

La greffe pulmonaire :

Systematisation de l'éducation thérapeutique en post-opératoire.

Travail de fin d'étude présenté en vue de l'obtention
du grade de Bachelier en Soins Infirmiers

Année académique 2016/2017

Juin 2017

J'autorise l'accès à mon TFE aux futurs étudiants de BSI

La greffe pulmonaire :

Systematisation de l'éducation thérapeutique en post-opératoire.

Travail de fin d'étude présenté en vue de l'obtention
du grade de Bachelier en Soins Infirmiers

Année académique 2016/2017

Juin 2017

J'autorise l'accès à mon TFE aux futurs étudiants de BSI

« Je certifie avoir pris connaissance et avoir compris ce que signifie le plagiat dans le cadre d'un travail de fin d'étude au regard du ROI et du guide descriptif de l'ISSIG.

Je déclare que j'ai personnellement produit ce travail et que les sources des extraits éventuels en provenance d'autres productions sont clairement identifiées et référencées dans mon travail. »

Mention « lu et approuvé » :

Lu et approuvé

Lu et approuvé

Date :

Noms et Prénoms :

Delbauche Sarah

Lardinois Noémie

Signatures :

Nous tenons tout particulièrement à remercier :

M^{me} Devos, Promotrice du travail de fin d'étude.

M^{mes} Devos, Daubersy et M^r Veekman, Guides du projet *SimuCarePro*.

M^{mes} Luyckx, Hallouzi et El Marabet, Conseillères et collaboratrices de terrain ainsi que toute l'équipe infirmière de l'UTCP.

Et toutes les personnes nous ayant soutenu de près ou de loin durant le travail de fin d'étude.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Problématique et question d'étude.....	2
2.1. Contexte et origine de la question	
2.2. Concepts théoriques	
2.3. Contexte socio-sanitaire et professionnel	
3. Méthode de recension des écrits.....	10
3.1. Bases de données	
3.2. Mots-clés et combinaisons	
3.3. Cross-referencing	
3.4. Articles sélectionnés	
3.5. Présentation des articles	
4. Analyse critique des articles.....	13
4.1. Article 1	
4.2. Article 2	
4.3. Article 3	
4.4. Article 4	
4.5. Article 5	
4.6. Article 6	
5. Comparaison des résultats.....	18
6. Discussions.....	25
6.1. Consensus et divergences	
6.2. Perspectives	
6.3. Limites	
7. Scénario de simulation.....	29
8. Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31

Liste d'abréviations

BPCO : Bronchopneumonie Chronique Obstructive

CFAI : Conseil Fédéral de l'Art Infirmier

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

IC : Insuffisance cardiaque

EBM : Evidence Base Medecine

EBN : Evidence Base Nursing

FRB : Fondation Roi Baudoin

HTAP : Hypertension Artérielle Pulmonaire

LAS : Lung Allocation Score

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TFE : Travail de Fin d'Etude

1. Introduction

« Le taux moyen de survie d'un patient après une greffe pulmonaire est de 5 ans et demi » (Woten (2016)).

Ces chiffres interpellent...

Face à un tel constat, nous nous sommes penchées de plus près sur le processus post-opératoire de cette intervention : le patient est-il mal informé ? Existe-t-il une faille dans les compétences médicales ou infirmières ? Notre statut d'infirmières étudiantes nous force à nous questionner.

Confrontées à ce fait, nous allons démontrer comment cette problématique de santé peut susciter de l'intérêt et un enjeu pour la pratique infirmière.

En effet, à la fin de notre cursus scolaire, nous avons pour tâche de réaliser un travail de fin d'étude afin d'apporter notre contribution à la recherche en Soins Infirmiers. Le thème central du présent travail s'intéressera aux moyens d'amélioration de l'éducation thérapeutique d'un patient ayant subi une greffe pulmonaire en vue d'augmenter le taux de survie ou en vue de diminuer le nombre de patient revenant à l'hôpital pour complications.

La réflexion sur cette problématique s'organisera autour du plan suivant :

- Nous commencerons par introduire le contexte et l'origine de la question d'étude en nous appuyant sur un article de la littérature scientifique. Celui-ci donne un point de départ à la rédaction de notre travail en confirmant l'importance de cette problématique pour les soins infirmiers.
- Dans un second temps, nous articulerons le thème du travail autour de 3 concepts : l'éducation thérapeutique, la non-observance thérapeutique et le *Patient partenaire*.
- Dans un troisième temps, nous poserons le contexte socio-sanitaire et professionnel en rappelant la place de l'infirmière au sein de la profession et de l'éducation thérapeutique.
- Quatrièmement, nous présenterons une sélection d'articles de la littérature scientifique. Nous en ferons une analyse approfondie de ces écrits sélectionnés afin d'en retirer les principaux résultats pour la pratique infirmière.
- Nous concluons en présentant de manière globale le compte rendu de la démarche d'étude. Autour de consensus et de divergences, nous dégagerons des perspectives futures en réponses à nos recherches. Et cela, dans le but de réaliser un scénario de simulation qui sera utilisé dans le cadre du projet européen *SimuCarePro*.

2. Problématique et question d'étude

2.1. Contexte et origine de la question :

Le choix de la problématique de notre travail de fin d'étude n'a pas été que de notre ressort. En effet, lors de notre seconde année de cursus, nous avons été sélectionnées pour faire partie d'un projet pilote européen, le *SimuCarePro*.

Nous disposions alors des consignes suivantes : Intégrer le service d'un hôpital en demande, y trouver la problématique existante au sein de celui-ci et proposer des solutions via la littérature scientifique.

Ce projet a pour objectif de développer un partenariat entre étudiants et professionnels de la santé.

Tout d'abord, les partenaires mettent au point une grille d'observation et d'évaluation des scénarii de simulation nés de travaux de fin d'étude.

Ensuite, après avoir réalisé une grille de validation commune, ils pourront alors assurer la qualité au niveau de la pertinence des données et du scénario en se basant sur les données probantes EBN-EBM.

Enfin, les établissements de formation participeront alors à la co-construction de protocoles de soins et/ou des pistes d'amélioration à destination des professionnels de la santé afin de résoudre les situations problématiques identifiées dès le départ.¹

Pourquoi vouloir participer au projet *SimuCarePro* ?

Faire partie d'un projet pilote et d'y représenter notre école était exaltant.

De plus, être présentes sur le terrain et travailler en collaboration avec l'équipe soignante concernée par cette problématique nous permettait d'espérer y donner une suite concrète et utile.

C'est donc en réponse à cette demande que nous nous sommes engagées dans l'exercice du TFE.

Nous avons été assignées à un hôpital universitaire, dans une unité de transplantation cardiaque et pulmonaire.

Ce service accueille des patients atteints de diverses pathologies cardiaques (IC, cardiomyopathie, insuffisance valvulaire, ...) et pulmonaires (BPCO, Fibrose pulmonaire, HTAP, Mucoviscidose, ...) nécessitant pour la majeure partie d'avoir recours à une transplantation.

Au cours de notre cursus, nous n'avons pas bénéficié d'un cours traitant des transplantations pulmonaires ni même de transplantation de manière générale.

Néanmoins, nous avons constaté au cours de recherches personnelles que celles-ci représentaient une problématique de santé suscitant un intérêt pour la pratique infirmière.

Suite à la lecture d'un article, de Xu & al. (2012), sur la charge de travail que représentent les receveurs pour leurs aidants naturels après une transplantation pulmonaire, nous avons décidé de nous y intéresser plus précisément.

C'est ensuite que nous avons commencé à étudier la période post-opératoire de l'intervention chirurgicale.

¹ SimuCarePro.(2015).*Accueil*.En ligne : <http://simucarepro.eu>

Pour cela, la collaboration entre les membres du projet et l'équipe de professionnels de la santé dura 9 semaines. Pour des raisons pratiques, le premier contact avec l'équipe a eu lieu avec le 1^{er} membre du binôme 3 semaines avant l'arrivée du second. Nous avons ensuite pu travailler en collaboration durant les 3 semaines suivantes tandis que le 2^{ème} membre du binôme entamait les 3 dernières semaines seul.

Nous avons été intégrées dans une équipe qui était demandeuse et qui attendait notre arrivée. Les infirmières référentes des étudiants, et par la suite la chef de service, se sont très impliquées dans le projet.

Très vite, un climat de confiance réciproque s'est installé et cela a joué un rôle prépondérant dans l'avancement du projet. Grâce à cela, nous avons pu identifier très tôt la problématique et proposer des pistes de recherche.

Dès les premiers jours, nous nous sommes mises d'accord sur la population cible et avons décidé de focaliser notre attention sur les patients ayant subi une transplantation pulmonaire. Pour enfin travailler sur un volet de la prise en charge qui est l'éducation thérapeutique.

Au sein de l'unité, les différents éléments utilisés pour l'éducation thérapeutique sont repris sous forme d'un tableau comprenant uniquement le traitement médicamenteux.

La fonction de l'infirmière est alors d'inviter le patient à compléter ce tableau puis de répondre aux interrogations et de corriger d'éventuels inexactitudes ou manquements. Elle reprend alors quotidiennement avec lui ce document afin qu'il puisse s'y familiariser et préparer lui-même le traitement médicamenteux des 24 prochaines heures.

Ce document est l'unique source officielle reprise dans l'item *éducation thérapeutique* du protocole de l'unité, limitée au traitement médicamenteux.

Face à cela, nous avons été forcées de constater que les autres aspects faisant parties de la prise en charge de l'éducation thérapeutique tels que la gestion du régime alimentaire, de l'activité physique, les risques et contraintes qu'entraîne l'immunosuppression, les aidants naturels, les modifications de la qualité de vie, le soutien émotionnel et l'évaluation de la motivation du patient étaient abordés de manière aléatoire chez chaque patient.

Suite à de nombreuses discussions sur le terrain, nous avons remarqué avec l'ensemble de l'équipe de soins qu'une réelle problématique était présente. Un certain nombre de patients revenaient, de façon récurrente, dans le service pour un rejet aigu dû à une non observance du traitement.

Objectivement, nous nous sommes rendues compte qu'au sein du service, l'éducation thérapeutique du patient greffé pulmonaire était insuffisante. Les soignants n'ont pas de cadre établi, de protocole, de limites définies. Il est alors difficile de pouvoir qualifier la résultante de cette éducation à proprement parler. Dès lors, nous souhaitons apporter notre contribution à l'Unité en étudiant des articles scientifiques sur ce sujet afin d'améliorer les bases préexistantes.

De là, nous avons élaboré une question de recherche : Comment systématiser l'éducation thérapeutique du patient greffé pulmonaire, dans un service de chirurgie spécialisé, avant le retour à domicile ?

2.2. Concepts théoriques :

Afin de confirmer l'intérêt de cette problématique pour la pratique infirmière, nous avons inscrit notre question de recherche autour de 3 concepts : l'éducation thérapeutique, la non-observance thérapeutique et le concept de *Patient partenaire*.

L'éducation thérapeutique :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1996), l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans la démarche de soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées. Ce processus éducatif vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à mieux coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie.

Scheen & Al. (2010) définissent, eux, l'éducation thérapeutique comme un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active la maladie, les soins et la surveillance, en partenariat avec l'équipe soignante. Il s'agit d'une co-construction, entre le soigné et le soignant, d'une prise en charge globale la plus optimale possible pour améliorer la qualité de vie du patient.

Nous considérons l'éducation thérapeutique comme l'élément central de notre réflexion. En effet, il nous paraît évident qu'il est le lien entre nos deux notions suivantes, à savoir la non-observance thérapeutique et le *Patient partenaire*.

Il nous est apparu normal d'envisager la greffe pulmonaire comme une maladie chronique, non comme une maladie aiguë et cela en raison du traitement médicamenteux à vie ainsi que le risque de complications à long terme.

Selon l'OMS, la maladie chronique se définit comme suit : « Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement ».

Selon Scheen & al. (2010), la maladie chronique, de par son inscription dans la durée et son caractère multi-factoriels, requiert une réponse adaptée et nuancée à une situation de santé plutôt qu'en référence à une maladie spécifique. Pour répondre à ce défi, il faut mettre en place une nouvelle stratégie de prise en charge des maladies chroniques, dans un système de santé encore majoritairement tourné vers les maladies aiguës alors que les rôles des soignants et des soignés sont fondamentalement différents dans ces deux situations thérapeutiques.

Il est, pour nous, indispensable que l'éducation thérapeutique fasse partie des compétences de l'infirmière, mais pas elle seule. C'est-à-dire qu'elle doit se faire en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Selon Scheen & al. (2010), il est important de mettre en place une approche pluridisciplinaire, adaptée au patient et à la maladie chronique, pour améliorer la prise en charge.

L'éducation thérapeutique, si elle n'est pas prodiguée correctement par le soignant ou si elle n'est pas bien comprise par le soigné, mène généralement à une non-observance thérapeutique. Comme le décrit Scheen & Al. (2010), souvent le patient n'est guère conscient des risques qu'il encourt en ne suivant pas correctement les conseils prodigués ou en ne

respectant pas les prescriptions médicales. Ce constat est un argument majeur en faveur du développement de l'ETP.

La Non-observance thérapeutique :

L'observance thérapeutique se définit comme l'adhésion au traitement qui reconnaît mieux l'implication réelle du patient dans le choix thérapeutique qui lui est proposé.

En fait, l'adhésion au traitement («adherence» en anglais) est un terme général qui englobe l'adhésion primaire, l'observance, et la persistance. (Scheen & Giet (2010)).

L'*adhésion primaire* est un concept utilisé pour les patients nouvellement diagnostiqués chez lesquels un traitement est initié ; elle concerne le respect de cette prescription inaugurale et peut être évaluée, en première intention, par le contrôle de l'achat du médicament, inscrit sur l'ordonnance, chez le pharmacien. L'*observance* correspond à la manière dont un patient respecte la posologie de son traitement au jour le jour. Elle peut être mesurée par le nombre de doses prises divisé par le nombre de doses prescrites ; dans certains cas, il faut aussi tenir compte de l'horaire des prises ou de certaines conditions particulières à respecter. La *persistance* («persistance») représente la durée de prise d'un médicament et peut s'apprécier par la durée moyenne entre l'initiation et l'arrêt du traitement (Scheen & Giet (2010)).

Il permet de confirmer l'intérêt de notre écrit en posant le cadre d'une problématique présente au sein de l'éducation thérapeutique du patient.

Il rejoint également la notion de *Patient partenaire* que nous allons aborder par la suite puisqu'en effet, la non-observance thérapeutique désigne la concordance entre le comportement du patient vis-à-vis de son traitement et les recommandations de son médecin (Scheen & Giet (2010)).

Dans le cas d'un patient nouvellement greffé, le concept *d'adhésion primaire* sera notre principal point d'action. Elle concerne l'adhésion au suivi médical en général, aux règles hygiéno-diététiques et au traitement médicamenteux.

C'est le devoir du médecin mais aussi celui de l'infirmière de pouvoir évaluer ce niveau de non-observance thérapeutique, via un interrogatoire simple et non inquisiteur pour faciliter la relation de confiance entre le soignant et le soigné.

De fait, il est démontré qu'en ce qui concerne la prise du traitement médicamenteux, entre 30 et 60% des patients sont catégorisés de peu ou non-observants (Scheen & Giet (2010)). En effet, la mauvaise observance, fréquente, des prescriptions diminue l'efficacité de la prise en charge (Scheen & Giet (2010)) et peut engendrer des conséquences qui ont des répercussions graves pour le patient allant du rejet de la greffe à la mort.

Il convient donc d'agir sur les causes de non-observance thérapeutique et de mettre en place des moyens afin de palier au défaut d'adhésion du patient à son traitement. Pour cela, nous trouvons pertinent de déboucher sur le concept de *Patient partenaire*.

Le patient partenaire de soins :

Le patient partenaire se définit de la manière suivante selon Dumez (2013) : « Le patient partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses compétences de soins développées par les intervenants de l'équipe clinique ».

Pour Pomey & al. (2015), le souci d'améliorer la santé de la population et d'améliorer la qualité des soins et des services délivrés par le système de santé est une des voies prometteuses de l'engagement des patients à tous les niveaux du système de santé.

C'est sur cette voie que l'hôpital, où nous avons fait notre stage, veut avancer. C'est une réelle réflexion institutionnelle visant à améliorer la prise en charge des patients.

C'est ainsi que, depuis de nombreuses années, l'Organisation Mondiale de la Santé pousse les pays de l'Union Européenne à rendre les patients acteurs de la prise en charge de leur santé (Fondation Roi Beaudoin (2014)). En effet, de nos jours, un patient ne peut plus être réduit à un simple « objet de soins ». Il doit avoir son mot à dire en ce qui concerne sa santé, en être acteur.

En Belgique, le concept de *Patient partenaire*² apparaît petit à petit dans le système de santé via une prise de conscience en matière de soins de santé. Ce partenariat s'appuie sur la reconnaissance d'un savoir expérientiel du patient et les savoirs scientifiques des professionnels de la santé. En rendant le patient partenaire pour toutes les décisions qui le concernent et comme expert de l'organisation des soins, on offre des perspectives pertinentes pour la gestion d'une condition chronique (Pomey & al. (2015)).

Les soignants le constatent notamment depuis la publication de La loi belge de 2002 concernant *Le consentement éclairé* relatif aux droits du patient. Il doit collaborer, être concerné, informé pour jouer un rôle dans l'amélioration de la qualité de ses soins. Ce qui nous vient à mettre à jour un concept : lorsque le patient est activement impliqué dans son traitement, il a tendance à se l'approprier davantage et à le suivre de manière plus rigoureuse, avec à la clé une plus grande efficacité thérapeutique (Denis & Teller (2011)).

Depuis 2006, *La fondation Roi Baudouin* s'est penchée sur la question de savoir comment réaliser au mieux une pleine et entière participation des patients dans notre pays, tant au niveau intermédiaire des établissements de soins qu'au niveau global de la politique de santé (Denis & Teller (2011)).

Ils ont alors encouragé la participation d'associations de patients et des formations, en soutenant de nouvelles pratiques et en finançant des recherches. L'ensemble de ces collaborations a permis aux associations de patients de participer dès à présent, à l'évaluation de la politique menée, d'apporter des correctifs et de suggérer d'éventuelles nouvelles pistes.

La FRB a alors pu prouver qu'une plus grande participation des patients contribue à une meilleure qualité des soins et à une meilleure politique de santé.

De plus, à travers la publication *Leviers pour une meilleure participation des patients*, elle met l'accent sur deux sous-concepts afin d'appuyer ce constat : d'une part, le développement d'une vision commune et d'une approche cohérente de la participation des patients ; d'autre part, un choix à faire parmi les diverses possibilités de reconnaissance et de financement pour mettre en œuvre cette vision.

²Justel(2014).*Loi relative aux droits du patient*.En ligne : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi

Suite à cette publication, un groupe de recherche de la FRB s'est intéressé en 2009 à la manière de faire progresser la participation du patient dans sa santé. Ils ont décidé de recourir à une étude comparative, réalisée par le bureau d'étude *Yellow window*, pour rédiger un rapport. Celui-ci met en évidence tout un éventail de possibilités et de leviers que les diverses parties prenantes peuvent actionner afin de donner une place plus grande à la participation des patients en Belgique.

Il relate ensuite les possibilités d'évolution de cette participation dans le contexte des différentes formes de reconnaissance et de financement.

Il met en lumière une check-list « pour une participation efficace qui peut être un tremplin dans la prise en charge de l'éducation thérapeutique du patient » (Denis & Teller (2011)).

L'ensemble de ces décisions a donné lieu à de nombreuses améliorations au niveau de l'organisation des réunions représentants de patients/acteurs privés/publics mais aussi au niveau de l'encadrement des représentants de patients et de leur attitude.

De plus, en 2010, un nouveau modèle relationnel basé sur le partenariat entre soignant/soigné, proposé par l'Université de Montréal, est né sous le nom de « Montreal Model ». Il démontre, encore une fois, que cet échange d'expérience devient une riche source de savoirs essentiels pour la prise en charge.

Ainsi ce partenariat, sur base d'une décision ou d'un acte de soins de qualité, repose sur les connaissances scientifiques des professionnels de la santé et connaissances expérientielles des patients. Le patient exerce un certain niveau de leadership, au même titre qu'un professionnel, afin de lui permettre de devenir progressivement actif dans la dynamique de soins.

L'engagement des patients devient une voie prometteuse pour améliorer la santé de la population et les problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé (Pomey & al. (2010)).

Enfin, c'est en travaillant en connaissance de ce concept que l'infirmière a un rôle prépondérant dans l'observance et dans la persistance du traitement.

2.3. Contexte socio-sanitaire et professionnel :

A l'heure actuelle, on constate que la transplantation pulmonaire est apparue comme une option de traitement appropriée pour certains patients atteints d'une maladie pulmonaire en phase terminale. Elle permet d'offrir des meilleurs taux de survie et donc une meilleure qualité de vie.

Comme dit précédemment, nous voulons considérer la transplantation pulmonaire comme une maladie chronique. Ce qui exige donc une approche adaptée pour répondre aux besoins des patients.

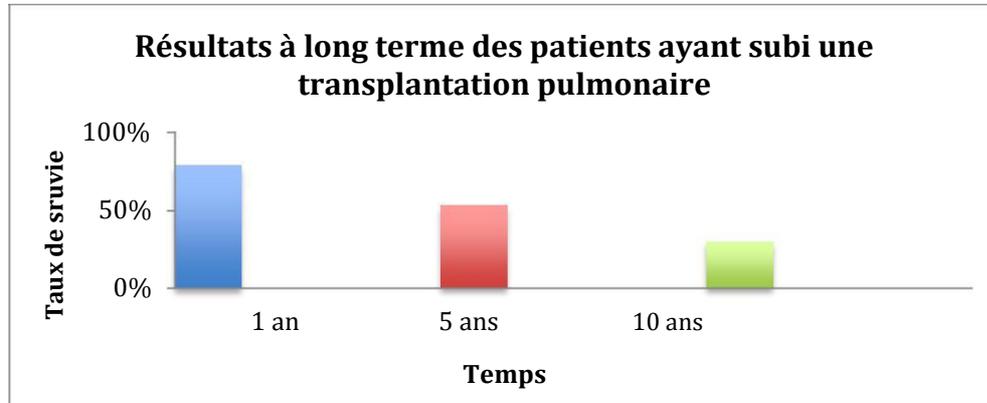
Cependant, malgré l'amélioration constante de la médecine, nous sommes forcées de constater qu'en dépit de l'évolution positive des résultats à long terme des patients ayant subi une transplantation pulmonaire, un nombre encore important de rejets subsiste.

Cela prouve qu'une autogestion adéquate après la transplantation est un objectif important et difficile à atteindre.

Cela démontre de la nécessité d'une prise en charge optimale concernant la qualité de l'éducation soit mise en place (Schaevers & Schoonis (2012)).

Afin de confirmer cette interprétation, nous nous sommes intéressées à des statistiques récentes d'une étude de Woten (2016) concernant le taux de survie des patients ayant subi une greffe pulmonaire sous forme de pourcentage.

Les résultats sont les suivants :



Avec un taux moyen de survie de 5,5 années.

Les résultats représentant l'âge moyen de survie sont ceux-ci:

- 3,5 ans pour les >65 ans
- 6,7 ans pour les 35-49 ans



Tenant compte du fait que la majorité des patients décèdent durant la première année post-opératoire.

Conditions à la transplantation :

Les patients présentant une pathologie pulmonaire avancée ou réfractaire aux traitements médicaux ont besoin, dans certains cas, de recourir à une transplantation pulmonaire.

Les principales indications sont les personnes atteintes de fibrose pulmonaire idiopathique, l'HTAP, la BPCO et la fibrose kystique. Ils sont alors classés via le *Lung allocation score* (LAS) selon différents critères d'inclusion et d'exclusion afin d'être placés dans le registre national des donneurs et receveurs. Dans le cas de la Belgique, l'acceptation de la transplantation implique l'inscription d'une demande d'organes auprès d'un organisme transnational, EUROTRANSPLANT³.

Complications post-opératoires :

Nous avons alors constaté que les principales complications post-opératoires auxquelles les patients étaient confrontés sont l'œdème aigu pulmonaire non-cardiogénique (97%) qui présente le risque le plus important durant le 1^{er} jour post-opératoire jusqu'au 10^{ème} jour post-opératoire.

Deuxièmement, la dysfonction primaire du greffon, le rejet aigu par incompatibilité ABO, le rejet aigu (35% dans la 1^{ère} année de transplantation) et le rejet chronique (80% durant les 10 premières années) sont les complications recensées.

³ CHU.U.C.L.Mont-Godinne.(2009).*La greffe pulmonaire : Brochure d'accueil et d'information.* Mont-Godinne,BE : U.C.L Mont-Godinne.

En résumé les grandes causes de rejet dans l'année sont la défaillance primaire du greffon, les infections et les complications cardio-vasculaires en sachant que la principale cause de rejet entraînant la mort durant la 1^{ère} année est l'infection, qu'elle soit bactérienne, virale ou fongiques (Woten (2016)). En annexe, vous trouverez un « calendrier des infections », datant de 2014, établi sur toute la durée de la période post-opératoire.

Suite à ces constatations, nous nous sommes alors interrogées sur la place de l'infirmière concernant l'éducation thérapeutique au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Il est alors primordial de définir le rôle de l'infirmière à travers ce contexte.

La place de l'infirmière dans l'éducation thérapeutique :

Tout d'abord, il a été prouvé par Xu & Al. (2012) que les greffés pulmonaires subissent un régime médical complexe qui est considéré comme lourd/pénible et qui interfère dans leurs activités quotidiennes mais aussi dans celles des aidants naturels. Cela souligne le besoin de soutien supplémentaire pour les dyades (=receveurs et aidants naturels) après transplantation pulmonaire.

En raison de l'absence de mesures spécifiques à la greffe pulmonaire et du fait que les mesures globales de la charge de la maladie et du soignant pourraient ne pas refléter fidèlement l'impact réel de la gestion de la santé après la greffe pulmonaire, le but de cette étude était d'évaluer les activités quotidiennes et le fardeau des receveurs et de leurs aidants familiaux afin d'accroître la compréhension des cliniciens de leur expérience et de guider le développement d'interventions de soutien (Xu & Al. (2012)).

Rappelons dès lors, la place de l'infirmière au sein l'éducation thérapeutique d'un patient.

Bases juridiques :

Dans la loi belge (Arrêté royal n° 78) relative à l'exercice des professions des soins de santé, l'art. 21quinquies stipule ce qui suit concernant la pratique de l'art infirmier :

« L'art infirmier se définit par l'ensemble des soins infirmiers (physiques et psychosociaux) réalisés de manière autonome ou en collaboration avec d'autres, aux individus de tous âges, familles, groupes ou communautés, à toutes les personnes malades ou en bonne santé, et dans tous les lieux de pratique professionnelle. »

Mais également par : « L'art infirmier se fonde sur un jugement professionnel dans les domaines de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, de la prévention de la maladie, des soins urgents, des soins curatifs, des soins chroniques et palliatifs. »

Nous avons également choisi de reprendre deux compétences intéressantes appuyant le rôle de l'infirmière dans l'éducation thérapeutique, pour l'infirmier responsable de soins généraux de la directive européenne 2013/55/UE modernisant la directive 2005/36/CE :

« -la compétence de responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu'ils adoptent un mode de vie sain et qu'ils se prennent en charge, sur la base des connaissances et des aptitudes acquises conformément au paragraphe 6, points a) et b); »

« - la compétence d'apporter de façon indépendante des conseils, des indications et un soutien aux personnes nécessitant des soins et à leurs proches;

- la compétence d'assurer, de façon indépendante, la qualité des soins infirmiers et leur évaluation »

Enfin, nous trouvons pertinents de rappeler certains aspects des rôles du praticien de l'art infirmier, d'après le CFAI (2015) :

-Communicateur : La communication avec le patient/client ainsi que la qualité de l'interaction professionnelle se basent sur l'empathie et ont pour but d'instaurer une relation de confiance dans laquelle le patient/client se sent respecté, concerné et en sécurité.

L'infirmier a recours à la technologie usuelle, tant pour le contact avec le patient/client que dans le cadre du travail interdisciplinaire, avec tous les partenaires de soins dans le trajet de soins, tant en intra qu'en extrahospitalier. Il partage les informations nécessaires oralement et par écrit, de manière analogique ou numérique, avec des personnes, des familles, ou des groupes, et ce dans le cadre légal et éthique de la confidentialité, du secret professionnel et du respect de la vie privée. Il consigne les informations dans le dossier patient/client.

-Collaborateur : Prodiguer des soins s'inscrit dans un travail d'équipe, où l'infirmier partage son expertise, ses connaissances et ses compétences avec l'équipe interdisciplinaire. L'accent est mis sur la contribution à la qualité et à la continuité des soins via la concertation, la communication des informations et le transfert. Le patient/client est le partenaire principal dans cette relation de collaboration. L'accent est mis sur l'autogestion et l'autonomisation du patient/client, mais on tient compte de la relation de soins spécifique dans le cadre de laquelle le patient/client peut être dépendant. « L'advocacy » est alors nécessaire.

-Promoteur de la santé : L'infirmier assure une mission active dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire des soins de santé, où la promotion et le maintien de la santé de la personne occupent une place centrale. Il vise l'amélioration de l'autogestion de la personne dans sa santé et la mise à disposition des connaissances et des outils nécessaires. L'infirmier tient compte à ce niveau de l'environnement des personnes, de leurs relations sociales, de leur culture et de leur mode de vie.

L'infirmière présente donc un rôle primordial au niveau de la qualité des soins apportés qui permettrait la réduction des rejets de greffons.

3. Méthode de recension des écrits

3.1. Bases de données :

Afin de rédiger notre travail, nous utilisons différentes bases de données nous permettant de trouver des articles en lien avec notre problématique et qui rentrent dans le champ de compétences de l'infirmier.

Tout d'abord, nous recherchons dans les bases de données Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed et Google Scholar.

La première nous permet de trouver de articles spécifiques aux soins infirmiers. Via la deuxième, nous trouvons des articles plus spécifiques à la médecine et la biologie.

Enfin Google Scholar est une base de données reprenant, entre autres, des articles scientifiques ainsi que des articles de revues scientifiques.

Nous utilisons aussi Nursing Reference Center Plus afin de trouver des articles de pratiques et compétences infirmières.

Nous utilisons ces différentes bases de données étant donné que nous les avons utilisées à l'école et nous en connaissons dès lors leur fonctionnement.

3.2. Mots clés et combinaisons :

Nous choisissons nos termes en fonction de notre question de recherche en ayant élaboré, préalablement, le PICO :

Patient	Greffé pulmonaire
Intervention	Education
Comparaison	Patient partenaire ou simple éducation
Outcome	Amélioration de la prise en charge infirmière

Après avoir défini nos termes, nous les traduisons avec le MeSh pour pouvoir les introduire dans la base de données PubMed. Nous utilisons les mêmes traductions pour CINAHL et Google Scholar.

Nous commençons donc nos recherches avec les termes suivants : « lung transplantation », « education », « patient education », dans les bases de données CINAHL, PUBMED et GOOGLE SCHOLAR, qui nous permettent de trouver différents articles.

Equation de recherche	Articles totaux trouvés dans les bases de données			Dernière recherche
	CINAHL	PUBMED	Google Scholar	
Education AND Lung transplantation	1692	115	13 100	10/12/16
Patient education AND after lung transplantation	1530	8	230	10/12/16
Nursing Practice and Skill AND after lung transplantation	425	0	0	10/12/16
Nurse AND education AND Lung transplantation	884	3	2 340	10/12/16

Suite à la lecture de ces articles et en concertation avec l'équipe de soins, le concept de « patients partenaires » nous semble intéressant. Nous introduisons donc « éducation » et « patient partenaire » ainsi que « motivation patient à suivre son traitement » dans la base de données GOOGLE SCHOLAR. Cela nous permet de trouver de nouveaux articles

3.3. Cross-referencing :

Ajouté à nos recherches, nous consultons les bibliographies d'articles retenu afin de ne manquer aucun article en lien avec notre question de recherche.

3.4. Articles sélectionnés :

Nos recherches sur les bases de données ont été réalisées entre octobre 2016 et décembre 2016. Cela nous permet au terme de cette période de trouver des articles pas encore présents au début de nos recherches.

Nous incluons et nous excluons certains paramètres. Nos paramètres d'inclusions comprennent : une date de parution postérieure à 2009, un résumé se joignant au mieux à notre question de recherche et des textes intégraux gratuits. Nous excluons tout article ne répondant pas à notre question de recherche ou parlant des séniors ou enfants, tout article payant ainsi que tout article n'étant ni article scientifique, ni article de revue scientifique.

Nous faisons le choix de ne pas faire attention à l'impact factor de nos articles choisis.

Finalement, nous confrontons les différents articles choisis préalablement à une grille critique afin de s'assurer de leur objectivité et leur validité. Nous avons fait le choix d'utiliser JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research. Tout article répondant aux critères est conservé.

3.5. Présentation des articles :

La totalité des articles sélectionnés ci-dessous ont fait l'œuvre d'une méthode comme expliquée précédemment. Nous en faisons ici le recensement :

Article 1 : Schaevers, V. & Schoonis, A. (2012). Implementing a standardized, evidence-based education program using the patient's electronic file for lung transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 22(3), 264-270. doi : 10.7182/pit2012366 (Traduction libre)

Article 2 : Engelke, Z. & Schub, T. (2016). *Nursing Practice & Skill : Patient Education and Discharge Instructions : Teaching the Patient after Lung Transplantation*. Glendale, CA : Cinahl Information Systems. (Traduction libre)

Article 3 : DeVito Dabbs, A., Dew, M.A., Myers, B., Begey, A., Hawkins, R., Ren, D., Dunbar-Jacob, J., Oconnell, E. & McCurry, K.R. (2009). Evaluation of a hand-held, computer-based intervention to promote early self-care behaviors after lung transplant. *Clinic Transplantation*, 23(4), 537-545. doi:10.1111/j.1399-0012.2009.00992.x. (Traduction libre)

Article 4 : Suhling, H., Rademacher, J., Zinowsky, I., Fuge, J., Greer, M., Warnecke, G., Smits, J.M., Bertram, A., Haverich, A., Welte, T. & Gottlieb, J. (2014). Conventional vs. Tablet Computer-Based Patient Education following Lung Transplantation-A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(3), e90828. doi:10.1371/journal.pone.0090828. (Traduction libre)

Article 5 : David, V., Feldman, D., Danner-Boucher, I., Le Rhun, A., Guyomarch, B., Ravilly, S. & Marchand, C. (2015). Identifying the educational needs of lung transplant recipients with cystic fibrosis. *Progress in Transplantation*, 25(1), 18-25. doi.org/10.7182/pit2015526 (Traduction libre)

Article 6 : Hirche, T.O., Knoop, C., Hebestreit, H., Shimmin, D., Solé, A., Elborn, J.S., Ellemunter, H., Aurora, P., Hogardt, M., Wagner, T.O.F & ECORN-CF Study Group1. (2014). Practical Guidelines : Lung Transplantation in Patients with Cystic Fibrosis. *Pulmonary Medicine*, 2014. (Traduction libre)

4. Analyse critique des articles

4.1. Article 1 :

Nous avons fait le choix de cet article en raison de sa pertinence. En effet, en abordant la même problématique, il propose une solution qui pourrait être intéressante pour notre travail.

De plus, cet article a été écrit sur base d'un ensemble de données probantes et standardisées. Il a également été publié en 2012 dans NATCO, *The organisation for Transplant Professionals*.

Il a été écrit par un ensemble d'infirmiers provenant de l'hôpital de Leuven, ce qui permet de mettre en avant l'intérêt de la pratique infirmière pour cette problématique.

Cet article souligne la qualité du système de santé belge et le crédibilise en matière d'éducation thérapeutique puisqu'il s'agit d'une étude menée dans un hôpital belge. L'ensemble de ces considérations en fait un article de recherche scientifique de choix pour notre travail.

En effet, il souligne l'importance de l'amélioration de l'éducation thérapeutique donnée au patient bénéficiaire d'une transplantation et incorpore un programme d'éducation structuré dans le dossier infirmier informatisé.

Pour cela, une étude pilote a été réalisée durant 2 ans à partir du mois d'Août 2009 chez 9 patients ayant subi une transplantation pulmonaire.

L'avantage d'avoir eu recours à cet article est qu'il s'agit d'une étude se déroulant sur une longue durée. Cela conforte la validité de ses composants.

Cependant, une limite est à souligner. Les systèmes informatiques varient d'une institution à une autre et cela pourrait poser problème dans l'adaptation d'un tel programme.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research :

	Existe-t-il une adéquation entre la perspective philosophique de l'arsé et la méthodologie de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et le sujet de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et les objectifs de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et les principes de la recherche scientifique?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et les interprétations des données?	Existe-t-il une déclaration explicite de la recherche sur la culture (ou les cultures)?	Le chercheur influence-t-il la recherche et vice-versa?	Les participants et leurs voix sont-ils adéquatement représentés?	Les conclusions tirées dans le rapport de recherche dérivent-elles adéquatement des données de la recherche?	
Etudiant A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	PC	Oui	Oui
Etudiant B	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	PC	Oui	Oui

PC = Pas Clair ; PA = Pas Applicable

4.2. Article 2 :

Nous trouvons judicieux de sélectionner cet article pour différentes raisons.

Tout d'abord, parce qu'il a été publié dans CINAHL en Mars 2016, donc c'est un article de qualité récent pour notre recherche. En effet, c'est une base de données de référence pour les soins infirmiers. Elle fournit des informations fondées sur des données probantes.

Ensuite, il a permis l'élaboration de *Guidelines*. Ces règles de bonnes pratiques exposent clairement la marche à suivre. C'est pourquoi il s'agit d'un article pertinent faisant preuve d'un questionnement intéressant et utile pour répondre à notre question de recherche.

Enfin, cet article provient du Canada. C'est, selon nous, une donnée intéressante pour l'évolution de la pratique infirmière. Il apporte une diversité à nos recherches.

JBIC QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research :

	la perspective philosophique de la recherche est-elle adéquate à la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et l'objectif de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et les données de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et la présentation des données?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et l'interprétation des données?	Existe-t-il une délimitation claire de la culture ou du contexte de la recherche?	Le chercheur influence-t-il la recherche et vice versa?	Les participants et leurs voix sont-ils adéquatement représentés?	Les conclusions tirées dans la recherche sont-elles adéquates aux données de la recherche?	
Etudiant A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	PA	Oui	Oui
Etudiant B	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	PA	Oui	Oui

4.3. Article 3 :

Nous avons sélectionné cet article de recherche scientifique en raison d'une donnée intéressante. Il est fondé sur une étude randomisée datant de 2009. Cela en fait un article pertinent pour notre question de recherche.

En effet, suite à la lecture de l'article n°2, nous nous sommes posé la question de savoir quel était le support le plus adéquat pour l'éducation thérapeutique. Grâce à l'article n°4, nous pouvons affirmer qu'il existe plusieurs alternatives disponibles pour chaque type de patient. Une réelle personnalisation est dès lors possible. Le dispositif portatif *Pocket PATH* a été utilisé dans un hôpital de Pittsburgh et a prouvé son efficacité.

Néanmoins, cet article contient certaines limites telles que le coût, l'échantillon de l'étude était faible et la période de l'étude relativement brève. Mais, sur base de résultats prometteurs, un essai contrôlé randomisé à grande échelle est en cours pour tester rigoureusement l'efficacité du *Pocket PATH* dans la promotion de l'autogestion de la santé.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research :

	Existe-t-il une adéquation entre la perspective philosophique de l'auteur et l'ethologie de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre l'ethologie de la recherche et les objectifs de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre l'ethologie de la recherche et les méthodes de recherche?	Existe-t-il une adéquation entre l'ethologie de la recherche et la présentation de l'analyse de données?	Existe-t-il une adéquation entre l'ethologie de la recherche et les implications de la recherche?	Existe-t-il une déclaration que le chercheur suit un plan ou un protocole?	Le chercheur influence-t-il la recherche et vice versa?	Les participants et leurs voisins-ils adéquatement présentés?	Le chercheur a-t-il déclaré qu'il n'a pas d'intérêt financier?	Les conclusions sont-elles interprétées de manière adéquate?
Etudiant A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	PC	Oui	Oui
Etudiant B	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	PC	Oui	Oui

4.4. Article 4 :

Nous avons décidé de retenir cet article de recherche scientifique car comme le précédent, il est basé une étude randomisée contrôlée. Mais contrairement à celle-ci, il s'agit d'une étude à grande échelle et sa publication est postérieure.

De plus, cette étude s'est déroulée en Allemagne dans un centre universitaire unique (Hannover Medical School), ce qui permet d'apporter des résultats différents.

Comme nous le mentionnions précédemment, une nouvelle étude devait être faite étant donné l'échantillon faible de participants. Il nous a donc semblé indispensable d'approfondir nos recherches des alternatives à l'éducation conventionnelle.

Cet article propose une alternative basée sur l'utilisation d'une tablette interactive. Cependant, une limite en ressort. Bien que l'e-éducation soit une méthode plus standardisée que l'éducation en face à face, cette dernière spécificité permet un enseignement plus individuel qui peut se concentrer sur les problèmes d'un patient donné.

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research :

	Existe-t-il une adéquation entre la perspective philosophique de l'auteur et l'ethologie de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre l'ethologie de la recherche et les objectifs de la recherche?	Existe-t-il une adéquation entre l'ethologie de la recherche et les méthodes de recherche?	Existe-t-il une adéquation entre l'ethologie de la recherche et la présentation de l'analyse de données?	Existe-t-il une adéquation entre l'ethologie de la recherche et les implications de la recherche?	Existe-t-il une déclaration que le chercheur suit un plan ou un protocole?	Le chercheur influence-t-il la recherche et vice versa?	Les participants et leurs voisins-ils adéquatement présentés?	Le chercheur a-t-il déclaré qu'il n'a pas d'intérêt financier?	Les conclusions sont-elles interprétées de manière adéquate?
Etudiant A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Etudiant B	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui

4.5. Article 5 :

Cet article de recherche scientifique, datant de mars 2015, identifie le contenu dont tout patient transplanté pulmonaire a besoin au cours de son éducation thérapeutique. Il s'agit d'une étude menée dans 7 centres de transplantation en France et qui permet de mettre en évidence les sujets à aborder nécessaires au patient transplanté afin d'éviter toute complication.

De plus, elle met en évidence des connaissances non-abordés par nos autres textes que les patients, eux-mêmes, estimaient importants.

Enfin, elle souligne qu'il était primordial d'avoir une éducation à long terme et non pas se limiter à la période post-opératoire.

L'étude a montré quelques limites qui sont : un échantillon trop petit de patient, une limite à l'analyse de statistique ; un échantillon choisi de manière non randomisée car leur inclusion dépendait de leur état de santé et enfin un échantillon limité à des patients atteints de mucoviscidose.

JBIC QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research :

	Existe-t-il une adéquation entre la perspective philosophique de la recherche et la méthodologie de la recherche ?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et les questions de recherche ?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et les hypothèses de recherche ?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et les résultats de recherche ?	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et les conclusions de recherche ?	Existe-t-il une déclaration de la part du chercheur sur l'absence de conflit d'intérêt ?	Le chercheur influence-t-il la recherche et vice versa ?	Les participants et leurs voix ont-ils été adéquatement représentés ?	Les conclusions tirées dans le rapport de recherche sont-elles étayées par les données de la recherche ?
Etudiant A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Etudiant B	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui

4.6. Article 6 :

Le choix de cet article est un peu plus particulier. En effet, nous voulions comparer les bonnes pratiques (*Guidelines*) infirmières et médicales.

Grâce à cela, nous avons pu identifier des informations supplémentaires utiles à l'avancement de notre travail.

De plus, celui-ci est rédigé par un ensemble de médecins provenant de l'Europe entière. Ce qui permet de faire émerger des lignes directrices communes.

Cet article a été publié en 2014 et fait partie de revue de la littérature *Pulmonary Medicine*.

Il fait mention de patient atteint de la mucoviscidose. Néanmoins, les lignes directrices restent générales et donc applicables à tout patient transplanté pulmonaire.

AEtudiant	Oui	Existe-t-il une adéquation entre la perspective philosophique déclarée et la méthodologie de la recherche?
BEtudiant	Oui	Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et la question ou les objectifs de la recherche?
		Existe -t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et la méthode utilisée pour recueillir les données?
Oui	Oui	Existe -t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et la représentation et l'analyse des données?
		Existe-t-il une adéquation entre la méthodologie de la recherche et l'interprétation des résultats?
		Existe-t-il une déclaration qui situe le chercheur sur le plan culturel ou théorique?
		Le chercheur influence-t-il la recherche, et vice versa ?
		Les participants et leurs voix sont-ils adéquatement représentés?
		La recherche est-elle conforme aux critères actuels ou, pour les études récentes, y a-t-il des preuves d'une approbation éthique par un organisme approprié?
Oui	Oui	Les conclusions tirées dans le rapport de recherche découlent-elles de l'analyse, de l'interprétation ou des données?

Q
A
R
I
I
B

Che
ckli
st

f
o
r

5. Comparaison des résultats

But de la recherche	Méthode et contenu	Principaux résultats et retombées sur la pratique
Article 1 : <i>Implementing a standardized, evidence-based education program using the patient's electronic file for lung transplant recipients</i>		
Planifier un programme structuré d'éducation, décrivant le contenu, le processus et l'évaluation de l'éducation des patients avant leur sortie après la transplantation pulmonaire et intégrer ce programme dans le fichier électronique et cette nouvelle forme de suivi de l'éducation dans le test pilote du patient.	Basé sur un cadre conceptuel existant (Lorig et ses collègues) ainsi que sur des brochures éducatives de <i>International Nurses Transplant Society</i> , l'équipe interdisciplinaire a décidé chaque composante éducation devant être fournie ainsi que les critères d'évaluation. Les composantes retenues afin d'améliorer la qualité de l'éducation thérapeutique sont les suivantes : -Soins dentaires -Hygiène -Traitement médicamenteux -Régime alimentaire -Régime alimentaire et traitement médicamenteux -Mode de vie -Mode de vie et traitement médicamenteux -Sport et activité physique -Suivi -Reconnaissance des signes d'infection et de rejet	Pour le patient : -Sentiment de confiance pour le retour à domicile grâce à de meilleures connaissances Pour les prestataires de soins : -Amélioration du suivi du patient par toute l'équipe interdisciplinaire -Meilleur niveau d'uniformité quant aux informations données -Transparence au sein de l'équipe interdisciplinaire -Programme informatisé facile d'utilisation -Pas de perte ni de répétition de l'information donnée
Article 2 : <i>Patient Education and Discharge Instructions : Teaching the Patient after lung Transplantation</i>		
Donner les informations et instructions nécessaires avant la sortie afin d'acquérir des compétences d'auto-soins et d'améliorer	En apportant des stratégies d'enseignement efficaces impliquant une combinaison d'activités qui incluent une instruction individualisée et un certain niveau d'implication des prestataires de soins. Les composantes reprises sont les suivantes : -Fournir des informations cohérentes tout au long d'un	Pour le patient : -Meilleure compréhension de la période post-opératoire et de l'importance d'un suivi médical à vie -Identification des prestataires de soins de référence pendant la convalescence

<p>l'habilité des soins prescrits et la surveillance médicale durant la convalescence et le reste de la vie du patient transplanté pulmonaire.</p>	<p>continuum de soins -Evaluation de la volonté d'apprendre, du style d'apprentissage préféré, les priorités et les obstacles à l'apprentissage, les besoins et désirs d'apprentissage -Planifier les moments opportuns de l'enseignement - Mise en œuvre du plan d'enseignement -Evaluer les connaissances du patient quant aux instructions données -Mise à jour et documentation du plan de soins du patient en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire</p>	<p>-Education à l'adhésion du traitement médicamenteux -Adopter un mode de vie et de santé visant à réduire le risque de complications -Adhésion à la reprise de l'activité physique -Initiation aux stratégies d'adaptation concernant les précautions environnementales -Connaissances des ressources conçues pour aider les personnes transplantées telles que les groupes de soutien, ressources en ligne,....</p> <p>Pour les prestataires de soins :</p> <p>-Meilleurs acquis et connaissances concernant l'éducation thérapeutique du patient transplanté pulmonaire -Adhésion et participation des aidants naturels dans l'apprentissage -Devenir une personne de référence pour le patient et son entourage -Reconnaissance de l'importance de l'éducation thérapeutique dans les compétences de l'infirmière -Adopter un langage adapté et individualisé au patient</p>
<p><i>Article 3 : Evaluation of a hand-held, computer-based intervention to promote early self-care behaviors after lung transplant</i></p>		
<p>Comparer les comportements de soins personnels, les comportements d'auto-soins et la qualité de vie à la santé entre les bénéficiaires du Pocket</p>	<p>L'assistant personnel de poche Tracking Health (Pocket PATH) est un périphérique portatif conçu pour les patients afin d'enregistrer les données de santé, examiner les tendances des données et signaler les changements de condition à l'équipe de transplantation. Un essai pilote a été mené pendant les deux premiers mois après la sortie de l'hôpital entre 15 patients bénéficiaires</p>	<p>Pour le patient :</p> <p>-Les patients du groupe Pocket PATH ont affiché des notes nettement plus élevées de gestion d'auto-soins, ont effectué des comportements d'auto-soins à des taux significativement plus élevés et ont rapporté une qualité de vie nettement meilleure que les témoins standard.</p>

<p>PATH et les bénéficiaires standards.</p>	<p>du Pocket PATH et 15 patients standard après une transplantation pulmonaire. Tous les participants ont plus de 18 ans, ont reçu une transplantation pulmonaire au sein du Centre Médical de l'Université de Pittsburgh. Chaque patient est muni d'un Pocket PATH avec un manuel d'instruction. Ils ont été formés et amenés à tester son utilisation avant la sortie. Eléments enregistrés par le Pocket PATH sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prise du traitement médicamenteux -Prise des immunosuppresseurs -Présence aux rendez-vous médicaux -Suivi des tests sanguins -Surveillance de la tension artérielle à domicile -Suivi du régime alimentaire prescrit -Suivi du plan d'exercices physiques prescrit -Abstinence à l'usage du tabac -Limitation de la consommation d'alcool -Réalisation de la spirométrie à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> -Meilleure adhésion au suivi médical -Les patients prenaient plus de contact avec l'équipe de transplantation -Augmentation du bien-être physique <p>Retombées sur la pratique :</p> <p>Intervention informatisée conçue pour aider le patient transplanté pulmonaire à exercer des comportements d'auto-soins et donc être activement impliqué dans la prévention et la détection de complications dans le but d'améliorer les résultats de santé liés à la transplantation. Les résultats de cet essai contrôlé randomisé fournissent des preuves encourageantes selon lesquelles Pocket PATH, une technologie de santé portative, axée sur le patient, est acceptable pour le patient transplanté pulmonaire et supérieure aux méthodes de papier-crayon les plus couramment utilisées pour le suivi et l'interprétation de l'information sur la santé. Cette application mobile est particulièrement prometteuse, car ses avantages consistent à promouvoir l'adhésion, la vigilance et la communication entre les patients transplantés pulmonaires et l'équipe de transplantation.</p>
<p><i>Article 4 : Conventional vs. Tablet Computer-Based Patient Education following Lung Transplantation – A Randomized Controlled Trial</i></p>		
<p>Comparer l'éducation de la tablette-PC et l'éducation conventionnelle pour améliorer</p>	<p>Cet article présente une étude randomisée à grande échelle sur échantillon de 61 patients durant 6 mois. 30 patients bénéficiaires de la tablette-PC et 31 patients bénéficiaires d'une éducation conventionnelle. Tous les patients ont plus de 18 ans, ont subi une intervention</p>	<p>Pour le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune différence entre les groupes en ce qui concerne les niveaux d'immunosuppression dans la fourchette cible après 6 mois. - Amélioration des connaissances quand au

<p>l'immunosuppression à travers les niveaux dans une fourchette cible de 6 mois après une éducation unique.</p>	<p>simple, double ou une transplantation cœur-poumon et participent activement au programme de surveillance post-transplantation.</p>	<p>traitement immunosuppresseurs avec l'éducation en continue</p> <p>Pour les prestataires de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens de questions – réponse moins longs pour les bénéficiaires d'éducation tablette-PC <p>Retombée sur la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'e-éducation en tablette-PC est non-inférieure en termes d'amélioration de la compliance à l'immunosuppression par rapport à l'éducation conventionnelle. -Non-infériorité de l'éducation de la tablette-PC chez les patients ayant démontré une mauvaise adhésion thérapeutique de leur immunosuppression après une transplantation pulmonaire. -L'éducation basée sur Tablet-PC s'est avérée non inférieure à l'éducation conventionnelle personnelle et peut aider les médecins à améliorer l'efficacité de l'éducation.
<p><i>Article 5 : Identifying the educational needs of lung transplant recipients with cystic fibrosis.</i></p>		
<p>Elucider les besoins éducatifs des patients qui ont subi une transplantation pulmonaire pour la fibrose kystique tout en participant au développement de</p>	<p>De janvier 2009 à mars 2012, des entrevues de diagnostic éducatif approfondies ont été menées auprès de 42 transplantés adultes atteints de fibrose kystique qui ont été suivis dans 7 centres français de transplantation.</p> <p>L'étude a été offerte aux patients dont la visite au jour de l'hospitalisation avait été programmée, après avoir déterminé que leur état de santé était suffisamment stable pour leur permettre de participer à un entretien approfondi d'au moins 1</p>	<p>Pour le patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acquisitions de connaissances utiles sur la gestion de leur maladie -Mise en évidence des besoins éducatifs concernant les complications liées à la transplantation et la prise en charge des médicaments immunosuppresseurs -Nécessité d'approfondir les connaissances liées à

<p>programmes d'éducation thérapeutique dans les centres de transplantation français.</p>	<p>heure. Plusieurs domaines ont été explorés: -Etat de santé -Résultats sociaux et professionnels -Connaissance de la maladie et des traitements -Expérience de la maladie</p> <p>Les entretiens ont combiné des questions ouvertes et fermées pour une exploration plus systématique des connaissances sur la maladie et les traitements. Le diagnostic éducatif consiste en une ou plusieurs entrevues pendant lesquelles les soignants connaissent tous les aspects du patient et identifient les besoins éducatifs du patient. Dans le cadre de cette étude, la brochure sur le diagnostic éducatif a été utilisée pour explorer les besoins des patients quelque temps après leur transplantation.</p> <p>À la fin de l'entrevue, le diagnostic éducatif a été résumé avec le patient. Les patients ont été invités à exprimer leur point de vue sur l'entrevue et sur leurs besoins éducatifs. Les objectifs éducatifs ont été identifiés et négociés avec le patient. Les besoins éducatifs peuvent être liés à des «objectifs essentiels» préalablement définis par le groupe de travail ou à des objectifs plus spécifiques à chaque patient.</p>	<p>l'alcool et au tabac, les effets et les risques, le temps d'attente avant de commencer une grossesse et les complications liées à la transplantation -Reconnaissance des causes et des signes de rejet et à la gestion des problèmes de prise de médicaments (oubli, vomissement, etc.). -Connaissance du rôle des médicaments, des interactions médicamenteuses et des risques liés au traitement de la peau -Permettre aux patients de s'occuper d'eux-mêmes et de gérer leur maladie et leurs traitements (compétences en autogestion / autogestion) - Permettre aux patients de prendre des décisions éclairées, de résoudre des problèmes, de réfléchir de manière critique et créative, de communiquer efficacement, d'établir des relations saines et de gérer leur vie de manière saine et productive</p> <p>Pour les prestataires de soins : -Elaboration d'un programme complet d'éducation thérapeutique pour les candidats à la transplantation qui comprend les phases préparatoire, post-transplantation immédiate et post-transplantation tardive -Adapter la transmission des connaissances en fonction des principes et conditions qui favorisent l'apprentissage</p> <p>Retombées sur la pratique : -Nécessité de mieux informer les patients sur la grossesse et les nouveaux droits sociaux et de leur</p>
---	---	---

		<p>offrir un soutien psychologique pour s'adapter à leur nouvel état de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nécessité de rappel sur le long terme des informations données -Le programme thérapeutique doit également permettre au patient d'acquérir des connaissances dans la vie quotidienne et la gestion du stress et des émotions à l'égard de leur nouvelle vie -Ce programme montre aussi l'utilité d'une approche multidisciplinaire dans l'éducation thérapeutique du patient durant toutes les phases de transplantation
Article 6 : <i>Practical Guidelines : Lung Transplantation in Patients with Cystic Fibrosis</i>		
<p>Fournir aux membres des équipes de soins des informations spécifiques sur tous les aspects de la transplantation en mettant en évidence les domaines de consensus et de convergences dans toute l'Europe.</p>	<p>Cet article expose les complications possibles suite à une transplantation pulmonaire et propose une série de directives quant à l'éducation thérapeutique nécessaire du patient. De plus, il énonce la nécessité d'une communication étroite entre le médecin généraliste et l'équipe multidisciplinaire. Les complications sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Complexité du suivi à long terme -Observance du traitement immunosuppresseur -Rejet aigu du greffon -Infection à CMV et VRS <p>Basés sur ces complications connues, ils en ont retirés 11 objectifs d'apprentissage, pour le patient, à atteindre avant son retour à domicile</p>	<p>Pour le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifier les signes avant-coureurs d'un changement du statut respiratoire -Répondre aux signes avant-coureurs d'une modification du statut respiratoire -Connaître la nature vitale des immunosuppresseurs -Respecter la bonne manipulation des immunosuppresseurs -Connaître le rôle et le mode d'action du reste du traitement -Savoir agir en cas d'oubli d'un médicament ou en cas vomissements -Etre capable de gérer le stock de médicaments et d'équipement -Etre capable d'identifier les risques liés aux aliments -Prévenir les maladies de la peau -Pouvoir partager les projets et les activités avec l'équipe soignante, exprimer les peurs, les désirs,

		<p>parler de l'image corporelle et gérer le stress et les émotions, etc</p> <ul style="list-style-type: none">-Connaître les risques liés au voyage <p>Pour les prestataires de soins :</p> <p>Cette méthode permet à l'équipe soignante d'avoir des lignes directrices communes et cela à travers l'Europe.</p>
--	--	--

6. Discussions

6.1. Consensus et divergences :

Il y a un consensus général dans l'ensemble des articles quant à l'impact des interventions sur l'éducation thérapeutique du patient.

En effet, tous nos articles soulignent l'importance d'une meilleure prise en charge de sa propre santé par le patient et proposent pour cela, des interventions appropriées. Ils évoquent également l'importance de la concertation de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Grâce à ces interventions, le taux de décès suite à une transplantation pulmonaire est en baisse depuis un certain nombre d'années.

Cela permet de répondre à notre question de recherche : Comment systématiser l'éducation thérapeutique du patient greffé pulmonaire, dans un service de chirurgie spécialisé, avant le retour à domicile ?

Pour cela, nous allons présenter pour chaque résultat obtenu et son influence sur le bien-être patient, ainsi que sur la pratique infirmière.

Les 6 catégories pour le patient sont les suivantes :

- Sentiment de confiance avant le retour à domicile
- Meilleure information et connaissance
- Adoption d'un mode de vie qui permet de réduire le risque de complications
- Adhésion à la reprise de l'activité physique
- Acquisition de compétences d'auto-soins
- Meilleure relation soignant/soigné

Les retombées sur la pratique infirmière sont les suivantes :

- Amélioration du suivi du patient
- Homogénéisation des informations
- Elaboration d'alternatives à l'éducation conventionnelle
- Meilleure connaissance de la transplantation pulmonaire
- Importance d'une approche multidisciplinaire des soins

Concernant le patient, nous allons énoncer les principaux résultats qui font l'objet de consensus ou de divergences.

Seul l'article n°1 traite du sentiment de confiance que ressent le patient avant le retour à domicile, après avoir reçu l'éducation thérapeutique nécessaire. Nous trouvons cela dommage en raison de l'importance de celui-ci en fin d'éducation et lors du retour à domicile. Cet article est basé uniquement sur l'expérience de l'équipe pluridisciplinaire ; aucune intervention ne peut clairement être mise en œuvre puisque c'est un ressenti final du patient.

Tous les articles insistent sur l'importance d'une meilleure information et connaissance pour le patient de sa situation. En effet, des interventions concrètes sont mises en place telles que : planification d'un programme structuré d'éducation (Schaevers & Schoonis (2012)) ; instruction individualisée et évaluation des connaissances tout au long d'un continuum de soins (Engelke & Schub (2016)) ; après une éducation préalable lors de l'hospitalisation, mise en place d'un dispositif portatif de surveillance à domicile (DeVito Dabbs & Al. (2009)) ; éducation thérapeutique complète via un système tablette-PC (Suhling & Al. (2014)) ; amélioration des informations données via le développement de programmes

d'éducation thérapeutiques (David & Al. (2015)) ; augmentation des connaissances de l'équipe de soins sur tous les aspects de la transplantation pulmonaire (Hirche & Al. (2014)). Les sujets abordés permettant une meilleure transmission des connaissances et des informations sont :

- le traitement médicamenteux et immunosuppresseur,
- l'activité physique,
- l'hygiène,
- le régime alimentaire,
- le suivi à long terme,
- les risques de complications,
- les ressources conçues pour aider les personnes transplantées (groupe de soutien,...)
- la surveillance des paramètres (spirométrie, TA),
- la nouvelle hygiène de vie,
- la gestion du stress et des émotions,
- les droits sociaux.

On peut observer pour la plupart des articles des résultats concrets tels que :

- la meilleure connaissance concernant la période post-opératoire ;
- le suivi médical à vie ;
- les ressources conçues pour les aider (groupes de soutien,..) ;
- l'identification du prestataire de soins de référence pendant la convalescence ;
- l'amélioration des connaissances et la manipulation du traitement médicamenteux général et immunosuppresseur ;
- les interactions médicamenteuses ;
- la nécessité d'approfondir leurs connaissances liées à la consommation d'alcool, de tabac, la grossesse, les voyages et les nouveaux droits sociaux et le soutien psychologique ;
- l'identification et la réponse aux signes avant-coureurs de changement de statut respiratoire.

Pour les articles 1 et 3, nous n'avons pas identifié de résultats concrets mais pouvons supposer que la meilleure information/connaissance pour le patient de sa situation fait partie de leurs objectifs. En effet, nous le constatons pour le 1^{er} article par le sentiment de confiance ressenti par le patient avant le retour à domicile. Dans le 3^{ème} article, des résultats laissent également transparaître des meilleures connaissances concernant la situation du patient : meilleure gestion des auto-soins, meilleure adhésion au suivi médical, augmentation de la qualité de vie,... Ces éléments ne pourraient pas être présents sans des connaissances et informations adéquates.

A propos de l'adoption d'un mode de vie visant à diminuer le risque de complications, seuls les articles 2, 3 et 6 en apportent des résultats concrets. En effet, pour l'article n°2, les patients comprennent l'importance de l'adhésion à un mode de vie sain et l'initiation aux stratégies d'adaptation à propos des précautions environnementales. L'article n°3 montre des patients ayant une meilleure adhésion au suivi médical. L'article n°6 démontre que les patients sont aptes à identifier les signes avant-coureurs d'un changement de statut respiratoire, sont capables de gérer les stocks de médicamenteux et l'équipement et savent comment prévenir de maladies de la peau.

Seulement la moitié des articles nous parle de résultats concernant l'adoption d'un mode de vie visant à diminuer le risque de complications. Nous trouvons cela peu au regard de statistiques relevées précédemment dans le travail. En effet, les résultats à long terme d'un patient ayant subi une greffe pulmonaire est encore faible en regard des complications.

L'adhésion à la reprise de l'activité physique est présente dans les articles 2 et 3. Ils font tous deux effet d'une augmentation du bien-être suite à la récupération d'une activité

physique. En raison de la singularité de cette catégorie de résultats, nous ne sommes pas étonnées de le retrouver dans seulement trois articles.

Seuls les articles 3 et 5 mentionnent l'acquisition par le patient de compétences d'auto-soins. On peut supposer que pour les autres, le concept apparaît à travers des éléments tels que l'adoption d'un mode de vie visant à réduire l'apparition de complications. Mais ceux-ci ne mentionnent alors pas clairement l'auto-soin, ce que nous trouvons dommage.

Pour l'article n°3, il est évident que la compétence l'étude est de rendre le patient tout à fait autonome dans la prise en charge de sa santé, et cela grâce à l'assistance qu'un dispositif portatif *Pocket PATH* pourrait lui apporter.

En ce qui concerne la relation soignant-soigné, les articles 3 et 6 font part d'un sentiment de confiance entre l'équipe soignante et le patient. Celui-ci peut alors exprimer ses craintes, peurs,... Le contact était meilleur. Dans l'article n°3, il est évident que la relation soignant-soigné est renforcée en raison du suivi fréquent et la surveillance qu'impose le dispositif portatif.

L'ensemble des articles justifie la nécessité d'améliorer l'éducation thérapeutique et d'y apporter une structure. Ils nous ont permis d'avoir une vue d'ensemble sur un certain nombre de dispositifs, parfois même d'alternatives. Les résultats pour ces patients qui ressortent de ces différents articles sont très positifs et prometteurs.

Pour ce qui est des retombées sur la pratique infirmière 4 des 6 articles abordent l'amélioration du suivi du patient. L'article n°1 ne se limite pas à l'amélioration du suivi pour l'infirmière mais bien pour toute l'équipe pluridisciplinaire. Selon les différents articles pour qu'il y ait une amélioration du suivi, il faudrait : un apprentissage adapté et individualisé au patient et ce à des moments propices (Engelke & Schub (2016)) et un suivi à long terme des patients afin de rappeler les informations données qui auraient pu être oubliées (David & Al. (2015)). L'article n°4, qui compare l'éducation conventionnelle à la e-éducation, a démontré que cette dernière permettait une prise en charge supérieure ou égale à l'éducation conventionnelle. Nous pensons dès lors que la e-éducation serait une piste si le patient est réceptif à ce type d'apprentissage. L'article n°2, quant à lui, promeut la participation des aidants naturels à l'apprentissage, il est le seul dans ce cas. Or nous avons vu dans l'article de Xu & al. (2012), que la charge importante que représente un greffé pour les aidants naturels si l'éducation thérapeutique est inadaptée. Ce qui nous fait réfléchir si les solutions apportées par nos différents articles pourraient atténuer cela. Enfin l'article n°2 conclut que l'amélioration du suivi permettra à l'infirmière de devenir une personne de référence à long terme pour le patient greffé.

Les articles n°1, n°5 et n°6 optent pour une homogénéisation des informations données et pour arriver à ce résultat, ils proposent différentes choses telles que :

- une transparence au sein de l'équipe interdisciplinaire (Schaevers & Schoonis (2012)) ;
- l'utilisation d'un programme informatisé afin d'éviter la perte et la répétition de l'information donnée (Schaevers & Schoonis (2012)) ;
- permettre au patient d'acquérir des connaissances dans la vie quotidienne et la gestion du stress et des émotions à l'égard de leur nouvelle vie (David & Al. (2015)) ;
- mieux informer les patients sur la grossesse et les droits sociaux et leur offrir un soutien psychologique pour s'adapter à leur nouvel état de santé (David & Al. (2015))

Enfin l'article n°6 propose des lignes directrices communes et ce à travers l'Europe. Les informations à donner se trouvent ci-dessus.

La moitié des articles proposent des alternatives à l'éducation thérapeutique conventionnelle. L'article n°1 prône l'utilisation d'un programme informatisé facile d'utilisation. L'article n°3 suggère l'utilisation d'un dispositif permettant au patient d'exercer des comportements d'auto-soins afin de s'impliquer activement dans la prévention et la

détection de complications. Cette application a pour avantage de promouvoir l'adhésion, la vigilance et la communication entre patient et équipe soignante. Enfin selon l'article n°4, la e-éducation apporte des résultats non-inférieur à l'éducation conventionnelle quant à l'adhésion et la compliance au traitement immunosuppresseurs.

Seul l'article n°2 explique la nécessité de meilleures connaissances pour l'équipe soignante quant au sujet de la transplantation pulmonaire avant une prise en charge. Il reconnaît l'importance de meilleurs acquis et connaissances quant à l'éducation thérapeutique dans les compétences de l'infirmière. Comme expliqué précédemment, nous avons eu aucun cours qui abordait ce thème durant notre cursus. Il serait donc peut-être intéressant d'avoir une formation avant de commencer à travailler avec ce panel de patient afin d'avoir les connaissances suffisantes pour une prise en charge adéquate et appropriée.

Pour terminer, seul l'article n°5 arrive à la conclusion de l'efficacité d'une approche multidisciplinaire dans l'éducation thérapeutique. Il est pour nous essentiel que l'éducation se fasse avec l'entière de l'équipe pluridisciplinaire afin que chacun apporte les informations de sa spécialité. L'infirmière serait alors au centre de cette éducation afin de corriger les manquements. De plus, elle se chargerait de faire les rappels quant aux informations non-retenues par le patient.

6.2. Perspectives :

Dès le début de notre TFE, il nous a semblé indiscutable que nous avions un manque de connaissances sur le sujet des greffés. Grâce à la littérature nous avons acquis des notions intéressantes. Il nous semble, dès lors, primordial que les équipes soignantes travaillant avec les greffés aient des connaissances approfondies et suffisantes afin d'organiser une prise en charge adéquates et appropriées comme l'explique Engelke & Schub (2016).

Nous savons que l'hôpital, auquel nous avons été rattachées pour le projet, va d'ici peu passer au dossier informatisé. Nous pensons qu'il devrait y avoir un index *éducation* pour le patient transplanté pulmonaire, dans lequel serait repris différents items tels que les soins dentaires, l'hygiène, le traitement médicamenteux, le régime alimentaire, le mode de vie, le sport et l'activité physique, la reconnaissance des signes d'infection et de rejet ainsi les risques entre traitement médicamenteux et régime alimentaire ou mode de vie. Chaque soignant devra alors cocher les items de l'éducation vu avec le patient afin de rendre compte des sujets qui auront déjà été abordés ou non. Cela permettra ainsi d'éviter les oublis et les répétitions. Ce procédé a été appliqué lors d'une étude (Schaevers & Schoonis (2012)) et a montré ses preuves.

Comme expliqué précédemment, seul un de nos articles (Schaevers & Schoonis (2012)) traite de l'impression de sécurité ressenti par le patient avant un retour à domicile après une éducation adéquate. Nous pensons, en conséquent, qu'il serait intéressant de faire d'avantages d'études où les sentiments des patients seraient pris en compte afin de savoir si une éducation systématisée permettrait au patient d'éviter la non-observance thérapeutique.

On pourrait envisager la e-éducation pour des patients habitués à la technologie (ex : tablette) afin de favoriser un apprentissage approprié à chacun. En effet, selon les résultats de l'étude de Suhling & Al. (2015), l'e-éducation a apporté des résultats non-inférieurs à l'éducation conventionnelle. Ce serait donc une piste pour le futur.

6.3. Limites :

Nous reconnaissons quelques limites dans l'élaboration de notre TFE. La première a été les articles payants. Cela a limité le choix et le nombre d'articles sélectionnés. Ce qui rend notre travail non exhaustif à ce sujet.

La langue aura été notre deuxième limite. En effet, nous avons traduit nous-même les articles sélectionnés, il est donc possible qu'il y ait certaines déformations des idées des différents auteurs.

Nous considérons que notre manque de connaissance à propos des greffes pulmonaires aura été une limite à la réalisation de notre TFE. En effet, il nous a fallu faire des recherches sur le sujet afin de comprendre le contexte de la prise en charge du patient avant de pouvoir commencer nos recherches sur l'éducation thérapeutique en elle-même.

Enfin, durant l'élaboration de notre travail, le service qui comportait les patients transplantés pulmonaires a été restructuré. De fait, les patients se trouvent actuellement dans une autre unité de chirurgie moins spécifique à leur prise en charge.

Nous ne savons donc pas comment les patients sont à présent pris en charge ni si l'éducation thérapeutique a changé.

7. Scénarii de simulation

L'objectif de notre TFE était d'aboutir à deux scénarii de simulation. Nous nous sommes aperçues, à la lecture de nos différents articles, qu'il était nécessaire pour les infirmiers d'avoir une formation sur l'éducation thérapeutique afin de permettre aux patients d'avoir une prise en charge optimale. L'élaboration de ces scénarii a, selon nous, toute son importance.

Notre premier scénario sera un entretien entre un infirmier d'un service de chirurgie et un patient nouvellement greffé pulmonaire. Le patient aura reçu une multitude d'informations sur son éducation en peu de temps par des personnes différentes de l'équipe soignante.

Par ce scénario, nous voulons montrer la nécessité d'une prise en charge personnalisée de l'éducation thérapeutique mais aussi l'importance d'être à l'écoute du patient.

Notre second scénario sera un entretien entre un infirmier d'un service de chirurgie et un patient greffé pulmonaire juste avant son retour à domicile. Le patient sera stressé car il ne se sentira pas prêt pour cela. L'infirmier devra donc lui prouver qu'il est prêt à rentrer chez lui.

Par ce scénario, nous souhaitons que le patient devienne un patient partenaire via différentes techniques tel que le *teach me, show me, ask me*.

8. Conclusion

Suite à la réalisation de ce travail, nous pouvons à présent affirmer que cette problématique de santé suscite un intérêt et un réel enjeu pour la pratique infirmière. En effet, nous avons pu constater les bénéfices qu'une recherche scientifique peut apporter aux soins infirmiers.

Sur le plan personnel, cela nous a permis d'acquérir un esprit critique. Nous avons également pris conscience que les soins infirmiers doivent sans cesse être actualisés en raison de leur constante évolution.

Ensuite, nous avons développé des nouvelles connaissances sur le sujet et ainsi acquis des compétences spécifiques.

Plus particulièrement, le projet *SimuCarePro* nous a permis de développer des compétences telles que l'esprit d'équipe, la capacité d'adaptation, d'observation, de négociation et aussi d'organisation. Nous avons pris conscience de l'importance d'une écoute mutuelle et d'un travail interdisciplinaire. Cela par le biais d'une première expérience du leadership clinique.

Ensuite, l'ensemble de cette recherche apporte de nombreux bénéfices à la pratique puisqu'elle permet, non seulement, la revalorisation de l'éducation thérapeutique au sein des compétences infirmières mais également la place de l'infirmier au sein de celle-ci. L'éducation est une compétence, nous avons pu le remarquer, souvent moins prise en compte. C'est donc via ce travail que nous soutenons l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge globale du patient.

Pour terminer, revenons-en à la question centrale de ce travail : Comment systématiser l'éducation thérapeutique du patient greffé pulmonaire, dans un service de chirurgie spécialisé, avant le retour à domicile ?

Nous insistons sur le désir d'accomplir une éducation thérapeutique personnalisée. Ce qui pourrait permettre au patient de le rendre actif et ainsi partenaire dans les soins.

Il est nécessaire d'envisager une prise en charge interdisciplinaire de cette éducation dans laquelle l'infirmier aurait une place centrale.

A cela, nous pouvons énoncer plusieurs alternatives possibles.

Pour cela, il est nécessaire de revoir le contenu de l'item *Education thérapeutique* lors de la prise en charge d'un patient greffé pulmonaire : le traitement médicamenteux et immunosuppresseur, l'activité physique, l'hygiène, le régime alimentaire, le suivi à long terme, les risques de complications, les ressources conçues pour aider les personnes transplantées (groupe de soutien,...), la surveillance des paramètres (spirométrie, TA), la nouvelle hygiène de vie, la gestion du stress et des émotions et les droits sociaux.

Ensuite, il a été démontré que dans certains dossiers infirmiers informatisés, ce contenu était repris de manière plus systématique que sur papier. Tout en gardant toujours en tête l'importance d'une trace écrite. Une éducation adéquate ne peut plus se faire qu'oralement.

Enfin, nous pensons que l'e-éducation est une future alternative prometteuse pour la profession. Au plus la prise en charge est personnalisée au mieux le patient adhérera à sa nouvelle condition de vie et à tout ce qu'elle entraîne.

Bibliographie

- CFAI. (2015). Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux. Présenté et approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en la séance du 1^{er} Avril 2015, Belgique. En ligne : http://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/actualites/profil.infirmier.competances.2015.04.01.fr_.pdf.
- CHU. U.C.L. Mont-Godinne. (2009). *La greffe pulmonaire : Brochure d'accueil et d'information*. Mont-Godinne, BE : U.C.L Mont-Godinne.
- David, V., Feldman, D., Danner-Boucher, I., Le Rhun, A., Guyomarch, B., Ravilly, S. & Marchand, C. (2015). Identifying the educational needs of lung transplant recipients with cystic fibrosis. *Progress in Transplantation*, 25(1), 18-25. doi.org/10.7182/pit2015526 (Traduction libre)
- Denis, A. & Teller, M. (2011). *Leviers pour une meilleure participation des patients : Nouvelles pratiques et possibilités de reconnaissance et de financement*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- DeVito Dabbs, A., Dew, M.A., Myers, B., Begey, A., Hawkins, R., Ren, D., Dunbar-Jacob, J., Oconnell, E. & McCurry, K.R. (2009). Evaluation of a hand-held, computer-based intervention to promote early self-care behaviors after lung transplant. *Clinic Transplantation*, 23(4), 537-545. doi:10.1111/j.1399-0012.2009.00992.x. (Traduction libre)
- Engelke, Z. & Schub, T. (2016). *Nursing Practice & Skill : Patient Education and Discharge Instructions : Teaching the Patient after Lung Transplantation*. Glendale, CA : Cinahl Information Systems. (Traduction libre)
- Fondation Roi Baudouin. (2014). *Zoom: Participation des patients*. En ligne : <https://www.kbs-frb.be/fr/Search/MiscSearchOverview?title=patient%20partenaire&pe=docs>
- Hirche, T.O., Knoop, C., Hebestreit, H., Shimmin, D., Solé, A., Elborn, J.S., Ellemunter, H., Aurora, P., Hogardt, M., Wagner, T.O.F & ECORN-CF Study Group1. (2014). *Practical Guidelines : Lung Transplantation in Patients with Cystic Fibrosis. Pulmonary Medicine*, 2014. (Traduction libre)
- Justel(2014).*Loi relative aux droits du patient*. En ligne : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi
- OMS Europe. (1996). *Therapeutic Patient Education : Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
- OMS., *Maladie chronique*. En ligne : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

- Pomey, M.P., Flora, L., Karazievan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.C., Débarges, B., Clavel, N. & Jouet, E. (2015). Le "Montreal Model": Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*. HS (S1), 41-50.
- Quevaulliers, J. (2009). Dictionnaire médical avec atlas anatomique : 6ème édition, Elsevier Masson.
- Schaevers, V. & Schoonis, A. (2012). Implementing a standardized, evidence-based education program using the patient's electronic file for lung transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 22(3), 264-270. doi : 10.7182/pit2012366 (Traduction libre)
- Scheen, A.J., Bourignon, J.P. & Guillaume, M. (2010). L'éducation thérapeutique: une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. *Revue Médicale Liège*.65(6), 250-255.
- Scheen, A.J. & Giet, D. (2010). Non observance thérapeutique : Causes, conséquences, solutions. *Revue Médicale Liège*.65(6), 239-245.
- SimuCarePro. (2015). *Accueil*. En ligne : <http://simucarepro.eu>
- Suhling, H., Rademacher, J., Zinowsky, I., Fuge, J., Greer, M., Warnecke, G., Smits, J.M., Bertram, A., Haverich, A., Welte, T. & Gottlieb, J. (2014). Conventional vs. Tablet Computer-Based Patient Education following Lung Transplantation-A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(3), e90828.doi:10.1371/journal.pone.0090828. (Traduction libre)
- Woten, M. (2016). *Quick lesson : Lung Transplantation*. Glendale,CA : Cinahl Information Systems. (traduction libre)
- Xu, J., Adeboyejo, O., Wagley, E., Aubrecht, J., Song, M.K., Thiry, L., & DeVito Dabbs, A. (2012). Daily burdens of recipients and family caregivers after lung transplant. *The Organization for Transplant Professionals*, 22(1), 41-48. (Traduction libre)

Tables des matières des annexes

Annexe 1 : Tableau reprenant les infections suivant une transplantation en fonction du temps.....	2
Annexe 2 : JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research.....	3
Annexe 3 : Scénario de simulation 1.....	4
Annexe 4 : Scénario de simulation 2.....	10

Annexes

Annexe 1 :

Table 5: Timetable of infections following LTX.

1st month	2nd–6th month	>6 months
Nosocomial infections* Respiratory tract infections Surgical site infections Urinary tract infections Catheter infection, sepsis	Reactivation of latent infections + opportunistic infections	Community-acquired infections/pneumonia
Related more to surgery and intensive care	Related more to immunosuppression	
CF lung pathogens: <i>Pseudomonas</i> spp. <i>Burkholderia cepacia</i> complex <i>B. gladioli</i> ; NTM	Viruses: Cytomegalovirus Epstein-Barr virus Herpes simplex virus Varicella Zoster virus	Viruses: Epstein-Barr virus Respiratory viruses
Other bacteria: <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i> Enterococci <i>Acinetobacter</i> spp.	Opportunists: <i>P. jirovecii</i> Toxoplasmosis <i>Aspergillus</i> spp. Nocardia Listeria Mycobacteria (especially NTM)	Respiratory bacteria: <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> and others
Fungi: <i>Candida</i> spp. (<i>Aspergillus</i> spp.)	CF-lung pathogens: <i>Pseudomonas</i> spp. <i>Burkholderia</i> spp.	CF lung pathogens: <i>Pseudomonas</i> spp. <i>Burkholderia</i> spp.
Viruses: Herpes simplex virus Respiratory viruses		Fungi: <i>Aspergillus</i> spp.
	<i>C. difficile</i> infection**	Late-onset <i>C. difficile</i> infection

*May occur also in later periods after LTX depending on prolonged or recurrent hospitalisation and the presence of medical devices.

**Highest incidence within the first 3 up to 12 months after LTX in association with broad antimicrobial therapy and intense immunosuppression.

Annexe 2 :

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

Annexe 3 :



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



15PS0009 (2015-1-BE01-KA203-013218)

STRUCTURE COMMUNE DES SCENARIOS DE SIMULATION HAUTE FIDELITE

TITRE DU SCENARIO¹ :

Prise en charge de l'éducation thérapeutique d'un patient greffé pulmonaire (1)

VUE D'ENSEMBLE DU SCENARIO :

TYPE DE MANNEQUIN : Personne vivante

SERVICE DE SOINS : Service de chirurgie spécialisé en transplantation pulmonaire

GROUPE CIBLE : Etudiants en Soins Infirmiers et Infirmiers Bacheliers (2 Participants)

DUREE ESTIMEE DU SCENARIO : 10-15 min.

RESUME DU SCENARIO: Entretien entre un infirmier et un patient greffé pulmonaire en début d'éducation thérapeutique. Le patient a déjà reçu une multitude d'informations diverses et aléatoires par l'équipe soignante.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

GENERAUX : Fournir une éducation thérapeutique optimale en proposant un plan personnalisé.

SPECIFIQUES AU SCENARIO :

- Instauration d'un climat de confiance
- Evaluation des connaissances du patient
- Réponse aux interrogations concernant les informations fournies préalablement
- Apport d'un plan d'éducation personnalisé au patient + Start 1^{er} Item de l'éducation
- Réponse aux nouvelles interrogations

¹ Ce scénario n'est pas le scénario définitif, il a fait l'objet d'affinements de test et de modifications. Le scénario définitif se trouve sur le site du projet (INFOREF/SIMUCAREPRO).

ROLE DES PARTICIPANTS :

ETUDIANT : 1	Infirmier		
PROFESSIONNEL : 1	Patient greffé pulmonaire		
FORMATEURS	/		

LISTE DES EQUIPEMENTS :

Dispositifs médicaux : /

-Circulation : /

-Ventilation : /

-Divers : /

Médicaments et solutés : /

Documents : Liste exhaustive du traitement médicamenteux

Accessoires : /

Environnement : 1 chaise

PREPARATION DU SCENARIO :

PREPARATION DU SIMULATEUR :

-Réglages : correspondant à l'état initial (cf tableau)

-Installation : Semi-assis au lit

-Accessoires : /

PREPARATION DE L'ENVIRONNEMENT : Chambre d'hôpital

PREPARATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : /

PREPARATION DES ETUDIANTS/APPRENANTS : Tenue professionnelle mise

BRIEFING :

HEURE : Durant la matinée

SITUATION : Entretien dans la chambre du patient. Le patient a déjà reçu une multitude d'informations diverses et aléatoires par l'équipe soignante. Il faut donc voir où il en est dans son éducation, lui apporter un plan personnalisé et commencer l'éducation au début.

DOCUMENTS : Feuille reprenant la liste exhaustive des médicaments.

INFORMATIONS PATIENT

Nom : K

Age : 31 ans

Prénom : C

Poids : 49,500 kg

Date de naissance : 21/12/1984

Taille : 1,69 m

Allergies : Colistine, Acarien

Sexe : Homme

Antécédents Médicaux :

*Mucoviscidose

* Pneumonies à répétition (9 pneumonies entre juin 2010 et janvier 2015)

* Embolie pulmonaire bilatérale 12/2015

* Gastrite à Helicobacter

* Pansinusite

* Septicémie à Staphylococcus Aureus 05/2013

* Bronchectasies infectée à MRSA, Pseudomonas et H. influenzae

Antécédents Chirurgicaux :

* Appendicectomie

* Angiographie 12/2015

Pathologies coexistantes :

* Insuffisance pancréatique exocrine

* Ostéopénie

Traitement personnel :

* Azithromycine 250mg PO 8h
(Antibactérien)

*Cymévène 250mg IV 20h (Antiviral)

* Bactrim 400mg PO 8h (Antibactérien)

* Actrapid SC SN 7h – 12h – 18h
(Hypoglycémiant)

* Cellcept 1000mg PO 8h – 20h
(Immunomodulateur)

* Clexane 40mg SC 20h
(Antithrombotique)

* Créon EC 6gélules PO 8h – 12h – 20h
(Ferments digestifs)

* Médrol 56mg PO 8h (Cortico-stéroïde)

* Pantomed 40mg PO 8h (Inhibiteur de la
pompe à proton)

* Prograft 3mg PO 8h
(Immunosuppresseurs)

* Prograft 6mg PO 20h
(Immunosuppresseurs)

* Stéovit 1000mg PO 20h (Calcium)

* Vitamines ADEK PO 8h (Vitamines)

* Ceftazidim 2g IV 8h – 16h – 24h
(Antibactérien)

* Méronem 2g IV 8h – 16h –
22h (Antibactérien)

* Obracin 500mg IV 12h –
22h (Antibactérien)

* Pompe PCA 2mg/h IV (Analgésique
morphinique)

* Thymoglobuline 50mg IV 15h
(Immunosuppresseurs)

REFERENTIELS / RECOMMANDATIONS D'EXPERTS :

- David,V., Feldman,D., Danner-Boucher,I., Le Rhun,A., Guyomarch,B., Ravilly,S. & Marchand,C.(2015). Identifying the educational needs of lung transplant recipients with cystic fibrosis.*Progress in Transplantation*, 25(1), 18-25. doi.org/10.7182/pit2015526
- DeVito Dabbs,A., Dew,M.A., Myers,B., Begey,A., Hawkins,R., Ren,D., Dunbar-Jacob,J., Oconnell,E. & McCurry,K.R.(2009).Evaluation of a hand-held, computer-based intervention to promote early self-care behaviors after lung transplant.*Clinic Transplantation*, 23(4), 537-545.doi:10.1111/j.1399-0012.2009.00992.x.
- Engelke,Z. & Schub,T.(2016).Nursing Practice & Skill : Patient Education and Discharge Instructions : Teaching the Patient after Lung Transplantation. Glendale,CA : Cinahl Information Systems.
- Hirche,T.O., Knoop,C., Hebestreit,H., Shimmin, D., Solé, A., Elborn, J.S., Ellemunter,H., Aurora,P., Hogardt, M., Wagner,T.O.F & ECORN-CF Study Group1.(2014).Practical Guidelines : Lung Transplantation in Patients with Cystic Fibrosis.*Pulmonary Medicine*, 2014. doi.org/10.1155/2014/621342.
- Schaevers,V.,Schoonis, A.(2012).Implementing a standadized, evidence-based education program using the patient's electronic file for lung transplant recipients.*Progress in Transplantation*, 22(3), 264-270.
- Suhling,H., Rademacher,J., Zinowsky,I.,Fuge,J., Greer,M., Warnecke,G., Smits,J.M, Bertram,A., Haverich,A., Welte,T. & Gottlieb.J.(2014).Convettionnal vs.Tablet Computer-Based Patient Education following Lung Transplantation-A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(3), e90828.doi:10.1371/journal.pone.0090828.

PISTES POUR LE DEBRIEFING :

PROGRESSION DU SCENARIO :

Configuration moniteur	Mannequin Patient	Interventions étudiants (ce que l'on aimerait voir...)	Messages
Heure de début du scénario : 10h00			
État initial: PA : 12/7 cmHg FC : 87 puls/min FR : 14 respi/min SpO ₂ : 99% Tracé ECG : Sinusal S Cliniques : -yeux ouverts -pupilles normales	Le patient est occupé de faire quelque chose (regarder la TV, lire un journal/livre, occuper sur son GSM,...). Il est calme et détendu.	-Proposer au patient un entretien afin de débiter l'éducation thérapeutique. -Instaurer un climat de confiance avec le patient en se présentant, en expliquant le but de l'entretien, en essayant de voir si le patient a des inquiétudes quant à son état actuel.	
Etat 2 : PA : 12/7 cmHg FC : 87 puls/min FR : 14 respi/min SpO ₂ : 99% Tracé ECG : Sinusal S Cliniques : -yeux ouverts -pupilles normales	Le patient explique qu'il se sent stressé car il a reçu beaucoup d'informations (hygiène de vie, traitement médicamenteux à vie, importance du sport) et ce par différents soignants. Les informations données sont, pour lui, pas claires. Il estime ne pas avoir eu assez de temps afin de les assimiler. Il a peur de ne pas retenir toutes les informations ou de les avoir mal comprises.	-Evaluation des connaissances actuelles du patient. -Réponse à ses questions. -Explication de la mise en place d'un plan personnalisé d'éducation thérapeutique avec les différents <i>items</i> qui seront abordés. Le premier sera le traitement médicamenteux. -Explication de l'importance du traitement médicamenteux et présentation de la feuille reprenant la liste des médicaments	
Etat 3 : PA : 12/7 cmHg FC : 87 puls/min FR : 14 respi/min SpO ₂ : 99% Tracé ECG : Sinusal S Cliniques : -yeux ouverts -pupilles normales	Le patient est rassuré mais a encore quelques questions sur le traitement. Il est plus clair avec l'évolution de son état clinique.	-Réponses à ses nouvelles interrogations.	
Heure de fin du scénario : 10h10			

EVALUATION DU SCENARIO :

POINTS POSITIFS :

POINT A AMELIORER :

REALISME :

PROTOCLES UTILISES :

PROTOCOLES A METTRE EN PLACE :

Annexe 4 :



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union
15PS0009 (2015-1-BE01-KA203-013218)



STRUCTURE COMMUNE DES SCENARIOS DE SIMULATION HAUTE FIDELITE

TITRE DU SCENARIO² :

Prise en charge de l'éducation thérapeutique d'un patient greffé pulmonaire (2)

VUE D'ENSEMBLE DU SCENARIO :

TYPE DE MANNEQUIN : Personne vivante

SERVICE DE SOINS : Service de chirurgie spécialisé en transplantation pulmonaire

GROUPE CIBLE : Etudiants en Soins Infirmiers et Infirmiers Bacheliers (2 Participants)

DUREE ESTIMEE DU SCENARIO : 10-15 min.

RESUME DU SCENARIO: Entretien entre un infirmier et un patient greffé pulmonaire en fin d'éducation thérapeutique, avant le retour à domicile. Le patient a reçu toutes les informations concernant l'éducation thérapeutique mais ne se sent, malgré cela, pas prêt à retourner à domicile.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

GENERAUX : Après avoir fourni une éducation thérapeutique optimale, prouver au patient qu'il est prêt à rentrer à domicile.

SPECIFIQUES AU SCENARIO :

- Instauration d'un climat de confiance
- Evaluation des connaissances du patient et réponses aux interrogations concernant toutes les informations fournies préalablement via l'utilisation de techniques de *teach me, show me, ask me*
- Rassurer le patient et lui prouver qu'il est prêt à rentrer à domicile

² Ce scénario n'est pas le scénario définitif, il a fait l'objet d'affinements de test et de modifications. Le scénario définitif se trouve sur le site du projet (INFOREF/SIMUCAREPRO).

ROLE DES PARTICIPANTS :

ETUDIANT : 1	Infirmier		
PROFESSIONNEL : 1	Patient greffé pulmonaire		
FORMATEURS	/		

LISTE DES EQUIPEMENTS :

Dispositifs médicaux : /

-Circulation : /

-Ventilation : /

-Divers : /

Médicaments et solutés : /

Documents : Liste exhaustive du traitement médicamenteux

Accessoires : /

Environnement : 1 chaise

PREPARATION DU SCENARIO :

PREPARATION DU SIMULATEUR :

-Réglages : correspondant à l'état initial (cf tableau)

-Installation : Semi-assis au lit

-Accessoires : /

PREPARATION DE L'ENVIRONNEMENT : Chambre d'hôpital

PREPARATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : /

PREPARATION DES ETUDIANTS/APPRENANTS : Tenue professionnelle mise

BRIEFING :

HEURE : Durant la matinée

SITUATION : Entretien dans la chambre du patient. Le patient a reçu toutes les informations concernant l'éducation thérapeutique par l'équipe soignante. Il ne se sent cependant, pas prêt pour le retour à domicile.

Il faut donc lui prouver au patient qu'il est prêt en le rassurant, lui expliquant comment il est prêt et cela via les techniques de *teach me, show me, ask me*.

DOCUMENTS : Feuille reprenant la liste exhaustive des médicaments.

INFORMATIONS PATIENT

Nom : F	Age : 43 ans
Prénom : I	Poids : 53,9kg
Date de naissance : 18/07/1973	Taille : 1m75
Allergies : Lasix, Furosemide	Sexe : Homme

Antécédents Médicaux :

- *Mucoviscidose
- *Insuffisance respiratoire chronique
- *Cachexie
- *Pansinusite
- *Virus d'Epstein-Barr
- *Multiples infections respiratoires
- *Bronchectasies surinfectées à *Aspegillus f.*, MSSA, pyocyaniques

Antécédents Chirurgicaux : /

Pathologies coexistantes :

- *HTA
- *Hypothyroïdie
- *Insuffisance pancréatique exocrine et endocrine
- *Infection pulmonaire à *Pseudomonas Aeruginosa*
- *Infection à MRSA
- *Ostéopénie

Traitement personnel :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> * Dafalgan 1g PO SN (Antalgique) * Imuran 100mg PO 20h (Immunomodulateur) * Créon EC 2g PO 8h – 12h – 20h (Ferments digestifs) * Médrol 2mg PO 8h (Cortico-stéroïde) * Nexiam 20mg PO 8h (Inhibiteur de la pompe à proton) * Prograft 3mg PO 6h (Immunosuppresseurs) * Prograft 6mg PO 20h (Immunosuppresseurs) * Cymevene 250mg IV 18h (Antiviral) | <ul style="list-style-type: none"> * Privigen 5g IV 14h * Méronem 2g IV 8h – 16h – 22h (Antibactérien) * Coversyl 4mg PO 8h (Hypotenseur) * Thymoglobuline 50mg IV 16h (Immunosuppresseurs) * Floxapen 3G IV 6h-12h-18h-00h (Antibactérien) * Actrapid SC SN 7h – 12h – 18h (Hypoglycémiant) * Clexane 40mg SC 20h (Antithrombotique) |
|--|--|

REFERENTIELS / RECOMMANDATIONS D'EXPERTS :

-David,V., Feldman,D., Danner-Boucher,I., Le Rhun,A., Guyomarch,B., Ravilly,S. & Marchand,C.(2015). Identifying the educational needs of lung transplant recipients with cystic fibrosis.*Progress in Transplantation*, 25(1), 18-25. doi.org/10.7182/pit2015526

-DeVito Dabbs,A., Dew,M.A., Myers,B., Begey,A., Hawkins,R., Ren,D., Dunbar-Jacob,J., Oconnell,E. & McCurry,K.R.(2009).Evaluation of a hand-held, computer-based intervention to promote early self-care behaviors after lung transplant.*Clinic Transplantation*, 23(4), 537-545.doi:10.1111/j.1399-0012.2009.00992.x.

-Engelke,Z. & Schub,T.(2016).Nursing Practice & Skill : Patient Education and Discharge Instructions : Teaching the Patient after Lung Transplantation. Glendale,CA : Cinahl Information Systems.

-Hirche,T.O., Knoop,C., Hebestreit,H., Shimmin, D., Solé, A., Elborn, J.S., Ellemunter,H., Aurora,P., Hogardt, M., Wagner,T.O.F & ECORN-CF Study Group1.(2014).Practical Guidelines : Lung Transplantation in Patients with Cystic Fibrosis.*Pulmonary Medicine*, 2014. doi.org/10.1155/2014/621342.

-Schaevers,V.,Schoonis, A.(2012).Implementing a standadized, evidence-based education program using the patient's electronic file for lung transplant recipients.*Progress in Transplantation*, 22(3), 264-270.

-Suhling,H., Rademacher,J., Zinowsky,I.,Fuge,J., Greer,M., Warnecke,G., Smits,J.M, Bertram,A., Haverich,A., Welte,T. & Gottlieb.J.(2014).Convnetionnal vs.Tablet Computer-Based Patient Education following Lung Transplantation-A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(3), e90828.doi:10.1371/journal.pone.0090828.

PISTES POUR LE DEBRIEFING :

PROGRESSION DU SCENARIO :

Configuration moniteur	Mannequin Patient	Interventions étudiants (ce que l'on aimerait voir...)	Messages
Heure de début du scénario : 10h20			
État initial: PA : 11/8 cmHg FC : 96 puls/min FR : 15 respi/min SpO ₂ : 99% Tracé ECG : Sinusal S Cliniques : -yeux ouverts -pupilles normales	Le patient est occupé de faire quelque chose (regarder la TV, lire un journal/livre, occuper sur son GSM,...). Il est calme et détendu.	-Proposer au patient un entretien afin de discuter de l'éducation thérapeutique menée jusqu'à présent. -Instaurer un climat de confiance avec le patient en expliquant le but de l'entretien, en essayant de voir si le patient a des inquiétudes quant à son état actuel.	
Etat 2 : PA : 11/8 cmHg FC : 96 puls/min FR : 15 respi/min SpO ₂ : 99% Tracé ECG : Sinusal S Cliniques : -yeux ouverts -pupilles normales	Le patient explique qu'il se sent très anxieux à l'idée de retourner à domicile dans peu de temps. Il a reçu toute l'éducation thérapeutique nécessaire pour son retour à domicile, par l'équipe soignante, mais n'envisage pas de devoir gérer son état clinique seul. Il estime ne pas avoir eu assez de temps pour se préparer à retourner à la « vie normale », il a peur de ne pas retenir toutes les informations ou de les avoir mal comprises.	-Evaluation des connaissances du patient et réponses aux interrogations concernant toutes les informations fournies préalablement via l'utilisation de techniques de <i>teach me, show me, ask me</i> . -Ecoute active concernant les éventuelles plaintes du patient -Explication du but final de cette éducation thérapeutique, les visées. -Rendre compte au patient de l'importance de sa collaboration dans le suivi de son état clinique afin d'en faire un <i>patient partenaire</i> .	
Etat 3 : PA : 11/8 cmHg FC : 96 puls/min FR : 15 respi/min SpO ₂ : 99% Tracé ECG : Sinusal S Cliniques : -yeux ouverts -pupilles normales	Le patient est rassuré quant à la venue du retour à domicile, il comprend l'importance de sa participation à l'évolution de son état clinique, il est au clair avec l'ensemble des <i>Items</i> de l'éducation thérapeutique abordés tout au long de la période post-opératoire.	-Rassurer une dernière fois le patient.	
Heure de fin du scénario : 10h30			

EVALUATION DU SCENARIO :

POINTS POSITIFS :

POINT A AMELIORER :

REALISME :

PROTOCLES UTILISES :

PROTOCOLES A METTRE EN PLACE :

« Le taux moyen de survie d'un patient après une greffe pulmonaire est de 5 ans et demi » (Woten (2016)).

Ces chiffres interpellent...

Face à un tel constat, nous nous sommes penchées de plus près sur le processus post-opératoire de cette intervention : le patient est-il mal informé ? Existe-t-il une faille dans les compétences médicales ou infirmières ? Notre statut d'infirmières étudiantes nous force à nous questionner.

Le thème central du présent travail s'intéressera aux moyens d'amélioration de l'éducation thérapeutique d'un patient ayant subi une greffe pulmonaire en vue d'augmenter le taux de survie ou en vue de diminuer le nombre de patient revenant à l'hôpital pour complications.

Mots clés : Education thérapeutique – Transplantation Pulmonaire –
Compétences infirmières