroulement, rdv, etc.).
- Savoir ce qui est normal (guérison, sensation), à quoi s'attendre, quoi surveiller, quand s'alarmer, etc.
- Avoir plus d'infos pour la suite, comment ça se passe à la maison, à quoi faire attention, quoi surveiller
- Comment appliquer à ma situation les infos / enseignements reçus
- Que faire en cas de problème, comment je sais si/quand il y a un problème.

Tant les résultats des patients que ceux des soignants sont issus des tableaux insérés dans les annexes (annexe 2 et annexe 4). A ce stade, il y avait déjà plus de quinze besoins identifiés issus des patients et des soignants. En parallèle, je me suis intéressée à ce que dit la littérature sur les besoins des patients opérés cardiaques au moment de leur sortie de l'hôpital. Plusieurs besoins identifiés par les patients de notre service sont corroborés par Lapum et al., 2016. En effet, dans son article, plusieurs patients expriment également le besoin que les soignants aient une discussion avec eux en lien avec leur sortie de l'hôpital et qu'ils puissent poser leurs questions, plutôt que de recevoir des informations brutes. Ils ont également mentionné la difficulté à appliquer les informations et enseignements reçus à leur propre situation. Lapum et al., 2016 ont aussi rapporté que plusieurs patients ont manifesté des craintes au moment de quitter le service à propos de questions qui restaient sans réponses, comme par exemple que feraient-ils si les sutures sautaient ou que se passerait-il s'ils tombaient et qu'ils n'arrivaient pas à se relever.

### 7.8.2. Mise en image

Une fois que nos quinze besoins ont été identifiés, nous nous sommes retrouvés avec le focus group pour essayer de mettre en image et de créer l'outil. La première discussion a été de choisir sur quel support le construire. Nous avons rapidement été d'accord que, pour des raisons pratiques, il serait plus facile à construire et à être utilisé à la fois par les soignants et par les patients, sur une page format A4.

Notre première idée a été de mettre chaque besoin identifié dans des bulles avec trois smileys (un qui sourit en jaune, un neutre dans les couleurs orangées et un qui grimace en rouge). Nous voulions également laisser des bulles vides pour laisser la possibilité aux patients d'exprimer de nouveaux besoins. Le résultat ne nous a pas plu car c'était beaucoup trop chargé, il y avait trop de bulles et trop d'informations sur la page.

On a donc par la suite essayé d'alléger un peu visuellement l'outil en regroupant notamment certains besoins qui étaient proches et en reformulant l'énoncé du besoin. Cela a permis de passer de quinze besoins et deux bulles à treize besoins et deux bulles. On a voulu le rendre également utilisable en laissant une place pour mettre une étiquette d'identification du patient ainsi qu'un code barre à scanner pour l'insérer dans le dossier informatique. Voyant qu'il était difficile de créer un outil visuellement intuitif, joli et facile à utiliser, j'ai fait appel à Martin Stricker, un ami de longue date qui est actuellement en dernière année Bachelor à l'ECAL et qui s'intéresse particulièrement au design industriel. Je lui ai résumé mon projet, mes idées, ce que je voulais faire et je lui ai envoyé le brouillon qu'on avait créé avec le focus group. Il m'a posé des questions afin de mieux cerner mon projet et se faire une idée de ce que j'attendais de lui. Pour la création de l'outil, on a tout d'abord essayé d'identifier des catégories de besoins afin de rendre l'outil plus visuel et plus facile à utiliser. On a fait deux catégories principales :

- Des besoins lorsque le patient est encore hospitalisé et qui conditionnent la sortie du service.
- Des besoins en vue du retour à domicile, lorsque le patient sera rentré à la maison.

Ensuite, les besoins ont été regroupés en trois en sous-catégories.

- Des besoins d'ordre pratique
- Des besoins d'ordre des ressentis et des émotions
- Des besoins d'ordre physique

On a voulu également laisser la possibilité au patient d'identifier ses propres besoins, c'est pour cela qu'on a laissé des espaces libres dans chacune des catégories. Il m'a aussi proposé

d'enlever les petits *smiles* pour alléger l'outil mais de proposer le même code couleurs que les feux de signalisation. Cette proposition a les avantages d'être facile à comprendre par tout le monde et de demander peu de ressources à savoir uniquement quelques stylos de couleurs. Lors de l'identification des besoins, on va demander aux patients d'entourer les besoins :

- En **vert**, ceux que l'infirmière et lui évaluent comme satisfaits.
- En **jaune**, ceux que l'infirmière et lui évaluent pas complètement satisfaits ou non-prioritaires pour le patient.
- En **rouge**, ceux que l'infirmière et lui évaluent comme non-satisfaits ou prioritaires et prioritaire pour le patient.

La co-évaluation de ces besoins permet, entre autres, de cibler et d'ajuster les interventions infirmières à chaque patient et à chaque situation. Ci-dessous, voici la dernière version de l'outil créé en collaboration avec Martin Stricker, après présentation au focus group, à l'infirmière clinicienne et au reste de l'équipe et après quelques modifications effectuées. Afin de proposer une meilleure visibilité, une version a été insérée en annexe 11 de ce travail.

**IABP** outil d'Identification des Attentes et des Besoins aux Patients opérés du cœur avant le départ de l'hôpital

Patient: \_\_\_\_\_

Afin d'identifier vos besoins, veuillez entourer les énoncés en se référant aux couleurs suivantes selon votre ressenti.

Tout va bien
Je ne suis pas sûr
Besoin insatisfait

Mes besoins à l'hôpital, avant la sortie <span style="float: right;">H</span>	Mes besoins à la maison <span style="float: right;">🏠</span>
<p><b>Avoir des réponses à mes questions avant la sortie</b></p> <p>Intégrer mes proches pour mon retour à la maison</p> <p>Savoir quels seront mes médicaments à la sortie</p> <p>Autres _____</p>	<p><b>Quelles surveillances et suivi de mes cicatrices?</b></p> <p>Quelle hygiène adopter une fois à la maison? (corporelle, alimentation, etc.)</p> <p>Comment utiliser les informations / enseignements une fois à la maison?</p> <p>Autres _____</p>
Pratique	Pratique
<p><b>Ressentis</b></p> <p><b>M'exprimer sur mon vécu de l'hospitalisation</b></p> <p>Je sens que j'ai les compétences nécessaires pour rentrer à la maison</p> <p>Exprimer mes émotions et sentiments au vu du retour à la maison (joie / peur / angoisse / stress/ craintes, etc.)</p> <p>Autres _____</p>	<p><b>Physique</b></p> <p><b>À quels changements physiques m'attendre? Qu'est-ce qui est normal?</b></p> <p>Retrouver mon autonomie et mes capacités physiques dans la vie quotidienne</p> <p>Quels sont les activités physiques / exercices autorisés?</p> <p>Autres _____</p>

CHUV, Service de Chirurgie cardiaque 021 314 2270, Revely, DAS 20, 2020

Figure 16 : Création de l'outil d'identification des attentes et des besoins des patients opérés du cœur.

Une fois, fois le cadre et la structure posés pour l'outil, j'ai laissé carte blanche pour le visuel de l'outil. Quelques jours plus tard, j'ai pu présenter l'outil au focus group et à l'infirmière

clinicienne qui ont eu un retour positif et qui, mis à part les erreurs d'orthographe, n'ont pas eu de commentaires ou de propositions de modifications et ont donc validé cette version pour passer à sa phase test.

### 7.8.3. Phase test de l'outil

À la suite à la phase de construction de l'outil et sa validation par le *focus group*, je présente officiellement l'outil d'Identification des Attentes et des Besoins des Patients (IABP) lors de la formation bimensuelle de début septembre 2019. Celui-ci est accueilli favorablement par l'ensemble des collègues présents ce jour-là.

L'outil a donc été mis en test dès mi-septembre. Après discussion avec Catherine, l'infirmière clinicienne spécialisée, nous avons décidé que, plutôt que de le proposer à toute l'équipe infirmière de chirurgie cardiaque, il serait plus intéressant d'élargir le *focus group* pour faciliter les retours lors du test de l'outil. J'ai donc fait appel à quatre nouvelles infirmières et le focus group est désormais constitué des infirmières suivantes :

- Nathalie, présentée précédemment dans ce travail, reste dans le "*focus group*".
- Vanessa est une infirmière avec dix ans d'expérience dans le service et remplace Alexandra qui n'est pas dans les soins avec les patients.
- Lucie est une infirmière avec deux ans d'expérience.
- Marie a plus de trois ans d'expérience professionnelle.
- Christelle qui vient d'être infirmière diplômée mais qui a travaillé plus de 10 ans dans le service en tant qu'ASSC.

Ces infirmières ont montré de l'intérêt durant toute l'année de DAS et étaient volontaires et motivées pour tester l'outil IBP. De plus, elles représentent une diversité intéressante d'expérience professionnelle tout en étant représentative de l'équipe de chirurgie cardiaque du CHUV. D'ici fin octobre, le but est de pouvoir tester l'outil IBP entre dix et quinze fois, soit idéalement au moins deux à trois fois par infirmière.

#### 7.8.4. Dispositif d'évaluation de la phase test

Afin de pouvoir évaluer l'utilisation pratique de l'outil IABP, nous avons créé un questionnaire en trois parties à remplir par l'infirmière ayant réalisé l'intervention éducative :

- La première partie du questionnaire contient des données sur le patient (âge, sexe, intervention dont il a bénéficié, date opération, jour post-opératoire, etc.).
- La deuxième partie s'intéresse à l'évaluation par l'infirmière de son interaction avec le patient. De plus, l'infirmière va indiquer si elle considère que des attentes et des besoins non-satisfaits du patient ont pu être co-identifiés. L'infirmière va également évaluer le degré d'implication et d'intérêt du patient durant cette intervention.
- La troisième partie s'intéresse à l'évaluation par l'infirmière de l'outil.

Le questionnaire est présenté en annexe 11 de ce travail. Pour réaliser l'évaluation de l'outil, nous avons choisi d'inclure les patients répondant aux critères ci-dessous :

- Patient(e) opéré(e) cardiaque
- Homme et femme
- De tout âge (18 à 90 ans)
- Bonne compréhension du français
- Savoir lire et écrire
- Patient conscient et orienté dans les trois modes (temps, espace et personne)
- Envie et motivation à participer à ce projet et à donner un retour critique
- Pas de complications majeures ; suit « l'itinéraire clinique » standard

Même si ce travail concentre ses interventions sur les soignants, le retour critique des patients sur les interventions mises en place pour la préparation à la sortie est nécessaire dans le but d'adapter et d'améliorer nos prises en charge. Pour cela, un questionnaire d'évaluation a été mis en place. Il est basé sur cinq questions reprises du questionnaire d'évaluation de la préparation à la sortie initiale. Les résultats du questionnaire sont présentés en annexe 13 de ce travail. Ces cinq questions ont été sélectionnées car elles mettaient le plus en évidence les déficiences dans la préparation à la sortie du patient. L'hypothèse est donc que ces questions sont les plus susceptibles de mettre en évidence un changement de perception des patients dans leur degré de préparation à la sortie. Le but est donc d'évaluer si l'intervention avec l'outil IABP a un impact sur les ressentis des patients.

## 8. Résultats

Pour ce travail, les résultats sont présentés en trois étapes. Tout d'abord, les premiers résultats (R1) sont les verbatims des soignants qui se sont exprimés lors de la formation début septembre et en particuliers lors de l'atelier où il leur a été demandé : « Pour moi, l'ETP c'est... ». La deuxième partie des résultats comprend les résultats du test de l'outil IABP et en particulier le retour des soignants ainsi que les attentes (R2.1) et besoins identifiés lors de l'intervention (R2.2). Le troisième groupe de résultats (R3) concerne les retours des patients post-intervention au moyen d'un questionnaire utilisant une échelle de Likert. Afin de clarifier les phases du projet et les résultats présentés, la figure 17 décrit l'articulation des différentes étapes de préparation, d'implantation et évaluation du projet qui porte principalement sur les soignants mais avec des éléments d'exploration des patients.

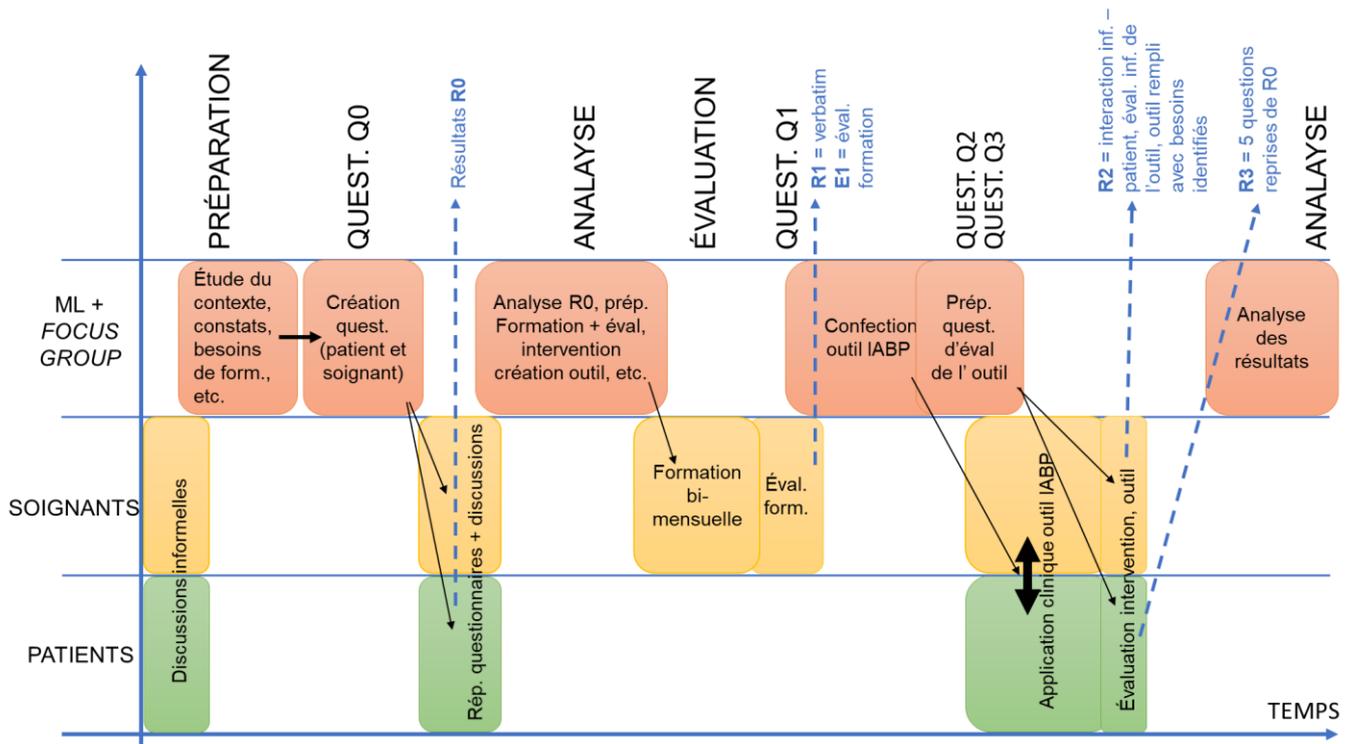


Figure 17 : Schéma représentant l'articulation et la chronologie des différentes actions réalisées.

## 8.1. Conceptions des soignants à propos de l'ETP

Durant l'heure de formation qui a eu lieu début septembre, j'ai choisi de proposer deux ateliers aux participants. Lors du premier atelier, j'ai cherché à découvrir les connaissances et les conceptions des soignants sur l'ETP. J'ai également recueilli des conceptions durant l'année de DAS, de manière informelle, auprès de collègues qui n'étaient pas forcément présents lors de la formation. Les conceptions des soignants sur l'ETP ressortis lors de la formation et des discussions sont présentées sous la forme des verbatims suivants :

- Transmettre des connaissances
- Apprendre avec le patient (et donc augmentation des connaissances du soignant)
- Intégrer la famille
- Viser l'autonomie du patient
- Diminution des coûts à long terme
- Améliorer l'adhésion au traitement
- Prend du temps
- Améliorer la qualité de vie
- Éviter les complications et les ré-hospitalisations du patient
- Dépend de la motivation/intérêt du patient
- Face à l'échec du patient quand il est hospitalisé
- Dépend de la vision de la santé du patient
- Donner des conseils au patient pour l'aider à changer

Il est intéressant d'observer que la plupart des soignants interrogés n'ont pas eu de formation préalable en éducation thérapeutique. Pourtant, beaucoup d'entre eux ont des bribes de connaissances et des intuitions de ce qu'est l'ETP. Plusieurs des éléments ci-dessus sont des composantes de la définition de l'ETP proposée par l'OMS.

## 8.2. Résultats de l'utilisation clinique de l'outil IABP

Les résultats de cette section concernent la phase de test et d'évaluation de l'outil IABP créé dans le cadre de ce travail de DAS. Il s'agit en particulier de l'analyse plutôt « quantitative » des données des patients, l'évaluation infirmière de l'outil IABP et de l'interaction de cette co-évaluation soignant-patients ainsi qu'une synthèse des besoins co-identifiés.

### 8.2.1. Résultats de l'évaluation infirmière de l'outil AIBP

Durant la phase la phase test de l'outil, nous avons approché dix patients qui ont été intéressés et d'accord de participer à une co-évaluation de leurs attentes et besoins avec une infirmière et à lui faire un retour objectif de leurs ressentis. Le tableau ci-dessous montre une synthèse des données quantitatives concernant les dix patients ayant participé à la phase test.

Durant la période entre mi-septembre et fin octobre, une cinquantaine de patients adultes ont bénéficié d'opérations cardiaques adultes au CHUV, dont dix ont été réalisées en urgences (greffe cardiaques, dissections aortiques, PACS, etc.). Pendant ces deux mois, plusieurs complications post-opératoires lourdes sont apparues comme des états confusionnels aigus, des AVC ou encore des polyneuropathies dites « des soins » ou de réanimation. De plus, il y a eu au moins quatre greffes cardiaques et quelques poses de dispositifs de LVAD qui nécessitent des prises en charge plus longues et complexes. Ces éléments ont donc considérablement diminué le nombre de patients répondant aux critères d'inclusion.

#### **Données sur les patients : (n=10)**

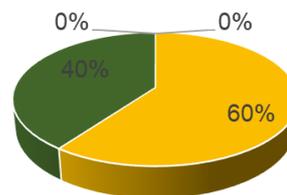
- Âge moyen : **Environ 68 ans**
- Sexe : **5 hommes et 5 femmes**
- Situation au domicile : **3 patients vivent seuls et 7 sont accompagnés**
- Date et opération : **3 x PAC, 2 x Bentall (= RVA + RAA), 1 x RVA, 1 x Fermeture CIA, 1 x perforation VG avec tamponnade, 1 x plastie (réparation) valve mitrale + annuloplastie et 1 x RVT + 1 PAC + péricardectomie**
  - Ces 10 opérations ont été réalisées entre le 26 septembre et le 18 octobre 2019.
- Projet de sortie : **3 x RAD, 5x CTR, 1x RAD avant CTR et 1 x HDP avant RAD.**
- Durée de l'évaluation des besoins avec le patient : **Environ 23 minutes de moyenne**
- De \_\_h\_\_ à \_\_h\_\_ : **Entre 14h30 et 17h30, à une exception près**
- Contraintes éventuelles (visites, examens, etc.) :
  - Se dépêcher de faire l'évaluation avant un transfert à l'HDP (manque de place dans le service),
  - Patient dans une chambre à deux personnes, avec voisin compliqué,
  - Avant visite de la famille qui arrivait bientôt,
  - Réalisé avant visite de la famille.

Figure 18 : Encadré présentant les données « quantitatives » des patients ayant testé l'outil IABP.

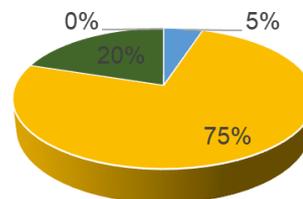
Une rapide analyse de ces données montre que l'échantillon sélectionné semble relativement représentatif des patients ne présentant pas de complications post-opératoires majeures. En effet, les pontages et les remplacements de valves sont les chirurgies les plus fréquentes. Cependant, même si une majorité de patients vont faire une réadaptation dans un centre spécialisé, une partie d'entre eux passent d'abord quelques jours à domicile ou à l'hôtel des patients. L'après-midi semble être le moment le plus approprié pour faire une intervention éducative car le matin est déjà très chargé. La plupart du temps, il y a une large majorité de patients hommes dans le service, même si cette proportion varie d'une période à une autre.

Durant le temps de co-évaluation des attentes et des besoins de préparation à la sortie, ...

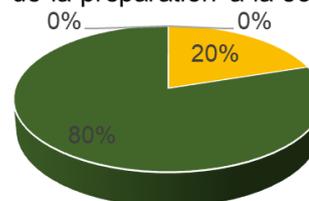
..., le patient et l'infirmière ont pu identifier un/plusieurs besoin(s) non-satisfait(s) prioritaire(s) pour le patient.



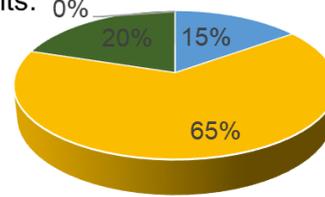
..., le patient pose des questions, se montre curieux et actif dans l'évaluation de ses besoins.



..., l'outil permet d'ouvrir la discussion autour de la préparation à la sortie.



..., l'outil est facile à utiliser avec les patients.



..., l'outil aide à préparer le patient la sortie du patient.



Figure 19 : Évaluation de l'outil IABP et des ressentis des patients par les infirmières.

Les graphiques ci-dessus montrent une évaluation globalement positive de l'outil créé. En effet, la crainte que la mise en place une intervention éducative déstabilise des infirmières qui n'ont pas l'habitude de ce genre d'activités ne s'est pas réalisée. Cependant, les patients n'ont pas l'air de le remarquer ou ça n'a pas l'air de les déranger car ils rapportent un bon accueil de l'outil et de l'intérêt qui leur est apporté vis-à-vis de la préparation à la sortie.

- S1 : « Difficultés à entrer et à débiter la discussion et à aborder l'outil, puis ça vient naturellement. »
- S2 : « Difficultés du patient à se projeter dans l'outil IABP, car le patient ne sait pas vers quel projet il s'oriente réellement. Au début, difficile à utiliser l'outil, puis de mieux en mieux, on rentre dans l'intervention et on oublie les craintes. »
- S5 : « Plus ou moins facile au début puis mieux ! »
- S6 : « Plus à l'aise la deuxième fois que je teste cet outil. »
- S9 : « De plus en plus à l'aise au fil des tests de l'outil avec les patients, même si on ne fait jamais 2x de la même façon. »
- S10 : « Au début, la patiente pensait être prête et tout était clair pour elle. Avec l'utilisation de l'outil, ça lui a permis de se poser des questions et réfléchir à des besoins qu'elle n'avait pas identifiés. Évaluation réalisée en présence de sa famille (fille + beau-fils). »

Figure 20 : Encadré présentant les commentaires des soignants lors de l'évaluation de l'outil et de l'interaction soignant-patient.

L'encadré ci-dessus montre des commentaires attendus au vu de la nouveauté de cette intervention. De plus, peu de consignes avaient été données aux infirmières afin qu'elles testent et découvrent leur façon d'interagir avec le patient. Il est intéressant d'observer qu'au vu des commentaires, cela a relativement bien fonctionné. Pour voir tous les résultats issus de l'évaluation infirmière du test de l'outil IABP ainsi que de l'interaction soignant-patient durant la co-évaluation des besoins, se référer à l'annexe 12.

### 8.2.2. Résultats des besoins co-identifiés avec l'outil IABP

La section qui suit présente les résultats qui sont issus de l'identification des besoins et des attentes de l'infirmière et du patient. Afin d'aider le visuel et le code couleur proposé, des formes ont été ajoutées et l'outil est présenté en quatre quadrants individuels.

Pour des raisons de lisibilité, les besoins identifiés des patients ont été ajoutés au fur et à mesure des interventions. Les premiers symboles de chaque énoncé correspondent aux besoins co-évalués du premier patient, les deuxièmes sont ceux du deuxième patient et ainsi de suite. Cela permet de visualiser, le cas échéant, les besoins et attentes individuels de chaque patient.

**IABP** outil d'Identification des Attentes et des Besoins aux Patients opérés du cœur avant le départ de l'hôpital

Afin d'identifier vos besoins, veuillez entourer les énoncés en se référant aux couleurs suivantes selon votre ressenti.

Patient

Tout va bien Je ne suis pas sûr Besoin insatisfait

**Mes besoins à l'hôpital, avant la sortie**

**Avoir des réponses à mes questions avant la sortie** ▲▲▲▲●●●●☆☆

**Intégrer mes proches pour mon retour à la maison** ☆●●☆☆☆☆●●

**Savoir quels seront mes médicaments à la sortie** ▲▲▲▲▲▲●●▲

Autres \_\_\_\_\_

**Pratique**

Figure 21 : Synthèse des besoins « pratiques » co-évalués avant de quitter le service

**IABP** outil d'Identification des Attentes et des Besoins aux Patients opérés du cœur avant le départ de l'hôpital

Afin d'identifier vos besoins, veuillez entourer les énoncés en se référant aux couleurs suivantes selon votre ressenti.

Patient \_\_\_\_\_

Tout va bien Je ne suis pas sûr Besoin insatisfait

**H** **Ressentis**

**M'exprimer sur mon vécu de l'hospitalisation**  
● ● ★ ★ ★ ★ ★ ● ★

**Je sens que j'ai les compétences nécessaires pour rentrer à la maison**  
★ ● ● ▲ ● ● ● ● ★ ●

**Exprimer mes émotions et sentiments au vu du retour à la maison (joie / peur / angoisse / stress/ craintes, etc.)**  
★ ▲ ★ ● ★ ★ ★ ★ ★ ★

Autres \_\_\_\_\_

Figure 22 : Synthèse des besoins « ressentis » co-évalués avant de quitter le service

**IABP** outil d'Identification des Attentes et des Besoins aux Patients opérés du cœur avant le départ de l'hôpital

Afin d'identifier vos besoins, veuillez entourer les énoncés en se référant aux couleurs suivantes selon votre ressenti.

Patient \_\_\_\_\_

Tout va bien Je ne suis pas sûr Besoin insatisfait

**Mes besoins à la maison** 🏠

**▲ ▲ ● ● ▲ ▲ ▲ ★ ★ ▲ Quelles surveillances et suivi de mes cicatrices?**

**★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ Quelle hygiène adopter une fois à la maison? (corporelle, alimentation, etc.)**

**★ ● ● ● ● ● ● ▲ ● ● Comment utiliser les informations / enseignements une fois à la maison?**

**Pratique** Autres \_\_\_\_\_

Figure 23 : Synthèse des besoins « pratiques » co-évalués en vue du retour à la maison

**IABP** outil d'Identification des Attentes et des Besoins aux Patients opérés du cœur avant le départ de l'hôpital

Afin d'identifier vos besoins, veuillez entourer les énoncés en se référant aux couleurs suivantes selon votre ressenti.

Patient \_\_\_\_\_

Tout va bien      Je ne suis pas sûr      Besoin insatisfait

---

**Physique**

À quels changements physiques m'attendre?  
Qu'est-ce qui est normal?      ★ ★ ● ▲ ▲ ● ● ▲ ● ★

Retrouver mon autonomie et mes capacités  
physiques dans la vie quotidienne      ★ ★ ★ ● ★ ● ★ ● ●

Quels sont les activités physiques / exercices  
autorisés?      ● ● ▲ ▲ ● ▲ ▲ ● ● ●

Autres \_\_\_\_\_

Figure 24 : Synthèse des besoins « physiques » co-évalués en vue du retour à la maison

Chacun des dix patients a pu co-évaluer ses besoins pour sa sortie de l'hôpital lors de l'intervention éducative avec l'infirmière qui le prenait en charge ce jour-là. Lors de ces discussions, les besoins étaient entourés ou cochés avec les codes couleurs proposés en haut de l'outil (vert, jaune ou rouge). Lorsque ces résultats ont été synthétisés et pour des raisons de lisibilité, des pastilles avec différents symboles ont été rajoutés. Pour chacun des besoins, la première pastille correspond aux résultats du premier patient, la deuxième pastille pour le deuxième patient et ainsi de suite.

Un premier élément apparaît lorsqu'on analyse ces résultats est qu'il y a presque la moitié des « pastilles » a été identifiée en jaune par les patients et les soignants. En effet, hormis le besoin « Hygiène à adopter une fois à la maison », tous les intitulés des besoins ont du jaune. Une piste avancée à la fois par les soignants et les patients est que les patients ne s'étaient pas forcément projetés à la sortie et à la maison. De ce fait, ils n'avaient pas réfléchi ou anticipé certains besoins mis en avant par l'outil, d'où la réponse incertaine.

Dans la partie gauche de l'outil, avant que le patient quitte l'hôpital, le besoin qui ressort comme le plus insatisfait est celui de la connaissance de la médication. En effet, ce résultat n'est pas surprenant puisque, tant qu'il est hospitalisé, les soignants (médecins et infirmiers) s'occupent de ses médicaments car il y a de nombreux changements entre l'opération et le moment de sa sortie. Le patient peut donc facilement être « largué » vis-à-vis de ses médicaments.

Dans la partie de droite qui concerne les besoins après la sortie du service, il est possible d'observer que les résultats concernant les besoins énoncés sont relativement hétérogènes. C'est également le cas pour le fait d'avoir des réponses aux questions avant la sortie.

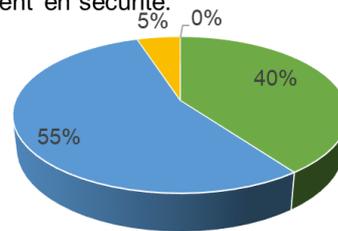
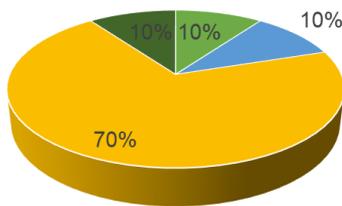
### 8.3. Résultats post-intervention des ressentis des patients

Pour cette partie des résultats, nous avons choisi de reprendre cinq questions du questionnaire Q0, car il paraissait intéressant d'observer quel est l'impact d'une intervention éducative à l'aide de l'outil IABP sur les ressentis des patients. Afin de comparer les résultats des ressentis de patients n'ayant pas bénéficié d'intervention éducative (R0) et de patients ayant testé l'outil IABP (R3), nous avons choisi de mettre ces résultats l'un face à l'autre. Dans les graphiques suivants, le code de couleurs est resté le même, voir encadré ci-contre.

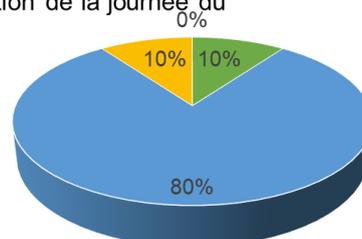
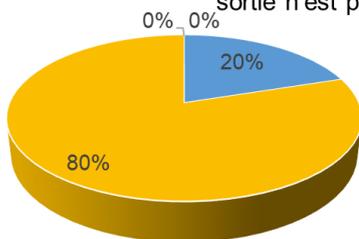
Sans intervention éducative, n = 10

Après intervention éducative avec outil IABP, n = 10

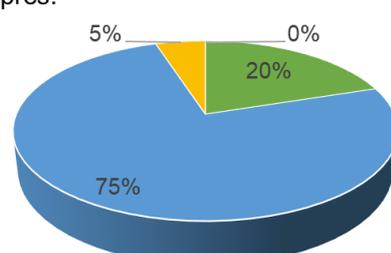
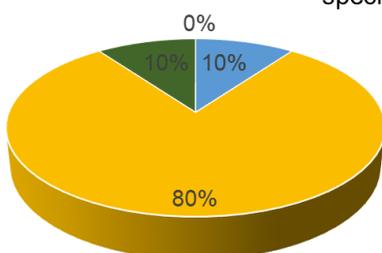
Vous avez le sentiment que la préparation de votre sortie du service se fait de façon précipitée ou bâclée et que vous, ou vos proches, ne vous sentez pas complètement en sécurité.



Au vu du rythme et de l'intensité de la charge de travail des soignants, vous avez le sentiment que la préparation de votre sortie n'est pas prioritaire dans l'organisation de la journée du soignant.



Lors de la préparation à la sortie, vous avez l'impression que l'équipe soignante se concentre surtout sur des besoins « généraux » et communs à tous les patients, et pas spécifiquement à vos besoins propres.

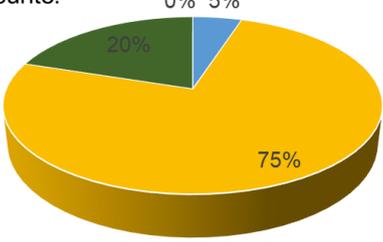
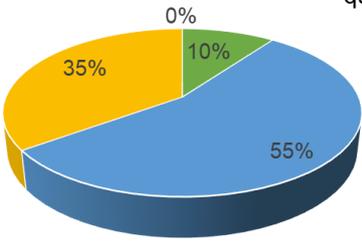


- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

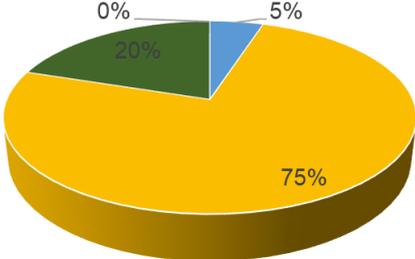
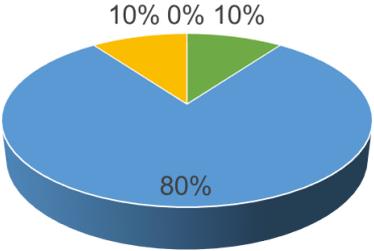
Sans intervention  
éducative, n = 10

Après intervention  
éducative avec  
outil IABP, n = 10

Vous avez le sentiment que vous, et vos proches, avez les connaissances, compétences et ressources suffisantes pour quitter notre unité en toute sécurité.



Lors de la préparation à la sortie, les soignants ont identifié et validé avec vous vos besoins pour pouvoir quitter de façon sécuritaire le service après votre opération.



- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt en accord
- Tout à fait en accord

Figure 25 : Comparaison des ressentis de patients sans ou avec évaluation de leurs besoins en vue de la sortie de l'hôpital

Il est intéressant d'observer que, bien qu'il ne s'agisse pas des mêmes patients interrogés, tous les graphiques ont changé de couleurs entre les ressentis des patients n'ayant pas bénéficiés d'une intervention éducative et ceux qui ont eu une intervention d'évaluation des besoins à l'aide de l'outil IABP crée durant ce projet. Une rapide analyse visuelle montre clairement un impact de l'intervention éducative de co-évaluation des besoins en vue de la sortie de l'hôpital.

## 9. Discussion

Les objectifs principaux de ce travail de DAS étaient de développer et travailler mon rôle de coordinatrice de projet en ETP ainsi que de réussir à faire découvrir l'ETP à l'équipe infirmière. Je voulais également les motiver, ainsi qu'à mes infirmiers chefs, à développer des compétences et de futurs projets en ETP dans le Département. Pour évaluer dans quelles mesures ces objectifs ont été atteints ou non, je vais articuler la discussion autour de quatre axes principaux : l'analyse des processus, l'évaluation des résultats obtenus, l'identification des différentes limitations et finalement j'essaierai de formuler des perspectives qui pourraient permettre à ce travail d'évoluer vers de nouveaux projets en ETP.

### 9.1. Discussion des processus

Tout d'abord, en ce qui concerne la démarche qui a permis de réaliser des actions, il a fallu ruser, se débrouiller et s'adapter. En effet, je n'ai pas eu les ressources en temps et en personnes que j'imaginai en début de projet. Concrètement, je n'ai réussi à obtenir que 2 fois 2 heures de temps de travail « payé » pour une infirmière (les quatre heures de travail accordés pour mon ICUS étant comptées sur ses heures de travail). J'étais très déçue car, au vu du soutien affiché et des ressources obtenues pour l'année de CAS, j'avais des réels espoirs, malgré le fait qu'il s'agisse d'un projet en ETP dans un service de soins aigus. Même si je savais pertinemment que c'est un contexte à priori plus difficile pour mettre en place un projet en ETP que dans un service de soins de plus longue durée, je pensais que j'allais obtenir plus de moyens en temps et en ressources pour intégrer de nombreux collègues à ce projet.

La bonne surprise est venue de mes collègues qui se sont beaucoup intéressés à mon projet et plusieurs d'entre eux y ont consacré du temps libre. Le choix du thème a été choisi à plusieurs et tous ceux qui le souhaitaient ont pu s'exprimer durant les discussions informelles. C'est finalement cette énergie qui a permis d'avancer et mettre en place les différentes étapes du projet. Finalement, avec peu de ressources mais un investissement personnel important de plusieurs soignants et de ma part, nous avons réussi à mettre en place un projet du début à la fin.

Tout au long du projet, nous avons pu faire plusieurs boucles d'actions (évaluation → mise en place d'une action → évaluation → analyse → évaluation → action, etc.). Nous avons pu faire ces itérations pour :

- L'étude du contexte et l'évaluation par les infirmiers et les patients (R0) et analyse.
- La construction, la réalisation, l'évaluation de la formation (R1 et E1) et analyse.
- La création de l'outil IABP, sa mise en « production » et l'évaluation (R2 et R3) et analyse.

Au niveau du coaching avec mon tuteur pour ce travail, je trouve que cela a bien fonctionné. En effet, nous avons eu plusieurs rendez-vous lors de chaque module pour faire un point de la situation, des difficultés rencontrées, des avancées du projet, ainsi que des actions à entreprendre. Entre les modules, nous avons eu des contacts réguliers par mails et des rendez-vous téléphoniques lorsque c'était nécessaire. Entre temps, j'ai tranquillement avancé de mon côté et lorsque j'en ai eu besoin, j'ai sollicité Grégoire qui a été d'un grand soutien et apporté de nombreuses pistes grâce à un regard extérieur. Nous avons également fixé un rendez-vous début septembre, où je suis venue à Genève, pour faire un dernier point de l'évolution du projet et faire les derniers ajustements avant la dernière ligne droite de ce mémoire.

En regard des éléments présentés ci-dessus, je pense que la plupart des objectifs ont été atteints, car nous avons pu mettre en place une méthodologie et la respecter au mieux tout au long du projet.

## **9.2. Discussion des résultats**

Grâce aux différentes actions mises en place durant ce projet, nous avons pu obtenir trois résultats principaux. Ces résultats ont été obtenus à différentes étapes du projet et à la suite de différentes itérations.

Le premier résultat obtenu (R1) correspond aux réponses des infirmiers lors de l'atelier 1 de la formation sur les conceptions des infirmières autour de l'ETP. Ces résultats montrent que les soignants ont une compréhension intuitive de ce qu'est l'ETP mais que la réalité d'une journée de travail empêche une application pratique de ces bribes de connaissances. Ces résultats ont tendance à confirmer l'hypothèse de compréhension et de solution qui suggérait qu'il était préférable d'agir sur les soignants, leurs croyances leurs connaissances, plutôt que sur les barrières organisationnelles. En effet, en utilisant l'outil IABP, ils sont « obligés » de travailler avec le patient et de s'adapter à sa réalité.

Les deuxièmes résultats (R2) sont les résultats de l'évaluation du test de l'outil IABP par les infirmières et de la synthèse des besoins co-identifiés. L'évaluation de l'outil et de l'intervention par les infirmières a montré que l'outil pouvait apporter une réponse adaptée aux besoins des soignants et des patients en vue de la préparation à la sortie. Le troisième résultat (R3) est le résultat des 5 questions posées aux patients après l'intervention éducative. Ce résultat a permis de comparer avec les résultats obtenus à R0. Cette comparaison a montré le bénéfice des interventions mises en place et vont dans le sens de l'hypothèse de solution qui était que

favoriser la posture éducative du soignant pourrait améliorer la qualité des soins et donc la satisfaction des patients et de leur proche.

Bien que nous ayons identifié l'équipe infirmière comme public cible de ce travail de DAS, nous n'avons pas mis les patients de côté. Comme le montre la figure 17 présentée dans le chapitre précédent, les patients ont pu être consultés et intégrés à plusieurs étapes du projet. Ils ont également pu verbaliser leurs ressentis et confirmer certaines de nos impressions. Même s'ils ne sont pas les principaux acteurs du projet, ils représentent malgré tout un pouvoir d'action intéressant, notamment auprès de la hiérarchie infirmière. En effet, on a trouvé que plus de la moitié des patients se montrent critiques envers nos pratiques actuelles en lien avec leur sortie de l'hôpital, ils représentent donc un levier pour pousser à changer nos pratiques de soins.

De plus, tout au long du projet, nous avons réussi à intéresser et à impliquer d'une façon ou d'une autre la plupart des infirmiers de division de chirurgie cardiaque, ainsi que plusieurs soignants d'autres services du Département à la thématique de l'ETP. Pour moi, c'est un objectif principal qui est atteint car je voulais sensibiliser les soignants à l'ETP et leur proposer un autre regard sur les patients, sur les soins qu'on réalise au quotidien, ainsi que sur les prises en charge des patients opérés cardiaque. Je suis satisfaite d'avoir pu élargir leur champ de vision et de connaissances car je me doutais bien qu'il serait difficile d'embarquer tous les soignants dans mon projet et de faire changer les pratiques.

Pour tester l'effet de la double intervention (formation de sensibilisation des soignants et outil IABP), nous avons choisi d'approcher dix patients répondant aux critères d'inclusion utilisés pour R0. C'est un échantillon relativement petit mais homogène à l'échantillon de patients interrogés au début du projet (R0). Une comparaison entre R0 et R3 est donc possible, car des patients du même profil ont été interrogés dans des conditions semblables. Nous n'avons pas exploré toutes les catégories de patients, et en particuliers les patients potentiellement les plus compliqués, car une plus grande hétérogénéité aurait rendu les comparaisons plus délicates. Ces questionnaires ont permis d'identifier des besoins des patients qui n'étaient pas apparents pour les soignants. Ils suggèrent également qu'après l'intervention, les patients se sentent plus compétents pour la sortie de l'hôpital.

À plusieurs reprises, les patients ont évalué un besoin comme « satisfait » ou neutre, car l'outil a permis une satisfaction immédiate d'un besoin, qui a été formulé durant le questionnaire. S'il n'y avait pas eu d'évaluation avec l'outil, le besoin aurait été non évalué et donc potentiellement insatisfait. Cette observation suggère que l'investigation en elle-même influence le phénomène, à savoir ce qui se passe dans la tête du patient.

Pour moi, les objectifs sont atteints car nous avons réussi à susciter de l'intérêt autour du projet. De plus, avec peu de ressources, nous avons pu obtenir des résultats sur différents niveaux tant chez les soignants, chez les patients et chez les cadres hiérarchiques infirmiers.

### 9.3. Discussion des limitations

La première limitation identifiée est le manque de temps dans les soins aigus, et notamment un manque de temps pour pratiquer de l'ETP. Même si la plupart des infirmiers ont bien compris l'importance et la nécessité de l'ETP, il n'empêche que ce n'est pas la priorité dans l'organisation des soins au quotidien. En effet, au vu de la multitude des tâches infirmières dans une journée, il y a toujours quelque chose à faire avant de pratiquer l'ETP. En effet, cela va représenter le plus grand défi pour réussir à pérenniser le projet car, en cas de difficultés comme le sous-effectif de l'équipe infirmière, des personnels soignants intérimaires, des journées très chargées, des urgences vitales et des patients en décompensations aigues, l'ETP sera toujours le premier élément qui va « sauter », car il n'est malheureusement pas prioritaire en termes de fonctionnement du service.

Dans le service de chirurgie cardiaque du CHUV, il y a des limites organisationnelles à la mise en place de programmes en ETP qui ont été mentionnées précédemment et qui sont fortement en lien avec les contraintes et la culture de la médecine aiguë. C'est le cas dans la division d'hospitalisation où le patient est vu principalement, sinon uniquement, du point de vue aigu. Cependant, il existe aussi les problématiques de la maladie cardiaque aiguë versus chronique, les maladies chroniques dans le cadre d'un événement cardiaque aigu ou au contraire une phase aiguë dans le cadre d'une pathologie cardiaque chronique. Ces éléments devraient nécessiter une prise en charge différente et adaptée en fonction du patient et de la phase de la maladie. Pourtant, la trajectoire de la maladie cardiaque n'est souvent pas perçue ou prise en compte par les soignants qui ont des objectifs et un « focus » dans l'ici et le maintenant, ainsi que sur la liste des tâches à réaliser. Cela représente une deuxième limitation identifiée dans le cadre de ce projet de DAS.

Durant la phase de test et d'évaluation de l'outil IABP, nous avons fait face à une difficulté inattendue. Nous avons eu besoin de plus de temps que prévu pour tester l'outil au moins dix fois comme nous l'avions prévu car il y a eu peu de patients répondant aux critères d'inclusion. En effet, durant les mois de septembre et d'octobre 2019, le service a enregistré une diminution de son activité chirurgicale élective mais avec un certain nombre de patients opérés en urgence (greffes cardiaques, dissections aortiques, tamponnade cardiaque). Durant cette période, plusieurs patients ont fait des complications post-opératoires et en particuliers des

polyneuropathies des soins et des états confusionnels. Cela a provoqué un allongement du séjour aux soins intensifs et aux soins intermédiaires, ce qui ne permettait pas de les inclure dans le projet.

De plus, durant ces deux mois, la plupart des hôpitaux du canton de Vaud étaient en engorgement noir, ce qui fait que nous avons dû accueillir des patients d'autres services pour des raisons de place, encore plus qu'à l'habitude. Il est arrivé que nous ayons dans notre service jusqu'à 16 patients d'autres spécialités médicales sur les 22 places disponibles dans la division de chirurgie cardiaque.

Une autre limitation identifiée est que, bien qu'il ait été présenté à toute l'équipe infirmière, l'outil n'a pas pu être testé par tous les infirmières mais uniquement par quelques-unes qui se sont portées volontaires (voir plus haut « Phase test de l'outil dans le service »). De plus, il est souvent ressorti lors des interventions éducatives avec le patient que les infirmières avaient des difficultés à rentrer dans la co-identification des besoins du patient. En effet, peu de consignes leur avaient volontairement été données afin de ne pas les orienter sur une façon de faire et les conditionner dans une pratique. Malgré cela, mis à part au début de l'intervention, l'impact de ces difficultés passagères n'a sûrement pas beaucoup d'effets sur les résultats obtenus.

#### **9.4. Discussion des perspectives**

Durant toute la durée du projet, une évolution engouement des soignants autour du projet en ETP a été observée ainsi qu'une prise de conscience générale des bénéfices potentiels qu'un tel projet peut apporter. Plusieurs infirmiers ont d'ailleurs manifesté le désir d'avoir une suite à la formation réalisée pour aller plus loin, ce qui montre un réel intérêt pour l'ETP. De manière générale, il y a un intérêt grandissant des équipes médicales et soignantes autour de l'ETP, en particulier avec la prise en charge de patients chroniques de plus en plus complexes. En effet, plusieurs travaux de Master s'intéressent à la formation de patients avec des médicaments anticoagulants et le groupe de travail GLPS se penche sur le parcours du patient de son entrée à la sortie.

Malgré l'intérêt personnel et la motivation dont les soignants ont fait preuve, les limitations identifiées précédemment (contexte et culture de soins aigus, organisation qui priorise le plus urgent ainsi que la difficulté d'obtenir des ressources pour ce type de projet) posent la question de la durabilité du projet. En effet, le projet a été construit uniquement autour des infirmiers de CCV. Pour faire évoluer le projet, il faudrait l'ouvrir aux médecins, aux physiothérapeutes (et autres acteurs de la prise en charge) et ainsi passer de pratiques de soins pluridisciplinaires

et de l'interdisciplinarité. De plus, il serait intéressant d'imaginer des consultations de suivi des patients à la PMU en ambulatoire pour aider la transition entre l'hôpital et le domicile et individualiser les prises en charge en fonction de la réalité de chaque patient. Cette perspective donnerait du poids au projet de ce travail et permettrait d'aider à le pérenniser et laisser la porte ouverte pour de nouveaux projets en ETP.

## 10. Réflexions sur mon processus d'apprentissages

Arrivant gentiment à la fin de ce travail, il est temps maintenant de faire un bilan des différents apprentissages acquis au cours de cette année de DAS. Tout d'abord, au moment de commencer l'année de DAS, je pensais pouvoir réaliser mon projet de mon côté au vu de l'intérêt et du soutien que je pressentais de la part de mon équipe et de mes supérieurs. J'ai par la suite très vite compris que ce ne serait pas possible. Connaissant bien le fonctionnement du service et les membres de l'équipe soignante, j'ai été facilement capable d'identifier les personnes « clés » pour mon projet, ainsi que forces, faiblesses, les menaces potentielles ainsi que les opportunités, mais également les « ressources » et personnes bienveillantes envers mon projet de DAS et le travail de mémoire. Ces éléments m'ont permis d'étayer ma problématique éducative et notamment de pouvoir présenter le contexte, les constats et mon analyse de la situation. De plus, en impliquant certaines personnes clés dans mon « focus group », d'autres infirmières se sont intéressées au projet et ont eu envie de se joindre au groupe et s'impliquer dans le déroulement des actions projet. Sans minimiser les difficultés et les contraintes du contexte, j'ai appris à utiliser les ressources et personnes ayant un impact positif pour mon projet.

Comme mentionné précédemment, j'ai eu beaucoup de réticences à impliquer mes collègues dans mon projet au début et j'ai mis du temps avant de comprendre pourquoi. Inconsciemment, je pense que j'avais peur de déranger avec mon travail de DAS ou de faire du bruit car c'est un projet en décalage avec la nature et les priorités du service. De plus, les journées de travail sont souvent très intenses avec peu de temps « creux » pour les soignants. Je craignais donc d'avoir une réaction négative des collègues qui voient le projet comme une charge de travail supplémentaire, avec une tâche de plus à faire sur une liste déjà longue. Finalement, à force de verbaliser leurs craintes et d'en discuter, les infirmiers ont bien compris et ont apprécié que ce projet n'allait pas forcément augmenter la charge de travail mais qu'il pouvait peut-être aider à structurer leur intervention éducative de préparation à la sortie. Ce projet a donc progressivement pris de l'engouement et j'ai ainsi obtenu le soutien et l'intérêt d'une majorité de mes collègues.

Bien qu'en ayant réalisé une analyse de situation relativement complète, j'ai consacré beaucoup de temps à négocier des ressources que je n'ai finalement pas obtenues et en parallèle, cette problématique était un peu paralysante pour définir la direction à prendre et avancer. Durant plusieurs semaines, j'ai eu l'impression de ne pas avoir d'épaules sur laquelle m'appuyer et j'ai eu besoin de temps avant de prendre des décisions. J'aurais voulu prendre les décisions à plusieurs, que d'autres personnes me rassurent et me guident sur mes choix ou me disent quoi faire car j'avais peur faire des erreurs et de faire prendre la mauvaise direction à mon projet de DAS. Heureusement, au fur et à mesure des modules et des travaux à rendre, j'ai pris confiance en mon rôle de coordinatrice de projet en ETP et j'ai appris à m'affirmer dans mes décisions. En prenant confiance en moi-même et en mes compétences, j'ai également pris conscience du potentiel mon projet.

Lors de l'année de formation de CAS, les jours de cours lors des modules étaient comptés comme temps de travail. Cependant, mon chef de service m'a rapidement annoncé qu'il ne pouvait pas me libérer des jours pour participer aux modules du DAS, mais que ceux-ci se dérouleraient sur mes jours de congé. Après négociation, j'ai pu obtenir que les dix derniers jours de formation seraient comptés comme temps de travail. Ces négociations m'ont un peu découragées car elles prennent du temps et de l'énergie. De plus, j'avais, le soutien de la hiérarchie qui souhaite, en tout cas sur le papier, pouvoir développer des projets en ETP dans le Département. J'ai observé un décalage entre le soutien théorique affiché et le soutien réel où je me suis souvent sentie seule avec mon projet sur mon lieu de travail. Ce décalage m'a parfois amené à être découragée momentanément. Lorsque cela arrivait, j'ai appris à prendre un peu de distance et j'ai décidé à plusieurs reprises de mettre le projet en pause et de le laisser sédimenter pour m'y replonger par la suite avec un nouvel élan. Ces pauses assumées m'ont évité de provoquer une trop grosse frustration et m'ont permis d'avoir un regard frais et objectif lorsque je décidais de m'y replonger.

Durant ce travail, j'ai également beaucoup appris sur moi-même et je me suis à plusieurs reprises remise en question. En lien avec mon caractère, j'ai depuis toujours tendance à être perfectionniste dans tout ce que j'entreprends et, donc à me mettre beaucoup de pression sur les épaules lorsque je choisis de m'investir dans quelque chose. J'ai toujours fonctionné dans le mode "tout ou rien", c'est-à-dire, soit je donne tout dans un projet et je me donne à 100%, soit j'estime que je ne suis pas capable ou que je n'ai pas la motivation suffisante et je ne fais pas. Avec ce mode de fonctionnement, je pense qu'en début d'année, j'avais inconsciemment des attentes trop élevées en termes d'actions et de résultats. Cela m'a donc amenée pendant longtemps à ressentir de la frustration et à douter de mes compétences à mener un projet à bien. Finalement, j'ai appris à prendre un peu de distance, sans pour autant me détacher du projet. J'ai aussi compris que je ne pourrais pas réaliser le projet tel qu'imaginé mais qu'il

évaluait selon la réalité du contexte, des ressources à disposition et des interactions avec les personnes du projet. À partir du moment où j'ai réussi à accepter ces derniers éléments, ça a été un grand poids en moins sur mes épaules et j'ai beaucoup mieux vécu la fin de ce projet.

En plus d'avoir appris sur moi-même durant cette année de DAS, j'ai également appris sur ma méthode de travail et d'apprentissage. À plusieurs reprises, je me suis sentie très frustrée car j'avais l'impression de ne pas avancer ou de travailler dans le vide ; en tout cas de ne pas pouvoir voir ou « quantifier » le travail que je faisais. J'ai donc opté pour faire une « *To do list* » en annotant toute une liste de tâches à réaliser et je me suis fait un calendrier par semaine qui me permettait de programmer et de visualiser des plages de travail. Avec cette méthode, cela m'a permis d'une part éviter la frustration de travailler longtemps sur une même tâche (rédaction, recherches d'articles, lectures scientifiques, mise en page, etc.) et d'autre part d'avoir la satisfaction de cocher la case avec un vu lorsqu'une action était réalisée. Grâce à ces actions, j'ai pu rester dans une attitude positive et maintenir ma motivation, en particuliers sur la fin du travail.

## 11. Conclusion

À travers ce travail, j'ai testé une approche d'inspiration ETP ciblant la préparation à la sortie de l'hôpital, dans un environnement de soins aigus. Les questionnaires administrés aux patients et aux soignants suggèrent que :

- Les patients perçoivent qu'ils manquent des compétences nécessaires pour quitter le service dans de bonnes conditions.
- Les soignants, s'ils avaient la perception intuitive qu'il y avait des besoins non satisfaits chez le patient, n'arrivaient pas à les (faire) expliciter.
- La double intervention (formation atelier pour le soignant et intervention avec l'outil IABP soignant-patient) a permis de :
  - Explorer des besoins des patients et mettre en évidence certains besoins non-satisfaits.
  - Donner au patient l'opportunité de réfléchir à sa situation et l'aider à envisager sa situation future.
  - Donner au soignant un outil pour dialoguer avec le patient afin de lui permettre une réflexion et une expression de son ressenti, de ses attentes et de ses besoins.
  - En comparaison avec la situation avant l'intervention, les patients ayant pu interagir avec un soignant à travers l'outil IABP semblaient percevoir une

meilleure considération de leurs attentes et de leurs besoins par le soignant, avaient l'impression d'avoir les connaissances nécessaires et avaient un sentiment de compétences renforcé pour quitter le service de façon sécuritaire.

Cependant, il faut relever plusieurs difficultés rencontrées au cours du projet, en particulier :

- D'impliquer l'encadrement infirmier tout au long du projet de façon concrète et de les convaincre de libérer les ressources en temps de travail nécessaires à la réalisation du projet.
- De changer les priorités dans l'organisation quotidienne afin de ménager un espace-temps permettant de pratiquer une approche éducative.

Cette expérience a été riche en rebondissements et en émotions. Durant toute l'année du DAS, elle m'a permis de mesurer l'enthousiasme et le soutien de mes collègues soignants pour ce projet. Le poids des difficultés rencontrées pose la question de la durabilité du projet qui repose sur l'engagement personnel d'un petit nombre de soignants. Il n'est pas prouvé à ce stade que la culture ait été suffisamment modifiée et que les conditions soient favorables pour que le projet se transforme en une activité permanente stable.

## 12. Références bibliographiques

Alligood, M.R. (2014) *Nursing Theorists and Their Work*, 8ème édition, USA : Elsevier Mosby.

Bates, O., O'Connor, N., Dunn, D., Hasenau, M. (2014) Applying STAAR interventions in incremental bundles : improving post-CABG surgical patient care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(2), 89–97.

Bobay, K. (2015) Assessing Discharge Readiness as a Nurse Sensitive Indicator. Repéré à <https://www.memorialcare.org/sites/default/files/media/Kathleen%20Bobay%202015%20NR%20PPT.pdf>

Carré, P. (2015) De l'apprentissage à la formation. Pour une nouvelle psychopédagogie des adultes. *Revue française de pédagogie*, 1(190), 29-40. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-pedagogie-2015-1-page-29.htm>

Centre hospitalier universitaire vaudois (2019) Missions, valeurs et vision. Repéré à <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/en-bref/missions/>, consulté le 17.07.19

Coffey, A. (2012) Meleis theory of transition and readiness of older people for discharge from hospital to home. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/0ec9/41d286881086638eebcad2b5a1a3fae9c95d.pdf>, consulté le 18.07.2019

De la Tribonnière, X. & Gagnayre, R. (2013) L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Éducation Thérapeutique du Patient*, 5(1), 163-176. DOI : 10.1051/tpe/2013027

École de la Source (2018) Recueil de l'offre en stage pour les étudiants HES soins infirmiers. Repéré à [https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/CHUV\\_DCV\\_mai2018.pdf](https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/CHUV_DCV_mai2018.pdf), consulté le 17.07.2019

Fondation Suisse de Cardiologie (2019) Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV). Repéré à <https://www.swissheart.ch/fr/maladies-cardiaques-avc/traitements/traitements/dispositifs-dassistance-ventriculaire-dav.html>.

Foucaud, J., Bury, J.A., Balcou-Debussche, M. & Eymard, C. (2010) *Éducation thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action.

Giordan, A. (2010) Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des maladies Métaboliques*, 4(3). DOI.org/10.1016/S1957-2557(10)70065-1.

Giordan, A. (2016) Apprendre ! Paris : Belin.

Golay, A., Lager, G. & Giordan, A. (2009) *Comment motiver le patient à changer*. Paris : Maloine.

Henderson, V. (1964) The Nature of Nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), 62-68. DOI : 10.2307/3419278. Repéré à <https://www.jstor.org/stable/3419278>

Jacquemin, D. (2009) Interdisciplinarité : spécificité du rôle infirmier et regard de l'infirmier dans l'interdisciplinarité en soins palliatifs. *Médecine palliative*, 8, 72-77. DOI :10.1016/j.medpal.2008.12.005

Lacroix, A. (2007) Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? *Santé Publique*, 4(19), 271-282. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-271.htm>

Lager, G., Giordan, A., Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A. & Golay, A. (2008) Éducation thérapeutique, 2e partie : mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Médecine*, 4(6), p. 269-273.

Laporte, P. & Vonarx, N. (2016) Le « bien mourir » perçu dans une approche de l'autotranscendance et de la transition : deux théories de soin utiles pour l'infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 6-19. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-2-page-6.htm>.

Lapum, J., Angus, J.E, Peter, E. & Watt-Watson, J. (2011) Patients' discharge experiences : Returning home after open-heart surgery, *Heart & Lung*, 40, 226-235. DOI :10.1016/j.hrtlng.2010.01.001.

Lapum, J., Fredericks, S., Liu, L., Yau, T., Retta, B., Jones, V. & Jones, S. (2016) Facilitators and barriers of heart surgery discharge; patients' and nurses' narrative accounts. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 350-356.

Meleis, A. I. (2010) *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New-York : Springer.

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing : development and progress*, 5<sup>th</sup> Edition. Philadelphia : Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Im, E-O., Hilfinger Messias, D.K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions : An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (1994) Facilitating transitions : redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. Repéré à [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

Moutet, M., Guisado, H., Butel, J., Vuagnat, H. & Zulian, G. (2014) Interdisciplinarité en milieu hospitalier : entre défi hebdomadaire et enjeux de groupe. *Revue Médicale Suisse*, 10, 134-137.

Navarra, E. (2016) Le retour à domicile après une chirurgie cardiaque. *Louvain médical*, 135(10), 726-729.

Office Fédéral de la Statistique (2019) Manuel de codage médical. Le manuel officiel des règles de codage en Suisse, version 2019. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.6207937.html>, consulté le 18.02.2019

Organisation Mondiale de la Santé (1998) Éducation Thérapeutique du Patient, Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Repéré à [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf), consulté le 19.09.2019

Paget, S. (2017) Raisonnement et démarche clinique infirmière, le modèle de Virginia Henderson. Repéré à <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2017/09/Raisonnement-et-d%C3%A9marche-clinique-infirmi%C3%A8re-.ppt-Mode-de-compatibilit%C3%A9.pdf>

Pellaud, F., Eastes, R.-E. & Giordan, A. (2005) Un modèle pour comprendre l'apprendre : le modèle allostérique. *Gymnasium Helveticum*. Repéré à [https://www.hepfr.ch/sites/default/files/profile\\_publications\\_other/gymnasium\\_helveticum\\_2.pdf](https://www.hepfr.ch/sites/default/files/profile_publications_other/gymnasium_helveticum_2.pdf).

Pepin, J., Kerouac, S. & Ducharme, F. (2010) *La pensée infirmière*, 3ème édition. Montréal : Chenelière Education.

Queloz, M. & Quarta, S. (2015) *L'éducation thérapeutique pour les enfants de 7 à 12 ans atteints de diabète de type I lors d'une transition hôpital-domicile*. Travail de Bachelor inédit, Haute École de Santé Genève. Repéré à [http://doc.rero.ch/record/257356/files/TdB\\_Sabrina\\_Quarta\\_et\\_Marion\\_Queloz\\_2015.pdf](http://doc.rero.ch/record/257356/files/TdB_Sabrina_Quarta_et_Marion_Queloz_2015.pdf)

Roberts, K. (2002) Exploring participation older people on discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 413-420.

Rushton, M., Howarth, M., Grant, M. J. & Astin, F. (2017) Person-centred discharge education following coronary artery bypass graft: A critical review. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 5206–5215. DOI : 10.1111/jocn.14071.

Ryan, C., Bierle, R. & Vuckovic, K. (2019) The three R's for preventing heart failure readmission : review, reassess, and reeducate. *Critical Care Nurse*, 39(2), 85-94.

Schumacher, K. & Meleis, A. (1994) Transitions : A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.

Shih, F-J., Meleis, A.I., Yu, P-J., Hu, W-Y, Lou, M-F. & Huang, G-S. (1998) Taiwanese patients' concerns and coping strategies : Transition to cardiac surgery. *Heart & Lung*, 27(2), 82-98.

SwissDRG (2018) Catalogue des forfaits par cas SwissDRG-Version 8.0, Version de tarification 2019. Repéré [à https://www.swissdrg.org/application/files/6615/4391/4627/SwissDRG-Version\\_8.0\\_Fallpauschalenkatalog\\_AV\\_2019\\_genehmigt\\_f.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/6615/4391/4627/SwissDRG-Version_8.0_Fallpauschalenkatalog_AV_2019_genehmigt_f.pdf), consulté le 15.08.2019

SwissTransplant (2019) Liste d'attente et transplantations 2018. Repéré à [https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user\\_upload/Swisstransplant/Jahresbericht/Jahresbericht\\_und\\_Grafiken\\_2018/2018\\_Liste\\_d\\_attente\\_et\\_transplantations.pdf](https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Swisstransplant/Jahresbericht/Jahresbericht_und_Grafiken_2018/2018_Liste_d_attente_et_transplantations.pdf).

Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Laboratoire interdisciplinaire littérature et mathématiques (2019) Inter, trans, multi, pluri ou intradisciplinarité ? Repéré à <https://www.usherbrooke.ca/litt-et-maths/fondements/inter-trans-multi-pluri-ou-intradisciplinarite/> , consulté le 29.09.2019

Weiss, M. & Piacentine, L. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3). DOI : 10.1891/jnm-v14i3a002.

Weiss, M., Piacentine, L., Lokken, L., Ancona, J. & Archer, J. (2007) Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42. Repéré à [https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=nursing\\_fac](https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=nursing_fac).

Wikipédia (2019) Quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson. Repéré à [https://fr.wikipedia.org/wiki/Quatorze\\_besoins\\_fondamentaux\\_selon\\_Virginia\\_Henderson](https://fr.wikipedia.org/wiki/Quatorze_besoins_fondamentaux_selon_Virginia_Henderson), consulté le 08.08.2019

Wikipédia (2019) Virginia Henderson. Repéré à [https://fr.wikipedia.org/wiki/Virginia\\_Henderson](https://fr.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson) [https://fr.wikipedia.org/wiki/Virginia\\_Henderson](https://fr.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson), consulté le 08.08.2019

# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire des besoins et de préparation à la sortie, version patients (Q0 patients)

Chers patients,

Dans le cadre d'un travail de diplôme et pour pouvoir valider une formation complémentaire en éducation thérapeutique, je dois mener à bien un projet en éducation thérapeutique dans l'unité où je travaille. J'ai choisi de m'intéresser au domaine de la préparation à la sortie des patients ayant bénéficiés d'une chirurgie cardiaque et dont la sortie se rapproche.

C'est pourquoi, je me permets de vous solliciter avec ce questionnaire, et vous remercierait de prendre quelques minutes pour y répondre afin de m'aider dans ce projet. Je m'intéresse à votre ressenti personnel ; il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. De plus, l'anonymat est garanti.

La première partie des questions se porte sur vos perceptions/sentiments par rapport à notre pratique actuelle dans le service, en regard de la prise en charge des patients opérés cardiaques, et plus spécifiquement de la préparation de sortie du patient de notre unité. Merci d'indiquer, pour chaque énoncé, le chiffre 1, 2, 3 ou 4 selon ce qui convient le mieux selon vous !

**1** = Tout à fait en désaccord

**2** = Plutôt en désaccord

**3** = Plutôt en accord

**4** = Tout à fait en accord

---

D'après vous, diriez-vous que :

- Actuellement dans le service, vous avez le sentiment que toute la préparation à la sortie est faite au mieux pour vous et vos proches. \_ \_ \_ \_ \_
- Vous avez le sentiment que la préparation à la sortie (ex : formation sur un sujet, donner des informations, écouter les craintes, valoriser les compétences, etc.) se fait au bon vouloir ou pouvoir du soignant qui s'occupe de vous. \_ \_ \_ \_ \_
- Vous avez le sentiment que la coordination et la communication est souvent inefficace avec les soignants, le médecin de l'étage et l'infirmière de liaison (qui fait quoi, quand et qui explique quoi aux patients). \_ \_ \_ \_ \_
- Vous avez le sentiment que la préparation de votre sortie du service se fait de façon précipitée ou bâclée et que vous, ou vos proches, ne vous sentez pas complètement en sécurité. \_ \_ \_ \_ \_

- Au vu du rythme et de l'intensité de la charge de travail des soignants, vous avez le pressentiment que la préparation de votre sortie n'est pas prioritaire dans l'organisation de la journée du soignant. \_ \_ \_ \_ \_
- Vous avez le sentiment que vous, et vos proches, avez les connaissances, compétences et ressources suffisantes pour quitter notre unité en toute sécurité. \_ \_ \_

Je m'intéresse maintenant aux besoins que vous avez lors de la préparation à la sortie. Veuillez répondre aux questions, en utilisant la même échelle de 1 à 4.

**1** = Tout à fait en

**2** = Plutôt en désaccord

**3** = Plutôt en accord

**4** = Tout à fait en accord

Diriez-vous que :

- Lors de la préparation à la sortie, l'équipe soignante est au plus près de votre situation et répond à vos des besoins spécifiques (organisation, apports de connaissances, soutien des compétences, etc.). \_ \_ \_ \_ \_
- Lors de la préparation à la sortie, vous avez l'impression que l'équipe soignante se concentre surtout sur des besoins « généraux » et communs à tous les patients, et pas spécifiquement à vos besoins propres. \_ \_ \_ \_ \_
- Lors de la préparation à la sortie, les soignants ont identifié et validé avec vous vos besoins pour pouvoir quitter de façon sécuritaire le service après votre opération. \_ \_ \_ \_ \_

Continuons avec le thème de la préparation à la sortie du service. Nous avons identifié certains besoins qui reviennent régulièrement chez des patients qui ont été opéré au cœur, ce sont ce qu'on appelle des besoins dits « emblématiques ». Nous aimerions savoir, parmi les besoins identifiés, lesquels sont les plus importants et/ou prioritaires POUR VOUS, dans VOTRE situation. Si vous avez d'autres besoins, que nous n'avons pas identifiés, merci de bien vouloir les noter sur les lignes à dispositions.

**1** = Pas du tout important /prioritaire

**2** = Peu important /prioritaire

**3** = Plutôt important / prioritaire

**4** = Tout à fait important / prioritaire

- Autonomie dans les Activités de la Vie Quotidienne (toilette/douche, utiliser les toilettes, s'habiller, déshabiller, manger, etc.) \_ \_ \_ \_ \_
- Intégration des proches dans la préparation à la sortie \_ \_ \_ \_ \_
- Amélioration des capacités physiques \_ \_ \_ \_ \_

- Connaissances de médicaments et traitements instaurés \_ \_ \_ \_ \_
- Sentiment de compétence / confiance en soi \_ \_ \_ \_ \_
- Adaptation d'un régime alimentaire adapté \_ \_ \_ \_ \_
- Connaissance d'une bonne hygiène \_ \_ \_ \_ \_
- Connaissances des activités physiques autorisées \_ \_ \_ \_ \_
- Capacité d'exprimer ses émotions/le ressenti de son vécu (de l'hospitalisation) \_ \_ \_ \_ \_
- Surveillance et suivi des plaies/cicatrices \_ \_ \_ \_ \_

Autres besoins identifiés : \_ \_ \_ \_ \_  
 \_ \_ \_ \_ \_  
 \_ \_ \_ \_ \_

Nous imaginons développer, dans le cadre de ce projet, un outil qui permettrait aux soignants d'évaluer vos besoins AVEC VOUS dans le but d'être au plus proche de votre réalité et donc que nos soins soient plus personnalisés et adaptés à chaque situation. Merci de répondre par OUI ou NON à chaque proposition.

D'après vous :

- Trouvez-vous qu'un tel projet est pertinent ? \_ \_ \_ \_ \_
- Si un tel outil était développé dans le service, seriez-vous prêt à l'essayer ? \_ \_ \_ \_ \_
- Trouvez-vous qu'il s'agit d'une perte de temps/d'énergie pour les soignants car nos pratiques sont déjà satisfaisantes. \_ \_ \_ \_ \_

Avez-vous des commentaires sur nos pratiques actuelles, des demandes ou propositions de changements (ou autres) ? \_ \_ \_ \_ \_  
 \_ \_ \_ \_ \_  
 \_ \_ \_ \_ \_  
 \_ \_ \_ \_ \_  
 \_ \_ \_ \_ \_

Marie-Laure Revely, infirmière diplômée

## Annexe 2 : Tableau et résultats du questionnaire des besoins et de préparation à la sortie, version patients (R0 patients)

1 = Tout à fait en désaccord

2 = Plutôt en désaccord

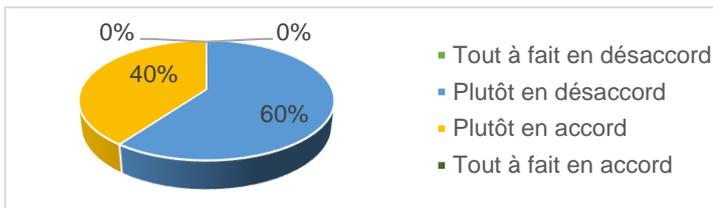
3 = Plutôt en accord

4 = Tout à fait en accord

Question	Patients									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2
2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2-3
3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3
4	2	1	3	3	3	3	3	3	4	3
5	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
6	3	3	3	2	2	2	2-3	2	1	2
7	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2
8	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3
9	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1
10	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
11	2	2	3	2	3	4	4	4	4	4
12	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4
13	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4
14	2	3	3	2	3	3	4	3	3	3
15	2	3	3	2	2	3	2	3	3	1
16	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3
17	2	4	4	3	4	3	4	4	4	3
18	2	3	3	2	3	3	3	4	4	2
19	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3
20	-	Plus d'informations par rapport à la suite (contrôles post-op, suivis, etc.	Connaitre la suite après l'hospitalisation (déroulement, rdv, etc.).	-	Savoir ce qui est normal (guérison, sensation), à quoi s'attendre, quoi surveiller, quand s'alarmer, etc.	-	-	Avoir plus d'infos pour la suite, comment ça se passe à la maison, à quoi faire attention, quoi surveiller	Comment appliquer à ma situation les infos / enseignements reçus	Que faire en cas de problème et comment je sais si/ quand il y a un problème
21	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
22	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
23	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
24	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-

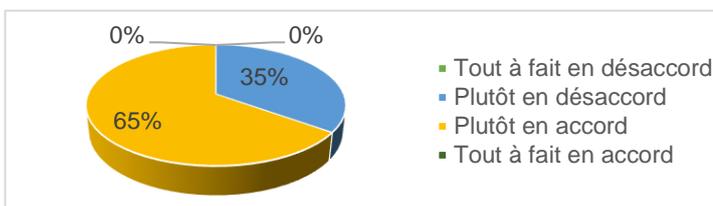
1. Actuellement dans le service, vous avez le sentiment que toute la préparation à la sortie est faite au mieux pour vous et vos proches. \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 6 x Plutôt en désaccord
- 4 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



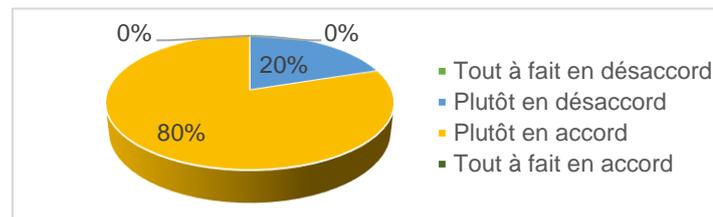
2. Vous avez le sentiment que la préparation à la sortie (ex : formation sur un sujet, donner des informations, écouter les craintes, valoriser les compétences, etc.) se fait au bon vouloir ou pouvoir du soignant qui s'occupe de vous. \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 3,5 x Plutôt en désaccord
- 6,5 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



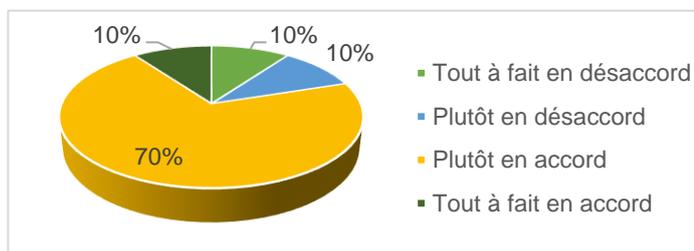
3. Vous avez le sentiment que la coordination et la communication est souvent inefficace avec les soignants, le médecin de l'étage et l'infirmière de liaison (qui fait quoi, quand et qui explique quoi aux patients). \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 2 x Plutôt en désaccord
- 8 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



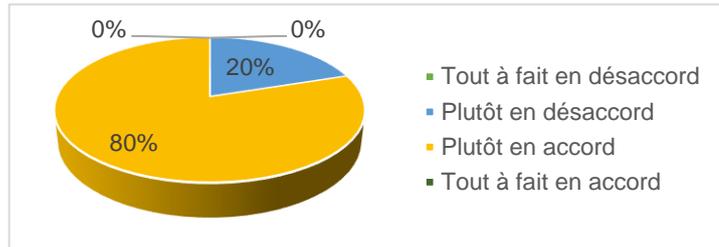
4. Vous avez le sentiment que la préparation de votre sortie du service se fait de façon précipitée ou bâclée et que vous, ou vos proches, ne vous sentez pas complètement en sécurité. \_ \_ \_ \_ \_

- 1 x Tout à fait en désaccord
- 1 x Plutôt en désaccord
- 7 x Plutôt en accord
- 1 x Tout à fait en accord



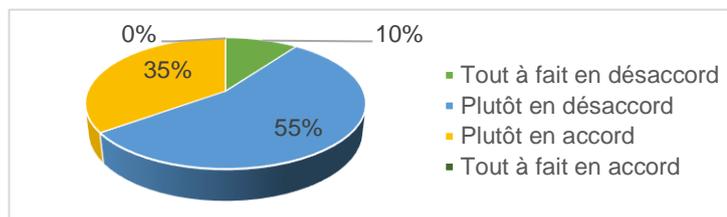
5. Au vu du rythme et de l'intensité de la charge de travail des soignants, vous avez le présentiment que la préparation de votre sortie n'est pas prioritaire dans l'organisation de la journée du soignant. \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 2 x Plutôt en désaccord
- 8 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



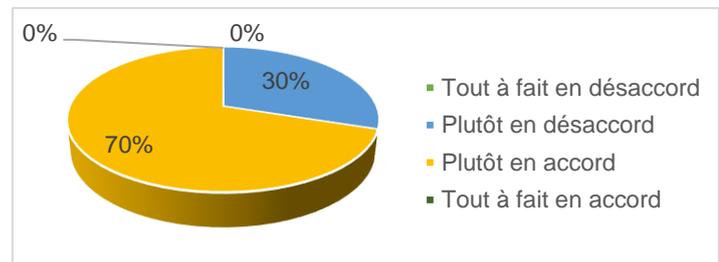
6. Vous avez le sentiment que vous, et vos proches, avez les connaissances, compétences et ressources suffisantes pour quitter notre unité en toute sécurité. \_ \_ \_

- 1 x Tout à fait en désaccord
- 5,5 x Plutôt en désaccord
- 3,5 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



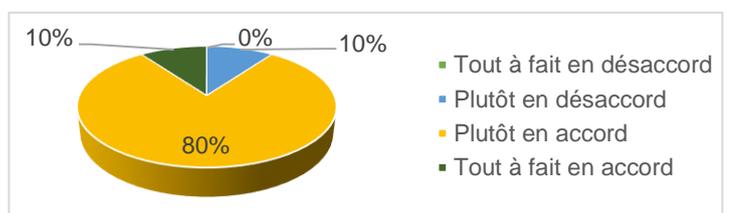
7. Lors de la préparation à la sortie, l'équipe soignante est au plus près de votre situation et répond à vos des besoins spécifiques (organisation, apports de connaissances, soutien des compétences, etc.). \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 7 x Plutôt en désaccord
- 3 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



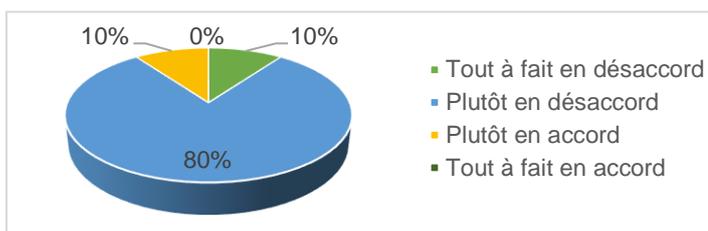
8. Lors de la préparation à la sortie, vous avez l'impression que l'équipe soignante se concentre surtout sur des besoins « généraux » et communs à tous les patients, et pas spécifiquement à vos besoins propres. \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 1 x Plutôt en désaccord
- 8 x Plutôt en accord
- 1 x Tout à fait en accord



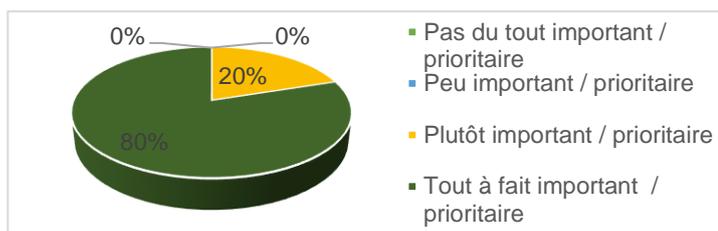
9. Lors de la préparation à la sortie, les soignants ont identifié et validé avec vous vos besoins pour pouvoir quitter de façon sécuritaire le service après votre opération. \_ \_

- 1 x Tout à fait en désaccord
- 8 x Plutôt en désaccord
- 1 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



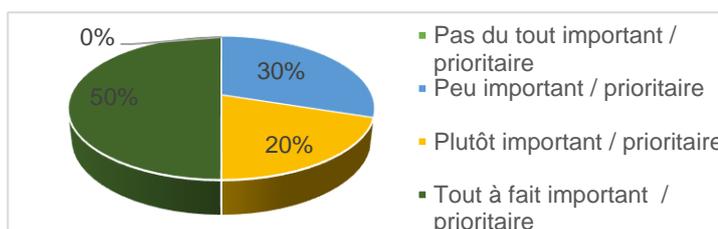
10. Autonomie dans les Activités de la Vie Quotidienne (toilette/douche, utiliser les toilettes, s'habiller, déshabiller, manger, etc.) \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 0 x Peu prioritaire
- 2 x Plutôt prioritaire
- 8 x Tout à fait prioritaire



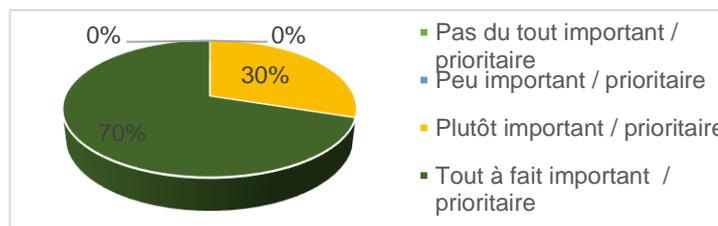
11. Intégration des proches dans la préparation à la sortie \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 3 x Peu prioritaire
- 2 x Plutôt prioritaire
- 5 x Tout à fait prioritaire



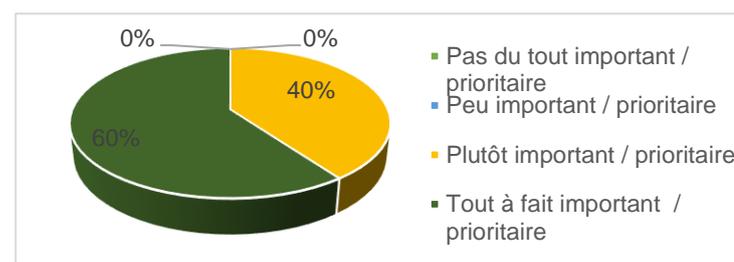
12. Amélioration des capacités physiques \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 0 x Peu prioritaire
- 3 x Plutôt prioritaire
- 7 x Tout à fait prioritaire



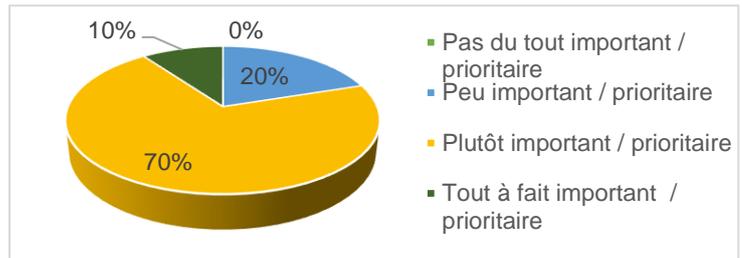
13. Connaissances de médicaments et traitements instaurés \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 0 x Peu prioritaire
- 4 x Plutôt prioritaire
- 6 x Tout à fait prioritaire



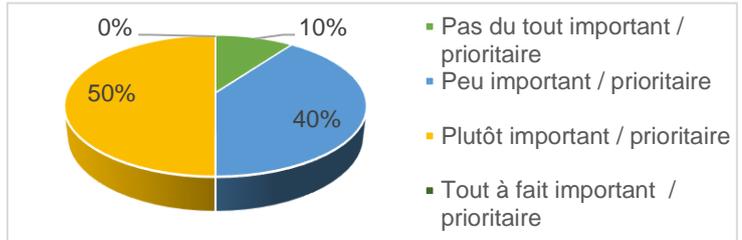
14. Sentiment de compétence / confiance en soi \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 2 x Peu prioritaire
- 7 x Plutôt prioritaire
- 1 x Tout à fait prioritaire



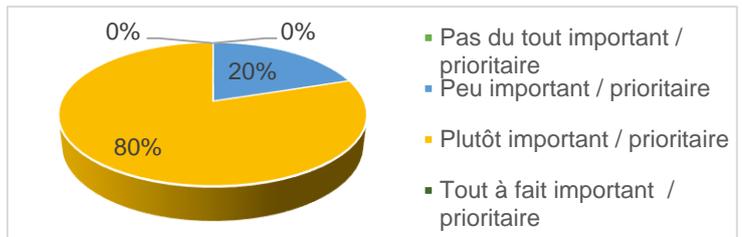
15. Adaptation d'un régime alimentaire adapté \_ \_ \_ \_ \_

- 1 x Pas du tout prioritaire
- 4 x Peu prioritaire
- 5 x Plutôt prioritaire
- 0 x Tout à fait prioritaire



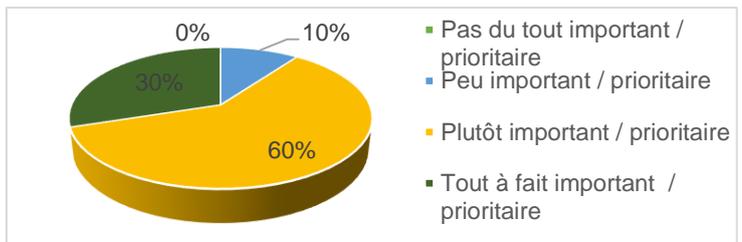
16. Connaissance d'une bonne hygiène \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 2 x Peu prioritaire
- 8 x Plutôt prioritaire
- 0 x Tout à fait prioritaire



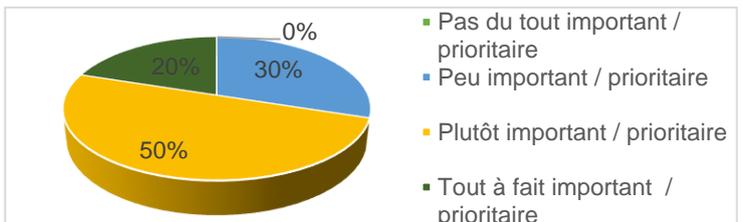
17. Connaissances des activités physiques autorisées \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 1 x Peu prioritaire
- 6 x Plutôt prioritaire
- 3 x Tout à fait prioritaire



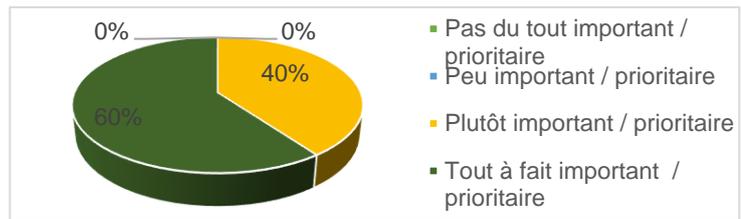
18. Capacité d'exprimer ses émotions/le ressenti de son vécu (de l'hospitalisation) \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 3 x Peu prioritaire
- 5 x Plutôt prioritaire
- 2 x Tout à fait prioritaire



19. Surveillance et suivi des plaies/cicatrices \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Pas du tout prioritaire
- 0 x Peu prioritaire
- 4 x Plutôt prioritaire
- 6 x Tout à fait prioritaire

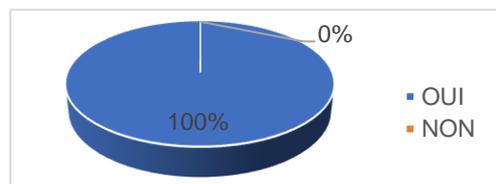


20. Autres besoins identifiés :

- Plus d'informations par rapport à la suite (contrôles post-op, suivis, etc.,
- Connaître la suite après l'hospitalisation (déroulement, rdv, etc.).
- Savoir ce qui est normal (guérison, sensation), à quoi s'attendre, quoi surveiller, quand s'alarmer, etc.
- Avoir plus d'infos pour la suite, comment ça se passe à la maison, à quoi faire attention, quoi surveiller
- Comment appliquer à ma situation les infos / enseignements reçus
- Que faire en cas de problème, comment je sais si/quand il y a un problème.

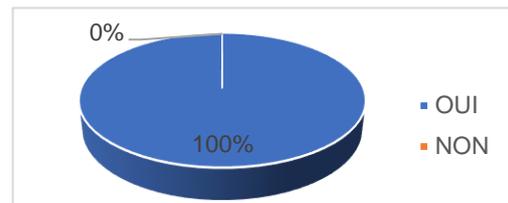
21. Trouvez-vous qu'un tel projet est pertinent ? \_ \_ \_ \_ \_

- 10 x OUI
- 0 x NON



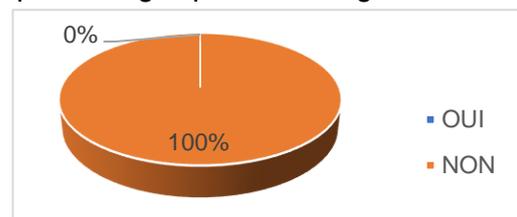
22. Si un tel outil était développé dans le service, seriez-vous prêt à l'essayer ? \_ \_ \_ \_ \_

- 10 x OUI
- 0 x NON



23. Trouvez-vous qu'il s'agit d'une perte de temps/d'énergie pour les soignants car nos pratiques sont déjà satisfaisantes. \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x OUI
- 10 x NON



24. Commentaires : P1\* : L'établissement d'un document avec les questions les plus fréquentes et pertinentes seraient d'une grande aide, car penser à tout cela dans un laps de temps que les médecins sont avec nous est trop court.

## Annexe 3 : Questionnaire des besoins et de préparation à la sortie, version soignants (Q0 soignants)

Chers collègues,

Dans le cadre de mon travail de DAS et pour pouvoir valider ma formation, je dois mener à bien un projet en éducation thérapeutique dans l'unité où je travaille. J'ai choisi de m'intéresser au domaine de la préparation à la sortie des patients ayant bénéficiés d'une chirurgie cardiaque et dont la sortie se rapproche. Je me permets de vous solliciter avec ce questionnaire, et vous remercierais de prendre quelques minutes pour y répondre afin de m'aider dans ce projet. Je m'intéresse à votre ressenti personnel ; il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. De plus, l'anonymat est garanti.

La première partie traite de vos perceptions/sentiments par rapport à nos pratiques actuelles dans le service, en regard de la prise en charge des patients opérés cardiaques, et plus spécifiquement par rapport à la préparation de sortie du patient de notre unité. Merci d'indiquer le chiffre 1, 2, 3 ou 4 à la fin de chaque énoncé selon ce qui convient le mieux selon vous !

**1** = Tout à fait en

**2** = Plutôt en désaccord

**3** = Plutôt en accord

**4** = Tout à fait en accord

D'après vous, diriez-vous que :

- Actuellement dans le service, toute la préparation à la sortie est faite au mieux pour le patient et ses proches. \_ \_ \_ \_ \_
- La préparation à la sortie (ex : formation sur un sujet, donner des informations, écouter les craintes, valoriser les compétences, etc.) se fait au bon vouloir ou pouvoir du soignant en charge du patient à cause d'un manque de structure, d'outils, de guide ou autre. \_ \_ \_ \_ \_
- La coordination est souvent inefficace avec les médecins (qui fait quoi et qui explique quoi aux patients, quand, etc.). \_ \_ \_ \_ \_
- Au vu du rythme et de l'intensité de la charge de travail, la préparation à la sortie du patient n'est pas prioritaire dans votre organisation de la journée. \_ \_ \_ \_ \_
- Le patient et ses proches ont des connaissances, des compétences et des ressources suffisantes pour quitter notre unité en sécurité. \_ \_ \_ \_ \_
- La sortie du patient de l'unité se fait parfois de façon précipitée ou bâclée et vous avez l'impression que ce n'est pas toujours sécuritaire. \_ \_ \_ \_ \_
- Vous avez parfois le présentiment que le patient va être réhospitalisé pour des complications en lien avec une sortie précipitée. \_ \_ \_ \_ \_

En utilisant la même échelle de 1 à 4, on s'intéresse maintenant aux besoins que vous percevez chez les patients que vous prenez en charge lors de la préparation à la sortie.

**1** = Tout à fait en

**2** = Plutôt en désaccord

**3** = Plutôt en accord

**4** = Tout à fait en accord

---

Selon vous, diriez-vous que :

- Nous sommes au plus près des besoins des patients. \_ \_ \_ \_ \_
- Les mêmes besoins « emblématiques » sont considérés chez tous les patients. \_ \_ \_
- Parfois, on identifie des besoins différents ou nouveaux chez certains patients. \_ \_ \_ \_ \_
- Les besoins identifiés chez les patients par les soignants sont réellement les besoins du patient (= besoins vérifiés et validés par le patient). \_ \_ \_ \_ \_

D'après vous, quels sont les besoins des patients pour une « bonne préparation » à la sortie. Toujours selon la même échelle, merci d'évaluer la pertinence de chaque besoin de 1 à 4. Si vous avez observé d'autres besoins chez les patients qui n'apparaissent pas ci-dessous, merci de les mentionner sur les lignes disponibles.

**1** = Pas du tout important /prioritaire

**2** = Peu important /prioritaire

**3** = Plutôt important /

**4** = Tout à fait important / prioritaire

---

- Autonomie dans les AVQ \_ \_ \_ \_ \_
- Intégration des proches dans la préparation à la sortie \_ \_ \_ \_ \_
- Amélioration des capacités physiques \_ \_ \_ \_ \_
- Connaissances de médicaments et traitements instaurés \_ \_ \_ \_ \_
- Sentiment de compétence / confiance en soi \_ \_ \_ \_ \_
- Adaptation d'un régime alimentaire adapté \_ \_ \_ \_ \_
- Connaissance d'une bonne hygiène \_ \_ \_ \_ \_
- Connaissances des activités physiques autorisées \_ \_ \_ \_ \_
- Capacité d'exprimer ses émotions/le ressenti de son vécu (de l'hospitalisation) \_ \_ \_ \_ \_
- Surveillance et suivi des plaies/cicatrices \_ \_ \_ \_ \_
- ...

Autres besoins identifiés : \_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_

Maintenant, imaginons développer, dans le cadre de mon projet de DAS, un outil pour le service qui permettrait d'évaluer les besoins des patients AVEC EUX dans le but d'être au plus proche de leur réalité et donc que nos soins soient plus personnalisés et adaptés à chaque situation. Merci de répondre par OUI ou NON à chacune des propositions.

D'après vous :

- Trouvez-vous qu'un tel projet est pertinent ? \_ \_ \_ \_ \_
- Pensez-vous qu'il serait applicable dans notre division ? \_ \_ \_ \_ \_
- Pour autant qu'il n'augmente pas beaucoup votre charge de travail, seriez-vous prêt à l'essayer dans votre pratique ? \_ \_ \_ \_ \_
- Trouvez-vous qu'il s'agit d'une perte de temps/d'énergie car nos pratiques sont déjà satisfaisantes. \_ \_ \_ \_ \_
- Avez-vous l'impression que cela redonnerait plus de sens à nos pratiques ? \_ \_ \_ \_ \_

Commentaires : \_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_

Marie-Laure Revelly

## Annexe 4 : Tableau et résultats du questionnaire des besoins et de préparation à la sortie, version soignants (R0 soignants)

Question	Soignants											
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
1	RAD 2/ Tran sfert 3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2
2	4	4	4	3	3	4	3	2	3	3	3	2
3	4	2	3	3	3	2	4	2	3	3	2	3
4	4	3	2	3	3	3	1	2	2	2	3	3
5	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2
6	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	4
7	3	2	4	2	1	3	3	2	3	3	2	4
8	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
9	3	1	2	3	3	3	2	4	2	2	3	2
10	4	4	4	3	3	3	3	4	3	2	3	3
11	2	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
12	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4
13	3	4	3	4	3	3	3	3	4	2	3	4
14	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3
15	3	4	4	4	3	2	3	3	4	2	3	4
16	4	4	4	4	2	3	3	2	4	3	2	3
17	3	3	3	4	2	2	3	3	3	2	3	3
18	2	4	3	4	3	2	3	2	4	2	4	4
19	3	4	4	4	3	3	3	3	4	2	4	4
20	3	4	3	3	2	2	3	3	4	3	3	4
21	3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4
22	-	-	Conna itre le suivi post- op (cardio logue, rdv chir)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	4	Oui	Oui	Oui	Oui
24	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	3	Oui	Oui	Oui	Oui
25	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	4	Oui	Oui	Oui	Oui
26	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	2	Non	Non	Non	Non
27	Oui	Non mais bénéfi que aux pts	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	3	Oui	Oui	Oui	Oui
28	-	-	Bon DAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1 = Tout à fait en désaccord

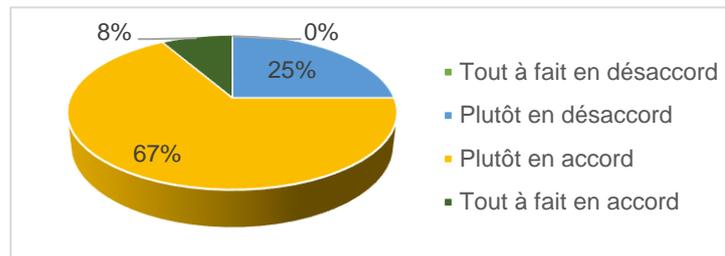
2 = Plutôt en désaccord

3 = Plutôt en accord

4 = Tout à fait en accord

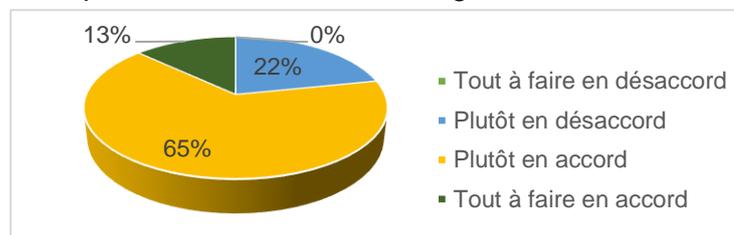
1. Actuellement dans le service, toute la préparation à la sortie est faite au mieux pour le patient et ses proches.

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 3 x Plutôt en désaccord
- 8 x Plutôt en accord
- 1 x Tout à fait en accord



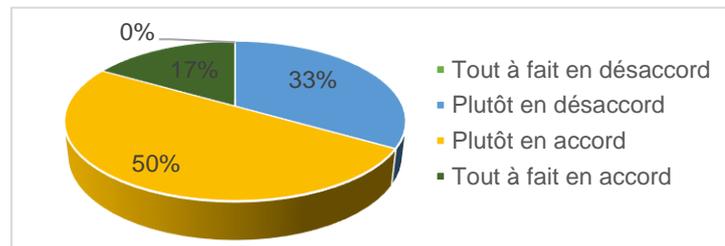
2. La préparation à la sortie (ex : formation sur un sujet, donner des informations, écouter les craintes, valoriser les compétences, etc.) se fait au bon vouloir ou pouvoir du soignant en charge du patient à cause d'un manque de structure, d'outils, de guide ou autre.

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 2 x Plutôt en désaccord
- 6 x Plutôt en accord
- 4 x Tout à fait en accord



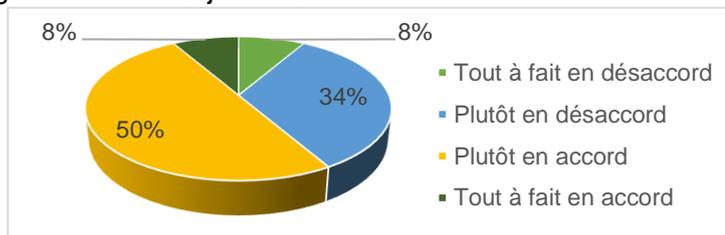
3. La coordination est souvent inefficace avec les médecins (qui fait quoi et qui explique quoi aux patients, quand, etc.).

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 4 x Plutôt en désaccord
- 6 x Plutôt en accord
- 2 x Tout à fait en accord



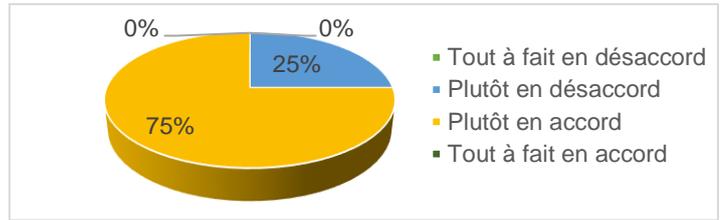
4. Au vu du rythme et de l'intensité de la charge de travail, la préparation à la sortie du patient n'est pas prioritaire dans votre organisation de la journée.

- 1 x Tout à fait en désaccord
- 4 x Plutôt en désaccord
- 6 x Plutôt en accord
- 1 x Tout à fait en accord



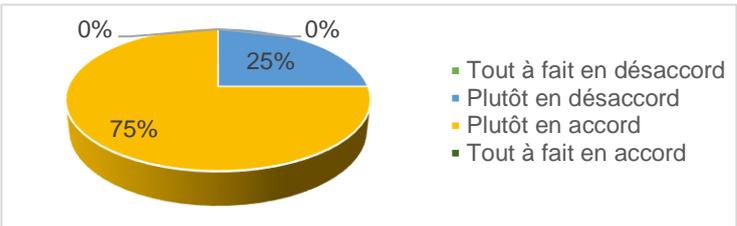
5. Le patient et ses proches ont des connaissances, des compétences et des ressources suffisantes pour quitter notre unité en sécurité.

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 3 x Plutôt en désaccord
- 9 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



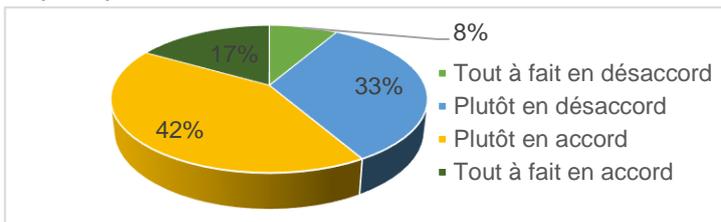
6. La sortie du patient de l'unité se fait parfois de façon précipitée ou bâclée et vous avez l'impression que ce n'est pas toujours sécuritaire.

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 3 x Plutôt en désaccord
- 9 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



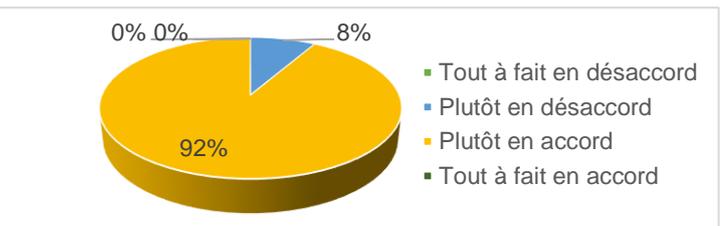
7. Vous avez parfois le présentiment que le patient va être réhospitalisé pour des complications en lien avec une sortie précipitée.

- 1 x Tout à fait en désaccord
- 4 x Plutôt en désaccord
- 5 x Plutôt en accord
- 2 x Tout à fait en accord



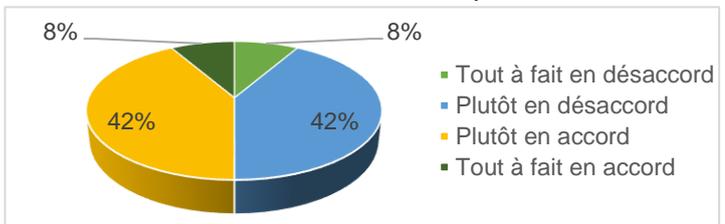
8. Nous sommes au plus près des besoins des patients.

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 1 x Plutôt en désaccord
- 11 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



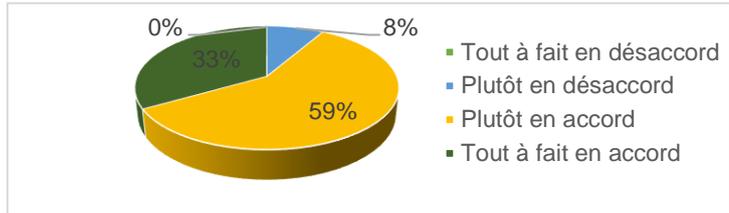
9. Les mêmes besoins « emblématiques » sont considérés chez tous les patients.

- 1 x Tout à fait en désaccord
- 5 x Plutôt en désaccord
- 5 x Plutôt en accord
- 1 x Tout à fait en accord



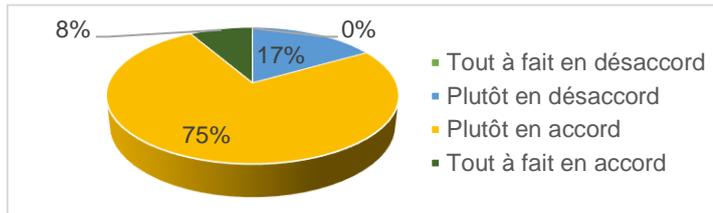
10. Parfois, on identifie des besoins différents ou nouveaux chez certains patients.

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 1 x Plutôt en désaccord
- 7 x Plutôt en accord
- 4 x Tout à fait en accord



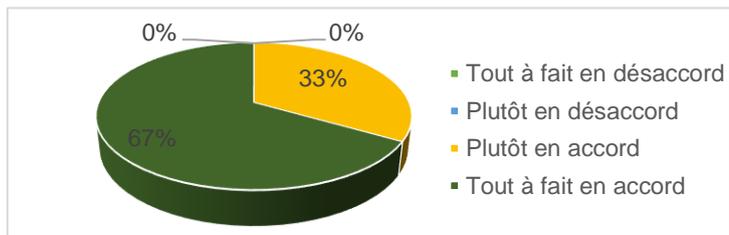
11. Les besoins identifiés chez les patients par les soignants sont réellement les besoins du patient (= besoins vérifiés et validés par le patient).

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 2 x Plutôt en désaccord
- 9 x Plutôt en accord
- 1 x Tout à fait en accord



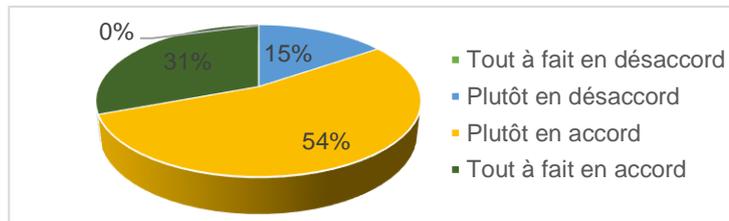
12. Autonomie dans les AVQ

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en accord
- 4 x Plutôt en désaccord
- 8 x Tout à fait en accord



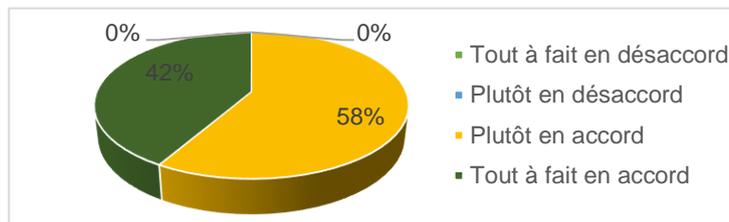
13. Intégration des proches dans la préparation à la sortie

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 2 x Plutôt en désaccord
- 7 x Plutôt en accord
- 4 x Tout à fait en accord



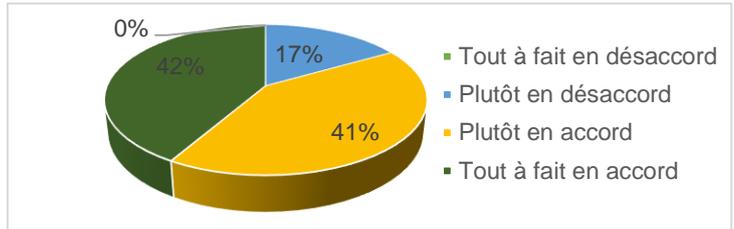
14. Amélioration des capacités physiques

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 7 x Plutôt en accord
- 5 x Tout à fait en accord



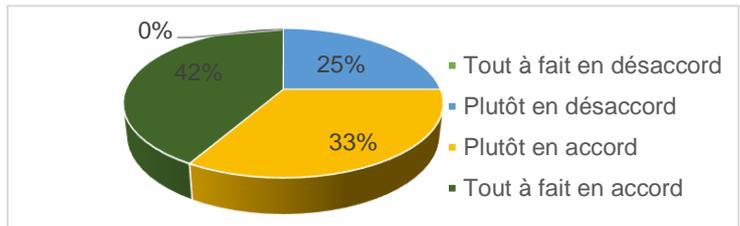
### 15. Connaissances de médicaments et traitements instaurés

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 2 x Plutôt en désaccord
- 5 x Plutôt en accord
- 5 x Tout à fait en accord



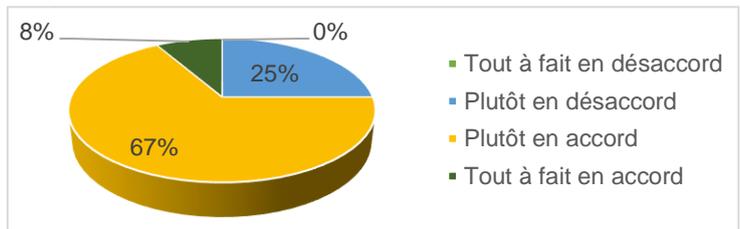
### 16. Sentiment de compétence / confiance en soi

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 3 x Plutôt en désaccord
- 4 x Plutôt en accord
- 5 x Tout à fait en accord



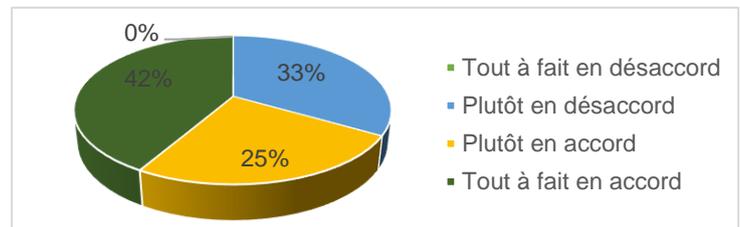
### 17. Adaptation d'un régime alimentaire adapté

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 3 x Plutôt en désaccord
- 8 x Plutôt en accord
- 1 x Tout à fait en accord



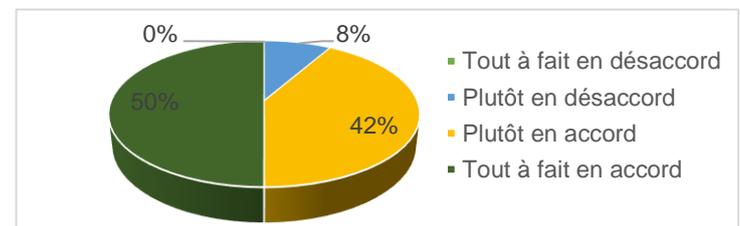
### 18. Connaissance d'une bonne hygiène

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 4 x Plutôt en désaccord
- 3 x Plutôt en accord
- 5 x Tout à fait en accord



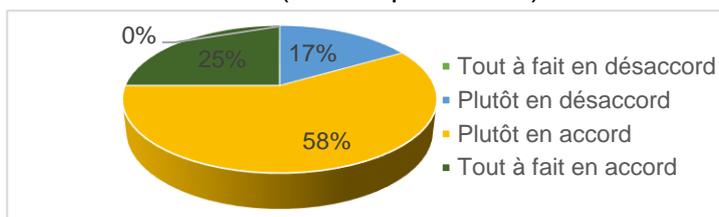
### 19. Connaissances des activités physiques autorisées

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 1 x Plutôt en désaccord
- 5 x Plutôt en accord
- 6 x Tout à fait en accord



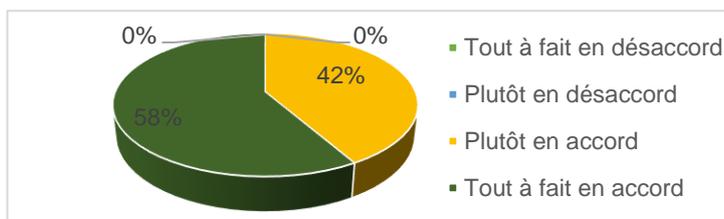
## 20. Capacité d'exprimer ses émotions/le ressenti de son vécu (de l'hospitalisation)

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 2 x Plutôt en désaccord
- 7 x Plutôt en accord
- 3 x Tout à fait en accord



## 21. Surveillance et suivi des plaies/cicatrices

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 5 x Plutôt en accord
- 7 x Tout à fait en accord

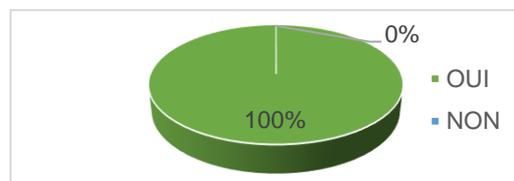


## 22. Autres besoins identifiés

- Connaître le suivi post-op

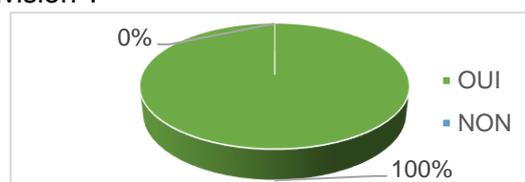
## 23. Trouvez-vous qu'un tel projet est pertinent ?

- 12 x OUI
- 0 x NON



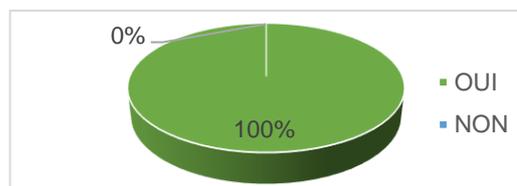
## 24. Pensez-vous qu'il serait applicable dans notre division ?

- 12 x OUI
- 0 x NON



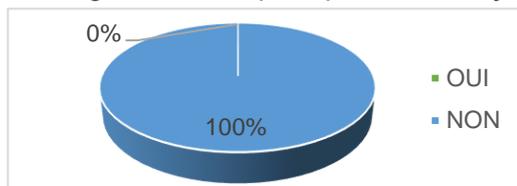
## 25. Pour autant qu'il n'augmente pas beaucoup votre charge de travail, seriez-vous prêt à l'essayer dans votre pratique ?

- 12 x OUI
- 0 x NON



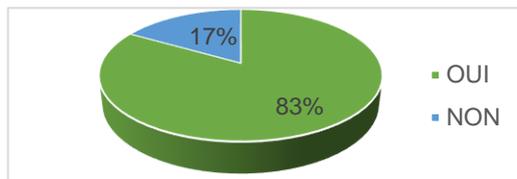
26. Trouvez-vous qu'il s'agit d'une perte de temps/d'énergie car nos pratiques sont déjà satisfaisantes ?

- 0 x OUI
- 12 x NON

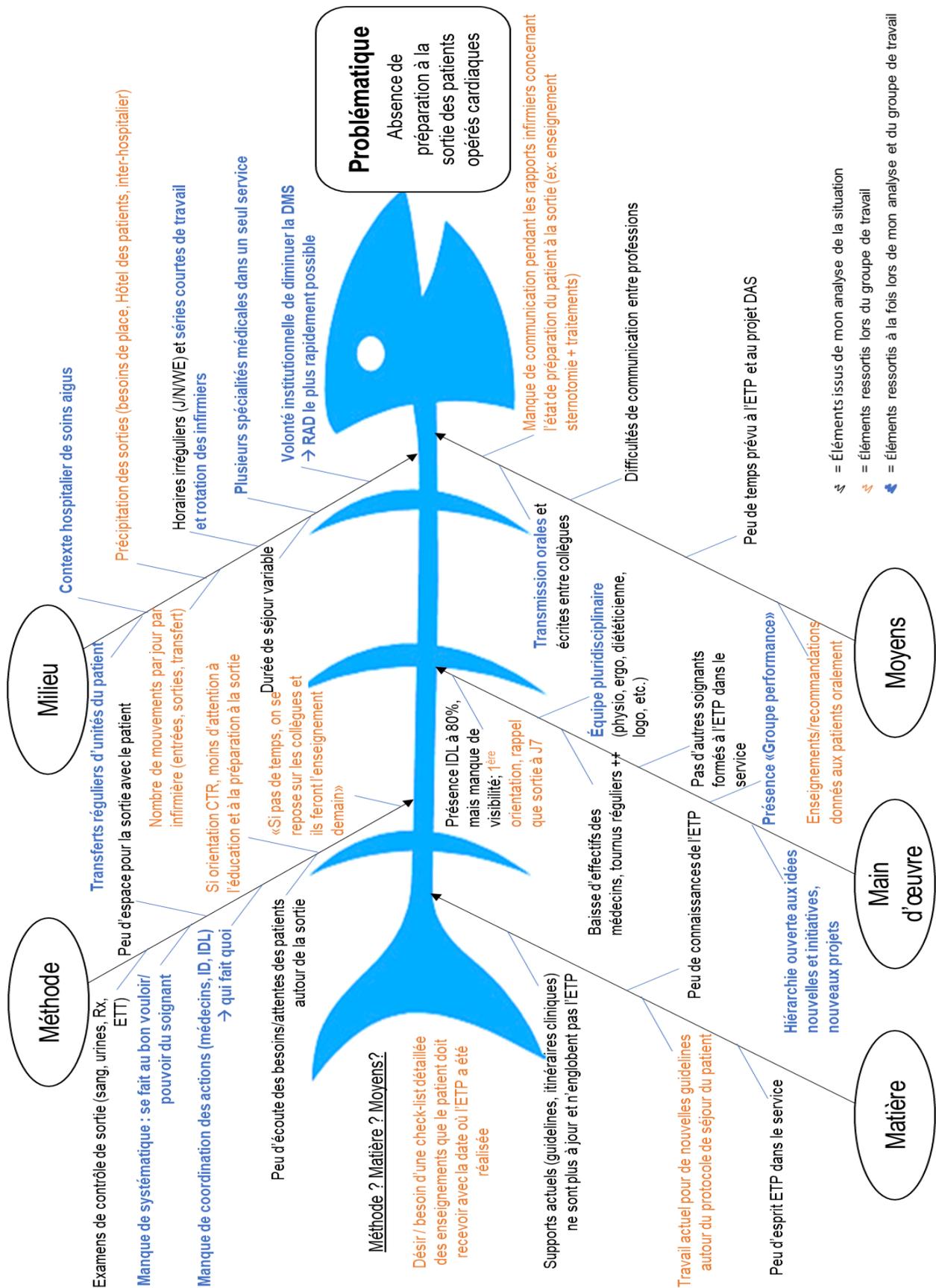


27. Avez-vous l'impression que cela redonnerait plus de sens à nos pratiques ?

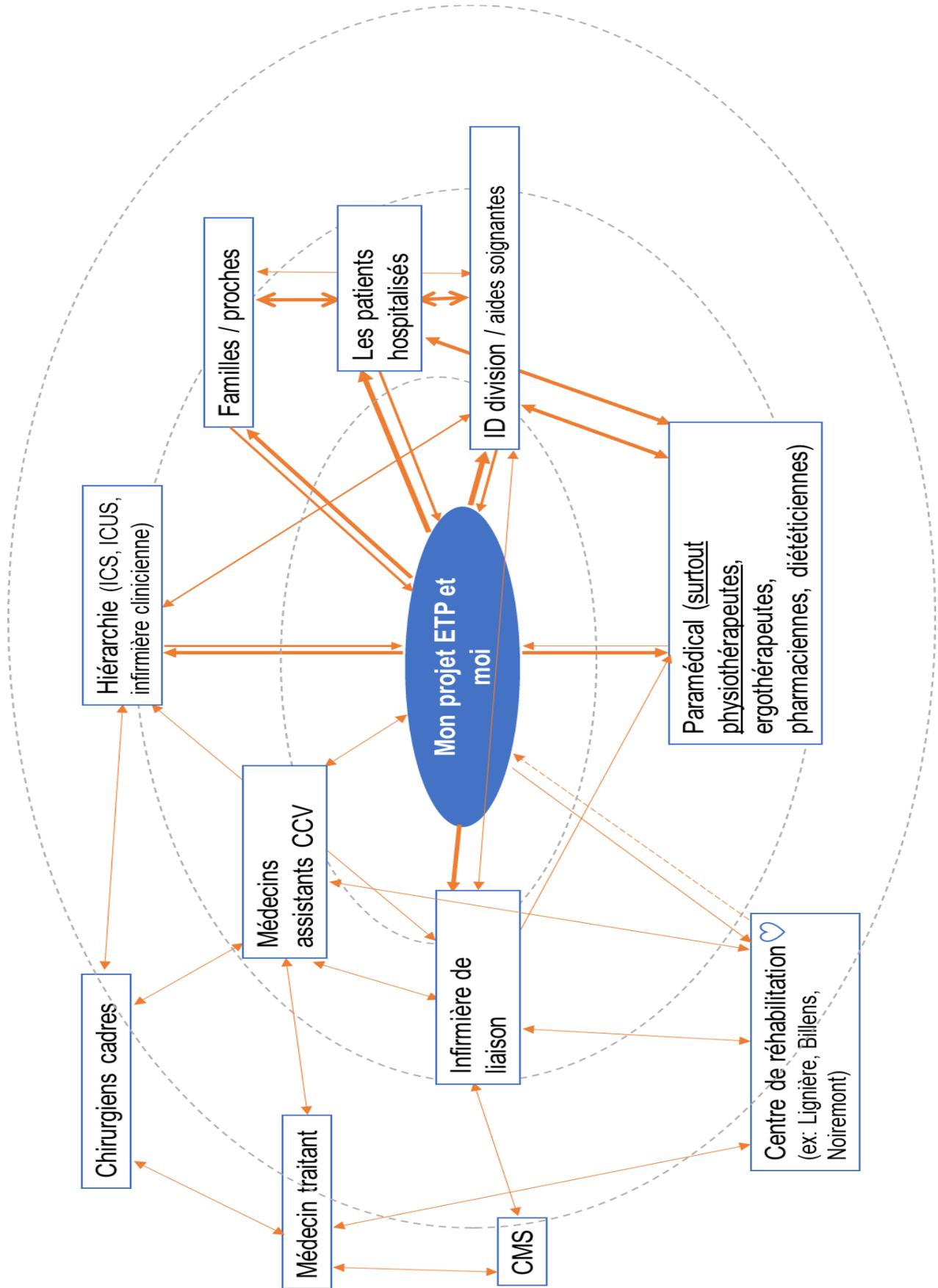
- 10 x OUI
- 2 x NON



# Annexe 5 : Diagramme Ishikawa



## Annexe 6 : Sociogramme à T0 (novembre 2018)



## Annexe 7 : Fiche pédagogique de la formation

Partie + temps	Contenu	Objectifs et messages-clés
<p><b>Introduction</b></p> <p><b>5 minutes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenue, accueil des participants.</li> <li>• Pourquoi ce thème aujourd'hui / pourquoi ça me tient à cœur ; travail de DAS</li> <li>• Présentation des objectifs de la formation du jour.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- À la fin de la formation, les soignants sont capables de différencier, <b>dans les grandes lignes</b>, les notions d'ETP et celles de l'information/enseignement.</li> <li>- À la fin de la formation, les soignants ont saisi <b>l'importance de partir du patient</b> (ses besoins, ressources, compétences, résistances, émotions, représentations) et de sa situation de soins ou sa maladie.</li> </ul> </li> <li>• « Règles d'or » du groupe → au vu du peu de temps, faire quelques propositions (respect, écoute, bienveillance, humour, confiance, prise de parole et questions bienvenues, etc.).</li> <li>❖ Support utilisé : power-point (titre, objectifs de la formation, « Règles d'or »).</li> <li>❖ Technique pédagogique : mettre en avant la notion de partage et de confiance pour cette formation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre les participants à l'aise et instaurer un climat favorisant à l'apprentissage et à l'envie de participer.</li> </ul> <p><b>Message-clé :</b> formation dans un climat convivial et laisser de côté la journée de travail le temps d'une heure.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Atelier 1 : Méthode de mini- brainstorming</b></p> <p style="text-align: center;"><b>5 minutes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> exercice sous forme de mini-brainstorming.</li> <li>• Consigne donnée au groupe : « Comme il s'agit d'une formation sur l'ETP, j'aimerais savoir ce que ça vous évoque quand on parle d'ETP. Dans un premier temps, vous allez me dire et je vais noter toutes les idées sur le tableau blanc, sans filtre, sans trop réfléchir. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il ne doit pas y avoir de censure. »</li> <li>• Inscrire les idées données au tableau de manière aléatoire, sans organiser les thèmes, etc.</li> <li>• Proposer au groupe de laisser le tableau de côté et de le reprendre plus tard dans la formation.</li> <li>❖ Support utilisé : tableau blanc + stylos adaptés (plusieurs couleurs).</li> <li>❖ Techniques pédagogiques : proposer des échanges au sein d'un groupe et climat de confiance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre les participants <b>en action</b>, pas simplement dans un mode passif.</li> <li>• Les faire sortir tout ce qu'ils pensent en entendant ETP, qu'est-ce que ça fait émerger chez eux (connaissances, croyances, représentations, etc.)</li> </ul>
--	---	---

**Atelier 2 :  
Discussion  
dirigée autour  
d'une situation  
emblématique**

**15 minutes**

- 2<sup>ème</sup> exercice sous forme de mise en situation avec un « cas emblématique » : Amélie B., femme d'une trentaine d'années en bonne santé qui souhaiterait diminuer sa consommation de cigarettes.
- Je mène la discussion et j'encourage les participants à s'exprimer :
  - « Est-ce qu'il y a des gens entre nous qui partagent les motivations d'Amélie ? »
  - « Est-ce que vous avez atteint votre objectif ? » si **non** : « D'après vous, quelles sont les raisons qui vous empêchent de réaliser votre objectif ? » → Je note les éléments identifiés sur le tableau blanc.
  - « Pourtant, vous savez bien que si vous arrivez à diminuer ou arrêter votre consommation de cigarettes, ça vous amènerait X, Y, Z... Alors pourquoi ne le faites-vous pas ? » j'attends le « oui mais » des participants et je note résistance aux changements sur le tableau blanc.
- Ensuite, je demande aux participants ce que ça leur fait qu'on leur demande pourquoi ils ne changent pas alors qu'ils connaissent bien les bénéfices d'un changement de comportement.
- Synthèse de l'activité et présentations de 2-3 messages clés (voir ci-contre).
- ❖ Support : vignettes PowerPoint pour la présentation du cas emblématique. Utiliser le tableau blanc pour noter les éléments qui émergent de la discussion.

**Messages-clés des deux ateliers :**

- ETP ≠ informations ; ETP = démarche > information, même si les informations/enseignements font partie de l'ETP.
- Si les soignants ont des conceptions et des représentations alors qu'ils ont des connaissances sur le sujet/thèmes, alors il est normal que les patients en aient également vis-à-vis de leur maladie et de leur santé
- Prendre conscience des facteurs de résistances aux changements chez les soignants → si présent chez les soignants, alors c'est normal que les patients en aient également.
- Réaliser que les patients ont des bonnes raisons (qui les appartiennent) d'agir comme ils le font.
- Faire prendre conscience que, si en tant que soignants, on n'identifie pas les résistances des patients ou qu'on n'en tient pas compte → « dialogue de sourd » et risque d'échec et de frustration + temps perdu (pt + soignant).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Techniques pédagogiques : favoriser les échanges au sein du groupe, faire ressortir les facteurs de résistance aux changements des soignants eux-mêmes lorsqu'ils cherchent à modifier leurs propres comportements de santé (perte de poids, exercices physiques, etc.), travailler résolution de problèmes en groupe, prendre du plaisir et consolider le climat de confiance et également en essayant une « destruction-reconstruction » des connaissances.</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Exposé</b></p> <p style="text-align: center;"><b>10 minutes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation sur l'ETP <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chronicité et ETP</li> <li>- Quelques faits autour de l'ETP</li> <li>- Représentations et conceptions de santé</li> <li>- Définition de l'OMS</li> </ul> </li> <li>• Liens avec mon projet de DAS → but, avancée, etc....</li> <li>❖ Support utilisé : présentation PowerPoint</li> <li>❖ Technique pédagogique : transmission d'un apport théorique de courte durée pour amener un savoir nouveau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apport théorique avec les principales notions clés et messages que j'ai envie de faire passer durant la formation.</li> <li>• Faire des liens théoriques avec les ateliers précédents.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Conclusion</b></p> <p><b>5 à 10 minutes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprendre objectifs de formations, reprendre ce qu'on a abordé durant l'heure</li> <li>• « Avec quoi repartez-vous aujourd'hui ? », une notion, un mot.</li> <li>• Questions / remarques ?</li> <li>• Remerciements et au revoir !</li> <li>❖ Support utilisé : power-point avec plusieurs <i>slides</i> et participation des soignants (objectifs, avec quoi repartez-vous de la formation, question ou remarques, remerciement, au revoir.</li> <li>❖ Technique pédagogique : échanges en petits groupes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repartir des objectifs pour discuter de leur atteinte ou non.</li> <li>• Les faire réfléchir à ce qu'on a abordé durant la formation et faire <b>ressortir un message-clé de la formation qui les a marqués.</b></li> <li>• Rester dans la convivialité et la bienveillance en proposant un temps de questions et des remarques (contenus abordés, animation, thèmes, etc.)</li> <li>• Laisser la place à des échanges.</li> <li>• Distribuer puis récupérer les questionnaires d'évaluation de la formation.</li> </ul>
---	--	---

## Annexe 8 : Questionnaire d'évaluation de la formation

Merci d'avoir participé à cette formation. Dans le cadre de mon projet de DAS, je vous demanderais de bien vouloir répondre à ce questionnaire afin de pouvoir m'améliorer et d'améliorer le contenu de la formation.

Pour chaque énoncé, merci de répondre avec la lettre correspondant à votre évaluation.

**1** = Tout à fait  
en désaccord

**2** = Plutôt en  
désaccord

**3** = Plutôt en  
accord

**4** = Tout à fait  
en accord

---

Selon vous, est-ce que ...

1. ... la formation a été utile pour un apport ou un renforcement de vos connaissances ? \_ \_ \_ \_
2. ... la formation a été utile pour un apport ou renforcement de vos compétences ? \_ \_ \_ \_
3. ... la formation a été utile pour votre évolution professionnelle ? \_ \_ \_ \_
4. ... la formation a répondu à vos attentes initiales ? \_ \_ \_ \_
5. ... la formation a répondu aux objectifs pédagogiques énoncés au début de la séance ? \_ \_ \_ \_
6. ... vous recommanderiez cette formation à un soignant du service ? \_ \_ \_ \_
7. ... vous seriez intéressé(e) d'approfondir vos connaissances avec une nouvelle formation ? \_ \_
8. ... le contenu du message a été transmis de manière compréhensible ? \_ \_ \_ \_

Au vu de cette formation, merci d'indiquer selon vous quels sont les points à améliorer ou manquants, et les points forts.

9. Points à améliorer ou manquants : \_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_
10. Points forts : \_ \_ \_ \_ \_  
\_ \_ \_ \_ \_

Marie-Laure Revelly, ID CCVH

## Annexe 9 : Résultats du questionnaire d'évaluation de la formation

1 = Tout à fait en désaccord

2 = Plutôt en désaccord

3 = Plutôt en accord

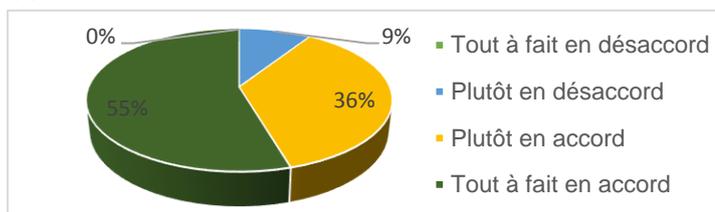
4 = Tout à fait en accord

Questions	Soignants										
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
1	4	4	3	4	3	3	3	4	4	2	4
2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3
3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4
4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	2	3
5	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4
6	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4
7	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4
8	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3

Selon vous, ...

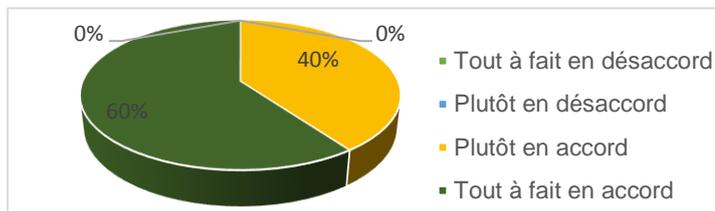
1. ... la formation a été utile pour un apport ou un renforcement de vos connaissances ? \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 1 x Plutôt en désaccord
- 4 x Plutôt en accord
- 6 x Tout à fait en accord



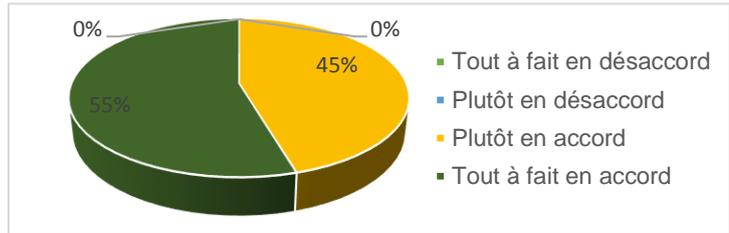
2. ... la formation a été utile pour un apport ou renforcement de vos compétences ? \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 4 x Plutôt en accord
- 7 x Tout à fait en accord



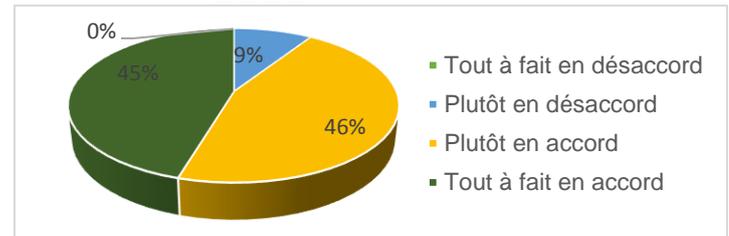
3. ... la formation a été utile pour votre évolution professionnelle ? \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 5 x Plutôt en accord
- 6 x Tout à fait en accord



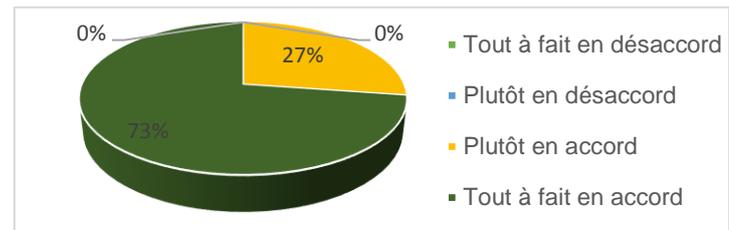
4. ... la formation a répondu à vos attentes initiales ? \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 1 x Plutôt en désaccord
- 5 x Plutôt en accord
- 5 x Tout à fait en accord



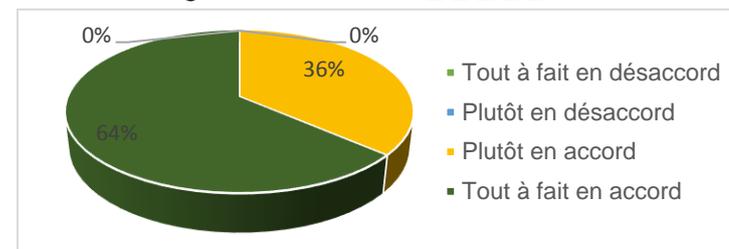
5. ... la formation a répondu aux objectifs pédagogiques énoncés au début de la séance ? \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 3 x Plutôt en accord
- 8 x Tout à fait en accord



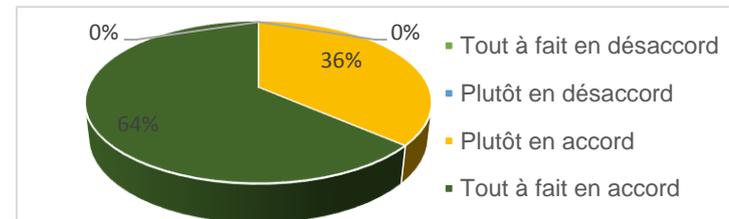
6. ... vous recommanderiez cette formation à un soignant du service ? \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 4 x Plutôt en accord
- 7 x Tout à fait en accord



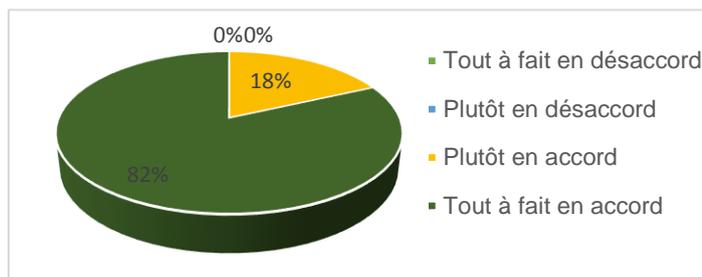
7. ... vous seriez intéressé(e) d'approfondir vos connaissances avec une nouvelle formation ? \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 4 x Plutôt en accord
- 7 x Tout à fait en accord



8. ... le contenu du message a été transmis de manière compréhensible ? \_ \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 2 x Plutôt en accord
- 9 x Tout à fait en accord



Au vu de cette formation, merci d'indiquer selon vous quels sont les points à améliorer ou manquants, et les points forts.

9. Points à améliorer ou manquants :

- Un mini-polycopié résumant l'atelier,
- Faire une formation « atelier » pour avoir plus de temps pour approfondir les concepts,
- Expliquer concrètement comment nous allons utiliser puis évoluer l'outil,
- Difficulté d'aborder plus en profondeur avec le temps imparti,
- Renforcer l'aspect de résistances du patient,
- Le pratique = comment procéder en réalité

10. Points forts :

- Interaction et participation de chacun,
- Pertinence du sujet dans notre réalité,
- Interaction avec les deux ateliers = permet un échange entre tous les participants,
- Avoir su donner dans les grandes lignes ce qu'est l'éducation thérapeutique,
- Bien construit, clair, bravo !
- La théorie,
- Vocabulaire adapté, ce qui facilite la compréhension de l'ETP (augmentation des connaissances)

## Annexe 10 : Création de l'outil « IABP », version finale

**IABP** outil d'identification des Attentes et des Besoins aux Patients opérés du cœur avant le départ de l'hôpital

Afin d'identifier vos besoins, veuillez entourer les énoncés en se référant aux couleurs suivantes selon votre ressenti.

Patient

Tout va bien

Je ne suis pas sûr

Besoin insatisfait

CHUV, Service de Chirurgie cardiaque 021 314 2270, Revilly, DAS 20, 2020

<div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="font-size: 24px; margin-right: 10px;">H</span> <b>Mes besoins à l'hôpital, avant la sortie</b> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="font-size: 24px; margin-right: 10px;">A</span> <b>Mes besoins à la maison</b> </div>
<p>Avoir des réponses à mes questions avant la sortie</p> <p>Intégrer mes proches pour mon retour à la maison</p> <p>Savoir quels seront mes médicaments à la sortie</p> <p style="text-align: right;">Autres _____</p>	<p>Quelles surveillances et suivi de mes cicatrices?</p> <p>Quelle hygiène adopter une fois à la maison? (corporelle, alimentation, etc.)</p> <p>Comment utiliser les informations / enseignements une fois à la maison?</p> <p style="text-align: right;">Autres _____</p>
<p style="text-align: center; background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; border-radius: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Pratique</p> <p><b>Ressentis</b></p> <p>M'exprimer sur mon vécu de l'hospitalisation</p> <p>Je sens que j'ai les compétences nécessaires pour rentrer à la maison</p> <p>Exprimer mes émotions et sentiments au vu du retour à la maison (joie / peur / angoisse / stress/ craintes, etc.)</p> <p style="text-align: right;">Autres _____</p>	<p style="text-align: center; background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; border-radius: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Physique</p> <p>À quels changements physiques m'attendre? Qu'est-ce qui est normal?</p> <p>Retrouver mon autonomie et mes capacités physiques dans la vie quotidienne</p> <p>Quels sont les activités physiques / exercices autorisés?</p> <p style="text-align: right;">Autres _____</p>

## Annexe 11 : Questionnaire d'évaluation de l'outil « IABP » par les infirmières

À la fin de chaque évaluation des besoins pour la préparation à la sortie, merci de bien vouloir remplir ce questionnaire afin de nous permettre d'évaluer son efficacité et de pouvoir faire, par la suite, des modifications dans le but d'améliorer nos pratiques.

### **Données du patient :**

- Âge : \_\_\_\_\_
- Sexe : \_\_\_\_\_
- Situation au domicile : vit seul \_\_\_\_\_ vit accompagné \_\_\_\_\_
- Date et opération : \_\_\_\_\_
- Projet de sortie : RAD \_\_\_\_\_ CTR \_\_\_\_\_ RAD avant CTR \_\_\_\_\_
- Combien de temps a duré l'évaluation des besoins avec le patient : \_\_\_\_\_ minutes
- De \_\_\_h\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_
- Contraintes éventuelles (visites, examens, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dans les questions suivantes, on va se concentrer sur **l'interaction entre vous et le patient**, ainsi que sur **vos perceptions du patient** lors de l'utilisation de l'outil. Veuillez utiliser l'échelle suivante, en inscrivant pour chaque affirmation le chiffre qui correspond à votre évaluation.

**1** = Tout à fait  
en désaccord

**2** = Plutôt en  
désaccord

**3** = Plutôt en  
accord

**4** = Tout à fait  
en accord

---

Durant le temps de co-évaluation des besoins de préparation à la sortie, ...

- ..., le patient et l'infirmière ont pu identifier un/plusieurs besoin(s) non-satisfait(s) prioritaire(s) pour le patient. \_\_\_\_\_
- ..., le patient s'est senti concerné et intéressé par la préparation à la sortie et l'outil proposé. \_\_\_\_\_
- ..., le patient pose des questions, se montre curieux et actif dans l'évaluation de ses besoins. \_\_\_\_\_
- ..., le patient a compris l'outil et son but. \_\_\_\_\_
- ..., l'outil est facile à utiliser par le soignant et le patient. \_\_\_\_\_
- ..., l'outil permet d'ouvrir la discussion autour de la préparation à la sortie. \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

On va maintenant s'intéresser à l'évaluation selon votre point de vue infirmier. En utilisant la même échelle que précédemment, veuillez répondre pour chaque affirmation le chiffre correspondant à votre évaluation.

**1** = Tout à fait  
en désaccord

**2** = Plutôt en  
désaccord

**3** = Plutôt en  
accord

**4** = Tout à fait  
en accord

---

Selon moi, ...

- ..., je me suis senti(e) à l'aise avec l'utilisation de l'outil durant le temps d'évaluation des besoins avec le patient. \_\_\_\_\_
- ..., l'outil est joli / attrayant / convivial. \_\_\_\_\_
- ..., l'outil est facile à utiliser avec les patients. \_\_\_\_\_
- ..., l'outil aide à répondre aux besoins du patients en vue de sa sortie. \_\_\_\_\_
- ..., l'outil aide à préparer le patient la sortie du patient. \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci de votre participation !

Marie-Laure Revelly, ID CCVH

## Annexe 12 : Tableau de résultats du questionnaire d'évaluation de l'outil « IABP » par les infirmières

### Données sur les patients :

- Âge moyen : **Environ 68 ans**
- Sexe : **5 hommes et 5 femmes**
- Situation au domicile : **3 patients vivent seuls et 7 sont accompagnés**
- Date et opération : **3 x PAC, 2 x Bentall (= RVA + RAA), 1 x RVA, 1 x Fermeture CIA, 1 x perforation VG avec tamponnade, 1 x plastie (réparation) valve mitrale + annuloplastie et 1 x RVT + 1 PAC + péricardectomie**
  - Ces 10 opérations ont été réalisées entre le 26 septembre et le 18 octobre 2019.
- Projet de sortie : **3 x RAD, 5x CTR, 1x RAD avant CTR et 1 x HDP avant RAD.**
- Durée de l'évaluation des besoins avec le patient : **Environ 23 minutes** de moyenne
- De \_\_h \_\_ à \_\_h\_\_ : **Entre 14h30 et 17h30**, à une exception près
- Contraintes éventuelles (visites, examens, etc.) :
  - Se dépêcher de faire l'évaluation avant un transfert à l'HDP (manque de place dans le service),
  - Patient dans une chambre à deux personnes, avec voisin compliqué,
  - Avant visite de la famille qui arrivait bientôt,
  - Réalisé avant visite de la famille.

	Données							
Patients	Âge [ans]	Sexe	Date et opération	Vit seul/ accompagné	Projet sortie	Durée évaluation [min]	De ... h à ...h	Contraintes éventuelles
P1	74	H	26.09 : 4 Pacs	Accompagné	HDP + RAD	30	9h20 à 9h50	Se dépêcher de faire l'évaluation avant un transfert à l'HDP (manque de place dans le service)
P2	70	H	27.09 : RVA bio	Accompagné	CTR	25	16h30 à 17h05	Chambre à deux personnes, voisin compliqué
P3	75	F	02.10 : Bentall bio	Accompagnée	CTR	30	14h à 14h30	-
P4	42	H	09.10 : Ferm. CIA	Seul	RAD	20	15h10 à 15h30	Avant visite de la famille qui arrivait bientôt
P5	75	F	30.09 : PACs	Accompagnée	RAD avant CTR	25	16h15 à 16h40	-
P6	77	H	13.10 : perforation VG avec tamponnade	Accompagné	RAD	20	14h40 à 15h	
P7	71	F	14.10 : 1 PAC à cœur battant	Accompagnée	CTR	30	15h50 à 16h20	Réalisé avant visiter de la famille
P8	68	F	14.10 : plastie mitrale + annuloplastie	Accompagnée	CTR	25	16h45 à 17h10	
P9	57	H	8.10 : RVT + 1 PAc + péricardectomie	Seul	CTR	20	14h30 à 14h50	
P10	75	F	18.10 : Bentall bio	Seule	RAD	20	15h30 à 15h50	

Commentaires :

- P2 : Le patient a appris le jour-même qu'il partait le lendemain matin en CTR cardiaque. Le matin, au moment de discuter de l'identification des besoins et de « fixer » le rdv, le patient exprimait son incertitude de la suite de la prise en charge.
- P4 : projet incertain au moment de l'identification des besoins avec le patient ; plutôt vers RAD avec physiothérapie en ambulatoire. HDP avant ?
- P7 : Évaluation réalisée très tôt, le jour de la sortie des soins continus.
- P8 : évaluation réalisée la veille de son départ à la Lignière ; a eu le temps de se préparer à la sortie.
- P9 : N'a pas présenté de complications post-opératoires mais a gardé longtemps un drain péricardique en place, d'où un temps d'hospitalisation allongé.
- P10 : la patiente vit seule mais a plusieurs enfants qui vivent dans le même immeuble ou à quelques minutes à pied de chez elle ; se trouve bien entourée et sait où chercher de l'aide en cas de besoin.

1 = Tout à fait en désaccord

2 = Plutôt en désaccord

3 = Plutôt en accord

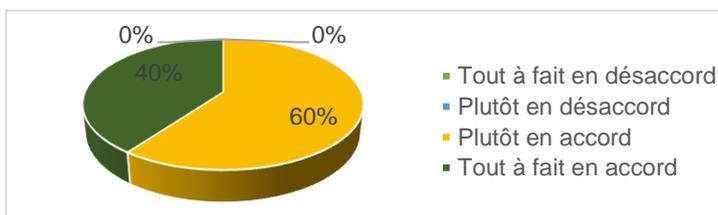
4 = Tout à fait en accord

Soignants	Questions										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
S1	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4
S2	3	4	3	3	3	3	3	3	2-3	3	3
S3	3	3	3	3	3	4	2-3	4	2-3	3	3
S4	3	3	2-3	3	2-3	3	3	3	2-3	3	2-3
S5	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	4
S6	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4
S7	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	3
S8	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4
S9	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4
S10	3	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3

Durant le temps de co-évaluation des attentes et des besoins de préparation à la sortie, ...

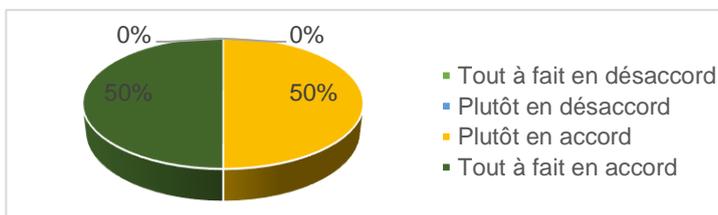
1. ..., le patient et l'infirmière ont pu identifier un/plusieurs besoin(s) non-satisfait(s) prioritaire(s) pour le patient. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 6 x Plutôt en accord
- 4 x Tout à fait en accord



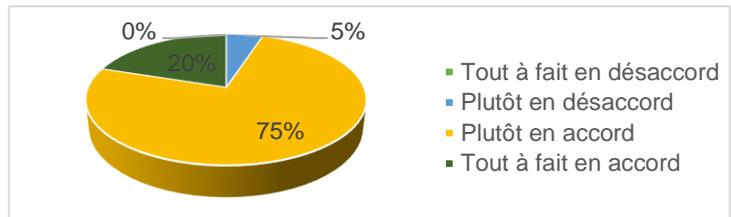
2. ..., le patient s'est senti concerné et intéressé par la préparation à la sortie et l'outil proposé. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 5 x Plutôt en accord
- 5 x Tout à fait en accord



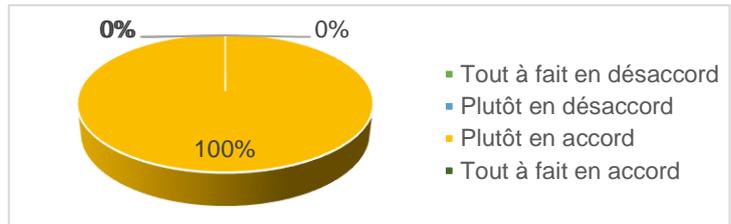
3. ..., le patient pose des questions, se montre curieux et actif dans l'évaluation de ses besoins. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0,5 x Plutôt en désaccord
- 7,5 x Plutôt en accord
- 2 x Tout à fait en accord



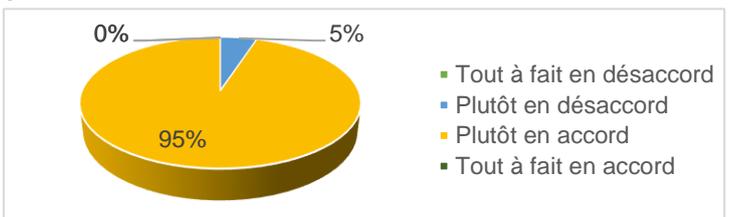
4. ..., le patient a compris l'outil et son but. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 10 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



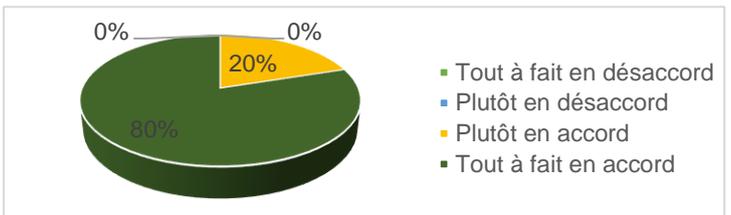
5. ..., l'outil est facile à utiliser par le soignant et le patient. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0,5 x Plutôt en désaccord
- 9,5 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



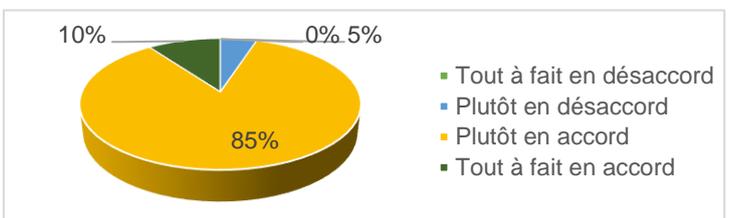
6. ..., l'outil permet d'ouvrir la discussion autour de la préparation à la sortie. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 2 x Plutôt en accord
- 8 x Tout à fait en accord



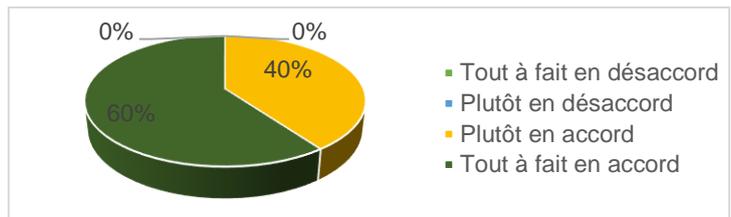
7. ..., je me suis senti(e) à l'aise avec l'utilisation de l'outil durant le temps d'évaluation des besoins avec le patient. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0,5 x Plutôt en désaccord
- 8,5 x Plutôt en accord
- 1 x Tout à fait en accord



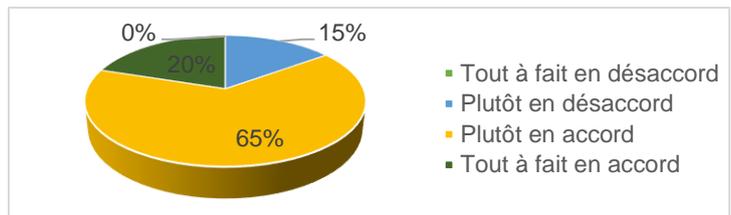
8. ..., l'outil est joli / attrayant / convivial. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 4 x Plutôt en accord
- 6 x Tout à fait en accord



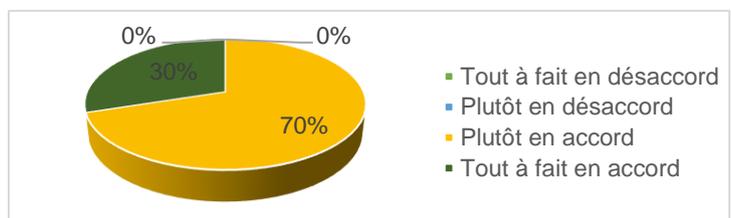
9. ..., l'outil est facile à utiliser avec les patients. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 1,5 x Plutôt en désaccord
- 6,5 x Plutôt en accord
- 2 x Tout à fait en accord



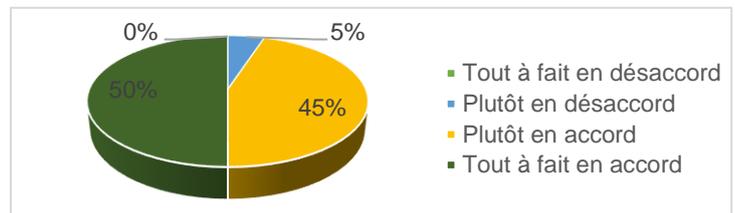
10. ..., l'outil aide à répondre aux besoins du patients en vue de sa sortie. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0 x Plutôt en désaccord
- 7 x Plutôt en accord
- 3 x Tout à fait en accord



11. ..., l'outil aide à préparer le patient la sortie du patient. \_\_\_\_\_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0,5 x Plutôt en désaccord
- 4,5 x Plutôt en accord
- 5 x Tout à fait en accord



Commentaires :

- P1 : Difficultés à entrer et à débiter la discussion et à aborder l'outil, puis ça vient naturellement.
- P2 : difficultés du patient à se projeter dans l'outil IABP, car le patient ne sait pas vers quel projet il s'oriente réellement. Au début, difficile à utiliser l'outil, puis de mieux en mieux, on rentre dans l'intervention et on oublie les craintes.
- P5 : plus ou moins facile au début puis mieux !
- P6 : Plus à l'aise la deuxième fois que je teste cet outil.
- P9 : de plus en plus à l'aise au fil des tests de l'outil avec les patients, même si on ne fait jamais 2x de la même façon.
- P10 : au début, la patiente pensait être prête et tout était clair pour elle. Avec l'utilisation de l'outil, ça lui a permis de se poser des questions et réfléchir à des besoins qu'elle n'avait pas identifiés. Évaluation réalisée en présence de sa famille (fille + beau-fils).

## Annexe 13 : Résultats du questionnaire post-intervention outil IABP, version patients

1 = Tout à fait en désaccord

2 = Plutôt en désaccord

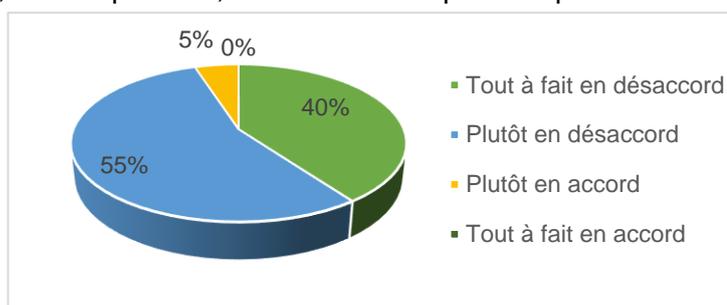
3 = Plutôt en accord

4 = Tout à fait en accord

Patients	Questions				
	1	2	3	4	5
P1	2	1	4	1	4
P2	2	2	3	2	4
P3	2-3	2	3	2	3
P4	2	2-3	2-3	2	2-3
P5	2	2	3	2	3
P6	1	2	3	1	3
P7	1	2	3	2	3
P8	1	2	3	2	3
P9	2	2-3	3	2-3	3
P10	1	2	4	2	3

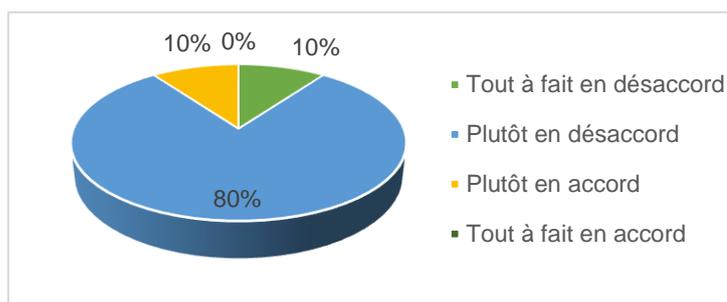
1. Vous avez le sentiment que la préparation de votre sortie du service se fait de façon précipitée ou bâclée et que vous, ou vos proches, ne vous sentez pas complètement en sécurité. \_ \_ \_ \_ \_

- 4 x Tout à fait en désaccord
- 5,5 x Plutôt en désaccord
- 0,5 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



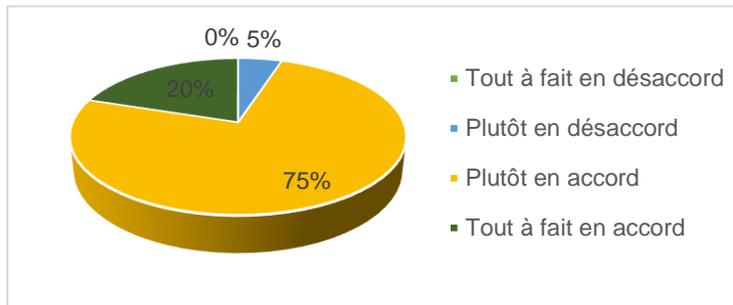
2. Au vu du rythme et de l'intensité de la charge de travail des soignants, vous avez le sentiment que la préparation de votre sortie n'est pas prioritaire dans l'organisation de la journée du soignant. \_ \_ \_ \_ \_

- 1 x Tout à fait en désaccord
- 8 x Plutôt en désaccord
- 1 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



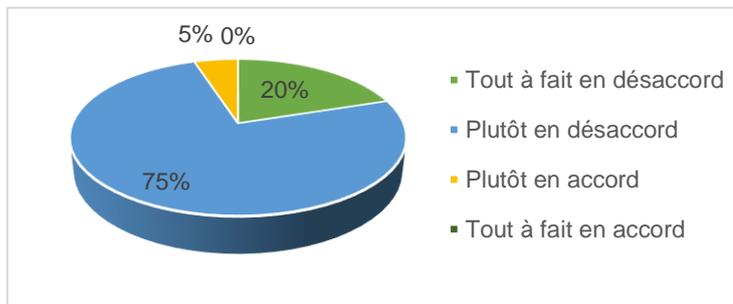
3. Vous avez le sentiment que vous, et vos proches, avez les connaissances, compétences et ressources suffisantes pour quitter notre unité en toute sécurité. \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0,5 x Plutôt en désaccord
- 7,5 x Plutôt en accord
- 2 x Tout à fait en accord



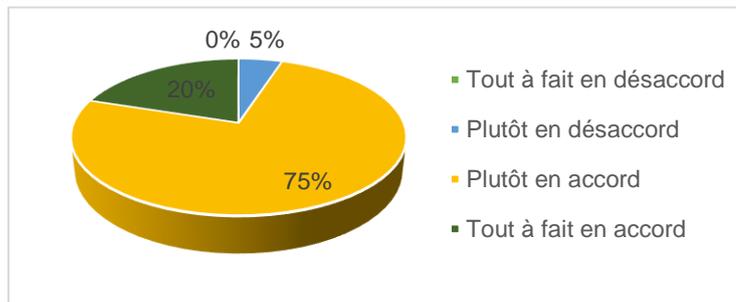
4. Lors de la préparation à la sortie, vous avez l'impression que l'équipe soignante se concentre surtout sur des besoins « généraux » et communs à tous les patients, et pas spécifiquement à vos besoins propres. \_ \_ \_ \_ \_

- 2 x Tout à fait en désaccord
- 7,5 x Plutôt en désaccord
- 0,5 x Plutôt en accord
- 0 x Tout à fait en accord



5. Lors de la préparation à la sortie, les soignants ont identifié et validé avec vous vos besoins pour pouvoir quitter de façon sécuritaire le service après votre opération. \_ \_ \_ \_

- 0 x Tout à fait en désaccord
- 0,5 x Plutôt en désaccord
- 7,5 x Plutôt en accord
- 2 x Tout à fait en accord







## Résumé

Ce travail explore donc la problématique éducative en lien avec la préparation à la sortie des patients opérés cardiaques. Il s'agit d'une étape clé pour une transition réussie entre l'hôpital et un retour à domicile car elle mobilise toutes les capacités d'adaptation du patient et de ses proches. Si le patient n'a pas acquis les compétences nécessaires ou ne se sent pas « prêt », le moment de la sortie va lui apparaître comme une épreuve. Les barrières organisationnelles, la segmentation de la prise en charge du patient et le contexte de soins aigus du service où l'accent est mis autour des procédures et aspects techniques peuvent entre autres expliquer l'absence d'éducation thérapeutique dans le service de chirurgie cardiaque du CHUV et le manque de préparation à la sortie.

Les modèles de la transition selon Meleis et des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson ont été choisis pour ancrer ce travail, ainsi que les concepts de pluri- versus interdisciplinarité et d'apprentissage chez le patient adulte.

Une analyse de la situation a montré une insatisfaction générale face aux pratiques actuelles vis-à-vis de la préparation à la sortie des patients ainsi qu'un décalage entre l'évaluation des patients et des soignants. L'hypothèse de solution abordée est qu'une initiation des infirmiers à l'ETP, associée au développement d'un outil d'évaluation des besoins-patient, est susceptible de mieux répondre aux préoccupations et aux réalités des patients et ainsi améliorer leur satisfaction, celle des proches et celle des soignants.

Une formation de courte durée (1 heure) a été proposée aux infirmiers pour leur permettre de découvrir le monde de l'ETP. Un outil servant de support visuel à une co-évaluation (patient-soignant) des besoins en vue de la sortie a également été créé. L'évaluation effectuée juste après la mise en place de ces interventions a montré des effets positifs sur les ressentis des patients, sur l'interaction infirmière-patient ainsi que sur l'identification des besoins spécifiques de chaque patient.

Les principales limitations restent le manque de temps, la nature aigüe du service et l'organisation des soins. Ce projet en ETP permet d'ouvrir de nouvelles perspectives aux pratiques actuelles et met en avant l'importance d'une approche éducative dans les soins.

Malgré l'implication des infirmiers et les résultats positifs obtenus, il n'est pas prouvé à ce stade que les conditions soient favorables pour que le projet se transforme en une activité permanente stable.

**Mots clés** : éducation thérapeutique, chirurgie cardiaque, préparation à la sortie.