

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS du CHU
HOPITAUX DE ROUEN

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES

La communication, avec la personne
âgée, au cœur de l'éducation
thérapeutique.

RANGOTTE MARGAUX
PROMOTION SEPTEMBRE 2013 – JUILLET 2016

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	Page 3
Situation d'appel	4
Questionnement et concept	6
Question de départ	6
Bibliographie exploratoire	7
<u>I. Le diabète</u>	Page 9
a. Le diabète de type 2 ou diabète non insulino dépendant	9
b. Les différentes prises en soin et thérapeutique du diabète de type II	10
i. L'insulinothérapie	11
ii. La surveillance glycémique	11
c. Les complications du diabète	12
i. Les complications aiguës	12
ii. Les complications chroniques	13
<u>II. La personne âgée</u>	Page 14
a. Vieillesse physiologique	14
i. L'hypertension artérielle	15
ii. Hypercholestérolémie et obésité	16
iii. Vieillesse et diabète de type II	17
iv. Vieillesse neurologique et efficacité intellectuelle.	18
b. Vieillesse psychologique	18
i. Facultés d'adaptation	19
ii. L'isolement relationnel	20
iii. L'hospitalisation de la personne âgée	20
<u>III. L'éducation thérapeutique</u>	Page 21
a. L'éducation thérapeutique du patient diabétique	21
b. Les objectifs de l'éducation thérapeutique et le rôle de l'infirmier	23
i. Les objectifs de l'éducation thérapeutique	23
ii. Rôle de l'infirmier	25
<u>IV. La communication soignant-soigné</u>	Page 27
a. Communication verbale	28
b. Communication non verbale	29
<u>Conclusion</u>	Page 33
<u>Bibliographie</u>	Page 34

Introduction

Actuellement en troisième année de la formation en soins infirmiers au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU – Hôpitaux de Rouen, j'ai dû réaliser un travail de fin d'étude ayant pour but d'analyser les pratiques professionnelles, à l'aide d'une situation rencontrée en stage au cours des trois ans de formation et qui a suscité en moi des interrogations.

Le choix de la situation d'appel n'a pas été chose facile. En effet, avant d'entrer dans la formation je n'avais aucune expérience concernant le milieu paramédical et pour moi, bon nombre de situation était source d'étonnements et de questionnements. J'ai choisi une situation qui s'est déroulée en stage au début de ma deuxième année de formation. Elle concerne une personne âgée diabétique non insulino dépendante dans un contexte d'éducation thérapeutique où la communication entre le soignant (l'infirmière) et le soigné semble perturbée. Malgré la spécificité de chaque patient et de la maladie ainsi que de son évolution, le diabète est une pathologie que l'on retrouve très régulièrement, dans tous les services hospitaliers et hors hospitaliers. Le choix de la personne âgée comme population étudiée m'a semblé important car dans notre profession, nous serons amenés à travailler avec de plus en plus de séniors. En effet, la population est vieillissante et se retrouve face à une médecine de plus en plus performante. J'ai préféré choisir une situation qui se déroule dans un contexte d'éducation thérapeutique car celle-ci est une discipline qui tend à se développer pour permettre une autonomisation des patients et une augmentation de la qualité de vie, avec la pathologie, de ceux-ci. Enfin, la communication soignant-soigné est, pour moi, le lien fondamental entre le patient et l'infirmier mais également avec le soin. C'est un concept que l'on retrouve dans chaque situation de soin et celle-ci nécessite d'être réévaluée, par le soignant, à tout moment pour élaborer des relations de soin de qualité.

J'ai divisé ce travail en deux parties. La première partie permet d'exposer le cheminement de ma réflexion. En effet, je décris la situation que j'ai rencontré en stage puis le début de mon questionnement. Ce dernier m'a permis de dégager quatre concepts qui m'ont eux-mêmes permis d'élaborer ma question de départ. Enfin dans cette partie, j'ai rédigé une bibliographie exploratoire où je mets en avant mes premières lectures qui m'ont aidé à débiter mon travail de réflexion.

Dans la seconde partie de cet écrit, je travaille le cadre conceptuel, c'est-à-dire les apports théoriques qui ont permis d'approfondir mes connaissances et de construire mon analyse. Dans cette partie je développe donc quatre concepts qui sont : le diabète, la personne âgée, l'éducation thérapeutique et la communication soignant soigné.

J'ai pris le choix de mettre les citations des auteurs en *italique* et l'analyse en *italique et gras*.

Situation d'appel

La situation se déroule lors de la troisième semaine du premier stage de ma deuxième année de formation. Je suis en hôpital de semaine en service de diabétologie, nous sommes mercredi (J3 du jour d'entrée). La situation concerne M. V., 72 ans, retraité, polonais d'origine, il a un accent prononcé et il lui manque un peu de vocabulaire français. Il vit seul en France depuis 22 ans, sa famille est restée en Pologne. Il ne reçoit pas de visite lors de son hospitalisation. Il présente comme antécédents un diabète de type 2 insulino requérant depuis 11 ans, une obésité sévère, une hypertension artérielle et hypercholestérolémie. M. V a été adressé pour une hospitalisation programmée, par son médecin traitant, pour une rééquilibration de son diabète. En effet, celui-ci est régulièrement en hyperglycémie et son hémoglobine glycosylée est supérieure à 7% (norme du service). M. V. a son propre appareil glycémique et est sous lantus et novorapid pour un schéma type basal/bolus. Il possède ses stylos d'insuline ainsi que des aiguilles, dans sa chambre.

Le service fonctionne de façon à ce que l'infirmier passe avant les aides-soignantes lors des repas afin d'effectuer le contrôle glycémique avec le patient et de voir avec celui-ci quelle dose d'insuline il s'administrerait. Chaque patient est vu par la diététicienne et a un régime spécifique.

Lors de la situation je me trouve avec l'infirmier O., nous arrivons devant la chambre de M. V. pour le contrôle glycémique et l'injection d'insuline avant le déjeuner. Nous frappons à la porte et celui-ci nous dit d'entrer. L'IDE¹ O. passe devant et je me tiens derrière lui dans la chambre, j'observe la situation. M. V. est assis sur une chaise. L'IDE O. demande à M. V. s'il a fait son contrôle glycémique. M. V. répond : « oui et j'ai déjà fait mes 8 unités de Novo ». L'IDE O. croise les bras et commence à hausser le ton : « M. V. je vous ai déjà dit de nous attendre pour chaque contrôle et chaque injection ! » M. V. se redresse sur sa chaise et répond énergiquement « Mais pourquoi ?! Je sais le faire !! ».

L'IDE O. décroise les bras, et lui dit calmement: « Nous devons voir si vous effectuez le geste correctement et comment on peut modifier le traitement en fonction du taux de sucre trouvé. Mais on doit chercher à deux, vous et moi. On ne peut pas modifier le traitement si vous faites ça tout seul. Tenez, combien avez-vous eu aujourd'hui ? » M. V. montre la feuille de surveillance glycémique accrochée au tableau et lit « 3,56 grammes » en souriant légèrement.

L'IDE O. s'étonne d'un mouvement de tête en arrière, en écarquillant les yeux et demande à M. V. ce qu'il a fait pour avoir un taux aussi élevé. M. V. lui répond qu'à 10h il avait faim donc il est allé chercher des snacks dans le distributeur à l'accueil.

L'IDE O. s'énerve de nouveau et lui dit en rehaussant le ton « Vous voyez on aurait pu modifier le traitement ce midi si vous n'aviez pas fait le contrôle seul. Et M. V. ce n'est pas comme ça qu'on va arriver à corriger votre diabète si vous allez grignoter des sucreries entre les repas ! Vous avez fait la séance d'éducation sur l'alimentation, en groupe, hier ? »

¹ Lire partout IDE = Infirmier Diplômé d'Etat

M. V. répond, d'un ton calme, que non, qu'il n'en avait pas envie. L'IDE O. lui répond en haussant le ton de nouveau « ce n'est pas sérieux ! Venez à celle de demain ! ». M. V soupire et répond en haussant le ton légèrement et en fixant l'IDE O. dans les yeux: « Roo vous m'énervez, j'ai 72 ans, ce n'est pas maintenant que vous allez m'apprendre des choses et que je vais changer ma façon de faire ».

L'IDE O. lève les épaules et répond d'un ton calme « D'accord, comme vous voulez » et nous sortons de la chambre. A ce moment, les épaules de l'IDE O. s'abaissent et j'entends un soupir. Lors des transmissions, il informera l'IDE de l'après-midi que M. V. n'a pas suivi les recommandations « encore une fois » et « qu'il ne voit pas l'intérêt de son hospitalisation ».

Questionnement et concepts

Suite à la rédaction de la situation d'appel, plusieurs questionnements me sont venus à l'esprit quant aux événements relatifs au patient et à l'infirmier, à la prise en soin du patient et concernant également le contexte de soin. Puis, ce questionnement m'a permis de dégager quatre concepts, les voici :

- Qu'est-ce que le diabète et quelles sont ses conséquences (physiques et psychologiques) sur le patient atteint de cette pathologie chronique ?
- Quelles sont les spécificités de la prise en soin chez une personne diabétique insulino-requérante ?
→ Concept : diabète

- Quelles sont les caractéristiques sociales, physiques et psychologiques de la personne âgée ?
- L'âge a-t-il une conséquence sur le changement d'habitude et sur l'apprentissage ?
→ Concept : personne âgée

- Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique chez le patient diabétique ? Quels en sont les objectifs ?
- Quel est le rôle de l'infirmier lors de l'éducation thérapeutique chez le patient diabétique ?
→ Concept : éducation thérapeutique

- Lors d'une éducation thérapeutique, en quoi les communications verbales et non verbales sont-elles primordiales ?
- Quels sont leurs rôles dans la relation de soin avec le patient ?
- Quels peuvent en être les impacts, si elles sont inadaptées à la situation ou mal interprétées ?
→ Concept : communication soignant-soigné

Question de départ :

Suite à mon questionnement profane et à l'élaboration des différents concepts, j'ai pu construire une question de départ grâce à laquelle je vais pouvoir diriger mon travail de recherche :

« Lors d'un programme d'éducation thérapeutique chez une personne âgée diabétique non insulino-dépendante, dans quelles mesures la communication, soignant-soigné, influence la prise en soin ? »

Bibliographie exploratoire

Pour commencer mon travail de recherche, j'ai cherché des ouvrages qui me permettaient de définir et d'approfondir mes connaissances concernant mes quatre concepts : diabète, personne âgée, éducation thérapeutique et la communication. Pour cela, il me fallait des ouvrages qui décrivaient et définissaient les concepts de façon globale avant d'affiner mes recherches avec des ouvrages plus spécialisés qui se rapprochaient le plus, de la situation que j'avais vécu.

Pour le concept du diabète, je me suis penchée sur l'ouvrage « Diabétologie, endocrinologie, métabolisme : Soins infirmiers dans le diabète et les affections des glandes hormonales et du métabolisme »² de PRUDHOMME Christophe et BRUN Marie France. Cet ouvrage définit les différents types diabètes ainsi que les différentes investigations et les différents traitements proposés mais également les complications que la pathologie entraîne. Il m'a permis d'approfondir de façon globale, mes connaissances sur la pathologie mais également de définir et d'approfondir le diabète non insulino dépendant car cet ouvrage présentait un chapitre complet sur ce type diabète.

Concernant le concept de la personne âgée, je me suis aidée d'un ouvrage de la collection « Cahiers de l'infirmière : Gérontologie et Gériatrie »³ de P. BERTHAUX et J.P. AQUINO. Cet ouvrage m'a permis de définir la personne âgée mais également d'approfondir mes connaissances sur cette partie de la population. Les auteurs présentent les caractéristiques et les difficultés physiques, physiologiques, psychologiques et sociales que peut rencontrer une personne âgée.

Afin d'exploiter le concept d'éducation thérapeutique, j'ai utilisé, dans un premier temps, l'article « L'éducation thérapeutique du patient diabétique »⁴ du Dr BRIGITTE et KELLIHER Felicity. J'ai fait ce choix car c'est un article que j'avais déjà utilisé pour la rédaction d'une analyse de pratique lors d'un stage. Il m'est paru intéressant de revenir vers celui-ci afin de me remémorer les principes de base de l'éducation thérapeutique du patient diabétique.

Pour approfondir le concept de communication soignant-soignée, je me suis d'abord intéressée à l'ouvrage « Communication orale »⁵ de Franck BELLUCCI. Celui-ci décrit les trois types de communication : verbale, non verbal et paraverbale mais également tous ce qui influence ou induit la communication de façon générale. N'étant pas spécialisé dans le domaine soignant et également dans la relation que l'on retrouve dans les soins, j'ai

² PRUDHOMME Christophe, BRUN Marie France. *Diabétologie, endocrinologie, métabolisme : Soins infirmiers dans le diabète et les affections des glandes hormonales et du métabolisme*. PARIS : Editions Maloine, 2008, 206 pages.

³ BERTHAUX P. et AQUINO JP. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1990. 163pages (Cahiers de l'infirmière ; n°20)

⁴ Dr BRIGITTE, KELLIHER Felicity. « L'éducation thérapeutique du patient diabétique ». *L'infirmière magazine*, mars 2014, n°341. Pages 32 à 35

⁵ BELLUCCI Franck. *Communication Orale*. Studyrama : Levallois-Perret, 2016, 251 pages.

approfondi mes recherches à l'aide de l'ouvrage « Communication soignant-soigné : repères et pratiques » d'Antoine BIOY⁶. Cet ouvrage traite de la communication entre le soignant et la personne soignée et a permis de spécifier ma réflexion.

⁶ BIOY Antoine. *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. Editions Bréal : 2013, 158 pages

I. Le diabète

D'après le site de l'Organisation Mondiale de la Santé⁷, 347 millions de personnes sont diabétiques dans le monde, soit environ 5% de la population mondiale est touchée par cette pathologie.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, le diabète se définit comme « *une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit* »⁸. Il m'est alors paru important de redéfinir le terme de maladie chronique pour pouvoir comprendre la prise en soin. La maladie chronique est définie par le site du ministère de la santé par « *Maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.* »⁹

Concernant le diabète, l'ouvrage « Diabétologie, endocrinologie, métabolisme : Soins infirmiers dans le diabète et les affections des glandes hormonales et du métabolisme » ajoute que c'est « *une anomalie du métabolisme des glucides caractérisée par une glycémie (quantité de sucre dans le sang) à jeun $\geq 1.26\text{g/L}$ à deux reprises et/ou $\geq 2\text{g/L}$ à un moment quelconque de la journée ou 2 heures après un test d'hyperglycémie provoquée.* »¹⁰

Il existe deux formes principales de diabète : le diabète de type 1 (ou insulino-dépendant) et le diabète de type 2 (ou non insulino-dépendant).

Christophe PRUDHOMME et Marie France BRUN définissent le diabète de type 1 comme « *une maladie auto-immune, de cause inconnue (parfois secondaires à une infection virale entraînant la destruction progressive des cellules β des îlots de Langerhans productrices d'insuline)* » causant « *une hyperglycémie chronique avec risque d'acido-cétose chez des sujets jeunes.* »¹¹

Le patient, dans la situation que j'expose, est atteint de diabète de type 2, je me suis donc concentrée sur cela concernant mes recherches sur la définition, les prises en soin et les complications.

a. Le diabète de type 2 ou diabète non insulino-dépendant

D'après l'article « Le diabète, un enjeu de santé publique » de La Revue de l'Infirmière¹², le diabète de type 2 représente 90% des cas de diabète.

⁷ Organisation Mondiale de la Santé. Diabète [en ligne]. Disponible sur <<http://www.who.int/>> (consulté le 31/03/2016)

⁸ Organisation Mondiale de la Santé. Centre des médias : Diabète [en ligne]. Disponible sur <<http://www.who.int/>> (consulté le 29/03/2016)

⁹ Ministère des affaires sociales et de la santé. Le plan maladie chronique [En ligne] Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

¹⁰ PRUDHOMME Christophe, BRUN Marie France. *Diabétologie, endocrinologie, métabolisme : Soins infirmiers dans le diabète et les affections des glandes hormonales et du métabolisme*. PARIS : Editions Maloine, 2008, page 9.

¹¹ Ibid. Page 9.

¹² MONELLE, Bertrand. « Le diabète, un enjeu de santé publique ». *La revue de l'infirmière*, 2008, n°141, pages 16 - 17

D'après Christophe PRUDHOMME et Marie France BRUN¹³, le diabète de type 2 se définit comme une hyperglycémie chronique répondant à certains critères comme la survenue après 40 ans, l'excès pondéral ou l'obésité, les antécédents familiaux, l'hyperglycémie modérée (<2g/L), présence d'une hypertension artérielle ou d'une dyslipoprotéïnémie et l'absence de cétose. Bertrand MONELLE spécifie la physiopathologie du diabète de type 2 qui, « associe un déficit de l'insulino-sécrétion (anomalie qualitative et quantitative), avec une réduction progressive dans le temps et une insulino-résistance »¹⁴ des cellules concernées par l'absorption du glucose.

M. V. est diabétique de type 2 depuis 11 ans et est âgé de 72 ans. Il avait alors 61 ans quand la pathologie a été diagnostiquée et donc plus de 40 ans. Il est également atteint d'obésité sévère, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie qui sont des critères définissant le diabète de type 2. Je n'ai pas la connaissance de l'existence d'antécédent familial.

Le diabète de type 2 a la spécificité de pouvoir être traité de différentes manières en fonction de sa progression.

b. Les différentes prises en soin et thérapeutiques du diabète de type 2.

Christophe PRUDHOMME et Marie France BRUN¹⁵ rappellent que le traitement du diabète de type 2 repose sur 3 piliers essentiels : la diététique avec l'équilibre alimentaire, l'exercice physique et les thérapeutiques médicamenteuses (hypoglycémisants oraux, dans un premier temps).

Dans la situation, le patient est diabétique de type 2 insulino réquérant, d'après le site de la Fédération Française des diabétiques cela signifie que son diabète nécessite « une insulinothérapie car le traitement par antidiabétiques oraux ne suffit plus. »¹⁶

L'objectif de la prise en soin et du traitement du diabète est l'équilibre glycémique afin de prévenir l'apparition de complications.

Dans la situation, le patient ne suit pas de règles hygiéno-diététiques, car il « grignote » entre deux repas et ne souhaite pas suivre de séance d'éducation sur l'alimentation. A ce stade de la situation, l'équilibre de son diabète semble reposer uniquement sur les thérapeutiques médicamenteuses (insulinothérapie) et le suivi glycémique. J'ai donc orienté mes recherches sur l'insulinothérapie et la surveillance glycémique.

¹³ PRUDHOMME Christophe, BRUN Marie France. *Diabétologie, endocrinologie, métabolisme : Soins infirmiers dans le diabète et les affections des glandes hormonales et du métabolisme*. PARIS : Editions Maloine, 2008, page 24.

¹⁴ MONELLE, Bertrand. « Le diabète, un enjeu de santé publique ». *La revue de l'infirmière*, 2008, n°141, pages 16 - 17

¹⁵ PRUDHOMME Christophe, BRUN Marie France. Op. Cit. Page 24.

¹⁶ Fédération Française des diabétiques. Diabète insulino requérant. [En ligne]. Disponible sur < <http://www.afd.asso.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

i. L'insulinothérapie

Christophe PRUDHOMME et Marie France BRUN¹⁷ définissent l'insuline comme étant la seule hormone hypoglycémisante (visant à diminuer la glycémie) car elle permet l'absorption du glucose par les cellules qui l'utilisent comme principale source d'énergie.

L'insulinothérapie est donc l'usage de l'insuline dans le but de diminuer la glycémie chez le patient diabétique.

Ces mêmes auteurs présentent 3 schémas d'insulinothérapie : l'insulinothérapie conventionnelle, l'insulinothérapie conventionnelle intensifiée et l'insulinothérapie à la pompe, cependant il ne faut pas oublier que chaque être humain est unique et nécessite une prise en soin adaptée et unique.

Voici le concept de l'insulinothérapie conventionnelle intensifiée : « *Injection 1 seule fois par jour d'un bolus d'insuline d'action prolongée et injection 15 à 20 minutes avant les principaux repas d'insuline ordinaire dont la quantité est adaptée en fonction de la glycémie dosée juste avant et la quantité de glucides des repas.* »¹⁸

Ce schéma correspond au schéma de M. V. de type basal/bolus. En effet, celui-ci possède une insuline dite « lente » à action prolongée, la Lantus qui constitue la base du traitement insulinaire et une insuline dite « rapide », la Novorapid, qu'il s'injecte avant chaque repas, après un contrôle glycémique, comme bolus.

ii. La surveillance glycémique

La surveillance glycémique passe essentiellement par deux examens : l'hémoglobine glycosylée et la glycémie capillaire.

D'après le même ouvrage, la mesure de l'hémoglobine glycosylée ou HbA1c est un « *paramètre biologique pour la survenue de l'équilibre glycémique chez les diabétiques. Son taux est le reflet de la glycémie pendant les 2 mois précédents (durée de vie des globules rouges)* »¹⁹. Il nous informe également que lorsque le diabète est équilibré le taux de HbA1c doit être inférieur à 7%.

L'hémoglobine glycosylée de M. V. est supérieure à 7, j'en conclus donc que durant les 3 derniers mois, M. V. avait régulièrement une glycémie $\geq 1.26\text{g/L}$ et était donc en hyperglycémie chronique, ce qui correspond à la définition du diabète.

La glycémie capillaire, quant à elle, s'effectue par prélèvement capillaire. Ce dernier est défini par le CHU de Lyon par « *Le prélèvement capillaire consiste à prélever du sang provenant du système veineux capillaire par piqûre transcutanée.* »²⁰. Le prélèvement capillaire permet une surveillance quotidienne de la glycémie et est moins invasive qu'un prélèvement sanguin.

¹⁷ PRUDHOMME Christophe, BRUN Marie France. *Diabétologie, endocrinologie, métabolisme : Soins infirmiers dans le diabète et les affections des glandes hormonales et du métabolisme*. PARIS : Editions Maloine, 2008, pages 2 – 5 - 17 - 18

¹⁸ Ibid. page 17-18

¹⁹ Ibid. page 5

²⁰ CHU Lyon. Recommandations de bonnes pratiques : Prélèvement capillaire pour surveillance glycémique. [En ligne]. Disponible sur : <<http://nosobase.chu-lyon.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

Lorsqu'un patient nécessite une surveillance glycémique capillaire régulière, le médecin lui rédige une ordonnance pour qu'il puisse obtenir un lecteur glycémique avec des bandelettes ainsi qu'un stylo auto piqueur ou des « lancettes » pour prélever une goutte de sang.

M. V. nécessitant une surveillance glycémique régulière lié à son schéma d'insulinothérapie, il possède son propre appareil glycémique et sait s'en servir puisqu'il n'a pas besoin de l'infirmier du service pour effectuer son contrôle glycémique. Cependant, il ne semble pas savoir analyser ses valeurs car une glycémie à 3.56 grammes par litre ne le remet pas en question quant à la posologie de son injection d'insuline.

c. Les complications du diabète.

Il existe deux types de complications diabétiques : les complications aiguës et chroniques.

i. Les complications aiguës.

Elles sont aux nombres de deux : l'hypoglycémie et l'hyperglycémie, mais celles-ci peuvent s'aggraver.

Mr V. ayant une glycémie supérieure à la norme, j'ai pris le choix de peu détailler l'hypoglycémie.

→ L'hypoglycémie

D'après Marie FUKS, « Chez le sujet âgé diabétique, l'hypoglycémie se définit par une glycémie capillaire inférieure à 0,60 g/L, qu'il existe ou non des symptômes »²¹.

D'après ce même auteur, elle se manifeste par différents symptômes comme « la sudation, les tremblements, l'asthénie, la sensation de faim, les troubles de l'élocution, les céphalées, les troubles visuels et de la coordination, la somnolence, l'angoisse et les troubles du comportement ». ²²

Si l'hypoglycémie n'est pas prise en charge rapidement par un resucrage en sucres rapides et lents, le patient peut alors plonger dans un coma hypoglycémique qui sera alors pris en charge différemment.

La glycémie de M. V. étant de 3.56gr/L, nous n'observons pas d'hypoglycémie.

→ L'hyperglycémie

D'après un cours reçu au sein de l'Unité d'Enseignement 2.7 sur le « processus de soin auprès d'un patient diabétique », voici la définition et les signes de l'hyperglycémie : « Glycémie supérieure à 3 grammes/litre avec des signes de langue sèche, de soif, de polyurie (avec risque de déshydratation), fatigue, somnolence, nausées, haleine de pomme ». ²³ On peut également retrouver des traces de cétone dans les urines.

²¹ FUKS, Marie. « Le diabète du sujet âgé ». *L'infirmière Magazine*, avril 2013, n°321, page 40.

²² Ibid. Page 40.

²³ Cours de Mme Morance. Processus de soin auprès d'une personne diabétique. C4 UE 2.7, 17/04/2015

L'hyperglycémie peut se compliquer de deux façons :

- Le coma acido cétosique. D'après le cours du Dr PREVOST sur le « diabète de type I, II, diabète gestationnel », celui-ci « *complique ou relève essentiellement le diabète insulino-pénique* »²⁴
- Le coma hyperosmolaire. D'après le cours du Dr PREVOST sur le « diabète de type I, II, diabète gestationnel », celui-ci est généralement retrouvé chez le patient diabétique non insulino dépendant, dans des situations à risque de déshydratation.

La conduite à tenir lors de ces deux comas est, entre autre, une réhydratation importante, une insulinothérapie à la Seringue Auto Pulsée et une recherche du facteur déclenchant.

M. V. présente une hyperglycémie, car sa glycémie capillaire est de 3.56gr/L. Cependant il ne se plaint pas de symptôme d'hyperglycémie. Il est important de prendre en charge celle-ci rapidement afin d'éviter d'éventuelles aggravations.

ii. *Les complications chroniques.*

Christophe PRUDHOMME et Marie France BRUN²⁵ classent les complications chroniques essentiellement en 3 parties la microangiopathie, la macroangiopathie et la neuropathie.

Elles surviennent aussi bien chez le patient atteint de diabète de type 1 que chez celui atteint de diabète de type 2 et sont favorisées par l'ancienneté du diabète et le déséquilibre glycémique mais également par les facteurs de risques associés (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, tabagisme...)

➔ Les microangiopathies

D'après ces mêmes auteurs, ils définissent celles-ci comme une atteinte des petits vaisseaux notamment de la rétine (rétinopathie) et du rein (néphropathie diabétique)

➔ Les macroangiopathies

Ils les définissent comme une « *atteinte de l'ensemble des vaisseaux à l'origine d'une hypertension artérielle et plus particulièrement des vaisseaux coronaires, des artères des membres inférieurs et des artères cérébrales* »²⁶

Dans cette partie, on y retrouve l'hypertension artérielle, les pathologies coronariennes et les artérites des membres inférieurs.

➔ Les neuropathies

D'après le même ouvrage, les neuropathies sont « *des atteintes neurologiques (atteintes du système nerveux), dont une des conséquences, en association avec l'atteinte vasculaire, est le pied diabétique.* »²⁷

²⁴ PREVOST, Gaetan. Diabète de type I, II, diabète gestationnel. C4 Ue. 2.7. 2015.

²⁵ PRUDHOMME Christophe, BRUN Marie France. *Diabétologie, endocrinologie, métabolisme : Soins infirmiers dans le diabète et les affections des glandes hormonales et du métabolisme*. PARIS : Editions Maloine, 2008, pages 34 à 39.

²⁶ Ibid. Page 34

²⁷ Ibid. Page 34

Concernant M. V., je n'ai pas d'information sur l'apparition de complication chronique. Il présente une hypertension artérielle mais que je ne peux définir comme complication diabétique.

Cependant nous avons vu plus haut, que M. V avait une hyperglycémie chronique depuis au moins 3 mois et que celui-ci présente une obésité sévère, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie qui sont toutes les trois présentées comme facteurs de risques de complications chroniques. Il est donc important de prendre en soin l'hyperglycémie chronique de M. V. mais également ses trois facteurs de risques pour prévenir l'apparition de complications chroniques.

II. La personne âgée.

Pour comprendre et connaître la personne âgée, il m'est paru important de définir ce terme.

Le dictionnaire humaniste infirmier définit la personne âgée comme étant une « *étape de la vie d'adulte en continuité au processus de transformation physiologique, définie plus ou moins à l'âge de la retraite professionnelle et qui a pour objet de catégoriser une classe sociale* »²⁸

D'après « La pratique infirmière de l'examen clinique », « *Par convention, le vieillissement débute à 65 ans ; un aîné est donc une personne de 65 ans et plus.* »²⁹,

L'âge de la retraite étant environ de 62 ans³⁰, la définition du dictionnaire humaniste infirmier et du dernier ouvrage cité semble se recouper.

Nous pouvons donc dire qu'une personne est âgée lorsqu'elle a entre 60 et 65 ans, qu'elle entame sa retraite professionnelle et qu'elle continue son processus de transformation physiologique (avec l'apparition, parfois, de nouvelles pathologies) et, j'ajouterais, de transformations psychologiques.

On appelle également, ces deux types de transformation : le vieillissement physiologique et psychologique. La personne âgée subit également des perturbations sociales.

M. V. est retraité et âgé de 72 ans et comme toute personne sur terre, il est en perpétuel transformation ou vieillissement que ce soit physiologique ou psychologique. De ce fait, il entre dans la définition de la personne âgée.

Par la suite, je vais parler du vieillissement physiologique et des transformations psychologiques de la personne âgée mais également des perturbations qu'elle peut rencontrer.

a. Le vieillissement physiologique

D'après les cahiers de l'infirmière sur la Gériatrie et la Gériatrie, le vieillissement physiologique se définit comme « *l'ensemble des conséquences de l'action du temps sur les*

²⁸ PAILLARD. C. *Dictionnaire Humaniste Infirmier : Approche et concept de la relation soignant-soigné.* Editions Setes, page 199.

²⁹ CLOUTIER L., DELMAS P., DALL'AVA-SANTUCCI. *La pratique infirmière de l'examen clinique.* Editions De Boeck : Paris, avril 2015. Page 328

³⁰ Service-public.fr. Âge minimum de départ à la retraite d'un fonctionnaire [En ligne]. Disponible sur <<https://www.service-public.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

êtres vivants »³¹. Le temps est un facteur important du vieillissement physiologique mais il doit être rappelé que chaque individu est pourvu d'un patrimoine génétique différent et que chacun de nous mène un style de vie unique et ces deux facteurs ont des conséquences sur le vieillissement. Cependant, le vieillissement touche tous les organes et tous les systèmes du corps humain.

Chez la personne âgée, il est parfois difficile de savoir si une nouvelle pathologie est une conséquence du vieillissement ou si c'est une « vraie » maladie qui arrive fortuitement.

Pour ne pas m'éloigner du sujet, je vais me centrer sur les problèmes de santé de Mr V. qui sont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'obésité et le diabète mais je vais également parler du vieillissement neurologique qui impacte sur l'efficacité intellectuelle.

i. L'hypertension artérielle

Ce même ouvrage³² nous informe que les pathologies du système artériel sont les principales causes de décès après l'âge de 60 ans.

L'HTA de la personne âgée³³, nous informe que généralement, la pression artérielle systolique tend à augmenter avec l'âge jusqu'à 80-90 ans. Il n'est donc pas rare de trouver une personne âgée avec une hypertension artérielle.

La pression artérielle systolique normale doit être inférieure à 140 mmHg et la pression artérielle diastolique inférieure à inférieure à 90 mmHg d'après l'Organisation Mondiale de la Santé³⁴.

N'ayant pas de valeur concernant la tension artérielle de M. V. je ne peux affirmer si ce jour il présente une hypertension artérielle avérée.

Le vieillissement peut-il induire une hypertension artérielle ?

L'Institut Nationale de la Santé Et de la Recherche Médicale³⁵ nous informe que l'hypertension artérielle est souvent dite comme « essentielle », c'est-à-dire qu'il n'y a pas de cause quant à l'apparition de celle-ci. Il y a plusieurs facteurs de risque, comme l'âge avancé qui induirait une perte de l'élasticité des artères. Donc oui, l'hypertension artérielle peut être induite par le vieillissement physiologique. Mais il y a également d'autres facteurs de risque comme le surpoids, la sédentarité mais aussi une alimentation déséquilibrée (apport trop important de sel...). Parfois l'hypertension artérielle peut être secondaire à une pathologie rénale, hormonale, etc... et elle peut être, également dû à une mutation génétique familiale qui a des conséquences sur la fonction rénale, surrénalienne etc...

³¹ BERTHAUX P et AQUINO JP. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1980, page 22. (Cahiers de l'infirmière ; n°20)

³² Ibid. Page 27.

³³ CHETELLIER G., FORETTE F., GIRERD X. et al. *HTA du Sujet âgé*. Gap : Louis-jean 1998. Page 7.

³⁴ Organisation Mondiale de la Santé. Questions-réponses l'hypertension artérielle [En ligne]. Disponible sur <<http://www.who.int/>> (consulté le 29/03/2016)

³⁵ INSERM. Hypertension artérielle. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.inserm.fr/>> (Consulté le 29/03/2016)

M. V. n'a pas de pathologie rénale ou hormonale diagnostiquée. Nous n'avons pas non plus la connaissance de mutation génétique qui aurait pu induire une hypertension artérielle. Je ne sais pas non plus depuis quand il est atteint d'hypertension artérielle et quelle en est la cause. Par contre M. V. est une personne âgée et ses artères ont dû perdre de l'élasticité. Il présente également un surpoids et semble avoir une alimentation déséquilibrée car celui-ci grignote entre les repas. Cette hypertension artérielle peut être, donc causée par le vieillissement et différents facteurs de risques ou bien par une pathologie non diagnostiquée.

ii. *Hypercholestérolémie et obésité*

D'après un dossier de l'Haute Autorité de Santé sur le surpoids et l'obésité, l'Organisation Mondiale de la Santé définit le surpoids et l'obésité comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. »³⁶ et précise qu'une personne dite obèse a un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m².

Il est difficile d'appliquer la notion d'IMC chez la personne âgée. En effet, d'après le magazine Pratiques en nutrition sur « Obésité et séniors »³⁷, chez la personne âgée, la masse musculaire, dite masse maigre, tend à diminuer alors qu'on observe une augmentation de la masse graisseuse, dite masse grasse. Cette dernière est plus importante chez le séniors que chez le sujet jeune alors que la valeur de l'IMC sera identique pour les deux. Il faut également prendre en compte, le tassement vertébral de la personne âgée qui pourrait modifier le résultat de l'IMC.

D'après améli-santé³⁸, la prise de poids et l'obésité sont favorisées par différents facteurs : une alimentation déséquilibrée, l'arrêt du tabac, un manque d'activité physique, certains médicaments, les périodes de vulnérabilités, etc...

J'ai trouvé peu d'informations qui mettent en lien l'obésité, le vieillissement et l'apparition d'hypercholestérolémie. Seuls Didier JUNQUERO et Yves RIVAL³⁹, nous informent que l'obésité contribue grandement quant à l'apparition de l'hypercholestérolémie.

Suite à ces informations, nous pouvons dire que le vieillissement physiologique de la personne âgée peut entraîner de l'obésité (causée par l'augmentation de la masse grasse vis-à-vis de la masse maigre) mais cette dernière peut également être causée par d'autres facteurs. Je n'ai pas l'information concernant l'IMC de M. V et il est difficile de savoir comment a été causée son obésité. En effet, son vieillissement a pu participer à la prise de masse graisseuse, mais j'ai pu également observer une alimentation déséquilibrée car il apprécie les snacks en dehors de repas.

Si l'obésité de M. V. remonte à quelques dizaines d'années, peut-on dire que celle-ci est en lien avec l'apparition de son hypertension artérielle et son diabète ?

³⁶ HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

³⁷ « Obésité et séniors ». *Pratiques en nutrition*, Juillet-septembre 2006. Pages 71-82

³⁸ Ameli-sante.fr Surpoids et obésité de l'adulte. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.ameli-sante.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

³⁹ RIVAL Y., JUNQUERO D. « Syndrome métabolique. Quelle définition, pour quel (s) traitement ? » *Médecine/sciences*, Décembre 2005, Volume 21, n°12. Pages 1045-1052

Quant à l'apparition de l'hypercholestérolémie, j'ai peu d'informations mais celle-ci a peut-être été causée par la présence de l'obésité de M. V.

iii. Vieillesse et diabète de type II

Plus haut nous avons vu que, la physiologie du diabète de type 2 était une l'association d' « un déficit de l'insulino-sécrétion (anomalie qualitative et quantitatives), avec une réduction progressive dans le temps et une insulino-résistance »⁴⁰

On peut se demander si le vieillissement physiologique de la personne âgée de plus de 60 ans entraîne un vieillissement du pancréas qui ne sécrète plus suffisamment d'insuline et une résistance des cellules à l'insuline ou si la qualité de vie (alimentation sucrée, entre autre) menée précédemment a un rôle important dans l'apparition du diabète de type 2 chez la personne âgée diabétique.

D'après T. GUILLAUME et J. DE FLINES, la glycémie à jeun n'augmente pas avec l'âge contrairement à la glycémie postprandiale (après un repas) qui augmente entre « 0,05 et 0,15g/L par décennie et ce en dehors de toute pathologie sous-jacente »⁴¹. Ils expliquent cela par l'apparition de l'insulino-résistance mais aussi de troubles de la sécrétion d'insuline par les cellules β des ilots de Langerhans du pancréas. Ce diabète surviendrait également plus fréquemment chez des sujets âgés présentant une hypertension artérielle, une hyper uricémie ou une dyslipidémie qui sont des marqueurs du syndrome métabolique.

D'après A.J. SCHEEN et F.H. LUYCKX, l'Organisation Mondiale de la Santé définit le syndrome métabolique comme « une diminution de tolérance au glucose (pouvant aller jusqu'au diabète avéré) ou un hyperinsulinisme (...) et au moins 2 anomalies suivantes : une obésité (...), une hypertension artérielle (...), une dyslipidémie (...), une micro albuminurie. »⁴²

Après ces recherches, M. V. présente des signes du syndrome métabolique car celui est atteint d'un diabète avéré ainsi que d'une hypertension artérielle, d'une obésité et d'une dyslipidémie. M. V. avait 61 ans lorsque son diabète de type 2 a été diagnostiqué. Nous avons vu qu'avec l'âge et le vieillissement, la glycémie postprandiale augmentait progressivement à cause de l'insulino-résistance et des troubles de la sécrétion insulinique. Le vieillissement physiologique de M. V. a, donc, sûrement eu un rôle dans la survenue du diabète de type 2 de M. V. Ne connaissant pas la période où son hypertension artérielle a été diagnostiquée ainsi que sa dyslipidémie, il est compliqué de savoir si celles-ci sont intervenues dans l'apparition de la pathologie chronique ou si elles sont apparues par la suite.

Concernant cette partie on peut donc affirmer que le vieillissement physiologie à un rôle important quant à la survenue du diabète de type 2, mais que certains facteurs de risque

⁴⁰ MONELLE, Bertrand. « Le diabète, un enjeu de santé publique ». *La revue de l'infirmière*, 2008, n°141, pages 16 - 17

⁴¹ Revue médicale de Liège. DIABÈTE DU SUJET ÂGÉ Aspects épidémiologique, physiopathologique et clinique. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.rmlg.ulg.ac.be/>> (consulté le 29/03/2016)

⁴² Revue médicale de Liège. Le syndrome métabolique : définitions et données épidémiologiques [En ligne]. Disponible sur <<http://orbi.ulg.ac.be/>> (consulté le 29/03/2016)

(alimentation, etc...) et pathologies (hypertension artérielle, etc...) peuvent également intervenir.

iv. Vieillesse neurologique et efficacité intellectuelle.

P. BERTHAUX et J.P. AQUINO indiquent que l'efficacité intellectuelle tend à diminuer avec l'âge, après 30 ans. Les personnes âgées ont alors des difficultés à résoudre des problèmes, à se montrer imaginatif ou intuitif et l'apprentissage devient alors difficile.

Ils expliquent aussi que le senior peut manquer de rapidité dans son geste mais également de « spontanéité dans les processus de pensée ». ⁴³

Ils rappellent également qu'il y a régulièrement des atteintes mnésiques. La mémoire à long terme est généralement conservée contrairement à la mémoire à court terme (qui concerne les faits récents) qui est souvent atteinte et vite oubliée.

Pour expliquer cela, je me suis aidée de l'ouvrage « Vieillesse et gériatrie : les bases physiologiques » de Paola S. TIMIRAS qui indique que « le vieillissement influence le métabolisme, le taux de renouvellement et les récepteurs de plusieurs neurotransmetteurs dont le rôle est de véhiculer ou de transmettre le signal nerveux à la synapse » ⁴⁴. Elle ajoute plus loin que la neurotransmission a un rôle primordial dans les processus d'apprentissage et de mémoire mais qu'à ce jour, nous n'avons pas identifié les neurotransmetteurs responsables.

Après mes expériences auprès de personnes âgées (au sein d'EHPAD ou de service gériatrique), j'ai souvent observé un énervement ou un découragement de la part de celles-ci quand elles n'arrivaient pas à effectuer un geste, à mettre un vêtement ou qu'elles ne se rappelaient pas de ce qu'on leur avait dit la veille. La personne âgée se rend compte dans ces moments qu'elle n'est plus aussi efficace qu'auparavant et peut parfois se dévaloriser avec des mots ou abandonner la tâche en cours.

M. V. est une personne âgée et est également en processus de vieillissement neurologique. Celui-ci peut alors présenter des difficultés à résoudre des problèmes (que faire en cas de glycémie supérieure à 1.26g/L ?), d'apprentissage (quelles sont les normes de la glycémie ? Quand dois-je m'inquiéter ?). Il peut également présenter des troubles mnésiques : se souvient-il qu'on lui a demandé de nous attendre lors des contrôles glycémiques ?

On peut également penser que l'apprentissage lors de l'éducation thérapeutique peut demander plus de temps à M. V. pour que les informations soient comprises et assimilées. Il peut alors montrer des signes d'énervement ou de découragement.

b. Vieillesse psychologique

Nous avons vu qu'avec l'âge, le corps subissait des modifications corporelles dites « invisibles » avec la survenue de pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète etc... Mais il subit également des modifications dites « visibles » avec l'apparition de rides, des cheveux blancs, la diminution de la taille... Les sens sont moins sensibles : perte de

⁴³ BERTHAUX P. et AQUINO J.P. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1980, page 16. (Cahiers de l'infirmière ; n°20)

⁴⁴ TIMIRAS PAOLA S. *Vieillesse et gériatrie : les bases physiologiques*. Editions Maloine, 1997, page 195.

l'audition, acuité visuelle qui diminue... Et la personne âgée va perdre certaines compétences que je détaillerai plus loin.

Toutes ces transformations rendent le corps, de la personne âgée, vulnérable et cela peut être mal vécu et entraîner une perte de confiance en soi.

Dans cette partie, je souhaiterais détailler trois points importants, dont un est dû au vieillissement psychologique et deux autres pouvant accentuer les perturbations psychologiques du sénior.

i. Facultés d'adaptation.

P. BERTHAUX et J.P. AQUINO lient les facultés d'adaptation avec le changement d'habitude.

Pour eux, l'adaptation est « *le dialogue entre la personne et son environnement* »⁴⁵. En effet, l'environnement va présenter des spécificités et la personne va devoir lui répondre en modifiant ses gestes, ses habitudes.

Avec l'âge, on observe une diminution des facultés d'adaptation. La personne âgée souhaite garder un « environnement stable » et pour cela, elle va réduire ses interactions avec lui ainsi que ces actions.

Ces auteurs rapportent que, par conséquent, « *tout changement, même bénéfique, risque d'être rejeté.* »⁴⁶

On peut observer cette difficulté d'adaptation chez M. V lorsqu'il dit «j'ai 72 ans, ce n'est pas maintenant (...) que je vais changer ma façon de faire.» Celui-ci présente un problème : un déséquilibre de diabète. Il est hospitalisé pour le rééquilibrer et cela doit passer par l'apprentissage de nouvelles règles hygiéno-diététique et de surveillance glycémique, entre autre. Pour cela, le service lui propose des séances d'éducation thérapeutique qui lui apporteront des connaissances sur les complications du diabète et des astuces pour modifier ses habitudes de vie. M. V. qui observait un environnement stable (absence de complication visible malgré les hyperglycémies...), se retrouverait, suite à ces séances, face à un environnement qui n'est plus aussi stable car il apprendrait, entre autre, que sa situation peut entraîner des complications importantes. Face à cela, il devrait s'adapter et changer ses habitudes pour y remédier, c'est-à-dire : manger équilibré, surveiller régulièrement ses glycémies, etc...

⁴⁵ BERTHAUX P et AQUINO J.P. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1990. 163pages (Cahiers de l'infirmière ; n°20)

⁴⁶ BERTHAUX P. et AQUINO JP. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1980. Page 16 (Cahiers de l'infirmière ; n°20)

ii. *L'isolement relationnel*

D'après l'article sur « l'isolement relationnel et mal-être » de Jean-Louis PAN KE SHON, l'isolement relationnel « *concerne les personnes qui n'entretiennent qu'un nombre très faible de contacts avec autrui.* »⁴⁷.

P. BERTHAUX et J.P. AQUINO⁴⁸ affirment que 25% des personnes âgées de 65 ans et plus sont concernées par l'isolement.

D'après eux, l'isolement des personnes âgées est lié, surtout, à 3 causes

- L'éclatement de la cellule familiale
- La perte du contact avec le milieu professionnel
- Le veuvage

Albert WETTSTEINA, Daniela DYNTARB et Max KALINC⁴⁹, nous informent que l'isolement augmente le risque de décès prématuré des personnes âgées mais également la morbidité, les chances et la durée de guérison mais également l'apparition de complications pathologiques.

M. V. est à la retraite et nous ne savons pas s'il entretient toujours des relations avec ses anciens collègues. Il vit seul en France car toute sa famille est restée en Pologne. Durant son hospitalisation il ne reçoit pas non plus de visite. M. V. semble isolé et il serait intéressant de savoir s'il se sent lui-même isolé. Cet isolement ajouté à ses facteurs de risque physiologiques pourraient accélérer l'apparition des complications liées au diabète de type 2.

iii. *L'hospitalisation de la personne âgée*

P. BERTHAUX et J.P. AQUINO nous expliquent comment peut être perçue l'hospitalisation et ses suites, par la personne âgée. Celle-ci représente une rupture avec le contexte familiale et entraîne « *une discontinuité spatiale, temporelle et relationnelle* »⁵⁰ dans la vie du patient âgé. L'hospitalisation rappelle, au patient, sa maladie et sa gravité. C'est une situation qui peut être angoissante pour ce dernier.

Pour diminuer cette angoisse liée à l'hospitalisation, ils préconisent de faire participer la personne âgée à cette prise de décision en lui précisant le motif d'hospitalisation, son but et sa durée.

L'entrée à l'hôpital est anxiogène mais la sortie l'est tout autant. En effet, après quelques temps dans le service, le patient s'est adapté, il se sent aidé et soutenu car le personnel est présent et répond à ses attentes, ses besoins, très rapidement. C'est un environnement sécuritaire.

⁴⁷ INSEE. L'isolement relationnel et mal-être. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.insee.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

⁴⁸ BERTHAUX P. et AQUINO J.P. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1990. 163pages (Cahiers de l'infirmière ; n°20)

⁴⁹ SWISS Medical Forum. L'isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé. [En ligne]. Disponible sur <<http://medicalforum.ch/>> (consulté le 29/03/2016)

⁵⁰ BERTHAUX P. et AQUINO J.P. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1990. 163pages (Cahiers de l'infirmière ; n°20)

Le retour à domicile peut être alors mal vécu, car dans certaines situations, le patient va se retrouver de nouveau seul chez lui (avec un retour à l'isolement relationnel pour certains), avec des nouveaux traitements, de nouvelles conduites à tenir et sans professionnel pour l'entourer.

L'hospitalisation de M. V. a pu être angoissante pour lui car il est confronté à une discontinuité spatiale et relationnelle. En effet, il vit seul et se retrouve maintenant à l'hôpital entouré d'autres patients mais également de l'équipe de santé pluridisciplinaire. Cette hospitalisation lui rappelle également que son diabète n'est pas pris en charge correctement et que cela peut avoir des conséquences.

Je ne sais pas si son médecin traitant lui avait expliqué la durée et le motif de son hospitalisation. Mais je sais qu'à l'arrivée d'un patient dans le service, l'équipe soignante (y compris les infirmiers) rappelle systématiquement ces données aux patients afin de définir les objectifs à mettre en place durant l'hospitalisation. On peut penser que si M. V. rééquilibrait son diabète, il pourrait sortir de l'hôpital et retourner, seul, chez lui et être de nouveau isolé. Est-ce que M. V. ne respecte pas les demandes et les recommandations de l'équipe afin de continuer à être entouré et de combler ses attentes relationnelles ?

Le vieillissement physiologique et psychologique ainsi que les perturbations sociales liées à l'âge ont des répercussions sur les pathologies somatiques mais aussi psychologiques. Les personnes âgées souffrent alors souvent de polyopathie.

III. L'éducation thérapeutique.

a. L'éducation thérapeutique du patient diabétique

L'éducation thérapeutique du patient, aussi appelé ETP, est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé⁵¹ comme « visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

L'article L1161-1 du code de la santé publique indique que « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade... »⁵². L'article L1161-5⁵³ précise quant à lui qu'il est nécessaire d'avoir le consentement écrit du patient et que l'éducation thérapeutique peut être arrêtée à tout moment par le patient ou le médecin.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé⁵⁴ sur l'éducation thérapeutique du patient, elle fait partie de la prise en soin globale du patient. Pour cela, il est nécessaire

⁵¹ Haute autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>> (Consulté le 29/03/2016)

⁵² Legifrance.gouv. Code de la santé publique : Article L1161-1. [En ligne]. Disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/>>. (Consulté le 22/04/2016)

⁵³ Legifrance.gouv. Code de la santé publique : Article L1161-5. [En ligne]. Disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/>>. (Consulté le 22/04/2016)

⁵⁴ Haute autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>>. (Consulté le 29/03/2016)

d'organiser des activités et de proposer un soutien psychosocial pour permettre au patient et parfois à sa famille, d'être informé sur la pathologie et son évolution, les (futurs) soins et les modalités administratives et hospitalières. D'après la Haute Autorité de Santé, celle-ci a pour but de les aider à comprendre leur maladie et les thérapeutiques tout en les responsabilisant dans leur prise en soin afin de maintenir ou d'améliorer leur qualité de vie.

La Haute Autorité de Santé nous informe que cela peut être proposé suite à l'annonce d'une pathologie chronique ou tout au long de la prise en soin de celle-ci afin de réactualiser ou de consolider les connaissances du patient et/ou de sa famille.

Elle précise également qu'il faut tenir compte des spécificités du patient (en effectuant un recueil de données, par exemple), avant de la débiter, telles que les lacunes concernant la langue, le statut socio-économique, les troubles cognitifs etc... En effet, d'après l'article sur « l'éducation thérapeutique du patient diabétique »⁵⁵, les diabétiques de type 2 sont généralement des personnes avec un âge avancé qui ont des habitudes de vie plus ou moins ancrées et comme on l'a vu plus haut, ont plus de difficultés à s'adapter à changer leurs habitudes, sans oublier les autres particularités. Qui plus est, elles ne pensent pas que la pathologie soit réelle avant l'apparition de complication.

La Haute Autorité de Santé ajoute enfin, que le personnel soignant effectuant une éducation thérapeutique doit être attentif à toutes modifications bio-psycho-social du patient car elles peuvent causer des souffrances au patient qui ne sera pas apte à recevoir des conseils, des informations... Le soignant pourra alors prioriser ses soins d'éducation et/ou orienter le patient afin qu'il puisse résoudre les difficultés qu'il rencontre sur le moment.

D'après l'article cité précédemment, « *la diabétologie est la discipline pionnière en matière d'éducation thérapeutique du patient* »⁵⁶. Auprès du patient diabétique, l'éducation thérapeutique doit être proposée toute au long de la vie de ce dernier, car celui-ci peut nécessiter une réactualisation des connaissances ou une réévaluation de ses moyens (sociaux, cognitifs, financiers...), comme vu précédemment ou bien juste une remotivation.

M. V. est atteint de diabète de type 2 qui est une maladie chronique. Pour prendre en soin cette pathologie « seul » et en éviter les complications, il est nécessaire d'acquérir des compétences puis de les renforcer tout au long de la maladie ce qui permettra d'améliorer la qualité de vie. La situation de M. V. répond à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant l'éducation thérapeutique. Le service propose des activités comme des contrôles glycémiques et l'administration des thérapeutiques insuliniques avec l'aide d'un infirmier pour savoir comment adapter les doses d'insuline en fonction de sa glycémie mais également des séances d'éducation collectives.

M. V. est diabétique depuis au moins 11 ans, nous ne sommes donc pas à l'annonce de la maladie chronique mais bien au cours de celle-ci. L'éducation thérapeutique de M. V. sera donc une réactualisation ou une consolidation de ses connaissances ou encore une

⁵⁵ Dr BRIGITTE, KELLIHER Felicity. « L'éducation thérapeutique du patient diabétique ». *L'infirmière magazine*, mars 2014, n°341. Pages 32 à 35.

⁵⁶ Ibid. Page 32.

remotivation. Je ne sais pas si M. V. a rédigé un consentement écrit pour participer à ce programme et donc s'il souhaitait y participer.

Enfin, M. V. possède des spécificités à prendre en compte pour réaliser son éducation thérapeutique. En effet, c'est une personne âgée qui peut rencontrer des difficultés à s'adapter, mais également des troubles de l'apprentissage et mnésique et est peut être isolé.

Enfin, M. V. est Polonais et manque parfois de vocabulaire français ce qui peut avoir un impact sur la compréhension des consignes ou les informations données.

b. Les objectifs de l'éducation thérapeutique et le rôle de l'infirmier.

Après avoir évalué les connaissances du patient ainsi que ses capacités cognitives, ses particularités sociales et financières, l'équipe pluridisciplinaire peut élaborer des objectifs d'éducation individuels sans oublier le motif d'hospitalisation ou d'orientation par le médecin.

Les objectifs de cette éducation thérapeutique du patient influencent le rôle que devra avoir l'infirmier pendant les séances éducatives.

i. Les objectifs de l'éducation thérapeutique du patient diabétique

D'après l'article «L'éducation thérapeutique du patient diabétique», l'objectif principal de celle-ci est d'améliorer la prise en soin de la pathologie tout en prévenant l'apparition des complications en «*impliquant le patient jusque dans les pratiques quotidiennes et sociales*»⁵⁷. L'infirmier a alors comme objectif de faire prendre conscience au patient l'importance de prendre soin de soi et lui donner les moyens de gérer sa pathologie et donc de vivre «mieux».

Le terme «mieux» est subjectif, car tout le monde a sa définition d'une «vie meilleure». Pour le soignant, c'est, entre autre, de pouvoir soigner le patient et sa maladie ou du moins qu'elle ne s'aggrave pas (dans le cas de pathologie chronique) et qu'on observe l'absence de complication. Pour le patient, il en est parfois tout autre, surtout dans le cas du diabète où la pathologie ne se voit pas tant que les complications (aigues ou chroniques) ne se manifestent pas.

Pour remplir cet objectif, le soignant doit pouvoir partager son savoir sur la maladie, les différents traitements (antidiabétiques oraux, insulinothérapie...) et dispositifs médicaux (lecteur glycémique, aiguilles...)

Il rappelle les complications qui peuvent survenir et les moyens de les prévenir (alimentation équilibrée, activité physique...) ou les dépister (fond d'œil...).

Son discours doit être adapté aux objectifs personnels du patient. En effet, devant deux patients venant pour un déséquilibre de diabète, mais présentant des caractéristiques différentes (surpoids/poids «normal», sous antidiabétiques oraux/insulinothérapie, observant/non observant...), les connaissances apportées seront différentes.

⁵⁷ Dr BRIGITTE, KELLIHER Felicity. «L'éducation thérapeutique du patient diabétique». *L'infirmière magazine*, mars 2014, n°341. Pages 32 à 35.

Ce même article⁵⁸ indique que l'éducation thérapeutique ne doit pas être « *antagoniste* » aux projets de vie. En effet, les patients ne doivent pas arrêter de voyager, faire du sport ou bien vouloir fonder une famille car ils sont diabétiques.

Enfin il y a deux types de séances d'éducation thérapeutique pour répondre à ces objectifs : la séance individuelle et la séance collective. D'après l'Haute Autorité de Santé⁵⁹, les séances individuelles sont parfois plus accessibles pour les patients sur tous les plans : planning, organisation, mais également pour les patients ayant des troubles tels que la dépendance, les troubles cognitifs, des troubles sensorielles (audition, vue...) mais aussi pour les patients ayant des difficultés à partager en groupe. L'Haute Autorité de Santé ajoute qu'elles « *permettent dans certaines situations une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient.* »⁶⁰

Concernant les séances collectives, les recommandations de l'Haute Autorité de Santé⁶¹ indiquent qu'elles permettent de rassembler des patients rencontrant les mêmes difficultés, pour qu'ils puissent partager leurs expériences de vie avec la pathologie, ce qui permet également, de compléter les informations données par les professionnels de santé.

M. V. ne semble pas avoir encore de complications, ou tout du moins elles ne sont pas visibles et ne sont peut-être pas liées au diabète (hypertension artérielle, par exemple...)

L'indication d'hospitalisation de M. V. est une déséquilibration de diabète. Ici, le soignant a comme objectif de rééquilibrer le diabète de Mr V. et de retrouver une glycémie capillaire inférieure à 1.26g/L, et qu'il reste équilibré.

M. V. présente une obésité et grignote entre les repas, il ne semble pas avoir d'alimentation équilibrée. La sensibilisation à l'équilibre alimentaire est nécessaire. Il lui a été proposé une séance d'éducation thérapeutique en groupe sur l'alimentation mais il n'a pas souhaité y aller.

Il est sous insulinothérapie depuis 11 ans et effectuerait donc régulièrement des surveillances glycémiques. Il ne semble pas avoir besoin d'information sur les dispositifs médicaux disponibles et sur la pratique.

Cependant, concernant l'insulinothérapie et les résultats de la glycémie capillaire, M. V. ne s'inquiète pas lorsqu'il apprend qu'il a 3,56 gr/L de glycémie. Connait-il les normes glycémiques ? Il ne modifie pas la quantité d'insuline face à ce résultat. Sait-il que l'insulinothérapie peut être modulable en fonction des glycémies trouvées ?

Concernant les complications aiguës et chroniques qui peuvent survenir, les connaît-il ? Si oui, a-t-il pris conscience de leur importance ?

⁵⁸ Dr BRIGITTE, KELLIHER Felicity. « L'éducation thérapeutique du patient diabétique ». *L'infirmière magazine*, mars 2014, n°341. Pages 32 à 35.

⁵⁹ Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>>. (Consulté le 29/03/2016)

⁶⁰ Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>>. (Consulté le 29/03/2016)

⁶¹ Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>>. (Consulté le 29/03/2016)

M. V. ne souhaite pas aller aux séances d'éducation thérapeutique collectives car il dit qu'à son âge, il n'a rien à apprendre. Est-ce la vraie raison ? Est-ce qu'il s'y sentirait à l'aise pour parler et recevoir des conseils et des informations d'autres patients ? Est-il « prêt » pour ce type de séance ?

Les séances individuelles semblent être une meilleure approche pour atteindre les objectifs de M. V., car c'est une personne âgée nécessitant plus temps pour assimiler les informations. Qui plus est, j'ai souligné le fait qu'il serait peut être isolé socialement et dans ce cas, il est plus difficile de s'ouvrir aux autres, à des inconnus.

ii. *Rôle de l'infirmier*

Dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique, le rôle de l'infirmier peut être difficile à définir. Tout d'abord, d'après l'article « L'éducation thérapeutique du patient diabétique », l'infirmier doit établir une relation « *partenariale* », « *d'adulte à adulte* »⁶² en respectant le patient et ses connaissances mais aussi ce qu'il est et ses habitudes de vie ainsi que son milieu social et non pas une relation asymétrique de type « *dominant-dominé* ». En effet d'après Felicity KELLIHER, les compétences techniques sont importantes dans l'éducation thérapeutique mais les compétences relationnelles (et pédagogiques) le sont tout autant, qu'elles concernent le travail avec le patient mais aussi les autres soignants intervenant dans la « *démarche éducative* »⁶³.

Il doit également déléguer certaines tâches car l'éducation thérapeutique doit être pratiquée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire dans la limite des compétences de chacun (hygiène alimentaire avec la diététicienne, hygiène des pieds avec l'aide-soignante etc...)

Il effectue cela pour permettre à la personne diabétique de prendre soin d'elle afin de vivre le mieux possible avec sa maladie.

D'après les recommandations de l'Haute Autorité de Santé⁶⁴, l'éducation thérapeutique comporte 4 étapes dans lesquelles l'IDE peut avoir un rôle important. Voici les 4 étapes :

- Élaborer un diagnostic éducatif.

Cette étape permet de prendre connaissance des spécificités du patient et permet aussi d'identifier ses besoins et ses attentes. Le soignant évalue également la réceptivité du patient à recevoir une éducation mais également ses connaissances sur sa pathologie. C'est un recueil de données auquel l'IDE participe en collaboration avec l'ensemble de l'équipe soignante et médicale. Suite à cela, le diagnostic éducatif peut être élaboré avec et pour le patient pour définir les compétences à acquérir.

- Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage

Cette étape doit se dérouler avec le patient, en séance individuelle. En vue des compétences à acquérir, le médecin peut élaborer un programme d'éducation avec des

⁶² Dr BRIGITTE, KELLIHER Felicity. « L'éducation thérapeutique du patient diabétique ». *L'infirmière magazine*, mars 2014, n°341. Pages 32 à 35.

⁶³ Ibid. Page 34.

⁶⁴ Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ?. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>>. (Consulté le 29/03/2016)

priorités d'apprentissage basées sur des « *compétences d'auto soins* » (auto surveillance, modification de mode de vie, prévention des complications etc...) et des « *compétences d'adaptation* » (maîtrise des émotions, développement de raisonnement critique, s'auto évaluer, résoudre des problèmes, se fixer des objectifs, etc...). Il est alors rappelé au patient et transmis aux équipes soignantes.

- Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique collective ou individuelle ou en alternance.

L'infirmier peut proposer au patient une planification des séances individuelles ou collectives. Il sélectionnera les informations à proposer lors de ces séances mais également les méthodes et les supports qu'elle utilisera pour enfin réaliser ces séances. L'infirmier a souvent un rôle important dans cette étape car il peut mettre en place et réaliser ces séances. Il pourra également déléguer certaines tâches aux aides-soignantes (par exemple) ou bien travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé tels que le médecin (pour les traitements par exemple) ou la diététicienne (pour l'hygiène alimentaire)

- Réaliser une évaluation individuelle de l'éducation thérapeutique

C'est une étape qui peut se réaliser à la fin du programme ou pendant celui-ci si le patient ou le professionnel de santé pense que cela est nécessaire. Elle permet de valoriser le patient sur les compétences qu'il a acquies, de modifier le diagnostic éducatif si besoin ou bien encore de proposer au patient une nouvelle offre de soin éducatif. C'est un temps d'échange avec le patient, afin qu'il puisse exprimer ses attentes, ses difficultés, ses inquiétudes... concernant sa pathologie ou encore le programme d'éducation.

L'infirmier, plus accessible que le corps médical, peut-être plus facilement sollicité par le patient pour cela. Il partage alors les informations recueillies à ce moment avec le reste de l'équipe soignante et médicale qui se concertera pour répondre aux attentes du patient.

Dans la situation, l'infirmier se tient debout face à M. V. qui est assis, porte l'uniforme et est le premier à hausser le ton de la voix. Cela décrit une relation asymétrique et non pas une relation « d'adulte à adulte ».

Je ne sais pas si M. V. a conscience de l'importance de sa pathologie car on a vu, plus haut, que celui-ci ne semble pas avoir de complication visible du diabète de type 2.

Ses particularités liées à l'âge imposeront à l'infirmier une prise en soin différente que pour un patient plus jeune.

Selon la description des 4 étapes de la Haute Autorité de Santé, la situation se déroule lors de la 3^{ème} étape : Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique collective ou individuelle ou en alternance. En effet, des séances d'éducation collectives ont été proposées à M. V. et les IDE passent régulièrement dans la chambre de M. V. pour tester et approfondir ses connaissances concernant la surveillance glycémique et l'insulinothérapie. Cependant M. V. ne semble pas observant vis-à-vis des informations et les consignes données par l'équipe soignante. Une évaluation individuelle est-elle

nécessaire pour modifier le diagnostic éducatif ou bien pour proposer une nouvelle offre de soin?

IV. La communication soignant-soigné

D'après le dictionnaire humaniste de l'infirmier⁶⁵, la communication est un échange d'informations entre un émetteur et un récepteur. Il y a utilisation d'un canal de transmission (voix, téléphone, écran...) pour échanger le message. Le récepteur doit alors décoder le message reçu et s'il répond, il devient à son tour émetteur, c'est alors un feedback.

D'après ce même ouvrage, la communication soignant-soignée permet d'établir la relation soignant-soigné qui est une relation d'échange « *interpersonnel et interdépendant* »⁶⁶ entre un soignant et une personne soignée

De nos jours, la communication est présente partout. En effet, grâce à l'émergence des médias et des réseaux sociaux, tout le monde peut communiquer et échanger avec « l'autre » mais également (s') informer.

Il reste alors important de différencier l'information et la communication qui sont souvent confondues alors qu'elles ont chacune un objectif précis et un procédé différent. D'après Franck BELLUCCI, « *celui qui informe cherche à transmettre un message* »⁶⁷. En effet, l'émetteur va chercher à transmettre un savoir à un récepteur ou destinataire et n'attendra pas forcément une réponse de ce dernier (journal télévisé, par exemple).

Concernant la communication, l'émetteur va souhaiter échanger, établir une relation en mettant en place différentes interactions avec le destinataire.

Enfin, d'après Antoine BIOY⁶⁸, entre un soignant et un soigné le lien relationnel est le soin, c'est celui-ci qui influencera les échanges.

Dans la situation les émetteurs et récepteurs, car ils émettent et reçoivent chacun leur tour un message, sont l'infirmier O. et M. V. Et en se répondant mutuellement ils réalisent un feed-back. Une communication est alors établie et le lien relationnel entre ces deux orateurs est un soin d'éducation thérapeutique qui a pour objectif d'évaluer les capacités de réflexion et d'adaptation de M. V. face aux résultats de la glycémie. L'infirmier O. est le soignant et M. V. est le « soigné ».

Durant la formation, on nous a appris qu'il y avait essentiellement deux types de communication : la communication verbale et non verbale.

Je vais tenter d'approfondir ces deux points dans la suite de mon travail.

⁶⁵ PAILLARD. C. *Dictionnaire Humaniste Infirmier : Approche et concept de la relation soignant-soigné*. Editions Setes, page 57.

⁶⁶ Ibid. page 328

⁶⁷ BELLUCCI Franck. *Communication Orale*. Studyrama : Levallois-Perret, 2016, page 40.

⁶⁸ BIOY Antoine. *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. Editions Bréal : 2013, page 51

a. Communication verbale

L'ouvrage « Communication orale » de Franck BELLUCCI décrit la communication verbale comme étant une action « *consciente, réfléchie et volontaire* »⁶⁹. Cela veut dire que la personne qui utilise la communication verbale pour exprimer ses idées, son point de vue ou encore pour transmettre une information, a décidé de le faire. Cette personne sait qu'elle va parler.

On peut ajouter que la communication verbale est faite grâce à l'utilisation de mots, de bruits et d'un vocabulaire propre à chacun. Pour éviter que la communication devienne conflictuelle, il est important de s'adapter à son interlocuteur.

Suite à la lecture de l'ouvrage de cet auteur, j'ai découvert la notion de « *communication interne* » et « *externe* »⁷⁰ que je souhaite développer dans cette partie car elle semble avoir de l'importance dans l'élaboration d'une communication verbale.

La communication interne est une communication qui s'établit avec une personne qui partage la même profession que nous, qui appartient au même groupe socio-culturel ou encore qui possèdent les mêmes valeurs.

La communication externe est le contraire de cette dernière. En effet, c'est une communication qui s'établit entre deux personnes ne pratiquant pas le même métier, qui n'ont pas les mêmes centres d'intérêts ou bien qui n'appartiennent pas au même milieu socio-culturel. Cette dernière peut devenir confuse car les protagonistes n'utiliseront pas le même vocabulaire, ne comprendront pas la même chose et ce qui peut être aisé à assimiler pour l'un peut être plus difficile pour l'autre. Cela peut alors déboucher sur une incompréhension de la part d'un des orateurs puis dans les pires des cas, à un conflit.

D'après ce même auteur la communication verbale n'intervient qu'à « *hauteur de 7%* »⁷¹ lors d'un échange.

Enfin, il me paraît important de rappeler les facteurs non favorisant de la communication verbale. N. CHERCHEM, intervenant d'un cours sur la « Théories et pratiques de la communication » au sein de la promotion septembre 2013, décrit 3 types de barrière à la communication : « *sociologique (opinions, préjugés, langages, différents selon le milieu socio-économique, position hiérarchique)* », « *culturelles (dépend du pays ou de l'origine)* » et « *psychologiques (humeur du moment, vécu difficile ou pas, douleur. Tensions : antipathie, jalousie, rancune. Présence d'un public ou non.)* ».⁷²

Elle nous informe également que la présence de bruit peut influencer la compréhension lors de la communication. Pour rester en rapport avec la situation d'appel, j'ai retenu le « *bruit sémantique* », celui correspond aux jargons utilisés par les orateurs. Si chacun d'eux utilise un jargon différent cela ne favorise pas la communication.

⁶⁹ BELLUCCI Franck. *Communication Orale*. Studyrama : Levallois-Perret, 2016, page 31.

⁷⁰ Ibid. Pages 63-65

⁷¹ Ibid. Page 74

⁷² Cours de N. CHERCHEM. Théories et pratiques de la communication. C6 UE 1.1, 15/01/2014

A contrario de ce que j'ai pu citer dans ce paragraphe, une communication sera facilitée si deux personnes ont le même jargon, les mêmes opinions, la même position hiérarchique ou la même culture ou si elles ne ressentent pas de douleur, par exemple,

Dans la situation l'IDE O. se rend auprès de M. V. afin de recueillir des données et d'échanger avec lui sur les résultats de sa glycémie. Il emploie la parole et donc la communication verbale. M. V. fait de même en lui répondant à ses questions. Il y a un échange qui s'effectue entre ces deux orateurs. Tous deux sont conscients de ce qu'ils vont dire et apporter à l'autre. L'IDE O. et M. V. ont un vocabulaire différent qui est, entre autre causé, par la différence socio-professionnelle mais également par la différence culturelle et linguistique. En effet, M. V. est d'origine polonaise et bien qu'il parle français couramment il lui arrive parfois de manquer de vocabulaire. Cette différence peut rendre la communication ainsi que les échanges d'information plus difficiles.

Enfin, c'est une communication externe car comme vu précédemment, il y a une différence socio-professionnelle mais aussi culturelle (liée également à l'âge) et linguistique, ils n'utilisent pas le même vocabulaire. M. V. exprime alors une incompréhension face à ce qu'on lui demande quand il dit « Mais pourquoi ? Je sais le faire. ». Nous pouvons observer également différentes barrières qui ne favorisent pas la communication verbale efficace comme la différence de culture (M. V. étant polonais), l'emploi d'un jargon différent (paramédical pour l'IDE), une position hiérarchique de la part de l'IDE. Je ne peux affirmer qu'il y a une barrière psychologique car je ne sais pas si M. V. est douloureux, s'il est anxieux, etc...

L'échange entre l'IDE O. et M. V. semble finalement devenir conflictuel car l'infirmier use de l'impératif pour ordonner à M. V. de suivre les séances collectives et ce dernier lui répond que nous sommes en train de l'énerver.

b. Communication non verbale

Présente à plus de 55%⁷³ lors d'un échange, c'est cette communication qui peut le plus influencer la compréhension du message transmis.

D'après Jacques CORRAZZE : « on entend par communication non verbale, l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus vivants n'usant pas de langage humain ou de ses dérivés »⁷⁴. Franck BELLUCCI ajoute que c'est une communication qui est involontaire et inconsciente contrairement à la communication verbale. Celle-ci va d'ailleurs parfois à l'encontre de la communication verbale, ce qui peut influencer la compréhension du message ou encore rendre incompréhensible celui-ci.

D'après l'ouvrage « Communication soignant-soigné : repères et pratiques » d'Antoine BIOY, la communication non verbale est ce qu'on appelle également « le langage du corps »⁷⁵ ou encore paralingage dans d'autres littératures. Elle est traduite par des gestes, la posture, l'expression faciale, l'apparence mais également la proxémie...

⁷³ BELLUCCI Franck. *Communication Orale*. Studyrama : Levallois-Perret, 2016, page 75.

⁷⁴ Ibid. Page 177

⁷⁵ BIOY Antoine. *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. Editions Bréal : 2013, page 53

D'après ce même auteur⁷⁶, l'expression faciale peut se manifester à l'aide des sourcils ou bien du sourire. Elle permet de transmettre différents sentiments comme l'inquiétude, la joie, la peur, la colère...

Les gestes et les postures permettent également de traduire des sentiments mais également de montrer si nous sommes réceptifs aux messages reçus. D'après le cours sur « Le langage du corps »⁷⁷ de Mme BRAULT, il y a les « *postures d'ouverture* » (l'adossement à une chaise peut être interprété comme de la détente par exemple ou bien, les bras ouverts à l'écoute) et « *de fermeture* » (« *Regard qui fixe droit l'interlocuteur* » peut signifier une attaque, « *le corps qui se recule sur une chaise* » peut signifier une « *non adhésion* », « *les bras ou les jambes croisés* » peuvent vouloir montrer un besoin de protection...). La posture de fermeture peut alors être un élément qui ne favorise pas la communication contrairement à la posture d'ouverture.

L'apparence est notre signature sociale. Elle peut permettre de donner une information concernant notre statut social mais également professionnelle comme à l'hôpital où tout soignant est habillé de blanc mais un signe distinctif (liseré de couleur, par exemple) nous différencie d'un soignant à un autre.

Enfin, la proxémie est définie par Antoine BIOY comme « *l'espace et les distances entre les participants d'une interaction* »⁷⁸. Il y a 4 types d'espaces : l'espace intime (entre 15 et 45cm entre les protagonistes, entre deux personnes intimement liées : famille, conjoint), personnel (45cm-1.20m, espace socialement acceptable), social (1.20m – 3.5m, espace entre deux personnes qui se connaissent peu ou pas du tout) et public (>3.50m).

Contrairement à la communication verbale, la communication non verbale n'est pas explicite et demande au récepteur (ou destinataire) de traduire ce que le destinataire souhaite faire comprendre. C'est alors une interprétation qui est très subjective.

M. V. et l'IDE O. utilisent tous les deux la communication non verbale.

Je vais tout d'abord essayer d'analyser la communication non verbale de l'IDE O. Celui-ci est soignant et porte donc une tenue blanche pour marquer son statut professionnel. L'IDE O. croise les bras à plusieurs reprises dans la situation, cette posture peut montrer qu'il se ferme à la communication car les réponses de M. V. ne lui conviennent pas, ou alors cela peut montrer un besoin de protection. Quand M. V. lui répond à voix vive, l'infirmier O. décroise alors les bras pour montrer à M. V. qu'il est de nouveau réceptif et prêt à entendre ce qu'il a à dire. Pour finir l'infirmier O. hausse les épaules car M. V. lui dit qu'on ne lui apprendra rien à son âge. Dans la vie de tous les jours, on attribue ce haussement d'épaule à une expression populaire qui est « tant pis », celui-ci traduit un abandon de la part de la personne qu'il l'effectue.

Concernant M. V., lorsque l'IDE O. hausse pour la première fois le ton, celui-ci se redresse sur sa chaise, il n'est alors plus dans une position de détente. En se redressant sur une chaise, nous nous reculons, généralement, de notre interlocuteur ce qui pourrait signaler que M. V. n'adhère pas ou peu aux paroles de l'IDE O. Cela est difficilement analysable.

⁷⁶ Ibid. Page 55-56.

⁷⁷ Cours de Mme BRAULT. Le langage du corps. C6 UE 4.2, 07/05/2014

⁷⁸ BIOY Antoine. *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. Editions Bréal : 2013, page 54

S'est-il senti offensé, se protège-t-il en augmentant l'espace entre lui et l'infirmier, se montre-t-il réceptif... ?

Ensuite, M. V. donne le résultat à sa glycémie élevée à l'IDE O. en souriant. Est-il joyeux de ce résultat, d'avoir pu effectuer l'examen seul ? L'IDE O. peut également penser que c'est une provocation car c'est un résultat très élevé qui ne devrait pas provoquer de joie ou de satisfaction.

Puis M. V. soupire avant de répondre en ayant haussé le ton suite à une réplique de l'infirmier qui dit que son comportement n'est pas « sérieux ». Cela peut traduire un épuisement de la part de M. V.

Pour finir M. V. dit qu'on ne lui apprendra plus rien à son âge, en fixant l'infirmier dans les infirmiers. Quand on exprime un message en fixant son interlocuteur dans les yeux, cela permet de capter son attention et de donner de l'importance à ce message mais cela peut être interprété également comme une attaque. Est-ce que l'IDE O. l'a interprété de tel ce qui expliquerait peut être son « abandon » ?

Concernant la proxémie de ces deux orateurs, les chambres hospitalières ne sont pas grandes et représentent l'espace intime du patient. Avec le nombre de professionnel de santé qui vont intervenir dans cette espace, le patient peut penser que nous sommes intrusifs. Ici, l'espace entre l'infirmier et M. V. est peut être personnel ou social. Nous pouvons nous demander si cela correspond aux attentes de M. V. et si nous ne sommes pas entrés dans son espace intime.

Je rappelle que l'interprétation de la communication verbale est subjective, j'ai exprimé la façon dont moi je l'ai interprétée mais l'infirmier et M. V. ont peut être interprété ces signaux différemment.

N.CHERCHEM, lie le « paralangage associé à la parole »⁷⁹ à la communication non verbale. Franck BELLUCCI dans son ouvrage « Communication Orale » appelle celle-ci la « communication paraverbale »⁸⁰.

D'après ce dernier, la communication paraverbale correspond à « ce qui caractérise la voix »⁸¹.

Cette communication intervient tout de même à hauteur de 38%⁸² lors de la communication et est très présente dans la situation que j'ai vécue. En effet, la communication dite paraverbale est définie par l'intensité vocale, le timbre de voix, le débit de parole, l'articulation et bien d'autres...

Dans ce dernier ouvrage⁸³, on nous informe que l'intensité de la voix correspond au volume vocal employé. Il en existe 4 types : minimale (« voix douce et peu intense »), neutre (utilisé couramment dans les conversations et les échanges cordiales), soutenue (qui est une voix forte et « plus affirmée » nécessaire dans les conversations en groupe mais également pour « affirmer une autorité ») enfin de détresse (utilisée lors des sensations de peur, d'euphorie...)

⁷⁹ Cours de N. CHERCHEM. Théories et pratiques de la communication. C6 UE 1.1, 15/01/2014

⁸⁰ BELLUCCI Franck. *Communication Orale*. Studyrama : Levallois-Perret, 2016, page 139

⁸¹ Ibid. Page 141

⁸² Ibid. Page 75

⁸³ Ibid. Page 142-143

Enfin d'après Franck BELLUCCI⁸⁴, le timbre de voix correspond quant à lui à la hauteur de la voix : basse (ou grave), moyenne ou haute (aigue). Un timbre de voix basse « séduit (...) et impose une autorité ».

Il est difficile d'évaluer l'articulation ou bien le débit de parole avec la description écrite d'une situation alors je ne développerai pas ces deux points de la communication dite paraverbale.

Dans la situation nous pouvons analyser l'intensité vocale grâce à plusieurs indicatifs. L'IDE O. et M. V. sont dans un échange cordiale et utilise dans un premier temps, la voix neutre. Puis, l'intensité vocable devient forte car l'IDE O. « hausse le ton » et M. V. le fait également pour lui répondre. La conversation entre eux deux ne se déroulant pas au sein d'un groupe, L'IDE O. et M. V. essaient tout deux d'affirmer une autorité et traduit de la part de l'infirmier O. un énervement.

M. V. et l'IDE O. sont deux hommes. Les hommes ont généralement une voix plus grave (ou basse) que les femmes, ce qui impose une autorité de la part de chacun dans l'échange.

⁸⁴ Ibid. Page 146-147

Conclusion

Il est venu le temps de conclure ce travail de fin d'étude qui a occupé mon esprit ces six derniers mois. Grace aux recherches que j'ai pu effectuer, je me suis rendue compte à quel point la personne âgée peut être différente du reste de la population et que celle-ci demande plus d'attention et d'adaptation de la part de l'infirmier et de l'équipe soignante. J'ai appris qu'il était difficile de confirmer si une pathologie dépend du vieillissement de la personne prise ou bien si elle est arrivée fortuitement.

Quant à l'éducation thérapeutique du patient diabétique, elle ne peut être identique à tout le monde. Elle doit être adaptée à chacun et répondre aux besoins du patient, avant toute chose. L'infirmier doit alors faire preuve encore une fois de compréhension, de curiosité (vis-à-vis de la vie du patient) mais également d'adaptabilité.

La place de la communication entre le soignant et le soigné n'a pas changé pour moi suite au travail que j'ai effectué. Elle a une place primordiale dans le soin et semble, pour moi, être un vecteur important dans la qualité des soins. En effet, elle permet au patient tant à l'infirmier d'exprimer ce qu'ils ressentent, ce qu'ils craignent ou espèrent mais également les refus, comme dans la situation d'appel. Sur un refus de soin technique ou bien éducatif de la part du patient, la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, permet à l'infirmier de le comprendre, de le rassurer mais aussi d'envisager d'autres axes de prises en soin avec lui. Le soin technique ou éducatif n'est peut-être pas effectué mais il laisse place au soin relationnel qui peut être de qualité si l'infirmier prend le temps de l'effectuer mais également de l'analyser afin d'améliorer sa pratique et la suite de la prise en soin du patient.

Je ne sais pas si ce travail de recherche m'a vraiment permis de répondre à la question départ, malgré que j'aie compris que la communication pouvait être utilisée et interprétée différemment par chacun et donc influencer la prise en soin d'un patient. Cependant, tout au long de mon analyse, je me suis posée de nouvelles interrogations et cela a répondu à mes attentes. En effet, ces nouvelles questions m'aideront à améliorer ma pratique lorsque je serai confrontée de nouveau à ce genre de situation car je sais maintenant ce qu'il est important de prendre en compte au près d'une personne âgée et je comprends le rôle de l'IDE lors d'une démarche d'éducation thérapeutique. Je n'oublie pas que chaque situation et chaque patient que je rencontrerai seront singuliers et que chaque situation nécessitera d'être analysée individuellement.

Dans mon travail, j'ai pu, donc, m'apercevoir que la communication soignant-soigné influençait la prise en soin. La communication verbale étant facilement interprétable, on ne peut dire de même de la communication non verbale qui entraîne une interprétation subjective. Dans la situation, on peut observer que la communication entre l'infirmier et le patient est perturbée et que celle-ci semble intervenir dans le refus de l'éducation thérapeutique de la part de M. V. Suite à cela, j'ai élaboré cette question de recherche : « *Lors d'un programme d'éducation thérapeutique chez une personne âgée diabétique non insulino-dépendante, dans quelles mesures la communication, soignant-soigné, influence l'acceptation du soin ?* »

Bibliographie

Livres

- BELLUCCI Franck. *Communication Orale*. Studyrama : Levallois-Perret, 2016, 251 pages.
- BERTHAUX P. et AQUINO JP. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1990. 163pages (Cahiers de l'infirmière ; n°20)
- BERTHAUX P. et AQUINO JP. *Gérontologie et Gériatrie*. PARIS : MASSON 1980. 163pages (Cahiers de l'infirmière ; n°20)
- BIOY Antoine. *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. Editions Bréal : 2013, 158 pages.
- CHETELLIER G., FORETTE F., GIRERD X. et al. *HTA du Sujet âgé*. Gap : Louis-jean 1998. 48 pages.
- CLOUTIER L., DELMAS P., DALL'AVA-SANTUCCI. *La pratique infirmière de l'examen clinique*. Editions De Boeck : Paris, avril 2015. 389 pages
- PAILLARD. C. *Dictionnaire Humaniste Infirmier : Approche et concept de la relation soignant-soigné*. Editions Setes. 356 pages.
- PRUDHOMME Christophe, BRUN Marie France. *Diabétologie, endocrinologie, métabolisme : Soins infirmiers dans le diabète et les affections des glandes hormonales et du métabolisme*. PARIS : Editions Maloine, 2008, 206 pages.
- TIMIRAS PAOLA S. *Vieillesse et gériatrie : les bases physiologiques*. Editions Maloine, 1997, 695 pages.

Périodiques

- Dr BRIGITTE, KELLIHER Felicity. « L'éducation thérapeutique du patient diabétique ». *L'infirmière magazine*, mars 2014, n°341, pages 32 à 35.
- FUKS, Marie. « Le diabète du sujet âgé ». *L'infirmière Magazine*, avril 2013, n°321, pages 38-41.
- MONELLE, Bertrand. « Le diabète, un enjeu de santé publique ». *La revue de l'infirmière*, 2008, n°141, pages 16 – 17.
- RIVAL Y., JUNQUERO D. « Syndrome métabolique. Quelle définition, pour quel (s) traitement ? » *Médecine/sciences*, Décembre 2005, Volume 21, n°12, pages 1045-1052.
- « Obésité et séniors ». *Pratiques en nutrition*, Juillet-septembre 2006, pages 71-82.

Sitographie

- Ameli-sante.fr Surpoids et obésité de l'adulte. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.ameli-sante.fr/>> (consulté le 29/03/2016)
- CHU Lyon. Recommandations de bonnes pratiques : Prélèvement capillaire pour surveillance glycémique. [En ligne]. Disponible sur : <<http://nosobase.chu-lyon.fr/>> (consulté le 29/03/2016)
- Fédération Française des diabétiques. Diabète insulino requérant. [En ligne]. Disponible sur < <http://www.afd.asso.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

- HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>> (consulté le 29/03/2016)
- Haute autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>> (Consulté le 29/03/2016)
- Haute autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr/>>. (Consulté le 29/03/2016)
- INSERM. Hypertension artérielle. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.inserm.fr/>> (Consulté le 29/03/2016)
- Legifrance.gouv. Code de la santé publique : Article L1161-1. [En ligne]. Disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/>>. (Consulté le 22/04/2016)
- Legifrance.gouv. Code de la santé publique : Article L1161-5. [En ligne]. Disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/>>. (Consulté le 22/04/2016)
- Organisation Mondiale de la Santé. Diabète [en ligne]. Disponible sur <<http://www.who.int/>> (consulté le 31/03/2016)
- Organisation Mondiale de la Santé. Centre des médias : Diabète [en ligne]. Disponible sur <<http://www.who.int/>> (consulté le 29/03/2016)
- Organisation Mondiale de la Santé. Questions-réponses l'hypertension artérielle [En ligne]. Disponible sur <<http://www.who.int/>> (consulté le 29/03/2016)
- Ministère des affaires sociales et de la santé. Le plan maladie chronique [En ligne] Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/>> (consulté le 29/03/2016)
- Service-public.fr. Âge minimum de départ à la retraite d'un fonctionnaire [En ligne]. Disponible sur <<https://www.service-public.fr/>> (consulté le 29/03/2016)

Articles en ligne.

- Revue médicale de Liège. Le syndrome métabolique : définitions et données épidémiologiques [En ligne]. Disponible sur <<http://orbi.ulg.ac.be/>> (consulté le 29/03/2016)
- Revue médicale de Liège. DIABÈTE DU SUJET ÂGÉ Aspects épidémiologique, physiopathologique et clinique. [En ligne]. Disponible sur <<http://www.rmlg.ulg.ac.be/>> (consulté le 29/03/2016)
- SWISS Medical Forum. L'isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé. [En ligne]. Disponible sur <<http://medicalforum.ch/>> (consulté le 29/03/2016)

Cours

- Cours de Mme BRAULT. Le langage du corps. C6 UE 4.2, 07/05/2014
- Cours de Mme MORANCE. Processus de soin auprès d'une personne diabétique. C4 UE 2.7, 17/04/2015
- Cours de N. CHERCHEM. Théories et pratiques de la communication. C6 UE 1.1, 15/01/2014
- PREVOST, Gaetan. Diabète de type I, II, diabète gestationnel. C4 Ue 2.7. 2015.

RANGOTTE Margaux

Promotion septembre 2013 – Juillet 2016

La communication, avec la personne âgée, au cœur de l'éducation thérapeutique.

Mots clés : diabète, personne âgée, éducation thérapeutique, communication soignant-soigné

Abstract

Introduction : The aim of this research work is to determine the influence of the caregiver-patient communication, regarding the medical and relational care of a non-insulindependent diabetic older person during a therapeutic educational session.

Methods: To carry on further this reflection, I studied a situation that occurred during my internship. I've bring out some concepts thanks to a self-questioning, and those ones helped me to raise the starting question of my work. Subsequently, I defined and analyzed the several concepts noticed such as: diabetes, older person, therapeutic education and caregiver-patient communication.

Results: The analysis of these concepts made me understand the importance of an adapted caregiver-patient communication, for medical and relational care of a non-insulindependent diabetic older person. But it also highlighted the importance of the adaption behavior of the nurse facing the needs and expectations of the older person which is primordial.

Discussion : This research work has made me able to answer to the starting question but also to raise some new interrogations which led me to anticipate this kind of situations and to improve my practical skills. Following this study-work and the situation in which the patient refused the educative care, I am asking myself what is the impact of the caregiver-patient communication in the process of accepting care.

Résumé

Introduction : Le but de ce travail de réflexion était de déterminer l'influence de la communication soignant-soigné, sur la prise en soin d'un patient âgé diabétique non insulino dépendant, lors d'une séance d'éducation thérapeutique.

Méthodes : Pour approfondir cette réflexion, j'ai étudié une situation vécue en stage. J'ai pu en dégager des concepts à l'aide d'un questionnement profane et ceux-ci m'ont permis d'élaborer la question de départ de mon travail. Par la suite j'ai définis et analysé les différents concepts dégagés : le diabète, la personne âgée, l'éducation thérapeutique, la communication soignant-soigné.

Résultats : L'analyse de mes concepts m'a permis de comprendre l'importance que peut avoir une communication soignant-soigné adaptée, pour la prise en soin d'une personne âgée diabétique non insulino dépendante. Elle a également surligné l'importance de l'adaptation de l'infirmier, face aux besoins et attentes du patient âgé, qui est primordiale.

Discussion : Ce travail de recherche ne m'a permis de répondre à la question de départ mais à soulever, pour moi, d'autres interrogations qui me permettront d'appréhender ce genre de situation mais également d'améliorer ma pratique. Suite à ce travail de recherche mais également à la situation où le patient semble refuser le soin éducatif, je me demande quel est l'impact de la communication soignant soigné dans l'acceptation du soin.

« L'IFSI du CHU de ROUEN n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux de fin d'études. Les opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »