

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020-2022

MEMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER
EN PRATIQUE AVANCÉE

MENTION : Pathologies chroniques stabilisées

**L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN POST-AVC PRÉCOCE : UNE
CONSULTATION DE PRÉ-SORTIE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES
SOINS**

Présenté et soutenu publiquement le 01 juillet 2022 à 9H00
au Pôle Formation
par **Amandine HODICQ-BOUTHORS**

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame Léone DE OLIVEIRA

Directeur de mémoire :

Madame Mélanie SEILLIER

Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce mémoire.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Madame SEILLIER Mélanie, pour sa disponibilité, ses relectures ainsi que ses précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie l'ensemble de l'équipe de mon lieu de stage, pour leur accueil, leur disponibilité, leur accompagnement et qui ont contribué au succès de celui-ci.

Je remercie l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service dans lequel je travaille, pour m'avoir accordé du temps dans le remplissage des questionnaires.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'université de Lille et les intervenants professionnels responsables de la formation, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci.

Je remercie également Mme BARGIBANT Catherine, qui a su me conseiller sur la façon de conduire ce genre de mémoire.

Enfin, je remercie mon mari et mes enfants qui ont toujours été là pour moi et m'ont toujours encouragé et soutenu dans l'élaboration de mon projet professionnel.

Sommaire

1. Introduction générale.....	1
2. Cadre conceptuel	3
3. Introduction théorique : récit de la situation	11
4. Méthode.....	16
5. Résultats	18
6. Discussion	28
7. Conclusion.....	31
Bibliographie.....	33
Table des matières	35
Annexes	36

Glossaire

AIT	Accident ischémique transitoire
ARS	Agence régionale de santé
ASIA	Anévrisme du septum inter auriculaire
AVC	Accident vasculaire cérébral
CII	Conseil international des infirmières
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ETO	Echographie transoesophagienne
ETP	Education thérapeutique du patient
FOP	Foramen ovale perméable
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
IPA	Infirmière en pratique avancée
OMS	Organisation mondiale de la santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UNV	Unité neuro-vasculaire

1. Introduction générale

L'Accident vasculaire cérébral (AVC) est un véritable enjeu de santé publique. L'AVC est un évènement brutal au sein d'une maladie chronique qui nécessite un suivi au long cours.

Les personnes hospitalisées dans l'unité neuro-vasculaire (UNV) de l'hôpital suite à un AVC n'ont pas toujours conscience de l'importance de l'AVC, de sa gravité, et ne connaissent pas précisément les signes d'alerte de l'AVC, ni la conduite à tenir en cas de récurrence.

Ces méconnaissances peuvent avoir plusieurs conséquences :

- risque de récurrence plus important, avec une récupération moins bonne si la personne tarde à réagir
- faible probabilité de modification de leur mode de vie
- non-implication dans la gestion de leur maladie
- incompréhension de la nécessité de prendre un traitement au long cours, entraînant ainsi une mauvaise observance thérapeutique

De plus, du fait de son caractère brutal, les patients peuvent être confrontés à un choc émotionnel plus ou moins important et doivent pouvoir exprimer leurs émotions et leur vécu pour ensuite cheminer vers un processus d'acceptation de la maladie. Cette étape est importante pour que les personnes soient impliquées dans leur parcours de soins.

Dans le cadre de mon activité en consultation post-AVC, j'ai fait ce constat à plusieurs reprises.

Mon objectif étant de mettre en place une consultation de pré sortie pour les patients hospitalisés pour AVC ou accident ischémique transitoire (AIT), ce mémoire d'analyse de pratiques professionnelles me permettra d'en amorcer les contours ainsi que le contenu.

Je tenterai alors de répondre à la question suivante : comment réaliser une consultation de pré-sortie pour les patients victimes d'AVC ou d'AIT afin d'améliorer les pratiques professionnelles et entrer progressivement dans une démarche éducative ?

Dans un premier temps, je présenterai quelques concepts liés à la prise en charge en post AVC et à l'éducation thérapeutique, puis une situation concrète vécue lors de ma pratique quotidienne en consultation qui m'a amené à travailler sur ce sujet.

Dans un second temps je présenterai la méthodologie qui m'a guidée dans la réalisation de ce travail réflexif : réunion d'équipe avec remise d'un questionnaire puis recherche documentaire.

Dans un troisième temps, j'exposerai les résultats qui en ont découlé.

Enfin, dans la discussion, j'envisagerai les apports de mon travail dans le champ de compétences de l'infirmière en pratique avancée (IPA).

Le but de ma démarche est d'amener vers une réflexion qui pourrait améliorer les pratiques professionnelles en neurologie ainsi que la prise en charge des patients victimes d'AVC ou d'AIT dans le suivi de la pathologie.

2. Cadre conceptuel

2.1. L'accident vasculaire cérébral :

2.1.1. Définition et généralités

L'AVC est caractérisé par un déficit brutal, focal, lié à une lésion du cerveau d'origine vasculaire. On distingue 2 grands types d'AVC : les ischémiques qui représentent 80% des AVC et les hémorragiques qui représentent les 20% restants.

- L'AVC ischémique :

Il s'agit de l'occlusion d'une artère cérébrale qui peut avoir différentes étiologies :

- 25% d'entre eux sont dus à une arythmie cardiaque (fibrillation atriale) ;
- 25% à la rupture d'une plaque d'athérome ;
- 25% à une maladie des petites artères cérébrales (microangiopathie) ;
- le quart restant correspond à d'autres causes parmi lesquelles la dissection des artères carotidiennes et vertébrales (1ère cause d'AVC chez le sujet jeune).

Si les symptômes durent moins d'une heure, on parle alors d'accident ischémique transitoire (AIT). Il s'agit de l'obstruction d'une artère du cerveau par un caillot avec une recanalisation spontanée de cette artère.

L'AIT est parfois négligé ou peut parfois passer inaperçu du fait du caractère bref des symptômes. Il constitue pourtant un signe avant-coureur d'infarctus cérébral : le risque d'AVC est particulièrement élevé dans les heures et les jours qui suivent un AIT (risque de 5% dans les 48 premières heures et d'environ 10% à un mois). Ce risque est calculé à l'aide du score ABCD2 (annexe 1).

L'AIT est donc une circonstance privilégiée pour mettre en œuvre une prévention de l'infarctus cérébral, via des traitements médicaux ou chirurgicaux, et par le contrôle des facteurs de risques.

Plus rarement, l'infarctus cérébral peut avoir une origine veineuse (et non artérielle) : on parle alors de thrombose veineuse cérébrale, qui représente environ 1% des AVC.

- L'AVC hémorragique :

Les hémorragies cérébrales (hématomes cérébraux parenchymateux) et les hémorragies méningées (hémorragies sous-arachnoïdiennes) représentent respectivement 15% et 5% des AVC.

Un AVC hémorragique peut avoir plusieurs étiologies :

- Hypertension artérielle (70 à 90 % des cas).
- Angiopathie amyloïde (5 à 10 % des cas) qui est la cause la plus fréquente de saignement chez le sujet âgé.
- Malformations vasculaires : 5 % des hématomes sont liés à la rupture d'une malformation vasculaire, artérielle (anévrisme) ou artério-veineuse. Cette proportion représente 40 % des sujets jeunes.

2.1.2. Épidémiologie

L'AVC touche 15 millions de personnes, chaque année, dans le monde. En France, on compte environ 150 000 nouveaux cas d'AVC par an (Amarenco, 2021). Un AVC se produit toutes les quatre minutes.

En termes de prévalence, parmi les 880.000 personnes ayant présenté un AVC constitué ou transitoire, environ 550 000 d'entre elles en conservent des séquelles (*INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC.* - Légifrance, s. d.)

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), l'AVC est : la "1ère cause de handicap physique acquis de l'adulte", la "2ème cause de démence après Alzheimer" et la "2ème cause de mortalité". (*INSERM, 2019*)

2.1.3. Facteurs de risque

Certains facteurs de risques d'AVC sont dits « non modifiables » comme :

- l'âge : il s'agit du principal facteur de risque. Le risque d'AVC augmente rapidement après l'âge de 55ans (augmentation progressive et continue du risque).
- l'origine ethnique : les gens d'origine autochtone, africaine, hispanique et sud-asiatique sont plus exposés à l'hypertension artérielle et au diabète qui sont eux-mêmes des facteurs de risque. (*CNFS, 2021*)

- le genre : le taux d'incidence est plus élevé chez l'homme que chez la femme qui s'explique par une protection des femmes avant la ménopause par les œstrogènes naturels. La différence diminue après la ménopause et disparaît après 75 ans.

« Avant la ménopause, la femme semble protégée de l'infarctus du myocarde ou de l'AVC sauf si elle a une hypertension artérielle (HTA), un diabète, une hypercholestérolémie ou si elle fume. Après la ménopause, elle rejoint le niveau de risque de l'homme ». (Amarenco, 2021)

- les facteurs génétiques : le risque de faire un AVC est plus élevé en cas d'antécédents familiaux chez des parents du premier degré à un âge jeune (< 55 ans pour le père ; < 65 ans pour la mère).

- le poids à la naissance (inférieur à 2,5 kg)

D'autres sont dit facteurs de risques « modifiables » :

- Hypertension artérielle (HTA) : > 140 – 90 mmHg. C'est la pression systolique qui est la mieux corrélée au risque (surtout après 60 ans). Traiter l'HTA diminue fortement le risque d'AVC.

- Diabète : facteur de risque majeur.

- Tabagisme : explique la majorité des accidents cardiovasculaires survenant chez les jeunes. Le risque est proportionnel à la quantité de tabac (mais déjà très significatif pour un faible tabagisme et aussi en cas de tabagisme passif). Diminution rapide du risque à l'arrêt (2 à 3 ans).

- Hypercholestérolémie

Il existe également des facteurs prédisposants tels que :

- obésité : liée aux habitudes alimentaires et à la sédentarité. L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) > 30 Kg/m².

- sédentarité

- alcool

2.1.4. Séquelles

Les patients ont des séquelles importantes dans 40% des cas, 60% récupèrent leur indépendance et 20% sont décédés 1 an après l'accident. (INSERM, 2019)

Les séquelles d'AVC sont nombreuses :

- une séquelle motrice : l'hémiplégie (Paralysie d'un côté du corps), l'hémi-parésie (correspond à une paralysie incomplète de l'hémicorps due à une perte partielle de la force motrice)

- un engourdissement persistant d'un membre : ce sont les paresthésies

- une perte de sensibilité
- un trouble de la parole : l'aphasie (trouble du langage oral ou écrit, pouvant affecter l'expression et la compréhension)
- une dysarthrie : trouble de l'articulation du langage
- des troubles de déglutition
- une hémiparésie : incapacité ou difficulté à détecter les objets du côté » opposé à la lésion cérébrale. Le patient néglige, oublie la moitié de son corps.
- des vertiges, troubles de la marche, troubles de l'équilibre
- des troubles de la vision : flou visuel, cécité partielle ou totale d'un œil
- des douleurs : il peut y avoir des céphalées persistantes mais également des douleurs musculaires du côté déficitaire
- des troubles sphinctériens : impossibilité d'uriner, besoins impérieux
- des troubles sexuels : troubles de la libido, troubles de l'érection
- une fatigue, des troubles de concentration
- une anxiété, une irritabilité
- des troubles de l'humeur, la dépression
- des troubles de la mémoire
- des crises d'épilepsie séquellaires sur la lésion cérébrale
- un ralentissement psychomoteur
- un état de stress post-traumatique : la peur de la récurrence

Différents professionnels interviennent dans la prise en charge de ces différentes séquelles, tels que : kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, psychothérapeute, orthoptiste, neuropsychologue.

2.1.5. La consultation post-AVC

Suite au plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux de 2010-2014, un cahier des charges de ces consultations décrit que chaque site d'unité neuro-vasculaire labellisé par une Agence Régionale de Santé (ARS) doit disposer d'une consultation d'évaluation pluri professionnelle post AVC. (*Plan national d'actions AVC 2010-2014*, 2019)

Celles-ci peuvent également être effectuées en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), désignés par les ARS à la condition que les professionnels non neurologues aient une compétence et expérience en pathologie neurovasculaire ou disposent d'un accès à une expertise neurovasculaire.

La consultation post AVC est une consultation pluriprofessionnelle comprenant les dimensions médicale, rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale. Elle permet une évaluation des conséquences de la maladie et permet de proposer des prises en charge adaptées. Chaque personne ayant présenté un AVC ou un AIT doit pouvoir bénéficier de cette consultation dans les 3 à 6 mois suivant l'accident.

Afin d'avoir un indicateur sur l'activité, l'ARS se charge de suivre le nombre de consultations d'évaluation pluriprofessionnelles annuelles en fonction du nombre d'hospitalisations de patients victimes d'AVC ou d'AIT sur l'établissement.

Les professionnels généralement impliqués dans cette consultation sont : infirmier, neurologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, assistant social, gériatre, médecin rééducateur. Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), elle est une étape dans l'éducation thérapeutique, l'information et le contrôle des facteurs de risques.

(Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC., 2015)

Les missions de cette consultation pluridisciplinaire sont les suivantes :

- Évaluer la maladie vasculaire
- Établir un pronostic fonctionnel et cognitif par une évaluation neuropsychologique
- Évaluer les troubles de l'humeur (dont la dépression)
- Évaluer les capacités de réinsertion sociale et professionnelle
- Évaluer la qualité de vie du patient
- Assurer la meilleure prévention secondaire et le contrôle des facteurs de risque.
- Proposer ou renforcer, si nécessaire, un programme d'éducation thérapeutique
- Évaluer la qualité de vie de l'entourage et déterminer si les aidants ont besoin d'un soutien
- Informer le patient et son entourage sur la pathologie, les facteurs de risque, les traitements, les associations de patients.

Et être force de proposition en orientant éventuellement le patient vers les structures et les professionnels adaptés.

Actuellement, lors de ces consultations dans mon établissement, ces missions sont atteintes mis à part la proposition d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

2.2. L'éducation thérapeutique :

2.2.1. Aspects généraux et cadre légal

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. (OMS, 1996)

Elle doit être centrée sur le patient et fait partie intégrante et de façon permanente de sa prise en charge. Elle vise à améliorer la santé du patient, sa qualité de vie et celle de ses proches en acquérant des compétences qui sont de 2 ordres :

- des compétences d'autosoins : soulager ses symptômes, mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (activité physique, équilibre diététique), faire face aux conséquences occasionnées par la maladie, prendre en compte des résultats d'une automesure.
- des compétences d'adaptation : développer des compétences en termes de communication et de relations interpersonnelles, se fixer des buts à atteindre, savoir gérer ses émotions et son stress.

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 inscrit l'éducation thérapeutique dans le Code de la santé publique, ce qui permet son implication dans le parcours de soins du patient.

Les objectifs de l'ETP sont d'aider le patient à mieux comprendre et à gérer sa maladie, faciliter son adhésion au traitement, le rendre le plus autonome possible afin d'améliorer sa qualité de vie. Les programmes d'ETP concernent les patients mais aussi leur entourage.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le régime déclaratif remplace le régime d'autorisation des programmes d'ETP. Ainsi, pour mettre en place d'un programme, celui-ci doit être construit selon un cahier des charges et un dossier de déclaration doit être déposé auprès de l'ARS en y incluant une déclaration sur l'honneur qui atteste que le programme est conforme aux exigences réglementaires.

Un programme d'ETP comprend 4 étapes :

- élaborer un diagnostic éducatif à partir des connaissances et savoir-faire du patient afin d'identifier ses besoins, ses attentes et son projet.
- définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage.
- planifier et mettre en œuvre des séances d'ETP (individuelles ou collectives).
- évaluer les compétences acquises et le déroulement du programme

Selon le décret n°2010-906 et un arrêté en date du 2 août 2010, afin de dispenser l'ETP, les professionnels impliqués doivent bénéficier d'une formation de quarante heures d'enseignements afin d'acquérir les compétences nécessaires à cette activité, qui sont d'ordre relationnel, pédagogique et d'animation, méthodologique, organisationnel, biomédical et de soins. (*Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, 2010*)

2.2.2. ETP et AVC

La prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral ne se limite pas à la phase aigüe.

Le suivi post AVC est aussi important, tant pour évaluer les séquelles que pour favoriser les connaissances sur la maladie des patients et améliorer leur qualité de vie. C'est tout l'objectif des consultations de suivi post AVC et de l'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prévention secondaire après un infarctus cérébral ou un AIT. Toutes les recommandations, en particulier celles relatives au contrôle des facteurs de risque ou à l'observance médicamenteuse, peuvent entrer dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient (ETP). (*HAS, 2018*)

L'AVC est devenu une priorité nationale de santé publique de par son retentissement fonctionnel et financier.

La majeure partie des programmes portant sur les maladies cardiovasculaires recensés dans notre région (représentés sur la cartographie ci-dessous) concernent les pathologies cardiaques. Les programmes d'ETP pour les patients ayant subi un AVC ou AIT ne sont que trop peu développés dans les Hauts-de-France.

Maîtriser le risque de récurrence suppose de déployer auprès du patient une action coordonnée ciblant les facteurs de risque, dont les principaux sont le tabagisme, l'hypercholestérolémie, une alimentation déséquilibrée et une activité physique insuffisante ou inadaptée. En parallèle de ces facteurs de risque, l'observance des traitements prescrits lors de la phase aiguë a également un impact déterminant sur la probabilité d'être victime d'une récurrence. Les programmes d'éducation thérapeutique en post-AVC s'adressent aux patients en tant qu'acteurs, mais aussi souvent à son entourage et aux aidants. Ils ont pour objectif d'atténuer les conséquences de l'AVC et leur retentissement sur la vie quotidienne. Dans le cadre de l'AVC, la place des aidants est souvent importante et nécessaire aux côtés du patient et donc aussi tout au long des ETP.

Une étude menée dans 188 pays confirme que plus de 90 % des accidents vasculaires cérébraux sont dus à des facteurs de risques modifiables. Ainsi plus des trois quarts des AVC pourraient être évités grâce à un contrôle des facteurs de risque. (*Feigin et al., 2016*)

3. Introduction théorique : récit de la situation

Il s'agit d'une consultation post-AVC complexe qui a eu lieu en juin 2021. Comme à l'habitude, je prépare mes dossiers de consultation quelques jours avant afin de prendre connaissance des différents dossiers.

Cet après-midi-là, je vois Mme L âgée de 69 ans, 6 mois après son hospitalisation en neurologie vasculaire. Elle est mariée, a 1 enfant, retraitée, était autonome pour les actes de la vie quotidienne, conduisait son véhicule, se déplaçait sans aide technique.

Ses facteurs de risque cardiovasculaire sont les suivants :

- HTA
- hypercholestérolémie
- diabète non insulino-dépendant
- syndrome d'apnée du sommeil appareillé

Elle avait présenté, quelques jours avant son admission dans le service, une chute avec sensation de malaise et une dysarthrie transitoire régressive en 30 minutes.

Arrivée aux urgences le jour même, elle a bénéficié d'une IRM dans le cadre de l'alerte thrombolyse qui a montré la présence d'un thrombus pré-occlusif en sylvien droit sans lésion encéphalique visible constituée.

Elle a donc été thrombolysée puis transférée à Lille pour indication de thrombectomie (qui n'a pas été entreprise compte tenu d'une recanalisation post-thrombolyse).

Elle a ensuite été de nouveau transférée dans notre service des soins intensifs neurovasculaires pour suite de prise en soins.

Dans le cadre du bilan étiologique de cet infarctus cérébral, un échodoppler des troncs supra-aortiques a été réalisé et est revenu normal.

Cependant, un foramen oval perméable (FOP) avec anévrysme du septum inter auriculaire (ASIA) a été mis en évidence à l'échographie cardiaque trans-thoracique, pour laquelle il avait été préconisé de réaliser une ETO (échographie trans-oesophagienne) que la patiente a refusé sans anesthésie générale.

La patiente est rentrée à son domicile avec le dispositif PRADO. Son projet de soins était le suivant :

- ETO sous anesthésie générale
- fermeture de son foramen oval perméable.
- consultation de suivi post-AVC complexe

Son traitement de sortie, qui été noté dans le courrier, était le suivant :

- Xarelto 20 mg
- Tahor 10mg
- Irbesartan 150 mg
- Levothyrox 125
- Esoméprazole 40mg
- Metformine 500 mg, 2 comprimés/jour
- Répaglinide 1 mg, 3 comprimés/jour

En lisant le dossier de M. L je savais que je devais être vigilante quant au contrôle des facteurs de risque et à l'observance thérapeutique. Cependant, il n'y avait pas eu de difficultés particulières sur la prise des traitements avant et lors de l'hospitalisation donc j'étais plutôt confiante à ce sujet.

Je vais donc chercher la patiente en salle d'attente où elle se trouve avec son mari. J'invite ensuite le couple à s'asseoir et je me présente en m'installant face à eux pour débiter l'entretien.

A ce moment, j'ai l'impression que son époux est perplexe par rapport au rendez-vous. Je le sens un peu tendu. Je me questionne alors sur la cause de ce comportement.

Je demande à Mme L si elle connaît le motif de cette consultation. Elle me répond qu'elle sait qu'elle vient voir le neurologue, sans doute par rapport à l'hospitalisation du mois de décembre. Elle me dit également ne pas comprendre l'intérêt d'une consultation dans un délai aussi long après un AVC.

Je lui en explique donc l'intérêt ainsi que son déroulement. La consultation se déroulera en 2 étapes. La première que je commence par un entretien en faisant le bilan depuis le retour à domicile : le contrôle des facteurs de risque avec bilan sanguin récent, le traitement (observance, changement récent), les éventuelles difficultés rencontrées à la sortie de l'hospitalisation, la reprise de la conduite automobile, le suivi des consultations préconisées dans le projet de soins, les résultats d'examens réalisés en post-hospitalisation puis l'autonomie par le remplissage de différentes échelles avec également le dépistage de séquelles invisibles telles que la dépression, des douleurs chroniques, un état de stress post-traumatique, une fatigue invalidante, une irritabilité, des troubles de concentration.

La deuxième, aura lieu avec le neurologue. Après lui avoir fait une synthèse de mon entretien, il reverra les points d'ordre médicaux (les traitements avec un réajustement des posologies si nécessaire, la prescription d'examens complémentaires le cas échéant, puis l'examen clinique). Je demande ensuite à la patiente si elle est bien au clair avec la pathologie. Elle me répond « oui je sais que j'ai fait un AVC. Il y a une veine qui s'est bouchée. Mais moi ce n'est pas un AVC trop grave car ça s'est débouché après, c'est pour ça que ça va un mieux ».

J'ai l'impression que la patiente n'est pas très au clair avec ce qu'il s'est réellement passé et qu'elle n'a donc pas vraiment conscience de l'importance du suivi et de la prise en charge.

A ce moment-là, je me demande comment s'est faite l'annonce diagnostic, les informations qu'elle a reçu sur la pathologie au moment de l'annonce, et si la patiente était réceptive à ce qu'on lui disait.

Lorsque j'aborde ensuite les facteurs de risque, Mme L me dit qu'elle ne fume pas et me fait part qu'elle mange plutôt équilibré, et peu sucré. Cependant, on note une obésité modérée avec un IMC à 30. Je me demande alors comment l'IMC peut être élevé en ayant une alimentation correcte ? Ses propos sont-ils justes ? Est-ce un manque d'activité physique régulière ? Est-ce un lien avec des quantités trop importantes lors des repas ? Un suivi diététique serait-il judicieux ?

Par ailleurs, le bilan sanguin (bilan lipidique ainsi que l'hémoglobine glyquée) était bon pendant l'hospitalisation. Elle n'a pas apporté ses derniers résultats de bilan sanguin car ne le savait pas. Elle ne pratique pas d'activité physique et consomme de l'alcool de manière très occasionnelle.

Malgré ses antécédents d'hypertension artérielle, il n'y a pas de contrôle tensionnel régulier. Celui-ci étant fait uniquement par le médecin traitant lors de la visite mensuelle pour le renouvellement du traitement. En consultant son dossier, je me suis aperçue que les tensions étaient élevées pendant l'hospitalisation.

De plus, Mme L n'a pas en sa possession le carnet de suivi du PRADO. Je ne peux donc pas avoir d'aperçu sur la surveillance réalisée pendant 1 mois.

Je lui parle ensuite de son syndrome d'apnée du sommeil. La patiente me coupe alors la parole en me disant « oui bon alors là, ça je ne le supporte pas. C'est bruyant alors je ne le mets pas toujours et quand je le mets, il m'arrive de l'enlever au milieu de la nuit ».

Je lui explique donc l'importance de la bonne observance de l'appareil. Elle me regarde alors d'un air étonné et me dit « Ah bon, je ne savais pas que ce que j'ai eu pouvait être en rapport avec ça ! ».

Je me dis alors qu'il y a eu un manque d'informations avant la sortie, malgré les antécédents de Mme L. et que la patiente était donc exposée à un risque de récurrence élevé. En effet, le manque de connaissance, en l'occurrence un syndrome d'apnée du sommeil non traité ou mal contrôlé, peut entraîner des troubles cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. Je me sentais un peu mal à l'aise car pour moi il y avait un manque dans la prise en charge.

Je lui demande ensuite la dernière ordonnance de son traitement habituel pour faire le point. Mme L me fait part qu'elle ne comprend pas pourquoi elle a toujours du Xarelto alors que son FOP a bien été fermé il y a 2 mois et me demande si elle doit le prendre à vie. Néanmoins, selon la patiente il y a une bonne observance thérapeutique, qui est confirmée par l'époux. Je lui en explique donc l'intérêt et lui dit que le médecin fera le point sur le traitement juste après. Elle paraissait bien comprendre le but du traitement, ce qui me laissait penser que le problème n'était pas une mauvaise compréhension de la dame pendant son séjour dans le service mais peut être une insuffisance d'explications de la part du personnel.

J'aborde dans un dernier temps l'autonomie pour en faire une évaluation avec les différentes échelles qui sont à remplir ainsi qu'une évaluation de la qualité de vie depuis le retour à domicile. Je lui pose alors la question sur ses déplacements et la conduite automobile. Mme L me dit qu'elle n'a pas vu le médecin expert.

Son époux intervient alors et d'un ton un peu énervé me dit « je ne suis pas très satisfait de la prise en charge car pendant que ma femme était à l'hôpital, nous n'avons eu que très peu d'informations. On ne savait même pas ce que c'était ce truc au cœur et même ça on ne savait

pas qu'elle ne pouvait plus conduire ! En fait vous êtes en train de me dire que mon épouse conduit illégalement depuis plusieurs mois ? ». Je comprenais alors que son époux était mécontent de la prise en charge, ce qui expliquait sa perplexité en lien avec le rendez-vous. Bien qu'étant déstabilisée par les conditions dans lesquelles se déroulait la consultation, je rassurais le couple en leur disant que ce n'était pas une conduite illégale puisqu'elle ne lui était pas interdite mais que selon la loi, une visite médicale était nécessaire chez les patients cérébrolésés par rapport à la prise en charge des assurances.

Je termine donc mon entretien en précisant à Mme L et à son époux que j'allais transmettre toutes ces informations au médecin et qu'il les verrait ensuite. En transmettant le dossier au neurologue, je lui ai exposé mon ressenti. J'étais perturbée par toutes ces difficultés rencontrées lors de l'entretien. De plus, le temps imparti à ces consultations ne m'ont pas permis de développer en détail certains points alors que j'en ressentais la nécessité au vu des interrogations du couple et du manque d'information.

Lors de ma pratique quotidienne en consultation post-AVC, je suis régulièrement confrontée à :

- des patients

- qui restent avec de nombreuses interrogations sur leur pathologie ;
- qui ont un sentiment d'abandon fréquent de la part du secteur sanitaire.

- des aidants

- démunis face à des difficultés rapportées/observées chez leur proche ;
- isolés, ne sachant pas toujours vers qui se tourner pour une aide.

Peu d'entre eux connaissent réellement leur pathologie, ou les signes d'alerte de l'AVC et encore moins leurs facteurs de risques.

Partant de cette problématique, voici la question en lien avec la pratique avancée à laquelle je tenterai de répondre à travers ce mémoire d'analyse de pratique professionnelle :

Comment réaliser une consultation de pré-sortie pour les patients victimes d'AVC ou d'AIT afin d'améliorer les pratiques professionnelles et entrer progressivement dans une démarche éducative ?

4. Méthode

Au départ, j'avais pensé à réaliser un mémoire de recherche en analysant les besoins éducatifs des patients victimes d'AVC afin de m'orienter vers l'élaboration d'un programme d'ETP.

Cependant après mûre réflexion, lecture et discussion avec ma directrice de mémoire, mon choix s'est porté sur une analyse de pratique professionnelle. En effet, suite à mon constat il me semblait plus pertinent d'amener l'équipe du service dans lequel je travaille, à améliorer nos pratiques quotidiennes pour une satisfaction du patient de sa prise en charge.

De plus, suite à mon expérience professionnelle de 10 ans en tant qu'infirmière de neurologie et de 2 ans en tant qu'infirmière de consultation post-AVC, j'avais déjà un aperçu des besoins éducatifs des patients.

Depuis mon activité aux consultations, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des personnes qui ne connaissaient que très peu leur pathologie, la conduite à tenir lors de la sortie de l'hospitalisation, et sous-estiment l'importance du contrôle des facteurs de risque.

Suite à cela, lors de réunions de consultation post-AVC annuelles, j'avais exposé cette problématique à l'ensemble de l'équipe médicale afin de trouver des solutions pour y palier.

Un programme d'éducation thérapeutique serait nécessaire pour accompagner ces personnes.

Cependant la construction d'un programme structuré d'ETP nécessite un long travail et prend beaucoup de temps à être mis en place.

Par ailleurs, entre le moment de la sortie du patient et son intégration dans le programme, il se passe un certain temps où le patient est donc « livré à lui-même » alors que le risque de récurrence est plus élevé dans les premiers jours qui suivent l'AVC ou l'AIT. Si les facteurs de risque ne sont pas contrôlés le plus précocement possible, le patient s'expose donc à une probabilité plus élevée de récurrence et de réhospitalisation.

Après réflexion, j'ai proposé d'intervenir auprès du patient avant sa sortie, afin de faire le point sur ce qu'il a compris de sa pathologie, de ses traitements ainsi que ses interrogations avant de retourner à son domicile.

Ainsi est né mon projet de mettre en place une consultation de pré-sortie auprès des patients hospitalisés pour AVC ou AIT. Celle-ci serait basée sur les concepts de l'éducation thérapeutique.

Pour élaborer ce mémoire, j'ai choisi d'utiliser 2 axes de méthodologie :

- L'analyse de pratique en équipe :

Après accord de la cadre supérieure de la coordination des soins, du cadre du service ainsi que du médecin-chef de service, je suis allée rencontrer l'équipe dans le service lors d'une réunion au mois de février, afin de leur expliquer mon projet et le sujet de mon mémoire. Je leur ai fait part du constat que je faisais régulièrement en consultation et que nous en avons déjà discuté avec l'équipe médicale pour chercher des solutions à cette problématique.

En effet, selon les recommandations de bonnes pratiques, les patients sortants devraient bénéficier d'informations et d'éducation thérapeutique.

Nous avons échangé tous ensemble à ce sujet.

Je leur ai ensuite donné un questionnaire que j'ai élaboré (annexe2). Celui-ci concerne toute l'équipe médicale et paramédicale du service neurologie vasculaire du Centre Hospitalier dans lequel je travaille.

L'objectif étant d'impliquer l'équipe dans la construction de cette consultation et donc dans l'enseignement au patient.

Cette enquête a été laissée à disposition dans le service pendant 6 semaines. Je suis allée revoir l'équipe entre-temps pour relancer le personnel quant au remplissage des questionnaires.

- La recherche documentaire :

Pour compléter ce travail, j'ai également fait des recherches bibliographiques afin de répondre le plus précisément possible à ma question. Différents types de références ont été utilisées et répertoriées dans ma bibliographie.

Le recueil d'articles s'est effectué par la recherche de mots-clés en les combinant de toutes les façons possibles.

D'abord, pour la maladie, les mots-clés ont été les suivants : accident vasculaire cérébral, AVC, AIT, pathologie neurovasculaire, patient cérébrolésé.

Ensuite, concernant l'éducation, ont été choisis : ETP, éducation thérapeutique du patient, éducation à la sortie d'hospitalisation, posture éducative.

Enfin, d'autres mots-clés ont été utilisés tels que : recommandations de bonnes pratiques, analyse de pratique professionnelle, qualité des soins, référentiel de compétences.

5. Résultats

5.1. Résultats de l'enquête :

Après 6 semaines de mise à disposition des questionnaires, 6 personnes sur 42 (équipe médicale et paramédicale confondues) ont répondu à l'enquête.

- **1^{ère} question : Avant la sortie, donnez-vous des conseils ou des informations aux patients qui ont été victimes d'AVC ou d'AIT ?**

Résultats : 100% des participants ont répondu « OUI ».

- **2^{ème} question : si oui, la(les)quelle(s) ?**

Résultats :

- risques de la conduite automobile
- surveillance des anticoagulants oraux (contrôle biologique via le médecin traitant)
- informations sur l'ordonnance de sortie
- hygiène de vie adaptée après un événement vasculaire
- motivation à l'arrêt du tabac
- résultats des examens effectués
- alimentation équilibrée, suivi nutritionnel, diététique (2)
- observance de leur traitement (4)
- consulter régulièrement le médecin traitant (3)
- sensibilisation à l'appel du 15 si signes neurologiques évoquant un AVC (4)
- prise des rendez-vous avec les différents spécialistes pour les examens complémentaires
- suivi important des séances de rééducation à domicile (kiné, orthophonie)
- facteurs de risque
- informations sur la pathologie et le risque de récurrence
- intérêt de réagir rapidement en cas de nouveaux signes

- **3^{ème} question : Si non, pour quelle(s) raison(s) ?**

Résultats : une seule personne a répondu que si le patient ne recevait pas de conseil ni d'information avant sa sortie cela était dû à un manque de temps.

➤ **4^{ème} question : Quels seraient, selon vous, les points importants à aborder lors d'une consultation de pré-sortie pour ces patients ?**

Résultats :

- s'assurer de la prise de rendez-vous avec le médecin traitant pour le suivi post hospitalisation
- facteurs de risque (2)
- importance de la bonne observance aux traitements (3)
- rappeler les signes d'alerte et l'importance d'appeler le 15 dès les premiers symptômes même si ceux-ci sont résolutifs spontanément (3)
- évaluer l'autonomie pour des aides éventuelles
- évaluer les capacités de l'aidant principal
- rappeler l'importance du suivi de rééducation à domicile
- informer le patient des règles hygiéno-diététiques
- être à l'écoute de leurs questions et y répondre au mieux
- évaluer les besoins selon leurs craintes par rapport au risque de récurrence
- proposer des solutions en cas de difficultés à domicile
- faire un point sur les habitudes de vie et l'hygiène de vie à adopter (2)
- expliquer les nouveaux traitements instaurés pendant l'hospitalisation
- reprise d'annonce diagnostic
- expliquer les différents examens effectués avec des mots et termes compréhensibles et adaptés
- donner des informations sur la pathologie et les risques de récurrence en fonction des antécédents du patient

5.2. Recherche documentaire :

5.2.1. Recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge en post-AVC :

Comme cité dans le cadre conceptuel, les bonnes pratiques en matière de réadaptation devraient comprendre : l'information des patients et de leurs soignants sur l'AVC, la réadaptation et la planification de la sortie d'hôpital et du suivi, ce qui, en soi, améliore les connaissances, la satisfaction des patients et réduit la dépression. (*European Stroke Organisation, 2018*)

Toute personne ayant déjà été victime d'AVC ou d'AIT doit pouvoir bénéficier de prévention secondaire, de conseils (notamment sur le contrôle des facteurs de risque et l'observance médicamenteuse) ainsi que d'un soutien. Si le patient est peu ou mal informé, il sera moins

observant sur ses traitements et ses soins médicaux. Ces recommandations peuvent donc s'intégrer dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient.

Des études randomisées ont démontré l'efficacité de l'ETP modifiant le mode de vie après un AVC.

L'AVC est un enjeu de santé publique dont tous les moyens disponibles doivent être mis en place afin d'éviter au maximum les récurrences et d'améliorer la prise en charge.

En effet, le risque de récurrence étant de 5 à 10% par an après un premier AVC et de 30 à 43% à 5ans.

D'après la thèse de Julie Broussard, en ce qui concerne les solutions envisageables pour améliorer la prise en charge et le suivi des patients atteints d'AVC et d'AIT, les médecins sont peu enthousiastes pour utiliser un outil de suivi sur leurs patients. Ils soulignent l'importance de renforcer l'information du patient et la connaissance sur sa pathologie et certains suggèrent la mise en place d'un « réseau d'éducation. (Broussard, 2011)

L'AVC faisant partie des maladies chroniques, peut donc par conséquent bénéficier d'une telle démarche.

Selon la DGOS, une des missions de la consultation post-AVC est de proposer ou renforcer, si nécessaire, un programme d'éducation thérapeutique, mission qui n'est à ce jour pas remplie sur mon établissement. (*Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC.*, 2015)

Malgré les efforts conduits depuis la mise en place du plan AVC 2010-2014, l'accès aux soins de qualité reste insuffisant. Des améliorations sont donc nécessaires pour accompagner les personnes après un AVC comme le développement de l'éducation thérapeutique du patient. Ceci permettant une amélioration de la qualité de vie des personnes, une meilleure observance, une réduction des complications et des récurrences.

Ainsi, le programme pilote conduit par la HAS avec les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de l'AVC, a pour objectif la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques sur l'ensemble de la filière de prise en charge des

AVC depuis les premiers symptômes jusqu'à la première année post-AVC. (*Plan national d'actions AVC 2010-2014*, 2019)

Pour ce faire, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) aide à mettre en œuvre des actions d'amélioration des pratiques afin de promouvoir les bonnes pratiques et permettre ainsi une amélioration de la qualité des soins.

Selon la HAS : l'EPP peut être définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. (*HAS, 2006*)

Pour mener ce genre de travail d'équipe, le rôle d'animateur doit être tenu par une personne possédant une formation de leadership.

Les pré-requis à l'analyse de pratique professionnelle sont :

- la confidentialité des échanges
- l'écoute active et compréhensive
- la bienveillance
- le non-jugement

L'évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle vise 3 objectifs :

- développer une culture commune
- prendre du recul
- impulser une attitude réflexive

(*Carpentier, 2018*)

L'AVC est une priorité de santé publique du fait de son retentissement fonctionnel et financier important, il est donc primordial d'agir précocement de par une éducation thérapeutique du patient et de son entourage ainsi que par une prise en charge de qualité, afin de prévenir ces récurrences, limiter les séquelles et agir sur les changements de comportement.

5.2.2. L'ETP en post-AVC précoce :

Des études ont démontré que l'ETP avant la sortie d'hospitalisation, appelé ETP sh (éducation thérapeutique précédant la sortie de l'hôpital), améliorait les paramètres cliniques et psychosociaux, diminuait les réhospitalisations précoces et augmentait les compétences et l'observance des patients. Déjà pratiquée dans les pays anglo-saxons sous le nom de « discharge education », elle vise également à faciliter la transition hôpital domicile.

De plus, il a été soulevé le fait qu'une insuffisance d'information ou d'éducation pouvait entraîner une mauvaise observance et ainsi une aggravation de son état.

Il est donc nécessaire que les soignants saisissent l'opportunité d'améliorer la qualité des soins en pratiquant cette intervention éducative.

Les études montrent également une satisfaction et un sentiment de valorisation, qu'apporte cette ETP sh aux éducateurs-soignants qui l'exerce.

Une analyse de la littérature a montré que sur 43 publications qui ont été analysées, 21 sont publiées dans des revues infirmières ce qui montre le rôle crucial des infirmières dans cette nouvelle forme d'ETP. (*Albano et al., 2020*)

Cette même analyse démontre, dans la plupart des cas, l'efficacité de l'ETP sh se traduisant par :

- une baisse de la mortalité ;
- une amélioration des paramètres cliniques, psychosociaux, semblables aux objectifs de soins ;
- une diminution du taux de réadmissions précoces ou de consultations non programmées ;
- une amélioration de l'observance aux prescriptions, y compris aux rendez-vous programmés ;
- une amélioration des connaissances des patients et de leurs compétences d'autosoins ;
- une satisfaction des patients et des soignants, la valorisation de l'équipe.

La qualité des soins comprend un parcours de soins satisfaisant avec un accompagnement pédagogique du patient et de ses aidants.

De même, le renvoi du patient à son domicile sans les connaissances et compétences nécessaires à cette transition n'est plus considéré comme éthiquement acceptable. (*Albano et al., 2020*)

Elle est délivrée à la fin de l'hospitalisation du patient de façon intense et brève (de 30 minutes à 1 heure) en étant centrée sur ses besoins, en prenant en compte la compréhension du patient, ses capacités d'apprentissage, sa capacité à faire face (coping), ses motivations et ses questionnements par rapport aux informations reçues lors de son séjour. Elle s'intègre dans le parcours de soins du patient. Il peut être souhaitable que l'entourage soit présent lors de la séance.

Elle nécessite une pédagogie spécifique, à laquelle le personnel doit être formé et doit être structuré comme l'ETP « classique ».

Cette pratique se déroulera en faisant un équivalent du diagnostic éducatif, en se centrant sur le retour à domicile et en prenant en compte les besoins de la personne et ceux des aidants pour mettre en application les recommandations à leur domicile.

A cette occasion, il est important de laisser participer le patient par des échanges interactifs entre le soignant et le patient, et en ayant recours à des techniques de reformulation pour s'assurer de la bonne compréhension des informations.

Il faudra également identifier les compétences nécessaires à la sécurité du patient et à la qualité de ses soins.

Un suivi systématique et une évaluation de son efficacité sont essentiels dans l'ETP sh. Ceci pouvant être effectué par des appels téléphoniques réguliers, mails, ou des consultations programmées afin de consolider l'application par le patient à son domicile des compétences acquises et/ou de permettre des réajustements.

A ce jour, des pratiques assimilées à l'ETP sh existent de façon formelle ou informelle en fonction de la disponibilité des soignants. Cependant elles se limitent bien souvent à des conseils et informations sans avoir recours à une pédagogie éducative et sans être concertées en équipe. Cela induisant des patients qui n'ont pas compris ou n'ont pas su mettre en application les recommandations qui leur étaient essentielles.

Il convient donc de prévoir un temps éducatif intensif juste avant la sortie de l'hôpital par des soignants formés à une pédagogie spécifique.

5.2.3. Méthodes pour pratiquer l'ETP :

L'éducation thérapeutique du patient est reconnue officiellement en 1976 comme composante essentielle des soins infirmiers sous l'impulsion de Florence Nightingale.

Elle permet d'accompagner la personne dans la prise en charge de sa pathologie, mais aussi au proche, appelé « aidant familial » qui peut rencontrer lui aussi des problèmes dans le quotidien.

Selon Walter Hasbeen, elle ne doit pas être un élément que l'on ajoute mais plutôt faire partie intégrante de la pratique quotidienne des soins. (*Hesbeen, 2012*)



Source : Cours de 1^{ère} année UE G1 « Parcours de vie et maladie chronique »

3 groupes de compétences sont nécessaires pour pratiquer l'ETP :

- les compétences techniques
- les compétences relationnelles et pédagogiques
- les compétences organisationnelles

Ecoute active, empathie, reformulation et instauration d'un climat de confiance sont des compétences indispensables pour dispenser une ETP de qualité.

La singularité de la personne est à prendre en compte dans toute démarche d'éducation. Walter Hasbeen dit que l'éducation thérapeutique questionne l'ensemble des pratiques soignantes, qui devraient être davantage centrées sur la rencontre avec chaque patient, perçu comme le sujet de sa propre existence. (Hesbeen, 2012)

La démarche éducative est un partage réciproque car le soignant-éducateur partage une partie de leur savoir mais les patients ont à partager eux aussi leur savoir expérientiel. La collaboration soignant-soigné voire l'alliance thérapeutique étant donc primordiales.

Pour cela l'apprentissage et l'acquisition de compétences éducatives par le soignant sont nécessaires. Pour devenir soignants-éducateurs, les soignants doivent adopter une posture éducative qui relève du domaine cognitif, des représentations et des croyances. (Pétre et al., 2019)

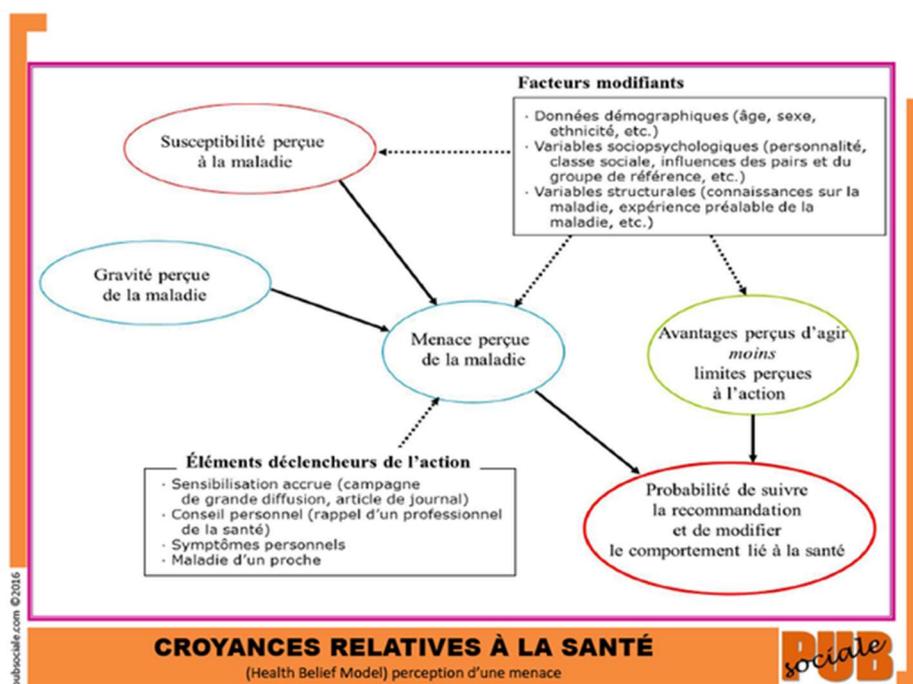
Celle-ci s'acquiert de manière progressive par une formation spécifique.

L'ETP représentant un enjeu important des pratiques professionnelles, la posture éducative peut être un moyen de conduire à une évolution de celles-ci. Il est important d'analyser les pratiques ordinaires pour les améliorer au bénéfice des patients.

Le soin curatif est souvent considéré comme étant le seul « noble » (le plus reconnu officiellement) et il prend le pas sur les pratiques éducatives dont les professionnels soulignent pourtant la nécessité. (Foucaud et al., 2010)

Chaque pathologie nécessite de se référer à différents registres pour dispenser l'éducation, pour adopter la bonne posture en fonction de leurs attentes vis-à-vis du patient. On observe dans les publications anglo-saxonnes sur les interventions conduites en éducation thérapeutique une influence prédominante des courants de psychologie de la santé et notamment l'usage des modèles explicatifs des comportements de santé avec une prédominance des modèles sociocognitifs. (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2014)

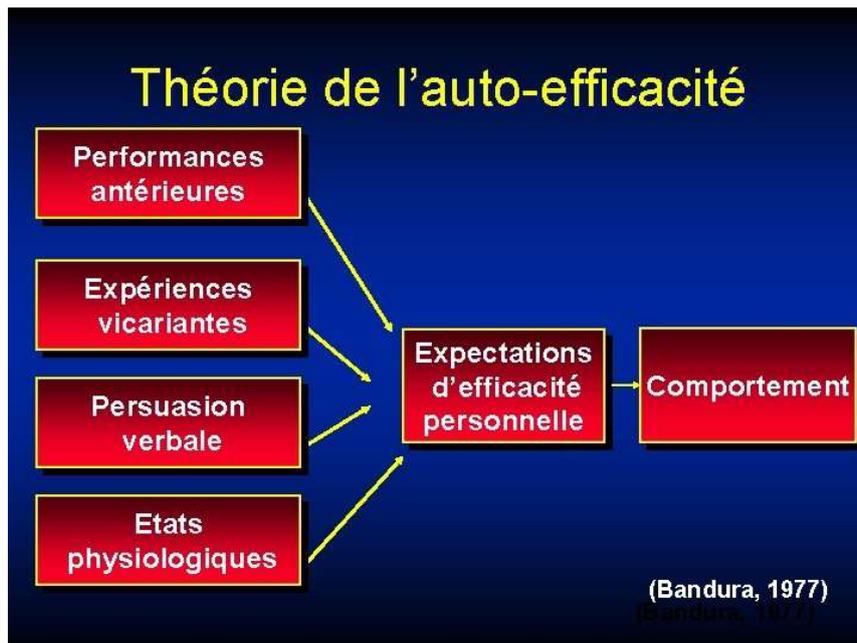
Certaines approches mettent en avant les croyances qui seraient des déterminants importants dans les comportements de santé. Le plus populaire étant le « Health Belief Model ».



Source : *pubsociale.com*

Les comportements d'un individu étant ancrés dans ses pensées et ses croyances, le développement des compétences doit donc être travaillé avec l'attitude éducative. (Jonniaux & Margat, 2020)

L'éducation à l'autogestion consiste à développer des compétences de résolution de problèmes afin de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.



Source : SlideToDoc.com

Selon le ou les modèles dominants, les visées, les buts de l'éducation thérapeutique diffèrent et s'attachent à :

- l'instruction des patients, leur acquisition des savoirs en santé ;
- la compliance : « comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin », ou l'observance des consignes, des règles et des protocoles ;
- l'autonormativité ;
- l'alliance thérapeutique ;
- le transfert de compétences du soignant au patient ;
- la connaissance de soi et l'accompagnement des choix et décisions des patients ;
- la construction de sens par rapport aux problèmes de santé, aux thérapeutiques, aux risques en santé, à la qualité de vie ;
- le partage de significations entre patients et entre patients et professionnels de la santé ;
- l'autonomie du patient ;
- la socialisation.

(Foucaud et al., 2010)

Voici les 6 conditions nécessaires et suffisantes, selon Carl Rogers, pour que se déclenche un processus de changement chez la personne :

1. Deux personnes doivent être en relation.

2. L'une de ces deux personnes, le client en l'occurrence, doit être dans un état de non congruence, d'anxiété ou de vulnérabilité.
3. L'autre intervenant, le psychothérapeute ou l'aidant, doit être congruent durant le temps de ce contact interpersonnel.
4. Le thérapeute doit éprouver un regard positif inconditionnel vis-à-vis de son client.
5. Il doit expérimenter une compréhension empathique du monde intérieur du client et de son cadre de référence, et il doit s'efforcer de communiquer cette compréhension au client.
6. Il est enfin nécessaire que le client perçoive, même de manière infime, ces trois attitudes du thérapeute, la congruence, la considération positive et l'empathie.

(Odier Geneviève, 2012)

Le développement de l'éducation thérapeutique n'est pas toujours optimal. En effet, l'obstacle principalement rapporté par les soignants est le manque de temps. En revanche, il a été démontré que développer l'approche centrée sur la personne peut améliorer les effets sur la santé sans pour autant allonger le temps nécessaire aux soins.

L'éducation centrée sur la personne, vise l'« empowerment » du patient qui est considéré comme un enjeu important car il permet de renforcer sa capacité d'agir sur les facteurs déterminants de sa santé.

L'empowerment est défini comme « le processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement ». *(Gagnon, 2012)*

La maladie chronique nécessite une modification des comportements et un investissement plus ou moins important de la part de la personne pour amener à un changement de son mode vie. En faisant appel à ses capacités on améliore l'adhésion thérapeutique du patient qui elle-même est déterminée par son degré d'acceptation.

Cette démarche demande une attention particulière quant à l'identification des besoins de la personne pour n'en négliger aucune partie. Ce qui pourrait amener à un échec de l'éducation.

Il est important d'identifier dans le discours de la personne, des propos qui ressembleraient à un projet, un but de vie qui lui semble au moment même impossible et d'y faire régulièrement référence dans la relation éducative, afin de l'amener à atteindre ce but, ce qui lui semblait très compliqué au départ sans pour autant exercer de pression particulière.

L'éducation ne se réduit pas à l'information de savoirs ou de savoirs-faire. Deux courants pédagogiques permettent de différencier les modèles de l'apprendre : le behaviorisme et le constructivisme au sens large, sachant que, respectivement, le premier a pour finalité une modification du comportement et le second une modification du processus de pensée.

(Foucaud et al., 2010)

Le Conseil International des Infirmières (CII) précise qu'il n'existe pas de manière unique de promouvoir l'adhésion thérapeutique mais qu'il est nécessaire de combiner plusieurs stratégies éducationnelles et comportementales. *(Debout, 2012)*

Il n'y a pas non plus de bonne méthode pédagogique pour dispenser l'ETP mais un ensemble de méthodes qui sont à utiliser de façon pertinente et réfléchie en fonction de telle ou telle situation.

6. Discussion

Comme cité dans la recherche documentaire de la partie résultats, un travail d'EPP peut être mené par l'infirmière en pratique avancée de par son rôle de leadership.

En effet, selon le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, l'IPA peut :

- mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique,
- mettre en place des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en concertation avec le médecin référent et l'équipe, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- animer des séances d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que des retours d'expérience pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Le rôle de l'IPA est également de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique. *(Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018)*

Le but de ce mémoire est de réaliser une analyse de pratiques professionnelles afin de mettre en place une consultation de pré-sortie pour les patients hospitalisés pour AVC ou AIT.

Selon les recommandations, tout patient ayant été victime d'AVC doit pouvoir bénéficier d'éducation thérapeutique, celle-ci faisant partie de sa prise en charge.

Cependant, lors de ce travail d'analyses de pratiques et après avoir échangé avec l'ensemble de l'équipe du service, nous avons constaté que des informations sont délivrées aux patients mais seulement de façon partielle. En effet, les informations et conseils aux patients sont parfois occultés par manque de temps ou parfois parce que chacun peut penser que son/sa collègue l'a fait. Le soin curatif laissant alors peu de place au rôle éducatif des soignants.

De plus, il s'agit d'une délivrance d'informations qui ne relève pas de l'éducation thérapeutique. En effet, selon la HAS, des informations orales ou écrites peuvent être délivrées par un professionnel de santé à diverses occasions mais n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient. (*HAS, 2007*)

De ce fait, le patient sort avec des appréhensions, se retrouve dans l'angoisse ne sachant pas la conduite à tenir en cas de problème, n'a pas ou peu de connaissances sur sa pathologie. La prise en charge pourrait donc être améliorée.

La pertinence d'une consultation de pré-sortie basée sur les concepts de l'ETP a bien été démontrée dans plusieurs études avec l'importance du rôle infirmier pour permettre un soutien et un accompagnement du patient ainsi que de ses proches.

Pour structurer cette consultation, il est nécessaire d'adopter une posture éducative à laquelle l'IPA est formée.

L'intervention sera planifiée préalablement par l'équipe pluridisciplinaire, et pourra être discutée en staff de neurologie qui a lieu 2 fois par semaine.

Après avoir colligé l'avis et les propositions des membres de l'équipe du service d'UNV dans lequel je travaille, voici comment je compte l'élaborer :

- découvrir comment la personne comprend sa maladie et la conçoit. Anticiper les possibles difficultés qu'elle pourrait rencontrer à son retour à domicile.

Voici quelques exemples de questions qui pourront être posées à la personne :

Que souhaiteriez-vous savoir sur votre pathologie ?

Qu'aimeriez-vous pouvoir faire en rentrant chez vous ?

Comment voyez-vous votre retour à la maison ? Comment comptez-vous vous y prendre pour telle ou telle activité ?

Avez-vous des craintes concernant votre sortie ? Si oui, lesquelles ?

- partir des connaissances que possède le patient.
- prendre en compte ses valeurs, ses croyances, ses représentations, ses connaissances et ses besoins.
- instaurer des liens de confiance.
- adopter des techniques de communication centrées sur le patient avec une écoute active et faire preuve d'empathie.
- favoriser la participation mutuelle soignant/patient afin d'être dans une démarche éducative.
- s'assurer de la bonne compréhension des informations par des techniques de reformulation.
- répondre aux interrogations du patient.
- évaluer les capacités de l'aidant et refaire un point sur les aides à domicile en place pour prévenir le risque d'épuisement.

Il est nécessaire d'adopter une attitude et une posture adéquate en fonction de la situation.

Elle pourra aborder, en fonction des personnes, les points suivants :

- les informations sur la pathologie
- l'importance du contrôle des facteurs de risque (contrôle tensionnel, contrôle et équilibre du diabète, surveillance du bilan lipidique, traitement du syndrome d'apnée du sommeil et bonne observance de l'appareil, sevrage tabagique, activité physique régulière)
- les règles hygiéno-diététiques
- les démarches concernant la reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale
- les signes d'alerte en cas de récurrence et la conduite à tenir
- les explications des traitements instaurés pendant l'hospitalisation ainsi que leur surveillance éventuelle (INR pour les antivitamine K, le risque de saignements pour les anticoagulants)
- l'explication de l'intérêt et du déroulement succinct de la consultation post-AVC. Leur conseiller de venir accompagner de leur proche, se munir de la dernière ordonnance des traitements ainsi que des résultats du dernier bilan sanguin.
- si la sortie est prévue avec le dispositif PRADO, leur en expliquer le but et l'importance de ramener le carnet de suivi pour les prochaines consultations.

- si le patient doit avoir une fermeture de FOP, lui expliquer l'intervention avec des mots simples et adaptés.
- les mettre en relation avec des associations de patients

La consultation pourra être aussi un temps d'échanges sur le vécu et les émotions du patient. Si le patient le souhaite, son proche aidant ou la personne de confiance pourra y être convié. Pour les patients hospitalisés pour un AIT, la durée moyenne de séjour étant de 24H, cette intervention pourra se faire en téléconsultation ou éventuellement par consultation téléphonique si celle-ci n'a pu avoir lieu pendant le séjour.

Elle fera ensuite l'objet d'un complément de courrier sur lequel les points abordés ainsi que les axes d'approfondissements seront précisés.

La consultation de pré-sortie permettra alors une première approche éducative avec le patient et permettra également de présenter le programme d'ETP lorsque celui aura été construit.

7. Conclusion

Tout d'abord, analyser les pratiques des professionnels du service d'UNV a permis de démontrer que l'approche éducative pendant l'hospitalisation d'un patient pour AVC ou AIT, n'était pas optimale, généralement par manque de temps. En effet, dans ce type de service, le soin curatif laisse peu de place au soin éducatif. Pourtant, le risque de récurrence d'AVC est élevé à la phase aiguë mais aussi à la sortie si les facteurs de risque sont mal contrôlés ou si l'observance thérapeutique n'est pas optimale.

Dans le service de neurologie vasculaire, l'IPA a donc un rôle important dans l'éducation thérapeutique, par son savoir-faire et par la formation qu'elle a reçue.

Ensuite, la recherche documentaire a permis de démontrer que l'éducation thérapeutique à la sortie de l'hôpital avait tout son sens dans la continuité de la prise en charge des pathologies chroniques dont l'AVC fait partie.

L'IPA interviendra dans le service pour mener cette consultation auprès des patients sortants dont chaque dossier sera discuté en amont avec l'équipe.

Elle la conduira en s'appuyant sur les concepts de l'ETP : en fonction des besoins du patient, de ses attentes, de ses croyances et de ses connaissances. Elle ciblera l'empowerment et prendra en compte la singularité de la personne.

Les objectifs de cette consultation de pré-sortie étant d'éviter les récurrences et réhospitalisations précoces, d'améliorer la qualité de vie de la personne lors de son retour à domicile, diminuer l'anxiété et la dépression en post-AVC, de permettre l'adhésion thérapeutique du patient, et enfin d'améliorer la qualité des soins.

En conclusion : ayant les contours de cette consultation, dans l'idéal, ce que le mémoire a démontré est la mise en place d'un programme d'ETP structuré ou l'orientation des patients vers les ressources du territoire qui en propose. Cependant, comme cité précédemment dans le cadre conceptuel, sur la région des Hauts-de-France, peu de programmes d'ETP concernent les patients victimes d'AVC ou d'AIT. De plus, dans le cadre de l'éducation thérapeutique, les transports sanitaires n'étant pas pris en charge financièrement, si le patient ne peut conduire ou se faire conduire aux séances d'ETP, le transport sera à ses frais. Ceci peut donc représenter un frein au suivi de l'ETP, d'autant plus si celles-ci se déroulent loin du domicile du patient.

En perspective :

Cette démarche d'ETP de pré-sortie permettra d'amener progressivement les professionnels vers l'élaboration d'un programme structuré d'ETP qui pourrait comprendre les thématiques suivantes :

- l'acquisition d'un savoir autour de la maladie
- les conséquences de la perte d'autonomie et le risque de chute
- le contrôle des facteurs de risque
- l'éducation aux traitements anticoagulants
- les troubles de déglutition
- les troubles phasiques
- les troubles cognitifs

Enfin, je terminerai ce travail par une citation de Walter Hesbeen qui dit : « *Prendre soin de la personne forme un tout cohérent et indivisible où toutes les composantes sont liées, sont en interrelation et dans lequel ce qui est important ou ce qui est anodin relève de la perception qu'en a la personne soignée elle-même, en fonction du sens que prend ce tout dans la singularité de sa vie* ». (Hesbeen Walter, 2002)

Bibliographie

Albano, M. G., Gagnayre, R., Andrade, V. de, & d'Ivernois, J.-F. (2020). L'éducation précédant la sortie de l'hôpital : Nouvelle forme d'éducation thérapeutique. Critères de qualité et perspectives d'application à notre contexte. *Recherche en soins infirmiers*, 141(2), 70-77. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-2-page-70.htm>

Amarenco, P. P. (2021). *Vaincre l'AVC : Comment le reconnaître, comment en guérir, comment le surmonter et comment l'éviter*. Editions du Rocher.

Broussard, J. (2011). *Étude et Analyse des besoins pour l'élaboration d'un outil de Suivi et d'Information après un AVC : ASI-AVC - Volet Médecins*.

Carpentier, S. (2018, mars 12). Intérêts et objectifs de l'analyse de la pratique—Compétences et rôle de l'intervenant. *Le Portail de l'Analyse des Pratiques*. <https://www.analysedespratiques.com/interets-objectifs-de-lanalyse-de-pratique-competences-role-de-lintervenent/>

CNFS. (2021). *Accident vasculaire cérébral*. <https://cnfs.ca/pathologies/accident-vasculaire-cerebral-ischemique-et-hemorragique>

Debout, C. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-50.htm>

Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, 2010-906 (2010).

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018-629 (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>

European Stroke Organisation. (2018). *Plan d'action AVC pour l'Europe 2018-2030*. <https://safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-french-s.pdf>

Feigin, V. L., Roth, G. A., Naghavi, M., Parmar, P., Krishnamurthi, R., Chugh, S., Mensah, G. A., Norrving, B., Shiue, I., Ng, M., Estep, K., Cercy, K., Murray, C. J. L., Forouzanfar, M. H., & Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2013 and Stroke Experts Writing Group. (2016). Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet. Neurology*, 15(9), 913-924. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)30073-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)30073-4)

Foucaud, J., Bury, J., Balcou-Debussche, M., & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation*. Inpes.

Gagnon, J. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-172.htm>

HAS. (2006, mars). *Communication du collège de la has relative à l'évaluation des pratiques professionnelles*. https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/epp_et_has.pdf

HAS. (2018, juillet). *Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. Synthèse de la recommandation de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1252051/fr/prevention-vasculaire-apres-un-infarctus-cerebral-ou-un-accident-ischemique-transitoire

HAS. (2007, juin). *Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Hesbeen, W. (2012). Education thérapeutique : « L'intelligence du singulier, une capacité de fond ». *15/11/2012, 311*, 26-27.

Hesbeen Walter. (2002). *La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante* (2e édition). Masson.

INSERM. (2019). *Accident vasculaire cérébral (AVC) · Inserm, La science pour la santé*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>

Jonniaux, S., & Margat, A. (2020). La journée mondiale de l'accident vasculaire cérébral, une opportunité pour les professionnels de développer des compétences en éducation pour la santé. *Recherche en soins infirmiers, 141*(2), 49-59. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.141.0049>

Légifrance—Droit national en vigueur—Circulaires et instructions—INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC., (2015). <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=39923>

Odier Geneviève. (2012). *Carl Rogers être vraiment soi-même : L'approche centrée sur la personne*. Eyrolles.

OMS-Europe. (1996). *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*. Traduit en français en 1998

Pétre, B., Peignot, A., Gagnayre, R., Bertin, E., Ziegler, O., & Guillaume, M. (2019). La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education, 11*(1), 10501. <https://doi.org/10.1051/tpe/2018019>

Plan national d'actions AVC 2010-2014. (2019, avril 6). CNSA. <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/plan-national-dactions-avc-2010-2014>

Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : Champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs, 35*(2), 9-48. <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2014-2-page-9.htm>

Table des matières

1. Introduction générale.....	1
2. Cadre conceptuel	3
2.1. L'accident vasculaire cérébral :	3
2.1.1. Définition et généralités	3
2.1.2. Épidémiologie	4
2.1.3. Facteurs de risque.....	4
2.1.4. Séquelles.....	5
2.1.5. La consultation post-AVC	6
2.2. L'éducation thérapeutique :	8
2.2.1. Aspects généraux et cadre légal	8
2.2.2. ETP et AVC	9
3. Introduction théorique : récit de la situation	11
4. Méthode.....	16
5. Résultats	18
5.1. Résultats de l'enquête :	18
5.2. Recherche documentaire :	19
5.2.1. Recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge en post-AVC :.....	19
5.2.2. L'ETP en post-AVC précoce :	21
5.2.3. Méthodes pour pratiquer l'ETP :.....	23
6. Discussion	28
7. Conclusion.....	31
Bibliographie.....	33
Table des matières	35
Annexes	36

Annexes

Annexe 1 : score ABCD2

Tableau 27.2.  Évaluation du risque de récurrence post-AIT : Le score ABCD2.

Symptôme		Nombre de points
Âge	≥ 60 ans	1
Pression artérielle (<i>Blood pressure</i>)	PAS ≥ 140 Ou PAD ≥ 90	1
Manifestation Clinique	Déficit moteur unilatéral	2
	Trouble du langage isolé	1
	Autre	0
Durée	< 10 minutes	0
	10 à 60 minutes	1
	> 60 minutes	2
Diabète	Oui	1
Score maximal		7

* Peuvent être rajoutés à ces scores : la présence d'une anomalie en diffusion, l'existence d'une sténose artérielle extra- ou intracrânienne, la notion d'AIT récent. Plus le score est élevé plus le risque d'infarctus cérébral constitué est élevé au cours du suivi. (Source : CEN, 2019.)

Pour en savoir plus

Évaluation du risque de récurrence précoce post-AIT

-  Peut être évalué cliniquement par le score ABCD2 (tableau 27.2).
- Un score ≥ 4 signe un risque élevé de récurrence.
- Le risque sera d'autant plus accru qu'il existe :
 - un infarctus visible à l'imagerie cérébrale malgré la disparition des symptômes neurologiques (on parle d'infarctus constitué régressif) ;
 - un autre AIT récent ;
 - une sténose extra- ou intracrânienne des troncs supra-aortiques ;
 - une fibrillation atriale.

Annexe 2 : questionnaire

Mise en place d'une consultation de pré-sortie pour les patients victimes d'AVC ou d'AIT.

Bonjour,

Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'infirmière en pratique avancée. Je souhaite travailler sur la mise en place d'une consultation de pré-sortie par l'IPA pour les patients victimes d'AVC ou d'AIT. Elle sera centrée sur les besoins du patient et sur ses capacités d'apprentissage. Celle-ci permettra de faciliter la transition hôpital-domicile et éviter les réadmissions précoces. Afin de construire cette consultation, j'aimerais connaître votre avis et vos propositions à ce sujet. Je vous remercie pour les quelques minutes que vous accorderez pour remplir ce questionnaire de manière anonyme.

Amandine BOUTHORS

❖ Avant la sortie, donnez-vous des conseils ou des informations aux patients qui ont été victimes d'AVC ou d'AIT ?

OUI

NON

❖ Si oui, la(les)quelle(s) ?

❖ Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

❖ Quels seraient, selon vous, les points importants à aborder lors d'une consultation de pré-sortie pour ces patients ?

AUTEURE : Nom : HODICQ-BOUTHORS

Prénom : Amandine

Date de soutenance : 01/07/2022

Titre du mémoire : L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN POST-AVC PRÉCOCE : UNE CONSULTATION DE PRÉ-SORTIE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

Keywords : Stroke, therapeutic education, professional practices, educational posture, quality of care, advanced nurse practitioner.

Abstract : Stroke is a preventable disease. The risk of recurrence and re-hospitalization is high if risk factors are not controlled. The same is true if the patient is poorly informed about his or her condition and the management of it. However, many patients are not really aware of the importance of stroke and of proper compliance with treatment, nor do they know the warning signs or what to do in the event of a recurrence.

The aim of this work is to analyse the practices of professionals in a stroke unit in setting up a pre-discharge consultation for stroke or TIA patients. This consultation will be based on the concepts of therapeutic education in which the advanced nurse practitioner is trained.

Firstly, a team meeting was held after which a short questionnaire was distributed to the medical and paramedical team to build the content and modalities of the consultation.

Then, a documentary research allowed to define the concepts and the methods of therapeutic education which will allow to structure the consultation according to the needs and the objectives of the patient before his exit. It will require active listening, empathy and the establishment of a climate of trust while taking into account the patient's values, beliefs, representations, knowledge and needs.

This will allow the team to reflect on how to improve post-stroke management and thus the quality of care.

Directeur de mémoire : Madame Mélanie SEILLIER

AUTEURE : Nom : HODICQ-BOUTHORS

Prénom : Amandine

Date de soutenance : 01/07/2022

Titre du mémoire : L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN POST-AVC PRÉCOCE : UNE CONSULTATION DE PRÉ-SORTIE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

Mots-clés libres : Accident vasculaire cérébral, éducation thérapeutique, pratiques professionnelles, posture éducative, qualité des soins, infirmière en pratique avancée.

Résumé : L'AVC est une pathologie accessible à la prévention. Le risque de récurrence et de ré-hospitalisation est élevé si les facteurs de risque ne sont pas maîtrisés. Il en est de même si le patient est mal informé sur sa pathologie et la prise en charge qui en découle. Pourtant, de nombreux patients n'ont pas vraiment conscience de l'importance de l'AVC et de la bonne observance du traitement, ne connaissent pas les signes d'alerte ou la conduite à tenir en cas de récurrence.

Ce mémoire a pour objectif d'analyser les pratiques des professionnels d'une unité neurovasculaire en mettant en place une consultation de pré-sortie pour les patients victimes d'AVC ou d'AIT. Cette dernière sera basée sur les concepts de l'éducation thérapeutique auxquels l'infirmière en pratique avancée est formée.

Dans un premier temps, une réunion d'équipe a eu lieu à la suite de laquelle un questionnaire succinct a été distribué à l'équipe médical et paramédical pour construire le contenu et les modalités de la consultation.

Ensuite, une recherche documentaire a permis de définir les concepts et les méthodes d'éducation thérapeutique qui permettront de structurer la consultation en fonction des besoins et des objectifs du patient avant sa sortie. Elle nécessitera une écoute active, une empathie et l'instauration d'un climat de confiance tout en prenant en compte les valeurs du patient, ses croyances, ses représentations, ses connaissances et ses besoins.

Cela permettra d'amener l'équipe vers une réflexion pour améliorer la prise en charge en post AVC et ainsi la qualité des soins.

Directeur de mémoire : Madame Mélanie SEILLIER