

D'informer à éduquer : les soignants l'expérimentent, les patients en bénéficient

CORINNE BLANK, infirmière clinicienne, corinne.blank@chuv.ch
Lausanne, Suisse

DAS en éducation thérapeutique, novembre 2015

1. Introduction

Dans le service de chirurgie vasculaire (CVAH), des patients atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) sont hospitalisés pour une première ou une nouvelle intervention chirurgicale. Cette maladie chronique évolutive, dont l'origine est multifactorielle mais essentiellement liée à l'athérosclérose, n'est pas guérissable.

Des recommandations de bonnes pratiques démontrent qu'il est cependant possible d'agir sur les conséquences de l'athérosclérose afin de réduire l'évolution de la maladie et surtout d'améliorer ou de maintenir une bonne qualité de vie des patients vasculaires.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), bien que faisant partie des recommandations, est peu ou pas pratiquée en CVAH. La mise en œuvre de l'ETP a été initiée avec cinq soignantes du service.

2. Contexte

L'AOMI n'est pas considérée comme une maladie chronique par les patients hospitalisés et certains soignants.

Les soins éducatifs ne sont pas une priorité pour les soignants. Il n'y a pas de formation spécifique. Le discours de guérison reste présent.

La pédagogie est de type classique, transmissive, dans laquelle le soignant « détient le savoir » et le patient « doit apprendre » (Giordan 2010).

Il n'y a pas de document ni de protocole concernant les soins préventifs éducatifs pour les patients vasculaires.

3. Problématique éducative

Les patients vasculaires adoptent initialement certains comportements liés à une vie saine. Comme ils ne sont pas conscients des bénéfices que les actions de prévention peuvent avoir potentiellement sur leur santé, après un certain temps, ils arrêtent de les faire.

Une des conséquences est que plus de 30% des patients vasculaires sont hospitalisés pour une nouvelle intervention chirurgicale due à une nouvelle obstruction vasculaire ou une récurrence de sténose.



4. Hypothèse

Si le soignant réalise une séance éducative avec le patient vasculaire et l'accompagne dans sa réflexion afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il a ou qu'il peut avoir pour prévenir les risques pour sa santé, le patient sera motivé à maintenir les actions de prévention et, si nécessaire, à en mettre d'autres en place.

5. Objectif

Les cinq soignantes de CVAH sont capables de mener une séance éducative auprès du patient vasculaire afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il joue, ou peut encore développer, pour prévenir / réduire le risque de récurrence d'une nouvelle complication d'obstruction artérielle.

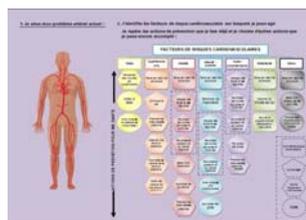
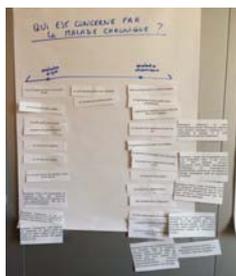
7. Réalisations concrètes

Identification des actions de prévention

Description de la maladie chronique du patient vasculaire

Identification de cinq questions ouvertes pour l'ETP

Création d'une brochure pour mener les séances éducatives auprès du patient vasculaire



7. Réalisations concrètes (suite)

Expérimentation d'une séance éducative avec un/e patient/e vasculaire

Analyse de pratique après les séances éducatives



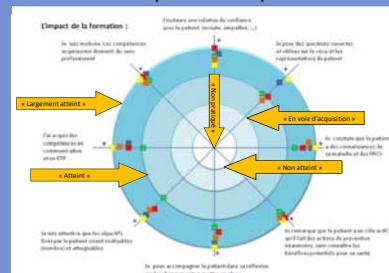
8. Résultats principaux

Les patients se disent satisfaits :

- Ils ont apprécié ce moment, ils se sentent écoutés
- Ils se rendent compte qu'ils sont actifs, qu'ils font des actions de prévention.
- Ils sont prêts à développer de nouvelles actions de prévention pour leur santé

Les cinq soignantes sont également satisfaites :

- Elles ont acquis certaines compétences relationnelles, pédagogiques et techniques



9. Conclusion

- Le projet a pu démontrer que les soignants se sentent concernés par l'éducation thérapeutique du patient
- La conduite de séances éducatives, auprès des patients vasculaires, a permis aux cinq soignantes de trouver un nouveau sens professionnel
- Les séances éducatives ont été appréciées par les patients vasculaires

10. Perspectives

- Développer et étendre les objectifs visés par l'ETP, afin que les patients vasculaires connaissent les signes d'alerte et soient capables de les repérer et de réagir en allant aux urgences ou chez leur médecin traitant
- A cette fin, mettre en œuvre quatre demi-journées d'ateliers éducatifs interdisciplinaires

Corinne Blank
Infirmière clinicienne

D'informer à éduquer : les soignants l'expérimentent, les patients en bénéficient

**Le développement de l'éducation thérapeutique
du patient en chirurgie vasculaire**

Mémoire de fin de formation

Faculté de médecine Université de Genève
DAS de formation continue en
Éducation thérapeutique du patient
Volée XVI 2013 – 2015

Lausanne, août 2015

REMERCIEMENTS

Merci à :

Gérard, pour ta présence, nos journées « ailleurs » et ton implication dans certaines activités familiales.

A ma famille, qui a dû accepter mes présences « absentes ».

Conceição, Sylvie, Maria, Aminata, Isabelle, Paola, pour votre amitié, votre disponibilité, votre soutien et les temps de partage permettant de nous « évader » de la réalité.

Nelly, Sylvie, Monica, Marie et Maria pour votre motivation et votre intérêt qui ont contribué à la réussite de la journée de formation et la mise en route du projet.

Aline, pour m'avoir accompagnée et apporté une vision différente, plus « pratique », plus développée et plus constructive pour la réalisation du projet. Merci pour ton écoute, ta bienveillance et ta créativité sur ce chemin de la formation ; également lors des moments de doute et de remise en questions dans la dernière ligne droite de la rédaction du mémoire.

Marie-Pierre, pour ton soutien tout au long de la formation, particulièrement cet été ; ton enthousiasme de voir évoluer un projet clinique ; pour ton appui quant à la mise en pratique du projet.

Claude, pour les moments d'échanges qui m'ont permis de me « déconstruire » pour mieux me « reconstruire » et repartir avec une vision différente, en acquérant plus de confiance en moi et en mes compétences. Pour les lectures et questions de cet été m'aidant à retrouver une cohérence dans la rédaction du mémoire après être partie voir différents horizons.

Sébastien, pour ta disponibilité, ton accord et ton ouverture d'esprit pour développer le projet sur la prévention secondaire et tertiaire en CVAH.

Aux patients qui ont participé aux entretiens et particulièrement à Madame P. qui a expérimenté notre outil pédagogique nous permettant de le modifier pour le rendre plus pertinent.

Un merci particulier à mes lectrices et correctrices :

Fabienne, pour les heures incalculables de corrections réalisées, ta perspicacité tout au long de tes lectures m'amenant à clarifier et à spécifier mes pensées. Egalement pour tes encouragements et surtout pour ton amitié. Un merci particulier pour ton accompagnement du mois d'août, qui fut bien mouvementé.

Joanna, pour tes lectures et modifications apportées produisant une meilleure compréhension de certaines parties du travail.

Claire et Sarah, pour les corrections de dernières minutes de compréhension et d'écriture.

L'équipe d'encadrement pour votre écoute et votre intérêt dans l'avancée du projet de formation.

Monique, Aline, Greg et tous les intervenants de la formation pour avoir « semer des petites graines » qui ont mûri et fleuri.

Mes cadres hiérarchiques et au Professeur Corpataux, d'avoir accepté ma demande de formation.

Tous les participants du CAS et du DAS, pour la richesse des moments passés ensemble, des réflexions, des partages créatifs et récréatifs tout au long de la formation.

Tous mes collègues du 15^{ème} Sud, pour notre travail au quotidien qui a rendu cette réflexion possible.

TABLE DES MATIERES

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
1. ELEMENTS CONTEXTUELS.....	9
1.1 Service de chirurgie vasculaire	9
1.2 Patients concernés	10
1.2.1 L'artériopathie obstructive des membres inférieurs (AOMI)	10
1.2.3 Recommandations de bonnes pratiques pour l'AOMI	13
1.3 Analyse de situation.....	16
1.4 Résultats de l'analyse des propos des patients vasculaires	20
Synthèse du chapitre	27
2. APPROCHE DU PROBLEME	29
2.1 Hypothèse de solution	29
2.2 Concepts	29
2.2.1 Education thérapeutique.....	29
2.2.2 Séance éducative.....	31
2.3 Entretiens avec différents soignants.....	33
2.3.1 Enquête réalisée auprès des soignants de CVAH	34
Synthèse de la partie recherche	37
3. REALISATION DU PROJET.....	39
3.1 Public cible.....	40
3.2 Démarches préalables	40
3.3 Conditions matérielles.....	40
3.4 Offre de formation (ingénierie)	41
3.5 Techniques et supports utilisés	47
3.5.1 Méthodes pour l'enseignement.....	47
3.6 Création d'un outil pédagogique.....	48
3.7 Démarches post formation	50
3.8 Information à l'équipe soignante et aux cadres	51
4. METHODOLOGIE D'EVALUATION	53
4.1 Type d'évaluations	53
4.2 Présentation des outils d'évaluation.....	54
5. RESULTATS ET DISCUSSIONS	55
5.1 Présentation des résultats des évaluations	55

5.1.1	Présentation des résultats de l'évaluation de la journée de formation.....	55
5.1.2	Evaluation des objectifs.....	56
5.1.3	Evaluation de l'impact de la journée de formation.....	57
5.2	Evaluation de l'outil pédagogique.....	60
5.3	Présentation de l'influence de ce travail sur mon développement professionnel	61
6.	BILAN.....	63
6.1	Conclusion.....	63
6.2	Perspectives	63
	LEXIQUE.....	65
	BIBLIOGRAPHIE.....	67
	ANNEXES.....	73
1.	Constats triés par thèmes des entretiens des patients	74
2.	Déductions à partir des constats des entretiens des patients.....	81
3.	Questionnaire pour entretien avec les soignants.....	82
4.	Vignettes cliniques.....	85
5.	Power point.....	88
6.	Programme de la journée du 9 mars 2015	89
7.	Objectifs.....	90
8.	Check-list des questions ouvertes pour la séance éducative	92
9.	Métoplan des actions de prévention.....	93
10.	Métoplan du continuum entre la maladie aiguë et la maladie chronique.....	94
11.	Métoplan des questions ouvertes pour la séance éducative	95
12.	Questionnaire pour évaluer la journée de formation du 9 mars 2015	96
13.	Outil pour évaluer les objectifs	97
14.	Outil pour évaluer l'impact de la journée de formation.....	98
15.	Tableau reprenant les résultats de la cible.....	99
16.	Résultats de l'évaluation des soignants	100
17.	Le cône d'apprentissage d'Edgar Dale.....	101

INTRODUCTION

Diplômée comme infirmière en soins généraux en avril 1991, j'ai débuté mon activité professionnelle en mai 1991 au CHUV dans le service de Chirurgie générale. J'ai rapidement intégré l'unité des soins continus qui était également spécialisée dans les soins post opératoires des patients transplantés rénaux.

De 2002 à 2004, j'ai effectué une formation post diplôme d'infirmière praticienne formatrice. J'ai continué mon cursus par la formation post diplôme d'infirmière clinicienne de 2004 à 2006, statut que j'occupe toujours à l'heure actuelle. Mon rôle d'infirmière clinicienne est de conseiller, soutenir et accompagner les équipes soignantes dans l'actualisation des connaissances et des pratiques : ceci en favorisant le recours aux savoirs scientifiques et en promouvant une approche réflexive. J'ai été cheffe de projet pour la réalisation de plusieurs documents dans le service, dont des guides pratiques infirmiers, afin d'actualiser les connaissances des pathologies spécifiques du service.

Lors de la formation d'infirmière clinicienne, j'ai écrit un mémoire portant sur une recherche qualitative « Eduquer ou informer, quels constats en chirurgie vasculaire ? ». Cette recherche m'a permis de mettre en évidence que le patient hospitalisé, lors de l'épisode inaugural d'une pathologie artérielle, avait peu de connaissances et qu'il ne réalisait pas de changement dans ses comportements de santé car il pensait être guéri après l'intervention chirurgicale. Ce travail m'a donné un aperçu de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et m'a permis d'initier une réflexion sur cette thématique.

Mon intérêt pour l'ETP a évolué lors des premières réflexions sur les itinéraires cliniques du service où les questions sur l'enseignement aux patients restaient en suspens : « Est-ce qu'il est possible que l'ETP soit utilisée par les soignants de chirurgie vasculaire lorsqu'ils accompagnent les patients hospitalisés ? » Pour pouvoir répondre à cette question, je me suis intéressée à la formation d'ETP. Le programme m'a séduite car il semblait pouvoir m'apporter les éléments-clés pour ce projet.

A partir du constat suivant :

Plus de 30% des patients vasculaires reviennent en CVAH pour une nouvelle obstruction artérielle ou une récurrence.

Nous¹ allons conduire une réflexion afin de clarifier cette problématique de départ par des lectures, l'observation clinique et des entretiens auprès des patients. Le but est d'identifier la possibilité de mettre en place, avec les infirmières (ID) et les assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) du service hospitalier de chirurgie vasculaire (CVAH), une démarche d'éducation thérapeutique auprès du patient vasculaire.

Si nous prenons la définition de l'ETP écrite par l'OMS (1998) repris de d'Ivernois et al. (2011 : 2) :

« L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les 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.

¹ Le nous est utilisé tout au long de ce travail, sauf lorsque l'auteure doit présenter l'influence du travail sur son développement professionnel

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 leur famille à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie ».

Nous retenons que l'ETP est un processus intégré dans les soins et centré sur le patient lui permettant d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences pour vivre plus sainement, en maintenant ou améliorant sa qualité de vie, avec sa maladie.

Nous devons préciser que le CVAH est un service de chirurgie de soins aigus où les soins curatifs sont privilégiés et où les durées de séjour sont en moyenne de 8 jours. Il n'y a actuellement aucune démarche d'éducation thérapeutique formalisée. Les soins éducatifs sont donc peu visibles voire inexistantes. De plus, les causes amenant aux réhospitalisations des patients ne sont pas intégrées dans les objectifs de soins.

Ce travail est le fruit de deux ans de formation du DAS en ETP. Il est composé de 6 parties :

La première présente l'évolution du constat de départ jusqu'à la problématique éducative intégrant le contexte professionnel d'intervention et les patients concernés par la problématique.

La deuxième développe l'approche du problème, à partir de l'hypothèse de solution. Les caractéristiques de l'éducation thérapeutique, par les séances éducatives, sont définies selon différents principes pédagogiques. Le besoin de formation des soignants identifié permettra de développer la réflexion pour réaliser une démarche d'ETP.

La troisième révèle la structure générale du projet avec les démarches préalables et post formation, les techniques et méthodes utilisées.

La quatrième présente la méthodologie d'évaluation.

La cinquième expose les résultats des évaluations ainsi que l'influence de ce travail sur mon développement professionnel.

La sixième présente la conclusion et les perspectives amenées par ce travail.

Note au lecteur :

Les éléments importants à garder en mémoire sont encadrés dans le travail.

Les différentes évolutions de la problématique, partant du constat à la problématique éducative, sont entourées en gris afin de mieux les identifier.

Les références, exemple Barrier (2010 : 25), se retrouvent par ordre alphabétique dans la bibliographie de la page 62 à 66 du travail.

Les citations courtes sont mises entre guillemets et en italique dans le texte. Par contre, les citations plus longues sont entre guillemets et en retrait du texte.

Les verbatims, issus des enquêtes, sont mis entre guillemets.

1. ELEMENTS CONTEXTUELS

Nous allons, tout d'abord, découvrir le service dans lequel se déroule le projet. Les patients concernés, avec leur pathologie artérielle et leur évolution, sont décrits ainsi que les traitements possibles pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Ces éléments nous permettent de mieux cerner la problématique de santé des patients et ainsi d'identifier les prémisses des besoins en ETP.

1.1 Service de chirurgie vasculaire

Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) est l'un des cinq hôpitaux universitaires suisses. Cette institution de soins compte 9711 employés et exploite 1463 lits (chiffres de 2013, site du CHUV). Trois missions de base lui sont confiées (site du CHUV) : les soins, l'enseignement et la recherche.

Le service de Chirurgie Thoracique (CHTH), Vasculaire (CVAH) et le Centre de Transplantation d'Organes (CTO) sont des unités d'hospitalisation qui sont attachées au département des services de chirurgie et d'anesthésiologie du CHUV dont les missions spéciales sont « *la prise en charge chirurgicale et la gestion de la douleur post chirurgie* » (site du CHUV).

Le service a une capacité de 45 lits dont une unité de 9 lits de soins continus qui accueille principalement les patients en post opératoire pour une durée moyenne de 24 heures voire plus si le patient présente des complications. Une unité de 10 lits est spécialisée dans la transplantation d'organes (rein et poumon) et la chirurgie viscérale (opérations intestinales, gastriques, etc.).

Deux unités de 13 lits sont spécialisées dans le secteur de chirurgie thoracique et vasculaire. La majorité des soignants soignent ces deux groupes de patients.

Depuis janvier 2015, le service de chirurgie vasculaire (CVAH) est une entité à part entière, néanmoins les patients de CHTH et CVAH continuent à être répartis dans les deux unités sans distinction particulière. Au niveau médical, il y a un professeur, deux médecins cadres, quatre chefs de cliniques et une dizaine de médecins assistants. Au niveau infirmier, pour le service de CHTH, CVAH et CTO, il y a quatre cadres infirmiers, cinquante trois infirmières, huit assistantes en soins et santé communautaire et huit aides aux soins. La moyenne d'ancienneté des soignants du service se situe entre trois à dix ans.

Au vu du flux des patients (entrée des patients convoqués ou des urgences, transfert des soins continus) chaque infirmière s'occupe de quatre à huit patients par jour. Ceci est lié, entre autres, aux nouvelles techniques opératoires qui diminuent les journées d'hospitalisation aux soins continus et la durée moyenne de séjour d'hospitalisation. Elle est actuellement de 8,35 jours d'hospitalisation pour le patient vasculaire : oscillant entre deux jours pour certaines opérations simples, comme l'angioplastie ou la chirurgie interventionnelle, et de plus de dix jours pour les patients ayant subi un pontage artériel. Le jour d'entrée dans le service et le jour opératoire étant des journées peu propices à l'éducation en raison du stress et des douleurs post opératoires engendrés par l'intervention chirurgicale, il reste entre trois et six jours pour mettre en place une démarche d'ETP avec le patient.

1.2 Patients concernés

Les patients identifiés dans ce travail sont admis pour une artériopathie obstructive des membres inférieurs (AOMI). L'origine de leur problème est multifactorielle, mais essentiellement liée à l'athérosclérose. Ils proviennent de tout milieu social et ont une moyenne d'âge d'environ 70 ans.

Les patients hospitalisés pour une première intervention ont été exclus, car une recherche qualitative, effectuée par Blank (2006), a mis en évidence, qu'à leur sortie de l'hôpital, les patients pensaient « être guéris ». Un mois après leur retour à domicile, ils se rendaient compte qu'ils ne l'étaient pas car certains symptômes persistaient. Barrier (2010 : 32) nous dit que : « *c'est à la sortie de l'hôpital que le patient est confronté à la réalité fondamentale de la chronicité, c'est-à-dire à la quotidienneté* ». Une étude réalisée par Thiam et al. (2012) ressortait les mêmes données en précisant l'existence d'une discordance de temps, de préoccupations et d'attentes entre les patients et les professionnels.

L'éducation n'est pas prioritaire pour le patient durant sa première hospitalisation, car il n'a pas encore pris conscience qu'il a une maladie chronique. Ces propos sont corroborés par Keller et al. (2008) qui ajoutent à cela que « *une hospitalisation de courte durée et une amélioration rapide de l'état clinique représente un défi thérapeutique pour que le patient puisse faire le cheminement nécessaire à ces prises de conscience* ».

1.2.1 L'artériopathie obstructive des membres inférieurs (AOMI)

L'AOMI ou artériopathie périphérique se caractérise par un rétrécissement du calibre des artères des membres inférieurs, voire d'une occlusion, provoquant une diminution des flux artériels entraînant une ischémie² des tissus. Sa cause principale est l'athérosclérose, une maladie dégénérative des artères, dans laquelle la composante inflammatoire est primordiale. Une partie du processus n'est pas encore élucidée au niveau scientifique. Nous savons qu'elle conduit à une accumulation de dépôts de lipides sur la paroi interne des artères pouvant aboutir à la formation de plaques jaunâtres, les athéromes. Ces lésions, en réduisant le flux sanguin, entraînent une diminution de l'arrivée de l'oxygène pouvant engendrer des crampes à la marche (claudication) voire des douleurs la nuit au repos et finalement la gangrène*, qui nécessite une amputation.

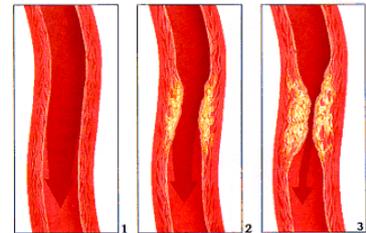


Figure 1 Athérosclérose
Source : Prévention.ch

Un point important à retenir est que le patient vasculaire a plusieurs pathologies. En effet, en plus du problème vasculaire, il peut avoir de l'hypertension (HTA), de l'hypercholestérolémie, une obésité ou un diabète. Il a donc une ou plusieurs maladies chroniques rendant sa situation complexe.

L'AOMI est une maladie chronique évolutive qui fait partie des maladies cardiovasculaires. Selon l'OMS (2015), l'AOMI est en troisième position des maladies cardiovasculaires après l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral (AVC). Pour Calanca et al. (2010), elle concerne environ 30% des personnes de plus de 70 ans.

² Les * sont des mots définis dans le lexique à la page 61.

Selon l'OMS (2011) :

« Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Elles nécessitent une prise en charge continue pendant des années, voire des décennies. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Elles progressent partout dans le monde, quelle que soit la région ou la classe sociale. Ceci est lié, entre autre, au vieillissement de la population ».

LaCroix et Assal (2011 : 51) nous apprennent que : « *La maladie chronique est le plus souvent non guérissable, silencieuse en dehors des crises, d'évolution incertaine et elle peut être liée au mode de vie* ». En effet, l'AOMI est une maladie silencieuse se développant sur de nombreuses années : elle ne présente pas de douleur aux stades précoces malgré le début de sténose des artères. Elle est difficilement détectable si ce n'est par des examens angiologiques réalisés lors d'une consultation du patient pour des symptômes ou un autre problème artériel, comme l'infarctus du myocarde. Comme Barrier (2010 : 25) le précise « *Lorsque la maladie se manifeste, « le mal est fait* » ».

Il existe plusieurs stades de l'AOMI, selon la classification des signes et symptômes de Leriche et Fontaine (1954), qui a été conçue selon l'importance de l'atteinte des artères (repris de site de CVAH) :

- Stade 1 :
Lésions athéromateuses asymptomatiques, dépôt sans conséquence mais annonçant le début de la maladie.
- Stade 2 :
Ischémie d'effort, claudication intermittente dite faible, si le périmètre de marche est supérieur à 200 mètres, ou forte, si le périmètre de marche est inférieur à 200 mètres. Les douleurs peuvent siéger au niveau du mollet, de la cuisse et/ou de la fesse en fonction de la répartition topographique de l'atteinte artérielle.
- Stade 3 :
Ischémie de repos, douleur de décubitus. Les douleurs peuvent se manifester durant la nuit obligeant le patient à laisser pendre la jambe en dehors du lit, afin de les faire disparaître.
- Stade 4 :
Ischémie de repos, troubles trophiques. A ce stade, il existe des troubles sévères d'apport de sang à la jambe induisant des ulcères*, des nécroses* voire une gangrène*.

Dans le service, nous accueillons des patients qui viennent pour des artériopathies de stades 2 à 4. Pour le projet de formation, nous avons décidé de nous focaliser sur les patients ayant un stade 2 et 3, car les patients ayant un stade 4 risquent de changer de service après leur intervention chirurgicale.

Nous allons nous pencher sur les traitements possibles ainsi que les stratégies que le patient vasculaire ayant une AOMI peut mettre en place.

1.2.2 Principes généraux de traitement

L'AOMI nécessite une prise en charge pluridisciplinaire (chirurgien, radiologue, angiologue, diabétologue, infirmière, physiothérapeute, diététicienne, etc.) car elle atteint des patients ayant de multiples pathologies. Dans de rares cas, elle peut également toucher des personnes jeunes qui ont une prédisposition génétique.

Certains patients reviennent pour une, voire plusieurs récives d'obstruction artérielle. Les traitements médicamenteux et les soins prodigués demeurent similaires que lors d'une première intervention chirurgicale.

Plusieurs recherches, dont celle de Salomon du Mont (2014) nous apprennent que « *la prise en charge du patient ayant une AOMI s'articule autour de trois axes* » :

- Le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et des comorbidités.

L'arrêt du tabac est primordial car son impact sur la survenue d'événements vasculaires est majeur mais aussi sur la perméabilité des futurs gestes de revascularisation. Il a été démontré que le tabagisme actif augmente non seulement la morbidité mais aussi le taux d'amputation.

Calanca et al. (2010 & 2012) précise que : « *Corriger les facteurs de risque et stimuler l'entraînement à la marche demeure une étape importante souvent sous-estimée dans le traitement de l'AOMI* » et « *L'exercice physique est associé à une réduction de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaires tout en augmentant le temps et la distance de marche* ».

- Le traitement médical

Le traitement médicamenteux comprenant trois thérapies cardioprotectrices (une statine, un antiagrégant plaquettaire et un antihypertenseur) ont démontré un net bénéfice face aux événements cardiovasculaires et au niveau de la survie sans amputation chez les patients avec une AOMI et ayant subi une intervention chirurgicale.

- Une approche interventionnelle en chirurgie ou radiologie interventionnelle

Codreanu et al. (2012) précise que : « *L'évolution des différentes techniques de revascularisation a permis d'améliorer la qualité de vie des patients présentant une artériopathie des membres inférieurs* ».

Sur le site de CVAH, il est indiqué que le type de traitement dépend du stade de la maladie :

- Stade 1 :

Arrêt du tabac.

Contrôles stricts des facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV : obésité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète).

Entraînement à la marche.

- Stade 2 :

Le traitement dépendra de la limitation à la marche :

Si le patient a des douleurs à plus de 200 mètres de marche :

Idem stade 1 : arrêt du tabac, contrôles stricts des FRCV et entraînement à la marche.

Un traitement endovasculaire* peu invasif, une angioplastie*, sera proposé : c'est une dilatation, des zones rétrécies ou occluses, par un ballonnet avec pose de stent*, si nécessaire, au moyen d'une ponction artérielle.

A court terme, le traitement endovasculaire présente des taux de sauvetage de membre similaires, voire parfois supérieurs à un pontage*.

Les recherches démontrent que cette approche a permis une réduction des risques de mortalité post opératoire, sans augmentation du risque d'amputation.

Si le patient a des douleurs à moins de 200 mètres de marche :

Le traitement est soit un traitement endovasculaire soit un pontage.

Le pontage est une approche invasive qui est réalisée particulièrement pour les occlusions longues ou après une tentative endovasculaire infructueuse.

○ Stade 3 :

Traitement par une angioplastie ou un pontage.

○ Stade 4 :

Traitement par une angioplastie ou un pontage.

Une amputation mineure des orteils peut être réalisée. Egalement si le pontage n'est pas possible et que l'état circulatoire l'exige, une amputation d'une partie du membre inférieur peut être envisagée, avec la collaboration des chirurgiens orthopédistes.

1.2.3 Recommandations de bonnes pratiques pour l'AOMI

Comme décrit précédemment par Salomon du Mont, en plus de la chirurgie, des mesures de prévention sont nécessaires pour éviter ou retarder les complications en lien avec la maladie chronique. Pour ce faire, l'OMS (2011) :

« A élaboré un cadre mondial pour permettre de suivre les progrès accomplis en matière de prévention et de maîtrise des principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète) et des facteurs de risque associés.

Le but est de réduire de 25% la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles ainsi que de 10 à 30% les facteurs de risques jusqu'en 2025 ».

Car, selon l'OMS (2012, questions/réponses) :

« Il est possible de prévenir la plupart des maladies cardiovasculaires en s'attaquant aux facteurs de risque que sont le tabac, l'obésité, le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et également le stress et la sédentarité afin de réduire les principaux FRCV pour diminuer les maladies cardiovasculaires : 80% des infarctus et des AVC sont évitables ».

La figure 2 de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), selon Arz de Falco (2013 : 2-3) nous aide à comprendre où se situent les patients de chirurgie vasculaire, ayant une AOMI par rapport au processus d'apparition d'une maladie.

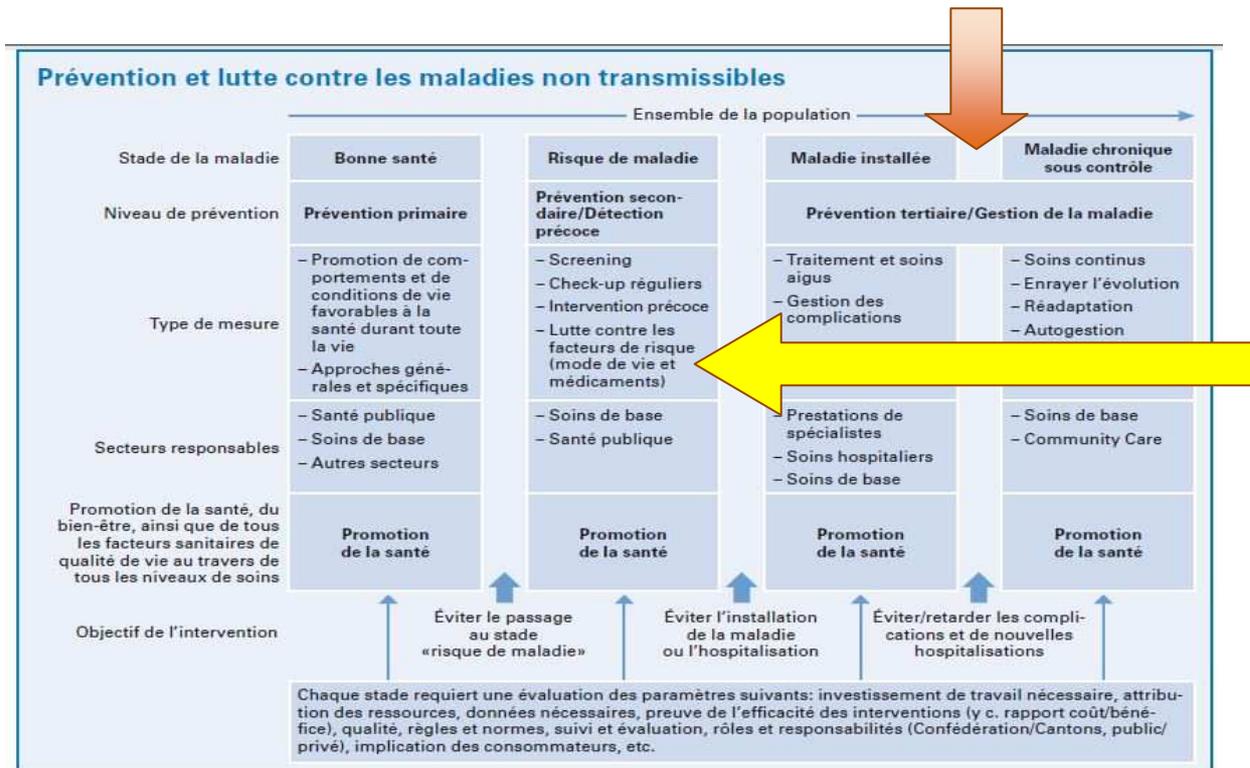


Figure 2 Arz de Falco, A. (2013: 3) Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles

Les patients sus nommés ont une « *maladie installée* », néanmoins la « *maladie chronique n'est pas sous contrôle* ». Ils se situent donc entre la troisième et la quatrième colonne. Arz de Falco (2013 : 2-3) spécifie que : « *Les interventions possibles lors de maladie chronique se situent au niveau de « la prévention secondaire et tertiaire », car il est nécessaire de réaliser « les mesures de lutte contre les facteurs de risque ».* Ces interventions ont comme objectif principal d'« *éviter et retarder les complications et de nouvelles hospitalisations* ». Ceci a été démontré dans différentes études dont celle de Caspar-Bauguil et al. (2010).

Pour éviter et retarder les complications et de nouvelles hospitalisations, Santé 2020 (2013) a défini une stratégie expliquant que :

« Il s'agit de mettre en place des mesures efficaces et efficientes de prévention des maladies, de dépistage précoce et de promotion de la santé. Il faudra également apprendre à toujours plus de gens à vivre avec une maladie chronique et à la gérer eux-mêmes avec le soutien du personnel médical car un renforcement des compétences propres des patients est nécessaire ».

Ces recommandations reprennent des données essentielles de la définition de l'éducation thérapeutique vue précédemment. Tourette-Turgis (2015 : 54) nous explique que : « *L'objectif idéal est de guérir la maladie, l'objectif réaliste, concret, est le fait de contrôler, autant que faire se peut, son évolution ou tout au moins ses symptômes et leurs conséquences. C'est dans ce sens que l'on parle de gestion de la maladie* ».

LaCroix et Assal (2011 : 51) précisent que : « *Le traitement est important pour la survie et/ou le confort quotidien, qu'il a des effets variables, et qu'il nécessite d'être assuré par le malade lui-même. Ceci implique une discipline quotidienne et impose des coûts* ».

Ces différentes données nous amènent à nous intéresser à ce que l'institution demande en matière de prévention et d'ETP. Si, dans la stratégie de l'institution, la prévention n'est pas stipulée de manière formelle, elle l'est de manière informelle par l'axe 1.1 « Prise en charge du patient » dont une des mesures de l'objectif 1.1.1 « Poursuivre la mise en œuvre du plan de gouvernance » comprend « l'information et la participation du patient aux soins ».

Nous la relevons également dans la Loi vaudoise sur la Santé Publique (LSP) de l'état de Vaud, dans l'article 124 (chapitre VII Professions de la santé) qui mentionne que « *L'infirmière est une personne formée pour donner professionnellement les soins suivants : Alinéa d) : Participation à des actions de prévention des maladies et des accidents ainsi que de maintien de la promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle* ».

De même, dans le cahier des charges de l'infirmière du CHUV, il est précisé qu'elle participe « *à des actions de prévention des maladies, des accidents, de maintien et de promotion de la santé : participer, avec l'équipe multidisciplinaire à l'information et à l'enseignement des patients pour leur permettre d'acquérir les comportements nécessaires à la prise en charge de leurs traitements et soins, à l'amélioration et au maintien de leur état de santé* ».

Ces cadres légaux légitiment le rôle professionnel et l'offre faite par la corporation infirmière à la population au niveau de la promotion de la santé, par l'ETP et les actions de prévention.

En résumé, les points importants à retenir sont que :

L'AOMI est une maladie chronique évolutive dont l'origine est liée à l'athérosclérose. Des recommandations de bonnes pratiques, établies par l'OMS, Santé 2020 et par de nombreuses recherches, démontrent qu'il est possible d'agir sur l'athérosclérose par la mise en place de mesures de prévention, plus précisément de la prévention secondaire et tertiaire pour les patients vasculaires. Ceci permettra de réduire l'évolution de la maladie et surtout d'améliorer ou de maintenir une bonne qualité de vie. L'ETP y est sous-entendue par la volonté de Santé 2020 « *d'apprendre à toujours plus de gens à vivre avec une maladie chronique et à la gérer eux-mêmes avec le soutien du personnel médical* ».

A partir du constat initial et de ces différents éléments, la problématique peut se formuler ainsi :

Certains patients vasculaires sont réhospitalisés pour une nouvelle intervention chirurgicale, liée à une nouvelle obstruction vasculaire ou à une récurrence de sténose, car ils ne sont pas conscients d'avoir une maladie chronique nécessitant la mise en place de mesures de prévention complémentaires à l'acte chirurgical.

Dans la partie suivante, nous allons réaliser une analyse de situation du service de CVAH afin d'identifier les facteurs limitant une prise en charge adaptée à ces patients, à leur problématique de maladie chronique et ainsi évaluer la place de l'ETP dans ce temps d'hospitalisation.

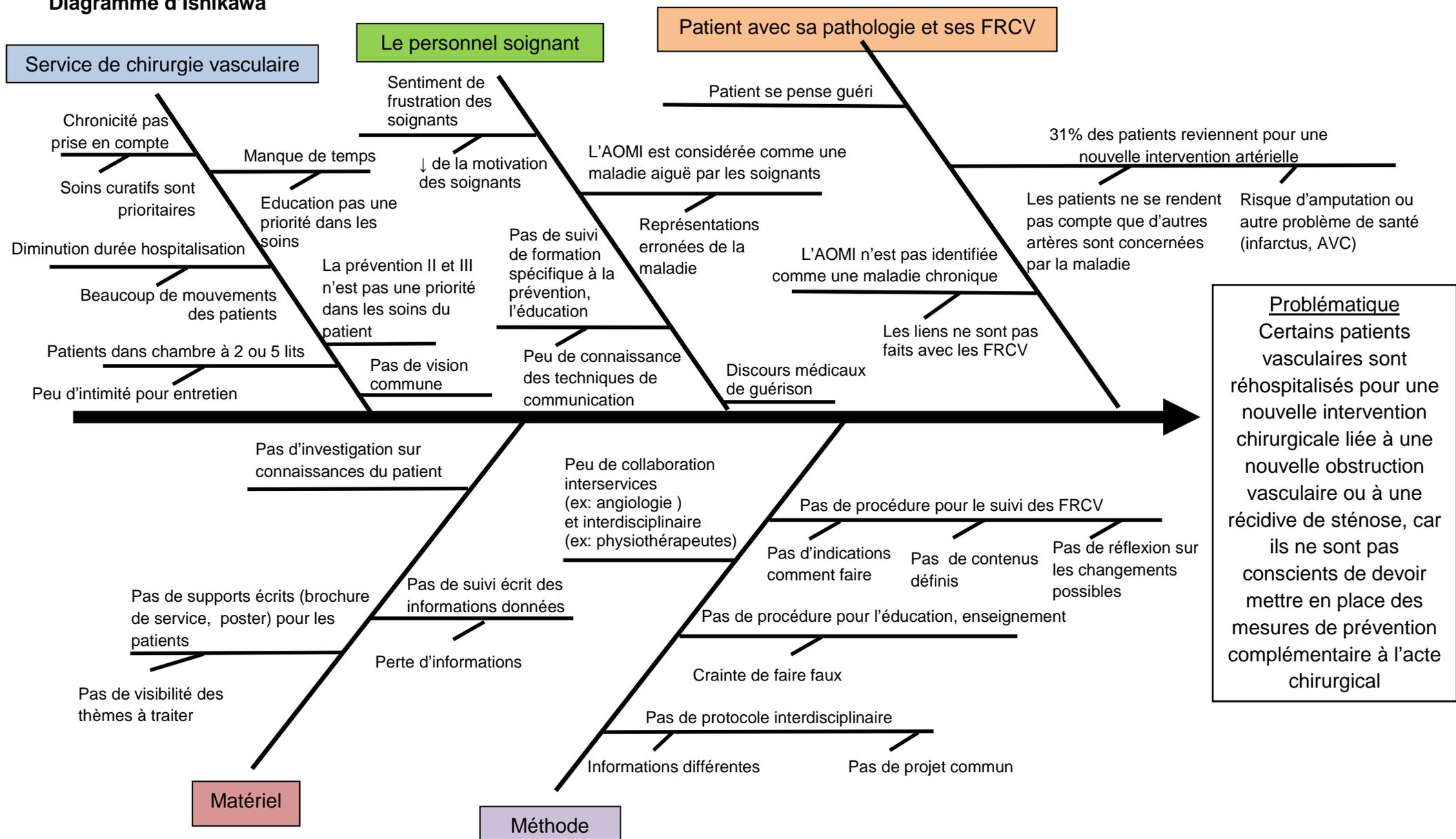
1.3 Analyse de situation

Le diagramme de causes-effets d'Ishikawa a été utilisé (pris sur le site <http://www.innovation.public.lu/fr/innover/gestion-innovation/resolution-probleme/diagrammeishikawa-fr.pdf>). Cet outil offre une vision globale des causes génératrices d'un problème avec une représentation structurée permettant ensuite de prioriser celles qui nécessitent des actions correctrices. Cinq axes latéraux, appelés aussi « arrêtes », sont articulées autour de la problématique :

- Milieu : le service de chirurgie vasculaire
- Main d'œuvre : le personnel soignant
- Matière : le patient avec sa pathologie et ses facteurs de risque cardiovasculaires
- Matériel : les informations, la formation, les documents
- Méthode : les procédures

Ce recueil de données a été réalisé sur la base d'observations du milieu, d'échanges avec les soignants, de lectures des documents du service et d'hypothèses des perceptions des patients de leur problématique. Dans une vision orientée ETP, les ressources ont également été incluses dans les données écrites.

Diagramme d'Ishikawa



Les causes essentielles de la problématique ressorties pour chaque arrête sont :

○ **Service de chirurgie vasculaire :**

Dans le service de chirurgie vasculaire, les soins prodigués sont des soins aigus ou curatifs. La maladie chronique n'est pas prise en compte.

L'objectif de soins est que le patient puisse retourner à domicile en étant le plus autonome possible après avoir reçu des soins post opératoires (plaies, contrôles vasculaires, etc.) de qualité.

L'expertise clinique du personnel soignant est reconnue dans les soins curatifs (soins techniques pré et post opératoire, la gestion de la douleur et les traitements médicamenteux) et les soins relationnels. L'infirmière s'assure que le patient ne développe pas de complications post opératoires (douleur, œdèmes, saignements, etc.) et met en place des mesures pour les prévenir, par un suivi et une observation détaillée de l'évolution des plaies et des membres inférieurs des patients.

Malgré la conception de soins institutionnelle de Virginia Henderson, considérant le patient dans sa globalité selon les quatorze besoins fondamentaux de l'homme, le modèle biomédical reste dominant dans la pratique clinique infirmière du service. En effet, les traitements médicamenteux et opératoires demeurent la priorité. Le patient est toujours considéré comme « l'apprenant » et le soignant comme celui qui sait et qui donne l'« information ». Nous sommes dans une logique de type classique, dans une pédagogie transmissive, dans laquelle le soignant « détient le savoir » et le patient « doit apprendre » (Giordan 2010 : 128). Le patient recevra principalement des informations sur la surveillance des cicatrices, la consultation médicale post opératoire et sur les suivis angiologiques qu'il devra effectuer.

La prévention secondaire et tertiaire ne fait pas partie des soins prioritaires de CVAH. Le temps à disposition des soignants pour chaque patient est réduit par la diminution de la durée d'hospitalisation.

Piste d'amélioration: Réinvestir le champ disciplinaire.

L'utilisation du modèle de soins de Virginia Henderson, en particulier, du besoin d'apprendre, pourrait inviter les soignants à réinvestir le champ disciplinaire infirmier donnant ainsi sens aux soins préventifs. Un tel modèle permettrait également de recentrer les soins autour de ce que le patient donne comme sens à son expérience de maladie et ainsi chercher à comprendre quelles sont ses représentations, ses ressources et ses limites face à cet évènement, étape essentielle pour co-construire les objectifs de soins, pouvant être la base d'une démarche d'ETP.

○ **Le personnel soignant :**

Différentes pratiques éducatives existent, selon la vision du soin et des compétences professionnelles de chaque soignant. Les soins éducatifs n'apparaissent pas comme une priorité dans la prise en charge des patients vasculaires dans le service de CVAH même si, comme vu précédemment, sur le site internet du service, il est mentionné que dans les premiers stades de l'AOMI, le contrôle strict des FRCV est nécessaire. Les soignants ont la représentation que le patient vasculaire a une maladie aiguë. Le discours de guérison reste présent, surtout après l'opération et les contrôles angiologiques. Les termes comme « maladie chronique, récurrence, non guérison » ne sont pas employés par les soignants.

Le personnel soignant n'a pas suivi de formation spécifique à la prévention secondaire et tertiaire et à l'éducation du patient. En conséquence, il y a peu de pratique d'ETP effectuée dans le service actuellement.

Les soignants ont une baisse de motivation liée à une frustration de ne pouvoir offrir des soins plus personnalisés aux patients.

Piste d'amélioration : Développer une conception commune de la maladie chronique. Une formation concernant la prévention secondaire et tertiaire, les principes de base de l'éducation et l'accord sur les termes à utiliser avec les patients vasculaires amèneraient une meilleure cohérence dans les soins spécifiques à cette population.

○ **Patient avec sa pathologie et ses facteurs de risque cardiovasculaires :**

Les patients vasculaires ont une maladie chronique évolutive. Ils passent par une alternance des phases asymptomatiques et des phases aiguës (Tourette-Turgis 2015 : 24 et 39). L'AOMI n'est pourtant pas considérée comme une maladie chronique par les patients hospitalisés. Lors des phases sans symptômes, ils ont l'impression d'être guéri.

Selon une source médicale, 31% des patients viennent pour une nouvelle obstruction ou une récurrence de sténose. Les patients vasculaires ont souvent plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires.

Piste d'amélioration : Soutenir les patients dans l'intégration de la notion de maladie chronique.

Lorsque les soignants parleront de maladie chronique avec les patients, ceux-ci pourront intégrer progressivement cette notion et il sera alors possible de commencer à travailler avec eux sur les actions de prévention qu'ils peuvent mettre en œuvre pour gérer leur maladie.

○ **Matériel :**

Il n'y a pas de document pour réaliser l'enseignement. On ne retrouve pas de transmission écrite du suivi des soins éducatifs dans les dossiers des patients. Ceci engendre une perte d'informations entre les différents soignants qui prennent en charge les patients.

Une brochure de la Fondation Suisse de Cardiologie « *Occlusion d'une artère de la jambe – halte au danger insidieux ! Reconnaître et prévenir la maladie artérielle occlusive périphérique* » est disponible dans le service et est mise à disposition des patients.

Piste d'amélioration : Augmenter la visibilité des mesures de prévention.

La création d'un poster et/ou d'un document spécifique concernant la prévention secondaire et tertiaire permettrait d'avoir une visibilité des mesures de prévention. L'utilisation d'un outil pédagogique rendrait l'accompagnement plus propice à l'apprentissage.

○ **Méthode :**

En CVAH, il n'y a pas de soins préventifs éducatifs prescrits. En effet, il n'y a pas de protocoles d'éducation ou d'enseignement concernant les mesures de prévention à réaliser avec le patient vasculaire.

Les itinéraires cliniques, concernant certaines opérations vasculaires simples, définissent certains soins préventifs comme la surveillance des plaies, l'augmentation de la durée de la mobilisation, etc.

Nous constatons qu'il y a peu de collaboration interservices, comme par exemple, avec le service d'angiologie où les patients vasculaires ont des contrôles avant et après les interventions chirurgicales, et interdisciplinaires avec les physiothérapeutes ou la diététicienne.

Piste d'amélioration : Développer des protocoles adaptés à la réalité de maladie chronique des patients hospitalisés.

La mise en place de protocoles des soins éducatifs permettrait d'avoir une cohérence dans les soins auprès des patients vasculaires, durant leur hospitalisation.

Après la mise en évidence des facteurs limitant et favorisant la prise en charge des patients vasculaires dans leur problématique de maladie chronique au sein du service de CVAH, une enquête auprès des patients est réalisée afin de vérifier les hypothèses relevées dans le diagramme d'Ichikawa et ainsi confirmer ou infirmer la problématique.

Les pistes d'amélioration seront utiles lors de la réflexion concernant la réalisation d'une démarche d'ETP en CVAH.

1.4 Résultats de l'analyse des propos des patients vasculaires

Pour vérifier la problématique, nous avons effectué des entretiens auprès de deux patients. Ils ont été intégralement retranscrits. La méthodologie du diagnostic éducatif selon Morichaud (2014 : 84-92) a été utilisée pour réaliser l'analyse des verbatims. C'est une méthodologie centrée sur le patient qui permet de structurer la démarche en étant le plus objectif possible. Pour ce faire, les constats recueillis doivent être pertinents, précis et fiables. Ils sont classés par thèmes. Puis, des déductions faites à partir de plusieurs constats ressortent de l'analyse (annexe 1). Ils sont groupés en différentes catégories (annexe 2), soit en problèmes, qui relèvent d'un écart ou d'un dysfonctionnement, soit en ressources, freins ou contraintes. Toute question en suspens est reconnue en zone d'ombre.

Comme le nombre de patients n'est pas suffisamment représentatif pour pouvoir généraliser les résultats, nous allons enrichir les données avec d'autres recherches et des éléments de la littérature.

Voici ce qu'ont exprimé les patients à propos de leur expérience de l'AOMI. Ils ont décrit l'évolution des symptômes les amenant à vivre des pertes physiques : « Vous descendez de 300 à 200 à 100 et que vous faites plus que 20 mètres... » ou « Au début, c'est à la montée que j'avais des soucis et puis, c'est venu au plat et puis maintenant dans toutes mes activités ». Ils reconnaissent les signes d'alertes par la douleur ressentie « Et puis il faut s'arrêter parce que ça fait mal ! » et par des changements dans leur membre inférieur : « J'ai le mollet qui se durcit ». Cela produit des répercussions sur le moral : « Je le vis mal, parce que j'ai toujours été quelqu'un qui était actif et qui n'était pas limité au point du physique ». Dans ces entretiens avec les patients, Sandrin Berthon et al. (2007 : 316-317) ont des données identiques.

Par contre, lorsqu'ils nous parlent des symptômes, comme la douleur qui augmente et la distance de marche qui diminue de plus en plus, nous constatons que les patients vasculaires ne réagissent pas rapidement aux signes d'alerte et que cela peut avoir un impact sur leur santé et leur qualité de vie.

Tourette-Turgis (2015 : 24 et 39) nous explique que :

« La maladie chronique, à la différence des maladies « aiguës » ne constitue pas une simple parenthèse dans la vie d'une personne, car face au schéma « diagnostic-traitement-guérison » se substitue un schéma toujours ouvert et incertain.

En effet, les progrès des thérapeutiques ont fait que, l'histoire naturelle des maladies chroniques se définit comme une alternance plus ou moins prévisible entre des phases asymptomatiques et des phases aiguës. Cette évolution porteuse d'espoirs a des conséquences sur l'organisation médicale de la maladie et sur l'expérience quotidienne qu'en fait le sujet, qui doit être prêt à intégrer à tout moment des contraintes de soins, de traitements, voire de réhospitalisations ».

Les patients nous disent que l'évolution de la maladie a nécessité une adaptation de leur quotidien : « Il faut vivre avec, ne plus faire certaines choses », « Elle adapte nos balades, nos déplacements ».

Le soutien de la famille et des proches est vécu comme une ressource essentielle : « Ma compagne, elle est magnifique, elle comprend tout à fait, elle m'aide, me soutient » dans la gestion de sa maladie et dans les peurs de la récurrence.

Les patients disent mettre en place des mesures de prévention pour l'alimentation : « Je fais attention de ne pas manger du gras », « Je suis dans la portion des 5 fruits et 5 légumes par jour », également pour le tabac « J'ai arrêté de fumer durant 17 ans », et la mobilisation « Je me bouge le plus possible ». Ils n'ont pas conscience de toutes les actions de prévention qu'ils réalisent.

Plusieurs enquêtes démontrent qu'effectivement les patients modifient certaines habitudes de vie. Celle réalisée par Lensele et al. (2013) révèle que « *les patients, avec un antécédent de décompensation d'artériopathie de membre avaient une tendance nette au sevrage tabagique (64,77%). Ils ont également une activité physique régulière (50%) et une attention à avoir un régime méditerranéen (33,93%) et un régime sans sel (29,57%)* ».

Par contre, Aligne et al. (2000) ressort que « *seulement 28,8% des patients sur 3294 ont respecté globalement toutes les règles d'hygiène de vie (tabac, alimentation, activité physique)* ».

Toutefois, malgré certaines connaissances de la maladie, « Il y a des sténoses un peu partout », ils se démotivent et arrêtent de faire les actions : « On vous donne des préceptes qui sont bien claires et puis, au bout de 6 mois – 1 an, vous les oubliez » ou « Au début, j'étais strict, après, on le devient un peu moins ».

Ceci, malgré leur crainte face à la maladie : « Ah ! Les jambes, ça me fait du souci... », « On peut arriver au point aiguë, où ça se bouche complètement ».

Comprendre pourquoi les patients vasculaires arrêtent de faire les actions de prévention est donc essentiel : « Il manque une ligne de conduite », « On devrait pouvoir me fixer des règles. Je les sais, mais ça ferait du bien de les réentendre ». Sandrin Berthon et al. (2007) ressort que « *Les patients ont insisté sur l'aide que les soignants pourraient leur apporter dans la prise de conscience et l'acceptation de la chronicité de leur maladie* ».

Après l'opération, les symptômes sont contrôlés : la douleur diminue et la marche devient de moins en moins problématique. Les patients vasculaires relativisent leur problème de santé : « Ben quand je vois comme on me soigne facilement, finalement avec ces ballonnets et ces dilatations, ces poses de stents, je me dis que c'est magnifique ! » ou « Je me suis levé ce matin comme si je n'avais pas été opéré ».

Sandrin Berthon et al. (2007) signale que : « *Les discussions ont montré que les patients considéraient l'intervention chirurgicale comme une solution salvatrice* ».

Notre problématique a évolué grâce aux entretiens avec les patients et aux données de la littérature devenant la problématique éducative. Nous découvrons donc que :

Certains patients vasculaires sont réhospitalisés pour une nouvelle intervention chirurgicale, liée à une nouvelle obstruction vasculaire ou une récurrence de sténose malgré des comportements liés à une vie saine. Comme ils ne sont pas conscients des bénéfices que les actions de prévention peuvent avoir potentiellement sur leur santé, après un certain temps, ils arrêtent d'en faire.

En nous référant à l'ETP, et au vu de cette nouvelle compréhension du phénomène, l'état futur souhaité est que les patients vasculaires soient conscients que les actions de prévention mises en place ou qu'ils peuvent encore faire, ont un impact bénéfique sur leur santé.

Plusieurs apprentissages pourraient être identifiés et travaillés avec les patients vasculaires, à partir de l'analyse des résultats des entretiens des patients. En effet, elle nous démontre, par exemple, que les patients vasculaires ont certaines connaissances de la maladie. Pour améliorer leur compréhension de la nécessité de mettre en place des actions de prévention, il serait peut-être nécessaire de revoir l'étiologie de leur/s problème/s de santé en faisant des liens avec les facteurs de risque cardiovasculaires. Ceci leur permettrait d'avoir une vision plus détaillée des possibilités d'actions de prévention à mettre en place.

Pour notre projet de formation, nous avons décidé de retenir un besoin emblématique éducatif spécifique en lien avec les compétences essentielles que le patient vasculaire doit acquérir pour éviter ou retarder les complications en relation avec sa maladie :

« Reconnaître le rôle actif qu'il joue déjà ou peut encore développer pour prévenir les risques pour sa santé ».

Nous allons documenter cette nouvelle compréhension de la problématique et le besoin éducatif au regard de certains concepts essentiels.

1.4.1 Actions de prévention

Lorsque nous parlons d'actions de prévention, nous faisons un lien direct avec la compétence, qui est, selon LeBoterf (2003 : 152) : « *La mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés* ». Il distingue 6 types de savoirs nécessaires à la compétence :

- Les savoirs :
 - Savoirs théoriques : savoir comprendre.
 - Savoirs d'environnement : savoir s'adapter, savoir agir sur mesure.
 - Savoirs procéduraux : savoir comment procéder en utilisant des outils.

- Les savoir-faire :
 - Savoir-faire opérationnels : savoir procéder, opérer.
 - Savoir-faire expérientiels : savoir y faire, apprendre du vécu, de l'expérience.
 - Savoir-faire relationnels : savoir coopérer, savoir se conduire.
 - Savoir-faire cognitifs : savoir traiter l'information, savoir raisonner.

Nous pouvons donc comprendre que le patient doit mobiliser bon nombre de savoirs différents pour intégrer sa problématique de santé et mettre en œuvre des actions de prévention. Cela nécessite un accompagnement adapté à chacun, ce qui demande des compétences soignantes spécifiques. Ces éléments seront développés ultérieurement.

De manière plus ciblée, les actions de prévention correspondent aux compétences d'auto-soins, qui font partie d'un concept de l'ETP. Nous allons les voir maintenant.

Compétences d'auto-soins

Inspiré par l'OMS, le rapport HAS-INEPS (2007 : 5) définit les compétences d'auto-soins de la manière suivante : « *Savoir gérer sa maladie, surveiller quotidiennement son état, faire face aux crises, se traiter* ».

D'Ivernois et Gagnayre (2001:12) ont développé en 2001 une matrice des compétences (figure 3) répondant à des objectifs spécifiques permettant de comprendre, par des exemples concrets, les compétences à atteindre. Ce sont, pour la plupart, des compétences d'auto-soins que les patients doivent acquérir.

Compétences		Objectifs spécifiques (exemples)
1.	Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif).
2.	Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.
3.	Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, la chaleur et la couleur de ses jambes, etc.
4.	Faire face, décider	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypo/hyperglycémie, crise d'asthme, etc.). Décider dans l'urgence, etc.
5.	Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).
6.	Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémique, etc.). Pratiquer les gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
7.	Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de la maladie.
8.	Utiliser les ressources du système de soins Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir ses droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.

Figure 3 D'Ivernois et Gagnayre (2001 :12) Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'ETP quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice

Nous constatons que les compétences d'auto-soins englobent les différents savoirs à des niveaux de compétence différents. Bloom (2001, repris du site : <http://www.formations-actives.com/index.php/les-objectifs-pedagogiques-guide-pratique-33/>) a défini six niveaux de compétence : la connaissance, la compréhension et l'application, et à un niveau plus élevé, l'analyse, la synthèse et l'évaluation. Nous devons donc être attentifs et vérifier à quel niveau de compétence se trouve le patient car il est difficile de passer à une compétence de niveau supérieur tant que celles du niveau inférieur ne sont pas atteintes. En effet, il est essentiel que les patients vasculaires connaissent et comprennent la maladie et les risques pour leur santé avant de pouvoir repérer les signes d'alerte : pied froid, augmentation de la douleur, diminution de la distance de marche, etc.

De même, afin de pouvoir analyser la situation, il est nécessaire qu'ils aient compris la nécessité de le faire pour prévenir et retarder les complications en plus des compétences en relation avec les différentes maladies chroniques.

En 2013, en constatant que le patient a souvent plusieurs pathologies chroniques, d'Ivernois et Gagnayre (2013 : 202-203) ont repris les compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie (2001 et 2011) et ont identifié des compétences transversales que tout patient devrait maîtriser. Ce sont des compétences liées à :

- La nutrition : recommandations selon les pathologies.
- La reprise ou au maintien de l'activité physique.
- La compréhension des maladies en présence, de leur évolution et surtout de leur intrication : lien entre les maladies.
- La compréhension du traitement et à la gestion quotidienne de ce traitement : buts, effets secondaires et interaction entre les traitements qu'il prend.
- L'utilisation adéquate du système de soins et de ses ressources.
- L'éducation et à l'implication de l'entourage.
- Le maintien des activités sociales du patient.

Acquérir des compétences d'auto-soins peut se faire uniquement si c'est un comportement choisi sur la base d'une négociation entre le patient et le soignant. Ceci est essentiel car un grand nombre de publications, dont celle de Reach (2007 : 31) et de Desbrus-Qochih et al. (2012 : 113), nous informent que plus de 50% des patients sont non observants. Ce pourcentage représente autant les patients qui ne prennent pas leur médication selon les prescriptions médicales, que ceux qui ne réalisent pas ou non régulièrement les soins nécessaires pour leur santé.

La figure 4 de Mosnier-Pudar (2012 : 66-71) nous donne un aperçu du renforcement possible de l'autonomie du patient grâce à un comportement choisi et des choix du soignant et du patient. Pour Barrier (2014 : 25), « *L'autonomie pour le patient est la compréhension de la nécessité interne normative de faire ce qu'il faut pour être libre, la reconnaissance du préférable* ».

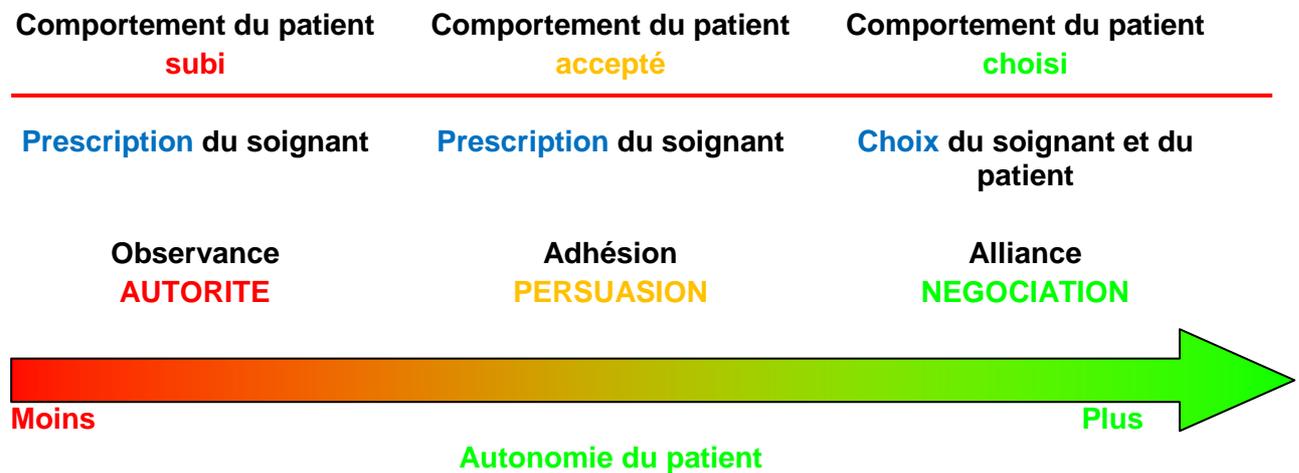


Figure 4 Evolution du concept de l'observance au cours du temps
Source : Mosnier-Pudar, 2012

L'alliance thérapeutique sous-entend un accord mutuel entre le prescripteur et le patient sur les moyens et les actions possibles pour s'adapter et vivre avec la maladie chronique. La relation qui s'établit doit être une relation de partenariat entre deux personnes qui possèdent chacune une expérience, un vécu. Elles mettent en commun leurs croyances, leurs désirs, pour arriver ensemble à un accord sur ce qu'il faut ou ce qu'il est possible de faire. L'autonomie du patient est grande car il est dans un comportement choisi où il peut négocier ses soins et traitements avec le soignant.

Au niveau des soins, Barrier (2010 : 139-140) spécifie :

« Choisir le soin, c'est choisir de se soigner, c'est-à-dire de se bien soigner ; cette décision, nul autre que le patient lui-même ne saurait la prendre. C'est une décision autonome, libre, volontaire, responsable. Elle est le choix possible du préférable perçu comme tel. L'autonomie assumée est ce choix ».

Ce concept nous apprend que les patients doivent pouvoir choisir de « *se bien soigner* », avoir un rôle actif, pour prévenir les risques pour leur santé. Pour ce faire, ils doivent également être motivés. Le concept d'efficacité personnelle va nous donner des pistes pour l'accompagnement des patients vasculaires.

Sentiment d'efficacité personnelle (self-efficacy)

C'est un concept développé par le psychologue Albert Bandura, repris de Rondier (2003 : 475-476). Le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances d'une personne quant à ses capacités à réaliser des performances particulières, contribuant à déterminer les choix d'activités et d'environnement, dans la poursuite des buts qu'elle s'est fixée, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'elle éprouve lorsqu'elle rencontre des obstacles.

Le sentiment d'efficacité personnelle se développe à partir de l'expérience, l'observation d'autrui, la persuasion sociale et les facteurs physiologiques et émotifs.

Un fort sentiment d'efficacité personnelle amène à se fixer de meilleurs buts, à faire plus d'efforts. Les personnes qui ont un sentiment d'efficacité élevé ont tendance à avoir une meilleure estime de soi et à être plus optimiste.

Les patients interrogés nous ont appris avoir arrêté certaines actions de prévention. Différents facteurs liés au patient, à la maladie, au traitement ou au médecin font que les patients, vivant avec une maladie chronique et qui doivent accepter un traitement et des soins à long terme, décident de ne plus suivre les prescriptions.

Le sentiment d'efficacité personnelle nous donne un aperçu de l'importance de connaître les ressources et les représentations du patient afin de pouvoir l'accompagner en étant attentif à ses besoins actuels et de pouvoir le stimuler. L'accompagnement est donc important pour que les patients vasculaires identifient puis réalisent les modifications dans leurs habitudes de vie. Pour ce faire, ils doivent faire des changements de comportement.

Le modèle de changement de comportement selon Prochaska et Di Clemente (2002)

nous donne d'autres pistes de compréhension. C'est un processus continu qui comprend six étapes ou stades qui ne sont pas linéaires :

- La pré contemplation : absence de conscience de devoir changer quelque chose.
- La contemplation : réflexion / prise de conscience.
- La préparation : recherche de solutions.
- L'action.
- Le maintien : identification et mise en place de moyens pour continuer, persévérer.
- La chute ou la rechute qui peut survenir à n'importe quelle étape.

Le changement de comportement peut prendre du temps et il se fait de manière progressive en passant d'une étape à l'autre sans pour autant être définitif. Toutes les étapes, même celle de la chute ou de la rechute sont considérées comme normales. Plusieurs processus sont employés par les individus pour les aider à changer.

Il est important de tenir compte de ce modèle lors de l'accompagnement du patient afin d'identifier dans quel stade il se trouve. Les patients interrogés étaient dans l'étape « action », puis ils sont passés par « la chute ou la rechute » pour être soit dans « la préparation », car ils réfléchissent à ce qui les a amenés à arrêter de les faire, soit « la contemplation », car ils sont dans la réflexion de mettre en place des actions de prévention. Selon le stade où ils se trouvent, le changement ne sera donc pas possible.

Synthèse du chapitre

Nous constatons qu'en CVAH, nous sommes dans un système d'autorité où les patients doivent suivre les prescriptions données par les soignants : ils ont donc une autonomie minimale. Pour pouvoir avoir le choix, et donc acquérir de l'autonomie, les soignants doivent changer de culture de soins et passer à une culture de partenariat et d'alliance thérapeutique. Ceci est essentiel afin que le patient puisse avoir un rôle actif et acquérir des compétences d'auto-soins ou actions de prévention.

Les différents concepts nous offrent une compréhension plus fine de la situation des patients vasculaires. En effet, nous avons pu découvrir que pour avoir un rôle actif, ils doivent acquérir différents savoirs et plus particulièrement des compétences d'auto-soins pouvant être vitales pour avoir une certaine maîtrise sur l'évolution de leur maladie.

Si les entretiens avec les patients et nos différentes lectures démontrent que les patients font des actions de prévention, l'étude d'Aligne et al. (2000) a établi que le pourcentage diminue lorsque le patient doit réaliser plusieurs changements. Les recherches démontrent que l'adhésion au traitement ne perdure pas.

Différents concepts comme le modèle de changement de comportement de Prochaska et le sentiment d'efficacité personnelle nous offrent des pistes en nous indiquant que connaître dans quelle étape de changement et identifier ce qui motive le patient vasculaire à réaliser ce changement, sont des éléments importants, qui devront être pris en compte lors de la mise en place d'une démarche d'ETP avec le patient.

Dans le chapitre 2, nous allons faire une hypothèse de solution afin d'identifier les moyens qui permettraient de répondre au besoin éducatif des patients vasculaires.

2. APPROCHE DU PROBLEME

En partant de la problématique éducative : « Certains patients vasculaires sont réhospitalisés pour une nouvelle intervention chirurgicale, liée à une nouvelle obstruction vasculaire ou une récurrence de sténose malgré des comportements liés à une vie saine. Comme ils ne sont pas conscients des bénéfices que les actions de prévention peuvent avoir potentiellement sur leur santé, après un certain temps, ils arrêtent d'en faire », et du besoin éducatif des patients vasculaires qui est de : « Reconnaître le rôle actif qu'il joue déjà ou peut encore développer pour prévenir les risques pour sa santé », nous allons faire une hypothèse de solution, que nous allons ensuite préciser à l'aide de concepts.

2.1 Hypothèse de solution

Si le soignant de CVAH réalise une séance éducative avec le patient vasculaire et l'accompagne dans sa réflexion afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il a pour prévenir les risques pour sa santé, le patient sera motivé à maintenir les actions de prévention et, si nécessaire, à en mettre d'autres en place.

Pour clarifier cette hypothèse, nous allons nous référer à plusieurs concepts, dont l'ETP, nous permettant d'analyser la situation et de trouver ainsi une solution appropriée à notre problématique éducative.

2.2 Concepts

2.2.1 Education thérapeutique

Comme vu précédemment, selon LaCroix et Assal (2011 : 48), le service de CVAH est dans « *un modèle de médecine aiguë qui est le modèle biomédical dans lequel le patient ne peut que se laisser traiter* ». L'équipe soignante est donc formée à « *gérer les situations d'urgence : maladie aiguë, soignant, traitement, malade* » et où l'information domine au détriment de la maladie chronique et la formation des patients.

Toujours selon LaCroix et Assal (2011 : 48), pour passer à un modèle plus adapté à cette patientèle, soit, « *un modèle global-biomédical, pédagogique et psychosocial* », il est nécessaire de changer de paradigme, « *passer du « to cure » à « to care », qui signifie prendre soin et comprend l'idée d'attention, de sollicitude et d'accompagnement* ».

Ce changement peut passer par l'introduction de l'ETP qui s'inscrit dans ce modèle global. Selon l'OMS (1998), « *L'ETP est un processus permanent intégré dans les soins et centré sur le patient. (...) Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant : la maladie, le traitement prescrit, les soins (...)* ».

LaCroix et Assal (2011 : 59) nous signalent que l'ETP permet « *de passer de l'information à la formation du patient et de sa famille* », la relation entre le soignant et le soigné, ou entre le formateur et le formé, évoluant en fonction de la pédagogie employée et inversement. L'introduction de l'ETP pourrait avoir une incidence plus large sur le type de relation entretenue au sein du service. Selon Giordan (2010 : 127-130), il y a « *trois grands types de pratiques éducatives correspondant à trois modèles pédagogiques : classique (transmissif), behavioriste (pédagogie par objectifs) et constructiviste (co-construction avec le formateur)* ».

Passer du modèle biomédical classique où le soignant donne l'information, au modèle global dont la pédagogie est le socioconstructivisme, ou post-constructivisme, demande aux soignants et aux patients d'instaurer une relation de partenariat, basée sur la co-construction et la co-élaboration. Un tel changement de paradigme implique donc les patients et les soignants du service, et correspond à une réelle transformation relationnelle.

Suggérer la mise en place d'actions de prévention, c'est-à-dire des compétences d'auto-soins, au patient, va contribuer à ce changement de paradigme. Les patients vasculaires pourront avoir un rôle actif car ils seront responsables de leurs auto-soins à domicile. Ceci sous-entend qu'ils soient acteurs, donc impliqués dans les soins. Si nous nous référons à la figure 4 (page 24), vue précédemment, nous constatons que : plus le patient prend des décisions, plus il est autonome et donc actif.

Sager Tinguely et al. (2011 : 29) nous confirme que :

« L'autonomie décisionnelle, dans un sens philosophique, renvoie à la notion de choix, d'autodétermination en matière de santé, de maladie et de vie. Elle amène à des objectifs de comportements de santé : cela correspond à un comportement d'adaptation psychosociale : faire ou ne pas faire pour sa santé, son traitement ou sa vie avec un problème de santé ».

D'Ivernois et Gagnayre (2013 : 202-203) précisent que pour le patient pluripathologique, il est nécessaire de prioriser les compétences d'auto-soins. Les priorités pédagogiques concernent les compétences « spécifiques », liées à des critères comme : l'urgence (savoir faire face aux crises), la gravité d'une et/ou des pathologies (prévenir ou éloigner les complications), la possibilité pour le patient d'intervenir de façon décisive sur l'évolution spontanée d'une et/ou des pathologies (permet d'augmenter le sentiment de compétence).

Pour les patients vasculaires, repérer les signes d'alerte : surveillance des pieds au niveau de la chaleur, des blessures et l'augmentation de la douleur et de la diminution de la distance de marche, et réagir en allant aux urgences ou chez leur médecin traitant sont des actions de prévention essentielles de sécurité. Néanmoins, prévenir et retarder les complications en réalisant les modifications dans les habitudes de vie fait également partie des compétences d'auto-soins importantes pour ces patients.

Comme le modèle global est basé sur le partenariat, les séances éducatives le seront aussi. Nous allons voir maintenant ce que cela engage comme changements pour les soignants et les patients de CVAH.

2.2.2 Séance éducative

« L'ETP ne peut être donnée que par des professionnels de la santé » nous précisent LaCroix et Assal (2011 : 79). Lorsque nous parlons de séance éducative, elle fait partie intégrante du projet en ETP, donc du parcours de l'ETP selon Chambouleyron et al. (2013 : 544). La figure 5 nous donne une vision succincte des étapes de la méthodologie recommandée du projet en ETP. Nous allons voir comment nous pouvons l'intégrer dans les soins en CVAH.

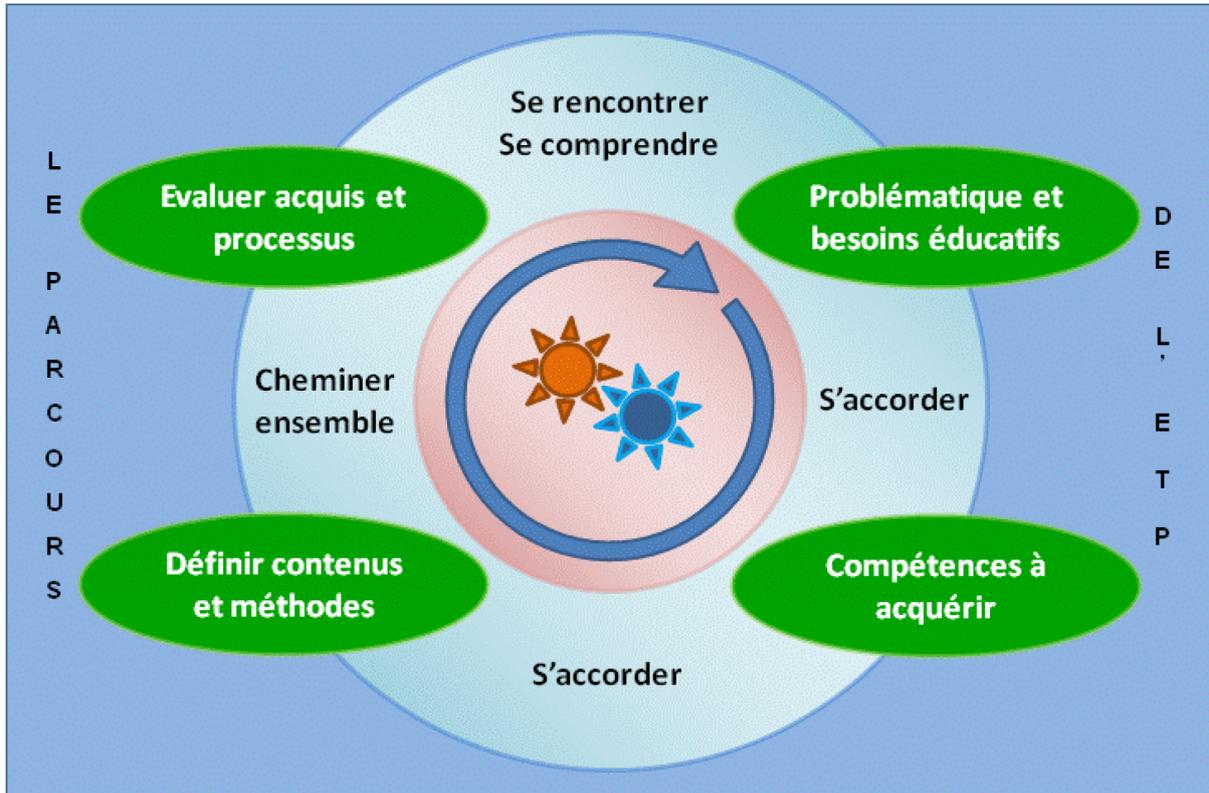


Figure 5 Chambouleyron (2013 : 544) Le parcours de l'ETP

Le parcours débute par le temps « se rencontrer, se comprendre » qui permettra aux soignants de passer d'une relation de confiance à une relation de partenariat en s'intéressant au patient « pour comprendre sa réalité et ses besoins » (Tourette-Turgis, 2015 : 142-145). C'est « l'état des lieux de la situation » aidant à poser le diagnostic éducatif en ciblant la problématique et les besoins en ETP du patient. Le patient sera invité à s'exprimer sur son expérience de la maladie : vécu, acceptation de la maladie ou son rôle dans la gestion des traitements, des symptômes, etc.

La construction du projet éducatif avec la détermination des objectifs permettra de constater quelles sont les compétences d'auto-soins à acquérir ou à maintenir par le patient vasculaire. Le soignant va donc reconnaître et valoriser les compétences d'auto-soins que le patient vasculaire effectue déjà et découvrir les bénéfiques que ce dernier reconnaît afin de l'encourager à les maintenir. Une fois les objectifs fixés, le patient sera invité à les inscrire sur l'outil pédagogique utilisé lors de la séance éducative. Il sera vu dans le point 3.5 à la page 45. Le patient pourra le prendre avec lui et le présenter à son médecin traitant ou aux professionnels l'accueillant lors du rendez-vous suivant en angiologie.

L'élaboration du dispositif éducatif, comprenant le choix des contenus et des méthodes, sera réalisée d'une manière succincte, durant la séance éducative, en clarifiant avec le patient vasculaire ses besoins actuels pour atteindre les objectifs fixés.

Tout au long de la séance éducative, il y a les temps « s'accorder » qui sont la mise en accord permanente avec le patient afin de favoriser son engagement dans la démarche d'ETP.

Vu la durée restreinte d'hospitalisation des patients vasculaires, il n'est pas possible de revoir le patient lorsqu'il aura mis en place les actions découlant des objectifs. Avec la mise en place d'une collaboration interservices, le patient pourrait, lors de ses rendez-vous en angiologie, bénéficier d'un suivi permettant de réexaminer avec lui les objectifs fixés et de les évaluer.

Réaliser des séances éducatives demande d'avoir une posture de soignant-éducateur nécessitant des compétences techniques, relationnelles et pédagogiques ainsi que des compétences organisationnelles. Avant d'initier des séances éducatives, les soignants de CVAH devront développer des compétences spécifiques de pédagogie et de savoir-être infirmier complémentaires aux connaissances biomédicales acquises lors de leur formation initiale.

Les compétences de savoir-être permettront aux soignants d'établir un niveau de relation supérieur avec le patient. Malabeuf (1992 : 4-6) a défini 4 niveaux de communication :

- La relation sociale de civilité : elle correspond à des propos banals sans réel intérêt qui permet de créer un climat de confiance dès l'accueil du patient.
- La relation fonctionnelle : c'est une relation professionnelle dont le but est d'effectuer un recueil de données.
- La relation de compréhension et de soutien : c'est l'expression d'un début d'empathie avec la compréhension du ressenti de l'autre, mais sans le partager.
- La relation d'aide, relation thérapeutique : elle permet d'apporter du réconfort au patient en passant par une écoute attentive et une attitude empathique, compréhensive et sans jugement. Elle nécessite une relation de confiance qui permet au patient d'exprimer ses ressentis.

Lorsque nous évoquons une relation de confiance, nous faisons référence à la relation de compréhension et de soutien et non au climat de confiance de la relation de civilité. En CVAH, la plupart des soignants, ayant plus de trois ans d'expérience professionnelle, ont des compétences correspondant à la relation de compréhension et de soutien. Les soignants moins expérimentés ont une relation fonctionnelle avec les patients.

D'Ivernois et Gagnayre (2011 : 16-18) ont repris les travaux de Szasz et Hollender, deux sociologues qui : « *définissent trois types de relation médecin-malade* » :

- La première est l'activité-passivité, dans laquelle le patient est passif.
- La seconde est une relation direction-coopération, dont la place du soignant est celle de l'autorité. Elle est cherchée par le patient qui coopère. Ce mode relationnel est le plus classique. Tout est dicté par le soignant.
- La troisième relation est la participation mutuelle comprenant la compréhension mutuelle. La norme est fixée par le patient et fait souvent l'objet d'une négociation.

Malheureusement, les auteurs ne donnent pas de moyens comme les techniques verbales (reflet, reformulation, questions ouvertes ou fermées) et non verbales, comme les attitudes avec l'écoute active, l'empathie, la congruence, le non jugement et le respect, pour arriver à établir la relation de participation mutuelle, la relation thérapeutique ou de partenariat.

Les concepts vus précédemment nous donnent les ingrédients essentiels à l'ETP, soit un subtil mélange de relation de compréhension et de soutien (Malabeuf 1992), d'attitudes de relation d'aide (Phaneuf, 2002) telles que l'empathie, l'écoute active et la congruence, de participation mutuelle (Szasz et Hollender, 2011) et des éléments clés de Mosnier-Pudar (2012) que sont l'autonomie du patient, le partenariat et la notion de choix, amenant à la co-construction d'une démarche d'ETP entre le soignant et le patient.

Lors de la réalisation du projet en CVAH, en plus des compétences relationnelles et pédagogiques que les soignants devront acquérir, ils devront apprendre à créer un environnement didactique en utilisant un ou plusieurs outils pédagogiques rendant les séances éducatives plus propices à l'apprentissage.

Tous ces éléments nous amènent à nous intéresser aux besoins de formation des soignants de CVAH pour réaliser les séances éducatives.

2.3 Entretiens avec différents soignants

Avant de réaliser une enquête auprès des soignants de CVAH, il a tout d'abord fallu réfléchir à la manière de créer des liens entre les différents services et professionnels prenant en charge des patients avec des pathologies vasculaires.

Un premier contact a été pris avec le service de cardiologie. Le programme Elips (à voir sur le site <http://elips.hug-ge.ch>) y a déposé un outil sous forme d'un panneau représentant les facteurs de risque cardiovasculaires et les compétences d'auto-soins possibles à effectuer par le patient. Nous souhaitons savoir si nous pouvions l'utiliser au sein de notre service avec les patients vasculaires.

Nous avons ensuite pris rendez-vous avec la professeure responsable du service d'angiologie. A notre première rencontre en novembre 2014, elle a été très ouverte et elle nous a proposé de venir voir les patients après leur consultation en angiologie pour un suivi en ETP. En mai, par contre, elle nous a informés qu'elle mettait en place une consultation d'ETP dans son service. Une forme de concurrence est palpable. Il sera important de réfléchir à une collaboration avec le service d'angiologie, à travailler en interdisciplinarité afin que le patient puisse bénéficier du suivi tout au long de son parcours au CHUV.

Un contact avec le physiothérapeute responsable de CVAH nous a permis de présenter la mise en pratique d'une démarche d'ETP avec les patients vasculaires. Il nous a dit que si cela ne donnait pas plus de travail à ses collaborateurs, il ne voyait pas d'inconvénient à ce que son service intègre la démarche. Travailler en interdisciplinarité est un des principes élémentaires de l'ETP. Une réflexion devra donc être faite pour sa mise en pratique.

Nous avons profité d'un passage de la diététicienne dans le service pour connaître sa position face à l'ETP pour les patients vasculaires. Elle nous a informés que c'est un travail à moyen, voire à long terme qui doit se faire en consultation chez une diététicienne en ville. Même si des consultations diététiques ne sont pas possibles en CVAH, nous devons impliquer les diététiciennes lors de la création des documents ou d'un poster dans le service.

2.3.1 Enquête réalisée auprès des soignants de CVAH

Afin de connaître les besoins en formation des soignants, en lien avec le besoin éducatif du patient vasculaire, une enquête auprès des soignants du service a été effectuée. Un questionnaire (annexe 3) a été préparé avec différents thèmes à traiter :

- Le patient : sa maladie, ses besoins.
- L'éducation thérapeutique et les besoins en formation.

Des entretiens individuels, semi-directifs, de 30 à 45 minutes, à partir du questionnaire, ont été menés auprès de neuf soignants :

- Un médecin cadre de chirurgie vasculaire.
- Une infirmière cheffe d'unité (ICUS).
- Une infirmière praticienne formatrice (ID-PF).
- Une infirmière de liaison.
- Trois infirmières.
- Deux assistantes en soins et santé communautaire (ASSC).

Résultats de l'enquête

Les principaux résultats ont été repris par thèmes puis ont été groupés en différentes catégories. S'ils ne peuvent être généralisés ils peuvent nous interpeller et nous donner des pistes pour la suite du projet. Une analyse sera réalisée à partir des éléments recueillis.

Résultats	Propos des soignants
Education thérapeutique du patient	
100% aimeraient qu'une brochure, destinée à informer le patient vasculaire sur les soins et surveillances à effectuer, soit réalisée et qu'elle soit transmise au patient à son départ du service.	« Si on avait un document qu'on pourrait donner au patient, cela serait déjà bien ».
100% pensent que les explications sur les traitements, une bonne hygiène de vie sont importantes et qu'il faudrait le faire dans le service.	« Ils devraient être acteurs dans la prise en charge de leur pathologie et ainsi on devrait les aider à arrêter de fumer, à nommer les aliments malsains, à les soutenir dans la pratique d'une activité physique, etc. ».
100% reconnaissent un manque d'informations/enseignements au niveau de l'hygiène de vie, de l'alimentation, de la pratique d'activité physique, etc. selon les FRCV.	« Le patient reçoit peu d'enseignements sur le problème vasculaire, notamment sur l'hygiène de vie et l'alimentation (...) ainsi que des traitements » « Les patients rentrent donc bien souvent à domicile sans les clés nécessaires au maintien de leur santé ».
100% des personnes n'ont pas de formation en ETP.	

Résultats	Propos des soignants
Education thérapeutique du patient	
88% pensent que cela prend du temps de pratiquer de l'ETP et qu'ils n'en ont pas assez.	« L'ETP prend du temps ». « Je ne sais pas quand je pourrai faire de l'éducation avec tout ce que j'ai déjà à faire dans une journée ».
77% des soignants pensent que le but de l'ETP en chirurgie vasculaire serait de prévenir le retour d'un nombre important de patients dans le service, par la diminution des FRCV.	« Le but de l'ETP est de prévenir les risques et les complications, donc les réhospitalisations ». « Diminuer les FRCV pour améliorer le quotidien, donc le confort du patient ».
55% des soignants pensent que l'ETP vise à soutenir le patient dans sa maladie. Qu'il est important de le valoriser et le faire participer, de le responsabiliser.	« Nous les soignants devrions responsabiliser davantage le patient et le faire participer aux soins. La plupart du temps, il fait ce qu'on lui dit et prend les médicaments qu'on lui donne sans savoir à quoi ils servent ». « Partir des connaissances et des besoins du patient pour valoriser ses connaissances ».
44% pensent que l'ETP est le fait de transmettre des informations et des directives au patient.	« L'ETP ? C'est un moment où tu dis au patient ce qu'il doit savoir et ce qu'il doit faire. Tu lui apprends de nouvelles choses qui sont importantes pour lui ».
Connaissances des soignants	
100% des soignants ont certaines connaissances des principaux facteurs de risque cardiovasculaires.	« Oui, je connais les causes d'une obstruction artérielle. Cela provient de l'alcool, il y a aussi le tabac, les aliments, etc. ».
77% des soignants se rendent compte que les patients vasculaires ont une maladie chronique uniquement lorsqu'ils reviennent pour une nouvelle opération.	« La maladie chronique, c'est quand le patient revient et qu'il devra être suivi. La maladie aiguë, c'est lorsque le patient a des douleurs, un manque de sensibilité ». « Le patient vasculaire a une maladie aiguë ! ». « Il a peut-être les deux ? Oui, peut-être bien ».
55% des soignants transmettent des informations au patient concernant la chirurgie, les traitements et la surveillance de la cicatrice.	« Le patient reçoit des informations concernant la chirurgie qu'il va subir et sur les traitements qu'il reçoit ou qu'il va recevoir ».
Demande de formation	
77% demandent une actualisation de leurs connaissances sur des thèmes pour les enseignements pour le patient vasculaire telles que : la maladie chronique, les FRC, la prévention secondaire et tertiaire.	« J'aurai besoin d'une formation continue sur les risques, les causes et les traitements de l'AOMI ». « Actualiser mes connaissances dans toutes les thématiques abordées précédemment (FRCV, hygiène de vie, etc.), au niveau théorique ».
66% demandent à apprendre comment mener un entretien, comment faire réfléchir le patient.	« Apprendre comment on fait l'ETP ». « Comment faire un entretien, valoriser ce que sait le patient, lui faire voir ce qu'il ne sait pas ».

L'analyse des données recueillies fait ressortir plusieurs points importants :

Compétences / ressources des soignants

- Tous les soignants (100%) ont certaines connaissances sur les principaux facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV) et l'obstruction artérielle.
- Tous les soignants (100%) disent se rendre compte de la nécessité de faire des soins préventifs sachant qu'ils ne sont pas réalisés dans le service.
- Plus de la moitié des soignants (55%) disent transmettre des informations concernant la chirurgie et les traitements médicamenteux aux patients vasculaires.
- Plus de la moitié des soignants (55%) pensent que, lors de l'hospitalisation du patient vasculaire, il est important de le faire participer aux soins de surveillance et le responsabiliser pour les modifications des habitudes de vie en plus des soins et surveillances.
- Plus de la moitié des soignants (55%) pensent que l'ETP vise à soutenir le patient dans sa maladie.

Demandes des soignants

Lors des entretiens, les demandes prioritaires des soignants ont été de :

- Créer un document (100% des soignants) pour pouvoir le donner au patient vasculaire afin qu'il reçoive les recommandations sur les soins et surveillances.
- Actualiser les connaissances de la maladie chronique, des FRCV et de la prévention (77% des soignants).
- Acquérir des connaissances et compétences pour mener un entretien avec le patient (55% des soignants).

Compétences à acquérir

Comme pour 77% des soignants, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) n'est pas une maladie chronique lorsque le patient vasculaire vient pour une première intervention chirurgicale et que pour 44% des soignants, transmettre l'information au patient est suffisant, l'analyse des entretiens a permis d'identifier les compétences à acquérir suivantes :

- Reconnaître que l'AOMI est une maladie chronique.
- Connaître la définition et les objectifs visés de l'ETP.
- Identifier et appliquer certaines compétences en ETP.
- Acquérir des compétences pour mener un entretien.

Plusieurs besoins de formation ressortent de l'analyse des entretiens et des demandes des soignants qui se retrouvent dans trois pistes d'amélioration, identifiées lors de l'analyse faite avec Ishikawa (pages 17 à 19) : développer une conception commune de la maladie chronique, soutenir les patients dans l'intégration de cette notion et augmenter la visibilité des mesures de prévention.

Nous avons décidé d'identifier un besoin de formation pour les soignants de CVAH qui en englobe plusieurs :

Acquérir des compétences en ETP (relationnelles et pédagogiques en priorité) pour accompagner le patient vasculaire lors d'une séance éducative afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il joue ou peut développer pour prévenir les risques pour sa santé.

Synthèse de la partie recherche

Certains patients vasculaires, qui ont une AOMI, maladie chronique évolutive liée à l'athérosclérose, sont réhospitalisés pour une nouvelle intervention chirurgicale, liée à une nouvelle obstruction vasculaire ou une récurrence de sténose. Des recommandations de bonnes pratiques démontrent qu'il est possible d'agir sur ce phénomène par la mise en place de mesures de prévention secondaire et tertiaire. Ceci permettrait de réduire l'évolution de la maladie et surtout d'améliorer ou de maintenir une bonne qualité de vie.

L'analyse des entretiens des patients a démontré que les patients vasculaires ont des comportements liés à une vie saine. Néanmoins, comme ils ne sont pas conscients des bénéfices que les actions de prévention peuvent avoir potentiellement sur leur santé, après un certain temps, ils arrêtent d'en faire.

L'ETP vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Dans ce but, un besoin éducatif, pour les patients vasculaires a été identifié : « Reconnaître le rôle actif qu'il joue déjà ou peut encore développer pour prévenir les risques pour sa santé ».

A partir du besoin éducatif, une hypothèse de solution a été définie afin de trouver une solution au besoin éducatif, en lien avec la problématique :

Si le soignant de CVAH réalise une séance éducative avec le patient vasculaire et l'accompagne dans sa réflexion afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il a pour prévenir les risques pour sa santé, le patient sera motivé à maintenir les actions de prévention et, si nécessaire, à en mettre d'autres en place.

Les différents concepts et cadres théoriques, l'analyse d'Ishikawa ainsi que l'analyse des entretiens des soignants nous ont conduit à identifier un besoin de formation pour les soignants de CVAH : Acquérir des compétences en ETP pour accompagner le patient vasculaire lors d'une séance éducative afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il joue ou peut développer pour prévenir les risques pour sa santé.

L'implémentation d'une démarche en ETP, avec l'identification d'objectifs ciblés sur le besoin de formation des soignants permettant de répondre au besoin éducatif des patients vasculaires, pourrait amener une solution à notre problématique éducative. Pour ce faire, nous allons travailler sur deux actions prioritaires, qui sont de sensibiliser quelques soignants de CVAH à l'ETP et créer une brochure qui sera utilisée, comme outil pédagogique, lors des séances éducatives avec les patients vasculaires.

Dans le chapitre suivant, nous allons découvrir comment le projet de formation, par la formation pédagogique de cinq soignantes de CVAH, a été réfléchi et réalisé.

3. REALISATION DU PROJET

Une journée de formation a été accordée par notre responsable hiérarchique dont les heures sont comptées comme heures de travail. Au départ, selon la demande de formation des soignants, nous avons pensé créer un poster, avec une silhouette montrant les artères principales, les actions pouvant être réalisées en lien avec les FRCV et les symptômes, survenant lors de l'évolution de la maladie, et d'autres actions de prévention potentielles. Le but était de donner une visibilité des soins éducatifs dans le service.

Lors du module de janvier 2015, « Accompagner et former des équipes à développer leurs programmes d'ETP », nous avons eu la chance de présenter notre projet à nos collègues de formation. Nous avons travaillé plusieurs jours ensemble en reprenant les objectifs afin qu'ils deviennent réalisables. En fin de semaine, nous avons terminé la préparation de la journée de formation en prenant le choix de sensibiliser quelques soignants à l'ETP. Le projet a donc évolué de la conception d'un outil pédagogique en la création d'une équipe d'ETP. Ce choix a été fait car nous nous sommes rendus compte de la nécessité de devoir former les soignants à des compétences relationnelles et pédagogiques afin qu'ils puissent mener des séances éducatives avec les patients vasculaires. Un outil pédagogique pourra être intégré à cette démarche.

Nous allons maintenant découvrir la journée de formation qui a été intitulée : « Sensibilisation des soignants du groupe de travail (GT) à l'éducation thérapeutique du patient ».

La figure 6 nous permet de visualiser les différentes étapes de la réalisation du projet.

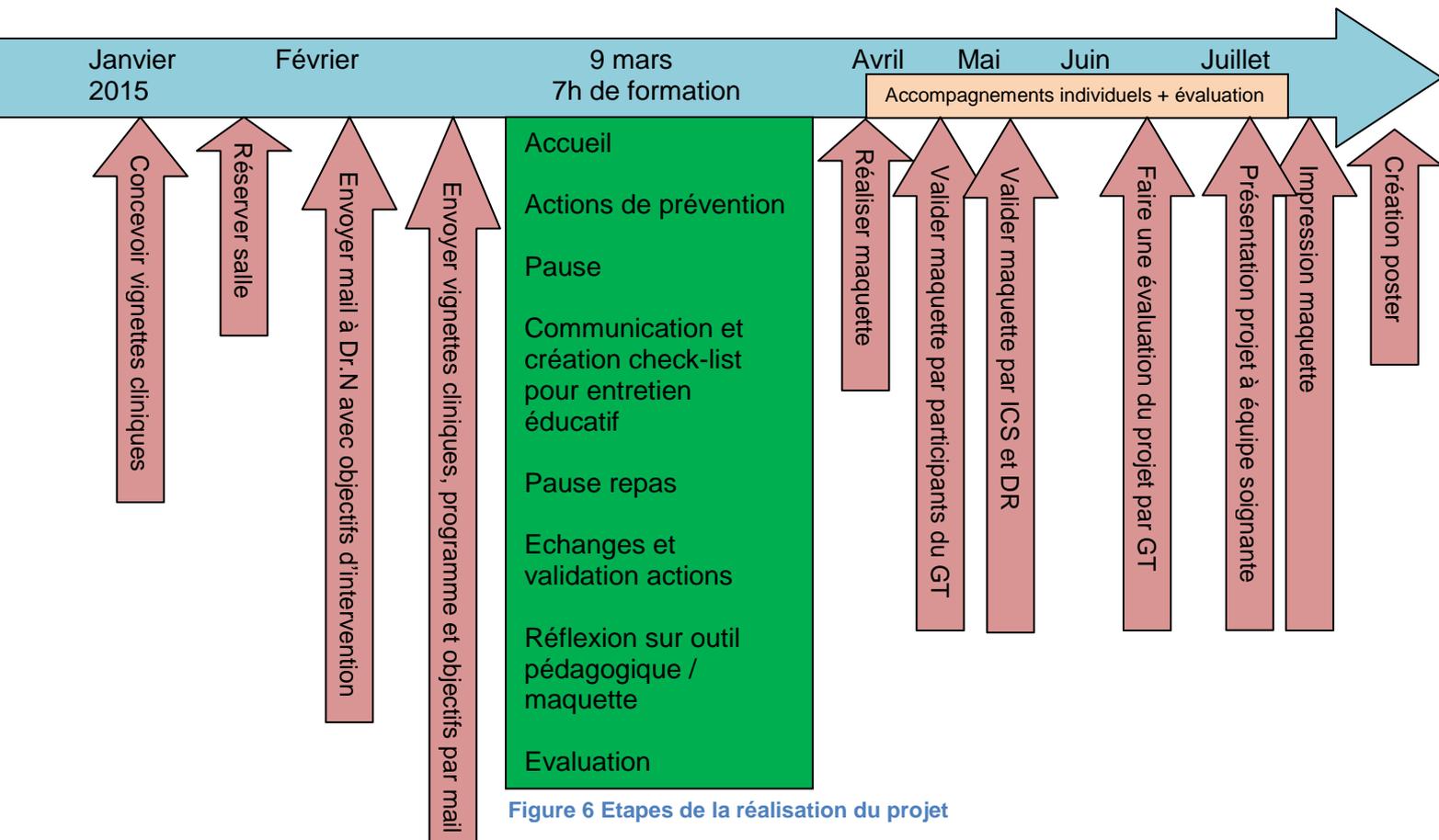


Figure 6 Etapes de la réalisation du projet

3.1 Public cible

Nous avons identifié avec l'infirmière cheffe du service (ICS) cinq personnes qui allaient suivre la formation : l'infirmière cheffe d'unités de CVAH (ICUS), une infirmière praticienne-formatrice (ID-PF), deux infirmières (ID) et une assistante en soins et santé communautaire (ASSC). Ce choix a été fait car elles sont toutes positives et ouvertes à modifier leur pratique professionnelle afin d'augmenter leur motivation dans les soins.

Ce sont des soignantes qui travaillent depuis plus de quatre ans dans le service. Les ID sont reconnues comme des personnes performantes voire expertes selon Benner (2003), pour les soins spécifiques de notre service.

Ces cinq soignantes n'ont pas de connaissances en ETP, néanmoins, elles ont de l'intérêt pour l'ETP. Elles sont stimulées à approfondir leurs connaissances sur les FRCV et le suivi des patients vasculaires, notamment concernant leurs habitudes de vie.

Ce sont toutes des personnes ressources à la mise en place d'un changement dans le service. L'ICUS, l'ID-PF et une des ID font partie de l'équipe d'encadrement du service. Elles ont déjà un rôle dans l'accompagnement du personnel qui sera plus significatif avec l'implémentation d'une démarche en ETP. En effet, si le projet de formation devait devenir un projet de service, elles seront également impliquées dans sa mise en pratique.

3.2 Démarches préalables

Des démarches préalables ont été effectuées pour préparer la journée de formation :

- Trois vignettes cliniques (annexe 4) ont été créées à partir de situations réelles de patients vasculaires de CVAH.
- Une demande a été faite à un médecin de prévention cardiovasculaire pour qu'il intervienne durant la journée. La planification médicale a été faite.
- Des vidéos ont été réalisées sur les questions ouvertes et fermées avec la participation d'un étudiant Bachelor de 3^{ème} année et une pré stagiaire.
- Des vidéos-témoignages ont été recherchées sur internet sur le vécu de la maladie chronique.
- Un power point de présentation a été réalisé (annexe 5).
- Un mail a été envoyé aux soignantes avec le programme de la journée (annexe 6), les vignettes cliniques avec les consignes afin de débiter une réflexion sur le thème.

3.3 Conditions matérielles

La journée se déroule dans une salle à côté du bâtiment principal du CHUV. Son environnement permet de mettre les tables en carré afin que chaque participante ait une vision de toutes les personnes du groupe et des métaplans réalisés durant la journée.

La salle a un ordinateur et un beamer. Il y a de la place pour afficher les métaplans.

Les contraintes de la journée sont : un grand nombre de compétences à actualiser durant une seule journée de formation et la réalisation d'un travail préalable par les participantes, afin de pouvoir débiter la réflexion rapidement.

3.4 Offre de formation (ingénierie)

A partir du besoin de formation des soignants, « Acquérir des compétences en ETP pour accompagner le patient vasculaire lors d'une séance éducative afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il joue ou peut développer pour prévenir les risques pour sa santé », nous avons élaboré des objectifs de formation (annexe 7) qui nous permettront de répondre au besoin de formation des soignants et au besoin éducatif des patients vasculaires.

Les objectifs (Noyé, 2013 : 34) sont constitués de la description des résultats que le formateur et les personnes en formation souhaitent atteindre à la fin de la formation. Ils ont une place centrale dans un projet de formation. Ils indiquent ce que l'apprenant pourra faire à la suite de la formation.

La taxonomie de Bloom (pris du site <http://www.innovation.public.lu/fr/innover/gestion-innovation/resolution-probleme/diagrammeishikawa-fr.pdf>) a été utilisée comme référence pour préciser les verbes d'action.

Objectif général de la journée de formation :

Après la journée du 9 mars, les cinq soignantes seront capables de mener une séance éducative auprès du patient vasculaire en l'accompagnant afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il joue, ou peut encore développer, pour prévenir les risques pour sa santé.

- En intégrant les connaissances (maladie chronique, FRCV du patient vasculaire) et les compétences acquises en ETP (compétences relationnelles, communication, etc.) lors de la journée de formation :
 - o En utilisant la check-list (annexe 8), créée lors de la journée du 9 mars, pour poser les questions au patient.
 - o En utilisant l'outil pédagogique, produit avec les différents métaplans élaborés durant la journée du 9 mars, pour que le patient repère :
 - Les actions de prévention qu'il fait déjà, par rapport à ses FRCV
 - Les signes d'alerte qu'il peut avoir potentiellement
 - Les actions de prévention qu'il peut encore mettre en place.

AVANT LA PREMIERE JOURNEE

Titre de la séquence	Vignette clinique	
Temps	Durée : 1h Réalisation avant la journée du 9 mars	
Intervenant	0	
Lieu	Au domicile ou sur le lieu de travail des participantes	
Organisation matérielle	Remise en amont de : - la vignette clinique - des consignes	
Intention de la séance	Permettre aux soignantes de se préparer à la formation en travaillant sur une situation de soins réelle	
Objectifs	Identifier les actions de prévention du patient vasculaire	
Contenu, notions abordés	Artériopathie, soins, surveillances, actions de prévention	
Technique pédagogique	Etude de cas (vignettes cliniques)	
Déroulement	<i>Ce que fait le formateur</i>	<i>Ce que font les participants</i>
	Envoyer par mail le programme de la journée avec la vignette clinique et les consignes	Lecture, analyse de la vignette Repère les actions de prévention

JOURNEE DE FORMATION DU 9 MARS

Titre de la séquence	Accueil	
Temps	8h – 8h15	
Intervenant	CB	
Lieu	Mont-Paisible 14 – 02-235	
Organisation matérielle	Power point Vidéo sur power point PC et beamer	
Intention de la séance	Permettre de créer un climat de confiance	
Objectifs	Créer un climat de confiance	
Contenu, notions abordés	Accueil, programme, objectifs	
Technique pédagogique	Multimédia	
Déroulement	<i>Ce que fait le formateur</i>	<i>Ce que font les participants</i>
	Démarrer avec une musique	Ecouter
	Présenter les objectifs de la journée avec le programme	
	S'accorder sur les règles du groupe	

Titre de la séquence	Actions de prévention	
Temps	8h15 – 9h45	
Intervenant	CB	
Lieu	Mont-Paisible 14 – 02-235	
Organisation matérielle	Vignettes cliniques Post-It Métoplans Feutres Vidéo dans power point PC et beamer	
Intention de la séance	Permettre aux participantes d'identifier les actions de prévention en lien avec les maladies chroniques des patients vasculaires	
Objectifs	Repérer les actions de prévention et décrire la maladie chronique du patient vasc.	
Contenu, notions abordés	Maladie chronique, obstruction, athérosclérose, facteurs de risque cardiovasculaires, actions de prévention / compétences d'auto-soins	
Technique pédagogique	Etude de cas (vignettes cliniques) Discussion par deux et en grand groupe Métoplan (annexes 9 et 10) Multimédia (vidéos)	
Déroulement	<i>Ce que fait le formateur</i>	<i>Ce que font les participants</i>
	Demander aux participantes de nommer les actions de prévention à partir d'une vignette clinique et de les écrire sur les post-it (une action par post-it)	Ressortir les actions de prévention après avoir relu la vignette clinique Se mettre d'accord à deux des actions ressorties
	Proposer aux participantes de mettre en commun les actions de prévention ressorties par groupe	Dire les actions de prévention ressorties par deux
	Placer les post-it avec les actions sur un métoplan	Donner les post-it
	Les classer selon les FRCV et autres problèmes	Donner son accord sur le classement fait des actions
	Demander au groupe de voir s'il y a d'autres actions de prévention possibles	Identifier d'autres actions de prévention
	Visionner deux vidéos de témoignages des patients sur la maladie chronique	Ecouter les témoignages
	Demander aux participantes si elles ont des réflexions à partager après les films	Transmettre aux autres son ressenti face aux vidéos
	Mettre les vignettes cliniques sur une table et demander aux participantes de les placer sur un continuum : maladie aiguë/maladie chronique	Lire les différentes vignettes et les mettre sur le continuum
	Revoir les différentes vignettes et leur emplacement	S'accorder sur l'emplacement des vignettes
	Demander une synthèse des actions en lien avec la maladie chronique	Une participante fait une synthèse de cette partie

PAUSE DE 9h45 A 10h15

Titre de la séquence	Communication et ETP	
Temps	10h15 – 12h	
Intervenant	CB	
Lieu	Mont-Paisible 14 – 02-235	
Organisation matérielle	Vidéo dans le power point PC et beamer Post-it Métoplans Feutres	
Intention de la séance	Permettre aux participantes d'acquérir des connaissances de l'ETP et d'identifier différentes communications. Puis d'élaborer une check-list de cinq questions pour mener une séance éducative	
Objectifs	Mener un entretien auprès du patient vasculaire	
Contenu, notions abordés	ETP, approche centrée sur le patient, écoute, communication, questions ouvertes/fermées, relation de confiance, relation de partenariat, écoute, empathie, respect, séance éducative	
Technique pédagogique	Exposé (présentation ETP, écoute, compétences, etc.) Multimédia Simulation : jeu de rôle Expérimentation par deux Entraînement en grand groupe Métoplan (annexe 11) Echanges	
Déroulement	<i>Ce que fait le formateur</i>	<i>Ce que font les participants</i>
	<p>Montrer les deux vidéos</p> <p>Faire un exposé sur les buts et les concepts de l'ETP (écoute, empathie, compétences, relation de confiance, séance éducative)</p> <p>Demander de se mettre par deux pour un jeu de rôle : « Essayez d'amener l'autre à faire plus d'activités physiques ? » en utilisant les questions ouvertes</p> <p>Demander aux participantes ce qui a été aidant ou moins aidant dans les questions posées</p> <p>Demander d'identifier cinq questions ouvertes pour faire une check-list puis présenter les questions au groupe</p> <p>Voir la pertinence des questions</p> <p>Identifier cinq questions pour la check-list</p> <p>Ecrire les questions sur le métoplan</p> <p>Demander à deux personnes de tester les questions</p>	<p>Observer la différence entre les questions ouvertes puis fermées, partager en groupe</p> <p>Ecouter, questionner</p> <p>Participer au jeu de rôle</p> <p>Partager avec l'autre son vécu de l'expérience Puis retour en grand groupe</p> <p>Rechercher individuellement des questions à poser au patient vasculaire Présenter ses questions au groupe</p> <p>Réfléchir aux questions ressorties et identifier si elles sont adéquates</p> <p>Choisir cinq questions</p> <p>Deux personnes s'entraînent avec la check-list devant le groupe</p>

PAUSE DE 12h à 14h

Titre de la séquence	Echanges et validation des actions de prévention	
Temps	14h – 15h	
Intervenants	DN, CB	
Lieu	Mont-Paisible 14 – 02-235	
Organisation matérielle	Métoplans	
Intention de la séance	Permettre aux participantes de revoir les actions de prévention et les faire valider par un médecin	
Objectifs	Valider les actions de prévention par un médecin	
Contenu, notions abordés	Présentation, partage, validation des actions de prévention	
Technique pédagogique	Echanges Métoplans	
Déroulement	<i>Ce que fait le formateur</i>	<i>Ce que font les participants</i>
	Accueillir l'intervenant et le laisser se présenter Exposer le travail accompli le matin au médecin Demander la validation des contenus Poser les questions en suspens et demander aux participantes si elles ont d'autres questions	Se présenter Poser d'autres questions

Titre de la séquence	Création d'un outil pédagogique	
Temps	15h – 16h	
Intervenant	CB	
Lieu	Mont-Paisible 14 – 02-235	
Organisation matérielle	Métoplans	
Intention de la séance	Permettre aux participantes de créer un outil pédagogique qui sera utilisé pour les séances éducatives	
Objectifs	Intégrer les messages-clés de la journée pour en faire un outil pédagogique	
Contenu, notions abordés	Messages-clés, maladie chronique, FRCV, actions de prévention	
Technique pédagogique	Echanges Métoplans Construction d'un outil de travail Projet	
Déroulement	<i>Ce que fait le formateur</i>	<i>Ce que font les participants</i>
	Reprendre les métoplans et identifier les messages-clés à garder Créer la maquette	Identifier les messages-clés S'accorder en grand groupe Reprendre les éléments-clés et les assembler sur une feuille

Titre de la séquence	Synthèse et évaluation de la journée	
Temps	16h-16h15	
Intervenant	CB	
Lieu	Mont-Paisible 14 – 02-235	
Organisation matérielle	Feuille d'évaluation Feutres	
Intention de la séance	Permettre aux participantes de faire une synthèse des compétences acquises lors de la journée et d'évaluer la journée de formation	
Objectifs	Partir avec les messages-clés et évaluer la journée	
Contenu, notions abordés	Evaluation Messages-clés	
Technique pédagogique	Evaluation individuelle Echanges en grand groupe	
Déroulement	<i>Ce que fait le formateur</i>	<i>Ce que font les participants</i>
	Distribuer les feuilles d'évaluation	Remplir l'évaluation
	Faire un tour de table et demander aux participantes leurs impressions de la journée	Faire des commentaires de la journée

Titre de la séquence	Accompagnement après une séance éducative	
Temps	1 heure	
Intervenant	CB	
Lieu	CHUV service CVAH	
Organisation matérielle	Outil pédagogique Check-list	
Intention de la séance	L'accompagnement doit permettre aux participantes de faire une évaluation de leur séance éducative	
Objectifs	Mener une séance éducative auprès du patient vasculaire puis réaliser une auto-évaluation des nouvelles compétences acquises	
Contenu, notions abordés	Accompagnement, communication, compétences, ETP, séance éducative, besoins éducatifs, écoute	
Technique pédagogique	Entretien individuel Evaluation orale individuelle	
Déroulement	<i>Ce que fait le formateur</i>	<i>Ce que font les participants</i>
	Créer un climat de confiance	
	Demander à la participante de présenter comment s'est passé la séance éducative pour elle	Expose comment elle a vécu la séance éducative en ressortant les points forts et ceux à améliorer
	Reformuler les dire pour faire une évaluation	S'accorde sur l'évaluation
	Valider les nouvelles compétences et poser des objectifs de suite	Poser des objectifs pour prochaine séance éducative

3.5 Techniques et supports utilisés

La figure 7 représente la boucle d'apprentissage, selon le modèle de Kolb (repris dans Leboterf 2003 : 135). Elle nous a inspiré lors de la préparation de la journée de formation.

Leboterf nous précise que : « *C'est à partir d'une réflexion sur l'expérience concrète qu'un travail d'abstraction et de conceptualisation pourra être réalisé pour être réinvesti dans une expérimentation donnant lieu à une expérience professionnelle* ».

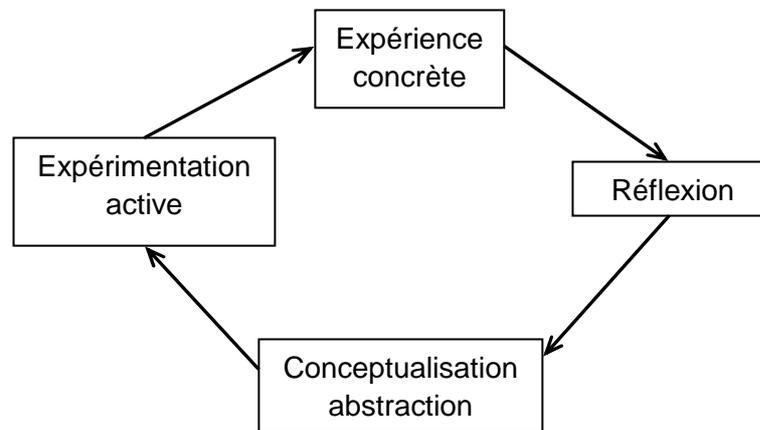


Figure 7 Leboterf (2003) Schéma : boucle d'apprentissage modèle de Kolb

Nous sommes passés de la méthode affirmative et la méthode active (Noyé, 2013 : 72-75), c'est-à-dire, de notre pratique professionnelle, avec l'identification de situations de soins concrètes décrites dans les vignettes cliniques à la théorie.

Les participantes retourneront dans leur pratique professionnelle avec leurs nouvelles connaissances et compétences, tester les questions ouvertes et fermées avec les patients et les collègues puis mener des séances éducatives auprès des patients vasculaires.

3.5.1 Méthodes pour l'enseignement

Dans l'offre de formation, nous pouvons constater que les trois méthodes identifiées par Noyé (2013 : 72-74) ont été utilisées durant la journée de formation : « *Les méthodes affirmatives (expositives ou démonstratives), les méthodes interrogatives (suite de questions) et les méthodes actives (construire son propre savoir en joignant le geste à la parole)* ».

Des techniques différentes ont également été employées tout au long de la formation (Noyé, 2013 : 77). Ce sont, par exemple, une étude de cas, discussion, exposé, simulation, expérimentation, etc. Notre objectif a été de permettre aux participantes d'avoir une réflexion, à partir de leur travail, sur des thématiques qu'elles pourront tester durant la journée de formation puis utiliser dans leur pratique professionnelle.

Les différents supports, comme les vignettes cliniques, les post-it avec les métaplans, les vidéos, etc. ont été repris de Noyé (2013 : 87-99) et ont été utilisés durant la journée de formation. Ils se trouvent dans les annexes 8 à 11.

Passer des méthodes affirmatives (visionnement de film, définition de l'ETP, etc.) à des méthodes actives (étude de cas, discussion, jeu de rôles, expérimentation, etc.) en utilisant plusieurs techniques et supports ont permis de former les participantes de manière interactive tout au long de la journée de formation.

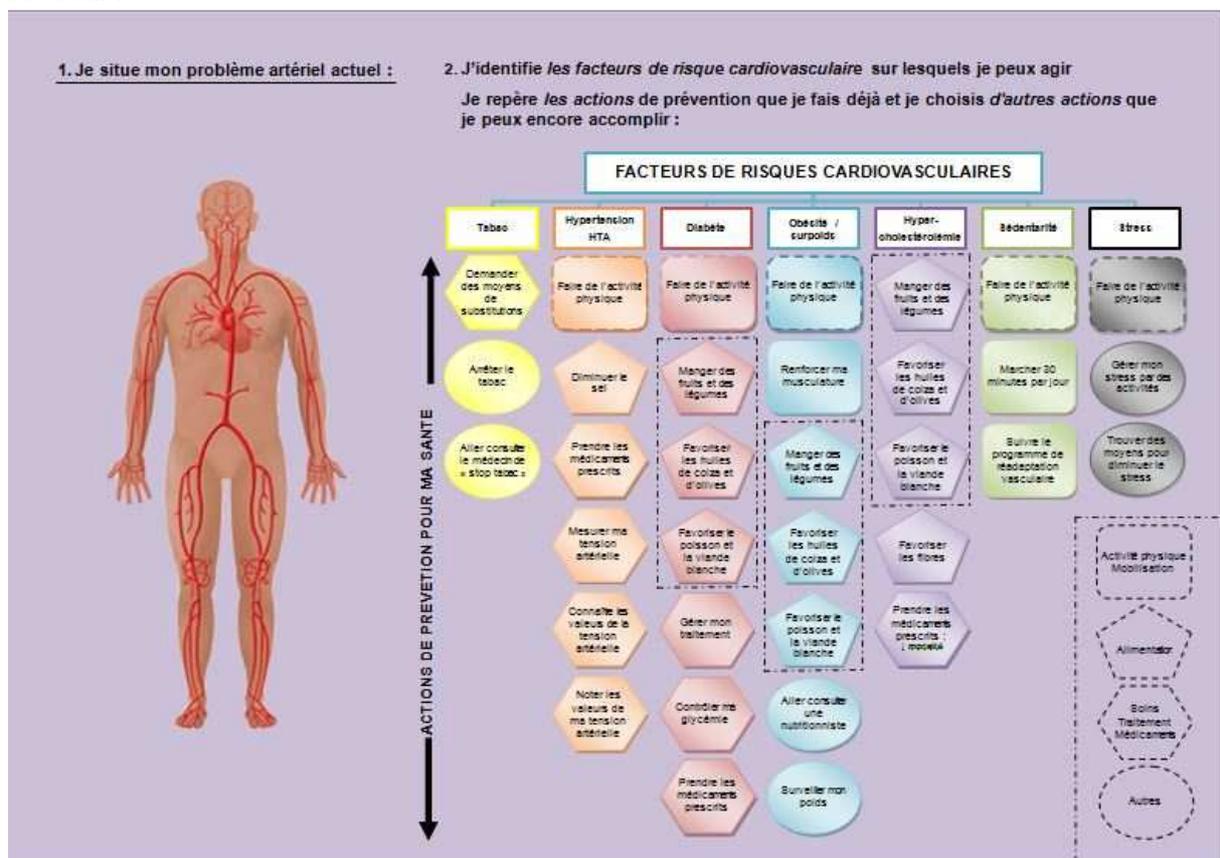
Envoyer les vignettes cliniques, par mail, avant la journée de formation, a favorisé la réflexion des participantes. En effet, au début de la matinée, par deux, elles ont rapidement ressorti la plupart des actions de prévention pour le patient vasculaire. Ceci est lié aux liens effectués avec la pratique, partant de cas concrets de patients du service, et aux recherches faites pour revoir leurs connaissances. Elles en ont également réalisées sur l'ETP, leur apportant des précisions sur le sujet.

Une check-list a été élaborée avec les questions ouvertes, identifiées par les cinq soignantes, les aidant à mener les séances éducatives en abordant différents sujets.

3.6 Création d'un outil pédagogique

Lors de la journée de formation, nous avons créé, en moins d'une heure, un document reprenant les différents thèmes mis sur les métaplans. Une réflexion d'équipe nous a permis d'identifier les contenus essentiels à mettre en valeur. La forme a également été définie par le groupe.

Ce document, de quatre parties, va être utilisé lors des séances éducatives. C'est donc un outil pédagogique nous permettant d'accompagner les patients vasculaires et de rendre les séances éducatives plus propices à l'apprentissage. Nous allons découvrir chaque partie de cet outil :



- o La première présente une silhouette avec les artères principales afin que le patient puisse localiser son problème artériel. Cette image permet d'identifier les autres artères potentiellement atteintes d'athérosclérose (cardiaques, cérébrales, etc.).
- o La deuxième illustre les facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV) avec les différentes actions de prévention pouvant être accomplies. Ceci permet au patient de constater celles qu'il fait déjà et celles qu'il peut potentiellement encore développer.

La semaine suivant la journée de formation, le document a été mis en forme avant d'être validé par les cinq soignantes. Ensuite, nous l'avons présenté lors des séances éducatives aux patients afin de confirmer sa pertinence. Des modifications ont été apportées suite aux premières séances éducatives, au niveau de la présentation des actions de prévention : nous avons défini des formes identiques présentant les actions de même nature que nous avons encadrées lors d'actions similaires, au niveau de l'alimentation.

Le document a été validé par deux médecins et l'ICS du service. Ensuite, il a été envoyé à la responsable de la documentation patient du CHUV, qui a approuvé son contenu. La forme, par contre devait être revue avec les graphistes du CHUV.

3.7 Démarches post formation

Chaque soignante a réalisé une ou plusieurs séances éducatives, auprès des patients vasculaires, dans les quatre semaines qui ont suivi la journée de formation. Pour ce faire, elles ont utilisé la check-list (annexe 8) des questions ouvertes, reprise d'un métaplan et imprimée en petit format pour les cinq soignantes, et l'outil pédagogique. Si elles souhaitaient, les cinq soignantes pouvaient être guidées dans le choix du patient qu'elles pouvaient accompagner lors d'une séance pédagogique.

Un accompagnement et un entretien individuel ont été effectués après une séance éducative réalisée par la soignante avec un patient vasculaire. Quand nous parlons d'accompagnement, nous prenons le sens donné par Vial (2007 : 35 et 65) :

« Accompagner est une rencontre (...), qui consiste à trouver « là où va » celui qu'on accompagne afin d'aller avec lui (...). L'accompagnement ne crée par le changement, il le « met en scène », il le travaille ».

Une évaluation formative, en partant de l'objectif général qui est de « Mener une séance éducative auprès du patient vasculaire » puis effectuer une auto-évaluation des nouvelles compétences acquises, a été réalisée.

Les cinq soignantes ont apprécié ce temps d'accompagnement par le partage de leurs expériences de la séance éducative et aborder leurs questionnements et besoins.

Suite aux entretiens, nous avons pu formaliser l'implicite de la compétence visée en affinant les compétences « terrain » à développer et à maintenir, qui seront évaluées trois mois après la formation. Nous les verrons dans le point 5.1.3.

Une rencontre a été organisée en deux groupes, trois mois après la journée de formation, afin de faire une évaluation de l'impact des compétences acquises par les participantes depuis la journée de formation.

3.8 Information à l'équipe soignante et aux cadres

Afin qu'un projet puisse exister dans une équipe, il est nécessaire de partager les nouvelles connaissances, les expériences et les différentes étapes du projet de formation avec les soignants. C'est ce que nous avons fait tout au long de ces deux années.

Les premières démarches ont été réalisées, afin de recevoir l'accord pour l'inscription à la formation du DAS. Dès 2012, les cadres infirmiers ont été mis au courant du projet de nous former en éducation thérapeutique par des entretiens, le document « demande de formation » et une lettre de motivation. La demande a été acceptée par l'infirmière cheffe de service (ICS), la directrice des soins du département (DSD) et le sous-directeur de la direction des soins. Le professeur de CVAH a également été informé et il a écrit une lettre d'accord.

Pendant toute la formation, nous avons eu des temps de partage avec les soignants de CVAH durant lesquels nous avons parlé des nouvelles connaissances acquises à partir de situations cliniques et des informations transmises par les patients lors des entretiens de compréhension. Ceci a permis aux collègues de suivre de loin, l'évolution des réflexions amenant au projet de formation mis en place en CVAH.

Nous avons également eu des entretiens avec l'ICS afin de l'informer des étapes du projet de formation ainsi que celles des nouvelles connaissances et compétences acquises.

L'ICUS, responsable des unités de CVAH, faisant partie des cinq soignantes formées lors de la journée de formation, a suivi les avancées du projet et a pu accomplir personnellement une séance éducative avec un patient vasculaire.

Nous avons rencontré, à deux reprises début 2015, le professeur de CVAH, pour l'informer de l'avancée du projet de formation. Nous avons également eu des entretiens avec les médecins cadres de CVAH qui nous ont donné des informations médicales et ont exprimé leur intérêt pour le projet de formation.

Dans le service de CVAH, une présentation power point a été réalisée à l'équipe d'encadrement en février 2014 avec un résumé des deux premiers modules du DAS : la définition de l'ETP, une présentation de la méthodologie, une réflexion sur les patients vasculaires et la maladie chronique.

En décembre 2014, lors du colloque de service du personnel soignant (ID et personnel d'assistance), la problématique et le besoin éducatif emblématique ressortis des patients vasculaires ainsi que l'idée du projet de formation, à mettre en pratique en 2015, ont été présentés. Tous les soignants ont reçu la présentation par mail.

Fin janvier 2015, un document présentant succinctement le projet de formation a été envoyé, par mail, à la directrice des soins du département (DSD) afin qu'elle puisse en prendre connaissance.

Une présentation du projet de formation, avec ses perspectives et les documents réalisés, est planifiée lors du colloque de service du mois de septembre 2015, à toute l'équipe soignante (infirmières et personnel d'assistance).

Dans le chapitre suivant, nous allons voir l'évaluation au niveau de la méthodologie ainsi que les évaluations réalisées de la journée de formation, des objectifs et de l'impact de la journée de formation sur les compétences des cinq soignantes.

4. METHODOLOGIE D'ÉVALUATION

L'évaluation de l'ETP, selon Gagnayre (2015) sert à valoriser, mettre en lumière ce qui est présent, même ce qui n'est pas visible ou attendu en :

- Collectant des informations valides.
- Analysant et comparant les informations à des éléments de références ou des normes pouvant être objectives ou subjectives comme celles de l'expérience du soignant et/ou du patient.
- Prenant des décisions d'ordre thérapeutique éducationnelles.

4.1 Type d'évaluations

Il y a plusieurs types d'évaluation, toujours selon Gagnayre (2015), qui permettent d'avoir un aperçu de ce qui est réalisé à un moment donné sur :

- Les intrants : les conditions préalables, la méthode.
- Le processus : le déroulement, l'organisation.
- Les extrants : les effets, le devenir.

L'évaluation peut être :

- Formaliste (courant positivisme) : basée sur les objectifs, les techniques et les outils, le traitement des informations.
- Naturaliste (courant socioconstructiviste, interactionniste) : construite avec les acteurs et les interactions.

Après la fin de la journée de formation des cinq soignantes, nous avons fait une évaluation formaliste en distribuant un questionnaire aux participantes, repris de Noyé (2013 : 49). Le but étant de vérifier si la journée de formation a répondu aux attentes des participantes, si elle leur a permis d'apprendre et si les compétences acquises pourront être mises en œuvre dans la pratique professionnelle (Martin & Savary, 2012). Puis, une deuxième évaluation a été faite pour évaluer les objectifs prédéfinis.

Ces évaluations permettent d'avoir une vision de ce qui a été fait et de savoir s'il faut maintenir ou ajuster le déroulement et les stratégies pédagogiques mises en place pour les prochaines formations.

Après les séances éducatives, nous avons effectué un entretien individuel avec les cinq soignantes avec une évaluation formative permettant de ressortir des compétences plus spécifiques des nouvelles connaissances et compétences acquises. Trois mois après la journée de formation, nous avons réalisé une évaluation naturaliste, en deux groupes, sur les extrants afin d'avoir des données sur les effets de la formation.

Les outils utilisés pour réaliser ces évaluations sont présentés dans les pages suivantes.

4.2 Présentation des outils d'évaluation

Différents outils d'évaluation ont été utilisés pour évaluer la journée de formation, les objectifs fixés, puis l'acquisition de compétences des cinq soignantes.

Questionnaire pour évaluer la journée de formation (annexe 12)

Après la journée de formation, nous avons distribué un questionnaire, repris de Noyé (2013 : 49), aux participantes, reprenant des éléments de pédagogie et d'organisation. Le but a été présenté : recueillir l'appréciation des cinq soignantes à l'issue de la journée de formation permettant à l'intervenante de revoir la formation selon les données réunies.

Sept critères et une échelle basée sur quatre mesures : très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant et pas satisfaisant sont identifiés. Les participantes l'ont rempli immédiatement, puis nous avons fait un bilan oral.

Outil pour évaluer les objectifs (annexe 13)

Ensuite, nous avons évalué les objectifs identifiés pour la journée de formation en reprenant les indicateurs précisant l'objectif. Nous avons utilisé une échelle basée sur quatre mesures : La : largement atteint, A : atteint, VA : en voie d'acquisition, NA : non atteint.

Outil pour évaluer l'impact de la journée de formation (annexe 14)

Chaque participante a réalisé une ou plusieurs séances éducatives auprès des patients vasculaires. Un entretien individuel a été effectué, après une séance éducative, avec chacune des cinq soignantes. Ceci a permis de ressortir des thèmes essentiels pour elles, qui recouvrent autant la relation et la communication que l'effet des séances éducatives sur le patient.

En partant de l'objectif général : « Après la journée du 9 mars, les cinq soignantes seront capables de mener une séance éducative auprès du patient vasculaire en l'accompagnant afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il joue, ou peut encore développer, pour prévenir les risques pour sa santé », et de l'indicateur : « Les connaissances de la journée sont intégrées lors d'une séance avec le patient en utilisant la check-list et le dépliant », nous avons formalisé, avec les cinq soignantes, les compétences implicites et nommer les compétences qui sont à développer ou à maintenir.

Nous avons placé les compétences autour d'une étoile de compétence ou une cible, en prenant l'exemple de D'Ivernois et Gagnayre (2011 : 117). Elle est basée sur une échelle de cinq mesures. Plus les croix posées se trouvent à l'extérieur, plus la participante évaluera positivement l'atteinte de la compétence. Inversement, plus la croix est à l'intérieur de la cible, moins la compétence sera atteinte. L'échelle passe de « non pratiqué », « non atteint », « en voie d'acquisition », « atteint » à « largement atteint ». Le but, de cette évaluation, est d'identifier, trois mois après la formation, l'impact de la formation sur les compétences des cinq soignantes.

Tableau reprenant les mesures de la cible (annexe 15)

Les mesures des compétences ont été intégrées dans un tableau pour les rendre plus visibles.

Nous allons donc voir les résultats de ces évaluations.

5. RESULTATS ET DISCUSSIONS

5.1 Présentation des résultats des évaluations

Si nous reprenons la demande privilégiée exprimée des soignants, avant l'analyse du besoin de formation, qui était de réaliser une brochure pour le patient vasculaire, nous constatons que par la création de l'outil pédagogique, nous avons répondu à cette requête. Or, pour réaliser une séance éducative avec le patient vasculaire, nous avons identifié au chapitre 2, que les besoins des soignants n'étaient pas réduits à la création d'un document.

L'impact de la formation a donc été bien plus grand, puisque les objectifs étaient eux aussi plus larges.

Nous allons présenter les résultats des différentes évaluations. Elles ont été soit effectuées, soit validées par les cinq soignantes ayant participé à la journée de formation. Le taux de participation est donc de 100%.

5.1.1 Présentation des résultats de l'évaluation de la journée de formation

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Atteinte des objectifs	5x			
Intérêt des contenus	5x			
Utilité pour vous	5x			
Modalités pédagogiques	5x			
Qualité de l'animation	5x			
Qualité des documents	5x			
Conditions matérielles	5x			
Satisfaction globale	5x			

Commentaires et suggestions :

- Journée très enrichissante en termes de contenus, d'identification des actions de prévention. Me réjouis de mettre en place ces actions auprès des patients vasculaires. A poursuivre et identifier, retour des patients de nos entretiens. Parvenir à agender un moment de mise en commun.
- Super projet, très utile pour le service visant l'amélioration de la qualité de vie du patient et engagement dans son quotidien avec sa maladie chronique.
- Journée très intéressante, dynamique et menée avec beaucoup de savoir-faire pédagogique.

- Le travail a été très intéressant et bien animé. Je me réjouis de mettre en place tout ce que j'ai appris.
- Journée très enrichissante et utile dans la pratique. Journée animée avec professionnalisme de façon vivante. Je me réjouis de mettre en pratique les éléments appris lors de la journée.

Les résultats nous démontrent une satisfaction générale de la journée de formation de la part des cinq soignantes avec l'envie et l'intérêt de mettre en pratique les nouvelles connaissances et compétences acquises. Cette évaluation donne une vision positive de l'animation et des compétences acquises lors de la journée de formation.

Nous allons maintenant voir l'évaluation des objectifs.

5.1.2 Evaluation des objectifs

Les objectifs ont été évalués à la fin de la journée de formation par l'intervenante et les résultats ont été validés par les cinq soignantes.

Objectifs	Indicateurs	Méthode de mesure LA : largement atteint A : atteint VA : en voie d'acquisition NA : non atteint
Les soignantes seront capables d'identifier les actions de prévention que le patient vasculaire peut faire pour sa santé	Les actions de prévention sont nommées et écrites sur des post-it, à partir d'une vignette clinique	LA
	Les actions de prévention sont mises en commun sur un métaplan	LA
	D'autres actions de prévention possibles sont identifiées en grand groupe	LA
	Un choix d'actions de prévention est fait pour la maquette	LA
Les soignantes seront capables de décrire la maladie chronique chez le patient vasculaire, à partir des actions de prévention	La différence entre la maladie chronique et la maladie aiguë est expliquée après : - le visionnement de deux vidéos - le placement des vignettes sur un continuum - la confrontation des connaissances du groupe	LA
	L'obstruction artérielle est décrite	A
	Les FRCV responsables de l'obstruction artérielle sont nommés	A
	Les différents symptômes engendrés par une obstruction artérielle sont énumérés	LA
Les soignantes seront capables de mener une séance éducative auprès d'un patient vasculaire afin qu'il repère les actions de prévention qu'il fait et celles qu'il peut encore mettre en place	Les questions ouvertes et les questions fermées sont identifiées, à partir de deux vidéos	LA
	Un jeu de rôle à deux est fait en partant de : « Essayez d'amener l'autre à faire plus d'activités physiques »	A
	Ce qui a été aidant et moins aidant est identifié dans les questions posées dans les groupes par deux	LA
	Cinq questions ouvertes sont identifiées pour la check-list en grand groupe	LA
	Les cinq questions sont testées en grand groupe	A
	Les connaissances de la journée sont intégrées lors d'une séance avec le patient en utilisant la check-list et le dépliant	A VOIR LORS DE L'ACCOMPAGNEMENT
Les soignantes seront capables de créer une maquette, qui sera utilisée comme support pour les séances éducatives	Les éléments clés ressortis dans la journée sont repris pour créer le dépliant	LA

Ces résultats établissent que la journée de formation a permis d'atteindre les objectifs à un niveau « atteint » ou « largement atteint ». La plupart des objectifs étaient basés soit sur un rappel des connaissances : identifier les actions de prévention pour les patients vasculaires, les facteurs de risques cardiovasculaires, soit sur l'application de compétences pédagogiques et/ou de communication avec des questions ouvertes/fermées, etc.

Les objectifs ayant été mesurés comme « atteint » démontrent que les compétences nécessitent un suivi, voire une formation complémentaire, afin que les cinq soignantes puissent se sentir réellement compétentes.

La mise en pratique des nouvelles compétences des cinq soignantes a été réalisée lors des séances éducatives. Nous allons voir l'impact de la journée de formation dans l'évaluation suivante.

5.1.3 Evaluation de l'impact de la journée de formation

Pour des questions d'horaires, nous avons privilégié une évaluation orale en deux groupes. Nous avons pris la cible et nous avons revu les huit compétences définies à partir des thèmes repris lors des entretiens individuels. Nous avons donc reconsidéré chaque compétence l'une après l'autre et chacune des cinq soignantes s'est auto-évaluée en donnant des exemples de ce qu'elle a vécu durant la ou les séances éducatives réalisées.

Les résultats de l'évaluation (annexe 16), démontrent que les nouvelles compétences acquises par les cinq soignantes le sont à des niveaux « largement atteint » ou « atteint ». Nous émettons l'hypothèse que la journée de formation a permis de mobiliser certaines compétences déjà présentes mais sous utilisées par les cinq soignantes.

Afin d'avoir une vision plus claire des compétences des cinq soignantes, nous avons repris les compétences de la cible en utilisant l'échelle de mesures de l'évaluation, comme pour l'évaluation des objectifs. Les croix mises entre deux espaces ont été mesurées comme le plus proche du cercle de la cible.

Objectifs	Critères Compétences	Méthode de mesure des 5 participantes				
		NP Non pratiqué	NA Non atteint	VA En voie d'acquisition	A Atteint	LA Largement atteint
Les soignantes seront capables de mener une séance éducative auprès d'un patient vasculaire afin qu'il repère les actions de prévention qu'il fait et celles qu'il peut encore mettre en place	J'instaure une relation de confiance	0	0	0	1	4
		Les soignantes ont trouvé que c'était un moment agréable. Les patients ont apprécié ce moment, ils se sentent écoutés. Ce temps leur a permis de s'exprimer. Ils ont envie et besoin de parler.				
	J'ai acquis des compétences en communication et en ETP	0	0	0	1	4
		Les soignantes disent avoir acquis des compétences. L'outil pédagogique leur a permis d'ouvrir la discussion avec le patient, à cibler les thèmes à traiter et de faire les liens avec les FRCV. Elles sont attentives à établir une relation de partenariat avec le patient lui permettant d'être actif dans les soins. Elles sont plus attentives sur la manière de communiquer des autres soignants.				

Objectifs	Critères Compétences	Méthode de mesure des 5 participantes				
		NP Non pratiqué	NA Non atteint	VA En voie d'acquisition	A Atteint	LA Largement atteint
Les soignantes seront capables de mener une séance éducative auprès d'un patient vasculaire afin qu'il repère les actions de prévention qu'il fait et celles qu'il peut encore mettre en place	Je pose des questions ouvertes et ciblées sur le vécu et les représentations du patient	0	0	0	3	2
		Avec la check-list, elles ont pu poser des questions ciblées sur la maladie et les actions de prévention. Elles disent avoir une meilleure connaissance du patient, de sa vie, de ses habitudes de vie. Cela donne une ouverture sur une réflexion commune. Le patient s'exprime sur ses représentations de la maladie, son vécu. Il n'a pas semblé être dérangé par les questions.				
	Je constate que le patient a des connaissances de sa maladie et des FRCV	0	0	0	2	3
		Les soignantes se rendent compte que les patients ont des connaissances de la maladie. Il est nécessaire de vérifier que les patients sachent qu'ils ont une maladie chronique. Les patients ont pu montrer où se situe leur problème artériel.				
	Je remarque qu'il a un rôle actif, qu'il fait des actions de prévention néanmoins, sans connaître les bénéfices potentiels pour sa santé	0	0	0	0	5
		Les patients ont des idées sur les actions qu'ils pourraient mettre en place. Ils nomment les actions qu'ils font déjà sans se rendre compte que cela peut avoir un bénéfice pour leur santé. Les patients ont été sensibilisés aux signes d'alerte et aux actions à entreprendre.				
	Je peux accompagner le patient dans sa réflexion sur les changements à mettre en place	0	0	0	2	3
		Les soignantes identifient, avec les patients, les actions qu'ils font. L'outil pédagogique a permis de voir les différentes actions de prévention possibles. Les soignantes ont constaté que les patients ont des idées de ce qu'ils peuvent encore faire.				
	Je suis attentive que les objectifs fixés par le patient soient réalisables et atteignables	0	0	0	2	3
		Les soignantes disent devoir être attentives à ce que les patients ne mettent pas trop d'objectifs et qu'ils soient atteignables.				
	Je suis motivée. Les compétences acquises me donnent du sens professionnel	0	0	0	0	5
		Les soignantes trouvent que mener des séances éducatives est motivant pour le travail, valorisant : se sentent utiles, cela donne un sens professionnel, donne envie d'aller plus loin.				

Bien que ne représentant l'évaluation de cinq personnes, ces résultats sont encourageants. En effet, nous constatons une belle évolution entre les éléments recueillis lors des entretiens avec les soignants et l'évaluation de l'impact de la journée de formation. Les cinq soignantes sont maintenant attentives à leur manière de communiquer et à celle de leurs collègues. Elles se rendent compte des questions permettant l'ouverture et la réflexion du patient et elles les adaptent en fonction des réponses du patient.

Les cinq soignantes ont remarqué que, par les séances éducatives, les patients se rendent compte qu'ils sont actifs et qu'ils sont prêts à faire de nouvelles actions de prévention pour leur santé. Par contre, elles ont dû être attentives à ce que les objectifs ne soient pas trop nombreux et que les patients ne mettent pas « la barre trop haut ».

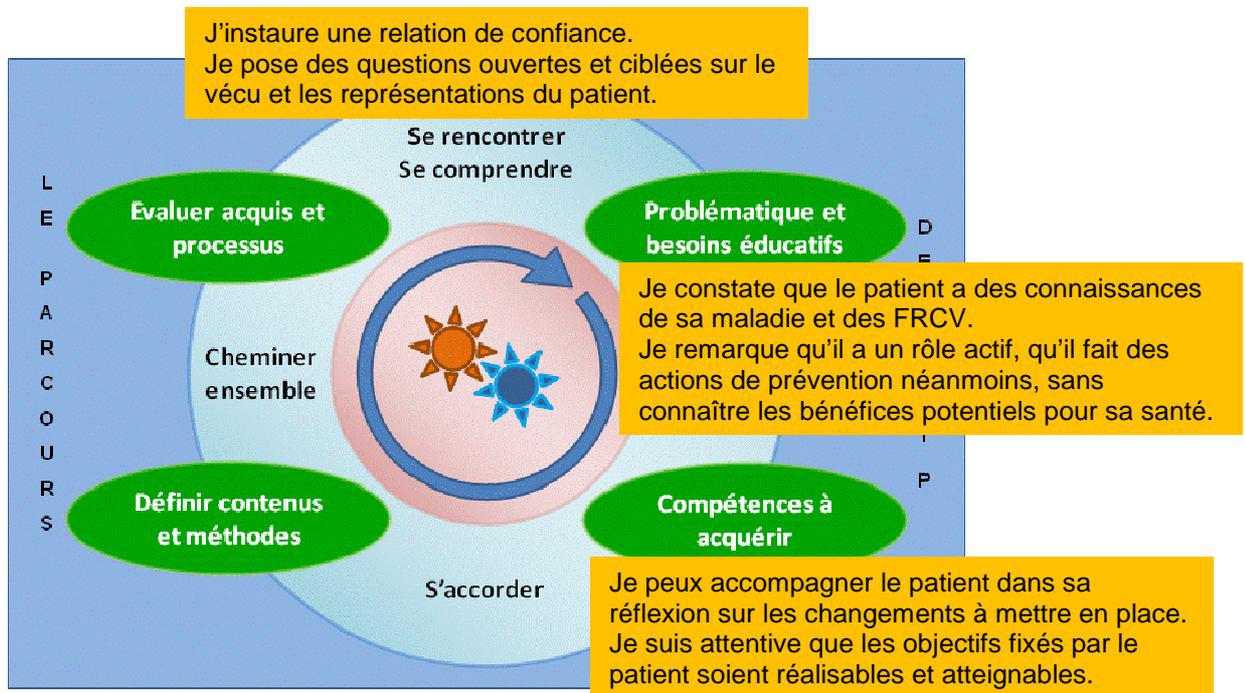
Nous pouvons donc dire que les cinq soignantes ont intégré certaines compétences d'ETP dans leur pratique professionnelle. Savoir que l'acquisition des compétences les motive et leur donne du sens professionnel nous invite à réfléchir au suivi et à la formation continue à offrir afin de garder cet enthousiasme. Une demande a été du reste faite dans ce sens : pouvoir entraîner les questions ouvertes et fermées afin que cela devienne « plus naturel ».

Si nous résumons les données recueillies dans les différentes évaluations, et en partant de l'objectif global qui est de : Après la journée du 9 mars, les cinq soignants seront capables de mener une séance éducative auprès du patient vasculaire en l'accompagnant afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il joue, ou peut encore développer, pour prévenir les risques pour sa santé, nous pouvons dire qu'il est atteint par les cinq soignantes ayant suivi la journée de formation.

En effet, nous constatons que la journée de formation a permis de sensibiliser les cinq soignantes à l'éducation thérapeutique en leur faisant acquérir des compétences d'ETP. En prenant le tableau récapitulatif des compétences pour dispenser l'ETP de l'INPES (2013 : 25), nous remarquons qu'elles ont acquis :

- Des compétences relationnelles et pédagogiques par :
 - Des compétences liées à l'écoute et à la compréhension par l'écoute active et bienveillante ainsi que l'empathie.
 - Des compétences liées à l'échange et l'argumentation en échangeant, informant et en s'accordant pour convenir des objectifs à fixer avec le patient.
 - Des compétences liées à l'accompagnement en construisant une relation de confiance, co-construire un projet et construire une alliance thérapeutique.
- Des compétences techniques :
 - Des compétences liées à la pédagogie par l'utilisation des techniques et d'un outil pédagogique et s'adaptant au patient.

Nous remarquons que les compétences identifiées par les cinq soignantes et évaluées dans la cible peuvent être placées sur le début du parcours de l'ETP, parcours possible à réaliser par le personnel soignant du service de CVAH, vu le contexte de soins.



Le projet de formation peut donc s'inscrire dans ce cadre de référence même si, pour l'instant, la démarche d'ETP n'est réalisée que partiellement. Par la suite, lorsque le projet de formation deviendra un projet de service, les soignants du service devront être formés, afin d'avoir la vision complète de la démarche d'ETP, comprenant également l'étape de l'évaluation.

Actuellement, les suites à donner seront de planifier des temps de formation continue pour les cinq soignantes ayant suivi la journée de formation et de les accompagner pour partager les expériences. En effet, comme vu précédemment, le changement de paradigme est un changement de culture de soins. Pour le pérenniser, il va être nécessaire de valoriser les nouvelles compétences acquises des cinq soignantes et de réaliser des rappels selon leurs besoins.

5.2 Evaluation de l'outil pédagogique

Nous avons créé un outil pédagogique (pages 45-46) pour répondre au besoin éducatif du patient qui est de : « Reconnaître le rôle actif qu'il joue déjà ou peut encore développer pour prévenir les risques pour sa santé ». Il nous permet d'accompagner le patient dans une réflexion au niveau des compétences d'auto-soins d'urgence et celles en relation avec les différents FRCV.

Dans ce sens, la disposition des thèmes à traiter en priorité devrait être revue, afin que l'outil pédagogique réponde à un des besoins prioritaires des patients vasculaires, qui est de réagir lors de signes d'alerte.

L'outil pédagogique a été reconnu comme un élément utile et bénéfique par les patients et les cinq soignantes qui l'ont testé. Nous constatons qu'il permet également d'aborder d'autres sujets avec le patient vasculaire. En effet, visualiser où se trouve l'obstruction artérielle peut ouvrir la discussion sur la maladie, les représentations de la maladie, etc.

Nous avons eu plusieurs contacts et rencontres, depuis le mois d'avril, avec la responsable de la documentation patient du CHUV et les graphistes afin de revoir différents éléments au niveau de la présentation de l'outil pédagogique. Les graphistes nous ont indiqué qu'un tableau se lit mieux de gauche à droite, que des symboles permettent de diminuer le texte et de mieux identifier les actions similaires. La disposition en cercle fermé des autres actions et des signes d'alerte devra être revue car elle n'est pas idéale pour une lecture rapide.

Nous sommes actuellement encore en réflexion pour trouver une vision commune entre la responsable des documents patient du CHUV, les graphistes avec leurs critères de qualité et notre vision de soignant, utilisateur de cet outil. En effet, notre conception de départ, qui était de créer un dépliant facile à mettre dans une poche, s'est transformée en une petite brochure avec de brèves présentations des thèmes traités avec, à notre avis, un manque de visibilité et de lisibilité des titres liés aux couleurs utilisées et des textes écrits.

5.3 Présentation de l'influence de ce travail sur mon développement professionnel

Ce travail a été très enrichissant pour moi sur différents plans. Dès la première semaine de formation, le schéma représentant les phases aiguës lors de la maladie chronique m'a aidé à avoir une meilleure compréhension de la situation du patient vasculaire. Ceci a été le début d'un changement au niveau de mon offre en soins.

Un autre élément fondamental déclencheur de changement a été, lors du travail de fin de première année, l'identification du problème actuel emblématique du patient vasculaire. Ma référente de formation, Aline Lasserre Moutet m'a permis d'évoluer de la « vision d'ETP standard », dans laquelle le patient doit d'abord acquérir des connaissances, à celle du « patient profane-expert » selon Grimaldi (2010 : 91-100), qui a des connaissances et des compétences. Le soignant est là pour accompagner le patient, en valorisant ce qu'il fait déjà. Tourette (2015 : 125) nous indique que, « *l'ETP est pour nous un partage d'expériences et de significations, où chacun a autant à apprendre qu'à enseigner, où chacun s'enrichit de l'expérience des autres, tout en participant réciproquement à l'enrichissement de celle-ci* ».

Ce « virage de 180 degrés » m'a permis d'avoir une approche différente avec le patient : partir de ses connaissances et repérer les actions de prévention qu'il fait déjà pour co-évaluer s'il faut en mettre d'autres en place ou maintenir celles qu'il effectue.

Pour la journée de formation, Aline Lasserre Moutet m'a proposé de créer des vignettes cliniques avec des situations de patients du service. Ça a été une découverte pour moi. J'ai pu constater que cela aide les participantes à faire plus facilement les liens, car nous partons de leur pratique professionnelle et cela les rend actives.

En me référant aux propos de Dale (annexe 17), « je fais, je comprends » j'y ajouterai : et j'intègre. Les séances éducatives ont permis de « fermer la boucle » (Leboterf, 2003) sur les apprentissages réalisés lors de la journée de formation, et amènent une ouverture sur de nouvelles compétences à acquérir.

La préparation de la salle pour la journée de formation a été un moment de stress, car c'était une première pour moi, de former mes collègues sur l'ETP incluant des compétences relationnelles et pédagogiques : j'avais des craintes de ne pas être à la hauteur. Leur opinion de cette journée allait beaucoup compter pour moi, sur ma manière de former et sur leur motivation de la mise en pratique de leurs acquis. Dès le démarrage de la journée, je me suis sentie à l'aise. Nous nous connaissions toutes et comme elles étaient d'accord de travailler sur les thèmes, elles ont été très ouvertes et participatives tout au long des activités de la journée. En prenant du recul sur la journée, je me rends compte que je n'avais que rarement partagé mes savoirs avec mes collègues du service. Sur le moment, je m'en suis voulu en me disant que j'avais toujours gardé mes connaissances pour moi. Ensuite, j'ai réalisé que la formation en ETP m'avait permis d'acquérir de nouvelles compétences et que le moment était venu de les partager.

Si cette journée s'est bien déroulée, malgré un planning très serré, pour les prochaines formations, il est nécessaire que je laisse de la place pour les imprévus. En effet, pour les participants à une formation comme pour les patients, des temps libres pour débattre sur un thème, avoir des temps de parole, etc. sont à programmer. De même, il me semblerait pertinent d'avoir d'autres supports ou techniques à proposer s'il s'avérait que l'un d'eux ne soit pas adapté aux participants. Ceci éviterait d'être prise au dépourvu et de devoir improviser sans être sûre que le moyen pédagogique choisi alors serve bien l'objectif visé.

J'ai eu beaucoup de plaisir à réaliser les aspects pratiques de ce travail, car ils ont fait écho directement avec mon quotidien professionnel et ils avaient de ce fait quelque chose d'évident. La partie rédactionnelle des différentes étapes du projet de formation a par contre, été plus ardue. Après une erreur de compréhension de ma part sur la forme que devait prendre ce travail écrit, j'ai eu de la difficulté à proposer une articulation claire de mes pensées et du processus réalisé. J'ai ainsi eu l'impression « d'avoir pris le train » en laissant le lecteur « sur le quai ». En effet, trouver le fil rouge permettant d'explicitier « l'entonnoir » réalisé pour démontrer l'évolution de la problématique de départ a été un travail long et complexe. J'ai vécu un grand moment de désillusion et de remise en questions, allant jusqu'à douter de mes compétences, jusqu'au moment où j'ai réussi à faire un schéma démontrant l'évolution de la problématique. A partir de ce jour-là, j'ai pu, petit à petit, poser les « pièces du puzzle » et comprendre, en voyant les modifications faites, le sens du changement demandé.

Cette expérience m'a permis de prendre conscience d'être, à l'avenir, davantage attentive aux autres, que ce soient mes collègues, les participants à une formation, etc. afin qu'ils puissent suivre le chemin de ma pensée. L'utilisation de schémas peut être utile, comme cela m'a aidé à expliciter la problématique, lors de formations ou de séances éducatives. Un autre élément important que j'ai appris, c'est de ne pas partir tête baissée dans la mise en pratique, mais d'effectuer, tout d'abord, une bonne recherche dans la littérature, afin d'avoir des bases de données solides sur lesquelles je peux m'appuyer tout au long du travail à réaliser et dans mon quotidien professionnel.

6. BILAN

6.1 Conclusion

En partant de la vision biomédicale et paternaliste de la médecine dans laquelle le « bon » patient est celui qui se soumet, une évolution est demandée autant au niveau international, national, qu'institutionnel. En pratique, il est plus difficile de le réaliser, encore plus dans un service de chirurgie où les soins aigus restent prioritaires. Néanmoins, tout au long de ce projet, nous avons pu démontrer que les soignants se sentent concernés par l'éducation thérapeutique du patient. En effet, leur frustration par les soins prodigués au patient et leurs constats que le patient quitte le service en n'ayant pas eu d'enseignement, nous a permis de co-crédier un projet en partant du besoin emblématique du patient vasculaire et du besoin en formation des soignants.

Passer à une relation de partenariat a aidé le patient à s'exprimer sur son vécu et ses représentations de la maladie. Les cinq soignantes ayant suivi la formation ont pu se rendre compte que le patient a des connaissances et qu'il fait des actions de prévention. Il a pu partager son expérience de la maladie avec la soignante et réfléchir sur les actions qu'il pourrait encore développer. Ceci a permis aux cinq soignantes de trouver un nouveau sens professionnel. Elles sont motivées à continuer de réaliser les séances éducatives en laissant le document au patient afin qu'il puisse revoir les différents éléments identifiés avec elles.

L'accompagnement de mes collègues et les évaluations des séances éducatives m'ont donné une énergie nouvelle, positive, me motivant pour la poursuite du projet. En effet, je ne suis plus seule dans ce grand changement de paradigme qu'est le travail en partenariat avec le patient en utilisant des compétences en ETP. Par contre, il sera important de poursuivre les accompagnements des cinq soignantes, en individuel ou en groupe. Ceci permettra de garder le lien et également de réaliser de la formation continue sur certains concepts d'ETP, afin de maintenir ou de progresser au niveau de l'acquisition des nouvelles compétences.

L'évolution réalisée depuis deux ans est importante. Prendre en compte les besoins du patient en l'accompagnant afin qu'il reconnaisse qu'il est actif dans la gestion de sa maladie est un grand pas en avant pour le service de CVAH. La motivation et l'investissement des cinq soignantes à passer dans la phase suivante du projet, la formation de leurs collègues, nous permet de penser que ces prochains mois vont amener un changement de culture dans le service.

6.2 Perspectives

Plusieurs questions découlent actuellement au sein du service, du projet de formation réalisé afin de permettre au patient vasculaire d'être actif pour gérer sa maladie.

- Comment implanter concrètement les séances éducatives au sein du service ?
- Comment intégrer l'accompagnement des soignants dans la journée de travail ?
- Comment s'assurer du suivi des patients avec les autres intervenants ?
- Quels outils devront être utilisés en termes de ressources humaines, financières, organisationnelles, etc. ?
- Comment maintenir la motivation et le niveau de compétence des cinq soignantes sensibilisées à l'ETP?

Cela fait partie des défis qu'il faudra chercher à relever à la suite de ce travail.

Une réflexion a débuté, avec mon ICS et l'ICUS de CVAH, afin de :

- « préparer les décisions de service et départementales pour la concrétisation du projet et les faire valider »
- « déployer les décisions prises et mesurer leur impact (à étudier dès que point précédent satisfait) » (plan d'actions de l'ICS, juillet 2015)

Ceci démontre le changement de « statut » du projet de formation en un projet de service qui demandera d'identifier les modifications nécessaires à sa concrétisation. L'implication des cinq soignantes formées et motivées sera alors essentielle pour la mise en œuvre de ce nouveau projet d'envergure.

Dans la même optique, une autre perspective est de pouvoir travailler en réseau entre le service de CVAH et le service d'angiologie, afin que le patient puisse continuer sa réflexion en étant accompagné lors des consultations. En effet, l'aspect interdisciplinaire est indispensable et permet une meilleure efficacité de l'accompagnement.

D'autres consultations infirmières ont été mises en place ces dernières années au sein du CHUV. Il y a la consultation en ETP pour les patients de neurologie, celle du Centre du sein ou la consultation infirmière pour le Centre du poumon. Nous espérons pouvoir bénéficier de leurs expériences afin de mieux argumenter les avantages de l'ouverture d'une consultation en ETP en chirurgie vasculaire.

Dans un autre domaine, afin que le patient puisse être plus autonome dans le service en gérant lui-même ses médicaments durant son hospitalisation, une réflexion a été initiée avec la pharmacienne du service, en tenant compte des aspects éthiques et déontologique d'une telle démarche.

Je terminerai par une pensée et deux proverbes qui résument mes deux années de formation :

Acquérir de nouvelles compétences permet de s'enrichir et de les partager avec les autres.

Corinne Blank

« Les petits ruisseaux font les grandes rivières ».

Antoine Furetière, XVIIème siècle

« Ce n'est pas le but de la promenade qui est important mais les petits pas qui y mènent ».

Proverbe chinois

LEXIQUE

Angioplastie	Traitement endovasculaire peu invasif : dilatation des zones rétrécies ou occluses avec un ballonnet au moyen d'une ponction artérielle. Une pose de stent peut être faite si nécessaire.
Antiagrégant plaquettaire	Médicament permettant une réduction du taux d'événements cardiovasculaires chez les patients avec une artériopathie symptomatique (Aspirine®, Clopidogrel®).
Fistule artério-veineuse	Abouchement chirurgical d'une artère et d'une veine périphérique pour pratiquer une hémodialyse.
Gangrène	Affection caractérisée par la mort des tissus touchant essentiellement les membres mais parfois aussi les viscères tels que le foie, le poumon et les intestins.
Ischémie	Diminution ou arrêt de la circulation sanguine dans une région plus ou moins étendue d'un organe ou d'un tissu.
Pontage	Réunion de deux vaisseaux sanguins par une greffe vasculaire ou un tube plastique afin de restaurer une circulation normale et de court-circuiter un rétrécissement ou une obstruction artérielle.
Sténose	Rétrécissement pathologique, congénital ou acquis d'un calibre d'un vaisseau.
Stent	Cylindre métallique extensible à destination endovasculaire.
Statine	Médicament utilisé pour baisser le cholestérol des personnes qui risquent une maladie cardiovasculaire.
Ulcère	Perte de substance d'un revêtement épithélial, cutané ou muqueux s'étendant plus ou moins aux tissus sous-jacents

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

BARRIER, Ph. (2010) *La blessure et al force : la maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*. Paris : Presses Universitaires de France

BARRIER, Ph. (2014) *Le patient autonome*. Paris : Presses Universitaires de France

BENNER, P. (2003) *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. Paris : Maloine

IVERNOIS (d'), JF. & GAGNAYRE, R. (2011) *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique*. Paris : Maloine, 4^{ème} édition

LACROIX, A. & ASSAL, J.-Ph. (2011) *L'éducation thérapeutique : accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*. Paris : Maloine, 3^{ème} édition

LEBOTERF, G. (2003) *Développer la compétence des professionnels : construire des parcours de navigation professionnelle*. Paris : Editions d'Organisation

MARTIN JP. & SAVARY, E. (2013) *Formateur d'adultes: Se professionnaliser, exercer au quotidien*. (6^{ème} édition) Lyon : Pédagogie Formation

MORICHAUD, A. (2014) *Education thérapeutique du patient : Méthodologie du « diagnostic éducation » au « projet personnalisé*. PSY Presses Universitaires de Provence

NOYE, D. et al. (2013) *Guide pratique du formateur : concevoir, animer, évaluer une formation*. Neuilly : Julhiet, 11^{ème} édition

PHANEUF, M. (2002) *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill

REACH, G. (2007) *Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sr la rationalité morale de l'observance*. Bulgarie : Edtions Le Bord De l'Eau (2^{ème} édition)

RONDIER, M. (2003) A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : de boeck

SAGER TINGUELY, C. et al. (2011). *Précis de la chronicité et soins dans la durée*. France : Editions Lamarre

TOURETTE-TURGIS, C. (2015) *L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion d'apprentissage*. Education thérapeutique, soin et formation. Paris : de boeck

VIAL, M. et al. (2007) *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative*. Paris : de boeck

ARTICLES

ALIGNÉ, C. et al. (2000) Enquête sur les conditions de suivi des règles hygiéno-diététiques chez l'artériopathie. *Journal des Maladies Vasculaires*. 2000 : 25 (3) : 187

ARZ DE FALCO, A. (2013) *Maladies non transmissibles – un «slow motion disaster»*. *Spectra* 97 : 2-3

CALANCA, L. et al. (2012) Rééducation vasculaire du patient artériopathe, *Rev Med Suisse*. 2012 : 302-305

CALANCA, L. et al. (2010) Exercice physique et artériopathie oblitérante des membres inférieurs, *Rev Med Suisse*. 2010 : 235 : 278-281

CASPAR-BAUGUIL, S. et al. (2010) Bénéfice d'une modification de l'hygiène de vie à long terme sur le profil des acides gras des phospholipides érythrocytaires dans le syndrome coronaire aigu ; *archives of cardiovascular disease*. 2010 : 103 : 106-114

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2013) L'éducation thérapeutique du patient : quelle histoire ! *Médecine des maladies métaboliques*. 2013 : 7 (6) : 543-547

CODREANU, A. et al. (2012) Suivi angiologique des patients artériopathes après geste de revascularisation. *Revue Médicale Suisse*. 2012 : 324-327

DESBRUS-QOCHIHA, A. et al. (2012) Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question, *Médecine & Longévité*. 2012 : 4 : 111-122

GIORDAN, A. (2010) Education thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent, *Médecine des maladies Métaboliques*. 2010 : 4 (3) : 127-133

GRIMALDI, A. (2010) Les différents habits de l' « expert profane », *presses de sciences Po*. 2010 : 2 (27) : 91-100

IVERNOIS (d'), JF. & GAGNAYRE, R. (2011) Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition, *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 2011: 3 (2): S201-S205

IVERNOIS (d'), JF. & GAGNAYRE, R. (2013) Education thérapeutique chez les patients pluripathologiques. Propositions pour la conception de nouveaux programmes d'ETP, *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 2013 : 5 (2) : 201-204

IVERNOIS (d'), JF. & GAGNAYRE, R. (2001) Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *ASDP*. 2001 : 11-13.

KELLER, PF. et al. (2008) Combattre l'infarctus du myocarde et l'athérosclérose : un défi thérapeutique, *Rev Med Suisse*. 2008 : 4 : 1345-9

ARTICLES (suite)

LENSEL, AS. et al. (2013) La connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire est-elle meilleure après la survenue d'un évènement ischémique majeur ? *Journal des Maladies Vasculaires*. 2013 : 38 : 360-366

MALABEUF, L. (2012) la relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte, *Soins Pédagogie Enseignement*. 1992 : 4-6

MOSNIER-PUDAS, H. (2012) Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? *Médecin des maladies métaboliques*. 2012 : 6 : 66-71

PROCHASKA, JO. et al (2002) Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. *Harper Collins*

SALOMON DU MONT, L. et al. (2014) Traitement de l'ischémie critique chronique des MI en 2014, *Rev Med Suisse*. 2014 : 10: 1992-6

SANDRIN BERTHON, B. et al. (2007) Associer des patients à la conception d'un programme d'éducation thérapeutique, *Santé Publique*. 2007 : volume 19 (4) : 313-322

THIAM, Y. et al. (2012) Education thérapeutique en court séjour : quelles limites ? Cas de patients cardiovasculaires ; *Santé publique*. 2012 : volume 24 (4) : 291-301

Internet

www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=fr: Arz de Falco, A., *Maladies non transmissibles : un «slow motion disaster» spectra* 2013/ 97 pp 2-3

http://www.chuv.ch/chuv_home/le-chuv-en-bref/chuv-enbref-chiffres.htm: Chiffres

http://www.chuv.ch/chuv_home/le-chuv-en-bref/missions-chuv.htm: Missions

http://www.chuv.ch/chuv_home/le-chuv-en-bref/chuv-enbref-organigramme.htm: Mission DSCA

http://www.chuv.ch/ctv/ctv_home/ctv-patients-et-familles/ctv-affections_des_vaisseaux/ctv-atherosclerose_et_la_maladie_arterielle.htm: Stades de la maladie et traitements

<http://elips.hug-ge.ch> Elips

<http://www.innovation.public.lu/fr/innover/gestion-innovation/resolution-probleme/diagrammeishikawa-fr.pdf> Diagramme d'Ishikawa

<http://www.formations-actives.com/index.php/les-objectifs-pedagogiques-guide-pratique-33/> Taxonomie de Bloom, Patrick Maddalena (juin 2012)

Internet (suite)

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf pp 5 :
Compétences auto-soins et d'adaptation à la maladie

<http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf> référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme

<http://jeffbalek.com/2012/08/27/cone-dapprentissage-dedgar-dale-et-transmedia> Cône apprentissage d'Edgar Dale

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gangr%C3%A9ne/36039?q=gangr%C3%A9ne#35999> Dictionnaire

<http://www.prevention.ch/diagnosticsmaladiecoronarienne.htm> Athérosclérose

www.sante2020.ch Stratégie globale en faveur du système de santé

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/fichiers_pdf/QUAL/LSP.pdf Lois sur la santé publique, article 124

<http://www.who.int/features/qa/27/fr/> Que faire pour éviter une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral? Questions/réponses 2012

http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/fr/ Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/> Maladies cardiovasculaires : principaux faits

http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ Définition maladie chronique (page 10 du travail)

AUTRES DOCUMENTS

BLANK, C. *Informers ou éduquer les patients ? Quels constats en chirurgie vasculaire*, Mémoire fin formation clinique. Lausanne : 2006

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2013) « Comprendre le patient pour mieux situer ses besoins en éducation thérapeutique », Module 1 DAS en ETP : octobre 2013

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2013) « Concevoir un projet d'éducation thérapeutique avec le patient à partir de ses besoins », Module 2 DAS en ETP : décembre 2013

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2014) « Motiver le patient à commencer et à poursuivre son projet d'éducation thérapeutique du patient », Module 3 DAS en ETP : février 2014

AUTRES DOCUMENTS (suite)

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2014) « Mobiliser et soutenir la motivation du patient à commencer et poursuivre son projet d'éducation thérapeutique », Module 4 DAS en ETP : avril 2014

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2014) « Comprendre les enjeux relatifs au développement de projets d'éducation thérapeutique du patient », Module 5 DAS en ETP : septembre 2014

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2014) « Mobiliser et coordonner les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient », Module 6 DAS en ETP : novembre 2014

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2015) « Accompagner et former des soignants à développer leur programme d'ETP » : Module 7 DAS en ETP : janvier 2015

CHAMBOULEYRON, M. et al. (2015) « Evaluer pour faire évoluer les pratiques et les programmes d'éducation thérapeutique du patient » : Module 8 DAS en ETP : mai 2015

GAGNAYRE, R. « *Evaluer pour faire évoluer les pratiques et les programmes d'éducation thérapeutique du patient* », Module 8 DAS en ETP : Mai 2015

LLORCA, MC. : « Ingénierie de formation et ingénierie pédagogique » *compte-rendu module 7 DAS en ETP* : Janvier 2015

ANNEXES

1. Constats triés par thèmes des entretiens des patients
2. Dédutions à partir des constats des entretiens des patients
3. Questionnaire pour entretien avec les soignants
4. Vignettes cliniques
5. Power point
6. Programme de la journée du 9 mars 2015
7. Objectifs
8. Check-list des questions ouvertes pour la séance éducative
9. Méta-plan des actions
10. Méta-plan du continuum entre la maladie aiguë et la maladie chronique
11. Méta-plan des questions ouvertes pour la séance éducative
12. Questionnaire pour évaluer la journée de formation du 9 mars 2015
13. Outil pour évaluer les objectifs
14. Outil pour évaluer l'impact de la journée de formation
15. Tableau reprenant les résultats de la cible
16. Résultats de l'évaluation des soignants
17. Le cône d'apprentissage d'Edgar Dale

1. Constats triés par thèmes des entretiens des patients

Informations brutes	Analyse, déductions, questions
1. Nature de la pathologie et conséquences	
<p>« ceci est venu petit à petit » « parce qu'à partir du moment où vous ne pouvez plus faire 300 mètres sans que vous ayez mal à vos mollets » « vous avez eu mal à gauche ou à droite » « mais quand vous descendez de 300 à 200 à 100 et que vous arrivez petit à petit, vous faites que 20 mètres. » « Et puis il fait s'arrêter parce que ça fait mal ! » « des crampes » « Il y avait encore cette douleur supplémentaire qui venait au niveau, surtout au niveau des mollets. » (La douleur) « Ah mais c'était horrible ! Et puis c'est venu crescendo. » « Au début, c'est à la montée que j'avais des soucis et puis, c'est venu au plat et puis maintenant dans toutes mes activités. » « J'ai le mollet qui se durcit ! » « Non, non, ça devenait insupportable. »</p>	<p>Le patient reconnaît les signes d'alertes (douleur, distance de marche diminuée) ressentis lors d'obstruction artérielle (déduction 1)</p> <p>Le patient ne réagit pas tout de suite lorsque les signes d'alertes apparaissent (déduction 2)</p>
2. Connaissance et degré de compréhension de la maladie	
<p>« J'ai eu quelques contrôles angiologiques qui ont montré une faiblesse au niveau de l'artère » « ...il y avait une « obstruction » « c'est un problème purement circulatoire » « Alors, le problème de mes artères, c'est que, dans le cadre des tuyaux de votre maison, vous avez une eau très calcaire ou polluée, tous ces ingrédients qui ne sont pas de l'eau viennent petit à petit à se déposer sur les parois et, obstruent, dans la dimension, du passage du liquide. » « Une maladie chronique, c'est une maladie qui est là, quelque chose qui s'est installé et qui va rester. » « La maladie est là, mais son effet n'est pas forcément ... permanent. » « On peut arriver au point, aiguë, où ça se bouche complètement » « la partie du haut, c'est la partie la plus grave, c'est instantané, le problème aorto, le problème du cœur, les coronaires » « je dirai le lien, c'est que vous pourriez très bien avoir eu, une vie parfaitement saine et si les problèmes artériels n'est pas un problème, votre problème n'est pas un problème héréditaire mais un problème lié à vos habitudes, je sais pas peut-être des abus de fumée pendant un certain temps, des abus d'alcool, je sais pas du reste si l'alcool a une influence, on ne me l'a jamais dit, hein, le problème peut-être d'avoir une nourriture très déséquilibrée, sûrement, je pense que, les graisses sont sûrement pas bons, j'en sais rien. »</p>	<p>Le patient a des connaissances de la maladie (AOMI) (déduction 3)</p> <p>Est-ce que le patient sait d'où vient la maladie ?</p>

Informations brutes	Analyse, déductions, questions
2. Connaissance et degré de compréhension de la maladie	
<p>« Il y avait énormément de calque dedans ».</p> <p>« C'est ce dépôt de, c'est du cholestérol, c'est de l'artériosclérose. »</p> <p>« Alors, il y a des sténoses un peu partout, surtout dans les jambes. »</p> <p>« Et ça je l'ai dans les jambes. Je suppose que j'ai, que ça commence ici dans cette jambe-là, et puis c'était idem en haut. Mais en haut, ça a l'air d'aller mieux. »</p> <p>« si j'ai des problèmes cardiovasculaires, c'est que je suis un actif, un soucieux et tout ce que je génère là »</p> <p>« c'est plutôt parce que je me fais du souci pour 3x rien, il faut pas chercher plus loin »</p>	
3. Connaissance et degré de compréhension du traitement	
<p>« Les seuls que, je prends, (médicaments) qui sont liés à mon problème de santé, à mon problème artériel, c'est le, l'aspirine cardio et le clopidogrel. Tous les autres sont des médicaments que je prends, qui sont soit des médicaments pour le cholestérol, c'est lié également, et, et puis pour la pression, la tension, parce que j'ai toujours eu des problèmes de pression »</p> <p>« Je dirai que le problème au niveau de la tension artérielle, tout ça, alors, pour moi, aujourd'hui, ce n'est plus un problème, parce que, avec, ben, je pense que c'est les médicaments qui le font, mais je suis aujourd'hui, très stable. Donc, il y a pas, je n'ai pas de variations à ce niveau-là, tout ça est sous contrôle. »</p> <p>« il a dû gratter, ouvrir l'artère, ponter ... car il y a encore de la calcification »</p> <p>« J'ai eu des poses de stents dans les artères cardiaques, coronaires : j'en ai eu 5. 3 années après, je me suis fait opérer du cœur et puis 2 pontages. »</p> <p>« Sur le plan vasculaire, c'est ce problème des jambes : il y a longtemps que je m'en plains et puis on m'a posé 2 stents. »</p> <p>« J'ai de l'Inergy pour le cholestérol, j'ai le Coversum, j'ai l'Aspirine cardio pour fluidifier le sang, j'ai le Nebilit, un bêta bloquant. »</p> <p>« je venais pour mes jambes (groupe AOMI : marche) et ça c'est quand même péjoré malgré tout »</p>	<p>Le patient gère au quotidien son traitement médicamenteux (déduction 4)</p> <p>Le patient a des connaissances des interventions chirurgicales (déduction 5)</p> <p>Est-ce que le patient connaît les effets des médicaments sur sa maladie et les pathologies associées ?</p> <p>Est-ce que les patients pensent que les médicaments, les traitements résolvent le problème ?</p>

Informations brutes	Analyse, questions, déductions,
4. Degré d'appropriation des comportements liés à une vie saine	
<p>« Je m'occupe surtout, effectivement, de m'établir quelques règles afin d'améliorer ma santé: »</p> <p>« Quand la douleur passe, il faut marcher car ça va créer le réseau secondaire pour l'irrigation ».</p> <p>« j'ai arrêté tous les sports »</p> <p>« je suis fumeur »</p> <p>« Et depuis, je fume 1 paquet par jour... »</p> <p>« ... pendant 17 ans, je n'ai quand même pas fumé. »</p> <p>« j'avais une alimentation relativement équilibrée, qui n'était pas une alimentation trop grasse »</p> <p>« il se pourrait que ce soit congénital »</p> <p>« Alors là, j'ai passé par toutes les étapes d'essai, pour diminuer mon poids, toutes les étapes yoyo je les ai faites, ça je peux vous le dire, j'ai surveillé mon alimentation, j'ai, complètement stoppé l'alcool pendant 6 mois, j'ai jamais réussi à baisser de plus de 3-4 kilos...»</p> <p>« on marche une fois par semaine en hiver, on fait 1h15 à 1h30 de marche ».</p> <p>« on fait la gym tous les jeudis avec des monitrices formées : j'adore ça, alors j'y vais avec plaisir ».</p> <p>« je me bouge le plus possible : je marche, je fais un peu de vélo ».</p> <p>« j'ai continué à me bouger, je bouge pas mal ».</p> <p>« j'habite au 5^{ème} étage : si je ne suis pas chargé, je monte à pied ».</p> <p>« je marche, je fais de la raquette en hiver, je marche en été : je marche beaucoup ».</p> <p>« je prends le moins souvent la voiture, c'est toujours le vélo ou à pied ».</p> <p>« Je fais partie du groupe AOMI ici : j'ai fait 35 séances ».</p> <p>« Ce n'est pas tellement, la nourriture, parce que j'ai une hygiène de vie correcte. »</p> <p>« Mais en tout cas, le porc, tout ce qui était gras, je ne mange pas, les jaunes d'œuf, je ne mange pas. »</p> <p>« Je fais attention de ne pas manger du gras, si je mange du chocolat, c'est du chocolat noir, un verre d'alcool : j'aime bien boire un verre à midi et le soir. Et puis, je ne bois plus de vin blanc. »</p> <p>« j'ai une liste avec la fameuse colonne et j'essaie de m'y tenir »</p> <p>« Je suis dans la portion des 5 fruits 5 légumes par jour »</p>	<p>Le patient fait des actions de prévention : marche, alimentation, stop tabac (déduction 6)</p> <p>Le patient ne se rend pas compte de toutes les actions de prévention qu'il a mises en place (déduction 7)</p>

Informations brutes	Analyse, déductions, questions
5. Qualité de gestion de la maladie et des traitements	
<p>« J'ai arrêté tous les sports. »</p> <p>« Je suis fumeur. »</p> <p>« ... pendant 17 ans, je n'ai quand même pas fumé. »</p> <p>« Et depuis, je fume 1 paquet par jour... »</p> <p>« La deuxième chose, que je pense pourrait aider mon problème de santé, c'est la diminution de mon poids. »</p> <p>« Déjà qu'est-ce qu'on peut faire sur soi-même pour accepter cette maladie ? En se disant, car il y a aussi ça qu'il faut se mettre dans le plot, il faut peut-être se dire que, ben, on a atteint une limite d'usure du corps qui fait que, certaine chose il faut oublier. Il faut vivre avec, de ne plus les faire. Mais ça non plus, il n'y a pas de règle. »</p> <p>« Les seuls que, je prends, (médicaments) qui sont liés à mon problème de santé. »</p> <p>« Il est indispensable (le traitement médicamenteux) ! Je ne l'arrête pas. Et puis, je suis strict et constant, pas de souci. Et je sais que j'en ai jusqu'à la fin de mes jours »</p> <p>« J'ai continué à me bouger. »</p> <p>« Elle adapte nos ballades, nos déplacements. »</p> <p>« On vous donne des préceptes qui sont bien clairs et puis, au bout de 6 mois – 1 année, vous les oubliez. »</p> <p>« Et puis après on se fait une petite agape : on fait tout faux mais, on se fait quand même une petite agape. On mange des sandwiches avec jambon, du salami, on boit du rouge et puis tout ce qu'il ne faut pas. Mais on a du plaisir ! »</p> <p>« Alors, au début, j'étais strict, après on le devient un peu moins. »</p> <p>« mais j'ai quand même de temps en temps, j'ai envie de me faire plaisir, malgré tout, une fondue, c'est du plaisir »</p>	<p>Le patient a su s'adapter à la maladie (déduction 8)</p> <p>Le patient arrête ou diminue certains comportements liés à une vie saine après un certain temps (déduction 9)</p>

Informations brutes	Analyse, déductions, questions
6. Besoins et souhaits exprimés par le patient	
<p>« Mon espérance, c'est que je retrouve, la mobilité que, j'avais toujours l'habitude d'avoir. »</p> <p>« il manque une ligne de conduite »</p> <p>« En fait, c'est, aujourd'hui, on devrait pouvoir me fixer des règles qui, ne vont pas supprimer, vu que c'est installé mais qui vont éviter, du fait que, on peut arriver au point, aiguë, où ça se bouche complètement. Et puis, là, je connais les risques, forcément ».</p> <p>« il me faut le contact, si je ne l'ai pas, ça ne va pas (médecin) »</p> <p>« il me dit : fais ceci, fais cela ou va vers V, c'est la Dresse, donc je suis bien »</p> <p>« il y avait aussi des médecins d'ici qui venaient nous parler des risques, ... qui nous remettaient sur orbite, des erreurs à ne pas commettre »</p> <p>« je les sais, mais ça ferait du bien de les réentendre »</p> <p>« Ah les jambes, ça, ça m'a fait du souci ! »</p> <p>« Et puis l'idéal, ça serait de venir avec un ballonnet et puis dilater ça. »</p> <p>« Ben quand je vois comment on me soigne facilement, finalement avec ces, ces ballonnets et ces dilatations, ces poses de stents, je me dis que c'est magnifique. »</p> <p>« J'ai confiance en la médecine, et puis si moi je fais un peu attention, ça doit jouer. »</p>	<p>Le patient trouve qu'il manque des informations strictes sur les actions de prévention à mettre en place (déduction 10)</p> <p>Le patient trouve qu'il y a une insuffisance dans le suivi des actions de prévention /changements à réaliser par les professionnels de santé (déduction 11)</p> <p>Le patient trouve que le réseau social, le contact avec les autres est important (déduction 12)</p> <p>Est-ce que la maladie est banalisée par les nouvelles techniques opératoires ?</p>

Informations brutes	Analyse, déductions, questions
7. Gestion de la vie quotidienne	
<p>« Je fais du jardinage, j'ai fait le gazon, j'ai une maison.»</p> <p>« je fais aussi tout ce qui est ménage, je me débrouille seul »</p> <p>« Puis autrement, je fais régulièrement des sorties avec des amis »</p> <p>« Je le vis mal, parce que, j'ai toujours été quelqu'un qui était actif et qui n'était pas limité au point de, du physique »</p> <p>« Je suis pas bien dans ma peau. »</p> <p>« On peut arriver au point, aiguë, où ça se bouche complètement »</p> <p>« Vous descendez de 300 à 200 à 100 et que vous arrivez, petit à petit, vous faites que 20 mètres »</p> <p>« Ce serait presque de l'inconscience, de faire des voyages, des voyages à l'étranger, même, je pense, le fait de conduire»</p> <p>« Le fait que le problème de mes articulations, en petit à petit, fait que, petit à petit, j'ai arrêté tous mes sports (...): le ski, le football, la marche, parce que je faisais beaucoup de marche en montagne. »</p> <p>« Je n'ai pas d'activités physiques ou sportives »</p> <p>« Aujourd'hui, chaque fois que, je veux me déplacer, à pied, que ce soit avec ma femme, que ce soit avec quelqu'un de ma famille, euh, on peut difficilement entreprendre une excursion»</p> <p>« Je m'occupe surtout, effectivement, de m'établir quelques règles afin d'améliorer ma santé »</p> <p>« Il faut peut-être se dire que, ben, on a atteint une limite d'usure du corps qui fait que, certaine chose il faut oublier. Il faut vivre avec, de ne plus les faire. »</p> <p>« Je me bouge le plus possible : je marche, je fais un peu de vélo, de la raquette, etc. »</p> <p>« On marche une fois par semaine, en hiver ». »</p> <p>« Et puis on fait 1h15 - 1h30 de marche. »</p> <p>« Et puis, on fait la gym tous les jeudis avec des monitrices qui ont été formées »</p> <p>« Je marche 50 mètres et je peux plus ! »</p> <p>« Et si je vais chez moi, j'habite à Payerne, depuis la gare je dois m'arrêter 3 fois. »</p> <p>« Elle adapte nos ballades, nos déplacements. »</p> <p>« On devait aller en Turquie juste avant l'opération, on a renoncés. Il n'y a pas de remarques, elle comprend tout à fait. Elle adapte son pas au mien et puis, elle comprend. »</p> <p>« Au début, c'est à la montée que j'avais des soucis et puis, c'est venu au plat. »</p> <p>« Et si j'ai des problèmes cardiovasculaires, c'est que je suis un actif, un soucieux »</p> <p>« C'est plutôt, c'est parce que je me fais du souci pour 3x rien et puis, c'est ça, tout est là, finalement, faut pas chercher plus loin »</p> <p>« Et ça je l'ai dans les jambes. Je suppose que j'ai, que ça commence ici dans cette jambe-là, et puis c'était idem en haut. Mais en haut, ça a l'air d'être, ça a l'air d'aller mieux. Ce que je n'aimerai pas, c'est d'avoir dans les carotides. »</p>	<p>Le patient diminue ses activités liées à la mobilisation dans la phase aiguë de la maladie (déduction 13)</p> <p>Le patient a des craintes que la maladie progresse (déduction 14)</p>

Informations brutes	Analyse, déductions, questions
8. Compétences psychosociales	
<p>« j'ai fait toute ma carrière dans la même entreprise en tant qu'ingénieur en électronique et spécialement orienté sur la mise en service et instruction de machines pour les arts graphiques »</p> <p>« J'étais sous-directeur dans une grande entreprise à Payerne. Puis après, comme j'avais un grade militaire, je suis entré dans l'administration fédérale déjà comme adjoint à la ... puis j'ai été inspecteur dans les arsenaux et j'ai fini comme patron de la salle fédérale de Payerne »</p> <p>« je fais partie de « A tout cœur » c'est un mouvement de prévention des maladies cardiovasculaires »</p> <p>« ça me permet de garder contact avec les gens »</p> <p>« je continue à m'intéresser à beaucoup de choses »</p> <p>« oui et en plus, c'est plaisant de pouvoir parler avec les gens qui ont le même problème que vous »</p> <p>« J'ai une documentation féroce là-dessus. »</p> <p>« Ayant fait 4 semaines à La Lignière, on a été bien formés »</p> <p>« Je fais partie de la fondation suisse de cardiologie et puis je, je fais venir les petites plaquettes qu'ils ont. Et puis, je lis, je regarde, ça m'intéresse »</p>	<p>Le patient a eu des postes avec des responsabilités importantes (déduction 15)</p> <p>Le patient montre de l'intérêt pour la formation et l'information sur la maladie (déduction 16)</p>
9. Comportement relationnel	
<p>« Mon fils (...) il est extrêmement désolé pour moi, que je puisse plus faire ce que je faisais. »</p> <p>« Vu du côté de ma femme, je dirai que ma femme, vit, relativement bien parce que, ... depuis que je l'ai connue en 2008, j'a déjà eu ces problèmes. »</p> <p>« J'ai encore 2 frères, heureusement, qui me soutiennent mais qui sont loin : ils sont en Valais ». »</p> <p>« J'ai un entourage d'amis proche, qui sont vraiment des amis, (...) il y en a 3 ou 4 et ça se limite à ça. Voilà, mais au moins, c'est des gens sur qui je peux compter. »</p> <p>« Ma compagne, elle est magnifique donc elle comprend tout à fait, elle m'aide, elle me soutient, elle comprend si ça va moins bien, hein, ça c'est sûr. C'est important. »</p> <p>« Elle le comprend aussi pour le reste : elle adapte nos ballades, nos, nos déplacements, tout ça. »</p> <p>« Et mes enfants, c'est la même chose. Et puis, Ils sont très attentifs. »</p> <p>« Je fais partie de « A tout cœur » c'est un mouvement de prévention des maladies cardiovasculaires »</p> <p>« ça me permet de garder contact avec les gens »</p> <p>« Je suis responsable de « connaissance 3 » c'est luni pour les seniors. »</p> <p>« J'ai été secrétaire pour le conseil communal, je suis conseiller communal. »</p>	<p>Le patient est soutenu par sa famille et ses proches (déduction 17)</p> <p>Le réseau social est important pour le patient (déduction 18)</p>

2. Déductions à partir des constats des entretiens des patients

Problèmes

Le patient ne réagit pas tout de suite lorsque les signes d'alertes apparaissent (déduction 2)

Le patient ne se rend pas compte de toutes les actions de prévention qu'il a mises en place (déduction 7)

Le patient arrête ou diminue certains comportements liés à une vie saine après un certain temps (déduction 9)

Ressources

Le patient reconnaît les signes d'alertes (douleur, distance de marche diminuée) ressentis lors d'obstruction artérielle (déduction 1)

Le patient a des connaissances de la maladie (AOMI) (déduction 3)

Le patient gère au quotidien son traitement médicamenteux (déduction 4)

Le patient a des connaissances des interventions chirurgicales (déduction 5)

Le patient fait des actions de prévention : marche, alimentation, stop tabac (déduction 6)

Le patient a su s'adapter à la maladie (déduction 8)

Le patient trouve que le réseau social, le contact avec les autres est important (déduction 12)

Le patient a eu des postes avec des responsabilités importantes (déduction 15)

Le patient montre de l'intérêt pour la formation et l'information sur la maladie (déduction 16)

Le patient est soutenu par sa famille et ses proches (déduction 17)

Le réseau social est important pour le patient (déduction 18)

Freins

Le patient trouve qu'il manque des informations strictes sur les actions de prévention à mettre en place (déduction 10)

Le patient trouve qu'il y a une insuffisance dans le suivi des actions de prévention /changements à réaliser par les professionnels de santé (déduction 11)

Le patient diminue ses activités liées à la mobilisation dans la phase aiguë de la maladie (déduction 13)

Le patient a des craintes que la maladie progresse (déduction 14)

Zones d'ombres

Est-ce que le patient sait d'où vient la maladie ?

Est-ce que le patient connaît les effets des médicaments sur sa maladie et les pathologies associées ?

Est-ce que les patients pensent que les médicaments, les traitements résolvent le problème ?

Est-ce que la maladie est banalisée par les nouvelles techniques opératoires ?

3. Questionnaire pour entretien avec les soignants

QUELLES SONT VOS CONNAISSANCES DE LA MALADIE ARTERIELLE, DES BESOINS DU PATIENT EN EDUCATION ET DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ?

Le patient : sa maladie, ses besoins

1. Selon vous, est-ce que l'artériopathie des membres inférieurs fait partie des maladies cardiovasculaires ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas

2. Les patients, qui sont opérés pour un problème artériel, ont :

- a. Une maladie aiguë
- b. Une maladie chronique
- c. Les deux
- d. Je ne sais pas

3. Selon vous, est-ce que la maladie est reconnue par le patient ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas

4. Selon vous, est-ce que la maladie est reconnue par les soignants ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas

5. Je connais les causes d'une obstruction artérielle ?

- a. Oui
- b. Non

6. Les facteurs de risques cardiovasculaires favorisent l'obstruction artérielle.
Selon vous, quels sont les facteurs de risques qui sont potentiellement responsables des maladies cardiovasculaires ? (plusieurs réponses possibles)

- a. Hypertension
- b. Cholestérol
- c. Diabète
- d. Surpoids, obésité
- e. Sédentarité
- f. Tabac
- g. Stress
- h. Hérité
- i. Age
- j. Sexe

7. Quels sont les enseignements ou les informations que le patient opéré reçoit pour un problème vasculaire aujourd'hui par les infirmières ?

.....

.....

.....

8. Selon vous, quels sont les besoins en éducation des patients vasculaires ?

.....

.....

.....

.....

9. A votre avis, quels sont les enseignements ou les informations que le patient devrait recevoir d'autres ?

.....

.....

.....

L'éducation thérapeutique, vos besoins en formation

10. Selon vos connaissances actuelles, qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?

.....

.....

.....

.....

11. Quel est le but de l'éducation thérapeutique ?

.....

.....

.....

.....

12. A votre avis, comment se pratique l'éducation thérapeutique auprès du patient ?

.....

.....

.....

.....

13. En chirurgie vasculaire, à quoi pourrait servir l'éducation thérapeutique ?

.....

.....

.....

.....

14. Selon vos connaissances actuelles, si vous deviez pratiquer l'éducation thérapeutique, quels seraient vos besoins en formation ?

.....

.....

.....

.....

4. Vignettes cliniques

Vignette clinique 1

Motif d'hospitalisation : artériopathie obstructive du membre inférieur gauche (MIG) stade IIb à III (douleurs à moins de 200 mètres de marche)

Opération : pontage fémoro-poplité du MIG.

Diagnostics vasculaires :

- st. post pontage fémoro-poplité du MIG le 29 avril 2013
- st. post angioplastie avec pose de stents au niveau de l'artère fémorale superficielle en février 2013
- st. post angioplastie du MID en 2006
- st. post thromboartériectomie carotidienne droite en mars 2004
- st. post 3 accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- st. post plastie du carrefour fémoral et de l'axe fémoro-poplité droit en 1998

Diagnostics secondaires :

- fibrillation auriculaire (FA) persistante asymptomatique
- angor stable
- hypertension artérielle (HTA) traitée
- dyslipidémie traitée
- tabagisme ancien
- ablation du ménisque droit
- canal carpien en 1993 et 1994
- appendicectomie dans l'enfance

Traitement médicamenteux :

- Aspirine 100 mg
- Dafalgan 1g
- Dilatrend 6,25 mg
- Epril 20 mg
- Hygroton 12,5 mg
- Pantozol 40mg
- Sintrom selon schéma
- Distraneurine 300 mg
- Nitroglycérine en réserve

Vignette clinique 2

Motif d'hospitalisation : ischémie aiguë du membre inférieur gauche

Opération : pontage fémoro-poplité du MIG.

Diagnostics vasculaires :

- AOMI st. IIa
- St. post pontage fémoro poplité du MID en mai 2014
- St. post angioplastie d'une sténose serrée intra-pontage en février 2014
- St. post pontage veineux fémorale superficielle poplitée sus-géniulée en septembre 2013
- St. post angioplastie et stenting par crossover de l'artère fémorale superficielle en janvier 2013
- St post polyneuropathie des MI avec hypo-pallesthésie malléolaire sur alcoolisme et diabète en 2013
- St post AVC thalamique avec séquelles persitantes au MSD en 2010

Diagnostics secondaires :

- HTA
- Diabète de type II non insulino-requérant
- Surpoids
- Hypercholestérolémie
- Tabagisme actif 1pq/j
- Consommation OH à risque
- St. post ulcère gastrique et hernie hiatale à 18 ans
- St. post APP
- St. post hystérectomie en 1999

Traitement médicamenteux :

- Aspirine
- Diamicron
- Metfin

Vignette clinique 3

Motif d'hospitalisation : confection FAV (car FAV au bras gauche est thrombosée).

Opération : ad confection FAV au MSD

Diagnostics vasculaires :

- AOMI stade IIa ddc
- Sténose carotide interne gauche symptomatique à 80% avec :
 - St post AVC ischémique en juillet 2014
 - Sténose probablement asymptomatique de la carotide interne droite de 50 à 60%
 - St post TEA et patch d'élargissement en août 2014

Diagnostics secondaires :

- IRC st. IV avec néphropathie diabétique :
 - St- post FAV humérobasilique Gche et superficialisation de la veine en juillet 2014 (en prévision dialyse)
 - St post dilatation sténose FAV en octobre 2014
 - St post occlusion aiguë FAV après angioplastie et stenting pour sténose en novembre 2014
- Diabète type II insulino requérant depuis 1993
- HTA traitée
- Rétinopathie diabétique et hypertensive
- Dyslipidémie traitée
- Anémie sur insuffisance rénale
- Tabagisme actif 2 pq/j
- Cataracte modérée ddc

Traitement médicamenteux :

- Néphrotrans
- Acétate de calcium
- Asprine cardio
- Atorvastatine
- Bilol
- Ezetrol
- Eprex
- Lantus

5. Power point

**JOURNÉE
DU 9 MARS 2015**
Sensibilisation des soignants du GT à
l'éducation thérapeutique

Caroline Blarik
Infirmière clinicienne

MUSIQUE: IBRAHIM MAALOUF

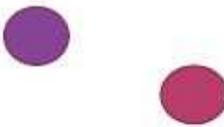


OBJECTIF DE FORMATION 2

A partir des actions retenues, les soignants seront capables de :

- Décrire l'obstruction artérielle
 - En nommant les FRCV responsables de l'obstruction artérielle (des maladies cardiovasculaires)
 - En classant les actions selon les FRCV
 - En énumérant les différents syndromes engendrés par une obstruction artérielle
- Expliquer la différence entre la maladie chronique et la maladie aiguë
 - En regardant les témoignages de personnes
 - En identifiant en quoi la maladie est chronique
 - En plaçant les vignettes cliniques sur un continuum / échelle de chronicité
 - En confrontant les constatations

**MALADIE AIGUË / MALADIE
CHRONIQUE**



RÈGLES DU GROUPE

- Respect
- Empathie
- Ecoute
- Confidentialité
- Horaires

PROBLÉMATIQUE :

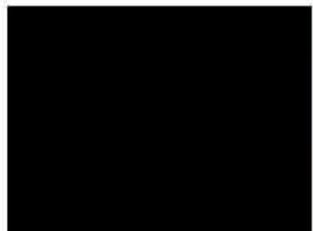
- Insuffisance des mesures de prévention tertiaire mises en place ou maintenues par le patient vasculaire relié à des actions éducatives insuffisantes.

Ceci entraîne de nouvelles interventions chirurgicales.

OBJECTIF DE FORMATION 3

- A l'issue de la journée du 9 mars, les soignants seront en capacité de mener une séance éducative auprès d'un patient vasculaire afin qu'il repère les actions éducatives qu'il fait et celles qu'il peut encore mettre en place.
 - En identifiant des questions ouvertes et des questions fermées
 - En utilisant des questions ouvertes dans un entretien (par deux)
 - En identifiant 5 questions ouvertes comme checklist pour la séance éducative (en grand groupe)
 - En testant les 5 questions (par deux)

COMMUNICATION (1 ET 2)



**OBJECTIF GÉNÉRAL/COMPÉTENCE
VISÉE :**

- Après la journée du 9 mars, les soignants du GT seront capables de mener une séance éducative auprès du patient vasculaire en l'accompagnant afin qu'il repère les actions éducatives qu'il fait déjà et celles qu'il peut encore mettre en place. (= compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie)

OBJECTIF DE FORMATION 1

- A l'issue de la matinée du 9 mars, à l'aide de vignettes cliniques, les soignants du GT seront capables d'identifier les actions éducatives pour le patient vasculaire:
 - En nommant les actions éducatives, par deux
 - Entre les actions identifiées sur des post-its
 - En mettant en commun les actions ressorties sur le métaplan
 - En identifiant d'autres actions possibles en grand groupe

OBJECTIF DE FORMATION 4

- A l'issue de la journée du 9 mars, les soignants seront capables de créer une maquette, qui sera utilisée comme support pour les séances éducatives.
 - En choisissant les éléments-clés ressortis lors des travaux de séance
 - Actions éducatives
 - Symptômes
 - Maladie chronique
 - FRCV

SUITE

- Accompagnement des soignants du GT, par CB, lors d'une séance éducative auprès d'un patient vasculaire (avril)
- Validation de la maquette par les soignants du GT (mars/avril)
- Validation de la maquette par ICS MR. Huguierin et Prof. JM. Corpataux (éventuellement par les médecins cadres de CVA et Dr. Nanchen) (mai)
- Impression de la maquette (été)
- Réalisation d'un poster sur l'éducation pour le service de CVA (automne)

6. Programme de la journée du 9 mars 2015

7h 45 : Rendez-vous devant le fleuriste au BH08 à 7h45 et nous irons dans la salle 2/235 à Mont-Paisible 14 où nous passerons la journée.

8h : Début de la formation

Intervenants :

Je serai l'intervenante principale de la journée.

Docteur DN, médecin adjoint spécialisé en prévention des facteurs de risque cardiovasculaires à la PMU, nous rejoindra de 14h à 15h pour valider le travail effectué durant la matinée sur les actions éducatives.

La pause repas est prévue de 12h à 13h45.

Pour le dîner, nous irons manger au Bleu Léopard, restaurant hors CHUV. Merci de penser à prendre de l'argent avec vous.

16h15 Clôture de la journée

Compétences visées :

A l'issue de la journée du 9 mars, les soignants sont capables de :

- identifier les actions de prévention pour le patient vasculaire, à l'aide de vignettes cliniques
- mener une séance éducative sur les actions de prévention possibles, auprès d'un patient vasculaire, en utilisant des questions ouvertes, avec des supports d'entretien ou autres, élaborés durant la journée
 - check-list de questions
 - une maquette pour l'entretien
 - accompagnement

Pour préparer cette journée, je vous envoie ci-joint des vignettes cliniques.

Consignes :

A partir de votre vignette (voir ci-dessous), en lien avec la pathologie vasculaire identifier :

- les actions de prévention que le patient peut mettre en place
- les facteurs de risques cardiovasculaires
- l'obstruction artérielle
- notre rôle de soignant auprès du patient vasculaire

Tous ces éléments seront repris durant la journée du 9 mars.

Vignette 1 : Sylvie et Marie

Vignette 2 : Monica et Nelly

Vignette 3 : Nadia et Maria

Je vous remercie d'avance de votre implication et votre travail durant cette journée et par la suite.

7. Objectifs

Objectif général de la formation :

Après la journée du 9 mars, les cinq soignantes seront capables de mener une séance éducative auprès du patient vasculaire en l'accompagnant afin qu'il reconnaisse le rôle actif qu'il joue, ou peut encore développer, pour prévenir les risques pour sa santé.

- En intégrant les connaissances (maladie chronique, FRCV du patient vasculaire) et les compétences acquises en ETP (compétences relationnelles, communication, etc.) lors de la journée de formation :
 - o En utilisant la check-list (annexe 8), créée lors de la journée du 9 mars, pour poser les questions au patient
 - o En utilisant l'outil pédagogique, produit avec les différents métaplans élaborés durant la journée du 9 mars pour que le patient repère :
 - Les actions de prévention qu'il fait déjà, par rapport à ses FRCV
 - Les signes d'alerte qu'il peut avoir potentiellement
 - Les actions de prévention qu'il peut encore mettre en place

Objectif de formation 1

A l'issue de la matinée du 9 mars, à l'aide de vignettes cliniques, les soignants seront capables d'identifier les actions de prévention que le patient vasculaire peut faire pour sa santé :

- o En nommant par deux, les actions de prévention à partir d'une vignette clinique,
 - En écrivant les actions de prévention identifiées sur des post-it
- o En mettant en commun les actions de prévention ressorties
 - Sur un métaplan
- o En identifiant d'autres actions de prévention possibles, en grand groupe
- o En faisant, si nécessaire, un choix des actions à garder pour la maquette

Objectif de formation 2

A l'issue de la matinée du 9 mars, à partir des actions de prévention retenues, les soignants seront capables de décrire la maladie chronique chez le patient vasculaire :

- o Expliquer la différence entre la maladie chronique et la maladie aiguë
 - En visionnant 2 vidéos sur la maladie chronique
 - En plaçant les vignettes sur un continuum / échelle de chronicité
 - En confrontant leurs connaissances
- o Décrire l'obstruction artérielle
- o Nommer les FRCV responsables de l'obstruction artérielle (des maladies cardiovasculaires)
- o Enumérer les différents symptômes essentiels engendrés par une obstruction artérielle

Objectif de formation 3

A l'issue de la journée du 9 mars, les soignants seront capables de mener un entretien avec le patient vasculaire :

- En identifiant des questions ouvertes et des questions fermées
 - En visionnant les 2 vidéos sur les questions fermées et les questions ouvertes
 - En faisant un jeu de rôle à deux, sur : « Essayez d'amener l'autre à faire plus d'activités physiques »
 - En repérant ce qui a été aidant et moins aidants dans les questions posées dans le groupe de deux
- En utilisant des compétences d'ETP lors de l'entretien
 - En établissant une relation de confiance
 - En réalisant une écoute active
- En identifiant individuellement 5 questions ouvertes pour la check-list
 - En mettant en commun les questions
 - En choisissant 5 questions pour la séance éducative
- En testant les 5 questions en grand groupe

Objectif de formation 4

A l'issue de la journée du 9 mars, les soignants seront capables de créer une maquette, qui sera utilisée comme support pour les séances éducatives, avec les éléments clés ressortis dans la journée.

8. Check-list des questions ouvertes pour la séance éducative

Check-list des questions ouvertes et des repères pour effectuer une séance éducative avec le patient vasculaire.

But : amener le patient à :

- repérer les actions qu'il fait
- choisir 2-3 nouvelles actions qu'il peut mettre en place pour sa santé.

Mots interrogatifs pouvant amener à une question ouverte :

Qui ? Quoi ? Que/quel ? Quand ? Comment ? Combien ? Où ? Pourquoi ?
--

Résumé des points à retenir pour réaliser la séance éducative :

- Partir des connaissances du patient
- Accompagner le patient afin qu'il identifie ses ressources
- Accompagner le patient afin qu'il identifie les actions qu'il fait
- Accompagner le patient afin qu'il choisisse 2-3 nouvelles actions
- Valoriser ce que le patient fait / a fait

Questions pour séance éducative

1. Qu'est-ce qui fait que vous êtes hospitalisé ?
2. Quels liens faites-vous entre l'obstruction de votre artère et vos habitudes de vie ?
3. Quelles sont les actions que vous avez mises en place depuis votre dernière hospitalisation ?
4. Qu'est-ce que vous pourriez encore faire ?
Quelles sont les actions que vous seriez prêt à envisager ?
5. Qu'est-ce que vous auriez besoin pour mettre en place les nouvelles actions ?

9. Méta-plan des actions de prévention

ACTIONS

Tabac
Diabète
HTA
Sédentarité
Stress

Stop Tabac

Diminution DU STOP TABAC (Accompagnement)

OH
Acc. au Niveau Social

GERER LES GLYCEMIES

GERER HTA

Gestion TII

Prendre les médicaments tous les jours selon la prescription

GERER le STRESS

Tenir des notes pour diminuer le stress

Suivre le programme de réadaptation cardiovasculaire

Marcher 30 minutes tous les jours

Autres actions

Soigner les pieds

Hygiène cardiovasculaire

Soigner les pieds

Surveillance des Pieds

Soigner les pieds

Observation pieds

Soigner les pieds

Plaque coloration

Température des pieds

Reagir à des symptômes

Appeler le podologue

Obésité Surpoids

Surveiller le poids

Alimentation équilibrée

NUTRITION (diabète)

diabète

Hypercholestérolémie

Symptômes

- douleur
- distance de marche diminuée
- pied froid
- coloration
- crampes

• douleurs aux pieds

VENIR A L'Hôpital si signes d'obésité

consultation podologue

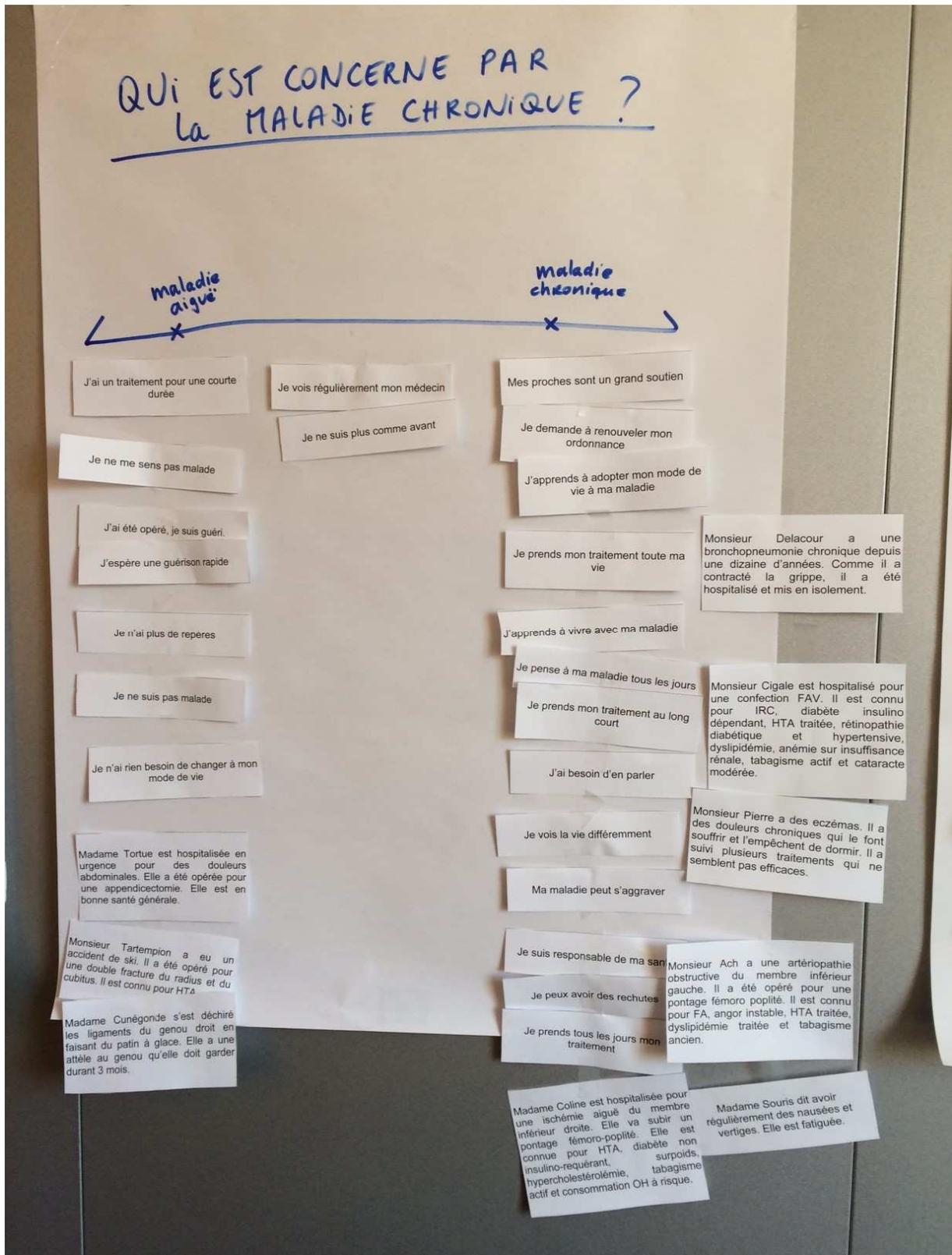
consultation médecin traitant

Age

Hérédité

Sexe

10. Méta-plan du continuum entre la maladie aiguë et la maladie chronique



11. Méta-plan des questions ouvertes pour la séance éducative

CHECK-LISTE Questions ouvertes pour séance éducative

Comment Pourquoi Qui

Quoi? Où Que Quand

Qu'est-ce qui fait que vous êtes hospitalisé?

Quels liens entre maladie (AOTI) et habitudes de vie?

Vous savez pourquoi vous revenez?

Quelles sont les actions que vous avez déjà mises en place?

Partir des connaissances du pt
Identifier les ressources
Valoir ce qu'il fait / a fait
Mettre en place des actions

Quelles sont vos habitudes de vie qui entraînent l'obstruction de votre artère?

Quelles sont les actions que vous savez peut-être mettre en place?

Qu'est-ce que vous pourriez en core faire?

Qu'est-ce que vous avez besoin pour mettre en place les actions?

12. Questionnaire pour évaluer la journée de formation du 9 mars 2015

Prénom :

Date :

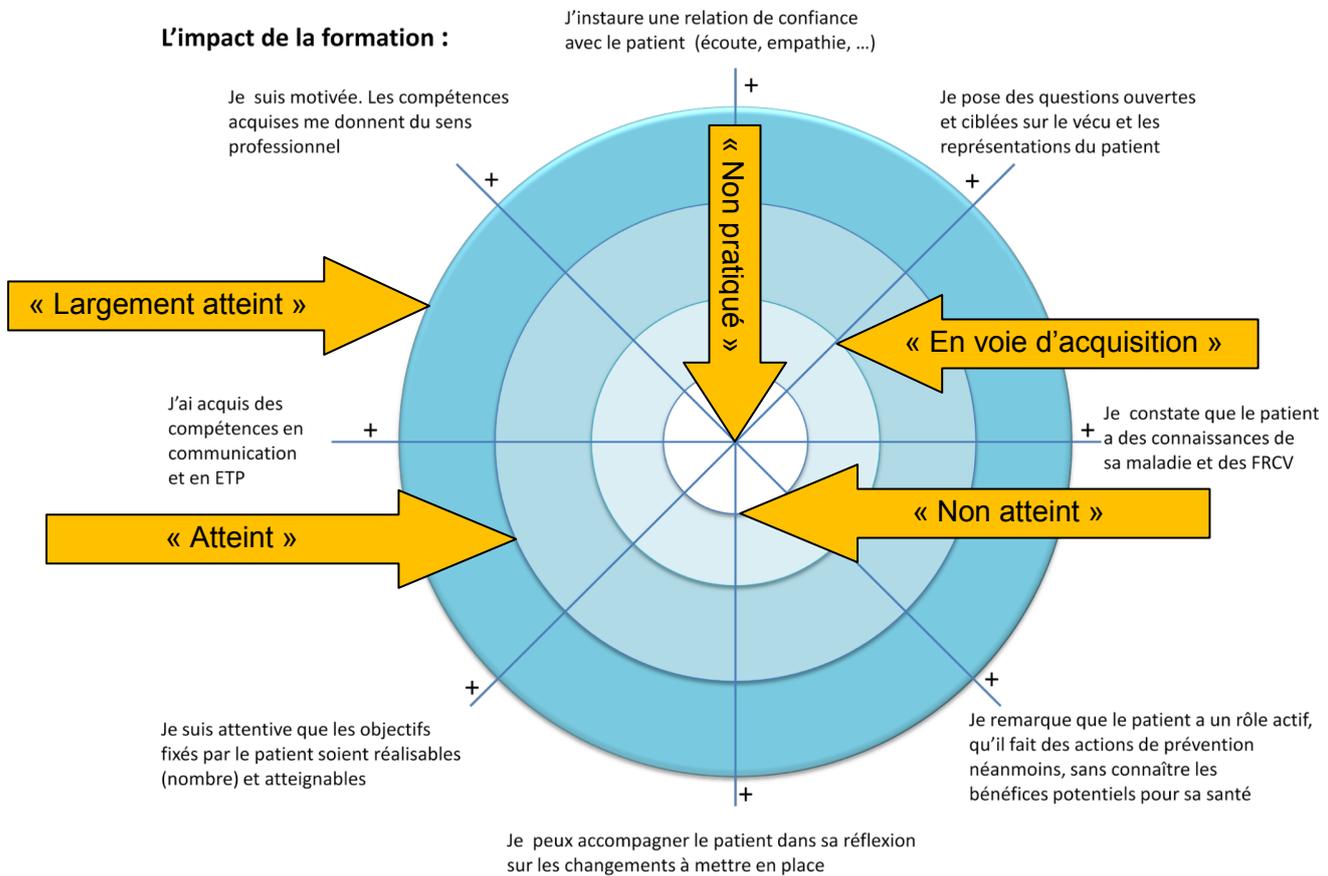
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
Atteinte des objectifs				
Intérêt des contenus				
Utilité pour vous				
Modalités pédagogiques				
Qualité de l'animation				
Qualité des documents				
Conditions matérielles				
Satisfaction globale				

Commentaires et suggestions :

13. Outil pour évaluer les objectifs

Objectifs	Indicateurs	Méthode de mesure LA : largement atteint A : atteint VA : en voie d'acquisition NA : non atteint
Les soignants seront capables d'identifier les actions de prévention que le patient vasculaire peut faire pour sa santé	Les actions de prévention sont nommées et écrites sur des post-it, à partir d'une vignette clinique	
	Les actions de prévention sont mises en commun sur un métaplan	
	D'autres actions de prévention possibles sont identifiées en grand groupe	
	Un choix d'actions de prévention est fait pour la maquette	
Les soignants seront capables de décrire la maladie chronique chez le patient vasculaire, à partir des actions de prévention	La différence entre la maladie chronique et la maladie aiguë est expliquée après : - le visionnement de 2 vidéos, - le placement des vignettes sur un continuum - la confrontation des connaissances au groupe	
	L'obstruction artérielle est décrite	
	Les FRCV responsables de l'obstruction artérielle sont nommés	
	Les différents symptômes engendrés par une obstruction artérielle sont énumérés	
Les soignants seront capables de mener une séance éducative auprès d'un patient vasculaire afin qu'il repère les actions de prévention qu'il fait et celles qu'il peut encore mettre en place	Les questions ouvertes et les questions fermées sont identifiées, à partir de 2 vidéos	
	Un jeu de rôle à deux est fait en partant de : « Essayez d'amener l'autre à faire plus d'activités physiques »	
	Ce qui a été aidant et moins aidant est identifié dans les questions posées dans les groupes de deux	
	5 questions ouvertes sont identifiées pour la check-list en grand groupe	
	Les 5 questions sont testées en grand groupe	
	Les connaissances de la journée sont intégrées lors d'une séance avec le patient en utilisant la check-list et le dépliant	
Les soignants seront capables de créer une maquette, qui sera utilisée comme support pour les séances éducatives	Les éléments clés ressortis dans la journée sont repris pour créer la maquette	

14. Outil pour évaluer l'impact de la journée de formation

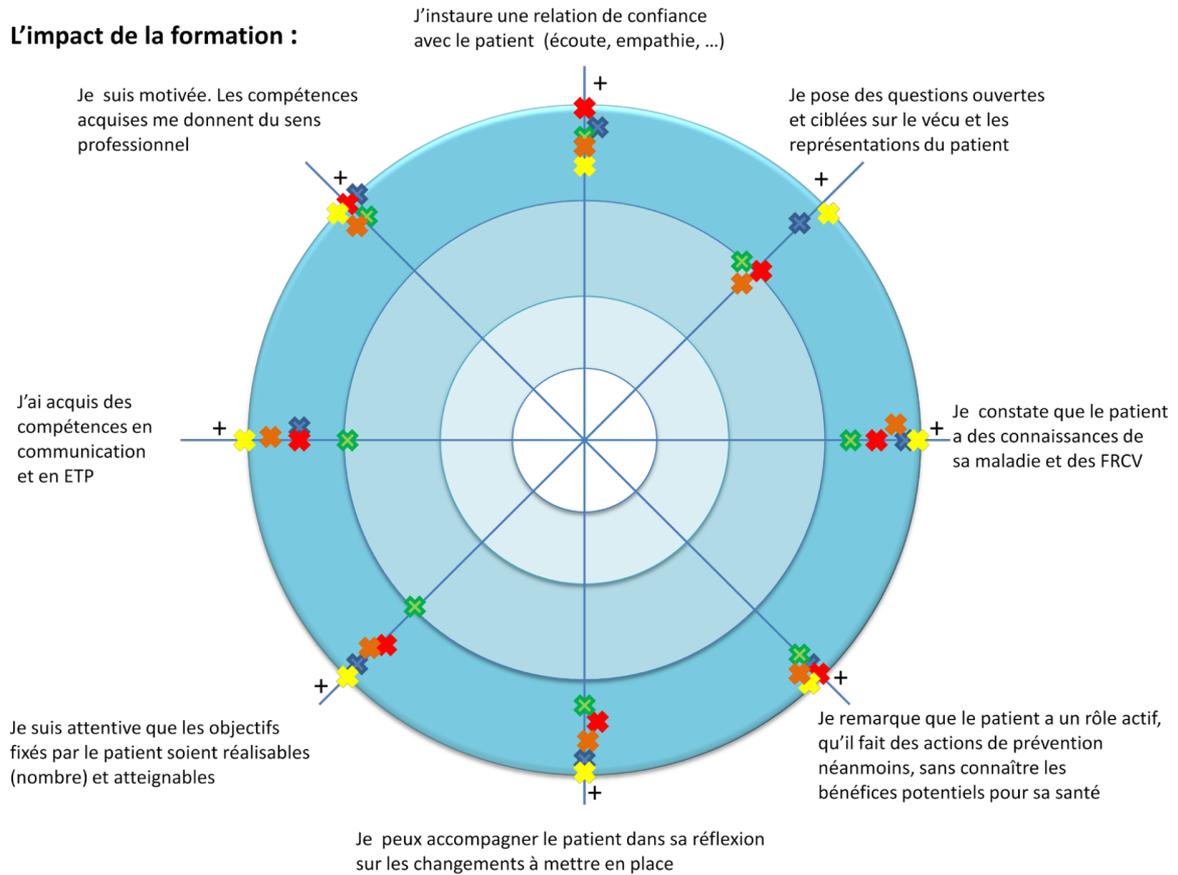


15. Tableau reprenant les résultats de la cible

Objectifs	Critères Compétences	Méthode de mesure des 5 participantes				
		NP Non pratiqué	NA Non atteint	VA En voie d'acquisition	A Atteint	LA Largement atteint
Les soignants seront capables de mener une séance éducative auprès d'un patient vasculaire afin qu'il repère les actions de prévention qu'il fait et celles qu'il peut encore mettre en place	J'instaure une relation de confiance					
	Je pose des questions ouvertes et ciblées sur le vécu et les représentations du patient					
	Je constate que le patient a des connaissances de sa maladie et des FRCV					
	Je remarque qu'il a un rôle actif, qu'il fait des actions de prévention néanmoins, sans connaître les bénéfices potentiels pour sa santé					
	Je peux accompagner le patient dans sa réflexion sur les changements à mettre en place					
	Je suis attentive que les objectifs fixés par le patient soient réalisables et atteignables					
	J'ai acquis des compétences en communication et en ETP					
	Je suis motivée. Les compétences acquises me donnent du sens professionnel					

16. Résultats de l'évaluation des soignants

L'impact de la formation :



17. Le cône d'apprentissage d'Edgar Dale

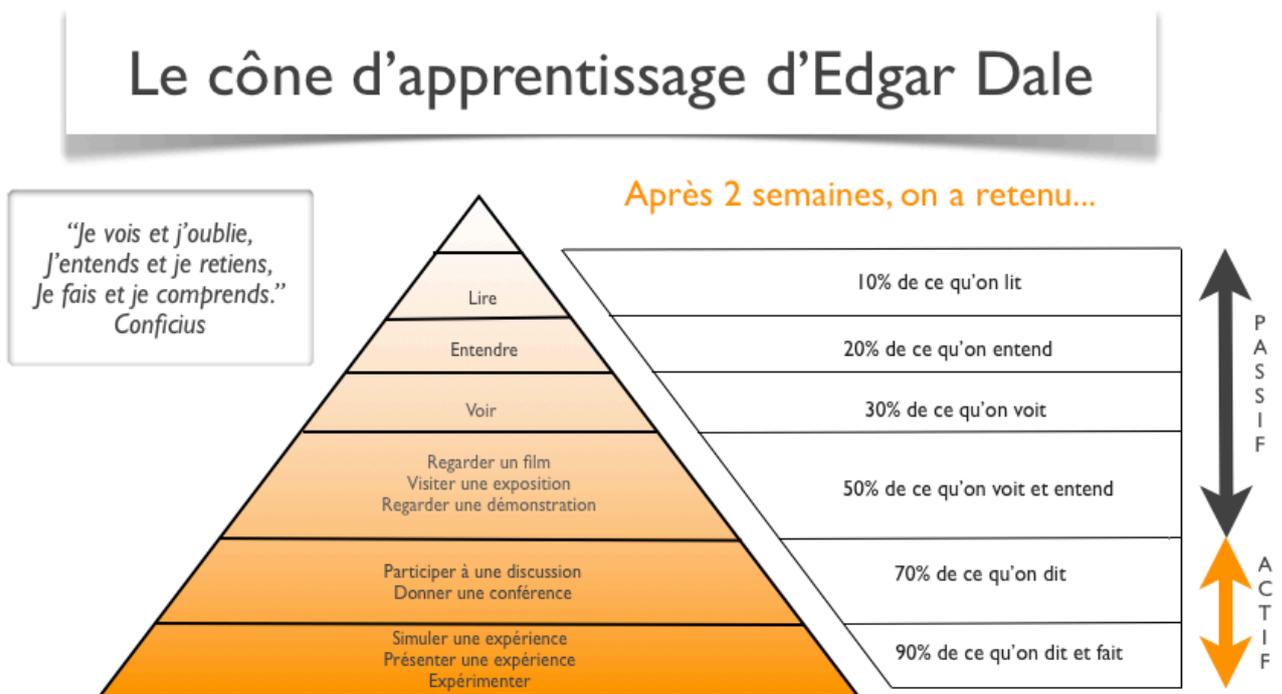


Figure 15 Cône d'apprentissage d'Edgar Dale (1933)
Source: site jeffbalek.com

Résumé

Mettre en place un projet d'éducation thérapeutique du patient en chirurgie vasculaire est un défi. En effet, passer du modèle biomédical à un modèle centré sur le partenariat avec le patient est un changement paradigmatique progressif.

En partant du besoin emblématique du patient vasculaire de « reconnaître le rôle actif qu'il joue déjà ou peut encore développer pour prévenir les risques pour sa santé », et du besoin de formation des soignants « d'acquérir des compétences d'éducation thérapeutique », un projet spécifique, adapté aux besoins du service, a été développé.

Une journée de formation a permis l'atteinte des objectifs définis à partir des besoins identifiés préalablement. Les soignantes ont acquis de nouvelles compétences d'éducation thérapeutique pour le patient (ETP) avec de nouvelles habiletés communicationnelles leur permettant de réaliser des séances éducatives avec le patient vasculaire.

Un outil pédagogique a été créé afin que le soignant puisse accompagner le patient vasculaire à repérer ses compétences d'auto-soins concernant les facteurs de risque cardiovasculaires, ses compétences spécifiques ainsi que les signes d'alerte en lien avec ses maladies chroniques. En terme de satisfaction, les résultats des patients sont très positifs, néanmoins, il est encore précoce pour avoir des résultats de modification avérée des comportements.

Concernant les cinq soignantes formées, les résultats trois mois post formation sont très positifs et nous encourageant à continuer le développement de la sensibilisation de l'ETP pour tous les soignants du service de chirurgie vasculaire.