

ActuSoins⁺

Toute l'actualité infirmière

N°54

SEPTEMBRE - OCTOBRE - NOVEMBRE 2024

À LA LOUPE

À LYON,
DANS UN SERVICE
D'HÉMODIALYSE

DOSSIER

DU ET DIU :
POURQUOI ?
COMMENT ?
COMBIEN ?

À LA UNE

**COORDINATION : UNE MISSION PIVOT
POUR LA FLUIDIFICATION DES PARCOURS**

RETROUVEZ L'ACTUALITÉ INFIRMIÈRE AU QUOTIDIEN SUR WWW.ACTUSOINS.COM



THUASNE®

KITBIFLEX SHORT STRETCH*

Bandes élastiques de compression
pour le traitement de l'ulcère veineux
du membre inférieur

LA SANTÉ AU CARRÉ !



2 FOIS PLUS
de patients cicatrisés⁽¹⁾

2 FOIS MOINS
de kits utilisés⁽¹⁾



2 FOIS PLUS
DE CICATRISATION⁽¹⁾



47 %
DE KITS BIFLEX
CONSOMMÉS
EN MOINS⁽¹⁾



97,6 %
DE PATIENTS
SATISFAITS ET
TRÈS SATISFAITS⁽¹⁾



97,8 %
DE SOIGNANTS
SATISFAITS ET
TRÈS SATISFAITS⁽¹⁾

*Allongement court

⁽¹⁾ Vs Profore sur une durée de traitement de 16 semaines. Résultats sur population FAS. Étude Compulce : évaluation de l'efficacité clinique et de la tolérance du système de compression **2 couches KITBIFLEX** versus le système de compression **4 couches PROFORE** dans le traitement des ulcères de jambes d'origine veineuse (stade C6). Étude clinique nationale de phase IIIb, multicentrique, randomisée, en ouvert, à 2 groupes parallèles. Durée traitement de 16 semaines : 88 patients ayant porté au moins une fois le système de compression et ayant au moins une évaluation du critère principal (population Full Analysis Set) - **KITBIFLEX** : n= 47 / **PROFORE** : n= 41. JL Gillet et al. Clinical superiority of an innovative two-component compression system versus four-component compression system in treatment of active venous leg ulcers: A randomized trial. Phlebology 2019 0(0) 1-10.

KITBIFLEX est un dispositif médical de classe I. Il est indiqué dans le traitement de l'ulcère veineux des membres inférieurs en stade C6, des œdèmes veineux chroniques, du lymphoedème. Lire attentivement les instructions d'utilisation, indications et contre-indications du produit. Contre-indications : Pathologies artérielles : artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), ulcère artériel ou mixte à prédominance artérielle (indice de pression systolique : IPS < 0,6 (selon la Haute Autorité de Santé) ou > 1,3). Patients souffrant de microangiopathie diabétique évoluée, de phlegmatia coerulea dolens (phlébite bleue douloureuse avec compression artérielle), de thrombose sceptique. Pontage extra-anatomique. Insuffisance cardiaque non équilibrée. Affections dermatologiques préexistantes ou infectées (abcès, furoncles, dermatites infectées). Allergie connue à l'un des composants. Neuropathie périphérique évoluée. Diabète déséquilibré. Statut de remboursement en France : **KITBIFLEX** est inscrit à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR). 2404182 - (2024-04)

 Thuasne
120, rue Marius Aufan
92300 Levallois - Perret (France)

Thuasne SAS - SIREN/RCS Nanterre 542 091 186 - Capital 1 950 000 euros - 120, rue Marius Aufan 92300 Levallois-Perret (France).



**VISUALISER
LA VIDÉO DE POSE**

À LA UNE 4

- Coordination : une mission pivot pour la fluidification des parcours de soins



▶ PRATIQUES 12

- Prise en charge du moignon d'amputation
- Fin de vie du patient âgé : l'importante prise en charge de la douleur
- Surveillance de la péridurale : le rôle phare de l'infirmier



▶ VIE LIBÉRALE 28

- Bilans de prévention : un dispositif en ordre de marche
- Prise en charge des soins non programmés : un déploiement varié dans les territoires

▶ VIE PROFESSIONNELLE 36

- Évaluation des pratiques professionnelles : vers une amélioration continue des soins
- Secret professionnel : quand le silence est d'or

▶ INITIATIVE 48

- L'Adamant : un centre de jour atypique de prise en charge en psychiatrie
- Avec Daphné, l'hôpital protège ses agents victimes de violences conjugales
- Experts en catastrophes

À LA LOUPE 44

- À Lyon, dans un service « lourd » d'hémodialyse



▶ PORTRAIT 54

- Émilie Stella-Lyonnet : les ados dans la peau

▶ DOSSIER 56

- DU et DIU : Pourquoi ? Comment ? Combien ?



▶ EN IMAGES 64

- Une PASS tournée vers la rue

▶ SOIGNANTS D'AILLEURS 68

- Syrie : les cliniques mobiles, un soutien vital pour les déplacés

▶ AGENDA 72

ÉDITO

ÉVOLUTION(S)

Qui, dans son parcours professionnel ou pré-professionnel, ne s'est jamais demandé : « Et après ? », « comment puis-je évoluer ? », « quelles sont mes options de carrière ? ». Que l'on soit infirmier expérimenté en quête de nouvelles perspectives, ou étudiant indécis sur la voie à suivre, ces interrogations surgissent tôt ou tard. Il est alors précieux de connaître les différentes opportunités.

Dans ce numéro, placé sous le signe de l'évolution, nous avons choisi de mettre à « la Une » les infirmiers coordinateurs. Non seulement parce que la coordination représente une voie intéressante pour diversifier ou enrichir son parcours professionnel, mais aussi parce que le rôle central de ces soignants reste trop souvent méconnu. Nous nous penchons également sur les diplômés universitaires : il n'est pas rare aujourd'hui, de croiser des infirmiers titulaires d'un, de deux, voire de trois DU ! Pourquoi un tel attrait pour ces formations ? Et quel impact ont-elles sur la pratique infirmière et sur la qualité des soins ?

Cette thématique de l'évolution nous donne aussi l'occasion de vous annoncer qu'Actu-Soins fait peau neuve. Notre média en ligne, actusoins.com, a été entièrement repensé pour offrir une expérience de lecture améliorée, avec une nouvelle charte graphique, des rubriques réorganisées, un logo revisité et un accès simplifié aux vidéos. Bonne lecture ! ■

MALIKA SURBLED –

RÉDACTRICE EN CHEF ACTUSOINS



Secrets professionnels

Nawak

Éditeur : ActuSoins SARL – 12 rue Rougemont, 75009 Paris – R.C.S. PARIS 520180688 • Numéro de commission paritaire : 0725 W 90939 • ISSN : 2256-6260 • Dépôt légal : à parution
• Directeur de la publication : Thomas Duvernoy
• Abonnements sur Actusoins.com
• Rédactrice en chef : Malika Surbled (msurbled@actusoins.com)

• Ont collaboré à ce numéro : Thomas Abgrall, Bastien Doudayne, Gaëlle Desgrées du Loû, Nolwenn Jaumouillé, Myriem Lahidely, Géraldine Langlois, Laure Martin, Nathalie Pettoello, Adrien Renaud, Marianne Soules, Julie Violet.
• Photo de couverture : Bastien Doudayne.
• Graphisme : Pascal Fossier

• Illustration : Nawak • Impression : Qualigraphique • Routage : Routage Catalan • Contact rédaction : redaction@actusoins.com
• Contact annonces d'emploi/formation/publicité : 09 54 53 45 45 - stephane@actusoins.com

Coordination : une mission pivot des parcours de soins

L'arrivée des infirmiers de coordination dans le paysage sanitaire français s'est faite progressivement, au point que ces professionnels sont désormais présents dans un grand nombre de services hospitaliers. Si la coordination est pour eux une mission commune, sur le terrain, son application varie.



© Shutterstock/Alpa Prod

Les missions de l'IDEC peuvent s'étendre de l'expertise clinique assez poussée à un versant très administratif.

Infirmiers de parcours, infirmiers de flux, infirmiers coordinateurs... Leur point commun ? Assurer la coordination des parcours des patients à des échelles variées au sein des services hospitaliers. Car face à l'essor des maladies chroniques et au vieillissement de la population, la complexité des soins et des prises en charge a entraîné une multiplication des acteurs au chevet des patients, qui eux alternent entre soins de ville et hospitalisations. Pour garantir la continuité et la qualité optimale de leur prise en charge, une coordination est requise.

Agir face à la complexité des parcours

Il n'existe pas de définition unique du métier d'infirmier de coordination. En France, certains textes officiels mentionnent la profession, notamment le Répertoire des

métiers de la santé et de l'autonomie du ministère de la Santé, qui fait état d'un métier de coordinateur de parcours de santé ou de parcours patient, accessible aux infirmiers sous condition de diplôme. Le deuxième plan Cancer (2014-2019), introduit aussi l'expérimentation des infirmiers de coordination (IDEC) en précisant que « l'intervention de l'IDEC s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire » et que sa mission « consiste à faciliter l'articulation entre les professionnels des soins de ville, les professionnels hospitaliers, les patients et leur entourage ».

Un financement dédié à la coordination des parcours a, par ailleurs, été acté au sein de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009. « Cette loi a mis en avant la logique de parcours, donc la nécessité de personnaliser la prise en charge avec des acteurs de liaisons ou de coordination », explique Fatima Yatim, maître de conférences au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), qui a participé en 2012 au Projet Capri à Gustave Roussy, sur la mise en place des parcours coordonnés en oncologie.

D'un territoire à l'autre, d'un établissement à l'autre ou même d'un service à l'autre, les logiques d'affectation diffèrent.

Dans le service de cardiologie de l'AP-HM, par exemple, ces postes de coordination ont été, dans un premier temps, ponctionnés sur les effectifs en place. Puis, « après la crise sanitaire, face à l'explosion du nombre de postes d'IDEC et des nouveaux métiers, la direction a décidé de les financer dans cet objectif de fluidifier le parcours des patients », rapporte Zouba Kebaili, cadre supérieure de santé à l'AP-HM (Assistance publique-Hôpitaux de Marseille). D'un point de vue organisationnel, « la création de la fonction des IDEC est liée à la conjugaison de plusieurs facteurs. La durée moyenne de séjour a diminué, le turn-over des patients est

pour la fluidification

aujourd'hui important, les cadres de santé ne peuvent donc plus remplir un rôle managérial tout en gérant le flux des patients, en augmentation. »

Déploiement et fiche de poste

S'il apparaît logique que chaque professionnel, dans son activité, assure une part de coordination, pour autant, dans les parcours complexes, cette fonction a tout intérêt à relever d'une seule personne, au risque que des interfaces ne soient pas couvertes. « Dans un monde parfait où tout le monde effectue sa propre coordination, l'IDEC interviendrait uniquement en support, pointe Fatima Yatim. Or, une grande partie des IDEC rattrapent aussi les problèmes des uns et des autres car ils détiennent cette vision globale et des fonctions diverses, pas toujours clairement définies. Ce sentiment d'être un "bouche-trou" est usant et explique parfois les problèmes de recrutement. »

Pour éviter cette situation, certains établissements ont élaboré des fiches de poste, « nécessaires pour clarifier les rôles de chacun, faciliter leur intégration, éviter les glissements de tâches et mieux se coordonner pour une pertinence des soins », soutient-elle. C'est le cas à l'AP-HM, avec toutefois une adaptation des missions en fonction des besoins des services. À Gustave Roussy, un travail a été mené en ce sens en 2012 car « la direction des soins souhaitait que les compétences cliniques des IDEC soient reconnues, tout en tenant compte de leurs dimensions organisationnelles et managériales, indique Fatima Yatim. Nous avons cherché à les équilibrer. »

Répartition des missions

Au sein des services, la répartition des missions entre les différents postes de coordination est parfois complexe à gérer. Car les missions de l'IDEC peuvent s'étendre de l'expertise clinique assez poussée à un versant très administratif. Définir un périmètre de compétences précis et ciblé est nécessaire pour la protection des patients, des IDEC et des médecins en termes de responsabilité. « Des arbres décisionnels ou des algorithmes de décisions doivent être élaborés afin de s'assurer que le bon intervenant prenne en charge l'information remontée par un patient et la traite en faisant appel à son jugement clinique », estime Fatima Yatim.

À l'AP-HM, Marie-Cécile Gros, infirmière de flux en chirurgie cardiaque, travaille au sein des services de consultations, en lien avec l'IDEC des consultations, qui gère les liens externes. Elle coordonne l'arrivée et la sortie des patients, pour 44 lits. « Je vais nécessairement

“ La durée moyenne de séjour a diminué, le turn-over des patients est aujourd'hui important, les cadres de santé ne peuvent donc plus remplir un rôle managérial tout en gérant le flux des patients, en augmentation. ”

avoir un contact avec tous les patients dès leur arrivée dans le service », indique-t-elle. Accueil, installation en chambre, réponse aux interrogations, réalisation des examens, procédures pour la sortie d'hospitalisation, explication concernant le transfert vers les Soins de suite et de réadaptation (SSR) : ses missions sont variées. En parallèle, quotidiennement, Marie-Cécile Gros gère le flux permanent des patients dans le service et la logistique, par exemple pour les transports. Elle participe également au staff médical au cours duquel tous les dossiers patients sont abordés. « Je récupère les informations les concernant, le but étant qu'à leur sortie, ils disposent, sur leur compte-rendu, de toutes les informations sur leurs rendez-vous, déjà programmés », précise-t-elle. Une gestion des flux qui auparavant relevait des missions des cadres de santé.

Postes dédiés ou missions partagées

À l'Institut Curie, (sites Paris et St Cloud) l'organisation diffère. L'établissement dispose d'une cellule de coordination des parcours patients, au sein de laquelle les IDEC interviennent uniquement pour les prises en charge très complexes. Ils ont pour mission d'organiser la sortie du patient (Hospitalisation à domicile, professionnels libéraux, etc.), et d'assurer le lien entre les prestataires extérieurs, l'équipe interne et les patients. En parallèle, des infirmiers de coordination d'une activité interviennent au sein de spécialités définies, par exemple en nutrition ou en oncogériatrie. Ils ne coordonnent pas l'intégralité de la prise en charge du patient, mais uniquement le parcours du patient au sein de cette activité. « Ils vont, sur un temps donné, vérifier que l'ensemble des acteurs de la prise en charge sont bien programmés », explique Sabine Belorgey, directrice des soins de l'ensemble hospitalier. Sadia Bonhomme est justement infirmière référente en oncogériatrie depuis sept ans. Au sein du département interdisciplinaire de soins de support sur le site de Paris, elle travaille en binôme avec deux oncogérites, en hôpital de jour et en consultation. Dès qu'un patient âgé est pris en charge et qu'un facteur de fragilité a été identifié par un professionnel de santé, il est orienté en oncogériatrie afin d'anticiper des complications éventuelles

au regard des pathologies associées. « *Mon rôle est de suivre et d'organiser la prise en charge avec les ressources internes telles que le service social ou la nutrition, ainsi que les services externes, pour veiller au suivi du patient et éviter le basculement dans la fragilité*, rapporte Sadia Bonhomme. *Je remplis les documents et m'assure que le parcours du patient soit fluide.* » Elle réalise également les prises de sang, les pansements et les soins de nursing. « *Je fais de la coordination, des soins et de l'évaluation de patients en fonction de la problématique complexe identifiée* », indique-t-elle. L'Institut Curie est actuellement en train de cartographier les parcours proposés aux patients en fonction des pathologies et des organes. Une réflexion est en cours, en gynécologie, pour proposer une infirmière de parcours pour l'intégralité du parcours patient afin de répondre aux besoins du service.

Une coordination complète

À l'hôpital Foch (Suresnes), le fonctionnement des nombreux services qui disposent d'IDEC, varie. En oncologie, quatre à cinq infirmiers de coordination interviennent à trois niveaux pour la prise en charge des patients venant principalement en hôpital de jour pour leur chimiothérapie. Ils organisent tout d'abord des consultations d'accompagnement, à savoir des consultations infirmières au cours desquelles « *nous recevons les nouveaux patients ou ceux qui changent de ligne de traitement*, explique Sylvie Chaboud, IDEC en oncologie depuis une quinzaine d'années. *Nous allons reprendre toutes les informations transmises par le médecin lors de la consultation d'annonce concernant les traitements, les toxicités, les conseils diététiques ou encore le soutien psychologique et social.* »

Les IDEC assurent également de la coordination « *pure* » à savoir l'organisation de la sortie d'hospitalisation, ainsi que la gestion des appels téléphoniques et des emails des patients de retour à leur domicile. « *Nous sommes le lien entre le service, le patient et l'oncologue*, souligne Sylvie Chaboud. *Dès lors que le patient ou ses proches expriment une problématique rencontrée à domicile, ou une incompréhension, ils peuvent nous contacter.* » En fonction, ils gèrent les difficultés en toute autonomie ou sollicitent l'oncologue si nécessaire. « *Nous pouvons programmer des hospitalisations, car notre objectif est d'être au maximum dans l'anticipation afin d'éviter le passage aux urgences* », rapporte-t-elle.

Enfin, ils interviennent au sein de la maison des soins de support - Institut Line Renaud, afin d'effectuer des consultations de suivi de patients sous traitements (chimiothérapies, thérapies ciblées, hormonothérapie).

Montée en compétences et formation

Les infirmiers ne deviennent pas IDEC par hasard. « *Ils souhaitent souvent renouer avec les fondamentaux de*

© Shutterstock/fizkes



Dans certains services, les IDEC coordonnent arrivées et sorties et sont en contact avec tous les patients.

leur métier initial, afin de retrouver le contact au long court avec le patient », analyse Fatima Yatim. Dans tous les cas, exercer à ce poste implique de détenir une solide expérience préalable au sein du service ou du pôle « *car malgré le compagnonnage, sans cette antériorité, cela leur prendrait trop de temps pour s'acculturer au réseau* », explique Zouba Kebaili. Ce poste requiert également une capacité de jugement basée justement sur la maîtrise de l'environnement et l'expertise acquise au sein du service. Un point de vue partagé par Sabine Belorgey : « *À ce poste, il faut un IDE expérimenté. Maîtriser le secteur dans lequel on travaille est un pré-requis.* » Les qualités demandées sont nombreuses : autonomie, anticipation, organisation, communication, bienveillance, souplesse, rigueur, adaptabilité constante. « *Les IDEC accomplissent une grande partie de travail dans l'ombre*, ajoute Sophie Michel, faisant-fonction de cadre de santé en chirurgie cardiaque, à l'AP-HM. *Une charge importante de leur travail ne se quantifie pas. Ils sont très sollicités par tout le personnel et doivent savoir gérer, sans stress, des imprévus.* » Ils ont également un important travail administratif à accomplir. « *Dans un service de médecine, la mission de coordination peut être confiée à des secrétaires, mais dans notre service, nous avons besoin d'une expertise infirmière dès la prise des rendez-vous*, soutient Zouba Kebaili. *Les IDEC sont notre verrou pour que la prise en charge soit fluide.* »

Des diplômes universitaires et des masters sont accessibles afin d'acquérir des compétences en coordination. Certains centres hospitaliers les exigent, d'autres les recommandent uniquement. Mais rares sont ceux à valoriser financièrement cette fonction. ■

LAURE MARTIN

L'épargne sans douleur



oui, on peut *mettre* de l'argent de côté sans mettre sa vie de côté

L'épargne à la MACSF c'est :

- ✓ 40€ seulement pour ouvrir une assurance vie⁽¹⁾.
- ✓ Des versements à votre rythme en toute liberté, sans aucune obligation.
- ✓ Une épargne toujours disponible⁽²⁾.

Il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte. Avant tout investissement, consultez un conseiller MACSF.*

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

Pour en savoir plus :



PUBLICITÉ

* L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. La description et le fonctionnement des supports en unités de compte sont détaillés dans la notice d'information du contrat, dans les Documents d'Information Clés (DIC) et dans les Documents d'Information Clés pour l'Investisseur (DICI) ou dans les documents équivalents agréés par l'AMF, disponibles sur la page Supports financiers du site macsf.fr. (1) 40€ = 30€ + 10€ de frais d'adhésion à l'association souscriptrice AMAP, si vous optez pour la mise en place de versements programmés. Si vous optez pour le versement libre, le 1^{er} versement est de 200€ minimum + 10€ de frais d'adhésion à l'association souscriptrice AMAP. (2) L'épargne reste disponible, que ce soit sous forme de rachat partiel ou total (soumis à fiscalité) ou d'avance (sous forme de prêt).

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM - Entreprise régie par le Code des assurances - MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DÉFENSE CEDEX - FRANCE

Coordination des soins externes à Gustave Roussy : une organisation cadrée

Depuis 2023, la Coordination des soins externes (CSE) du centre de lutte contre le cancer Gustave Roussy (Villejuif), composée d'infirmiers de coordination (IDEC), s'assure de faciliter et de sécuriser le retour à domicile des patients en anticipant les complications éventuelles. L'organisation est millimétrée.

En cette fin de matinée, Gabrielle Lagou, IDEC à la CSE, se rend au cinquième étage de Gustave Roussy, en chirurgie digestive. Monsieur Durant* y est hospitalisé depuis plusieurs semaines pour l'exérèse d'un sarcome rétropéritonéal. Sa sortie est prévue dans quelques jours. À domicile, il bénéficiera d'une nutrition parentérale, recevra des injections quotidiennes d'anticoagulants. Son pansement devra aussi être refait tous les jours. « Avant de me rendre dans la chambre des patients, je vérifie toujours les soins prévus à domicile par l'équipe du service via le dossier de soins infirmiers, rapporte l'IDEC. Je m'assure aussi qu'il ne relève pas de l'Hospitalisation à domicile (HAD), auquel cas mon rôle consisterait à garantir le respect des critères puis d'effectuer la

mise en relation. » En arrivant dans la chambre du patient, Gabrielle Lagou lui explique le déroulement de sa sortie d'hospitalisation, vérifie son lieu de résidence, évalue son degré d'autonomie et se renseigne sur la présence ou non d'une équipe de soins primaires à ses côtés. « Lorsque la CSE organise la sortie, nous sollicitons l'infirmier libéral, l'officine de proximité et le prestataire de santé », précise-t-elle. Le patient en profite pour lui faire part de son inquiétude concernant le portage des repas à domicile. « Je vais être hébergé chez ma fille et même si mes proches vont se reposer, personne ne pourra vraiment me préparer à manger », signale-t-il. « Je vais voir avec l'assistante sociale ce qui peut être mis en place », l'informe l'IDEC. Elle le prévient également de la livraison à domicile du matériel nécessaire pour ses soins, de leur déroulement, ainsi que de ses prochains rendez-vous à l'hôpital avec la diététicienne et le chirurgien. Après avoir répondu à ses questionnements, l'IDEC se rend auprès de l'infirmière principale du service, pour lui partager un rapide résumé de la situation avant de retourner à la CSE. La prise en charge se poursuit avec la traçabilité. L'IDEC intègre toutes les informations recueillies auprès du patient dans son dossier et débute les appels aux prestataires, à l'infirmier libéral et à l'assistante sociale pour organiser la sortie.

Gabrielle Lagou, infirmière de coordination au sein de la CSE de Gustave Roussy prépare la sortie d'un patient.



© Laure Martin

Assurer le lien

Conseil, aide à la prescription, orientation : au sein de la CSE, environ cinq IDEC interviennent quotidiennement, en transversal, pour organiser les sorties des patients pris en charge au sein des services de l'établissement. Le travail en open space leur permet à tous d'échanger, de se questionner, d'analyser des dossiers, de trouver des réponses ensemble, si nécessaire. « L'objectif de la CSE est de garantir une organisation au domicile correspondant aux

besoins du patient », souligne Vanessa Puglisi, la cadre de santé. Pour les sorties d'hospitalisation avec soins complexes, dès lors que le médecin a décidé d'une date de sortie, « les infirmiers principaux des services adressent les demandes de prises en charge à la CSE, avec le descriptif des soins prévus pour le patient », explique Gabrielle Lagou. « Nous évaluons l'état clinique et psychosocial de chaque patient afin d'identifier les vulnérabilités, les besoins éventuels en soins de support et nous nous renseignons sur les ressources à domicile », ajoute-t-elle. L'IDEC reste ensuite la référente du patient. Elle s'assure que les soins à domicile se déroulent correctement et gère les problématiques entre les consultations ou entre les cures. Elle dispose d'une grille d'évaluation structurée (grade 1 à 5) avec des algorithmes décisionnels à suivre en fonction des problématiques rencontrées et remontées par les patients. En cas d'urgence, l'IDEC appelle directement le médecin référent, sinon elle lui adresse simplement un courriel. « L'objectif est d'anticiper, d'éviter les hospitalisations non programmées et surtout le passage par les urgences, épuisant pour les patients », fait savoir Gabrielle Lagou.

Un suivi à distance

Depuis le mois d'avril, certains IDEC de la CSE sont dédiés au télésuivi des patients via un outil digital, Résilience. Proposées par l'oncologue lors des consultations, les prises en charge ont débuté pour les patients de pneumologie, digestif, neurologie ou encore pour ceux atteints de tumeurs neuroendocriniennes. « Ce télésuivi peut être également suggéré aux patients déjà suivis par la CSE via les appels téléphoniques », précise Méhdi Dimpre, IDEC chargé du télésuivi. Son objectif est de faciliter le suivi des patients, de garantir le lien avec la ville et de sécuriser les prises en charge. Des critères d'inclusion sont toutefois à respecter : le patient doit être sous traitement médicamenteux spécifique (oral, sous-cutané, intraveineux) ; maîtriser la langue française ; avoir accès à un smartphone ou un ordinateur ; ou encore être en situation physique ou psychologique lui permettant de remplir le questionnaire. « Avec l'application, le patient doit remplir régulièrement un questionnaire, indique Méhdi Dimpre. En collaboration avec l'oncologue, nous décidons de la fréquence de leur envoi. Le patient peut également, de lui-même, en déclencher un s'il souhaite signaler un problème. » Sur l'interface, l'IDEC a quotidiennement accès aux alertes générées par les patients, permettant de réagir dans l'immédiat (de 8h30 à 17 heures du lundi au vendredi) en l'appelant, en discutant de la problématique avec le médecin référent afin d'adapter les traitements ou en envisageant une éventuelle consultation ou hospitalisation. Aujourd'hui, Méhdi Dimpre a notamment à gérer le suivi téléphonique d'un patient pris en charge pour une tumeur neuroendocrinienne

“ L'objectif de la CSE est de garantir une organisation au domicile correspondant aux besoins du patient. ”

de l'Iléon avec métastases osseuses. « Il m'a informé la semaine dernière par téléphone, qu'il avait un syndrome main-pied, une dyspnée au moindre effort et un besoin de cracher », rapporte l'IDEC, qui a profité de l'appel pour lui proposer son inclusion dans le télésuivi. Le médecin a préconisé un arrêt du traitement pendant une semaine puis une reprise à moindre dose. « Je viens de l'appeler et il ressent encore des difficultés à respirer, explique l'infirmier. Je vais donc prévenir son médecin référent par e-mail, en suggérant la prescription d'oxygène et d'aérosols de sérum physiologique. Les praticiens apprécient généralement que nous soyons force de proposition. » En attendant le retour du médecin, Méhdi Dimpre s'occupe de la traçabilité et inclut le patient dans le logiciel de télésuivi. « Je prépare aussi les ordonnances, car en tant qu'IDEC nous savons précisément le matériel à commander, la façon de les rédiger pour garantir la prise en charge et le remboursement des dispositifs médicaux, indique-t-il. C'est aussi l'une des plus-values de la CSE. »

Des compétences transversales

Être IDEC à la CSE implique nécessairement une expérience antérieure dans les services hospitaliers en oncologie. « Il faut connaître les soins afin de pouvoir les mettre en place à domicile et conseiller les infirmiers libéraux en cas de problème », soutient Gabrielle Lagou, précisant que la connaissance du fonctionnement de l'hôpital est un plus. Les IDEC qui intègrent la CSE bénéficient d'un mois de compagnonnage. « Des connaissances et compétences en médecine oncologique sont indispensables car les IDEC ne font pas "que" gérer des sorties avec soins complexes, précise Vanessa Puglisi. Ils doivent avoir participé à des staffs et avoir acquis des connaissances sur les spécificités des traitements proposés ainsi que leurs toxicités. » Et de conclure : « Ils doivent aussi détenir des qualités de management non hiérarchique, savoir sensibiliser à la coordination, aux bonnes pratiques. Cette fonction requiert de la souplesse, des compétences relationnelles et de l'empathie à l'égard des autres professionnels qui ont, eux aussi, leurs propres contraintes. Finalement, il faut être une "main de fer dans un gant de velours". » ■

LAURE MARTIN

*Le nom de famille a été modifié.

Les défis de la coordination pour les IDEC en Ehpad

Les questions cruciales du compagnonnage, de la définition des fiches de poste ou de l'étendue des missions des IDEC trouvent des réponses, bien que partielles, dans le secteur hospitalier. En revanche, dans les Ehpad, la situation des infirmiers de coordination est plus complexe car leur fonction est moins bien cadrée. Le point avec Sandrine Pierda, secrétaire générale de la Fédération française des infirmières de coordination (FFIDEC).

Quelle sont les particularités de l'exercice des IDEC en Ehpad par rapport à celui des IDEC exerçant en milieu hospitalier ?

En milieu hospitalier, les contours et les limites des fonctions des IDEC sont généralement correctement définies par des fiches de postes ou, plus simplement, par la présence d'autres métiers sur site, notamment les cadres de santé et les assistants sociaux. Chacun intervient dans son pré carré. Selon nos observations sur le terrain, les IDEC hospitaliers voient rarement leurs missions initiales étendues.

La réalité est différente pour les IDEC exerçant en Ehpad. Souvent, leur fiche de poste - lorsqu'elles existent -, sont particulièrement larges. De nombreuses missions et fonctions peuvent y être insérées. Etant donné que la coordination s'entend au sens large, ils vont intervenir à la fois sur les parcours des résidents, mais aussi sur l'organisation des équipes ou encore la vie de la structure. Il n'y a pas de limite. À titre d'exemple, dans le secteur sanitaire, lorsque le parcours patient implique une prise en charge de sa situation sociale, l'IDEC va généralement assurer le lien avec l'équipe d'assistants ou de travailleurs sociaux dédiés. Il trouve des relais. En Ehpad, étant donné qu'il n'existe pas de temps de service social dédié, cette mission va souvent relever de l'IDEC. En Ehpad, tout est mouvant, sans limites.

Quelles sont les revendications des IDEC en Ehpad ?

Généralement, ils nous sollicitent justement parce qu'ils se trouvent en difficulté pour comprendre les limites de leur poste et voient en la FFIDEC une ressource. Ils se demandent par exemple si la gestion de la paie ou du service hôtelier auprès des résidents relève de leurs missions. Hélas, les limites de leurs fonctions n'existent pas, notamment en raison de l'absence de réglementation claire pour ce métier et de formation socle obligatoire. La profession n'est pas référencée dans les textes. L'élaboration d'un cadre défini supposerait justement de réfléchir aux missions, aux salaires. Aujourd'hui, ces questions sont laissées à la discrétion des directions.

Dans le sanitaire, généralement les IDEC détiennent un socle de compétences techniques en lien avec le service au sein duquel ils interviennent. En Ehpad, les IDEC accèdent à ces postes sans



Sandrine Pierda, secrétaire générale de la FFIDEC.

formation ou expérience particulière. De fait, dès lors qu'ils ne parviennent pas à effectuer les missions qui leur sont confiées, ils ressentent un sentiment d'incompétence et se trouvent en difficulté.

Quelles sont vos attentes ?

Nous travaillons sur la question des missions des IDEC depuis début 2022. Un groupe de travail a d'ailleurs été mis en place avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). L'une de nos pistes serait de définir, pour les IDEC des Ehpad, des missions claires, socles, au même titre que

celles du médecin coordonnateur. Il faudrait d'ailleurs qu'elles soient déterminées en lien avec celles du médecin coordonnateur. De même qu'il est nécessaire de clarifier leur positionnement en tant que manager de l'équipe de soins, leur pouvoir de décision par rapport aux familles ainsi que leur rôle dans l'organisation des soins, la gestion quotidienne des résidents et de leur projet de vie. Cette base pourrait ainsi être appliquée dans tous les Ehpad, et si certains souhaitent une organisation différente, le socle permettrait de rappeler qu'ils sortent du cadre. Tout doit être délimité sinon, les directions ajoutent ou retirent trop facilement des missions de manière arbitraire.

La formation devrait-elle également être obligatoire ?

Nous estimons que, pour toute prise de poste, il est essentiel d'exiger une formation en coordination suivie d'un compagnonnage. Un bloc de formation doit être imposé car de nombreuses missions de coordination exigent un apprentissage qui ne s'improvise pas. De plus, acquérir une formation spécifique est bénéfique pour développer une bonne posture professionnelle, gérer les conflits et répondre aux exigences élevées en matière de qualité des soins. Bien que l'expérience soit précieuse, de nombreux IDEC se retrouvent en difficulté sur le terrain car ils n'ont pas été formés à définir leurs limites ou à refuser certaines tâches. Cela complique leur capacité à faire respecter leurs attentes professionnelles auprès des équipes. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR L.M.



Gabriel,
infirmier.

S'engager auprès de ceux
qui se mettent au service
des autres, c'est ça être
assurément humain.



Assurément
Humain

Prise en charge du moignon d'amputation

Une amputation est un geste au retentissement fonctionnel et psychologique important, qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire. L'infirmier contribue activement à la bonne cicatrisation du moignon dont dépend un appareillage rapide, et participe à l'éducation pour prévenir les complications secondaires.



Amputation au tiers supérieur de la jambe laissée partiellement ouverte et flessum du genou.

L'amputation est l'ablation chirurgicale de tout ou partie d'un segment de membre.

Pour favoriser la cicatrisation et la reprise de l'autonomie du patient, il est important que les infirmiers aient une bonne connaissance des critères de choix du niveau d'amputation, des techniques de fermeture du moignon, ainsi que de prévention et de dépistage des complications post-opératoires.

Indications

L'amputation d'un segment de membre est généralement indiquée par l'absence d'un traitement conservateur ou après son échec.

Les amputations concernent principalement les membres inférieurs, souvent en raison de causes vasculaires et traumatiques et sont fréquentes dans les cas de pieds diabétiques compliqués associant des lésions vasculaires, neurologiques et infectieuses. Les amputations des membres supérieurs résultent principalement de traumatismes, avec une moindre incidence des causes tumorales ou infectieuses.

Niveaux d'amputation

Le niveau d'amputation est généralement choisi pour être le plus distal possible, c'est-à-dire aussi près que possible de l'extrémité du membre. Toutefois, il doit permettre une cicatrisation effective du moignon et est guidé par l'étiologie, l'étendue des lésions des parties molles ou de l'os ainsi que la vascularisation de la zone prévue du moignon.

Les amputations complètes des membres se réfèrent aux désarticulations de la hanche ou de l'épaule.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DE L'AMPUTATION

- **Affections vasculaires** : telles que les artérites évoluées inaccessibles à la revascularisation, après échec ou parfois après une réanimation lourde impliquant l'usage prolongé d'amines vasoactives.
- **Infections sévères** : comprenant les infections osseuses ou des parties molles comme les fasciites nécrosantes et les gangrènes gazeuses.
- **Traumatismes graves** : avec des lésions multi-tissulaires (os, tissus mous, vaisseaux, nerfs) irréparables ou entraînant des séquelles fonctionnelles prévisibles

sevères. Dans ces cas, la lourdeur de la reconstruction du membre et le pronostic fonctionnel sont parfois mis en balance avec une amputation d'emblée en utilisant le Mangled extremity severity score. Une amputation d'emblée est souvent mieux vécue qu'une amputation secondaire après l'échec d'un traitement long et pénible.

- **Tumeurs osseuses** : lorsque la chirurgie conservatrice est impossible.
- **Troubles congénitaux** : plus rarement, dans certains cas de troubles non réparables. ■

BIOGARAN PRÉSENTE

NOUVEAU

PANSEMENTS HYDROCELLULAIRES SILICONÉS BIOGARAN® BORDER+



Conçus en collaboration
avec des infirmières

**LES PEAUX FRAGILES ET SENSIBLES*
VOUS DIRONT MERCI !**



Remboursés LPPR

*L'enduction en silicone souple permet une utilisation du pansement sur les peaux fragiles et sensibles, elle minimise la douleur lors de son retrait.

Pansement hydrocellulaire siliconé Biogaran® BORDER+, Pansement hydrocellulaire siliconé Biogaran® BORDER+ Ovale, Pansement hydrocellulaire siliconé Biogaran® BORDER+ Extra-mince sont des dispositifs médicaux de classe IIb, Fabricant : Huizhou Foryou Medical Devices Co. Ltd., 516005 Huizhou, Chine – organisme notifié : CE0123. Distributeur : Biogaran, 15 bd Charles de Gaulle, 92707 Colombes. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice d'emploi des Pansement hydrocellulaire siliconé Biogaran® BORDER+, Pansement hydrocellulaire siliconé Biogaran® BORDER+ Ovale, Pansement hydrocellulaire siliconé Biogaran® BORDER+ Extra-mince. Date de création : Avril 2024. Remboursé par les organismes d'Assurance maladie dans certaines situations : consultez les modalités sur le site www.ameli.fr.

En savoir +





Évolution défavorable d'une amputation transmétatarsienne du gros orteil.

Pour les membres inférieurs, les amputations d'un ou plusieurs orteils sont fréquentes et sans retentissement fonctionnel majeur, surtout lorsqu'elles préservent les têtes des premier et cinquième métatarsiens, permettant ainsi un appui fonctionnel. Dans le cas contraire, une amputation transmétatarsienne est préférée. Dans ces deux cas, la marche est possible sans appareillage. Quand l'amputation transmétatarsienne est impossible, une amputation de jambe est généralement effectuée. Celle-ci est plus facile à faire cicatrifier et à appareiller qu'une amputation atypique au pied ou de la cheville. Les amputations de jambe sont souvent réalisées au tiers moyen ou supérieur, pour obtenir un moignon matelassé (un moignon dont les parties osseuses sont correctement protégées par les parties molles adjacentes). Pour être possible, l'appareillage de jambe nécessite un genou mobile sans flessum fixé, associé à une longueur de tibia d'au moins 10 ou 12 cm. Dans le cas contraire, une amputation de cuisse ou transfémorale est nécessaire. Plus l'amputation est proximale, plus l'appareillage devient complexe, ce qui peut poser des difficultés, notamment chez des patients âgés ou polyopathologiques.

Pour les membres supérieurs, les amputations peuvent être très distales, impliquant une ou plusieurs phalanges. En cas d'amputation pluridigitale, il est essentiel de conserver ou de reconstruire un « pouce et un doigt long » pour assurer une fonction de pince efficace. Les autres types d'amputation incluent les amputations transmétacarpiennes, radiocarpiennes (au niveau du poignet), de l'avant-bras ou transhumérales. Les appareillages pour les membres supérieurs visent à répondre aux besoins esthétiques et fonctionnels avec des prothèses de complexité variable.

Lors de la chirurgie, la fermeture du moignon peut être immédiate, avec ou sans drainage, selon l'étiologie, l'état clinique du patient et l'état des tissus dans la zone amputée. En cas de lésions infectieuses ou vasculaires, il peut être préférable de laisser le moignon ouvert en optant

pour une cicatrization dirigée ou pour un traitement par pression négative (de type VAC®). Cette approche peut être maintenue jusqu'à cicatrization complète ou jusqu'à la réalisation d'une fermeture secondaire lors d'une deuxième intervention chirurgicale. De plus, si une amputation initialement fermée présente une complication locale telle qu'une désunion ou une infection, il peut être nécessaire de procéder à un parage du moignon et à une cicatrization dirigée afin d'éviter une amputation plus proximale.

Prise en charge post-opératoire

Lorsque la plaie est laissée ouverte, il est nécessaire de refaire le pansement quotidiennement avec une détersion rigoureuse pour favoriser la formation d'un tissu de granulation. En cas de traitement par pression négative (VAC®), la réfection du pansement a lieu tous les trois jours.

Pour une amputation fermée, le premier pansement est généralement prescrit et refait 24 heures après l'opération, puis changé tous les deux à trois jours jusqu'à cicatrization complète. L'ablation des fils est effectuée à J21. En cas d'infection, une lame de drainage peut être positionnée au bloc opératoire. Cette lame nécessite un lavage par irrigation quotidienne et est retirée lorsque le liquide de drainage devient clair ou autour de J4.

Complications et risques

Risque infectieux

Le risque infectieux est particulièrement important chez les patients amputés, en raison des comorbidités, de l'état local en cas de plaie ouverte et de la présence de germes de colonisation. Il implique une surveillance générale et biologique (température, CRP, leucocytes) ainsi



Amputation transmétatarsienne avec déhiscence après deuxième parage.

HARTMANN



Aide. Soigne. Protège.

L'efficacité repensée

Conçu pour être **VOTRE** premier choix.

RespoSorb® Silicone Border

- + Améliore les conditions de cicatrisation¹
- + Efficace, polyvalent, respectueux du patient¹



Découvrez la nouvelle génération* de pansement RespoSorb® Silicone Border.

*nouvelle génération : pansements hydrocellulaires avec technologie cellulose + SAP versus pansements hydrocellulaires de première génération avec technologie mousse
1. Compliance to Claim RespoSorb® Silicone Border EVO 20.06.2023 RespoSorb® Silicone Border est indiqué pour le traitement des plaies modérément à fortement exsudatives, chroniques et aiguës.

Dispositif médical de classe IIb. Fabricant : PAUL HARTMANN AG. Organisme notifié : CE0123. Remboursé par les organismes d'assurance maladie : consultez les modalités sur le site www.ameli.fr. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice (et/ou sur l'étiquetage). Date de création du document : août 2023-AP_RSB_EVO_A4
Laboratoires PAUL HARTMANN S.à.r.l. 9 route de Sélestat – 67730 Châtenois RCS COLMAR 325 158 038



**NOUVELLES
TAILLES**



qu'une surveillance locale du moignon (plaie, berges, pourtour) pour dépister tout signe d'infection (rougeur et douleur, écoulement) ou de surinfection, ainsi qu'une aseptie rigoureuse lors de la réfection des pansements.

Nécrose et déhiscence tissulaire

Dans un contexte d'amputation, la nécrose (mort des tissus du moignon due à un manque d'oxygène) et la déhiscence tissulaire (réouverture de la plaie chirurgicale) sont deux complications redoutées qui peuvent sérieusement compromettre la guérison et la récupération du patient.

Pour prévenir ces complications, la perfusion tissulaire doit être assurée.

- Une oxygénothérapie peut être prescrite pendant les deux à trois jours post-opératoires
- Il convient de surveiller :
 - La présence des pouls périphériques au-dessus de l'amputation, qui doivent être frappés et identiques à ceux de l'autre membre.
 - La coloration du moignon.
 - La présence d'un œdème postopératoire.
 - La formation d'un hématome ou de zones de souffrance vasculaire ou de nécrose.
 - Les signes évoquant un pansement trop serré : une sensation pulsatile, une augmentation de la douleur, un engourdissement du membre et une diminution de sa température.

En cas de déhiscence et de nécrose, il est impératif de prévenir le chirurgien. Si la déhiscence est localisée, des soins locaux par cicatrisation dirigée peuvent parfois être suffisants. En revanche, si la lésion est étendue, une reprise chirurgicale est généralement nécessaire, souvent précédée d'un bilan vasculaire si nécessaire, et peut conduire à une amputation plus proximale.

Œdème

L'œdème, ou accumulation excessive de liquide dans les tissus, est aussi une complication potentielle après une amputation. Ce phénomène peut entraîner des problèmes significatifs tels que l'interruption de la circulation lymphatique et veineuse, une réaction inflammatoire, un positionnement inapproprié, ainsi que des retards de guérison, de l'inconfort et des douleurs. Pour prévenir ce risque, plusieurs mesures sont mises en place :

- **Bandage élastique** : un bandage élastique occlusif (non compressif) avec des récurrents (non circulaires) est positionné dès la chirurgie. Ce bandage aide non seulement à contrôler l'œdème, mais aussi à modeler le moignon en une forme conique pour la future prothèse. En cas de sensation de pulsation dans le membre, le bandage doit être desserré. Lorsque la plaie ne suinte plus, le bandage est remplacé par un bas en silicone appelé « manchon » pour façonner le moignon, avec une période d'adaptation progressive en raison de la douleur potentielle.



© ChooChin/Shutterstock

Bandage élastique récurrent et sans flossum de genou.

- **Positionnement du membre** : le membre doit être maintenu en extension et surélevé, sans le laisser pendre sur le côté du lit ou de la chaise.

Douleur

Après une amputation récente, la plupart des patients ressentent la présence du membre retiré, connu sous le nom de « **membre fantôme** ». La sensation est à la fois kinesthésique et intéroceptive. Cette sensation peut cependant être douloureuse. La douleur fantôme apparaît généralement rapidement après l'opération et est de type neuropathique, liée au changement du système nerveux central ou aux dommages des nerfs périphériques. Elle se manifeste par des sensations de brûlure, des crampes, des contractures et des décharges électriques, formant un fond douloureux avec des accès paroxystiques spontanés ou provoqués.

De plus, la partie distale du membre peut également présenter une douleur neuropathique causée par la présence de névromes sur les terminaisons nerveuses sectionnées lors de l'amputation.

Enfin, **des conflits osseux** peuvent survenir, soit en raison d'une coupe osseuse inadéquate lors de l'amputation, soit à cause de la formation d'un cal osseux lors de la cicatrisation de la tranche osseuse. Ces conflits



© DR

Amputation transmétatarsienne fermée avec souffrance.

À L'ORIGINE
DE LA CICATRISATION

Faire peau neuve



Parce que l'Acide Hyaluronique joue un rôle majeur dans le processus de cicatrisation, **IALUSET®**, grâce à la qualité **ULTRAPURE®** de son Acide Hyaluronique, va permettre d'accélérer la cicatrisation des plaies aiguës à chroniques de vos patients^(1,2).



1. Mikosinski, J., et al. Efficacy and Safety of a Hyaluronic Acid-Containing Cream in the Treatment of Chronic, Venous, or Mixed-Origin Leg Ulcers: A Prospective, Multicenter Randomized Controlled Trial. *Wounds* 2021;33(11):285-289. 2. Mikosinski, J., et al. Efficacy and Safety of a Hyaluronic Acid-Containing Gauze Pad in the Treatment of Chronic Venous or Mixed-Origin Leg Ulcers: A Prospective, Multicenter, Randomized Controlled Trial. *Wounds*, 2021;33(6):147-157.

Dispositifs médicaux ; consultez les notices et/ou les étiquetages spécifiques à chacun pour plus d'informations. Juillet 2024

Pour en savoir plus
sur notre gamme
Flashez le QR code



ACIDE HYALURONIQUE ULTRAPURE®



peuvent être asymptomatiques et uniquement détectables par radiologie, mais ils peuvent aussi provoquer des douleurs et/ou des points de compression au niveau de la prothèse, nécessitant souvent une exérèse.

Raideurs

L'apparition de raideurs, telles que les contractures, les flessums ou les troubles de la rotation au niveau du genou et de la hanche pour le membre inférieur, ou au niveau de l'articulation la plus proche du moignon, peut entraver la reprise de l'autonomie et la rééducation. Ces raideurs apparaissent dans la majorité des cas sur un membre laissé au repos. Pour prévenir le flessum et les contractures musculaires des ischio-jambiers ou du psoas, il est

essentiel de favoriser, dès l'amputation, l'extension complète de l'articulation. Un travail précoce de rééducation incluant des exercices de posture est nécessaire.

Soins du moignon cicatrisé

Une fois le moignon cicatrisé, il doit être nettoyé quotidiennement avec un savon neutre, puis rincé abondamment pour éviter les allergies et la sécheresse cutanée. Le séchage doit être soigneux pour prévenir la macération. Un antitranspirant peut être appliqué si nécessaire. Une crème hydratante non grasse peut aider à prévenir sécheresse, callosités et crevasses et le patient doit maintenir une bonne hydratation.

Un bon ajustement de l'interface et de l'emboîture de la prothèse ainsi que son alignement minimisent le risque de problèmes cutanés.

En revanche, les variations de poids et de volume musculaire ainsi que la présence d'un œdème peuvent induire des pressions excessives et des frictions, augmentant le risque de lésions cutanées et de dommages des tissus profonds. Les premiers signes incluent un érythème et une sensation de brûlure, pouvant évoluer vers des douleurs, un gonflement, des phlyctènes et des ulcères. Le contact de la prothèse avec la peau peut créer un environnement chaud et humide, favorisant la macération et le risque de lésions cutanées et donc infectieuses.

Lorsque le patient porte une prothèse, il est important de surveiller l'apparition de signes de plaies ou d'infection à chaque retrait. Cette observation est particulièrement importante pour les patients diabétiques ou ayant des troubles neurologiques, qui peuvent ressentir la douleur et les autres sensations de façon atténuée, ce qui augmente les risques d'infection et de retard de la cicatrisation. En cas de lésions, la prothèse doit être retirée et le médecin prévenu pour un traitement rapide. Les lésions superficielles peuvent souvent être gérées par des soins locaux associés à une période sans port de prothèse ou éventuellement à une modification de l'emboîture. En revanche, les cas plus complexes ou diagnostiqués tardivement peuvent conduire à une reprise chirurgicale du moignon voire à une ré-amputation plus proximale, parfois accompagnée d'une antibiothérapie par voie générale.

L'éducation thérapeutique des patients, lorsque leur niveau d'autonomie le permet, doit inclure la prise en charge de leur pathologie vasculaire et ou diabétique, les questions d'alimentation pour le maintien d'un poids constant, le positionnement du bandage et du manchon, l'hygiène, la surveillance locale et le repérage des signes d'alerte et d'aggravation. ■

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT AMPUTÉ

L'amputation, quelle que soit son étiologie, constitue un traumatisme psychique profond entraînant un processus de deuil complexe. La personne amputée doit faire face à la perte d'une partie de son corps, ce qui modifie considérablement son image corporelle, son autonomie, ses habitudes de vie, ainsi que sa vie professionnelle et sociale. Elle peut également faire face à des stigmatisations sociales.

Le deuil se déroule en plusieurs étapes : déni, colère, négociation, dépression et acceptation.

Le déni de la réalité de l'amputation est souvent associé à la sensation de membre fantôme et le patient peut refuser de regarder son membre amputé lors des premiers pansements et des autres soins. Cette réaction est une forme de défense psychologique qui lui permet de gérer le choc initial.

La colère peut se manifester par des sentiments d'injustice ou de frustration envers la situation ou envers soi-même. La négociation implique des tentatives pour regagner une certaine forme de contrôle ou pour minimiser l'impact de la perte. La dépression, quant à elle, peut se traduire par une tristesse profonde, un sentiment de perte d'identité, et des difficultés à s'adapter à la nouvelle réalité. Enfin, l'acceptation est la phase où le patient commence à intégrer la perte de son membre ou de la partie de son membre, et à adopter des stratégies pour vivre avec ce changement.

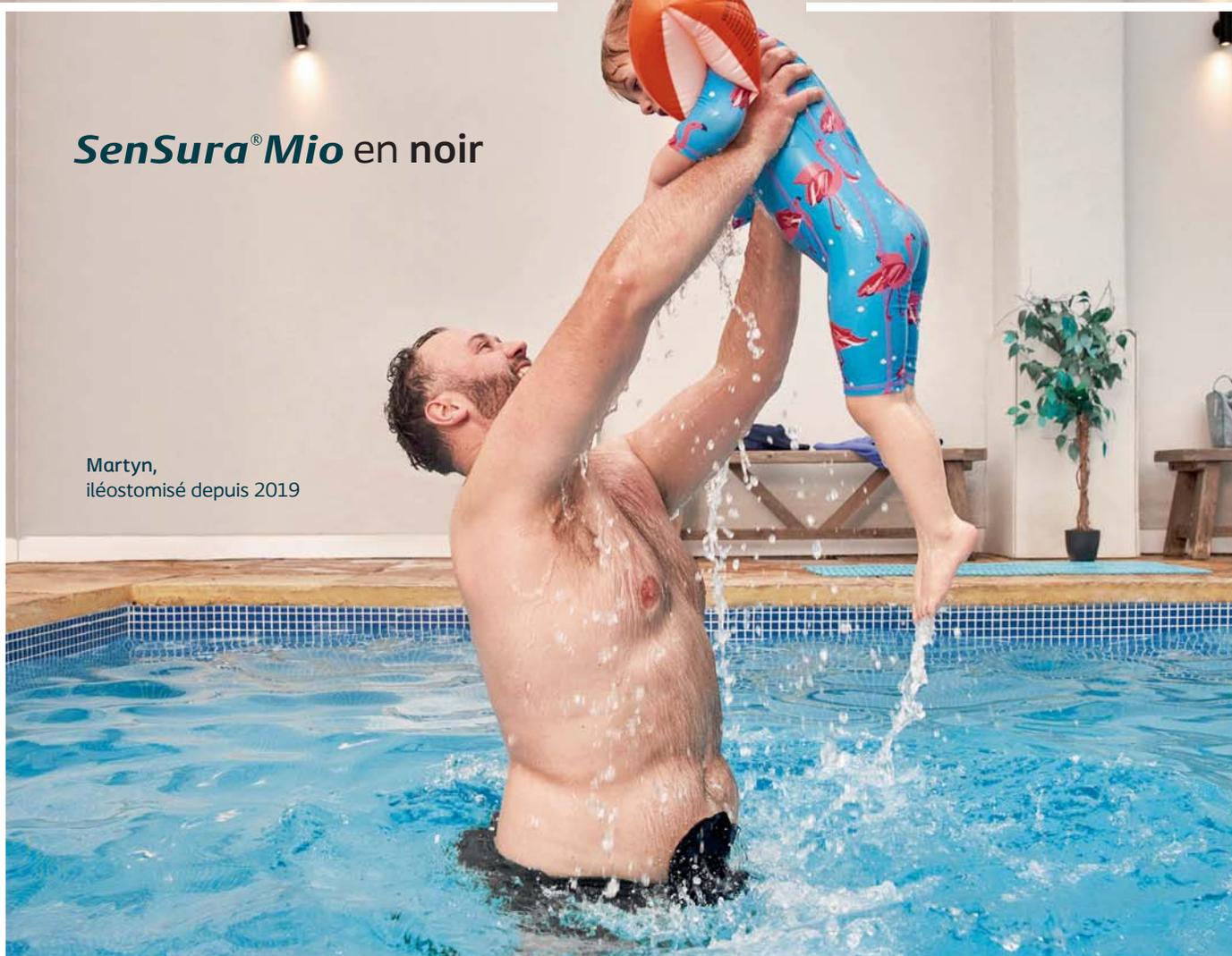
Quelle que soit la phase de deuil, l'infirmier joue un rôle crucial en étant attentif aux réactions verbales et non verbales du patient, en évaluant sa compréhension de la situation, ainsi que ses craintes et ses angoisses relatives au changement de son schéma corporel et de son image de soi. Il est important de respecter le refus du patient de regarder son membre et son moignon, de lui offrir un espace pour exprimer son ressenti et de l'accompagner tout au long du processus d'acceptation. Le soutien psychologique peut inclure des consultations avec des psychiatres ou psychologues, mais l'infirmier reste un acteur fondamental pour l'écoute active et l'orientation vers les ressources appropriées. ■

MARIANNE SOULÈS, CADRE DE SANTÉ FORMATRICE.

DU PLAIES ET CICATRISATION & DIU – FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.

SenSura[®] Mio en noir

Martyn,
iléostomisé depuis 2019



Une nouvelle couleur. Des milliers de possibilités.

Tous les avantages de Sensura Mio, dans une nouvelle couleur. Pour que chaque jour, les patients puissent choisir la couleur qu'ils souhaitent porter.



Coloplast Professional Conseil

Vous souhaitez en savoir plus ?

Nos conseillers sont à votre écoute

 au **01 56 63 18 88**



SenSura Mio : Dispositif médical destiné au recueil passif des effluents d'une stomie, de classe I, non stérile, marqué CE.
Fabricant : Coloplast A/S. Lire attentivement la notice d'instructions avant utilisation.

Produits intégralement remboursés LPPR pour les patients en ALD et pour les patients au régime général bénéficiant d'une couverture complémentaire. Conditionnement par 10 non remboursé (sauf Sensura Mio : Poche haut débit, support standard)

Soins des stomies | Continence | Soins des plaies | Urologie interventionnelle

Laboratoires Coloplast, SAS - Société par actions simplifiée - Siège social : 38 rue Roger Salengro - 94120 Fontenay-sous-Bois - France
Capital social : 22 001 980 Euros - RCS CRETEIL : 312 328 362 - SIREN : 312 328 362 - CODE NAF (ex APE) : 4646Z - N° TVA Intracommunautaire : FR 18 312 328 362

www.coloplastprofessional.fr. Le logo Coloplast est une marque enregistrée par Coloplast A/S, DK - 3050 Humlebaek © Tous droits réservés aux Laboratoires Coloplast - PM-33391 - Octobre 2024 - PS

 **Coloplast**

Fin de vie du patient âgé : l'importante prise en charge de la douleur

La prise en charge palliative des personnes âgées exige une approche attentive, respectueuse et pluridisciplinaire. En utilisant des thérapies appropriées et en gérant efficacement la douleur, les soignants peuvent assurer une fin de vie digne et confortable.

Les échelles d'hétéroévaluation (comme par exemple l'échelle « Algoplus » présentée ci-dessous), permettent d'évaluer la douleur en se basant sur des observations comportementales et des signes cliniques, ce qui est particulièrement utile lorsque la personne est incapable de communiquer.

En fin de vie, jusqu'à 80 % des personnes âgées peuvent être confrontées à la douleur. Identifier cette douleur nécessite une vigilance particulière, surtout pour les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale ou des altérations cognitives. Dans ces deux cas, le repérage et l'évaluation peuvent s'avérer particulièrement complexes. En effet, il est fréquent que le silence induise en erreur ou que les rares plaintes soient négligées ou ignorées. De plus, les altérations sensorielles telles que les troubles de la vue ou de l'ouïe, fréquentes chez les personnes âgées, peuvent aussi compliquer la communication entre le soignant et le soigné.

Évaluation

L'évaluation de la douleur doit devenir un réflexe. Elle doit être répétée et consignée par écrit (dossier de soins, cahier de transmissions, fiche de suivi douleur, etc.)

Lorsque le patient âgé est en mesure de communiquer, il est préférable de privilégier l'autoévaluation car il est le mieux placé pour évaluer l'intensité et la qualité de sa propre douleur. Pour ce faire, différentes échelles peuvent être utilisées : l'EVA (Échelle visuelle analogique), l'EN (Échelle numérique), l'EVS (Échelle verbale simple). Le questionnaire DN4 peut aussi servir à évaluer la douleur neuropathique.

Lorsque le patient âgé perd la capacité de s'exprimer, les soignants doivent mettre en place des stratégies basées sur l'observation des comportements. Cela implique l'utilisation d'échelles d'hétéroévaluation : ECPA (Échelle d'évaluation comportementale douleur personne âgée), ECS (Échelle comportementale simplifiée), Algoplus (Échelle d'évaluation de la douleur aiguë de la personne âgée), Doloplus, etc. Cette approche nécessite une collaboration d'équipe, où les observations et les ressentis sont confrontés. Tout changement de posture ou de comportement (gémissements, grimaces, gestes de défense, agressivité, agitation, raidissement, agitation, repli sur soi, etc.) doit être systématiquement examiné pour déterminer la présence éventuelle d'une douleur.

Prise en charge thérapeutique...

En ce qui concerne la gestion médicamenteuse de la douleur chez la personne âgée en fin de vie, il est important de suivre quelques règles. L'objectif principal vise à

ECHELLE ALGoplus		Evaluation de la douleur				Identification du patient																																																																																								
		Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale																																																																																												
Date de l'évaluation de la douleur																																																																																														
Heure																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4 • Corps Repli ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Total OUI</td> <td colspan="2">■ /5</td> </tr> <tr> <td>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</td> <td><input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche</td> <td><input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche</td> <td><input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche</td> <td><input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche</td> <td><input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche</td> <td><input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche</td> </tr> </tbody> </table>												OUI	NON	1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.											2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.											3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.											4 • Corps Repli ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.											5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.											Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche								
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON																																																																																				
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.																																																																																														
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.																																																																																														
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.																																																																																														
4 • Corps Repli ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.																																																																																														
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.																																																																																														
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5																																																																																					
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paroche																																																																																								

soulager la douleur et non à éviter les effets secondaires des traitements. Dans cette phase critique, il est impératif d'avoir sans cesse à l'esprit la balance bénéfique/risque pour le patient, en cherchant à améliorer sa qualité de vie. Il s'agit donc de prendre en charge les aspects cliniques, biologiques, psychologiques et sociaux de sa douleur et de sa souffrance.

Le médecin opte généralement pour une administration d'antalgiques par voie orale, aussi longtemps que possible. Il privilégie également des molécules à demi-vie courte, procède à un ajustement initial des posologies (titration), avec des réajustements si nécessaire. La règle du « *start low and go slow* » est appliquée, débutant par une dose minimale efficace et augmentant en fonction de la réponse du patient.

Contrairement aux idées reçues, la morphine n'est pas contre-indiquée chez les personnes âgées. Cependant, il est recommandé de débuter avec des doses plus faibles, généralement réduites de moitié par rapport à celles prescrites pour les adultes plus jeunes. De plus, il faut surveiller systématiquement l'apparition d'effets secondaires et de signes de surdosage ou d'intolérance, tels que la constipation (qui doit systématiquement être prévenue), les nausées (surtout en début de traitement) et la rétention urinaire, susceptibles de provoquer d'autres douleurs.

Les traitements locaux et les thérapies non médicamenteuses peuvent contribuer à diminuer la polymédication en ne conservant, dans la phase terminale, que les traitements indispensables pour répondre aux besoins de confort.

... et savoir-être

L'amélioration de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en fin de vie implique des compétences d'évaluation et de savoir-faire technique, mais aussi une qualité de la relation avec le patient et ses proches (ou la personne de confiance désignée, le cas échéant). Le respect des directives anticipées revêt une importance capitale dans l'orientation des choix thérapeutiques, en particulier lorsqu'il s'agit de prendre des décisions éthiques.

Il est important de souligner que tous les soins de pratique courante peuvent potentiellement être douloureux. Cependant, il est facile de prévenir et de soulager la douleur liée aux soins en utilisant des antalgiques appropriés tout en respectant les délais et les durées d'action de ces thérapeutiques. De plus, une approche empathique et relationnelle ainsi qu'une organisation réfléchie des soins contribuent aussi à la diminution de ces douleurs induites par les soins. ■

NATHALIE PETTOELLO, INFIRMIÈRE ET FORMATRICE,
SPÉCIALISTE DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS

DE L'IMPORTANCE DES COMPÉTENCES GÉRIATRIQUES ET PALLIATIVES

En présence de personnes âgées en fin de vie, il est important que les soignants possèdent des compétences gériatriques et palliatives.

L'augmentation de l'espérance de vie entraîne un accroissement incontournable de décès survenant à un âge très avancé, que ce soit à domicile, en institution ou dans tout autre lieu de soin. Aussi, les soignants, quels que soient leur lieu de travail et leur mode d'exercice, seront tous confrontés un jour ou l'autre, à la gestion de la fin de vie d'une personne âgée.

Cette prise en charge s'avère spécifique : le grand âge, caractérisé par le vieillissement physiologique incluant des altérations telles qu'une fonction rénale amoindrie, une fonction et digestive ralentie, un déclin cognitif et physique, nécessite des adaptations thérapeutiques, d'autant plus nécessaires qu'il existe aussi une fréquence élevée des interactions médicamenteuses chez les personnes âgées polymédicamentées.

La compétence gériatrique se caractérise par la durée de la prise en charge (quelques semaines à quelques années) et une évolution incertaine, par la mise en place de projets de vie individualisés, régulièrement réévalués et adaptés aux besoins évolutifs du patient, par des objectifs de maintien de la qualité de vie et de l'autonomie du patient et de respect de la dignité.

La compétence palliative, c'est-à-dire la prise en charge du patient dans sa globalité en tenant compte de sa souffrance totale (« *total pain* » : physique, psychologique, sociale et spirituelle), est indispensable puisque aucun soignant ne peut exercer auprès des personnes âgées, à domicile ou en institution gériatrique, sans être un jour confronté à des situations de fin de vie.

Les différences phases de la fin de vie

La phase palliative se caractérise par l'absence de possibilité thérapeutique de guérison. Cela n'implique pas nécessairement l'arrêt des traitements ou l'imminence de la mort. Les soins palliatifs sont, selon la formule du Dr Thérèse Vanier, médecin hématologue qui a consacré sa vie aux soins palliatifs, « *tout ce qui reste à faire quand on croit qu'il n'y a plus rien à faire* ». L'objectif est donc de garantir la meilleure qualité de vie possible pour le temps qui reste.

Cette phase palliative peut se différencier en 3 étapes :

La phase palliative « active » peut durer quelques mois ou plusieurs années.

Dans cette situation, l'objectif est de garantir au patient une survie la plus longue possible en ralentissant l'évolution de la maladie tout en cherchant à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

La phase palliative « symptomatique » correspond aux dernières semaines de la vie.

Dans ce contexte, l'enjeu n'est plus systématiquement de prolonger la vie mais plutôt d'améliorer sa qualité en contrôlant au mieux les symptômes qui surviennent.

La phase « terminale » ou « agonique » peut durer quelques jours ou quelques heures.

Elle est souvent précédée de signes dits « annonciateurs » tels que des troubles neuropsychiques, des modifications des téguments, une défaillance des fonctions vitales (troubles respiratoires, troubles cardio-circulatoires, coma, mouvements myocloniques, manifestations végétatives avec hypersécrétion physiologique se traduisant par de l'encombrement bronchique, râles, hypersudation...)

En fonction de l'évaluation du patient, la prise en charge n'est pas la même si on se situe en phase palliative active ou en phase agonique. ■

Fin de vie : les autres symptômes

Les infirmiers, par leur proximité avec les patients, jouent aussi un rôle central dans la détection, le dépistage, l'alerte, l'évaluation et la prévention des autres symptômes de la fin de vie. Leur prise en charge globale permet la mise en place d'un accompagnement adapté et constitue le point de départ d'une démarche de bientraitance.



© sbw18/Shutterstock

Reconnaître et prendre en charge l'ensemble des symptômes de la fin de vie ainsi que leurs causes est d'une importance primordiale. Cette approche permet au soignant d'offrir des soins de confort adaptés (sans toutefois les imposer), tout en priorisant et en évaluant l'urgence des besoins. Il est important, pour cela, de tenir compte du rapport bénéfices/risques pour tous les soins prodigués, tout en créant un environnement calme pour le patient.

L'asthénie, inévitable en fin de vie, est souvent ressentie comme une profonde sensation de « faiblesse ». Les soins sont adaptés aux possibilités et aux capacités d'autonomie du patient.

L'anorexie et la dénutrition se caractérisent par une perte de poids. Leur processus, normal et attendu est la conséquence d'une maladie évolutive. Elles sont liées à la disparition de la sensation de faim et à la diminution de la quantité des repas, voire au jeûne total. Ce jeûne induit la sécrétion de substances opiacées qui ont un effet antalgique. La préoccupation première en fin de vie est donc de maintenir une « *alimentation plaisir* », source de bien-être, sans provoquer d'inconfort (ne pas forcer, proposer de petites quantités, respecter les goûts et la tolérance).

La déshydratation est la conséquence de la diminution de la sensation de soif. La gestion raisonnée de prise de liquides influe sur la qualité de vie et le confort des derniers jours (diminue l'encombrement bronchique, les œdèmes, l'ascite, le volume des urines). « *C'est la maladie arrivée en phase terminale de son évolution qui va causer des complications irrémédiables et conduire au décès... L'arrêt de l'alimentation et d'hydratation n'a aucune influence sur la durée de vie* ». (Association française de soins palliatifs).

Les symptômes respiratoires se manifestent par une dyspnée (respiration difficile, laborieuse, inconfortable, responsable d'une sensation désagréable et angoissante) souvent accompagnée de râles agoniques (impressionnants mais en principe non douloureux), d'un encombrement bronchique et/ou d'une toux.

Place de l'hydratation et de l'alimentation en fin de vie

	Phase palliative	Phase terminale
Nutrition	- Adaptée et fractionnée, - compléments alimentaires, - voie orale, entérale, parentérale, gastrostomie, - médicaments orexigènes : corticoïdes.	Arrêt de l'alimentation artificielle.
Hydratation	- Adaptée : eau, eau gélifiée, - perfusion sous-cutanée si besoin : solutés isotoniques en injection très lente (500 ml/24 h). Le dispositif est laissé en place entre 3 et 7 jours (avec un pansement transparent permettant la surveillance du point d'injection).	- Réflexion éthique quant au maintien de l'hydratation artificielle, - soins de bouche, - humidificateur dans la chambre, - pièce aérée.

Les signes digestifs comprennent les troubles de la déglutition, le hoquet, les troubles de l'intégrité de la muqueuse buccale, les nausées, les vomissements, les troubles du transit. Les soins de bouche en contexte palliatif sont essentiels et nécessitent une fréquence plus élevée. Les proches peuvent être sollicités pour effectuer des gestes simples visant à maintenir des fonctions essentielles de la bouche (alimentation, hydratation, relation et communication).

Les signes neurologiques tels que les convulsions, la confusion, les troubles du sommeil ou du comportement, l'anxiété doivent être pris en compte. Le respect des habitudes du patient, la création d'un environnement sécuritaire, l'organisation des soins, ainsi que le respect des périodes de repos et de récupération, contribuent à son apaisement.

Les hémorragies, qu'elles soient de nature cataclysmique ou non, peuvent nécessiter la mise en place d'une sédation (réversible ou profonde et continue jusqu'au décès). Les mesures d'accompagnement du patient et de ses proches sont bien évidemment maintenues, de même que les traitements antalgiques qui sont maintenus voire augmentés jusqu'au décès. Les traitements « *futiles* » sont arrêtés.

Les complications survenant souvent la nuit, le week-end ou en l'absence de médecin, les infirmiers peuvent solliciter ce dernier pour obtenir des prescriptions anticipées personnalisées qui permettent de prévenir les symptômes et de réagir rapidement. ■

N.P.

CASDEN Banque Populaire - Société Anonyme Coopérative de Banque Populaire à capital variable - Siège social : 1 bis rue Jean Wiener 77420 Champs-sur-Marne - Siren n° 784 275 778 - RCS Meaux - Immatriculation ORIAS n° 07 027 138 - BPCI - Société anonyme à direction et conseil de surveillance au capital de 188 932 730 euros - Siège social : 7, promenade Germaine Sablon 75 013 Paris - RCS Paris N° 493 455 042 - Immatriculation ORIAS n° 08 045 100 - Crédit photo: © Roman Jehanno - Conception: Insign 2022 - Merci à Marie-Elisabeth, infirmière anesthésiste - IADE, d'avoir prêté son visage à notre campagne de communication.

COMME MOI, REJOIGNEZ LA CASDEN, LA BANQUE DE LA FONCTION PUBLIQUE !

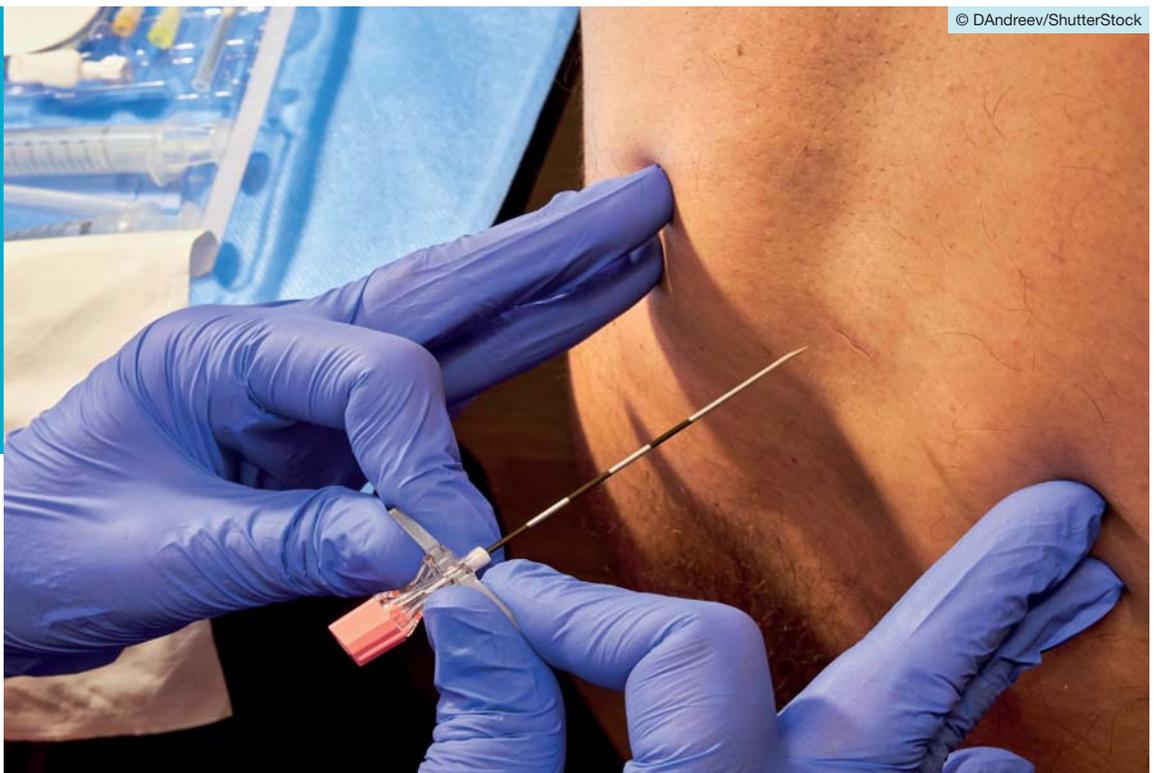
Marie-Elisabeth, Infirmière anesthésiste - IADE



Surveillance de la péridurale : le rôle phare de l'infirmier

La surveillance de la péridurale nécessite une compétence et une vigilance accrues, notamment de la part des infirmiers.

La ponction péridurale est réalisée à l'aide d'une aiguille de Tuohy, une aiguille dotée d'une extrémité courbée en biseau, dite « en forme de crayon », pour réduire le risque de perforation accidentelle de la dure-mère. Cette courbure facilite également l'insertion d'un cathéter dans l'espace péridural en offrant un meilleur contrôle de la direction de celui-ci.



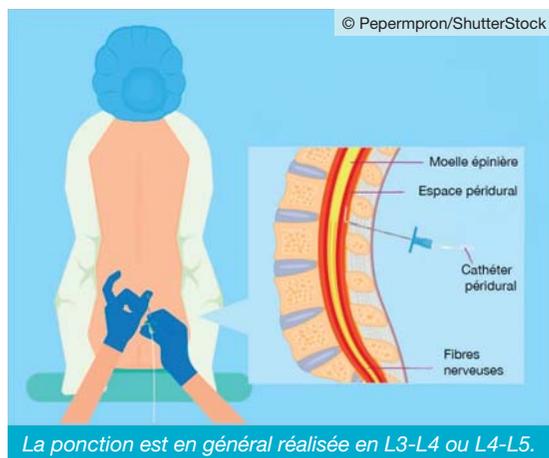
© DAndreev/Shutterstock

La péridurale est une méthode d'anesthésie loco-régionale qui joue un rôle crucial dans la gestion de la douleur, tant pour l'analgésie périopératoire et post-opératoire de diverses interventions chirurgicales que pour l'analgésie obstétricale.

Cette technique est particulièrement bénéfique lors de chirurgies abdominales et thoraciques, où une gestion efficace de la douleur est essentielle pour la récupération du patient. En obstétrique, la péridurale est souvent choisie pour soulager les douleurs de l'accouchement. En offrant une analgésie efficace et prolongée, elle améliore considérablement le confort et le bien-être des patients.

Pose de cathéter

La pose de péridurale commence par l'insertion d'un cathéter dans l'espace péridural situé au niveau du rachis lombaire du patient. Cette procédure est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur ou un interne d'anesthésie à l'aide d'une aiguille de Tuohy. Une fois le cathéter en place, il peut être laissé pendant plusieurs heures ou même plusieurs jours, en fonction des besoins spécifiques du patient et du type d'intervention. En obstétrique, le cathéter permet de maintenir l'analgésie pendant la durée du travail et de l'accouchement, alors qu'en contexte chirurgical, il peut rester en place pour une période prolongée afin de gérer la douleur post-opératoire.



La ponction est en général réalisée en L3-L4 ou L4-L5.

Lors de la pose de la péridurale, l'infirmier joue un rôle à la fois auprès du patient et auprès du médecin qui insère le cathéter. En ce qui concerne le patient, il explique le geste et le déroulement de l'intervention, et veille à ce que celui-ci soit correctement installé, généralement en position assise avec le dos arrondi. Cette posture est essentielle pour optimiser l'accès à l'espace péridural : plus le patient est détendu et le dos bien courbé, plus l'espace entre les vertèbres s'ouvre, rendant la ponction plus aisée. En parallèle, l'infirmier assiste le médecin en préparant le matériel stérile nécessaire et en s'assurant du respect strict des règles d'asepsie.

Analgesie

Le cathéter péridural sert de conduit pour l'administration de divers médicaments. Les anesthésiques locaux, tels que la bupivacaïne, la levobupivacaïne, la lidocaïne, et la ropivacaïne, sont couramment utilisés pour anesthésier la région cible et bloquer la transmission des signaux de douleur au cerveau. En plus des anesthésiques locaux, des adjuvants comme le sufentanil, la morphine et la clonidine, peuvent être ajoutés pour améliorer l'efficacité de l'anesthésie et prolonger sa durée.

Surveillance infirmière

Lorsque la pose de la péridurale se fait au bloc opératoire, la surveillance peropératoire est réalisée par l'infirmier anesthésiste sous la responsabilité du médecin anesthésiste. En post-opératoire, cette surveillance est reprise par l'infirmier de salle de réveil, puis par celui du service de chirurgie. Lorsque la pose a lieu en salle de naissance, la surveillance est réalisée par l'infirmier du service ou la sage-femme, en collaboration avec l'infirmier anesthésiste. Une surveillance rigoureuse est essentielle pour garantir l'efficacité de la péridurale, détecter rapidement les complications potentielles et ajuster le traitement en fonction de l'état du patient.

Les éléments de surveillance comprennent :

- La prise des paramètres vitaux : fréquence cardiaque (FC), saturation en oxygène (SpO₂), tension artérielle (TA), fréquence respiratoire (FR).
- L'évaluation de la douleur à l'aide d'outils d'évaluation tels que l'Échelle visuelle analogique (EVA), l'Échelle verbale simple (EVS) ou l'échelle numérique.
- L'évaluation du degré du bloc moteur à l'aide du score de Bromage (il ne doit pas y avoir de bloc moteur) :
 - 0 = absence de bloc moteur (le patient peut fléchir les hanches, les genoux et les pieds)
 - 1 = incapacité du patient à surélever les jambes étendues mais flexion des genoux et des pieds possible
 - 2 = incapacité à fléchir les genoux mais flexion des pieds possible
 - 3 = incapacité à fléchir les pieds
- La vérification de la conscience.
- La surveillance de l'apparition d'effets secondaires.
- La vérification de l'aspect du point d'entrée du cathéter pour détecter toute infection.
- La vérification de la bonne connexion et de la fixation du cathéter.
- La vérification du réglage de la PCEA (Analgesie contrôlée par le patient) selon la prescription médicale.
- L'évaluation de la reprise de la diurèse et la vérification de l'absence de globe vésical.

Il n'existe pas de consignes particulières pour les patients porteurs d'une péridurale en post-opératoire dans les services de chirurgie, à l'exception de ne pas se lever ou marcher seuls. Ils peuvent dormir sur le dos,

COMPLICATIONS ET EFFETS SECONDAIRES

Bien que la péridurale soit considérée comme une méthode sûre et efficace elle peut entraîner **certaines complications**. Ces dernières peuvent varier en gravité :

- Bradycardie : une diminution de la fréquence cardiaque peut survenir
- Hypotension artérielle : une des complications les plus courantes causée par la vasodilatation induite par la péridurale
- Brèche dure : ponction accidentelle de la dure-mère
- Péridurale extensive
- Rachianesthésie totale
- Hématome péri-médullaire
- Abcès péridural
- Asymétrie d'analgesie
- Anesthésie sous-durale : administration accidentelle sous la dure-mère
- Intoxication aux anesthésiques locaux : l'absorption systémique excessive des anesthésiques locaux peut provoquer des symptômes de toxicité, y compris des convulsions, une arythmie cardiaque et, dans les cas extrêmes, un arrêt cardiaque.

La péridurale peut également provoquer **des effets secondaires**.

- Dépression respiratoire
- Bloc moteur des membres inférieurs
- Nausées/vomissements
- Prurit
- Analgesie insuffisante
- Infection sur cathéter
- Douleurs lombaires ou dorsales. ■

CADRE LÉGISLATIF

Le cadre législatif confère aux infirmiers une responsabilité significative dans la gestion de la péridurale. En pratique, cela signifie que les infirmiers doivent être formés et compétents pour évaluer et gérer la douleur, ainsi que pour administrer les médicaments de manière sécurisée via les cathéters périduraux. Ils doivent également être en mesure de reconnaître et de réagir rapidement aux complications potentielles, garantissant ainsi une prise en charge optimale et sécurisée des patients. Leur intervention s'inscrit dans un cadre juridique qui met l'accent sur la surveillance, le rôle propre et le rôle prescrit.

Surveillance de la douleur

- **L'article R.4311-2** du Code de la santé publique (CSP) stipule que l'infirmier participe activement à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes. Ce rôle fondamental s'étend à diverses situations cliniques, y compris la gestion des dispositifs de péridurale.

- **L'article R.4311-5** du CSP indique que dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est tenu d'évaluer la douleur. Cette évaluation est essentielle pour adapter les soins et assurer une prise en charge efficace de la douleur, particulièrement importante dans le contexte de l'utilisation d'un cathéter péridural.

- **L'article R.4311-8** du CSP précise que l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Cela permet une réponse rapide et adaptée aux besoins changeants des patients sous péridurale.

Administration de médicaments dans un cathéter péridural

Les infirmiers sont autorisés à effectuer des réinjections de médicaments à des fins analgésiques dans les cathéters périduraux, sur prescription médicale, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment (**article R.4311-9** du CSP). L'IADE, quant à lui, est habilité à gérer les dispositifs d'anesthésie loco-régionale dont fait partie la péridurale (**article R.4311-12** du CSP) et prend en général en charge la péridurale pendant toute la durée de l'intervention. Il est souvent présent lors de la pose, travaillant en binôme avec le médecin anesthésiste réanimateur. ■

mais doivent éviter de le frotter pour ne pas déplacer le cathéter. En général, la péridurale est utilisée pour des interventions lourdes, le patient en convalescence ne se mobilise donc que très peu.

Le rythme de surveillance doit être strictement respecté pour prévenir et identifier les complications à un stade précoce.

- Le médecin qui pose la péridurale effectue une surveillance rapprochée de vingt minutes après l'administration de la dose test, pour s'assurer d'une absence d'intoxication aux anesthésiques locaux.

- Durant les quatre à six premières heures suivant l'insertion du cathéter péridural, une surveillance horaire est impérative. Cette période est critique car le risque de complications est le plus élevé.

- Passé ce délai, la fréquence des contrôles peut être espacée, généralement toutes les six heures, en fonction de l'état clinique du patient. Un ajustement peut être nécessaire si l'état du patient évolue.

Pour tout problème détecté il est impératif d'appeler immédiatement le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) selon le protocole de l'établissement.

Gestion du pansement

Sauf indication contraire d'un protocole de service, le pansement est en général changé tous les deux à trois jours. S'il est souillé ou si les bords se décollent, il est remplacé plus tôt. La zone autour du site d'insertion est nettoyée avec une solution antiseptique, puis laissée à sécher à l'air avant l'application d'un nouveau pansement stérile. Lors du changement, il est important de décoller doucement le pansement pour éviter de tirer sur le cathéter, et d'éviter l'utilisation de ciseaux pour prévenir le risque de section. Le nouveau pansement en place, transparent pour permettre de visualiser le site d'insertion, adhère totalement à la peau. L'objectif principal est de minimiser le risque d'infection tout en maintenant l'intégrité du dispositif. ■

JULIE VIOLET, IADE, MASTER EN PÉDAGOGIE
EN SCIENCES DE LA SANTÉ

EN SALLE DE NAISSANCE

En 2021, l'enquête nationale périnatale a montré que 82 % des femmes accouchaient avec une péridurale, faisant de la France le pays où cette anesthésie est la plus couramment utilisée dans ce cadre. La péridurale est une analgésie efficace pour le travail et l'accouchement dans plus de 98 % des cas. Elle offre également une analgésie adéquate en cas de manœuvres d'extraction instrumentale ou de césarienne en urgence, ce qui permet d'éviter les risques associés à l'anesthésie générale.

Au-delà du choix de la mère, certaines indications obstétricales et médicales peuvent rendre cette intervention

nécessaire. Les indications obstétricales incluent la présentation du siège, la grossesse gémellaire, l'utérus cicatriciel, les anomalies d'insertion placentaire. Les indications médicales englobent les antécédents d'hémorragie du *post partum* sévère, l'obésité morbide, les facteurs de risque d'intubation difficile ainsi que les contre-indications aux efforts expulsifs, telles que le pneumothorax et certaines pathologies ophtalmologiques.

Aucune dilation minimale n'est requise pour administrer une péridurale, tant que le travail est en cours. De même, aucune dilatation maximale ne contre-indique la pose, sauf si la naissance du bébé est imminente. ■

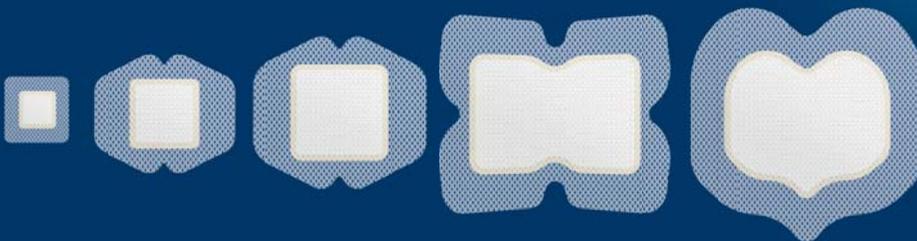
Pour vous, on en fait
toujours plus



NOUVEAUX FORMATS

Co-conçus avec des infirmiers

Technologie TLC-NOSF
Cicatrise plus rapidement.*



UrgoStart plus
Border

NON SUBSTITUABLE*



5,9 cm x 5,9 cm
10 cm x 12 cm

URGO
MEDICAL

TLC-NOSF : Technologie Lipido-Colloïde - Nano OligoSaccharide Factor (KSOS : Sel de Sucrose Octasulfate de Potassium).

*Münter KC, Meaume S, Augustin M, Senet P, Kerihuel J.C. The reality of routine practice: a pooled data analysis on chronic wounds treated with TLC-NOSF wound dressings. J Wound Care. 2017 Feb; 26 (Sup2): S4-S15. Erratum in: J Wound Care. 2017 Mar 2; 26(3): 153. UrgoStart Plus Border: Dispositif Médical de classe IIb (BSI 2797). Lire attentivement la notice avant utilisation. Intégralement remboursables LPPR (Séc. Soc. 60 % + Mutuelle 40 %) dans le traitement de l'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel) et dans l'ulcère du pied chez le patient diabétique d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infecté (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel).

Fabricant : Laboratoires Urgo

Bilans de prévention : un dispositif en ordre de marche

Depuis l'année dernière, les infirmiers libéraux peuvent proposer des rendez-vous de prévention à la population. Une nouvelle mission, en accès direct, qui relève de leur rôle propre.

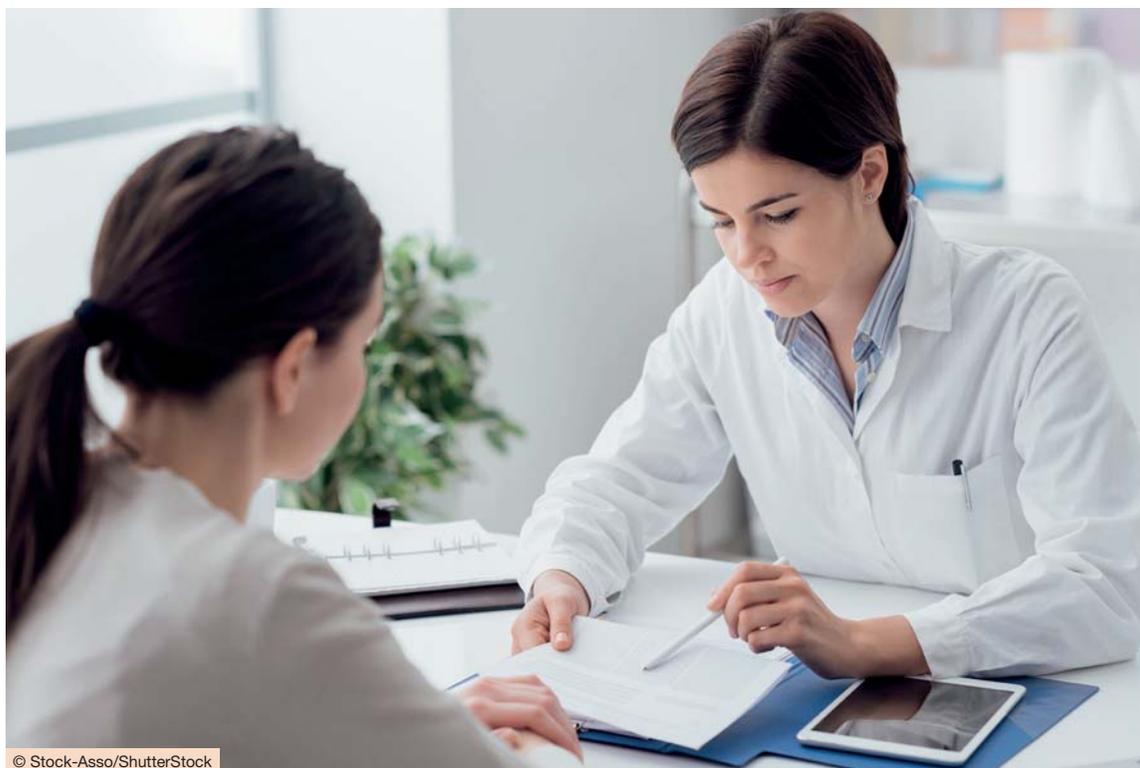
« J'ai vécu la mise en place des bilans de prévention comme une reconnaissance de nos compétences », se souvient Antoine Manzanaro, infirmier libéral à Cestas (Gironde). « La prévention est inscrite dans notre décret de compétences et désormais,

avec ces rendez-vous, nous sommes en accès libre, en premier recours. C'est finalement aussi la reconnaissance de notre autonomie, de notre savoir-faire, d'autant plus que nous faisons de la prévention quotidiennement, nous sommes tout de suite opérationnels. »

“ J'ai vécu la mise en place des bilans de prévention comme une reconnaissance de nos compétences. ”

Agir en prévention

Les bilans de prévention, créés par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023, à l'origine pour trois âges clés de la vie, sont désormais accessibles à quatre catégories de personnes : les 18/25 ans ; 45/50 ans ; 60/65 ans ; et les 70/75 ans. Ce rendez-vous



© Stock-Asso/Shutterstock



Une nouvelle tablette **plus performante**
Une page d'accueil **plus ergonomique**

Vos pouvoirs décuplés.



EN SAVOIR +
05 65 76 03 36

f /SimplyVitale
@ simply.vitale

La solution tout-en-un pour les IDEL

Simply
Vitale
—cegedimsanté—

permet aux personnes d'aborder avec un professionnel de santé (infirmier, médecin, pharmacien, sage-femme, et bientôt kinésithérapeute), des thématiques variées à savoir les antécédents médicaux personnels et familiaux; les comportements et habitudes de vie (alimentation, activité physique et sédentarité, addictions et usages à risque...); la prévention et le repérage de maladies chroniques; le parcours de santé (vaccinations à jour, suivi buccodentaire, variation de poids...); ou encore le bien-être mental et social (sommeil, vie affective et amicale, statut d'aidant, conditions de travail, repérage des situations de violences/maltraitances...). « Cette possibilité qui nous est donnée permet de laisser une grande place au préventif, plutôt qu'au curatif », souligne Anne-Claire Rolland, infirmière libérale à Saint-Gilles (Ille-et-Vilaine). « La prévention représente le premier médicament, ajoute Nicolas Mignard, infirmier libéral à Lespignan (Hérault). Les tutelles devraient investir davantage dans ce domaine, et en attendant, si nous pouvons être acteurs, je souhaite participer ! »

Une démarche « d'aller vers »

Un bémol cependant : l'Assurance maladie n'a pas encore communiqué aux différentes tranches d'âge la possibilité de demander ce bilan de prévention. « Il serait intéressant pour la profession qu'une campagne de communication soit lancée, soutient John Pinte, président du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil), qui dénonce une inégalité entre les professionnels concernés. Aujourd'hui, les pharmaciens peuvent facilement s'en emparer puisque toute la journée, au sein de leur officine, ils reçoivent la population générale, contrairement aux infirmiers libéraux, qui ne peuvent pas faire de publicité sur leur activité. » L'Assurance maladie aurait prévu une campagne d'ici la fin de l'année. En attendant, les infirmiers libéraux peuvent s'inscrire sur la plateforme sante.fr afin de référencer leur cabinet dans cette action; une source d'orientation utile notamment pour la plus jeune génération habituée à prendre ses rendez-vous en ligne. Sinon, ils peuvent en parler à leurs patients et à leur entourage. « Il est vrai que la démarche est particulière car nous sommes habitués, en tant qu'infirmiers, à ce que les patients nous sollicitent pour des soins, reconnaît Nicolas Mignard. Or, avec les bilans de prévention santé, nous devons être dans une démarche "d'aller vers", et les proposer nous-mêmes aux personnes potentiellement concernées, au cours d'un soin ou lors d'une rencontre chez un patient. » Pour le moment, l'infirmier a mené environ six bilans de prévention. « C'est moi qui suis allé vers eux », ajoute-t-il. « J'ai reçu des aidants familiaux, des enfants ou petits-enfants de patients, ce qui m'a permis d'accompagner plusieurs tranches d'âges à savoir 18/25 ans, 45/50 ans et 70/75. » De son côté, Anne-Claire Rolland n'a reçu que deux demandes

“ Cette possibilité qui nous est donnée permet de laisser une grande place au préventif, plutôt qu'au curatif. ”

de femmes situées dans la tranche 45/50 ans, venues spontanément. L'une n'a pas donné suite.

Le déroulement d'une séance

Pour le premier rendez-vous de prévention qu'elle a organisé, Anne-Claire Rolland a proposé à la patiente de la recevoir avec sa collègue. « Nous sommes habituées à effectuer de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) sur des thématiques précises alors que le bilan de prévention porte sur des sujets plus vastes, indique Anne-Claire Rolland. Le fait d'être intervenues à deux nous a permis d'être complémentaires car ma consœur possède de solides connaissances en cardiologie et moi en santé de la femme. » Pour préparer son rendez-vous avec le professionnel de santé, le patient peut remplir, en amont, un auto-questionnaire sur ses habitudes de vie, ses principaux facteurs de risques et ses aspirations, depuis son profil *Mon espace santé*. Il prend ensuite rendez-vous avec un professionnel de santé effecteur – généralement en dehors des tournées pour les infirmiers –, et est invité à apporter, si possible, ses informations de vaccination, ses derniers résultats d'analyses et de dépistage.

Le bilan de prévention se découpe en trois grandes étapes. Tout d'abord, le repérage des risques individuels du patient avec l'aide de l'auto-questionnaire et de la fiche d'aide. Vient ensuite l'étape de la priorisation conjointe d'un ou deux sujets de prévention, dans le cadre d'une décision partagée entre le professionnel de santé et le patient. Pour les aborder, il est possible de recourir à des outils et méthodes qui suscitent et renforcent la motivation au changement d'habitudes. Enfin, à l'issue du bilan, le professionnel de santé et la personne rédigent un Plan personnalisé de prévention (PPP) contenant les objectifs prioritaires construits conjointement; les obstacles rencontrés dans la conduite du changement des habitudes de vie; les actions concrètes à mettre en place pour faciliter ce changement; les ressources et intervenants que le patient peut consulter. Après le rendez-vous, les infirmiers libéraux rédigent un compte-rendu de l'entretien, le déposent dans le Dossier médical partagé (DMP) du patient sur *Mon espace santé*, et peuvent le transférer au médecin traitant si un point médical doit être identifié.

Retours de terrain

Lors de sa venue, la patiente d'Anne-Claire Rolland a notamment identifié comme thématiques prioritaires à

Découvrez le NOUVEAU GUIDE DE L'INSTALLATION en libéral !

Le guide incontournable
pour devenir infirmière libérale !



À TÉLÉCHARGER GRATUITEMENT
sur La Ruche des Infirmières Libérales !

laruche.cbainfo.fr



aborder l'activité physique, les risques cardiovasculaires, la santé gynécologique et sexuelle, ainsi que la vaccination. « Elle était très centrée sur la santé de la femme et avait l'impression de ne pas faire suffisamment d'activité physique, se souvient l'infirmière. Sa famille fait de l'hypertension et de l'insuffisance cardiaque, ce qui la préoccupait également. » Après avoir décidé des thématiques à approfondir, le rôle infirmier consiste à conseiller le patient et le réorienter vers un professionnel de santé si besoin. « Nous pouvons aussi, systématiquement, prendre ses constantes, ce qui permet de détecter une éventuelle hypertension », complète Anne-Claire Rolland. De son côté, Antoine Manzanaro a effectué trois bilans de prévention (18/25 ans ; 45/50 ans et 60/65 ans). Toutes les personnes avaient rempli le pré-questionnaire. « L'une des patientes s'est toujours demandé si elle n'était pas diabétique et son médecin traitant ne s'en est jamais vraiment préoccupé, raconte-t-il. J'ai donc alerté son praticien sur ce point. » Son jeune patient avait, pour sa part, peu de questionnements particuliers. « Il était au clair sur les infections sexuellement transmissibles et les addictions, mais j'ai pu effectuer une piqûre de rappel sur ces sujets, m'assurer qu'il était à jour de ses vaccins, et l'interroger sur la façon dont il a vécu le confinement », énumère l'infirmier.

Nicolas Mignard a, quant à lui, passé en revue les questionnaires avec les personnes reçues car aucune ne les avait pré-remplis. « Cela nous a permis de dérouler les questions et d'aborder les sujets en même temps, de manière plus dynamique », estime-t-il. Globalement, il n'a eu aucune orientation à effectuer sauf éventuellement pour les dépistages organisés des cancers du sein et colorectal. « Même si les gens sont en bonne santé, nous trouvons toujours un sujet à évoquer, car ils ne se rendent pas nécessairement compte de leurs habitudes de vie », souligne Nicolas Mignard. Avec le plus jeune, il a parlé de santé sexuelle et de la pression ressentie par l'entrée dans la vie active, en lien avec sa santé mentale. Le jeune homme n'était, par ailleurs, pas vacciné contre le papillomavirus. « J'ai pu effectuer un rattrapage », ajoute-t-il. Cette mesure concrète de prévention des risques est valorisante, d'où l'intérêt pour les infirmiers de s'être formés à la prescription des vaccinations.

Documentation et cotation

Pour mener les bilans de prévention, aucune formation complémentaire n'est requise. « Pendant nos études, nous avons étudié toutes les pathologies, mais avec le temps et notre expérience au sein de services spécifiques, nous pouvons avoir plus ou moins d'appétences pour certaines thématiques, estime Antoine Manzanaro. J'estime par exemple que mes conseils autour de la thématique de la dépression de l'adolescent seront moins pertinents que ceux relevant de la cardiologie ou de la

cancérologie. Si cette thématique doit être abordée, je prends donc plus de temps, après la lecture de l'auto-questionnaire du patient, pour me préparer. » Les infirmiers libéraux ont accès à de la documentation relativement riche, fournie par le ministère de la Santé, Santé publique France et l'Assurance maladie, pour se constituer des dossiers avec des fiches d'aides à l'entretien. Ils peuvent aussi imprimer des échelles d'évaluation et des tests (dépistage de l'anxiété, de la dépression, de la DMLA, tabagisme, etc.), « ce qui demande un temps de travail non négligeable », reconnaît Anne-Claire Rolland. « C'est important de les avoir déjà imprimées pour pouvoir rebondir rapidement face aux patients », estime Nicolas Mignard.

“
Même si les gens sont en bonne santé, nous trouvons toujours un sujet à évoquer, car ils ne se rendent pas nécessairement compte de leurs habitudes de vie.”

Ce bilan de prévention, coté 30 euros en métropole et 31,50 euros en Outre-mer (code acte « RDI »), n'est facturable qu'une fois par personne, par tranche d'âge. Le compte-rendu doit donc bien être déposé dans l'espace santé du patient, afin qu'il soit visible par les autres professionnels et ainsi éviter la prise d'un autre rendez-vous, qui ne pourrait alors pas être facturé.

Si la rémunération est identique pour tous les professionnels, « les médecins et les sages-femmes peuvent toutefois cumuler un rendez-vous pour un bilan de prévention avec une consultation, ce qui représente un problème en termes d'égalité entre les professions, car nous ne disposons pas de cette opportunité », souligne John Pinte. Et d'ajouter : « L'Assurance maladie nous a informés que les infirmiers pouvaient, de leur côté, le cumuler avec un rendez-vous pour la vaccination, mais qui va venir à un bilan de prévention avec son vaccin ? » Par ailleurs, au regard du montant de la cotation, « il faut être vigilant à se limiter à un "bilan" et non effectuer de l'éducation à la santé, car le rendez-vous serait alors plus lourd, donc nécessairement moins rentable », ajoute le président du Sniil. La profession déplore d'ailleurs qu'un temps ne soit pas prévu à cette éducation à la santé. Autre regret : l'absence de suivi des patients. « C'est frustrant car les infirmiers ne peuvent pas savoir s'ils vont observer leurs recommandations », regrette John Pinte. En attendant, les infirmiers investis se disent satisfaits de pouvoir utiliser leurs savoirs dans une approche globale, pour agir en prévention auprès de la population et varier leurs compétences. ■

LAURE MARTIN

IDEAL, DÉCOUVREZ LE NOUVEL ALBUS QUI FACILITE ENCORE PLUS VOTRE QUOTIDIEN !

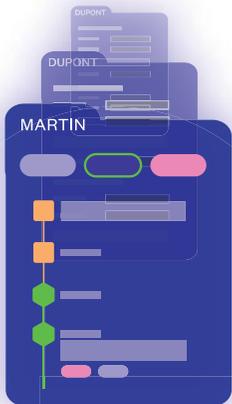
Albus
L'appli des infirmiers



La seule appli
mobile qui
**FUNCTIONNE
HORS
CONNEXION !**

Une nouvelle interface web

Plus belle, plus moderne,
plus lisible et plus complète !



Le dossier de soins patients

Traçabilité et transmissions
facilitées !



Les prescriptions vocales

Dictez, photographiez,
Harry fait le reste pour vous !



« Albus, un allié de taille au quotidien dans l'exercice de la profession IDEL. De l'accueil téléphonique à la prise en charge personnalisée et exemplaire du support, tout est fluide, responsable, professionnel et toujours sympathique »
Bruno V. (infirmier libéral)

POUR EN SAVOIR PLUS
SUR ALBUS LATITUDE

03 89 57 57 17

www.albus.fr

Prise en charge des soins non programmés : un déploiement varié dans les territoires

Depuis un peu plus de deux ans, les infirmiers libéraux peuvent intervenir, de manière formalisée, dans la prise en charge des soins non programmés. En parallèle des « mesures Braun », d'autres initiatives sont portées dans les territoires.



Dans le cadre de leur tournée, les infirmiers libéraux sont régulièrement amenés à effectuer des soins non programmés (SNP) pour leurs patients, confrontés à une problématique de santé ne relevant pas de l'urgence vitale. Depuis les mesures prises à l'été 2022 par François Braun, alors ministre de la Santé, ils peuvent aussi s'impliquer dans la prise en charge des SNP d'autres patients, en appui de la régulation et sur sollicitation du Samu-Centre 15, afin d'éviter la saturation des urgences.

Dans la continuité de ces mesures, la loi Rist du 19 mai 2023 leur a officiellement accordé la possibilité de concourir à la mission de service public de Permanence des soins ambulatoires (PDSA) de 20 heures à 8 heures en semaine, le samedi de 12 heures à minuit ainsi que toute la journée les dimanches et jours fériés.

Les rémunérations prévues pour ces dispositions devraient être discutées dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles entre les syndicats représentatifs des infirmiers libéraux et l'Assurance maladie. En attendant, le ministère de la Santé a prolongé, début juillet 2024, la possibilité pour les infirmiers volontaires, d'être sollicités, à la demande du centre 15 ou d'un Service d'accès aux soins (SAS). Ils peuvent ainsi se rendre au domicile du patient appelant afin d'évaluer la situation, réaliser une téléconsultation avec le médecin régulateur et/ou un acte infirmier si nécessaire ou encore dispenser des conseils. Pour adhérer à ce dispositif, l'infirmier volontaire doit se rendre disponible sur des créneaux d'une durée de six heures (jour et/ou nuit) en réduisant son planning habituel. La valorisation des astreintes est de 78 euros par période de 6 heures, soit 13 euros par heure pour les astreintes aux horaires de PDSA, et de 60 euros par période de 6 heures soit 10 euros par heure en dehors des horaires de la PDSA. « Nous pouvons intervenir pour des levées de doute, afin de vérifier une situation à domicile et effectuer un compte rendu au régulateur, qui décide des suites de la prise en charge », rapporte Janis Francazal, infirmière libérale et secrétaire de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Infirmiers Occitanie.

Astreinte et permanence des soins

Dans les territoires, l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes n'a pas attendu les mesures Braun pour réfléchir, dès 2018, à un dispositif expérimental de prise en charge de SNP avec des astreintes assurées par des infirmiers libéraux. D'autres URPS se sont saisies de cette opportunité offerte aux infirmiers depuis l'été 2022 pour s'organiser sur leur territoire. C'est le cas dans les Pays de la

Loire, où l'URPS, qui avait déjà noué des liens avec le Centre hospitalier du Mans, « a monté en dix jours, à la demande des médecins, un dispositif pour la prise en charge des SNP », fait savoir Stéphanie Vilain, infirmière libérale, secrétaire de l'URPS et coordinatrice du projet. L'URPS a décidé de calquer les territoires d'astreinte des infirmiers libéraux sur ceux de la PDSA médicale, connus des régulateurs. L'objectif a été d'encourager les infirmiers à assurer des astreintes sur les mêmes horaires que la PDSA, en excluant la nuit profonde. Après plusieurs mois de mise en œuvre, une évaluation a permis de constater que dans les territoires où les infirmiers sont intervenus pour la prise en charge de SNP, 80 à 85 % des patients ont pu rester à leur domicile. « Notre intervention n'est pas déclenchée pour de l'urgence vitale ou pour de l'urgence médicale non vitale, mais uniquement pour des patients ne pouvant pas se déplacer, précise Stéphanie Vilain. Les infirmiers sont donc sollicités pour des sondages urinaires, une évaluation des plaies, un bilan de chutes sans gravité ou encore des petits malaises sans perte de connaissance. Nous mettons notre expertise du domicile au service du régulateur pour des levées de doutes afin d'effectuer un bilan clinique de proximité. » En attendant les négociations conventionnelles, le financement de ce dispositif s'appuie sur le modèle des mesures Braun.

Des interventions en journée

Depuis décembre 2022, ce dispositif a été complété, à la demande du Samu, par des interventions en journée, uniquement dans la Sarthe et la Vendée – et en cours de déploiement dans le reste de la région, dans un cadre dérogatoire validé par la Caisse primaire de l'assurance maladie (Cpam). Du lundi au vendredi, le régulateur peut appeler l'infirmier de proximité, c'est-à-dire celui du patient ou celui qui se trouve géographiquement le plus proche de son domicile, pour une intervention afin d'effectuer une levée de doute, sans qu'il n'y ait nécessairement de notion d'astreinte. « Nous sommes dans le cadre de notre périmètre géographique d'intervention, il est donc facile pour nous d'intervenir chez des patients, en journée, pendant notre tournée », soutient Stéphanie Vilain. Cette intervention est rémunérée uniquement pour le bilan clinique de proximité facturé 1 AMI5.6 ou pour l'acte accompli, en fonction du montant. « Avec ces différents modes d'intervention, nous participons au maintien des patients à domicile en leur apportant la qualité des soins dont ils ont besoin, tout en évitant l'engorgement des urgences », se félicite Stéphanie Vilain.

Des sollicitations en Ehpad

Des URPS (Île-de-France, Occitanie, La Réunion notamment) déploient également, pour certaines depuis 2019, des dispositifs d'astreintes assurées par des infirmiers

“
Nous sommes dans le cadre de notre périmètre géographique d'intervention, il est donc facile pour nous d'intervenir chez des patients, en journée, pendant notre tournée.”

libéraux, auprès d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ainsi, les équipes soignantes des Ehpad peuvent appeler l'infirmier libéral volontaire d'astreinte la nuit, en cas de problématique avec un résident : chute, douleur, dégradation de l'état de santé, besoin de réassurance pour un patient agité. Les Agences régionales de santé (ARS) participent au financement d'une telle mesure pour indemniser les infirmiers à savoir 100 euros la nuit de semaine, 150 euros la nuit le week-end et les jours fériés. Un process de sécurisation est mis en place avec un appel de tous les Ehpad au moins une fois par semaine par l'infirmier d'astreinte, qui perçoit aussi une indemnité du forfait téléphonique de 20 euros par semaine et 30 euros pour un déplacement à l'Ehpad.

Au sein de structures d'exercice coordonné

Les infirmiers libéraux peuvent également intervenir pour la prise en charge des SNP, dans le cadre d'initiatives portées par des structures d'exercice coordonné type Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou encore Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Dans le Tarn-et-Garonne, les CPTS, organisées en inter-CPTS, ont mis en place un dispositif de Traitement et d'orientation des demandes de soins non programmées (TOD-SNP) avec un secrétariat dédié. Les appels des patients pour des demandes de SNP sont basculés du Samu ou de la PDSA au TOD-SNP. « Les patients pouvant se déplacer sont orientés vers des médecins volontaires, explique Janis Francazal. Pour les patients dépendants, ce sont des infirmiers libéraux assurant des astreintes qui se déplacent au domicile. » Chaque CPTS est équipée d'une mallette de téléconsultation à disposition des infirmiers. Pour cette téléconsultation assistée, ils sont rémunérés 15 euros brut, par l'Assurance maladie. « La CPTS Quercy Garonne ajoute un forfait de participation de 1 500 euros par an, par infirmier au titre de son engagement, sur une base minimum de sept astreintes par an », précise Janis Francazal. Des protocoles de coopération à l'échelle des CPTS permettent aussi aux infirmiers d'intervenir pour la prise en charge des cystites simples.

De nombreux dispositifs mobilisant les infirmiers libéraux sont donc désormais disponibles pour aider à soulager les tensions aux urgences. ■

LAURE MARTIN

Évaluation des pratiques professionnelles : vers une amélioration continue des soins

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des infirmiers répond à des enjeux professionnels et institutionnels. Sa mise en œuvre à l'hôpital, indissociable de l'engagement de la direction, laisse place à la créativité. Exemples au CHRU de Tours et à l'hôpital Foch de Suresnes.

Un dossier perdu, des résultats de soins indésirables, des retours négatifs de patients... La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) vise à réduire les pratiques non adaptées aux besoins du patient en faisant bénéficier à chacun de soins efficaces, efficaces, sûrs et conformes aux données actualisées de la science. Les méthodes (voir encadré) permettent d'analyser sa pratique au regard de la pratique idéale attendue (recommandations, protocoles, procédures de soins...). De cette confrontation émergent les actions d'amélioration.

Loin de se réduire aux dysfonctionnements, l'EPP des infirmiers se définit aussi par l'interrogation des pratiques innovantes. On le sait, les bonnes pratiques précèdent souvent les réglementations... « C'est une démarche que les professionnels aiment, à condition que les choses soient encadrées, portées et inscrites institutionnellement. Cela permet de valoriser les

professionnels qui ont souvent tendance à banaliser les pratiques intéressantes qu'ils ont mises en place et qui améliorent la qualité des soins », souligne Christine Moriceau, directrice des soins et des parcours, en charge de la coordination générale des soins au CHRU de Tours. « Il est important d'être force de proposition dans l'évolution de nos propres pratiques pour les démontrer. Cela signe la dynamique de nos professions. En rhumatologie, nous avons par exemple autorisé un exercice à 50 % de musicothérapie pour une infirmière diplômée en musicothérapie, en ayant auparavant mesuré l'impact sur la gestion de la douleur et la manière dont cela prend place concrètement dans une prise en charge globale. »

Aujourd'hui, le terme semble presque désuet, tant l'EPP recouvre des aspects divers, incluant la formation continue, la recherche en soins infirmiers, la coordination des soins et le développement des compétences. Alors qu'en 2009 des critères d'évaluation de la pratique pour les soins infirmiers étaient proposés par la HAS sur huit thèmes spécifiques (les chambres à cathéter implantables, l'isolement en psychiatrie, le dossier de soins infirmiers du malade à domicile...), les méthodes d'EPP ne font plus l'objet de suivi spécifique de la HAS, ni de nouveaux développements. Certaines ont néanmoins servi de base à la définition de méthodes pour le dispositif « Développement professionnel continu (DPC) » et les actions d'EPP font partie des obligations triennales dans le cadre des actions de DPC (action de formation, action d'évaluation de pratique professionnelle et action de

LES DIFFÉRENTES APPROCHES

- les approches par l'analyse de cas : CREX (Comité de retour d'expérience), RMM (Revue de mortalité et morbidité) liées à la déclaration d'EI : espaces collaboratifs (revues de dossiers, staffs EPP, groupes de pair, réunions de concertations pluridisciplinaires)
- les approches par les standards de soins (audit clinique, revue de pertinence des soins, chemin clinique, patient ou étudiant traceur)
- les approches par la mesure (indicateurs de performance : processus, résultats) ■

Source : Formation à l'intention des professionnels des 3C Le 15 septembre 2022 en Webinaire, Dr Catherine Pourin et Bénédicte Guerrier, Ccecaq

gestion des risques). Cette approche prend également place dans la certification périodique des professionnels de santé (ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021).

Démarche protéiforme et enjeux d'attractivité

L'évaluation des pratiques professionnelles se déploie de manière protéiforme, au niveau national, régional et local : référentiels de prise en charge, projet d'établissement, contractualisation de pôle, campagne de mesures des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), préparation à la certification HAS, déclaration des événements indésirables (EI), mesure de la satisfaction des patients... Ce développement de la culture qualité chez les soignants est intégré à la pratique individuelle et en équipe, à la formation continue et aux orientations stratégiques de l'établissement.

L'objectif ? Augmenter la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins. « *Sans évaluation des pratiques, on prend d'énormes risques dans la pertinence de nos soins et dans nos formations. C'est la performance du système qui est en jeu* », assure Christine Girault, directrice des soins, en charge de la coordination générale des écoles et des instituts au CHRU de Tours. L'EPP répond ainsi à des enjeux professionnels (maintien de la qualité des soins, harmonisation des pratiques, espaces de travail collaboratifs à retrouver) et à des enjeux institutionnels (orientation stratégique du projet d'établissement, image et attractivité...), résumant le Dr Catherine Pourin et Bénédicte Guerrier (Formation en Webinaire, 15 sept 2022, Ccecaq).

Le développement de la culture qualité chez les soignants passe par la pratique d'une EPP au fil de l'eau. Au cours d'une transmission ciblée par exemple, les événements indésirables seront tracés afin de mettre en place en temps réel une démarche de prévention des risques.

Recherche d'amélioration continue

Autre approche proactive : le choix d'une thématique qui correspond à une prise en charge diagnostique, thérapeutique ou préventive fréquente, grave ou coûteuse, avec un potentiel d'amélioration de la pratique. À l'hôpital Foch, à Suresnes, 343 paramédicaux ont ainsi suivi en février 2024 une formation institutionnelle sur la bientraitance dans le soin. Les échanges autour des différentes situations vécues dans la relation au patient ont permis d'identifier des situations emblématiques à travailler, avec un ancrage dans la réalité du quotidien des soignants. Cadre de santé référent sur la qualité, Laurence Raffin animait de son côté une trentaine d'ateliers inter-équipes (brainstorming et vidéos sur des situations de maltraitance ordinaire), lors de la formation d'intégration des nouveaux infirmiers et lors d'animations dans les services de soins.

LA MISE EN ŒUVRE D'UNE EPP

- Choisir les thèmes et définir leurs objectifs
- Faire valider (cohérence institutionnelle entre les différentes approches et les ressources à mobiliser)
- Choisir la méthode d'évaluation en fonction des objectifs (audit clinique, revue de pertinence, chemin clinique)
- Identifier les acteurs du projet et leurs rôles
- Planifier et réaliser les EPP
- Restituer et valider les résultats
- Définir les plans d'action d'amélioration
- Faire le suivi des actions et mesurer les résultats ■

Source : Formation à l'intention des professionnels des 3C Le 15 septembre 2022 en Webinaire
Dr Catherine Pourin et Bénédicte Guerrier, Ccecaq

C'est en observant l'intérêt grandissant des paramédicaux pour la recherche clinique que Dominique Reynaert, la directrice des soins de l'hôpital Foch, a souhaité renforcer en parallèle l'évaluation des pratiques. Un sujet clé pour la fidélisation des professionnels, de plus en plus nombreux à s'impliquer dans des groupes de réflexion et des travaux institutionnels. « *L'engagement des professionnels dans les EPP doit satisfaire une recherche d'amélioration continue des pratiques professionnelles et ne pas répondre simplement à un attendu de certification* », indique Dominique Reynaert, qui a par ailleurs lancé des audits ponctuels entre pairs sur divers sujets autour des thématiques en lien avec l'intimité, le respect des libertés du patient, la prévention du risque infectieux (les portes fermées, les contentions, les pansements des voies veineuses ou le lavage de mains). Les résultats d'enquête *e-satis* sont une source intéressante sur les pratiques. La préparation à la sortie a par exemple fait l'objet d'une nouvelle procédure de bonnes pratiques en dix points qui sera évaluée aussi de façon périodique. « *J'essaie de challenger les cadres de santé pour qu'ils organisent ces évaluations dans leurs services, en partageant avec leurs équipes les sujets qu'ils veulent traiter, mais surtout en leur imposant le moins de contraintes possible* », précise-t-elle, en insistant sur l'importance « *de mettre en valeur ce qui est bien fait* ».

Pour qu'elle soit intéressante pour les équipes, la démarche d'EPP doit être intégrée dans une approche globale et continue de l'offre de soins. Christine Girault, directrice des soins, en charge de la coordination générale des écoles et des instituts au CHRU de Tours, en est convaincue : « *C'est une véritable acculturation des personnels. On ne peut considérer l'EPP sans penser la recherche, la qualité et la gestion des risques* ». La mise en place de ce processus dynamique conduisant l'ensemble des professionnels vers l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients. ■

GAËLLE DESGRÉES DU LOÛ



La Complémentaire Retraite des Hospitaliers : le 1^{er} Plan d'Épargne Retraite de la Fonction Publique Hospitalière

Depuis plus de
60 ans, le Plan
d'Épargne Retraite
proposé par
le C.G.O.S
s'inscrit dans
ses valeurs sociales
et solidaires.

Les agents de la Fonction Publique Hospitalière ont une part importante de leur rémunération versée sous forme de primes. Or, celles-ci ne sont que partiellement prises en compte dans le calcul de leur retraite de base, entraînant une baisse de revenus de 25 à 30 % en moyenne par rapport à leur dernier salaire brut mensuel de base.

Pour pallier cette baisse, **il y a plus de 60 ans, le C.G.O.S, a fondé la Complémentaire Retraite des Hospitaliers.** Avec une idée forte et visionnaire : créer un complément de retraite géré par les hospitaliers pour les hospitaliers afin de les aider à maintenir leur niveau de vie à la retraite.

La Complémentaire Retraite des Hospitaliers est **un Plan d'Épargne Retraite (PER) 100% dédié aux agents**

hospitaliers et à leurs conjoints non hospitaliers.

Accessible à tous les budgets, il permet, pendant la vie active, d'épargner chaque mois en fonction de ses possibilités financières avec le choix entre **4 taux de cotisations (2,5 %, 3,5 %, 4,5 % ou 5,5 % du salaire brut mensuel de base).** Mais il est possible de **modifier ce taux (à la hausse comme à la baisse) à tout moment, sans frais ni pénalités.**

Et pour que chaque euro cotisé soit transformé en épargne, **aucuns frais ne sont prélevés sur les cotisations versées** (contrairement à certaines banques et assurances).

Sur demande, **les cotisations peuvent être chaque année entièrement déductibles du revenu imposable***. Il est également possible, pour augmenter le

Découvrez l'histoire, les valeurs et les avantages de la CRH en vidéo :

Rendez-vous sur :

crh.cgos.info

ou

Pointez le QR code
avec l'appareil
photo de votre
smartphone.



COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS

L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S

OUVERT À TOUS LES TITULAIRES, CONTRACTUELS
ET PRATICIENS HOSPITALIERS PUBLICS,
Y COMPRIS AUX AGENTS DE L'AP-HP

PENDANT LA VIE ACTIVE, VOUS ÊTES LIBRE

- > de choisir un taux de cotisation **adapté à votre budget**
- > d'utiliser votre épargne retraite pour **l'achat de votre résidence principale***
- > de faire **des économies d'impôt chaque année***
- > **d'adapter vos cotisations**, sans frais ni pénalités

DEMAIN, À LA RETRAITE, VOUS ÊTES LIBRE

- > **de récupérer** votre épargne comme vous le souhaitez :
-  en capital versé à votre retraite versé en une ou plusieurs fois,
- ou**
-  en revenus réguliers (rente) toute votre retraite,
- ou**
-  en « cagnotte » disponible pendant votre retraite,
- ou**
-  en combinaison de 2 ou 3 de ces possibilités, à la carte*.

montant de l'épargne, d'effectuer, sans frais, **des versements supplémentaires aux cotisations mensuelles** (de 500 € à 50 000 € par an).

Et le moment venu ? Au moment de la retraite - ou à l'âge légal de départ à la retraite, **4 options sont offertes pour récupérer son épargne** : en capital⁽¹⁾, en rente trimestrielle⁽²⁾, en « cagnotte⁽³⁾ » ou un mix de 2 ou 3 de ces possibilités⁽³⁾.

Sans oublier que, pendant la vie professionnelle, **l'épargne reste disponible pour acheter sa résidence principale⁽⁴⁾** (que l'on soit primo accédant ou non) et en cas d'accidents de la vie.



Jeunes hospitaliers :
pour vous aider à
préparer votre retraite
dès aujourd'hui

Bénéficiez d' **1 mois de cotisation offert***
jusqu'à l'année au cours
de laquelle vous fêtez
votre 40^{ème} anniversaire.

* À récupérer
sous forme de points.

*Selon les conditions générales et la législation fiscale en vigueur

(1) Sauf pour la part issue de transfert de versements obligatoires, liquidable uniquement sous forme de rente viagère. Ainsi que les droits pour lesquels vous auriez opté pour la sortie irrévocable sous forme de rente viagère. (2) Depuis le 1^{er} avril 2008, toute nouvelle affiliation bénéficie d'une rente garantie à vie par Allianz Retraite. (3) Selon conditions contractuelles. (4) Sauf pour la part issue de transferts de versements obligatoires, qui n'est pas rachat pour ce motif. Une fois à la retraite, la prestation de la CRH (capital ou rente) pourra être soumise à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux, totalement ou partiellement, selon la réglementation en vigueur.



**LE MOIS
DE LA RETRAITE**
DES HOSPITALIERS
DU C.G.O.S



Du 1^{er} octobre au 31 octobre 2024

Affiliez-vous à la Complémentaire Retraite des Hospitaliers
et participez automatiquement au tirage au sort
pour tenter de gagner

2000 €
de cotisations !

10 gagnants parmi les nouveaux affiliés !



Des conseillers retraite sont à votre écoute :

du lundi au vendredi : 9h-12h / 14h-17h

0 800 005 944 Service & appel gratuits

Plus d'informations sur

crh.cgos.info



Secret professionnel : quand le silence est d'or

LIRE AUSSI :
UN SOIGNANT A-T-IL
LE DROIT DE CONSULTER TOUS
LES DOSSIERS DES PATIENTS
DE LA STRUCTURE QUI L'EMPLOIE ?
[HTTPS://BIT.LY/3XHEKBH](https://bit.ly/3XHEKBH)

On a coutume de parler de secret médical, mais l'obligation de confidentialité liée aux informations acquises lors de la prise en charge des patients s'étend à tous les soignants. Bien qu'ils sous-estiment souvent le sujet, les infirmiers sont concernés au premier chef.



© iStock/seb_ra

Entre Charybde et Scylla. Voici la situation des infirmiers qui, face au secret professionnel, doivent composer avec une société qui d'un côté donne toujours plus d'importance à la transparence, à la circulation, au partage de l'information, et qui de l'autre érige la vie privée en principe intangible, fondement de toute liberté. Et pourtant, ce sujet déontologique majeur semble faire l'objet d'une relative méconnaissance au sein de la profession : tout se passe comme si les difficultés du quotidien prenaient le pas sur ces questions vues par les soignants comme des arguties éthiques dont on s'occupera quand on en aura le temps. Or, contrairement

à ce que l'on pourrait croire, le secret professionnel est quelque chose de très concret pour les professionnels de santé, et le trahir peut entraîner des conséquences majeures pour le patient comme pour l'infirmier.

« Le secret professionnel est connu dans le monde infirmier, mais il est connu un peu comme on connaît une légende, comme quelque chose d'un peu culturel : on sait qu'il y a un halo de secret autour de nous, souvent sans vraiment savoir le définir précisément », constate Gilles Devers, avocat au barreau de Lyon spécialisé dans les questions de santé en général, et dans la défense des infirmiers en particulier. Or le secret professionnel n'a rien d'évanescant, il est

inscrit dans le marbre du code de déontologie infirmier en son article 44312-5, article qui fait lui-même référence à l'article L.1110-4 du code de la santé publique, et qui instaure ce que le juriste résume comme une « obligation de garder le silence sur tout ce qu'on a pu apprendre, entendre, lire, comprendre », au cours des soins.

Le mot important ici, est le mot « tout ». Car comme le précise l'Ordre national des infirmiers (ONI) dans ses commentaires au code de déontologie, le secret couvre, « outre les informations relatives à l'état de santé du patient, toute information le concernant ayant trait à sa vie privée par exemple ». Par ailleurs, elles ne se limitent pas aux informations confiées par le patient, et peuvent ainsi notamment inclure des « éléments donnés par la famille du patient au cours des soins », précise l'ONI. Il faut également noter, complète Mathieu Da Silva, avocat au barreau de Paris lui aussi spécialisé dans les questions de santé, que « personne ne peut délier le soignant de l'obligation du secret, sauf dans les rares cas prévus où il y a une menace directe pour la sécurité, ou encore les cas de maltraitance... »

Avancer en terrain miné

Avec une définition du secret professionnel infirmier aussi large, le soignant qui souhaite respecter à la lettre son obligation de confidentialité avance en terrain miné : chaque action ou presque porte un risque de violation. Une situation qui a tendance à s'aggraver avec la numérisation des dossiers patient, qui rend l'accès et le partage des informations aussi simples que rapides. « Si j'ouvre n'importe quel poste informatique aux Hospices civils de Lyon, j'ai accès à des quantités d'information incroyables », note ainsi Gilles Devers. Voilà qui facilite grandement les prises en charge, mais qui multiplie les risques d'accès et de partage de données hors du cadre de la loi.

Et pourtant, contrairement à ce que l'on pourrait attendre, les procédures pour violation du secret professionnel infirmier sont relativement rares, selon les avocats. « Nous ne sommes pas souvent sollicités à ce sujet, car par hypothèse, quand le secret est violé, la principale victime n'est pas au courant, constate Gilles Devers. Quand un patient est opéré du genou droit au lieu du gauche, il vient assez rapidement nous trouver, mais quand une information est partagée, le patient le découvre rarement, et quand il le découvre, il n'a pas souvent envie de faire un recours... après tout, il a été soigné. » Par ailleurs, souligne Mathieu Da Silva, les procédures sont freinées par « une forme d'autorité qui émane des professionnels de santé, et qui fait que les patients ne réalisent pas forcément que les informations divulguées sont confidentielles ».

Des situations et des sanctions variées

Reste que malgré tout, certains dossiers parviennent à ressortir. « On a des situations classiques, comme

celle d'un soignant qui, lors d'une discussion courante, par exemple lors d'un dîner, diffuse des informations, témoigne Mathieu Da Silva. J'ai aussi eu à traiter ces derniers mois des cas de soignants qui consultent le dossier de leurs collègues en leur qualité de patient, et qui vont par la suite par exemple dire dans le service que la personne est enceinte alors qu'elle ne voulait pas que cela se sache. »

Quand de telles violations sont constatées, les sanctions peuvent être de trois ordres. « Il y a d'abord la responsabilité des employeurs, qui engagent des procédures disciplinaires avec à la clé des blâmes, des avertissements ou des exclusions temporaires, mais sur lesquelles on a peu d'éléments car les sanctions des employeurs sont elles-mêmes couvertes par le secret, explique Mathieu Da Silva. Mais il faut souligner que c'est un sujet pris au sérieux par les administrations. Il y a d'autre part les sanctions ordinaires, qui sont très diverses, notamment des interdictions temporaires d'exercer qui peuvent aller de 15 jours à, dans un dossier que j'ai eu, trois ans. Enfin, au pénal, je n'ai jamais vu de peines de prison, ce sont soit des amendes, soit des peines alternatives à l'emprisonnement. »

L'infirmier au cœur des paradoxes

On le voit, garantir le secret des informations qu'ils utilisent dans le cadre de leur métier est un enjeu crucial pour le soignant aussi bien que pour le patient, et pour l'établissement. Or des évolutions profondes de notre société rendent cette garantie de plus en plus difficile à assurer. « Nous assistons à la création de normes légales, sociologiques et professionnelles qui renforcent l'élargissement du secret médical », notait déjà en 2017 Silvère Pautier, cadre de santé au CHU de Bordeaux, dans un article publié dans la revue Recherche en soins infirmiers*, citant par exemple des obligations de transmission d'information à des institutions publiques à des fins de veille épidémiologiques.

Mais le même auteur constate que « d'un autre côté, des règles renforcent la préservation du secret professionnel soignant absolu et inviolable et se basent sur la tradition hippocratique où le respect de la vie privée du patient reste fondamental ». Il note que le secret professionnel demeure « incontournable pour préserver la confiance au sein de la relation de soin », ce qui plonge les soignants dans une situation paradoxale.

Secret médical en équipe

L'une des illustrations de ces paradoxes est peut-être la manière dont le secret professionnel doit être traité dans un système de santé où les notions d'équipe soignante, et de systèmes permettant de partager les informations au sein de cette équipe, font l'objet de toutes les attentions. « Quand on était dans une situation où

chaque professionnel exerçait de son côté, ou bien au sein d'équipes au sein desquelles l'information circulait de manière fermée, la question ne se posait pas de la même manière qu'aujourd'hui, où l'interconnexion est la règle », note Mathieu Da Silva.

L'avocat note que cette problématique se pose autant pour les patients qui, lors de procédures pour violation du secret par exemple, ont « du mal à démontrer que le professionnel a franchi les limites dans un cadre où la définition de l'équipe est assez extensive », que pour le soignant, « qui voit le périmètre du secret évoluer » en permanence. Reste que pour le juriste, les soignants doivent conserver « une boussole » qui consiste à se poser une seule question : « Est-ce que la personne à laquelle j'envisage de confier une information relative à un patient intervient dans sa prise en charge ? ». Si elle n'intervient pas, la question est résolue, résume-t-il. Ce n'est que dans un second temps que doit se poser la question de l'accord du patient.

Renforcer les connaissances

D'où l'intérêt primordial de renforcer la connaissance et la formation des infirmiers au sein de la profession. « C'est un sujet qui est vu de façon fugace lors de la formation initiale, et qui n'est pas vraiment actualisé ou renforcé ensuite », regrette Mathieu Da Silva. Ce qui rend selon lui nécessaire de renforcer toutes les actions, de la formation continue aux congrès en passant par les salons professionnels, qui permettent « de sensibiliser

et d'attirer l'attention des infirmiers sur ces éléments qui sont généralement méconnus ». Car il s'agit par essence d'un sujet où l'on ne peut compter que sur la bonne volonté et l'éthique personnelle de chaque professionnel. C'est ce que souligne Silvère Pautier dans son article quand il fait parler Socrate affirmant que « vous pouvez cacher aux autres une action répréhensible, mais jamais à vous-même ».

« Cela renvoie à la conscience de tout un chacun », abonde Gilles Devers. Pour lui, les soignants doivent comprendre que la question du secret professionnel dépasse de loin le niveau de confidentialité qui voudrait qu'on s'abstienne de dévoiler, par exemple, que tel ou tel patient a un bouton embarrassant au niveau des parties intimes. « Ce qu'il faut comprendre, affirme l'avocat lyonnais, c'est que tout doit être fait pour qu'un enfant de huit ans qui subit des attouchements, qu'une personne dans un Ehpad qui subit des maltraitements, pour que tout le monde sache de manière intuitive qu'on peut tout dire à une blouse blanche ». Car comme le soulignait en 1950 le Pr Portes, alors président du Conseil de l'Ordre des médecins dans une formule qui date un peu mais qui n'a pas pris une ride et que rapporte Silvère Pautier : « Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret ». ■

ADRIEN RENAUD

* Pautier S. Le secret professionnel soignant : un enjeu de démocratie sanitaire entre immanence et aliénation. Rech Soins Infirm. 2017 Sep; (130) : 53-67

LE SECRET PROFESSIONNEL DANS LA JURISPRUDENCE

Les commentaires de l'ONI au code de déontologie infirmier éclairent doublement sur la manière dont la profession doit, selon l'institution, se positionner sur la question du secret professionnel. Car non seulement l'organe représentatif des infirmiers y explique les fondements juridiques de ce principe qu'il qualifie de « clé de voûte de la relation patient-soignant », mais surtout, il y cite de nombreuses décisions de justice qui forment une jurisprudence permettant de comprendre comment ce principe s'applique dans le cadre de situations particulières. On y apprend ainsi que selon un arrêt du Conseil d'État de 2010, « aucune information relative à la prise en charge ne doit être communiquée au patient en présence de la personne qui l'accompagne ». Inversement, le fait que des membres de la famille soient témoins d'informations reçues par le professionnel ne libère pas celui-ci de son obligation de confidentialité.

Il faut par ailleurs faire attention aux personnes que l'on implique dans son travail quotidien. C'est ainsi qu'en 2017, la Chambre disciplinaire de nationale de l'Ordre des infirmiers avait estimé qu'en « se faisant régulièrement conduire par sa sœur lors de ses tournées pour délivrer les soins à domicile aux patients, une infirmière permet indirectement la communication à un tiers de

données privées relatives à ses patients et méconnaît ainsi le secret professionnel ».

Dernier exemple, parmi d'autres : les infirmiers doivent prendre garde aux informations qu'ils utilisent s'ils doivent se défendre, par exemple dans le cadre d'une procédure disciplinaire. C'est ainsi qu'en 2015, la chambre sociale de la Cour de cassation a estimé qu'un soignant avait violé le secret professionnel en communiquant au conseil de l'Ordre « un tirage papier du dossier médical informatique d'une personne dont la suppression du nom ne garantissait pas un parfait anonymat ». ■



©iStock/Kuzma

Le 1^{er} mode d'emploi destiné aux professionnels de santé et de l'accompagnement

Ce livre est là **pour répondre à vos questions** : Qui sont les aidants ? Comment les accompagner au mieux ? Que mettre en place pour éviter le burn-out ? Comment installer un parcours de l'aidant au quotidien ?

Ce guide vous donne **toutes les clés** nécessaires pour prendre soin des aidants, **des conseils pratiques** et **des exercices** pour tester vos connaissances. Il vous aidera à les orienter, à mettre en place des stratégies d'accompagnement efficaces qui tiennent compte des dernières recommandations.



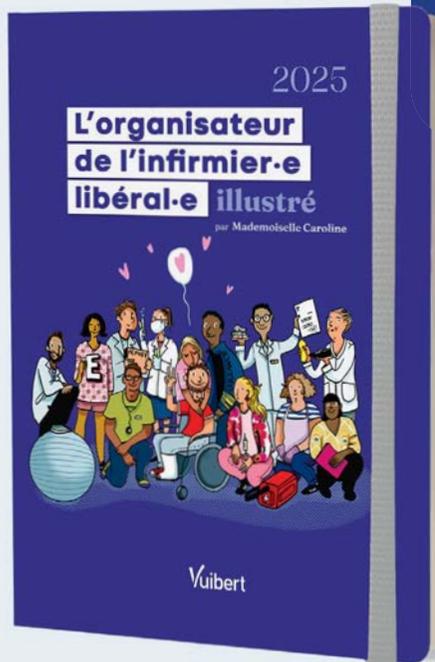
Le **Dr Hélène Rossinot** est spécialiste des aidants. Lauréate de l'Académie de médecine, elle est l'auteur de trois autres ouvrages : *Aidants ces invisibles*, *Être présent pour ses parents et Ma famille, mon job et moi*.

11 millions de personnes en France aident un proche



L'organisateur de l'infirmier.e libéral.e

2025



Infirmier.e.s exerçant à domicile, découvrez dans **cet agenda grand format** tous les outils pour bien organiser vos tournées !

Centrée sur la collaboration entre acteurs du soin, l'édition 2025 vous propose chaque mois des portraits d'infirmier.e-s libéral.e-s avec leurs alliés dans le soin, des « tips » pour avoir de bonnes relations avec ces différents intervenants auprès du patient et de nouvelles rubriques « priorités du mois » et « du temps pour moi ».

Avec les illustrations de **Mademoiselle Caroline** et les textes de **Jérôme Ball**

EN SAVOIR PLUS

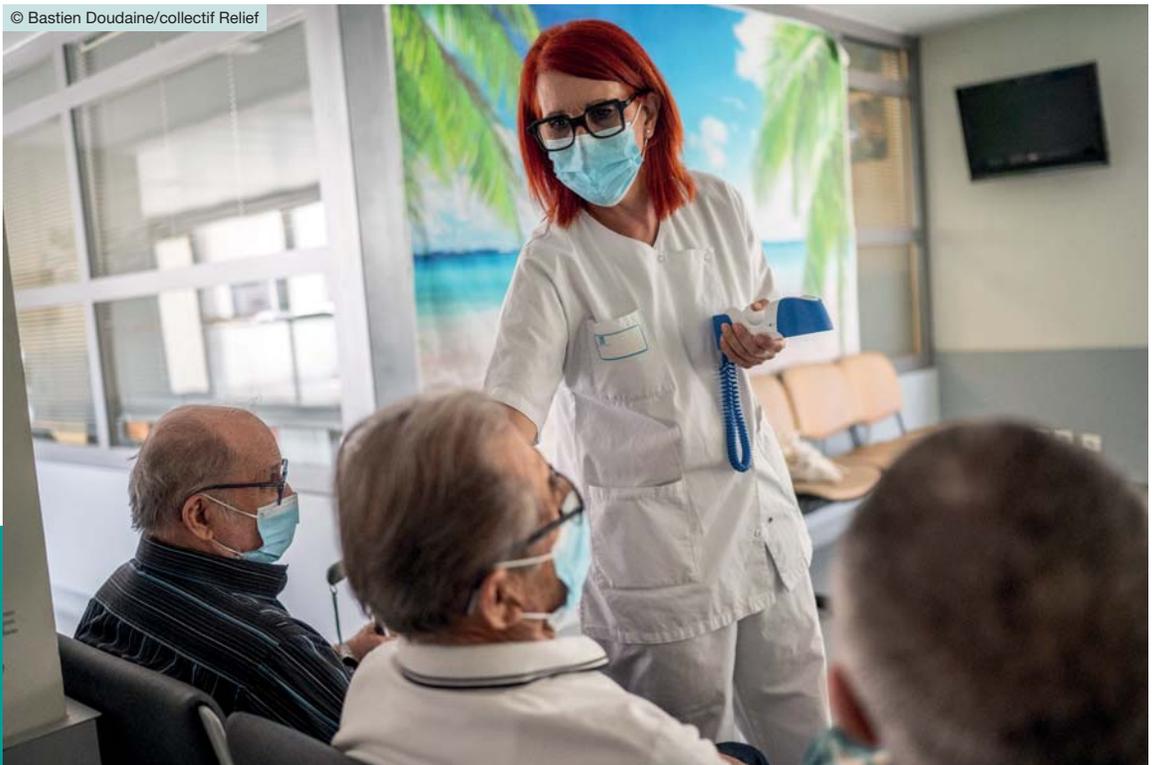


www.vuibert.fr

Vuibert

À Lyon, dans un service « lourd » d'hémodialyse

Le service d'hémodialyse de l'hôpital Lyon Sud prend en charge entre 70 et 80 patients chroniques réguliers ainsi que des patients occasionnels hospitalisés dans l'ensemble des établissements des HCL. Entre les soins techniques de pointe et les initiatives visant à rendre le traitement plus supportable, ici, l'activité des soignants est particulièrement intense.



© Bastien Doudaine/collectif Relief

Isabelle Lamort, aide-soignante du service d'hémodialyse du CHU Lyon Sud, accueille les patients avec un thermomètre et du gel hydroalcoolique. Viendra ensuite l'heure de la pesée.

« **A** lors verdict ? », interroge Isabelle Lamort. « 72,3 kg », annonce le patient les yeux rivés sur la balance. « On vise donc moins quatre kg pour arriver à 68 ! », lui répond l'aide-soignante. Ce mardi après-midi, comme à chaque début de séance, les patients du service de dialyse de l'hôpital Lyon-Sud passent un à un à la pesée. L'objectif, mesurer la différence entre leur poids d'arrivée et leur "poids sec", défini par le médecin. L'enjeu de la séance, qui dure trois à quatre heures, étant de les délester de l'eau en excès

– la plupart étant anuriques – et d'éliminer les déchets (urée et créatinine en tête) accumulés par leur corps depuis la dernière séance, que leurs reins ne sont plus en mesure de filtrer. Pour la plupart, ces patients qui viennent ici trois fois par semaine sont atteints de diabète ou d'hypertension.

Pour certains, cette situation extrême arrive au terme d'un long processus, quand le traitement conservateur des reins – règles hygiéno-diététiques associées à un traitement pharmaceutique – ne suffit plus. « On m'a



© Bastien Doudaïne

Sandra Carteron, IDE dans le service, guide par échographie Élodie pour brancher l'appareil de dialyse sur la fistule d'un patient. Plusieurs infirmières du service sont formées à l'échographie dans le cadre d'un protocole de coopération.

enlevé mon premier rein en 1972, et sur l'autre, j'ai un cancer », soupire le patient. Chez d'autres, l'insuffisance rénale a surgi sans préavis, comme pour Bernard, « alerté il y a deux ans par la fatigue ». Ce grand actif s'est vu du jour au lendemain dans l'obligation d'être dialysé 3 fois par semaine. Ce traitement suppléant qui imite la fonction du rein devient l'unique moyen pour ces patients de continuer à vivre, dans l'attente, quand ils y sont éligibles, d'une éventuelle greffe.

La dialyse peut prendre deux formes, selon des critères médicaux et de qualité de vie du patient : la dialyse péritonéale, menée en général à domicile, et l'hémodialyse, qui est celle pratiquée à Lyon Sud. Cette dernière, posée par fistule ou cathéter central, consiste à « sortir le sang du patient de son corps, le laver dans une machine grâce à un dialyseur qui joue le rôle du rein – membrane artificielle remplie de tubes microscopiques baignant dans de l'eau de dialyse – et le renvoyer dans le corps », explique Laetitia Lepetitgaland, la cadre du service. À raison de 350 à 400 ml par minute, les cinq à huit litres de sang du corps passent et repassent une dizaine de fois dans la machine d'hémodialyse au cours d'une séance. Celle-ci dure plus ou moins longtemps en fonction du profil du patient.

Centre lourd et de repli

La prise en charge de l'hémodialyse peut s'organiser sous différentes formes, en fonction du degré d'autonomie du patient et des comorbidités associées : unité de dialyse médicalisée, autodialyse simple ou assistée, hémodialyse à domicile...

La spécificité du service de Lyon Sud est d'être un "centre lourd". « C'est le système de prise en charge le plus médicalisé, pour les patients les plus âgés, comorbides et fragiles », précise Laetitia Lepetitgaland. Il exige

la présence d'un médecin dans le service et au minimum d'une infirmière pour quatre patients.

Agrandi en 2017, ce service est doté de 22 postes de dialyse répartis sur deux étages : 12 sont installés dans une sorte d'open space au cinquième étage, réservé aux 70 à 80 patients chroniques du service. Les 10 autres, au rez-de-chaussée, accueillent les patients plus ponctuels. « Nous sommes aussi un centre de repli, nous traitons donc les patients des Hospices civils de Lyon pendant leur phase d'hospitalisation, ainsi que des patients en insuffisance rénale aiguë, qui ont besoin d'une dialyse pour un problème ponctuel », poursuit Laetitia Lepetitgaland.

À raison de deux séances par jour et par poste, 44 dialyses sont ainsi réalisées au quotidien, et les besoins ne cessent d'augmenter « du fait d'une saturation des services dans la région, avec des patients qui affluent des départements voisins ». Un phénomène accru par le vieillissement de la population. « La fonction rénale baisse aussi avec l'âge, et on dialyse des gens de plus en plus âgés ».

Pratique très technique

Pour assurer son fonctionnement, le service compte 25 infirmiers, cinq aides-soignants, deux praticiens hospitaliers, un assistant, un interne, une cadre, une assistante sociale, une diététicienne et une psychologue.

© Bastien Doudaïne



Les branchements sur la fistule artério-veineuse sont réalisés en tenue stérile afin de limiter le risque infectieux chez ces patients fragilisés par l'insuffisance rénale.

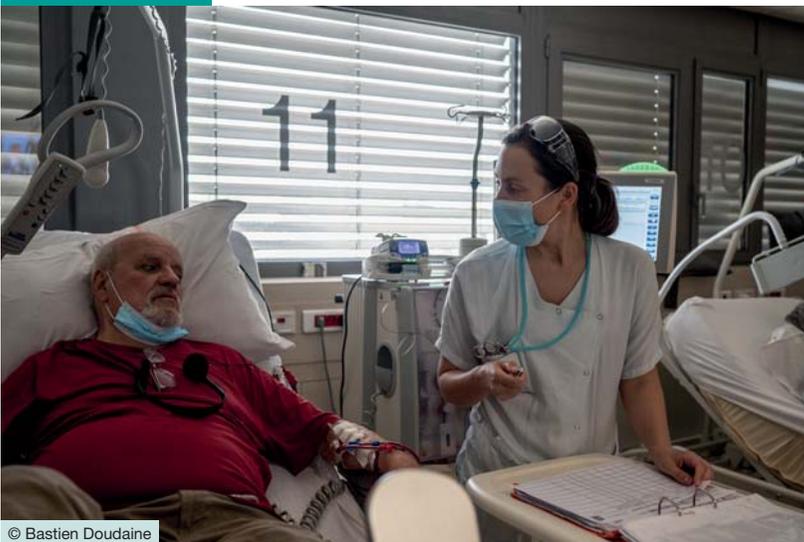
Les prélèvements sanguins peuvent être réalisés directement sur la tubulure, afin d'éviter de repiquer le patient. Des analyses sanguines sont réalisées systématiquement, afin d'adapter la dialyse.



© Bastien Doudaine

« Tous les patients sont soumis à un bilan diététique et psychologique au démarrage puis une fois par an », précise la cadre. Sur le plan infirmier, le travail dans une unité de dialyse nécessite de « tout réapprendre, même avec dix ans de réanimation derrière nous ». Si la formation dépend des services, ici chaque nouvel infirmier est formé pendant deux mois complets. Il n'est considéré « compétent et autonome » qu'au bout de deux ans.

Certaines infirmières font aussi de l'éducation thérapeutique au lit du patient.



© Bastien Doudaine

© Bastien Doudaine



Ici, la fistule artério-veineuse a été délaissée pour un autre système, un cathéter thoracique de type ASH SPLIT sur lequel est connecté la machine. Les cathéters centraux, dont les risques infectieux sont majorés, nécessitent une asepsie stricte.

Les apprentissages se focalisent d'abord sur la dialyse : piquer une fistule, monter la machine, manipuler un cathéter. « C'est très dur d'apprendre tous les gestes, de s'adapter au rythme du service, constate Abdalak, étudiant en soins infirmiers en stage. J'ai passé la première semaine à monter et démonter des machines... » Un protocole de coopération a par ailleurs été mis en place pour déléguer les échographies à six infirmiers formés. « Quand la ponction de la fistule de dialyse est difficile, que ça fait des hématomes, on la fait sous échographie, précise Sandra Carteron. On a reçu une formation théorique et une formation pratique avec un radiologue et les néphrologues du service ».

L'infirmière doit ensuite s'approprier le médicament : l'eau de dialyse, produite sur place selon des normes strictes. « L'infirmière doit savoir gérer le traitement d'eau, réagir en cas de panne, décider ou non de dialyser en fonction... », énumère Laetitia Lepetitgaland. Dans la salle de production qu'elle fait visiter, l'eau de ville est filtrée, passée dans le sel, soumise à un test de dureté puis déchlorée. Une osmose inverse vient finir de purifier l'eau, désormais prête pour sa distribution en salle de dialyse. Sur ces aspects, une infirmière technique, Sandra Combe, vient en appui. Elle organise la salle technique où sont posés les cathéters centraux de dialyse, gère le parc de matériel, les appareils en panne, la commande du matériel, et des prélèvements réguliers sur les générateurs et l'eau. « Je suis ensuite les indicateurs pour faire le lien entre, par exemple, un changement de matériel et une hausse des infections ». Entre deux dialyses, le temps est compté pour remettre en place les postes avant d'accueillir les suivants. « On est à cinq minutes près », souffle Isabelle Lamort en préparant un lit entre midi et deux. Si les deux pics d'activités sont le branchement et le débranchement,

Le rein artificiel unique, aussi appelé dialyseur, est connecté lors de chaque séance de dialyse. Composé de micropores de 1,8 nm à 3,3 nm, le dialyseur permet de filtrer très efficacement le sang. À usage unique, il est remplacé à chaque session.

le déroulement de la séance est aléatoire : problèmes mécaniques, aiguilles mal posées, fistule qui ne marche pas bien, antibiotiques à donner, transfusions... peuvent venir perturber la séance. « Le plus fréquent, ce sont les chutes de tension », explique Élodie Martinez. « En quatre heures, le patient perd en eau et en déchets ce qu'on perd en 48 heures : ça tire fort sur le cœur. Dans ce cas, on stoppe l'ultrafiltration, on lui met la tête en bas pour faire remonter la tension ». Les progrès technologiques ont heureusement permis de mettre au point « des machines de haute couture », explique Laetitia Lepetitgaland, « qui mesurent en direct et adaptent les teneurs du bain de dialyse au patient. L'espérance de vie en dialyse a beaucoup augmenté ».

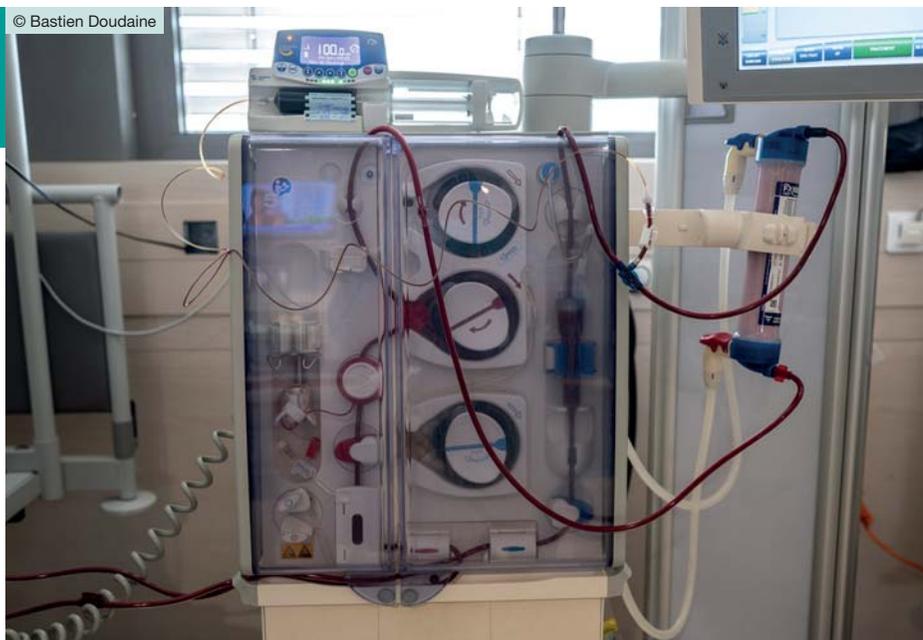
Lieu de vie

« Allez Georges, on pédale », encourage Isabelle Lamort. Allongé sur son lit, le patient appliqué redouble d'effort dans les jambes pour faire « avancer » son « vélit ». « Je descends dans le Midi, je veux aller voir les calanques, le soleil ! ». Proposé pendant les séances, ce vélo de lit a « de nombreux bienfaits au niveau respiratoire et musculaire pour ces personnes souvent en manque d'activité physique quotidienne », explique l'aide-soignante. Pour motiver les troupes, une carte de France avec des itinéraires a été affichée. « À la fin on aura une spécialité locale de la destination en cadeau », se réjouit Jacques qui attend sa saucisse de Strasbourg.

Le temps pouvant être long en dialyse, « notre but est que ce service soit, au-delà du soin technique, un lieu de vie agréable pour nos patients chroniques », explique Laetitia Lepetitgaland. « Une infirmière qui arrive ici sait qu'elle devra participer à des groupes de travail, proposer des initiatives. » L'équipe déploie pour cela des efforts d'imagination : animations, art-thérapie, journal des dialysés une fois par trimestre, repas festifs... « On travaille beaucoup sur la collation de début de séance ». Un moment clé pour les patients : « au quotidien, ils sont soumis à de nombreuses restrictions alimentaires, doivent limiter les quantités, répartir leur consommation. Là, c'est le seul moment où ils peuvent manger certains aliments comme le chocolat ou la banane, car ils vont l'éliminer par la dialyse ».

Leur venue régulière dans le service favorise des « liens familiaux », d'autant que « certains patients sont isolés socialement ». Outre les mots croisés ou la télévision, Catherine, 60 ans, aime discuter avec les infirmières pendant ses séances. Car ce rythme contraignant, qui structure la vie autour du médical et rend très compliqué tout

© Bastien Doudaïne



projet (de vacances par exemple), est très lourd. La communication, estime Bernard, infirmier, « est essentielle pour appréhender ces patients chroniques : il faut un savoir-être, ne pas les brusquer, calmer leurs peurs. Ici, on réussit encore à prendre le temps ». Comme d'autres infirmiers, il mène aussi des ateliers individuels d'éducation thérapeutique, pour que les malades s'approprient leur pathologie. ■

NOLWENN JAUMOILLÉ/COLLECTIF RELIEF

Élodie Martinez, une des infirmières du service, prépare du Venofer®. Les patients de dialyse souffrent d'anémie secondaire à l'insuffisance rénale chronique, traitée par supplémentation martiale et par injections de facteurs de croissance.

© Bastien Doudaïne



L'Adamant : un centre de jour atypique de prise en charge en psychiatrie

Situé sur les bords de la Seine à Paris, le centre de jour l'Adamant reçoit quotidiennement des patients adultes atteints de troubles psychiques. Leur prise en charge personnalisée offre la particularité d'un espace de liberté « bordée ».

En traversant le pont Charles de Gaulle, qui relie la gare de Lyon à celle d'Austerlitz à Paris, difficile de ne pas apercevoir en contrebas, sur le port de la Rapée, cette péniche tout en bois, construite spécifiquement pour le centre de jour. Comme tous les lundis matin, à l'entrée, dans la pièce de vie où se trouve le bar, patients et professionnels sont réunis pour « *lundi-dispensable* ». Installés en arc de cercle, ils attendent le début de cette réunion ouverte à tous, où chacun est libre de participer pour faire le point sur l'actualité et les activités de la semaine. « *Que mettons-nous à l'ordre du jour ?* », interroge Laurent*, infirmier, qui coordonne

aujourd'hui la séance avec une patiente. Les professionnels, à tour de rôle, énoncent les points à aborder, en commençant par « *la présentation des nouvelles têtes* ». Ils enchaînent ensuite avec des explications sur le déroulement des nombreuses activités prévues cette semaine. Parmi celles-ci figurent une sortie à la base de loisirs de Souppes-sur-Loing, un atelier de couture organisé par Ottavia, agent de service hospitalier (ASH), une sortie dans une ferme pédagogique sur le site Saint-Maurice des Hôpitaux Paris Est Val-de-Marne (HPEVM) proposée par Julia, infirmière, à la demande d'une patiente, ainsi qu'une braderie en fin de semaine devant la péniche. Liza, infirmière, aborde aussi l'organisation d'un snack thématique, autour du festival Trace(s) qui articule arts et psychiatrie. Une troupe de cinq danseurs va venir en résidence sur la péniche pour préparer une représentation en octobre. Le groupe de patients et les professionnels prévoient, pour l'occasion, des snacks pour une centaine de personnes. « *Chacun peut participer sur des petits temps, par exemple pour prévoir le menu, établir la liste des courses ou même les faire* », explique Liza.

Julia et Liza, deux infirmières du centre de jour.



© Laure Martin

Apporter de la quotidienneté

Après cinq années de travaux, le centre de jour a ouvert ses portes en 2010, à l'initiative du Dr Eric Piel, psychiatre et ancien chef de pôle Paris Centre des HPEVM, auxquels est rattaché l'Adamant. « *Il vivait sur une péniche et il voulait que les patients et les personnes avec lesquelles il travaillait puissent eux aussi profiter des bienfaits de ce mode de vie* », se souvient Arnaud Vallet, infirmier en psychiatrie de formation, aujourd'hui responsable de l'équipe.

La péniche accueille les patients habitant dans les quatre premiers arrondissements de Paris. « *Nous avons une file active d'environ 200 personnes par an* », souligne l'infirmier. Elles sont généralement orientées par les CMP du quartier, les professionnels libéraux, ceux des HPEVM ou encore par la cellule de crise psychiatrique. Elles viennent au centre de jour, en seconde intention, dès lors qu'elles rencontrent des problématiques avec la quotidienneté. « *Elles peuvent être confrontées à une perte de l'évidence naturelle*, analyse Arnaud Vallet. *Quelque chose ne fonctionne pas dans leur rapport aux autres et aux choses. Elles vont tout interroger.* » À bord de la péniche, l'objectif est donc de refonder un environnement et des échanges conviviaux dans le rapport aux autres. Pour y parvenir, le centre de jour rassemble deux structures. Tout d'abord l'hôpital de jour, qui assure des soins psychologiques polyvalents et intensifs au quotidien, de façon modulée en privilégiant dès que possible l'intégration sociale. « *Ce dispositif hospitalier est davantage à visée thérapeutique avec des ateliers peintures, photos ou encore de la danse* », explique Arnaud Vallet. Le Club thérapeutique est, quant à lui, une structure associative offrant un accompagnement dans la construction de la quotidienneté, avec des activités visant à maintenir ou favoriser l'autonomie par des actions de soutien ou des thérapies de groupe. Vingt-cinq professionnels exercent « *à bord* » : infirmiers, ASH, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, psychologues, assistants médico-administratifs, responsable. Le psychiatre, responsable médical, rencontre le patient à son arrivée et programme des entretiens afin d'interroger la pertinence de la venue des patients, leur emploi du temps ou encore la nécessité de mettre en place davantage de temps d'accueil. « *Ces rendez-vous qui, en fonction des patients, peuvent avoir lieu toutes les semaines, tous les quinze jours ou tous les six mois, sont importants puisqu'en raison de leur pathologie, les patients vivent souvent avec une dysrythmie* », rapporte Arnaud Vallet.

Liberté d'organisation

Le fonctionnement à bord de l'Adamant est organisé autour de la liberté de circulation et de l'acceptation du fonctionnement de chacun. « *Si un patient veut prendre une guitare pour jouer de la musique, il peut le faire, il n'a pas besoin de demander l'autorisation, de même qu'il peut se rendre à la bibliothèque autogérée* », donne en exemple Arnaud Vallet. Les patients peuvent en effet venir quand ils le souhaitent, parfois juste pour discuter, prendre un café, voir du monde, et d'autres fois pour participer à des ateliers ou à des sorties. « *Nous respectons le rythme de chacun, sans forcer la parole ou la désaliénation*, insiste-t-il. *Nous devons cependant trouver le*

juste équilibre entre ces ateliers et les temps libres, car même si nous acceptons que certaines personnes ne fassent rien, le lieu doit rester vivant. »

“
Ces rendez-vous qui, en fonction des patients, peuvent avoir lieu toutes les semaines, tous les quinze jours ou tous les six mois, sont importants puisqu'en raison de leur pathologie, les patients vivent souvent avec une dysrythmie.”

Sur la semaine, une trentaine d'ateliers sont proposés aux patients. « *Ils sont organisés dans une dynamique groupale avec des médias élaborés tels que la radio ou le vitrail, et d'autres qui le sont moins, notamment les groupes de parole* », explique le responsable. La proposition d'ateliers repose sur les compétences et les appétences de chaque professionnel. À titre d'exemple, Liza, infirmière, aime particulièrement travailler avec les patients autour du quotidien : se lever, se laver, déjeuner, gérer le budget. « *Avec le Snack, nous préparons à manger, nous cuisinons ensemble puis faisons la vaisselle* », énumère-t-elle. Des tâches simples, qui font partie du quotidien de chacun mais pour lesquelles certains patients peuvent rencontrer des difficultés. Elle gère aussi le bar à l'entrée de la péniche, un lieu de convivialité générateur d'entraide entre les patients. « *En psychiatrie, le relationnel tient une place importante*, souligne Julia, infirmière, insistant sur le fait qu'au Centre de jour, tous les professionnels jouent le même rôle. *Il n'existe pas de réunions dédiées aux infirmiers par exemple. En revanche, nous passons beaucoup de temps à parler avec les patients, ce qui relève de notre rôle propre infirmier.* » « *Il nous arrive aussi de les accompagner dans leur quartier pour prendre un café dans une brasserie afin de travailler à la création du lien social* », ajoute Liza. Les sorties et les ateliers représentent de vrais moments de soins et pas uniquement des activités, « *car ils offrent aux patients la possibilité de parler d'eux à travers le média et le vivre ensemble* », précise Julia. « *Nous pouvons ensuite partager, entre professionnels, des éléments cliniques pour chaque patient. Les ateliers sont des passerelles qui permettent une remise en commun des informations.* » Et de conclure : « *En fin de compte, notre mission est de fédérer, et nous sommes particulièrement ravis lorsque nous apprenons que les patients sortent entre eux le soir ou le week-end.* » ■

LAURE MARTIN

*À la demande des professionnels, nous n'avons pas mentionné les noms de famille des soignants.

Avec Daphné, l'hôpital protège ses agents victimes de violences conjugales

L'hôpital de Roubaix a mis en place une cellule de repérage, d'accompagnement et d'orientation pour ses agents victimes de violences conjugales ou intrafamiliales.

Le projet Daphné vise à faire de l'hôpital une safe zone, un endroit sûr où ces personnes trouveront des ressources et de l'aide pour se libérer d'un engrenage délétère.



© Géraldine Langlois

Rebekka Wanham, infirmière au sein du service de santé au travail est aussi référente « Daphné ».

Ce n'est pas parce que les professionnels de l'hôpital prennent soin de patients victimes de violences conjugales ou intrafamiliales qu'ils ne sont pas parfois eux-mêmes touchés par ce genre de situation. Ils peuvent alors avoir besoin d'aide. C'est le postulat qui préside au déploiement du projet Daphné mené au centre hospitalier de Roubaix : tous ses agents victimes de ce type de violence peuvent être écoutés et accompagnés par l'un ou l'une des membres de l'équipe Daphné mise en place il y a un an. Ils sont infirmiers, cadres ou cadres supérieurs de santé ou socio-éducatif, techniciens hospitalier, directeurs ou directrices, praticiens hospitaliers, agents administratifs, secrétaires ou encore psychologues. Tous portent un petit badge qui

permet de les identifier comme « référents Daphné ». Ils peuvent aussi être joints par téléphone ou message : les flyers, comprenant notamment le « violentomètre », distribués avec toutes les fiches de paie et accessibles en un clic grâce au QR code apposé sur les nombreuses affiches disposées dans les tous les vestiaires et salles de pause ou de repos ainsi que dans le journal interne, contiennent leurs coordonnées.

Dix-sept référents

Le projet, mis en place en septembre 2023, découle du mémoire de diplôme universitaire sur les violences intrafamiliales d'une urgentiste de l'hôpital, le Dr Cassandra Megiarotis, qui portait sur le rôle des employeurs en la matière. Les conséquences des violences intrafamiliales sur la vie professionnelle des victimes sont connues (retards, absences, fatigue, difficultés de concentration...). Et il n'y a aucune raison pour que les milliers de professionnels travaillant à l'hôpital, soignants compris, ne soient pas concernés. L'urgentiste évoque le sujet avec la DRH qui embraye rapidement. L'équipe des dix-sept référents s'est peu à peu constituée et ils ont été formés. Des séances d'information ciblées sur les violences visant des professionnels ont eu lieu dans tous les services, de soins, techniques et administratifs.

“ Dans leur culture professionnelle, ce n'est pas toujours facile de demander de l'aide. ”

Le dispositif est très souple. Les professionnels victimes peuvent contacter les référents directement mais aussi leurs collègues qui suspectent une difficulté d'ordre intra-familial. Les référents exercent aussi une vigilance, de

manière informelle, autour d'eux. Rebekka Wanham, infirmière au sein du service de santé au travail et référente, est amenée à voir des agents lors des visites périodiques ou des bilans de santé à l'embauche. Face à des traces suspectes sur le visage ou les bras de certaines patientes lors d'un entretien ou d'une prise de tension, elle ne part pas bille en tête. Elle vérifie d'abord si la personne rencontre des difficultés qui peuvent être liées à des violences (problèmes de sommeil, de concentration, etc.). Si c'est le cas, « nous avons un questionnaire, ajoute l'infirmière. Si la personne répond « non » aux trois premières questions, on n'insiste pas ». Il s'agit de savoir si la personne se sent oppressée quand elle rentre chez elle après le travail, si elle est sur ses gardes ou se sent surveillée.

Établir la confiance

Certaines victimes sont parfois réticentes, dans un premier temps, à évoquer les violences qu'elles subissent, remarque l'infirmière. Par peur de leur conjoint ou bien des conséquences d'une démarche pour sortir de l'engrenage des violences... Parfois par crainte que leur situation soit connue de leurs collègues ou supérieurs. Pourtant, l'équipe affiche clairement son engagement pour « le plus strict respect de la confidentialité ». Tous les référents ont en effet signé une charte de confidentialité. Avec les personnes victimes de violences, « il faut instaurer un climat de confiance, souligne Rebekka Wanham. Cela peut prendre du temps et être plus facile avec certains référents que d'autres ». Les soignants présentent une spécificité : « Dans leur culture professionnelle, ce n'est pas toujours facile de demander de l'aide », observe Charlotte Baron, psychologue à la maternité et également référente.

Quand les victimes expriment le besoin d'être aidées, elles sont orientées vers le service social de l'hôpital qui en propose de multiples. « Déjà, en parlant, elles peuvent se décharger du poids du silence », remarque l'infirmière. Elles peuvent se confier aux référents mais aussi rencontrer l'une des psychologues membres de l'équipe. Le fait de pouvoir parler avec elles au sein de l'hôpital permet aux victimes de ne pas risquer de voir leur conjoint violent découvrir qu'elles consultent à l'extérieur. Surtout, bien sûr, « c'est important que les langues se délient, que ce soit au moment d'une crise mais aussi après car il y a différents temps d'intervention possible, insiste Charlotte Baron. Dans l'urgence, il s'agit d'aider la personne à sortir de la relation délétère et toxique – c'est parfois une urgence vitale. Mais il faut aussi l'accompagner après, pour qu'elle se représente ce qu'elle a vécu, comment cela a pu se produire, les mécanismes à l'œuvre voire les éventuels schémas de répétition. »

Aides multiples

La cadre et les assistantes sociales du service social peuvent aider les victimes sur un plan plus pratique. « Nous pouvons organiser la mise à l'abri des personnes, seules ou avec leurs enfants, souligne Stéphanie Béthencourt, assistante sociale et coordinatrice du projet. Nous avons des solutions concrètes à leur proposer » pour les éloigner de l'auteur des violences. « Nous pouvons aussi les accompagner dans leurs démarches judiciaires, pour porter plainte, pour obtenir l'aide juridictionnelle mais également pour les orienter vers un avocat, poursuit la coordinatrice du projet. Nous pouvons aussi leur apporter une aide financière pour faire face aux frais que peut impliquer une séparation dans l'urgence, comme les frais d'avocat ou de garde d'enfant. »

“
Le fait de pouvoir effectuer les entretiens à l'hôpital permet aussi de tromper les traceurs que certains auteurs placent dans la voiture ou le téléphone des victimes.”

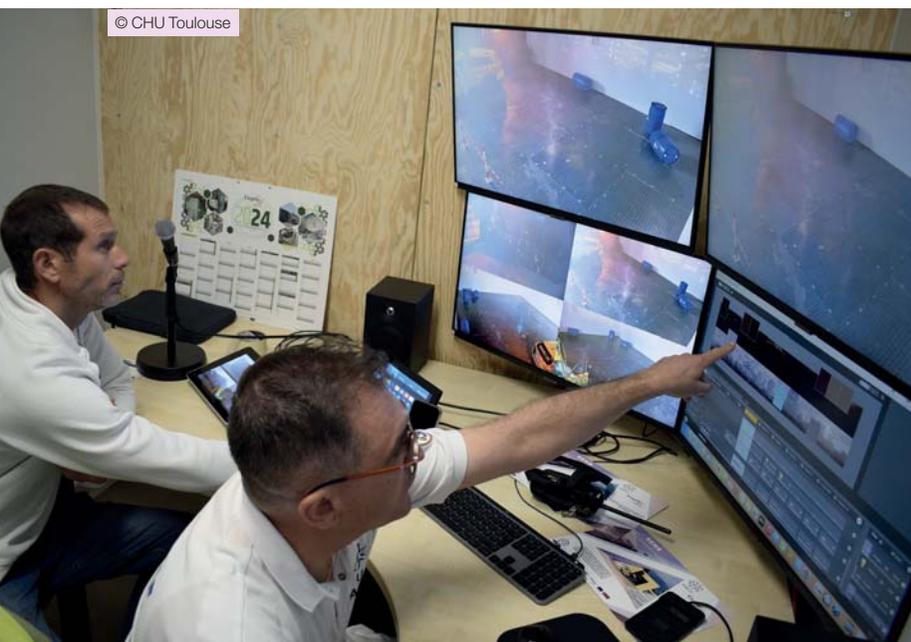
Dans ce domaine, l'hôpital permet aussi aux victimes de faire garder leurs enfants, en urgence, grâce à un partenariat avec la ville ou, le week-end, avec le service de pédiatrie. Le service social peut également aider les victimes sur le plan alimentaire via des paniers repas. Et les mettre en relation avec des associations partenaires. La DRH a par ailleurs créé un fonds de temps solidaire : si une victime a besoin de temps pour effectuer des démarches, un appel est lancé et des agents peuvent lui donner des jours de congé. Tout est fait pour lui permettre de les mener dans la plus grande discrétion. « Si la dame est encore avec l'auteur, elle peut lui dire qu'elle va travailler alors qu'elle va voir une association ou un avocat sans perdre un jour de congé », souligne Stéphanie Béthencourt. Le fait de pouvoir effectuer les entretiens à l'hôpital permet aussi de tromper les traceurs que certains auteurs placent dans la voiture ou le téléphone des victimes.

L'équipe de référents, qui tient un comité de pilotage par mois, ne tient pas de comptabilité des personnes accompagnées. D'autant que certaines se confient à l'un ou l'autre des référents sans pour autant se faire accompagner par le service social, qui en a aidé une vingtaine depuis un an. Selon Stéphanie Béthencourt, tous les profils de professionnels sont concernés : les violences intrafamiliales n'épargnent aucune catégorie socioprofessionnelle. ■

GÉRALDINE LANGLOIS

Experts en catastrophes

Le CHU de Toulouse s'est doté d'un outil de formation unique au monde, dédié à la médecine de catastrophe et aux moyens d'améliorer l'intervention sur le terrain. Ce centre baptisé SENS (Simulation environnementale et neuro-sensorielle) peut reproduire les conditions de prise en charge les plus extrêmes. Il s'adresse aux professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, mais aussi aux pompiers, aux forces de l'ordre ou aux militaires.



© CHU Toulouse

Le Dôme de 150 m² avec trois murs sur quatre couverts par un écran géant a des allures de salle de cinéma IMAX avec son haute-fidélité. Et l'immersion est, on ne peut plus réaliste. Un régisseur, aux commandes, gère les ambiances. Il fait la pluie et le mauvais temps... Avec des vidéos, des bruits, des cris, l'odeur perturbante du sang, de la chair brûlée, la sensation du vent ou de la bruine, la nuit, la pénombre et avec des victimes simulées, grimées, maquillées avec du sang qui coule ou une fausse plaie au couteau... pas des mannequins et le matériel de soin de tous les jours. « Cet outil inédit nous permet de recréer n'importe quel théâtre de catastrophe, n'importe quel environnement et d'y faire un travail d'équipe multidisciplinaire », résume Benoît Viault, médecin urgentiste du SAMU 31, CHU de Toulouse.

Milieus les plus hostiles

Climatiques, sensorielles ou émotionnelles, les conditions d'interventions sont vastes : une fusillade dans une salle de spectacle, une intervention en forêt à moins 5 °C, une tempête tropicale, un tremblement de terre, une méga inondation, une fumée toxique qui se répand... « Nous devons pouvoir être prêts à tout, pour intervenir quel que soit le milieu, hostile voire isolé, comme une base scientifique en Antarctique! » Le Covid est passé par là, la simulation peut donc tout aussi bien prendre l'allure d'une crise sanitaire à évolution rapide, avec afflux massif de victimes.

Le dispositif en place depuis fin avril s'adresse aux intervenants de première ligne dotés d'un cursus théorique, ou en formation continue, qui ont besoin d'une expertise plus poussée. « Nous ne sommes pas sur la pose des gestes, nous les mettons en condition pour travailler dans un environnement qu'ils ne connaissent pas », note Éric Marcou, ambulancier au SMUR 31 et à l'Établissement de santé de référence régional (ESRR), également formateur en Gestion de situations sanitaires exceptionnelles (SSE). « On voit comment se met en place un leadership et une organisation, comment se répartissent les tâches. » Les réactions et raisonnements individuels et collectifs y sont analysés.

Pas de panique!

« On peut voir comment un environnement hostile peut déstabiliser ou pas un membre de l'équipe, c'est ce qui rend cette simulation intéressante », complète Éloïse Ambroise, infirmière au Samu 31, formatrice AFGSU (Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence) et Gestion SSE. « Elle permet toutefois d'échafauder des plans pour ne pas paniquer, c'est un bel outil. » Certains scénarios permettent aussi de faire comprendre à quel moment on a perdu pied, ce qui a déstabilisé.

De verbaliser ce qui a choqué ou au contraire, ce qui a boosté. De trouver des solutions en s'appuyant sur l'équipe, avec l'idée de former des professionnels qui pourront être amenés à travailler ensemble.

Fabrique de scénarios

Le Centre ouvert depuis fin avril, n'a pas encore constitué de catalogue de formation, mais s'y emploie. Une première session, en avril, s'est adressée à des étudiants en médecine qui se spécialisent pour obtenir le DESMU (Diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence). La deuxième session en mai, a réuni une équipe multidisciplinaire constituée de médecins, d'infirmiers, d'ambulanciers et d'aides-soignants, qui se forment en vue d'un DU Médecine de catastrophe, que leur délivre le CHU de Toulouse. « *Nous intervenons sur tous types de publics et de nouveaux projets arrivent* », rappelle Myriam Mayre, infirmière du SMUR et formatrice AFGSU. Les scénarios créés exprès pour les formations en simulation qui se mettent en place avec SENS, ont été axés sur des situations exceptionnelles telles qu'une fusillade, un mouvement de foule lors d'un concert ou dans une salle de spectacle, ou à l'occasion d'un événement sportif. « *Des situations critiques au SAMU, nous en vivons tous les jours, mais des multivictimes, beaucoup moins* », fait observer Myriam Mayre. Cette experte en pédagogie, crée ses contenus de formation en association avec des experts du domaine. Des formations ont été mises au point dans le cadre de SENS, comme la prise en charge des blessés de guerre. « *Cette formation au damage control qui se fait avec l'école du Val-de-Grâce, va permettre d'appliquer des techniques de la médecine militaire dans le civil* », indique le docteur Vialut. « *Beaucoup de techniques de la médecine de catastrophe ont été adoptées de cette médecine*. » Les intervenants de SENS, eux, ont tous été formés. « *Les militaires ont notamment, une expérience des victimes blessées par balle que nous avons moins à Toulouse* », indique Myriam Mayre. « *Il y a dix ans lorsque je faisais mes formations en simulation il n'y avait pas ce type de scénario* », évoque l'experte. Les temps ont changé, les interventions ont évolué. « *Aujourd'hui chaque semaine nous soignons des blessés par arme à feu ou par arme blanche*. » Se former, s'entraîner pour être prêt, est devenu indispensable.

Les temps changent

L'infirmière enseignante a créé un contenu pour travailler sur les situations multivictimes dans le cadre d'une menace terroriste ou d'une catastrophe naturelle. « *Aujourd'hui les scénarios que je crée c'est ça : le "multivictime" sur une fusillade!* » Cette formation à venir intéresse déjà des soignants ou professionnels de santé mais aussi les pompiers, la police, les militaires.



© CHU Toulouse

« *Beaucoup de demandes ont été faites après le congrès international de médecine d'urgence qui a eu lieu en avril dernier, à Toulouse.* » Les infirmiers dont la formation initiale consacre un contenu minime aux catastrophes, ont naturellement accès à la formation par simulation comme proposée par SENS. « *Ces enseignements présentent beaucoup d'intérêt pour nos infirmiers du SMUR, on les fait progresser en les plongeant dans des atmosphères qui les rapprochent de la réalité* », note Éloïse Ambroise. Les soignants vont pouvoir se confronter aussi aux risques NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques). « *On peut même aller plus loin, aborder tout ce qui touche au psycho-traumatisme, ouvrir à d'autres champs de la profession* », observe Éric Marcou, l'ambulancier formateur. ■

MYRIEM LAHIDELY

LONGUE EXPERTISE TOULOUSAINE

C'est à Toulouse qu'est né le premier SAMU de France (1968). La ville a par la suite, vécu une série d'événements graves comme l'explosion d'AZF en 2001, ou les attentats terroristes de 2012. Ces crises ont permis à ses services de secours et de sécurité, et au territoire, de se forger une expertise reconnue de la catastrophe et des moyens d'y répondre. Le Samu31 fait de la simulation depuis 2010, et durant les vingt dernières années, une dizaine de congrès internationaux de médecine de catastrophe ont été organisés ici. Le CHU possède en outre un Institut toulousain de simulation en santé (Itsims, site de Purpan) avec une plateforme complète. En 2019, il a ouvert un Centre de réponse à la catastrophe (CRC) "avant-gardiste", destiné à former, préparer, gérer, axer la Recherche sur la gestion des crises sanitaires et des catastrophes. Il innovait aussi en 2021, avec son hôpital mobile tout-terrain puis en 2023 avec un centre de décontamination mobile avant d'inaugurer le centre de simulation SENS, projet qu'il a porté pendant cinq ans avec le SAMU 31 et divers partenaires. ■

Émilie Stella-Lyonnet :

les ados dans la peau

Cadre marseillaise passée par les urgences et la réa, Émilie Stella-Lyonnet travaille pour Asma, une association qui soutient les adolescents ayant fait une tentative de suicide. Une activité éprouvante, mais pleine de sens pour cette professionnelle épanouie.

Bio express

2001. DE infirmier

2008. DE cadre de santé

2018. Infirmière veilleuse chez Asma

2023. Cadre de santé et responsable de service chez Asma

40% C'est la diminution du risque de récidive que l'on peut obtenir chez les personnes ayant fait une tentative de suicide, avec une simple action : les appeler au téléphone, prendre de leurs nouvelles... Autant dire que ce qu'on appelle « *la veille* » est essentiel. Et c'est justement le cœur de l'activité de l'Association pour la prévention du suicide et du mal-être chez l'adolescent (Asma), qui œuvre en région Paca et dont Émilie Stella-Lyonnet est la cadre de santé. Un poste auquel cette « *Marseillaise pure souche* », comme elle se définit elle-même, est parvenue après un parcours riche et varié, et qui en marque une étape importante : celle de la rencontre avec le public adolescent.

Pourtant, en début de carrière, Émilie s'apprêtait à s'occuper de patients bien différents. « *J'étais plutôt partie pour travailler en gériatrie, avec les personnes âgées, mais j'ai découvert la réalité des EHPAD et je ne me voyais pas démarrer dans ce milieu, se souvient-elle. J'ai alors fait un stage en réanimation à l'hôpital Nord de Marseille, et j'y ai trouvé une qualité de prise en charge que je n'avais pas encore rencontrée en trois ans d'études.* » La jeune infirmière démarre donc sa carrière au pôle des réanimations de l'établissement, avant de s'envoler vers d'autres horizons.

« On ne devient pas cadre à 27 ans »

« *J'envisageais de devenir lade, mais des gens pour lesquels j'avais beaucoup d'estime professionnelle m'ont dit qu'ils me voyaient plutôt cadre* », explique Émilie. Seul problème : « *on ne devient pas cadre à 27 ans* », explique-t-elle en résumant ce qui, du moins l'estime-t-elle, était une opinion largement partagée à l'époque. La jeune femme prend alors quelques mois pour voyager, et lors d'un trek en Tunisie, elle rencontre... un cadre de 29 ans ! Sa détermination n'en est que renforcée, et la voilà partie pour l'école de cadres, au terme de laquelle elle aboutit aux urgences, toujours à l'hôpital Nord.

La suite de ses aventures mènera Émilie en Ifsi comme cadre formatrice, puis dans un hôpital privé non-lucratif où elle fera fonction de cadre supérieure pour l'ensemble des plateaux techniques... jusqu'à ce qu'elle réalise qu'elle « *ne pouvait plus faire ça* ». « *Être cadre de santé, c'est prendre soin de ses équipes, faire attention à la qualité, mais pour cela il faut des moyens, et je n'ai plus eu envie de participer aux injonctions paradoxales, de faire passer des messages auxquels je ne croyais pas* », détaille-t-elle. Voilà donc notre Marseillaise en quête d'une nouvelle aventure, « *plutôt dans le médicosocial* », et surtout « *dans des structures plus petites, pour éviter les hiérarchies à n'en plus finir* », résume-t-elle.

C'est ainsi que par l'intermédiaire d'une amie qui travaillait chez Asma, Émilie entre comme veilleuse à mi-temps dans l'association, tout en se formant puis

en exerçant en sophrologie. « *C'est une petite structure où il est possible de se parler, de conduire des projets, s'enthousiasme-t-elle. Et comme je suis quand même câblée « cadre de santé », je me suis retrouvée chargée de projets, j'ai fait de moins en moins de sophro et de plus en plus d'Asma... Et quand l'association est devenue une association à vocation régionale, et non plus départementale, je me suis retrouvée cadre.* »

L'urgence absolue en santé mentale

Rétrospectivement, Émilie réalise à quel point les circonstances ont orienté son parcours au moins autant que sa volonté. « *Franchement, je ne me suis jamais dit que j'allais travailler avec des ados qui ont fait une tentative de suicide* », reconnaît-elle. Consciente de la dureté des situations qu'elle allait rencontrer, elle n'en était pas moins motivée. « *J'avais envie de travailler avec des publics en difficulté, et je me suis prise d'une grande affection pour les adolescents, précise-t-elle. Ils sont très transparents, disent ce qu'ils ont à dire, ne le disent pas quand ils n'en ont pas envie...* »

“
J'avais envie de travailler avec des publics en difficulté, et je me suis prise d'une grande affection pour les adolescents. Ils sont très transparents, disent ce qu'ils ont à dire, ne le disent pas quand ils n'en ont pas envie...”

Par ailleurs, l'utilité sociale de son travail est assez évidente. « *La crise suicidaire, la tentative de suicide, c'est un peu l'urgence absolue en santé mentale, relève-t-elle. C'est pour cela qu'il est important de travailler en équipe, de parler ensemble des situations complexes... on se voit tous les vendredis pour cela, et ce sont des moments chargés émotionnellement !* » Aujourd'hui, Émilie ne fait plus de veille, sauf exception : elle se consacre entièrement à l'encadrement et à la gestion de projet, et ne manque pas d'ouvrage.

L'association est en effet passée en quelques années de cinq à quinze salariées, « *et nous avons besoin de stabiliser l'équipe, de la renforcer* », souligne-t-elle. Et la suite ? La cadre n'en sait pour l'instant rien. « *Cela fait tout de même sept ans que cela dure, constate-t-elle. Je ne sais pas si je vais rester éternellement dans la prévention du suicide, mais ce qui est sûr, c'est que je vais continuer à travailler avec le public adolescent.* » ■

ADRIEN RENAUD

DU et DIU : Pourquoi ? Comment ? Combien ?

Se former tout au long de sa carrière fait partie des obligations déontologiques des infirmiers. Un devoir pas toujours facile à remplir, malgré la diversité des formations envisageables. Parmi celles-ci : les Diplômes universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU). Mode d'emploi de ces formations très particulières.



Entre les journées d'enseignement en présentiel, les visioconférences, le stage éventuel, la préparation des évaluations et bien sûr le mémoire et sa soutenance qui clôturent souvent le parcours de formation, les efforts à fournir pour l'obtention d'un DU sont loin d'être négligeables.

© Matej Kastelic/Shutterstock

« **C'**est un engagement. » Voilà le mot qui, selon le Pr Florian Ferreri, psychiatre à l'hôpital Saint-Antoine de Paris (AP-HP) et vice-doyen de la faculté de santé de Sorbonne-Université en charge des professions paramédicales, résume l'inscription à l'un des 250 DU ou DIU que propose son institution. Un terme qui peut s'entendre de plusieurs façons : un engagement personnel, car la charge de travail que représentent ces formations est souvent loin d'être négligeable ; un engagement financier, car les droits d'inscriptions dépassent souvent le millier d'euros ; et

un engagement professionnel enfin, car l'amélioration continue des connaissances fait partie du mouvement général de montée en compétences des infirmiers. Reste à savoir comment, concrètement, cet engagement peut prendre forme.

Mais d'abord, qu'est-ce au juste qu'un DU ? C'est un diplôme qui relève de la formation professionnelle continue, délivré par une université (ou plusieurs universités mutualisant leurs moyens dans le cas des DIU). Contrairement à beaucoup de formations proposées, les DU reposent sur des standards académiques universitaires,

Formation Continue

Université de Strasbourg

sfc.unistra.fr

03 68 85 49 20

Gynécologie

Pédiatrie

Anesthésiologie

Ophthalmologie / ORL

Chirurgie

Pneumologie

Cardiologie

Neurologie

Urgences

Gérontologie

Psychiatrie

Management

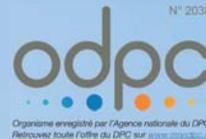
Hygiène hospitalière

Approche du malade

Réadaptation - Kinésithérapie

Qualité et gestion des risques

Médecine



Pour les professionnels
de la santé et du social
plus de **50 diplômes**
et **340 stages courts**
en **inter-établissements**
ou **sur mesure**



FORMATION continue

L'expertise universitaire et hospitalière
au service des professionnels de santé



Pôle Santé
Nantes Université

Vous cherchez des formations de qualité **conçues par et pour des professionnels de santé** ?

Venez vous former au Pôle Santé de Nantes Université !

Plus de **40 formations** - diplômes universitaires, formations courtes et formations par la simulation - **accessibles aux infirmières et infirmiers** sur des thématiques variées :

- Santé de la femme
- Santé de la personne âgée
- Prise en charge de la douleur - Soins palliatifs
- Plaies & cicatrisation
- Santé mentale & addictions
- Sexologie
- Éducation et prévention en santé, ...

☎ : 02 53 48 47 47

✉ : fc.sante@univ-nantes.fr

www.univ-nantes/fc-sante

et supposent un investissement conséquent : le volume horaire concerné se compte en dizaines voire en centaines d'heures, et le travail théorique s'accompagne souvent d'un stage pratique et de la rédaction d'un mémoire. La durée d'enseignement peut s'étaler sur une, voire deux années. Enfin, comme leur nom l'indique, les DU donnent lieu à la délivrance d'un diplôme officiel reconnu par l'université. Quant aux contenus, ils peuvent être très divers. Certaines de ces formations attirent d'importants contingents infirmiers (plaies et cicatrisation, douleur, santé au travail, soins palliatifs...) et sont délivrées par de nombreuses universités, alors que d'autres sont davantage liées à des thématiques « *de niche* » (« santé publique en milieu pénitentiaire, par exemple, seulement proposée par l'Université Paris-Cité), et les infirmiers peuvent y être largement minoritaires. Car c'est l'une des spécificités des DU : nombreux sont ceux qui sont ouverts à divers professionnels de santé, et qui permettent aux infirmiers de rencontrer d'autres soignants

Une démarche qui en vaut la peine

Si se lancer dans un DU n'est pas une démarche anodine, cela semble être une démarche qui en vaut la peine. C'est du moins le sentiment qui prévaut quand on demande aux infirmiers qui ont validé un DU le bilan qu'ils retirent de cette expérience. « *Après avoir passé trois DU et un DIU, je peux témoigner que cela m'a permis d'être beaucoup plus sereine avec mes patients, d'avoir des éléments concrets et validés pour effectuer des prises en charge plus sécurisées et plus pertinentes, de mieux comprendre le parcours du patient, de lui apporter une aide psychologique et physique plus qualifiée, et quelques fois d'éviter de faire des bêtises!* », témoigne par exemple Lucienne Claustres-Bonnet, présidente du Dispositif d'aide à la coordination (DAC) « *Ressources Santé* » et vice-présidente de l'Association nationale françaises des IDE et étudiants (Anfiide). Une position à laquelle adhère sa consœur Brigitte Hérisson, secrétaire générale de l'Anfiide qui a longtemps travaillé dans le domaine des soins palliatifs et de la douleur : celle-ci estime que les trois DU qu'elle a passés lui ont permis « *de postuler et de répondre aux besoins de l'établissement pour une amélioration de la qualité des soins* », mais aussi d'assurer une forme de « *transfert de connaissances auprès de ses pairs* ».

Autre aspect fréquemment mis en avant par les infirmiers qui ont fait cette expérience : suivre un DU, c'est souvent s'ouvrir de nouveaux horizons. C'est ainsi que Maxence Gal, infirmier libéral et lui aussi membre du bureau de l'Anfiide, estime que son DU « *virage ambulatoire* » lui a permis d'acquérir des « *connaissances systémiques liées à notre système de santé* » qui l'ont « *incité et motivé à être un des co-fondateurs de la CPTS Var Ouest* », tandis que son DU « *télé médecine* » lui a

“
Après avoir passé trois DU et un DIU, je peux témoigner que cela m'a permis d'être beaucoup plus sereine avec mes patients, d'avoir des éléments concrets et validés pour effectuer des prises en charge plus sécurisées et plus pertinentes, de mieux comprendre le parcours du patient, de lui apporter une aide psychologique et physique plus qualifiée, et quelques fois d'éviter de faire des bêtises!
 ”

permis d'initier un projet de télé médecine au sein de cette même CPTS, projet dont il est aujourd'hui l'administrateur. Faire un DU, c'est également approfondir un thème pour lequel on a un intérêt personnel. « *Je me suis inscrite au DU "douleur" quand j'étais encore aide-soignante en réanimation, témoigne Marlène Carreras, infirmière et référente "douleur" aux urgences-Smur du CH de Montauban (Tarn-et-Garonne), qui a suivi ce DU en même temps que la deuxième année de son cursus en lfsi. J'avais compris que face à des situations compliquées, on ne pouvait pas sauver tout le monde, mais que pour la douleur il était évident qu'on pouvait faire des choses pour chacun.* »

De la difficulté de démarrer

Reste que si les DU représentent pour les infirmiers qui se lancent dans l'aventure une source de satisfaction et d'épanouissement certaine, ils sont également dans une large mesure l'aboutissement d'une course où les obstacles se présentent aussi bien avant, pendant, qu'après le cursus. Les difficultés démarrent en effet dès le moment où, la décision d'approfondir ses connaissances dans tel ou tel domaine étant prise, l'infirmier se met en quête de la formation qui répond le mieux à ses attentes. Car c'est bien simple : il n'existe aucune liste centralisée des DU et DIU ouverts aux infirmiers. « *Pour trouver un DU qui nous correspond, la plupart du temps, nous devons passer du temps à chercher car le titre est souvent vague*, déplore Lucienne Claustres-Bonnet. *Un DU plaies et cicatrisation a-t-il la même valeur s'il est à Toulouse, Nancy, Paris ou Marseille? Le contenu est-il le même? Répondre à ces questions est quasiment impossible, le choix se fait le plus souvent à la lecture du programme proposé.* » C'est pourquoi la plupart du temps, les infirmiers se décident sur des critères avant tout géographiques : bien que les enseignements en distanciel se développent, les participants ont à cœur de minimiser le nombre de kilomètres parcourus pour se former.

Mais l'identification du lieu de formation adéquat n'est que le point de départ des difficultés pour l'infirmier

8^e
**JOURNÉES
NATIONALES**
DES INFIRMIÈRES
EN PRATIQUE AVANCÉE

7 > 8
NOV.
2024



INSCRIPTION ET PROGRAMME



Les IPA, 5 ans déjà :



7 NOVEMBRE 2024 :
CIUP - FONDATION BIERMANS - LAPÔTRE
9A, BOULEVARD JOURDAN, 75014 PARIS

8 NOVEMBRE 2024 :
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
14 AV. DUQUESNE, 75350 PARIS



jnipa.fr

cherchant à suivre un DU. Une fois ce dernier identifié, il faut en effet s'y inscrire, ce qui implique... d'être sélectionné. « À Sorbonne-université, la plupart de nos DU reçoivent plus de candidatures qu'il n'y a de places, avertit Florian Ferreri. La sélection se fait donc sur la motivation, sur la cohérence de la demande par rapport au parcours, mais aussi sur la date d'inscription : ce n'est pas "premier arrivé, premier servi", mais un dossier arrivé tôt aura plus de chances qu'un autre d'être accepté. » Tout infirmier souhaitant s'inscrire à un DU aura donc intérêt à soigner son dossier de candidature, car dans certains cas, les places peuvent être chères. Et « cher » est sans doute le mot approprié, car Florian Ferreri mentionne un autre critère de sélection : la solvabilité du mode de financement prévu pour régler les frais d'inscription.

Le coût... et le temps

Car c'est là l'un des grands sujets de préoccupation pour les infirmiers s'inscrivant à un DU : ces formations de qualité sont longues et ont un coût important, que les universités doivent répercuter sur les participants. Or les modalités de prise en charge par l'employeur ou par des mécanismes de financement de la formation professionnelle sont complexes et généralement peu adaptés aux spécificités des DU. Pour ce qui est des infirmiers salariés, par exemple, on constate que les budgets de formation sont souvent alloués à d'autres types de formation. « L'enveloppe globale des hôpitaux pour la formation est

souvent conséquente, mais les établissements ont tendance à favoriser celles qui leur apportent une plus-value directe », constate Christophe Mesnier, président de la Coordination nationale infirmière. Or le bénéfice apporté par un DU est souvent à moyen terme, et indirect. « Les demandes des agents sont d'abord réparties entre celles qui sont dans le catalogue de formation de l'établissement, et les DU, qui sont des demandes individuelles et

“
Pour trouver un DU qui nous correspond, la plupart du temps, nous devons passer du temps à chercher car le titre est souvent vague.”

qui ne figurent pas dans le catalogue, passent après », regrette le responsable syndical.

Autre obstacle, et pas des moindres : en période de forte tension sur les ressources humaines, les services rechignent souvent à laisser leurs infirmiers s'absenter une, voire plusieurs journées par mois. Reste qu'il faut reconnaître qu'à force de persévérance (« Si une demande n'est pas acceptée une année, elle peut l'être l'année suivante », encourage Christophe Mesnier), de nombreux infirmiers salariés parviennent à faire prendre en charge leur DU par leur employeur,



Les DU « plaies et cicatrisation » attirent un grand nombre d'infirmiers et sont proposés dans différentes universités.



La formation continue du PERSONNEL INFIRMIER à l'Université de Bretagne Occidentale

FORMATIONS DIPLÔMANTES :

- > Accompagnement et soins palliatifs (D.U.)
- > Infirmier en pratique avancée (D.E. grade master)
- > Infirmier de bloc opératoire (D.E. grade master) en partenariat avec l'IFPS du CHU de Brest
- > Éthique et soins (D.U.)
- > Réadaptation motrice intensive de l'enfant (D.I.U.)
- > Repérage des violences intrafamiliales et leurs conséquences, accompagnement des femmes et des enfants (D.U.)
- > Santé au Travail : qualification infirmier (D.I.U.)

FORMATIONS CERTIFIANTES, nos thématiques :

- > Néonatalogie : formations NIDCAP, Soins de développement de niveau 1 et 2 (FINE), SOFFI (Alimentation du nouveau-né vulnérable) et NBO (échelle inspirée de celle de Brazelton)
- > Santé au travail
- > Hypnose

Retrouvez toute notre offre de **formation continue en santé** sur notre site web :

www.univ-brest.fr/fcsante ou **SCANNEZ**



CONTACTS :

☎ 02 98 01 73 26

✉ fc.sante@univ-brest.fr



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante :
ACTIONS DE FORMATION

À la recherche d'une formation en management de la santé ?

DIPLÔMES UNIVERSITAIRES

- ◆ D.U. Management infirmier
- ◆ D.U. Qualité et gestion des risques en établissements sanitaires et médico-sociaux
- ◆ D.U. Management du développement durable en santé
- ◆ D.U. Achats responsables en santé
- ◆ D.U. Droit et santé

POUR EN SAVOIR PLUS :

☎ 04 99 13 60 50

✉ contact@cesegh.fr

Rejoignez-nous sur



www.cesegh.fr



ADLV ECOLE VODDER FRANCE DRAINAGE LYMPHATIQUE MANUEL® Méthode originale Dr. VODDER®

Le DLM s'applique aussi aux troubles fonctionnels, les petits maux de tous les jours qui peuvent empoisonner la vie mais qui ne sont pas graves. C'est donc encore en préventif que nous allons l'utiliser avec succès pour les maux de tête, les syndromes pré-menstruelles, les colites, les troubles O.R.L., la microcirculation, le sommeil, la détente, la constipation etc...

Vous cherchez une formation sérieuse...

DRAINAGE LYMPHATIQUE MANUEL®

Méthode originale Dr. VODDER®



Nous sommes les seuls représentants de la Dr Vodder Akademie Internationale

Suivre nos stages c'est obtenir :

- Un enseignement, selon les normes allemandes, dispensé par des spécialistes
- Un certificat international de la Dr Vodder Akademie - Walchsee-Tirol
- Stages à Paris et en Province • Tarifs intéressants • Formation certifiée ISO 9001-2015

Programme - Informations - Inscriptions :

A.D.L.V. - 1690 Route de Saint Pée - 64210 ARBONNE

Tél. : 05 59 41 81 03 e-mail : advodder@gmail.com

Internet : drainage-lymphatique-vodder.com



**DÉCOUVREZ
NOS FORMATIONS SANTÉ
EN ALTERNANCE**



Institut
Catholique
de Rennes

EN CONVENTION AVEC : **le cnam**
Bretagne

MASTER DROIT ET GESTION DE LA SANTÉ

Débouchés : direction d'établissements sanitaires et médico-sociaux

LICENCE PRO TIM

TECHNICIEN DE L'INFORMATION MÉDICALE

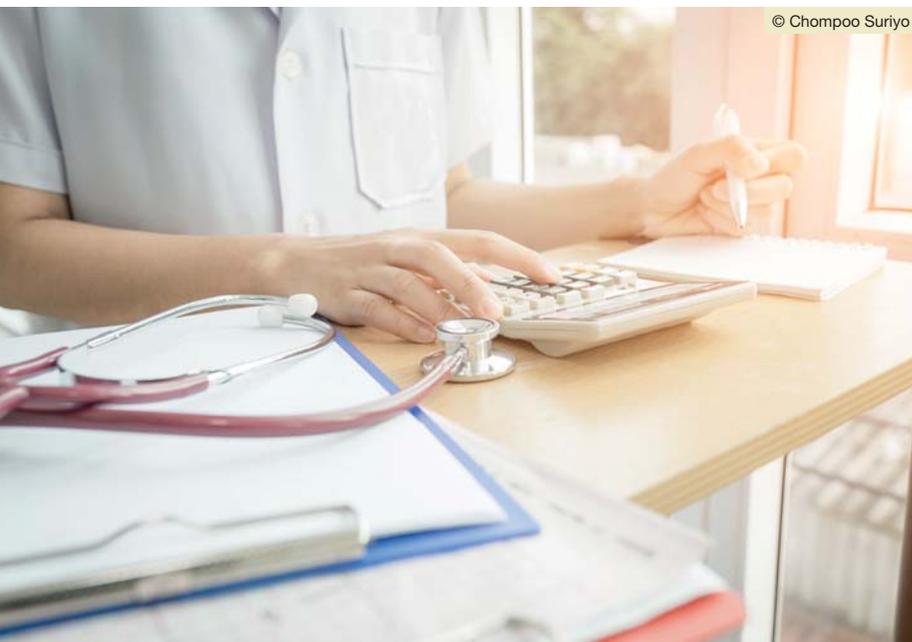
Débouché : technicien de l'information médicale

INFORMATIONS ET INSCRIPTION SUR NOTRE SITE



WWW.ICRENNES.ORG

Découvrez aussi nos autres formations : licences (lettres, anglais, AES, histoire et droit) ainsi que notre licence pro et master comptabilité contrôle audit.



© Chompoo Suriyo

Dans de nombreux cas, les infirmiers se forment sur leur temps et sur leurs deniers personnels.

et que dans ce cas, cette prise en charge comprend non seulement les frais d'inscription, mais aussi bien souvent les frais de transport. Le temps de formation, bien sûr, est dans ce cas considéré comme du temps de travail, ce qui n'est pas toujours le cas du temps de transport. Les libéraux doivent quant à eux soit fermer leur cabinet pendant qu'ils sont en formation, soit trouver une solution pour que leur cabinet continue à tourner sans eux. « On doit prendre sur le temps personnel, et trouver des remplaçants », témoigne John Pinte, président du Syndicat des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil).

Financement partiel... ou nul

Résultat de toutes ces difficultés accumulées : dans de nombreux cas, les infirmiers finissent par se former sur leur temps et sur leurs deniers personnels. « Je me suis auto-financée, c'était un projet personnel, pour améliorer mes prises en soin », explique par exemple Marlène Carreras. « C'est une situation bien plus fréquente que cela devrait être, commente Christophe Mesnier. Ce sont des soignants qui décident de se mettre en mouvement : souvent, ils n'attendent pas les délais incompressibles dont l'institution a besoin pour les soutenir. Ils finissent par faire cela seuls, et on les comprend ! » Le président de la CNI ajoute qu'en plus d'être dommageable aux finances des intéressés, cette situation l'est pour l'attractivité des établissements, car les personnes qui se sont formées par elles-mêmes, qui sont des soignants qui souvent font preuve de dynamisme et de ténacité, auront par la suite souvent tendance à saisir des opportunités et à s'envoler vers d'autres horizons.

Il ne faut cependant pas désespérer. Il existe, que l'on soit en libéral ou salarié, des possibilités de financement au moins partiel, par exemple *via* le Compte personnel de formation (CPF), et pour les libéraux *via* le Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux (FIF-PL). Le Développement professionnel continu (DPC), en revanche, n'est pas adapté dans sa forme actuelle à la prise en charge des DU. « Il faut que le DU corresponde à nos orientations nationales prioritaires définies par arrêté, et si c'est le cas il faut que les organismes décident d'inscrire leur formation au DPC, et de toute façon le coût d'un DU excède largement nos plafonds de financement », énumère Michèle Lenoir-Salfati, directrice générale de l'Agence nationale du DPC (ANDPC). Résultat : pour le programme 2023-2025, pour l'instant, un seul infirmier a fait prendre en charge une partie du coût de son DU *via* le DPC, révèle-t-elle.

Des formations intensives

Une fois les difficultés liées à l'inscription et au financement résolues, l'infirmier qui souhaite suivre un DU n'en est pas au bout de ses peines. Car le cursus en lui-même est souvent très intense : entre les journées d'enseignement en présentiel, les visio, le stage le cas échéant, la préparation des évaluations et bien sûr le mémoire et sa soutenance qui viennent très souvent sanctionner le parcours de formation, les efforts à fournir sont loin d'être négligeables. « C'est une décision qui doit être mûrement réfléchie, ce sont des formations intensives et il faut pouvoir y consacrer le temps nécessaire », avertit Florian Ferreri. Le vice-doyen de Sorbonne-Université pointe notamment, « en plus de l'écoute aux cours », l'importance du « travail personnel à fournir ». « Ce ne sont pas des formations passives, il y a un moment d'écoute, mais il y a aussi des périodes proactives », souligne-t-il. Un point de vigilance que confirme par exemple Marlène Carreras à l'aune de son expérience du DU « douleur ». « En termes d'effort personnel, j'ai trouvé qu'il y avait pas mal de travail, même si la validation finale, si on avait bien suivi, n'était pas si dure que cela », témoigne l'infirmière occitane.

Reste une question. Une fois son DU en poche, comment l'infirmier peut-il valoriser les connaissances acquises ? Car au-delà d'une plus grande confiance dans ses savoirs professionnels, tout travailleur qui acquiert de nouvelles compétences peut espérer une reconnaissance de celles-ci, qu'il s'agisse de reconnaissance financière ou symbolique. Or, de l'avis général, c'est très rarement le cas. « Avoir un DU n'augmente pas notre rémunération », avertit Lucienne Claustres-Bonnet, qui remarque que « ces compétences ne sont reconnues que par nous », même si, et ce n'est pas négligeable, « elles nous apportent de la sérénité dans notre exercice ». « Il n'y a aucune compensation monétaire, confirme sa consœur et collègue de l'Anfiide Brigitte Hérisson,

mais l'immense satisfaction de participer en équipe à la prise en soin du patient. »

Perspectives de valorisation

Le manque de reconnaissance financière est d'ailleurs l'un des principaux axes d'amélioration sur la question pointée par les représentants de la profession. Car selon eux, puisque tout le monde a intérêt à ce que les infirmiers continuent à se former tout au long de leur carrière avec des cursus ambitieux et de qualité, il serait judicieux d'allouer des moyens financiers qui inciteraient davantage les professionnels à se lancer dans une telle aventure. « Il est dommage de ne pas valoriser davantage ces formations, car c'est un outil extrêmement intéressant pour augmenter les compétences, pour faire en sorte que les connaissances acquises par un agent puissent infuser au sein de son équipe, regrette Christophe Mesnier. Imaginez qu'une infirmière formée en plaies et cicatrisation, par exemple, puisse obtenir une reconnaissance pour l'accompagnement de ses collègues sur les cas complexes... Cela permettrait d'augmenter les connaissances de l'équipe, de fidéliser la soignante, etc. »

Même constat dans le monde libéral. « On a intérêt à ce que les infirmiers soient mieux formés, tout le monde y gagnerait, estime John Pinte, du Sniil. Et bien qu'on ne puisse pas faire une nomenclature pour ceux qui ont suivi un DU, on pourrait par exemple faire de la téléexpertise entre confrères. Actuellement, je peux solliciter en téléexpertise un médecin, mais on pourrait imaginer que je puisse aussi solliciter un infirmier qui a fait un DU « plaies » ou « douleur ». » Un mécanisme qui, selon le président du Sniil, permettrait de mettre en avant et de donner un petit écho pécuniaire aux compétences acquises lors d'un DU.

Le réalisme commande cependant d'ajouter un bémol à ces propositions ambitieuses : étant données les discussions budgétaires en cours et l'éternelle recherche d'économies du côté de l'Assurance maladie, on peut douter que l'augmentation des ressources allouées à la formation longue des infirmiers devienne dans un avenir proche la priorité des pouvoirs publics. Faut-il désespérer pour autant ? Certainement pas, car les DU et DIU restent attractifs en eux-mêmes, et continuent à attirer des professionnels. La meilleure preuve en est que ceux qui ont goûté à ces formations ont tendance à renouveler l'expérience : il n'est pas rare de croiser des professionnels chevronnés qui ont non pas un, mais deux, voire trois DU et même davantage. « Si c'était possible, je ferais un DU chaque année », sourit Marlène Carreras. C'est le propre du savoir : celui qu'on acquiert nous sert avant tout à mesurer l'étendue de celui qu'il nous reste à acquérir! ■

ADRIEN RENAUD

LE DU « INFIRMIER SANTÉ AU TRAVAIL » : UN VÉRITABLE PROJET PROFESSIONNEL



Les infirmiers en santé au travail doivent être formés par leur employeur, ce qui donne aux DU consacrés à cette thématique un caractère particulier. Exemple avec le Pr Vincent Bonneterre, responsable du DIU « Infirmier en santé au travail » à la faculté de Grenoble.

Pouvez-vous commencer par nous présenter votre DIU ?

Il faut d'abord savoir que c'est un DIU qui s'adresse aux infirmiers qui ont choisi un exercice spécifique, qui exige des qualifications différentes. Nous prenons dans notre DU des infirmiers qui sont déjà embauchés : la réglementation prévoit que leurs employeurs ont douze mois pour les former. C'est une formation qui se fait en lien avec la pratique, avec un tuteur dans le lieu de travail qui nous permet de confirmer que les choses se sont bien passées. C'est une formation de 240 heures, dont 105 heures de stage, avec la rédaction d'un mémoire. Comme il s'agit d'un DIU, nous avons plusieurs lieux de formation.

Justement, comment se passe la formation sur les différentes facultés ?

En Auvergne-Rhône-Alpes, nous avons quatre CHU, et certains cours sont faits à Clermont-Ferrand, d'autres à Grenoble, d'autres à Lyon et d'autres encore à Saint-Étienne. Cela permet de répartir la charge entre les universités. Traditionnellement, nous faisons l'ensemble des enseignements en présentiel, puis au moment du covid nous faisons tout en visio... Nous avons repris le présentiel sauf exception, et il n'est pas exclu qu'à l'avenir, nous donnions davantage de souplesse, pour que ceux qui veulent venir assister aux cours puissent venir, et que les autres fassent du distanciel.

Comment s'opère la sélection des étudiants ?

Il faut d'abord savoir qu'on a de plus en plus de besoins : les médecins du travail sont toujours moins nombreux, on délègue toujours plus de missions aux infirmiers en santé au travail... Nous formons dix personnes par faculté et par an, et là nous avons doublé les effectifs, ce qui avec quatre universités fait 80 personnes par an. Les candidatures se font en ligne sur les sites des universités entre avril et juin, et nous avons un jury qui se réunit début juillet. Nous avons des critères d'inclusion : le fait d'être en poste ou avoir une promesse d'embauche, avoir un médecin tuteur... Et nous formons en priorité les gens de notre région.

Comment conseillez-vous aux infirmiers de se préparer à un tel DU ?

C'est un projet professionnel qui s'adresse en général à des personnes qui ont fait d'autres choses avant, qui sont passées par différents services hospitaliers, par le libéral, qui ont agi sur prescription médicale pendant longtemps et qui souhaitent prendre un peu de hauteur, participer à des actions de promotion de la santé. Il faut avoir cette envie en soi, car l'infirmier en santé au travail est parfois seul au sein des entreprises, il est le contact des ressources humaines pour des questions importantes... Je conseille d'échanger avec des infirmières qui exercent, de s'arranger pour faire des stages d'observation, de se donner une chance de voir ce que cet exercice représente avant de se lancer dans une formation longue.

Quelle charge de travail représente ce DU ?

Nous avons une population qui est très consciencieuse, et qui fournit les efforts nécessaires. Je suis responsable pédagogique depuis 2015, et une seule personne n'a pas validé. Nous avons peut-être eu deux ou trois abandons, souvent du fait de problématiques personnelles. Mais il faut rappeler qu'il s'agit d'une quantité de travail importante : pour les étudiants, tout est nouveau, il y a une partie réglementaire qui est souvent difficile, il faut assimiler les différents types de risques... On a souvent l'impression qu'il y a beaucoup d'information. Par ailleurs, il ne faut pas cacher que le travail de mémoire, le fait d'identifier une problématique, de poser une méthode pour y répondre, c'est un investissement important. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR A.R.

Une PASS tournée vers la rue

Aller à la rencontre des plus précaires est dans l'ADN de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) mobile de l'hôpital Saint-Luc-Saint-Joseph (Lyon), qui arpente la métropole pour établir ou ré-établir un contact direct sur leurs lieux de vie.

Texte et photos : Bastien Doudaine/collectif Relief

Angeline et Béatrice, infirmière et assistante sociale, se rendent dans un des squats du territoire, pour maintenir le lien avec les familles. Régulièrement elles rencontrent de nouvelles familles venues trouver refuge dans cet immeuble.

« **E**st-ce qu'on pourrait adoucir les problèmes de vie à la rue ? » demande Cindy Gevaud, une des assistantes sociales de la PASS venue ce matin à la Halte de Nuit, un lieu d'hébergement d'urgence de Lyon. La réponse de Prudence, une des femmes qui a passé la nuit dans un des préfabriqués, ne se fait pas attendre : « Ça ne va pas, mais... ça va aller. Le problème, tu sais, c'est qu'on est dehors. » Des problèmes de peau et de dos, aux ruptures de droits, les motifs de

soins ne seront pas réglés autour de la petite table installée en extérieur mais bel et bien dans les locaux de la PASS. « On veut faire les choses au mieux, avec le plus d'humanité possible et dans un cadre adapté », raconte Claudine Farina, l'une des deux responsables du service. « Ici, on s'occupe de toutes celles et ceux qui sont à la rue, ou sans droits d'accès à la sécurité sociale ». Des PASS, on en trouve théoriquement dans tous les hôpitaux de France depuis la création du dispositif





« *Do you have social security?* », demande Angeline pour introduire leur présence dans le squat. Si besoin, les professionnelles proposent aux nouveaux habitants de venir à la PASS pour faire le point sur leur situation. Pour l'infirmière, travailler auprès de ces patients invisibilisés par la société sonne comme un véritable engagement : « *Quand on pense qu'ils doivent vendre un peu de leur passé traumatique pour avoir leur asile, je trouve ça violent* », dit-elle, faisant référence aux entretiens de l'O'fpra.

opérationnel par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. À Lyon, elles ont chacune leurs spécificités – soins psychiatriques pour l'une, pédiatrie pour l'autre – et collaborent ensemble. À « *St Luc-St Jo* », l'équipe de la PASS ne se contente pas d'aller à la Halte, mais arpente la métropole pour visiter les personnes sur leurs « *lieux de vie* », squats en dur, tentes... Quand on est en situation de précarité, en parcours d'errance et sans couverture sociale, « *la priorité ce n'est pas de se soigner* » constate Clara, une des trois infirmières dédiées.

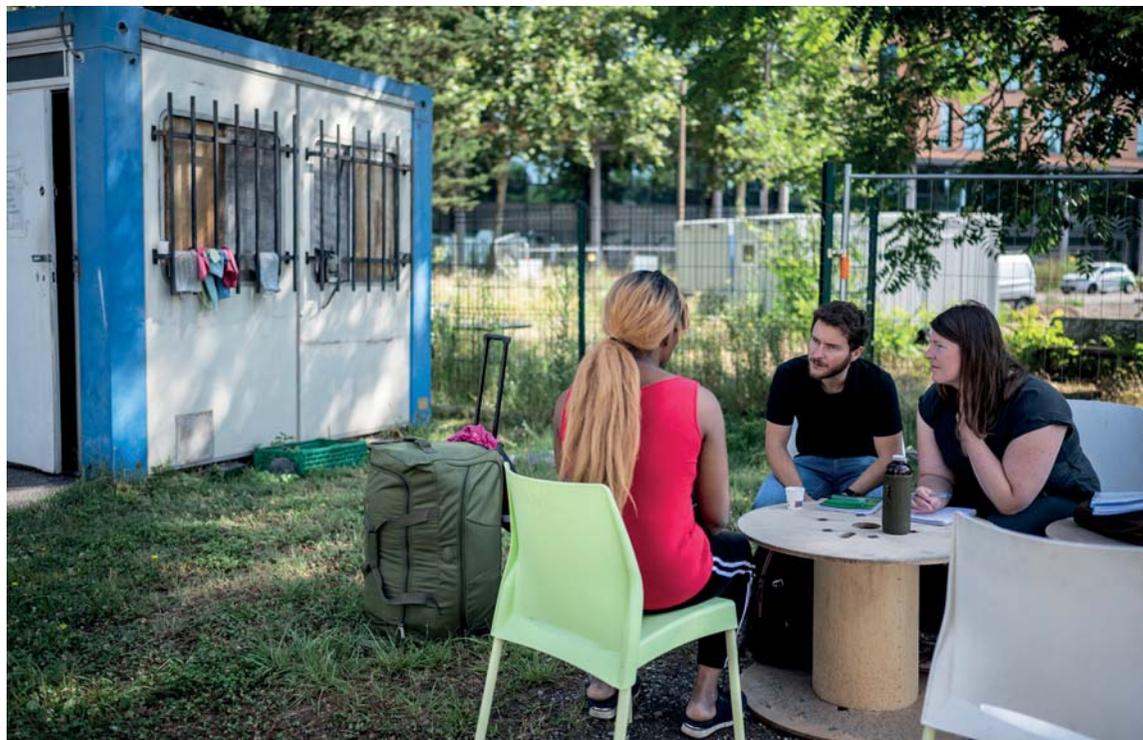
Accueil inconditionnel

Le rôle de ce service, financé majoritairement par l'ARS, est de s'occuper de migrants précaires en situation irrégulière ou régulière, mais aussi de toute personne sans domicile fixe ou en désinsertion sociale.

Ici, ce sont au total vingt professionnels qui travaillent ensemble. « *On se démène beaucoup mais on n'a pas beaucoup de moyens* », confie l'assistante sociale Lucie Gérodier, « *le plus important c'est d'être à l'abri* ». Premier

facteur d'une bonne santé, les marges de manœuvres de la PASS sont très limitées dans ce domaine. « *Souvent, dans nos prises en charge, tout le monde se renvoie un peu la balle* », ajoute Clara. Toutes et tous partagent des émotions fortes face à des situations humaines rudes, même si leur venir en aide « *est porteur en tant que professionnels* ».

L'équipe constate que de nombreux professionnels de santé ne sont pas suffisamment formés aux spécificités de la précarité. Pour être plus efficace, ils travaillent en réseau avec plusieurs structures de la solidarité à Lyon, comme Notre-Dame des Sans-Abri, le Samu Social, ou Médecins du Monde. Ils font du lien entre les familles, se contactent pour tenter d'organiser la coopération et faire remonter les situations inacceptables. Forts de leur expertise dans le domaine, ils soignent et suivent leurs patients jusqu'à qu'ils aient accès à leurs droits et une prise en charge en médecine de ville plus classique, « *sans jamais oublier la dimension sociale inhérente à notre définition de la santé* », conclut Claudine. ■



À la Halte de nuit, ce matin-là, plusieurs personnes se relaient autour de la petite table où chacun peut venir discuter avec Cindy et Bruno, un binôme assistant social et médecin (ou infirmière), présent sur site tous les quinze jours.



Lucie Gérodière et Clara rencontrent régulièrement des situations sans solutions évidentes. Il faut alors se démener et « mobiliser son réseau ».



Clara, infirmière, fait les consultations d'orientation, avant de déterminer si la personne a besoin d'un avis médical, social ou d'un autre type de prise en charge. Ici, elle est à l'écoute de Mohammed, un homme avec de sérieuses difficultés respiratoires rencontré à la Halte de nuit. Initialement venu chercher un avis médical en France, il a décompensé à la suite de sa traversée de la Méditerranée.

Dans l'immeuble qui abrite la PASS - autrefois le consulat du Venezuela - six nouveaux patients sont accueillis chaque matin. Afin de les orienter au mieux Clara, infirmière, cerne les problématiques. Et cela prend du temps, notamment « quand on a besoin de traduction téléphonique », ou d'aborder la situation sociale. « On peut avoir quelques soins infirmiers et pansements à faire, notamment pour des escarres, explique l'infirmière. Mais nous avons surtout un gros rôle d'orientation ».



Peu nombreux ceux qui arrivent directement à la PASS. Ils tombent malades en France. On retrouve chez eux les pathologies liées aux conditions de vie très précaires. Mais aussi des séquelles des violences subies dans leur pays.



Même en kinésithérapie, pour Christine « ils sont hyper impliqués, plus que dans d'autres milieux sociaux ». Et « quand on n'a pas le langage, on a la main » pour leur permettre d'aller mieux.



Angéline accompagne un patient originaire du Kosovo à l'aide d'une traduction téléphonique. Un accord entre la PASS et une structure d'hébergement permet à cet homme atteint d'une maladie chronique de passer trois semaines en dehors de la rue, lui offrant un répit temporaire et nécessaire.



Les patients retrouvent la vue, et le sourire, avec Olivier Janaud, l'optométriste. Il propose un examen visuel et fait lui-même les lunettes, sans frais. « C'est un facteur essentiel de la réinsertion », sans quoi ils ne peuvent pas lire, ou même s'orienter.



Syrie : les cliniques mobiles, un soutien vital pour les déplacés

Dans le nord-ouest de la Syrie, les cliniques mobiles offrent des soins de santé primaire vitaux à des millions de déplacés par la guerre, entassés dans des camps depuis plus de dix ans. Les infirmiers y jouent un rôle clé.

La clinique mobile de l'ONG syrienne Ataa Relief passe quatre fois par semaine dans le camp d'Al-Diya, situé à quelques kilomètres de la frontière turque.

La camionnette blanche, coiffée de quatre gyrophares, quitte la route de campagne et s'engage sur le sol de sable rocaillieux du camp déplacés d'Al-Diya, à quelques kilomètres de la frontière turque, se frayant un chemin au milieu des tentes de toile couleur ocre.

Il est neuf heures et le soleil tape déjà dans cette région aride du nord-ouest de la Syrie, où ne pousse pas un brin d'herbe en plein été. Quelques personnes font déjà la queue devant la clinique mobile de l'ONG syrienne Ataa Relief, qui passe quatre fois par semaine dans ce camp de 120 familles, pour donner des consultations

médicales gratuites. De la camionnette émerge Housam Haj Ali, un infirmier de 46 ans, la bouche couverte d'un masque chirurgical, suivi d'un médecin, d'un préparateur en pharmacie et d'un aide-soignant. L'espace de consultation est exigu : les patients sont examinés à l'intérieur même de la camionnette, sur une petite banquette face à des cartons de médicaments, sans intimité.

Conditions de travail précaires

L'infirmier entame la discussion avec un homme en gamis, une longue tunique traditionnelle, qui porte un



© Abdelmajed AlKarh

bandage à la jambe. « *La douleur est difficilement supportable la nuit, j'ai beaucoup de mal à dormir* », explique le père de famille de 39 ans, qui s'est blessé à la jambe et souffre de douleurs neuropathiques à la cheville. L'infirmier déroule le bandage, change le pansement, avant de lui prendre sa tension, de mesurer sa saturation. « *Tu n'as rien de grave, il faut marcher davantage, faire de l'exercice, et les douleurs nerveuses vont s'atténuer* », explique l'infirmier, avant de l'orienter vers le médecin qui lui prescrira des antidouleurs. « *Mon rôle est parfois autant psychologique que médical. Si je peux rassurer, apporter du réconfort, c'est précieux pour moi, car ces gens sont vraiment abandonnés dans les camps, ne bénéficient d'aucun service de santé. Ils sont tellement pauvres qu'ils n'ont pas les moyens de se déplacer à l'hôpital le plus proche à 10 km* », raconte l'infirmier.

Le camp d'Al-Diya se trouve au cœur du gouvernorat d'Idlib, où vivent 3,4 millions de personnes déplacées d'autres régions de Syrie. La plupart d'entre elles vivent entassées dans 1 500 camps de fortune. Houssam est lui-même déplacé de la ville de Saraqeb, plus au nord, reconquise par le régime syrien en 2019. « *Je n'envisage pas de travailler ailleurs qu'ici, même si c'est fatigant, qu'il fait chaud, qu'il manque d'espace, de matériel médical. C'est une manière de m'engager pour la communauté, c'est plus qu'un simple travail* », lance-t-il.

Les cliniques mobiles se sont développées en Syrie dès 2012, peu après le déclenchement du conflit. « *Normalement, elles sont utilisées dans un contexte d'urgence, mais l'urgence dure depuis douze ans en Syrie* », affirme Thomas Balivet, chef de mission de Médecins sans frontières (MSF) pour le nord-ouest de la Syrie. « *Les hôpitaux sont saturés, continuent de fermer par manque de moyens et sont difficilement accessibles en raison des routes défoncées. La fourniture de soins de santé primaire reste vitale pour de nombreuses personnes* ».

Les infrastructures de santé, déjà affaiblies par la guerre - régulièrement pilonnées par le régime de Bachar al-Assad et son allié russe - ont été encore fragilisées depuis le séisme de février 2023, qui a frappé la Turquie et le nord-ouest syrien, faisant des milliers de morts et endommageant près de 50 hôpitaux. « *Dans les camps, les besoins médicaux sont énormes. La situation sanitaire est catastrophique, avec 85 % d'entre eux qui ne possèdent pas de systèmes d'égouts et 70 % qui n'ont pas accès à l'eau potable. Cela entraîne le développement de poux, de la gale, et même parfois de choléra. Les difficultés d'alimentation et la détérioration de la santé mentale des populations ont aussi un impact sur les maladies chroniques* », note Thomas Balivet. Dans le nord-ouest syrien, 95 % de la population vit sous le seuil de pauvreté, et l'aide internationale s'est étiolée au fil des ans. Au début de l'année, le Programme alimentaire mondial (PAM) a ainsi cessé de fournir de l'aide aux Syriens.



© Abdelmajed AlKarh

L'espace de consultation est exigü.

Infirmier en Syrie, un métier admiré

Dans le nord-ouest syrien, Médecins sans frontières dispose de neuf cliniques mobiles, qui sillonnent des camps cinq à six jours par semaine, de neuf heures à seize heures. Dans le camp d'Abou Talha, au pied d'une chaîne de montagnes, les deux camions médicalisés de MSF se sont installés en face de la mosquée, lieu de rencontre privilégié. La plupart des bâtiments alentour sont des maisons en parpaing et en tôle inachevées, parfois hérissées de panneaux solaires. Chaque camion a été divisé en deux petites salles, pour fournir aux habitants du camp plusieurs consultations : des soins de médecine généraliste, de santé reproductive, de santé mentale, et pour les maladies chroniques. Malgré la promiscuité, les cliniques mobiles sont bien équipées, comprenant même un scanner pour les consultations gynécologiques. Raghda Khatib, infirmière expérimentée de



© Abdelmajed AlKarh



© Abdelmajed AlKarh

Dans le camp d'Abou-Talha, dans le nord-ouest syrien, la majorité des patients sont des femmes.

50 ans, travaille dans la clinique mobile de MSF depuis sept ans. « J'ai choisi d'être infirmière dès le collège, alors que ce n'est pas un choix fréquent pour les femmes en Syrie. C'est la volonté d'aider les autres qui m'a motivée. Les infirmières sont très admirées dans notre pays : on nous appelle les "anges de la miséricorde". Avec la guerre, j'ai songé à partir en Turquie, mais j'ai préféré rester auprès des miens », raconte-elle, vêtue d'une longue blouse blanche.

Être une femme facilite le contact avec les habitantes du camp, dans une région rurale et très conservatrice, où la majorité des patients sont des patientes. « Quand elles ont besoin d'un examen physique sensible, elles m'en parlent avant, et j'enregistre les observations pour le médecin, de manière à les mettre à l'aise. Avec le temps, j'ai aussi établi une relation de confiance avec les personnes âgées, qui me considèrent comme un membre de leur famille ». Ce matin-là, Raghda examine le petit Ali, 4 ans, qui fait de la fièvre depuis plusieurs jours et a développé des éruptions cutanées. Sa maman est particulièrement inquiète. Dans les camps, la leishmaniose cutanée, une maladie parasitaire provoquant notamment des ulcères cutanés, est en pleine expansion. L'infirmière fait asseoir le garçon sur un lit, prend sa température, et examine ses lésions. Elle en profite pour faire un check-up plus général, déroulant autour de son bras un ruban coloré sur lequel est imprimé une série de bandes de couleur. Le bracelet permet de détecter une possible malnutrition, fréquente dans les camps. L'infirmière donne des conseils à la maman : Ali n'aura finalement pas besoin d'une consultation avec le médecin, se contentant de médicaments fournis par le pharmacien. C'est aussi l'un des rôles des

infirmiers des cliniques mobiles : repérer les urgences, hiérarchiser les priorités face à une très forte demande – la clinique reçoit entre 90 et 120 patients par jour. Surtout que l'attente génère parfois des tensions. « En une journée, nous nous déplaçons dans huit camps qui sont tous situés les uns à côté des autres, mais cela nous prend près de deux heures en transport. Ce métier demande de la patience et de l'écoute », sourit l'infirmière.

Manque d'infirmiers spécialisés

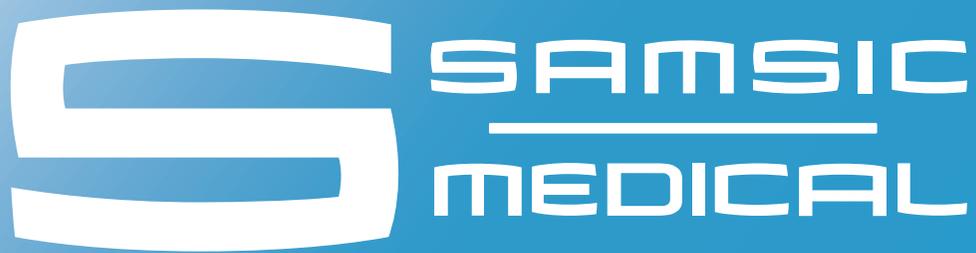
Malgré le travail harassant dans les camps de déplacés, beaucoup de soignants souhaitent y travailler. MSF, qui a récemment lancé une offre d'emploi pour recruter deux postes d'infirmier dans l'une de ses cliniques mobiles, a reçu 500 candidatures. « Beaucoup cherchent du travail avec la crise économique qui frappe la région. Malgré la guerre, les étudiants infirmiers continuent de suivre un cursus universitaire en deux ans et d'être diplômés, mais ce qui leur manque, c'est d'acquérir de l'expérience sous la supervision de pairs. Très peu d'organismes fournissent du training, par manque de financement », assure Ahmed Mohibeldin responsable de la formation médicale à l'institut SAMS (Syrian american medical society) pour l'enseignement intermédiaire dans la ville d'Atareb, qui forme chaque année 25 étudiants infirmiers triés sur le volet. « Avec l'exil du personnel médical, il manque également d'infirmiers spécialisés, en particulier en soins intensifs, en psychiatrie ou dans les services de grands brûlés », fait-il remarquer. L'institut a formé des centaines de soignants, dont de nombreux infirmiers depuis 2016, mais « la tâche reste immense », avoue-t-il. ■

THOMAS ABGRALL

Raghda Khatib, infirmière, examine le petit Ali, possiblement atteint de leishmaniose cutanée.



© Abdelmajed AlKarh



Intérim | CDD | CDI

Boostez votre carrière dans toute la France !

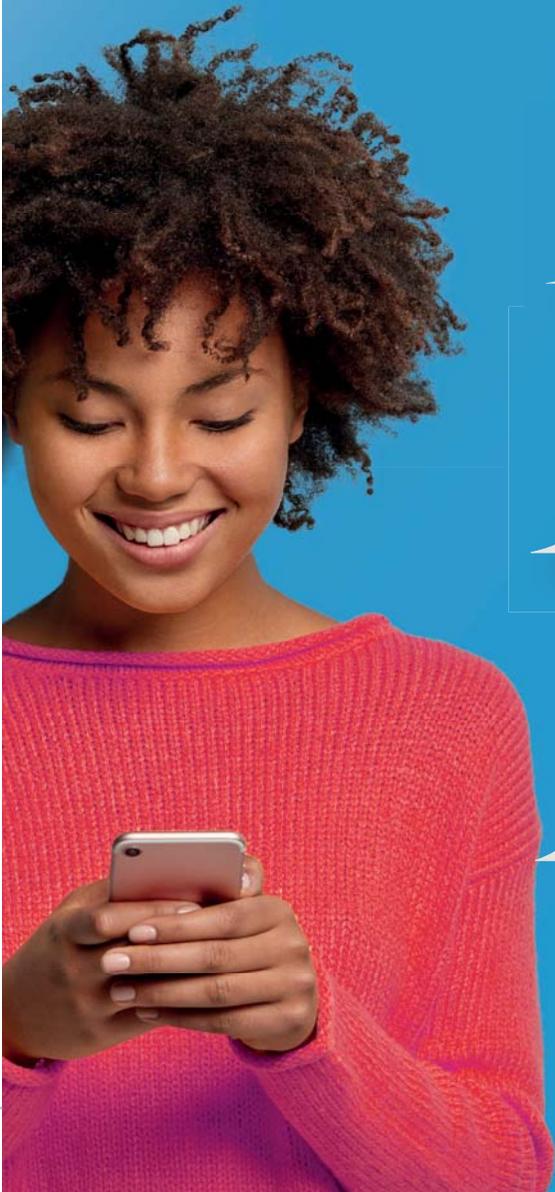
À l'hôpital, à domicile, en entreprise...
Pour une journée ou pour plusieurs années,
nous vous aidons à trouver votre **nouveau challenge professionnel.**

Une entreprise **fondée par des soignants**,
des missions **adaptées à vos envies !**

Des **formations** pour développer vos
compétences, des **aides au
financement pour votre spécialisation**

Mutuelle, prévoyance, garantie logement,
aide à la garde d'enfants...
De **nombreux avantages sociaux** pour
votre vie quotidienne !

[samsic-medical.com](https://www.samsic-medical.com)



2^e congrès de l'ATSSI

Samedi 12 octobre 2024



Découvrez le 2^e congrès de l'ATSSI (Association pour la transmission des savoirs en sciences infirmières). Au programme, des conférences autour de sujets variés : l'électrocardiogramme; passé, présent et avenir de la profession infirmière; recherche infirmière; mythes et légendes; évolution des pratiques aux urgences psychiatriques; genre féminin et cardiologie; GPS des pansements.

Lieu : IFSI FOCH, Suresnes (92)

Informations et inscriptions : https://lnkd.in/e_jXtjUC

Journées nationales de chirurgie ambulatoire

Du lundi 9 au mardi 10 décembre 2024



Ces journées sont une opportunité pour d'échanger sur le virage ambulatoire tant dans notre système de santé que dans notre quotidien.

Les différentes perspectives d'innovations et l'apport du numérique dans les pratiques seront abordés, toujours dans un objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins en chirurgie ambulatoire. Comment adapter les protocoles et pratiques pour répondre aux besoins spécifiques des enfants, des aînés et des personnes vulnérables? La prise en charge de ces patients avec des terrains particuliers sera abordée sous l'angle d'un travail d'équipe propre à ces rencontres.

Lieu : Maison internationale de la Cité internationale universitaire de Paris

Informations et inscriptions : www.chirurgie-ambulatoire.org

Journée des infirmiers

Du lundi 4 au mardi 5 novembre 2024



Deux jours pour s'informer et se former sur les perspectives du métier infirmier :

- Une dizaine de conférences sur les spécialités, l'exercice du métier dans le monde, l'épuisement professionnel...
- Un job dating : rencontrez votre futur employeur!
- Un salon animé de stands partenaires : plein de goodies et cadeaux à gagner.

Lieu : Centre international de conférences Sorbonne Université, Paris

Informations et inscriptions : <https://journeesdesinfirmiers.fr/>

Journées thématiques interactives : urgences vitales

Du mercredi 16 au vendredi 18 octobre 2024



La SFMU (Société française de médecine d'urgence) organise chaque année un séminaire interactif décliné en ateliers pour débattre avec

les experts et faire le point sur l'état actuel des connaissances concernant le thème de chaque édition.

Lieu : Rennes (35)

Informations et inscriptions : www.jti.sfmur.org

Rencontres infirmières en oncologie régionales 2024 & 11^e journée normande d'actualité sur les cancers de la personne âgée

Vendredi 6 décembre 2024

Au-delà de son objectif de promotion des connaissances et du partage d'expériences professionnelles, les R.I.O.R sont également une reconnaissance de l'engagement et du travail des participants. Le contenu scientifique du programme est conçu pour être innovant, abordant les dernières avancées en cancérologie et répondant aux défis rencontrés par les soignants sur le terrain.

Lieu : Moho, Caen (14)

Informations et inscriptions : <https://afic-association.org/>



8^e Journées nationales des infirmières en pratique avancée

Du jeudi 7 au vendredi 8 novembre 2024

La thématique pour cette année est « 5 ans déjà : retour vers le(s) futur(s) ». Cet événement offre l'opportunité de célébrer cinq années de progrès, d'innovation et d'avancée dans le domaine de pratique avancée.

Les IPA ont vu l'essor de nouveaux parcours, l'adoption de pratiques novatrices et l'engagement continu pour l'excellence des soins aux patients. Aujourd'hui, alors qu'ils prennent un moment pour réfléchir à leur parcours, ils se tournent également vers l'avenir, envisageant les avancées et les transformations qui définiront la prochaine ère de la pratique avancée.

Lieu : Fondation Biermans-Lapôte et ministère de la santé, Paris

Informations et inscriptions : jnipa.fr





Journées 2025 CICATRISATIONS

19-21 JANVIER 2025
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE ET FRANCO-PHONNE DES **PLAIES** ET **CICATRISATIONS**



WWW.CICATRISATIONS.ORG

INFIRMIER.E REJOIGNEZ MADELEINE DANS NOS EHPAD

VALEURS
ASSOCIATIVES

TRAVAIL D'ÉQUIPE
PLURIDISCIPLINAIRE

ÉVOLUTIONS
PROFESSIONNELLES

MOBILITÉS
NATIONALES



Envoyez votre candidature à
recrutement@arpavie.fr

OU SCANNEZ
LE QR CODE



RETROUVEZ TOUTES NOS OFFRES
D'EMPLOI SUR NOTRE PAGE LINKEDIN



ME
Medi-Emploi Sàrl
Placement de personnel médical

Recherche
pour la Suisse



IDE

avec 2 ans minimum d'expérience en
Cardiologie, Hémodialyse, Oncologie,
Réanimation, Urgences, etc.

IADE - IBODE

jeune diplômé ou avec expérience



Puéricultrice

en pédiatrie et/ou néonatalogie

Sage-femme

avec expérience



Remplacements de 6 à 12 mois ou postes fixes.
Accueil, Encadrement et Formation continue
sont les atouts des établissements suisses.
Nous prenons le temps de vous conseiller,
vous guider dans cette nouvelle étape professionnelle.

Medi-Emploi Sàrl - 1260 Nyon - Suisse
Tél. 0041 22 362 15 53 - www.mediemploi.ch
info@mediemploi.ch

Jura Cool emplois Médical Suisse

JURA

COOL

.CH



Venez nous rejoindre en Suisse,
nous proposons des postes de qualité
dans toute la partie jurasienne francophone.

Toutes les démarches administratives sont effectuées
gratuitement par notre service de recrutement.

**Les spécialistes de l'implantation
de médecins en Suisse
sur le plan professionnel et privé.**



Si vous êtes :
MÉDECIN GÉNÉRALISTE et/ou MÉDECIN ENDOCRINOLOGUE
pour une reprise d'un important cabinet.

Contactez au plus vite :

Anne Chopard

+41 79 331 36 04

Responsable dpt médical

anne.chopard@medicervices.ch



**LE MOIS
DE LA RETRAITE**
DES HOSPITALIERS
DU C.G.O.S



Du 1^{er} octobre au 31 octobre 2024



Avec la Complémentaire Retraite des Hospitaliers,
le Plan d'Épargne Retraite proposé par le C.G.O.S,

tentez de gagner

2000 €

de cotisations par tirage au sort !

10 gagnants

parmi les nouveaux affiliés

5 gagnants

parmi les cotisants

POUR PARTICIPER :

crh.cgos.info/moisdelaretraite



ENVIE DE CHANGEMENT POUR UN NOUVEAU LOGICIEL SIMPLE, PERFORMANT & COMPLET ?



AVEC VEGA, FINI LES REJETS DE PAIEMENTS !



Cahier des charges
SESAM-Vitale
à jour



Application
carte Vitale



Datamatrix
mutuelles



SEL AMC
Services En Ligne
Assurance Maladie Complémentaire



VEGA TAB
La solution TOUT EN 1
pour votre cabinet



bienvenue@vega-logiciel.fr
04 67 91 27 86
vega-logiciel.fr

**ON EST
BIEN
CHEZ VEGA**