

stratégie soignante

Des soins infirmiers au service des soins de support

■ Les textes récents relatifs à l'organisation des soins en cancérologie décrivent les actions à mettre en œuvre dans les structures de soins ■ L'accès aux soins de support, conçu selon une approche pluridisciplinaire, concerne globalement tous les soignants et plus spécifiquement les infirmières ■ La complémentarité des soins infirmiers et des soins de support passe notamment par un cadre législatif, des concepts opératoires et des outils spécifiques.

ANNIE PASCAL
ÉVELYNE FOSSÉ

Un constat s'impose : les soins de support ne sont pas une nouvelle catégorie de soins mais répondent à la nécessité de coordonner l'action des différents professionnels de santé en matière de soins aux patients atteints de pathologies chroniques graves. Ils sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves »¹.

■ **Par maladie grave**, il faut comprendre une maladie longue, plus ou moins curable, avec d'éventuelles rechutes qui menacent la vie du sujet². Les soins de support, bien que modélisés principalement autour du cancer³, concernent donc aussi les pathologies non cancéreuses (maladies dégénératives neurologiques, rhumatologiques, sida, etc.).

■ **Les soins de support interviennent dans les différentes phases d'une maladie grave** : soins de support aidant le malade vers une phase de guérison, soins de support dans une période palliative, soins de support pour le patient dans la phase terminale d'une maladie grave et auprès d'une famille après le décès du patient.

■ **Le terme "soins de support" est la traduction de "Supportive Care"**⁴ ; dans le système anglo-saxon, il conceptualise une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Souvent définis comme des "soins oncologiques non spécifiques", les soins de support sont centrés sur les symptômes liés à la maladie⁵.

SOINS DE SUPPORT ET ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Il est évident qu'on ne peut envisager une même organisation des soins de support dans des services spécialisés (centres de lutte contre le cancer, centres hospitaliers universitaires, etc.) et des services de centre hospitalier. Le législateur a bien

pris acte de cette différence en précisant que « dans les hôpitaux non dédiés à la cancérologie, ces équipes [de soins de support] devraient être disponibles au-delà du cancer, pour répondre à l'ensemble des soins complémentaires toutes pathologies confondues »⁶, mais également qu'un "état des lieux" des compétences et lieux d'exercices doit être réalisé pour trouver la meilleure organisation possible.

■ **L'organisation des soins de support** ne suit pas un schéma prédéfini : une fois les acteurs et leur rôle définis, l'essentiel est d'établir des points de repère selon les besoins du patient, rassuré de connaître ses différents interlocuteurs par leur nom, leur fonction. À l'échelle d'un centre hospitalier, la communication entre les différents services est facilitée par leur connaissance mutuelle.

■ **Ainsi, le patient bénéficie de soins de support**, quel que soit son lieu de prise en charge (unité de soins, domicile...). Une coordination est nécessaire afin d'apporter un regard extérieur, spécifique et programmé dans le temps selon ses besoins ; ce peut être le rôle d'une équipe mobile. En effet, il n'est pas toujours possible dans une unité de 25 à 30 lits de se libérer pour des soins spécifiques sans interruption ; la densité des soins techniques et de base limite aussi la disponibilité pour se centrer sur un seul patient sur un temps précis. Pour l'équipe mobile, il importe de ne pas prendre la place du soignant référent et de lui laisser l'initiative du quotidien. L'équipe soignante garde alors la maîtrise du plan de soins, la transversalité de l'équipe mobile apportant le complément.

■ **Le recul pris par les unités mobiles** de soins palliatifs laisse pourtant à penser qu'une structure de coordination transversale est nécessaire pour le patient, afin de réaliser le trait d'union avec ►

MOTS CLÉS

- Cancérologie
- Coordination
- Infirmière
- Organisation
- Patient
- Soin
- Soins de support

NOTES

1. Krakowski I, Boureau F, Bugat R et al. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves : proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. *Oncologie* 2004 ; 6 : 7-15 ; *Doul Analg* 2004 ; 1 : 43-50.
2. Hortalá F. 1997, document de travail non publié.
3. Plan cancer 2003-2007, mesure 42, Mission interministérielle de lutte contre le cancer, www.plan-cancer.fr
4. Multinational association for supportive care in cancer (MASCC). In: The total medical, nursing and psychological help which the patients need besides the specific treatment.
5. Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
6. Idem, p. 10.

NOTES

7. « **Ce sont les métiers dont le contour n'est pas encore complètement fixé, en raison notamment du contexte et de l'environnement dans lequel ils se structurent** ». In: Le développement des ressources humaines, coordination **Derenne O, Lucas A**, Éditions ENSP, 2005.

PRÉCISION

- **Le projet d'établissement** définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement.
- **Il prend en compte les objectifs de formation**, de recherche et de gestion et détermine le système d'information de l'établissement.
- **Il comporte un projet de prise en charge des patients** en cohérence avec le projet médical et celui de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social.

► le secteur extrahospitalier. Son rôle serait alors complémentaire dans les soins de support, fondé en amont sur une réflexion commune des équipes quant aux objectifs de la prise en charge, son opportunité, le type d'intervention...

■ **Afin de dispenser des soins cohérents et spécifiques à chaque patient** tout au long de son séjour, au niveau de l'établissement, la mise en œuvre du projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques doit aborder ces prises en charge et les organisations nécessaires à la coordination des équipes soignantes, aux compétences diverses. Se pose alors le problème de la polyvalence et de la spécialisation : faut-il mettre en place des connaissances de base et des organisations communes, ou qualifier ces nouvelles orientations dans le cadre des métiers émergents⁷ ? La réponse est sans doute au croisement des deux, car la description des soins de support telle qu'elle apparaît dans les textes relatifs à la prise en charge en cancérologie requiert quelques compléments en regard de la pratique actuelle des infirmières. Des moyens en termes d'organisation et d'approfondissement des connaissances cliniques sont autant d'atouts pour favoriser leur concrétisation.

OUTILS À LA DISPOSITION DES SOIGNANTS

Pour aiguïser leur regard et étayer leur pratique en matière de soins de support, plusieurs outils sont à la disposition des soignants.

■ **Les soins infirmiers** intègrent la plupart des soins de support⁸ et font partie de leur champ de compétences. Les textes régissant la profession précisent les compétences requises : l'analyse, l'organi-

sation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé... en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif... (*encadré 1*).

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort* ».

■ **Trois concepts sont à la disposition des soignants.**

• **Le diagnostic infirmier.** Comme le déclare une infirmière : « *parce qu'on en a jamais été aussi près* », il est nécessaire, car « *il redonne la parole au patient* »⁹.

• **Les interventions** incluent et décrivent les soins dispensés.

• **Les résultats** sont une aide pour évaluer l'efficacité des actions entreprises et l'évolution de l'état de santé du patient.

■ **Concrètement, la rédaction des transmissions "ciblées" fournit des éléments de traçabilité** en termes de cibles (problèmes de santé), données, actions et résultats. Ensuite, la formulation en référence aux classifications en soins – diagnostics infirmiers¹⁰, interventions¹¹, résultats¹² – permet l'utilisation d'un langage commun quel que soit le lieu d'exercice, hospitalier ou extrahospitalier, et peut être une future structuration des soins de support (*encadré 2*).

ENCADRÉ 1

Paroles de soignants : complémentarité médecin/infirmière

■ **Les commentaires qui suivent**, tirés des rencontres avec des professionnels exerçant dans un centre hospitalier doté d'une unité mobile de soins palliatifs, sont à considérer comme un témoignage et une réflexion dans un contexte donné.

■ **Pour les professionnels**, les soins de supports constituent « *tout ce qui va aider le patient à mieux vivre sa maladie* » (docteur Laurence Jacquin, centre hospitalier de Feurs), « *Ils sont initiés entre la phase curative et palliative et permettent une prise en charge globale du patient, en étant centrés sur le patient* » (Hélène Thomas, infirmière, équipe mobile de soins palliatifs, centre hospitalier de Feurs). Dans tous les cas, ils résultent de la complémentarité médecin/infirmière.

■ **Ainsi, le recueil de données réalisé par chaque professionnel est interactif.**

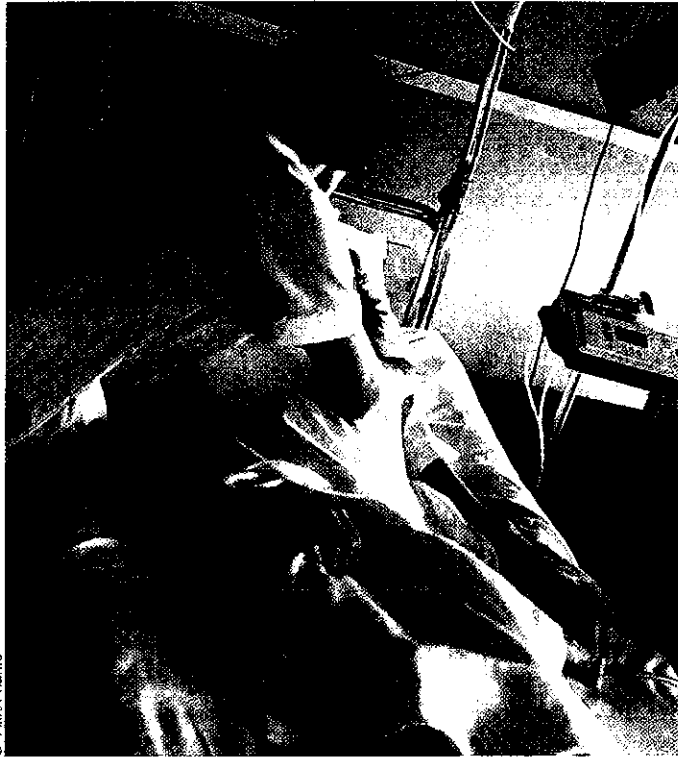
• **Le médecin** prend en compte des éléments de connaissance du patient (familiaux, psychologiques, sociologiques, etc.) pour étayer le traitement mis en place. Il fait le lien avec les autres professionnels et établit le programme thérapeutique.

• **L'infirmière** participe à l'accueil du patient et reprend l'annonce du diagnostic effectuée par le médecin. Elle organise les soins découlant des prescriptions médicales.

• **Pour chacun**, l'écoute et la communication avec le patient sont fondamentales. La démarche de soins prend alors du sens.

■ **Le dossier de soins**, partie intégrante du dossier médical, est un outil de transmission efficace. Il constitue au sein d'un établissement le lien incontournable dans le suivi du patient. Sa gestion relève de la responsabilité de l'infirmière. Les fiches de liaison ou le résumé de soins infirmiers ont fait l'objet de nombreux travaux de réflexion depuis plusieurs années et peuvent contribuer à la continuité de la prise en charge dans le système de santé.

■ **Le Guide du dossier patient**, élaboré par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en juin 2003, engage les professionnels à améliorer la qualité de sa tenue et de son contenu et rappelle que : « *Le dossier est la mémoire de l'itinéraire du patient dans le système de soins et le seul document qui en atteste; il permet l'évaluation de*



© AIX PHANIE

NOTES

8. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique Livre III, titre I Profession d'infirmier ou d'infirmière, chapitre I exercice de la profession, section 1 actes professionnels.

9. **Hélène Thomas**, infirmière, équipe mobile de soins palliatifs, centre hospitalier de Feurs.

10. **Association francophone européenne de diagnostics, interventions et résultats infirmiers (Afed)**. *Diagnostics infirmiers, Définitions et classifications, 2003-2004*, Masson, 2004.

ENCADRÉ 2

Sélection des diagnostics infirmiers, interventions et résultats relatifs aux soins de support

■ **Diagnostics infirmiers**

- **La douleur** : douleur aiguë, douleur chronique.
- **La fatigue** : fatigue, intolérance à l'activité, habitudes de sommeil perturbées.
- **Les problèmes nutritionnels** : alimentation déficiente, non-observance.
- **Les troubles digestifs** : nausées, constipation, diarrhée, troubles de la déglutition, incontinence anale.
- **Les troubles respiratoires** : dégagement inefficace des voies respiratoires, mode de respiration inefficace, risque de fausse route, etc.
- **Les troubles génito-urinaires** : élimination urinaire altérée, incontinence urinaire, rétention urinaire.
- **Les troubles moteurs et les handicaps** : déficits de soins personnels, difficultés à la marche, difficultés lors d'un transfert, risque ou atteinte à l'intégrité de la peau, mobilité physique réduite, immobilité, mobilité réduite au lit, mobilité réduite en

fauteuil roulant, risque de chute.

- **Les problèmes odontologiques** : dentition altérée, atteinte de la muqueuse buccale.
- **Les difficultés sociales** : entretien inefficace du domicile, interactions sociales perturbées, isolement social, activités de loisir insuffisantes, sentiment de solitude.
- **La souffrance psychique** : anxiété, diminution de l'estime de soi, dynamique familiale perturbée, perte de l'élan vital, perte d'espoir, exercice du rôle perturbé, inadaptation à un changement dans l'état de santé, peur, sentiment d'impuissance.
- **Les perturbations de l'image corporelle**.
- **L'accompagnement de fin de vie** : angoisse face à la mort, conflit décisionnel, déni non constructif, détresse spirituelle, deuil anticipé.
- **En général** : risque d'infection, risque de tension dans l'exercice de l'aidant naturel, tension dans l'exercice de l'aidant naturel, habitudes sexuelles perturbées, stratégies d'adaptation familiales compromises.

■ **Interventions infirmières**

Aide aux soins personnels, alimentation, bain et soins d'hygiène, habillage, élimination, gestion de la douleur, limitation des pressions sur le corps, positionnement (en fauteuil roulant par exemple), présence, prévention des chutes, soins à un patient alité, soins de l'incontinence urinaire, soins préventifs d'escarres, amélioration du sommeil, diminution de l'anxiété, écoute active, facilitation des visites, soutien à la famille, soutien psychologique, transmissions d'informations, surveillance, administration de médicaments...

■ **Résultats**

Soins personnels (activités de la vie quotidienne), état nutritionnel, état bucco-dentaire, niveau de mobilité, qualité de vie, niveau de bien-être, estime de soi, image corporelle, contrôle de la douleur, dignité devant la mort.

Pascal A, Frecon-Valentin É. Diagnostics infirmiers, interventions et résultats, Langage et pratique. Masson, 3^e éd., 2004.

