

ActuSoins+

Toute l'actualité infirmière

SEPTEMBRE - OCTOBRE - NOVEMBRE 2023

N°50

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE : AU CŒUR DU BLOC

POURQUOI ET COMMENT FAIRE DE LA RECHERCHE INFIRMIÈRE ?

CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMÉS : QUELLE PLACE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ?

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

Le zona : un impact considérable sur la qualité de vie

Le risque de zona augmente beaucoup après l'âge de 50 ans. On peut donc s'attendre à une augmentation du nombre de cas compte tenu du vieillissement de la population. Il confronte les patients âgés à des douleurs aiguës et à des complications tardives invalidantes, les névralgies et douleurs post-zostériennes.

Le zona est une maladie virale liée à la réactivation du virus varicelle-zona (VZV) acquis plus tôt, majoritairement dans l'enfance. 90 % de la population adulte a été infectée par le VZV et présente un risque de développer un zona plusieurs dizaines d'années après. Le zona est une pathologie fréquente dont l'incidence augmente avec l'âge en raison du déclin de l'immunité⁽¹⁾. 70,2 % des cas surviennent après l'âge de 50 ans⁽¹⁾. Plus de 50 % des patients âgés de plus de 80 ans auront un zona⁽¹⁾. En 2021, le taux d'incidence annuel des cas vus en consultation de médecine générale est de 418 cas pour 100 000 habitants⁽²⁾.

La phase prodromique du zona dure d'un à cinq jours⁽³⁾. Les premiers symptômes sont une douleur, une hypo- ou une hyperesthésie cutanée dans le dermatome concerné. La douleur s'accompagne d'une inflammation importante des nerfs périphériques. À ce stade, les douleurs peuvent avoir deux composantes : l'une inflammatoire, décrite comme coupante, pulsatile, s'accompagnant d'un prurit majeur ; l'autre avec des caractéristiques évocatrices de douleurs neuropathiques, comme des décharges électriques, l'existence d'une allodynie au frottement⁽¹⁾. Les douleurs ont des caractéristiques neuropathiques chez 70 % des patients⁽³⁾. En dépit d'un traitement antiviral, 80 à 83 % des patients à la phase aiguë ont une douleur modérée à intense⁽⁴⁾.

L'éruption apparaît trois à quatre jours après la phase prodromique, classiquement, vésiculeuse ou bulleuse dans les zones douloureuses du dermatome. Elle prend un aspect hémorragique en trois à quatre jours, puis devient croûteuse en sept à dix jours. Les croûtes persistent trois à quatre semaines et cicatrisent. Outre l'éruption cutanée (100 % des cas) et la douleur (97 % des cas), la symptomatologie s'accompagne de fatigue (81 %), de démangeaisons (63 %) et de céphalées (31 %)⁽⁵⁾.

Des facteurs de risque bien identifiés

Le premier facteur de risque du zona et de ses complications est l'âge : le risque d'avoir un zona en population générale est de 30 % mais augmente après 85 ans à plus de 50 %⁽⁶⁾. L'incidence est plus importante chez les femmes⁽⁶⁾.

Des facteurs de stress sont retrouvés dans la plupart des études. Un événement stressant de la vie double le risque de zona dans les six mois par rapport à une population témoin⁽⁷⁾. Le même type d'observation est effectué après un traumatisme physique avec un zona se développant dans le même territoire⁽⁸⁾.

L'immunodépression est un autre facteur de risque. Ainsi, infection par le VIH, cancers, hémopathies malignes, traitements immunosuppresseurs sont associés à une augmentation du risque de zona⁽²⁾.

Une complication fréquente : la douleur post-zostérienne

Les névralgies post-zostériennes (NPZ)/douleurs post-zostériennes (DPZ) surviennent dans 5 à 30 % des cas⁽⁹⁾. La prévalence des NPZ/DPZ augmente avec l'âge : inférieur à 10 % avant 60 ans, près de 20 % entre 60 et 69 ans et supérieur à 35 % après 80 ans⁽⁹⁾. La prévalence est également plus élevée en cas de zona ophthalmique⁽⁴⁾. La plupart des patients ont une douleur modérée à sévère (score supérieur ou égal à 4/10), malgré un traitement antalgique⁽⁵⁾. La moitié des patients douloureux à trois mois le reste à un an⁽⁴⁾.

Les facteurs de risque de développer une NPZ sont un âge avancé, l'existence de prodromes avant l'apparition de l'éruption et sa sévérité, l'intensité de la douleur, l'atteinte ophtalmologique, les stress psychologiques et l'existence de pathologies associées comme le diabète⁽¹⁾.

Un impact majeur sur la qualité de vie

Le zona a un retentissement significatif sur l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des patients. La douleur est le symptôme prédominant à toutes les phases de la maladie. À la phase aiguë, les patients déclarent que la douleur a un impact « assez » à « extrêmement » important sur le plan physique, fonctionnel et social⁽³⁾. À la phase chronique des NPZ/DPZ, l'altération de la qualité de vie est directement corrélée à l'intensité de la douleur, avec un risque accru d'anxiété et de dépression⁽³⁾. Les patients déclarent que la douleur « me réveille » (34 %), est « extrême, intense » (22 %), « atroce » (19 %), « différente, pas comme d'habitude » (19 %), « constante » (19 %)⁽⁵⁾. Le retentissement est majeur sur les émotions (97 % des cas), les activités de la vie quotidienne (97 %), le sommeil (91 %), les fonctions physiques (78 %), les loisirs (66 %), la vie sociale (63 %), le travail (38 %) et les fonctions cognitives (28 %)⁽⁵⁾.

Un épisode de zona peut donc être particulièrement délétère lorsqu'il survient chez une personne âgée polypathologique. ●

1. Mick G, Hans G. Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics 2013 (4):102-108.
2. Réseau Sentinelles, bilan d'activité 2021.
3. Johnson RW et al. BMC Med, 2010 Jun 21; 8:37.
4. Bouhassira D, Chassany O, Gaillat J, et al. Pain. 2012 Feb;153(2):342-349.
5. Van Orsshot et al. Infect Dis Ther, 2022, 11 (1): 501-516.
6. Gershon AA, Gershon MD, Breuer J et al. Journal of Clinical Virology, 2010; 48: S2-S7.
7. Schmadler K, Studenski S, MacMillan J, et al. J Am Geriatr Soc. 1990 Nov;38(11):1188-94.
8. Thomas SL, Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? Lancet Infect Dis. 2004 Jan;4(1):26-33.
9. Attal N. Les cahiers d'ophtalmologie 2016;203:49-54.

À LA UNE 4

- Centres de soins non programmés : quelle place dans le système de santé ?

▶ PRATIQUES 14

- Plaies : choisir le bon pansement, au bon moment
- Prélèvements veineux et résultats des bilans
- Éducation et prévention : la place cruciale de l'infirmier dans la vaccination



▶ VIE PROFESSIONNELLE 40

- Le management participatif, un enjeu d'attractivité pour les établissements de santé
- Face aux violences contre les soignants, une culture à bâtir

A LA LOUPE 46

- Chirurgie orthopédique : au cœur du bloc de l'hôpital de la Croix Saint-Simon



▶ INITIATIVE 50

- Bus Santé Femmes : aller vers une population éloignée de la santé
- Policlinique mobile : la télémédecine au chevet des personnes âgées en Ehpad

▶ DOSSIER 54

- Pourquoi et comment faire de la recherche infirmière ?



PORTRAIT 60

- Julie Devictor porte la voix des infirmiers en pratique avancée



▶ EN IMAGES 62

- Au Centre de Médecine du Sport de Lorient, la passion comme fil conducteur

▶ SOIGNANTS D'AILLEURS 66

- Ukraine : les soignants au chevet des militaires traumatisés

▶ SOIGNER AUTREMENT 70

- Prévention des affections respiratoires : ces infirmiers au chevet de l'air intérieur

▶ AGENDA 72

ABONNEZ-VOUS **69**
EN PAGE

ÉDITO

CINQUANTE NUMÉROS

Depuis la création d'ActuSoins sur le web en 2010, puis la parution de sa version magazine un an plus tard, les priorités ont été claires : informer, éclairer et valoriser la profession infirmière, tout en déconstruisant les clichés persistants.

Alors que nous célébrons la sortie de ce cinquantième numéro, un rapport de la Drees chiffre une réalité inquiétante : 46 % des infirmiers quittent l'hôpital après dix ans d'exercice. Bien plus qu'une simple statistique, cette donnée met en lumière l'urgence de mettre en place des actions concrètes pour retenir les professionnels et de valoriser le savoir-faire qui s'évanouit avec eux.

C'est dans cette optique que nous nous plongeons, une fois encore, dans le quotidien des soignants. Dans ces pages, nous nous rendons au cœur d'un bloc opératoire, en médecine du sport ou encore dans un bus dédié à la santé des femmes. Nous nous intéressons aussi à des horizons aussi stimulants que méconnus, comme celui de la recherche infirmière. De quoi mettre en exergue l'éclectisme des parcours et des opportunités accessibles aux soignants.

Derrière chaque départ se cachent une compétence, une expertise, un pan de notre système de santé. En valorisant ces domaines, nous espérons offrir une meilleure compréhension de ce que nous perdons et de ce qu'il nous reste à préserver. ■

MALIKA SURBLED -

RÉDACTRICE EN CHEF ACTUSOINS



Urgent... mais pas trop !

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 (un an) : 14,90 €. Étudiants : 9,90 €

• Rédactrice en chef : Malika Surbled (msurbled@actusoins.com)
• Ont collaboré à ce numéro : Delphine Bauer, Constance Decorde, Inès Gil, Géraldine Langlois, Hugo Lautissier, Alexandra Luthereau, Laure Martin, Sylvie Palmier, Laurence Piquard, Adrien Renaud, Thibaud Vaerman, Élodie Vaz.

• 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

Centres de soins non programmés : quelle place dans le système de santé ?

Les Centres de soins non programmés, aux modèles variés, continuent de fleurir sur l'ensemble du territoire. Ces « *entre-deux* » – entre la médecine générale et les urgences – cherchent à répondre à la problématique d'accès aux soins, en proposant des prises en charge assurées par des médecins parfois accompagnés d'infirmiers. Pour autant, leur officialisation tarde à arriver, tout comme leur financement.

Ces structures intermédiaires entre la médecine générale et les services d'urgences ont commencé à voir le jour il y a une quinzaine d'années, alors que les urgences affichaient des premiers signes de saturation et d'essoufflement. La finalité des Centres de soins non programmés (CSNP) – mais aussi des Unités de soins non programmés (USNP) et des Centres médicaux de soins immédiats (CSMI) – est de rationaliser l'offre de soins existante en permettant aux urgences et aux médecins généralistes de se recentrer sur leur activité. Si la diversité des terminologies peut prêter à confusion, toutes désignent des structures au fonctionnement quasi-similaire, proposant des prises en

charge comparables pour les soins non programmés avec, souvent, la possibilité d'effectuer des examens complémentaires sur site, si nécessaire.

C'est seulement durant l'été 2022, pendant la crise des urgences, que ces structures ont commencé à jouir d'une reconnaissance plus ou moins officielle, « avec les Agences régionales de santé (ARS) qui conseillaient à la population de ne pas se rendre dans les centres hospitaliers mais dans les CSNP », explique le Dr Maëva Delaveau, présidente de la Fédération française des CSNP (FFCSNP) (lire entretien page 8). Ce fléchage des patients vers nos structures démontre bien que les ARS nous ont dans leur listing. » Une carte interactive* a même été développée par le site du ministère de la santé. Alimentée avec le concours des ARS, elle recense, dans chaque région, les lieux proposant des consultations de soins non programmés, dont les CSNP.

Les CSNP sont équipés de zones d'accueil, de consultations et de soins, avec du matériel de diagnostic, d'urgence et éventuellement de radiologie.



© DC Studio/Shutterstock

La typologie des structures

Les Centres de soins non programmés ont vocation à prendre en charge des petites urgences ne nécessitant pas de plateau technique lourd : lésions traumatologiques, brûlures, piqûres, plaies, gastro-entérites, bronchiolites, etc. Ils sont généralement ouverts du lundi au vendredi de 8h/9h à 19h/20h et parfois le samedi matin, avant la relève assurée par la permanence des soins ambulatoires. Les patients y sont orientés par le centre 15, les pompiers, les médecins généralistes ou y vont de leur propre initiative. Ces structures affichent des modèles variés. Certaines sont portées par des professionnels

libéraux (urgentistes et/ou généralistes) et disposent de locaux dédiés, identifiés comme tels. Ils exercent seuls ou avec des infirmiers, également libéraux conventionnés. D'autres CSNP sont adossés à des établissements hospitaliers, les médecins y exerçant pouvant être, par exemple, en modèle mixte (libéraux/vacataires). Enfin, certains sont portés par des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Le fonctionnement des CSNP varie également en fonction des modèles. À Nanterre par exemple, la consultation médico-chirurgicale sans rendez-vous du Médipôle Nanterre Université fonctionne comme un petit service d'urgence. Au quotidien, une secrétaire, une ou deux assistantes médicales et deux médecins œuvrent à la prise en charge des patients. L'assistante médicale prend les constantes, assure le début de l'interrogatoire, afin de connaître les antécédents des patients et leurs traitements éventuels. Le patient retourne ensuite en salle d'attente avant d'être vu par les médecins. Si besoin, il pourra être orienté, sur site, en radiologie pour des examens complémentaires. En 2022, ils ont assuré 25 000 passages.

Dans le Nord de la France, le Dr Laurent Turi, médecin leader de la MSP Léonard de Vinci située à Gauchin-Verloingt (Pas-de-Calais), et son équipe proposent un CSNP d'un autre type. « *Un CSNP n'a pas nécessairement vocation à disposer, sur place, d'un laboratoire de biologie médicale ou de la radiographie* », estime le Dr Turi. Pour ce médecin, ce type d'offre doit rester de la médecine générale « *car si nous ressuscitons les petits services d'urgences, nous devenons des urgences "bis" et risquons de déshabiller l'hôpital public* », ajoute-t-il. De fait, au sein du CSNP de la MSP, lorsque les patients viennent pour de la traumatologie, les professionnels organisent une téléexpertise avec un orthopédiste. Le CSNP travaille aussi sur convention, avec le cabinet de radiologie situé à proximité. Dans la MSP, une salle est toutefois dédiée aux soins non programmés. Les patients peuvent venir spontanément sans rendez-vous, téléphoner à l'accueil ou être envoyés par le Centre 15. Depuis le début du mois de septembre, faute de financements de la part de l'ARS, les professionnels de santé ont décidé de réserver l'accès à cette filière de SNP uniquement aux patients de la MSP.

Une alternative pour les infirmiers

Si certains CSNP fonctionnent sans infirmiers, pour d'autres, leur présence est indispensable. C'est le cas du centre Ultramed, situé au Tholonet, en périphérie d'Aix-en-Provence, où exerce depuis 2019 Chloé Simon, infirmière libérale. Diplômée en 2006, elle a toujours exercé aux urgences, jusqu'à saturer. Le CSNP a été sa porte de sortie. Elle y exerce dix jours par mois. Un médecin, une infirmière et une secrétaire sont présents quotidien-



Le CSNP Urgent Care, à Bouc-Bel-Air (Provence-Alpes-Côte d'Azur) est situé au rez-de-chaussée d'un centre commercial.

nement de 9 h à 20 h, pour recevoir en moyenne 60 patients par jour, sans rendez-vous.

De son côté, Emmanuelle Delage, infirmière libérale aussi, exerce dans le Centre de soins médicaux et de traumatologie de Castries (Hérault) depuis fin 2021, tout en assurant en parallèle, une tournée auprès de ses patients. « *Toutes les infirmières libérales de mon cabinet exercent au sein du CSNP, fondé par trois urgentistes, où nous avons déménagé nos locaux* », fait-elle savoir. Les médecins ont fait le choix d'orienter leur activité principalement autour de la traumatologie. « *Nous prenons en charge des fractures, des entorses, de la suture*, explique Emmanuelle Delage. *Une manipulatrice en électroradiologie médicale est présente sur place dans une salle dédiée, en lien direct avec le radiologue, situé à Montpellier, qui assure l'interprétation de l'imagerie.* » Nathalie Shubin a, quant à elle, commencé à travailler en CSNP en 2020. « *Infirmière libérale depuis dix ans, j'étais à la recherche d'un travail en équipe*, souligne-t-elle. *J'hésitais à retourner à l'hôpital car je voulais tout de même garder l'autonomie du libéral.* » C'est ce qui l'a séduite au CSNP. Elle a d'ailleurs participé à l'ouverture du centre médical Urgent Care à Bouc-Bel-Air (Provence-Alpes-Côte d'Azur) en avril 2021, qui reçoit une quarantaine de patients par jour.

Des missions variées

Dans les CSNP où exercent des infirmiers, ces derniers peuvent remplir plusieurs rôles. Tout d'abord, ils assurent une mission d'accueil avec, parfois, une consultation infirmière pour effectuer un premier bilan. Ils assurent aussi une prise en charge des patients, sur prescription et dans le cadre de protocoles. Enfin, dans certains CSNP, des patients peuvent venir uniquement pour des

DIFFÉRENTS STATUTS

Le statut des infirmiers exerçant dans les centres de soins non programmés dépend du statut juridique et organisationnel de leur structure. Si le CSNP est indépendant ou s'intègre à une Maison de santé, il dépendra du modèle de gestion du centre. Si les soins non programmés sont intégrés à un hôpital ou une clinique, ou s'ils sont gérés par un organisme à but non lucratif (association par exemple) les infirmiers seront – en général – salariés de l'établissement ou de l'organisme. ■

soins infirmiers, sans rendez-vous, notamment pour des pansements ou des injections.

Du côté de Castries, les premiers temps, les infirmiers assureraient l'accueil car « nous n'avions pas de secrétaire, se souvient Emmanuelle Delage. Nous nous occupions du triage des patients en fonction du degré d'urgence de prise en charge, ainsi que des formalités administratives. » Depuis l'embauche d'une secrétaire médicale, ils se concentrent sur les soins. « Lorsque le médecin reçoit un patient, dès lors qu'il a besoin de soins infirmiers, je vais intervenir en collaboration, explique Chloé Simon. Cependant, si à son arrivée dans le centre, un patient a, par exemple, des palpitations, je commence sa prise en charge en respectant le protocole, en attendant l'arrivée du médecin. » Même fonctionnement chez Urgent Care. Les infirmiers travaillent sur protocole afin d'anticiper certains soins. À titre d'exemple, « hier nous avons reçu un patient avec une plaie à la main faite avec un couteau, témoigne Nathalie Shubin. J'ai effectué les premiers soins locaux, pris les constantes et préparé le matériel pour la suture en attendant le médecin. » Pour une douleur thoracique, le CSNP dispose d'un équipement pour réaliser un bilan cardiologique en 20 minutes. « Nous n'attendons pas toujours que le médecin soit présent, souligne-t-elle. En cas de fortes douleurs, nous posons une voie veineuse pour dispenser des antalgiques le temps de disposer des résultats des premiers bilans. » Dans le Nord, au sein de la MSP Léonard de Vinci, l'infirmier libéral intervient dans le cadre d'une forme d'astreinte. « Pendant ma tournée, je peux être contacté par le CSNP de la MSP pour un bilan sanguin ou un pansement, que j'intègre alors en dernière minute à ma tournée, explique Gérard Schneider, idel dont le cabinet se trouve au sein de la MSP. Nous sommes toujours deux en tournée, donc si nécessaire, je vais prévenir mon confrère et nous nous adaptons pour les patients. »

Des problèmes financiers

D'un point de vue financier, ces structures ne disposent pas – ou alors rarement – de financements dédiés. Elles fonctionnent sur la base de la cotation des actes médicaux et infirmiers. Problème : la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des infirmiers n'est pas adaptée à leur exercice en CSNP. Du côté de Nanterre, le CSNP, qui a obtenu un financement du Fonds d'intervention régional (FIR) de 2017 à 2022, ne bénéficie plus d'aide. Conséquence : le centre s'est retrouvé dans situation financière très précaire. « Cette année, nous avons décidé d'appliquer des dépassements d'honoraires car nous n'avons plus de fonds », reconnaît le Dr Thomas Jactat, urgentiste, co-fondateur de la structure. Cette absence de financement explique également le non recours à des infirmiers car l'équipe ne peut pas couvrir les frais. « Nous avons donc préféré faire monter en compétence nos aides-soignants devenus

assistants médicaux, indique-t-il. Mais un infirmier aurait bien entendu toute sa place dans notre centre. »

Lorsqu'un centre assure de nombreuses prises en charge médicales, la NGAP peut convenir à minima, à la rémunération des infirmiers. « Mais dans notre centre, où nous effectuons principalement de la traumatologie, nous ne pouvons pas coter beaucoup d'actes », témoigne Emmanuelle Delage. De même que « nous ne pouvons pas coter l'accueil des patients, la création du dossier ou encore l'organisation de la sortie, énumère Nathalie Shubin. C'est le revers de la permanence des soins non programmés, qui peut décourager les infirmiers à exercer dans ce type de structure ». Pour autant, Nathalie Shubin reste séduite par l'exercice. Aujourd'hui, elle bénéficie d'un meilleur revenu que lorsqu'elle effectuait sa tournée libérale. « Certains mois, je peux percevoir 2500 euros, et d'autres mois beaucoup moins, mais lorsque mes revenus sont lissés sur l'année, cela s'équilibre, d'autant plus que je travaille en moyenne 12 jours par mois. »

Au CSNP Ultramed, les infirmiers et les médecins sont organisés en Société civile de moyens (SCM) avec une répartition des charges proportionnelle. « Ce mode d'exercice me plaît, reconnaît Chloé Simon. Certes, je travaille beaucoup, mais désormais, je travaille pour moi. Aux urgences, j'étais usée et le salaire ne suivait pas. Sans compter que désormais, j'ai du temps à consacrer aux patients. De fait, financièrement, humainement et personnellement, je m'y retrouve. »

Dans les CSNP où les libéraux sont davantage en difficulté, plusieurs solutions sont envisagées pour tendre vers un meilleur équilibre. Première idée pour les infirmiers : un fonctionnement sous forme d'astreinte, car parfois « nous restons dix heures dans le CSNP sans pour autant être payés en conséquence », regrette Emmanuelle Delage, estimant que le plus simple pour les infirmiers serait le salariat. L'organisation en Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) est également évoquée, « afin de permettre la mise en commun de toutes les facturations et rémunérations en fonction d'une répartition par un pourcentage », ajoute-t-elle. Mais il est parfois difficile pour les professionnels de trouver un accord sur le pourcentage à appliquer. Une solution identique est envisagée du côté du centre médical Urgent Care, avec toutefois les mêmes questionnements et difficultés en termes de répartition des pourcentages. Ce qui explique qu'une prise en main du dossier par les tutelles, pour pallier l'ensemble de ces difficultés, est fortement attendue par les professionnels de santé. ■



Cette carte interactive recense les lieux proposant des consultations de soins non programmés en France, dont les CSNP.

LAURE MARTIN

* www.sante.fr/carte-des-lieux-de-soins



oui, votre RCP-PJ doit aussi vous *protéger* en cas de délégation de tâches*

Votre employeur ne couvre que les actes réalisés dans le cadre de votre mission, aussi une assurance **RCP**⁽¹⁾ personnelle est indispensable, même à l'hôpital. Avec la **RCP-PJ MACSF**, vous serez défendu(e) et protégé(e) :

- ✓ En cas de poursuites pénales ou de mise en cause par un patient⁽¹⁾
- ✓ En cas de litige avec votre employeur, votre bailleur, votre banque⁽²⁾ ...

À partir de
5,25€⁽³⁾
/mois

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

Pour en savoir plus, flasher ce code :



PUBLICITÉ

* Dans le respect de la réglementation en vigueur. (1) Défense, remboursement des frais de procédure et indemnisation du patient dans la limite de 8 millions d'euros par sinistres et 15 millions d'euros par année d'assurance. (2) Nous intervenons dès lors que le montant en jeu dépasse 496 € (valeur au 01/03/2023). et remboursons les frais et honoraires en application d'un barème dont les montants cumulables entre eux varient selon les procédures engagées. (3) Pour toute souscription prenant effet jusqu'au 31/04/2024. Soit 63 € par an pour la RCP + PJ professionnelle.

DOCUMENT COMMERCIAL À CARACTÈRE NON CONTRACTUEL, POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS, VOUS RÉFÉRER AUX CONDITIONS GÉNÉRALES OU AUX NOTICES D'INFORMATION. MACSF assurances - SIREN N°775 665 631 - Société d'Assurance Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège Social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX.

« Nous attendons des tutelles une labellisation des CSNP »

Créée en août 2022, la Fédération française des centres de soins non programmés (FFCSNP) vise à donner plus de visibilité aux structures. Le point avec sa présidente, le Dr Maëva Delaveau.

A quelles difficultés les CSNP sont-ils confrontés actuellement ?

En termes d'organisation des soins et de schéma général du système de santé, les CSNP, particulièrement désorganisés sur le territoire, n'existent pas réellement. Nous ne pouvons pas nous structurer en raison de l'absence de charte et de définition claire de ces centres, de la part des tutelles. Nous avons donc créé la FFCSNP pour proposer une définition qui nous semble la plus adaptée, avec une charte qualité, afin de poser des limites et définir les spécificités des prises en charge en CSNP. La Fédération nous offre aussi une visibilité, une existence et la possibilité de discuter avec les tutelles. Nous voulons nous inscrire de façon officielle dans une offre de soins graduée. Le patient doit en effet savoir à quel moment il doit se rendre chez son médecin généraliste; dans un CSNP parce qu'il a besoin d'examen complémentaires; ou aux urgences pour un accès à un plateau technique lourd.

Aujourd'hui, nous demandons aux tutelles de valider une définition, de labelliser les CSNP, et d'inscrire officiellement leur existence dans le système de santé, afin de rendre le parcours patient fluide, visible et lisible. Car actuellement, que ce soit du côté des patients ou des professionnels de santé, personne ne sait qui fait quoi.

Sur quels engagements repose votre charte ?

Pour faire partie de la FFCSNP, les centres doivent respecter une dizaine de critères. Certes, l'accès doit se faire sans rendez-vous. Mais il est également nécessaire de pouvoir réaliser en un seul temps et sur un même lieu, un examen du patient, des examens complémentaires et des actes thérapeutiques. Il n'est pas obligatoire pour les CSNP, de travailler avec des infirmiers, même si nous le recommandons vivement. Un CSNP sans infirmier ne peut pas prendre en charge autant de patients, car le médecin n'a, par exemple, pas le temps de perfuser.

Pourquoi le recours aux infirmiers est-il compliqué ?

Aujourd'hui, nous sommes confrontés à plusieurs difficultés. Tout d'abord, pour exercer dans un CSNP, un infirmier doit être conventionné dans la commune où il exerce. Or, les infirmiers d'une collectivité n'ont pas nécessairement l'envie d'exercer dans un CSNP. Par ailleurs, ceux qui décident de rejoindre ce type de structures vont, en fonction des organisations, ne plus avoir de temps à consacrer à une tournée en libéral. En étant contraints d'utiliser le conventionnement d'un infirmier, nous privons une commune d'une offre de soins, c'est ridicule. Si le conventionnement pouvait être rattaché à la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), cela ouvrirait le champ des possibles.

La problématique est identique dans les zones sur dotées, où les nouveaux conventionnements ne sont pas possibles. Nous en avons parlé avec l'Assurance maladie, consciente du problème, mais elle fait l'autruche.

Quels sont vos moyens d'action ?

La FFCSNP s'est donnée comme mission de se rapprocher du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie, pour porter les problématiques liées au conventionnement et à la NGAP. Car les infirmiers sont également confrontés à une sous valorisation de leurs actes. De nombreux actes qu'ils réalisent au sein des CSNP ne sont pas mentionnés dans leur NGAP et ne peuvent, de fait, pas être facturés. Nous ne pouvons pas non plus salarier des infirmiers, car comme nous ne pouvons pas coter l'intégralité de leurs actes, nous ne pouvons pas supporter la charge de la masse salariale.

Il faudrait, selon nous, soit revaloriser les actes infirmiers, soit mettre en place des forfaits. Cette seconde option permettrait une redistribution des fonds au sein de la structure avec une clef de répartition tenant compte de tous les actes non valorisés tels que l'accueil du patient, le tri, la gestion des dossiers, l'organisation des sorties. Aujourd'hui, ces problématiques jouent sur l'attractivité des CSNP. C'est dommage car l'activité est plaisante pour les infirmiers qui la choisissent, mais le bénévolat n'a pas lieu d'être.

Les CSNP ont-ils d'autres problématiques ?

Lorsqu'on est un CSNP indépendant d'un grand groupe mutualiste ou d'un établissement de santé, nous avons de nombreuses problématiques financières à gérer. Nous ne pouvons pas effectuer de cotation globale de nos actes. Pour les médicaments à dotation hospitalière, nous signons des conventions avec des établissements hospitaliers. Pour les autres, nous effectuons une prescription au nom du patient. Cette gestion médicamenteuse complexe est liée à l'absence de cadre juridique.

Nos problématiques ne peuvent être résolues que par voie réglementaire. Nous attendons des solutions de la part des tutelles, car aujourd'hui, notre exercice n'est ni confortable, ni agréable. ■



© DR

PROPOS RECUEILLIS PAR LAURE MARTIN



ENGAGÉS AUX CÔTÉS DE CEUX QUI DONNENT TOUT SUR LE TERRAIN.



Partenaire Majeur de la Coupe Internationale de Rugby Fauteuil 2023,

GMF s'engage avec l'opération « Place au Rugby Fauteuil », à doter des clubs de Rugby Fauteuil d'équipements sportifs, pour développer la pratique de ce sport.



ASSURÉMENT HUMAIN

ENGAGÉS POUR
LE *Collectif*

Le binôme médecin/infirmier de l'USNP de Saint-Germain-en-Laye séduit les patients

Le groupe hospitalier privé Vivalto Santé a ouvert, en septembre 2020, une Unité de soins non programmés (USNP) à Saint-Germain-en-Laye (Yvelines). Une structure qui offre à la population une prise en charge des urgences par un binôme médecin-infirmier.



© Laure Martin

Au sein de l'USNP, Clara, infirmière, est la première à recevoir les patients. Elle assure une consultation infirmière, afin de remplir précisément le dossier médical, en amont de la prise en charge par le médecin.

Mardi, 13h30. Clara, infirmière, installée au bureau de l'accueil de l'USNP, remplit un dossier patient. Elle lève la tête pour regarder l'écran situé en face d'elle. Une caméra placée dans la salle d'attente permet de voir, en direct, l'arrivée des nouveaux patients. Elle se rend alors dans son bureau infirmier, où une seconde porte donne sur la salle d'attente. Elle appelle le prochain patient qui, à son arrivée à l'USNP, a pris un ticket et rempli un document administratif. Elle le reçoit avant le médecin, pour une première consultation infirmière. Après avoir pris sa carte Vitale, elle commence l'examen clinique. Le patient, charpentier de métier, originaire de Normandie, explique être en déplacement

professionnel. Depuis hier, il a des étourdissements, de la toux, de la fièvre, des courbatures et un mal de dos. Pendant que l'infirmière prend sa tension et sa saturation, il lui raconte avoir été opéré un pneumothorax en 2019 et souhaite s'assurer que tout va bien. Clara inscrit le motif de sa venue, les antécédents et les constantes dans le dossier patient, partagé avec le médecin. Elle lui demande ensuite de retourner dans la salle d'attente, le temps qu'un box se libère pour sa prise en charge. De l'autre côté du couloir, le Dr Cyril Neuilly, urgentiste, termine la prise en charge d'un patient avec les formalités administratives, puis prend le temps d'échanger avec lui ainsi qu'avec Clara, avant de se rendre dans un autre box.

Le rôle clef de l'infirmière

Ouvert du lundi au vendredi, de 10 h à 19 h, l'USNP est organisée autour de quatre box de prise en charge. Deux médecins urgentistes libéraux, qui versent une redevance à Vivalto, y sont rattachés. Ils travaillent en alternance, toujours en binôme avec une infirmière salariée par la clinique, pour la prise en charge d'une trentaine de patients par jour. Accessible depuis la rue, l'USNP se trouve dans les locaux de la clinique privée, permettant un accès facilité au plateau technique et à l'imagerie lorsque les prises en charge le requièrent. « *Nous avons également signé une convention avec un laboratoire de biologie médicale, qui vient chercher plusieurs fois par jour les prélèvements* », explique Clara.

Les patients y sont orientés par le Centre 15 ou par des médecins traitants ou spécialistes. Le Dr Neuilly reçoit d'ailleurs régulièrement des appels de confrères pour des prises en charge. Aujourd'hui, un collègue urologue lui demande s'il peut recevoir un patient pour la pose d'une sonde urinaire. Il arrivera dans l'heure. Les patients viennent – et reviennent – aussi d'eux-mêmes. C'est le



© Laure Martin

Clara est également amenée à effectuer des soins infirmiers aux patients : prises de sang, ablations de fils de suture, pansements, etc.

cas d'une patiente, reçue par Clara, qui a chuté de son vélo en se rendant sur son lieu de travail. Outre des douleurs aux côtes et une plaie au coude, la patiente révèle être atteinte d'ostéoporose, « c'est notamment pour cette raison que je suis venue », indique-t-elle. « Je vous envoie faire une radiographie tout de suite », l'informe l'infirmière, qui fait ainsi gagner du temps au médecin et à la patiente. En sortant du cabinet, le médecin s'apprête justement à aller « négocier » un échodoppler en urgence pour une autre patiente chez qui il soupçonne un kyste poplité. « Si tu vas en radiologie, peux-tu y conduire madame, qui doit faire une radiographie à la suite d'une chute à vélo ? », lui demande Clara. L'infirmière travaille sur protocoles. Outre les radiographies, elle peut prendre de nombreuses autres initiatives en plus des soins infirmiers : effectuer des Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le covid-19, pour les angines, des tests urinaires pour les infections. Elle réalise également des actes strictement infirmiers comme le retrait de points de sutures ou des pansements de plaies.

Une réponse aux besoins du territoire

C'est en 2020 que le Dr Neuilly, alors urgentiste à l'hôpital privé du Vert-Galant à Tremblay-en-France (Seine-Saint-Denis), a été sollicité par la direction de Vivalto pour ouvrir une USNP. « Notre objectif était de répondre aux besoins de la population, car les services d'urgences des alentours sont saturés », explique Marie-Charlotte Brousse, directrice générale de la clinique. « Comme dans de nombreux territoires, le nôtre subit une diminution du nombre de médecins traitants avec des départs à la retraite non remplacés. » L'USNP a donc vocation à y faire face pour désengorger les urgences et les médecins de ville également saturés. Son ouverture a d'ailleurs permis

une meilleure répartition des charges sur le secteur. Aujourd'hui, les patients attendent entre une heure et trois heures, entre leur arrivée et leur sortie, en fonction des examens complémentaires à effectuer. « J'ai été urgentiste pendant 25 ans, raconte le Dr Neuilly. Mais avec 150 patients par jour à prendre en charge, ce n'était plus possible, il y a un âge pour tout. J'ai voulu changer de mode d'exercice pour travailler avec un rythme plus souple me garantissant des échanges de meilleure qualité avec les patients. » Et de poursuivre : « La qualité médicale repose sur un bon diagnostic ainsi que sur de bonnes explications de la prise en charge aux patients, et une organisation autour de trois patients par heure le permet. »

Une présence infirmière indispensable

« Dans tous les cas, je vois toujours tous les patients qui viennent à l'USNP, poursuit l'urgentiste. Contrairement à d'autres structures de soins non programmés, les patients ne viennent pas ici uniquement pour des soins infirmiers. Nous sommes un service d'urgence avant tout, donc l'œil médical est important. » Pour autant, c'est le Dr Neuilly qui a exigé la présence d'une infirmière au sein de l'USNP, indispensable pour l'accueil des patients, l'anamnèse, la prise des constantes et les soins infirmiers. Clara était infirmière aux urgences de Vesoul (Haute-Saône) avant de postuler à l'USNP. « Je suis venue en région parisienne car mon conjoint est pompier professionnel, confie-t-elle. J'ai davantage appris en six mois d'exercice ici avec le médecin, que pendant tout le temps passé aux urgences de Vesoul. » La raison ? Les prises en charge variées, de la pédiatrie à la gériatrie, mais surtout le travail en binôme « très enrichissant, notamment parce que je peux participer aux soins, assister aux consultations et j'ai la possibilité de prendre le temps avec les patients même si le rythme est soutenu. » Dans les couloirs, aucun brancard, c'est le point de distinction entre l'USNP et un service d'urgence « classique ». C'est aussi ce qui permet aux professionnels de santé, de disposer de plus le temps avec les patients. « Les patients reviennent, c'est bien la preuve qu'ils sont contents du service que nous leur proposons », analyse Clara.

La montée en charge de l'USNP a été progressive et « si aujourd'hui nous sommes à plus d'une trentaine de patients par jour, il est évident que nous allons atteindre 50 patients par jour rapidement », anticipe le Dr Neuilly. Il faudra alors revoir notre organisation, car l'objectif est de maintenir nos valeurs. » « Nous réfléchissons depuis quelque temps à la nécessité d'augmenter la plage horaire en semaine et le week-end, mais cela demande une nouvelle organisation à laquelle nous devons réfléchir en équipe », conclut Marie-Charlotte Brousse. ■

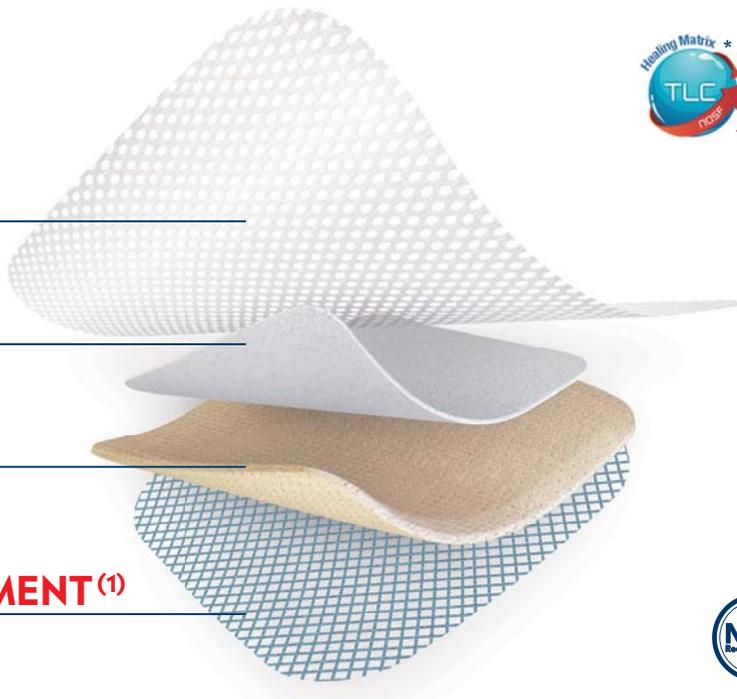
LAURE MARTIN



UrgoStart plus

Un pansement et tellement **plus**

Ulcères de jambe, plaies du pied diabétique, escarres, plaies aigües chronicisées, du début jusqu'à cicatrisation complète



PROTÈGE

ABSORBE

DÉTERGE

CICATRISE PLUS RAPIDEMENT (1)



Une efficacité reconnue



Publié dans **Le Lancet**(2-3)



Recommandations de l'**IWGDF****



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Amélioration du Service Attendu (ASA) de niveau III****



Recommandations du **NICE******

UrgoStart plus
Border

Prêt à poser



Flasher pour découvrir la capacité d'absorption d'**UrgoStart plus** Border

TAILLES DISPONIBLES *** :**

8 x 8 cm
13 x 13 cm
15 x 20 cm
20 x 20 cm sacrum



Absorption forte



Permet la douche



Utilisable sous compression

UrgoStart plus
Comprese

S'adapte aux plaies



Flasher pour découvrir comment **UrgoStart plus** Comprese s'adapte aux plaies

TAILLES DISPONIBLES :

6 x 6 cm
13 x 12 cm
15 x 20 cm



Absorption moyenne



Découpable



Convient aux peaux périlésionnelles fragiles ou altérées

* TLC-NOSF : Technologie Lipido-Colloïde - Nano OligoSaccharide Factor (KSOS : Sel de Sucre Octasulfate de Potassium). ** Dans le traitement de la plaie du pied diabétique. IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease, 2019. *** Amélioration du Service Attendu (ASA III) : 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). **** Dans l'ulcère de jambe et la plaie du pied diabétique. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg42>, janvier 2019. ***** Taille de la compresse d'UrgoStart Plus Comprese : 4,5x4,5 cm (pour le format 8x8 cm), 8,3x8,4 cm (pour le format 13x13 cm), 9,7x14,7 cm (pour le format 15x20 cm), 12,6x14,3 cm (pour le format 20x20 cm). (1) Mürter KC. et al. The reality of routine practice: a pooled data analysis on chronic wounds treated with TLC-NOSF wound dressings. J Wound Care (2017) 26(Sup2):S4-S15 Erratum in: J Wound Care (2017) 26(3):153. (2) Edmonds M. et al. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol (2018) 6(3):186-196. Study conducted with UrgoStart Contact. (3) Lázaro-Martínez JL. et al. Optimal wound closure of diabetic foot ulcers with early initiation of TLC-NOSF treatment: post-hoc analysis of Explorer. J Wound Care (2019) 28(6):358-367. Study conducted with UrgoStart Contact. **Gamme UrgoStart Plus** : Dispositifs Médicaux de classe IIb (G-Med;0459). Traitements pour réduire le temps de cicatrisation. Intégralement remboursables LPPR (Sec. 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). Lire attentivement la notice avant utilisation en particulier les précautions d'emploi et les contre-indications. Fabricant : Urgo Medical - 09/2023.

Les laboratoires **Urgo Médical**, pionniers de l'innovation vous invitent à découvrir un nouveau pansement hydrocellulaire **non adhésif à haut pouvoir d'absorption**

NOUVEAU
UrgoStart plus
Absorb



Support siliciné :
étanchéité

Couche super absorbante :
absorbe et retient les exsudats

Fibres poly-absorbantes :
détersion



Matrice cicatrisante TLC-NOSF*
cicatrisation plus rapide¹



Absorption très forte

Convient aux peaux périlésionnelles fragiles ou altérées

Utilisable sous compression



Dimension : 15 x 20 cm
Non adhésif

plus d'absorption

Une seule couche nécessaire



Finies les superpositions !

Confort patient

Facilité à prescrire

Gain de temps dans les soins

Économies pour le système de santé²

Indications



Plaies exsudatives chroniques (ulcères de jambe, escarres, plaies du pied diabétique) ; autres plaies à risque de cicatrisation de longue durée ou de retard de cicatrisation ; plaies récurrentes. **UrgoStart Plus Absorb** doit être maintenu par un système de fixation.

Pour en savoir plus :



Taille (cm)	Boîte	Code
15 x 20	16	35468.900.413.4.3

* TLC-NOSF : Technologie Lipido-Colloïde - Nano OligoSaccharide Factor (KSOS : Sel de Sucrose Octasulfate de Potassium). ** Dans le traitement de la plaie du pied diabétique. IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease, 2023. ***Amélioration du Service Attendu (ASA II) : 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). ****Dans l'ulcère de jambe et la plaie du pied diabétique. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg42>, janvier 2019. (1) Münster KC. et al. The reality of routine practice: a pooled data analysis on chronic wounds treated with TLC-NOSF wound dressings. J Wound Care (2017) 26(Sup2):S4-S15 Erratum in: J Wound Care (2017) 26(3):153. (2) Analyses médico-économiques de type coût-efficacité et modèle d'impact budgétaire Gamme Urgostart - Statista 2018. (3) Edmonds M. et al. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol (2018) 6(3):186-196. Study conducted with UrgoStart Contact. (4) Lázaro-Martinez JL. et al. Optimal wound closure of diabetic foot ulcers with early initiation of TLC-NOSF treatment: post-hoc analysis of Explorer. J Wound Care (2019) 28(6):358-367. Study conducted with UrgoStart Contact. Gamme UrgoStart Plus : Dispositifs Médicaux de classe IIb (BSI 2797). Traitements pour réduire le temps de cicatrisation. Intégralement remboursables LPPR (Sec. 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). Lire attentivement la notice avant utilisation en particulier les précautions d'emploi et les contre-indications. Fabricant : Urgo Medical - 09/2023.

Plaies : choisir le bon pansement, au bon moment

La prise en charge d'une plaie par les équipes infirmières exige une analyse clinique approfondie de la situation rencontrée. Elle s'appuie sur le traitement de la cause de la plaie, et doit être en adéquation avec l'objectif du soin défini en équipe pour chaque patient.

Ces dernières années, le domaine des pansements s'est considérablement enrichi, exigeant de solides connaissances pour les infirmiers prescripteurs. Si la multiplicité des produits peut compliquer parfois le choix pour les soignants, il est indéniable qu'elle constitue un large panel de solutions possibles pour les patients.

Rappels réglementaires

Le droit de prescription des pansements par les infirmiers remonte à 2007. Sous réserve d'une prescription médicale de soins infirmiers, ces professionnels peuvent ainsi rédiger des ordonnances pour des articles pour pansements : compresses, gazes, sparadraps (gamme blanche), sets... Pour les différentes familles de pansements le médecin traitant doit être informé du choix de l'infirmier (arrêtés du 20/03/2007 et du 16/07/2010).

Les pansements bénéficient, en grande majorité, du statut de dispositif médical (DM).

Ils sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPPR), soit par catégories dites « lignes génériques », soit par « noms de marque ».

La catégorie « générique » correspond au classement des pansements en fonction de leurs caractéristiques communes (alginate, fibre à haut pouvoir d'absorption -FHA-, hydrocolloïde, hydrocellulaire, hydrogel, film, pansement vaseliné).

Les pansements appartenant à cette catégorie sont exempts de substance ajoutée possédant une propriété pharmacologique ou biologique et sont remboursés sur un tarif de base identique.

La catégorie par « nom de marque » est donnée aux pansements conçus avec des attributs uniques, des matériaux spécifiques, des technologies particulières et/ou

qui présentent un caractère innovant. Tous sont inscrits sur la LPPR à un tarif plus élevé.

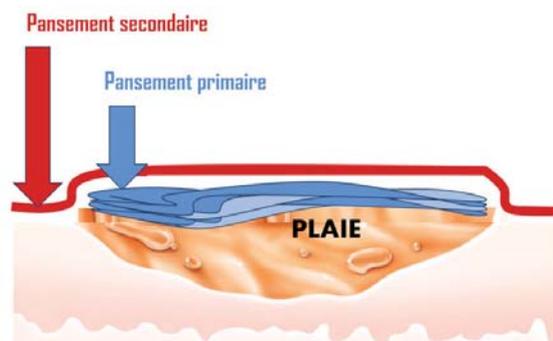
En France, contrairement aux médicaments pour lesquels il existe une notion de substitution (par exemple, remplacer un médicament princeps par un générique), la substitution de pansements n'est pas autorisée.

L'association de plusieurs pansements primaires sur une même plaie n'est pas prise en charge par l'assurance maladie pour le remboursement (arrêté du 16 juillet 2010). Les seules exceptions à cette règle concernent les hydrogels, qui doivent impérativement être recouverts de films transparents ou d'hydrocolloïdes minces ; les pansements au charbon pouvant être utilisés en pansements secondaires pour des plaies malodorantes ; et les hydrocellulaires super absorbants pour des plaies cavitaires très exsudatives.

Généralités

On parle de pansement primaire lorsque le pansement est placé en contact direct avec la plaie.

Le pansement secondaire correspond à celui qui recouvre les pansements primaires. Il peut s'agir de compresses, bandages, filets et jerseys tubulaires ou de pansements plus techniques comme les films transparents, les hydrocolloïdes ou les hydrocellulaires.



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**



Guide pour le choix du pansement

PLAIE AIGUË POST OPÉRATOIRE	
Pansement sec (plaie simple) Hydrocolloïde mince Hydrocellulaire absorption moyenne	Si apparition de nécrose ou de désunion revoir le protocole avec le chirurgien
PLAIE NÉCROTIQUE SÈCHE	
Hydrogel + film ou hydrocolloïde mince Irrigo Absorbant	Associer la détersion mécanique
PLAIE FIBRINEUSE +/- exsudative	
Irrigo Absorbant Hydrocolloïde épais ◆ Alginate ◆◆ Fibre à haut pouvoir d'absorption FHA ◆◆◆ Hydrocellulaire super absorbant ◆◆◆◆	
PLAIE INFECTÉE	
Alginate Pansement à l'argent Pansement avec DACC	Pansement tous les jours
PLAIE MALODORANTE	
Pansement au charbon	
PLAIE BOURGEONNANTE +/- EXSUDATIVE	
Interface Acide hyaluronique Hydrocolloïde mince Hydrocellulaire à absorption moyenne à importante, à super importante	

Généralement, quelle que soit la plaie, le principe du traitement local s'appuie sur le concept du maintien d'un milieu humide visant à soutenir le processus de cicatrisation naturel (travaux de Winter 1962). L'objectif du pansement consiste à obtenir un environnement ni trop sec, ni trop humide.

Suivant les produits, il existe de multiples présentations permettant de proposer au patient le pansement le plus adapté à sa situation : des tailles différentes, des formes anatomiques, des présentations en compresses, en mèches, des formes minces ou épaisses, avec ou sans bordure, micro-adhérents ou pas.

Choix du pansement

Les facteurs de choix du pansement se font en adéquation à l'objectif du soin, au type et à l'état de la plaie.

Ainsi, avant de choisir ou de changer tout protocole de pansement, l'infirmier se pose un certain nombre de questions relatives au contexte pathologique, à l'étiologie et à la prise en charge du patient (curative ou palliative)... Il identifie aussi la localisation et la dimension (profondeur, surface) de la plaie, son stade d'évolution et de cicatrisation, son état infectieux et exsudatif, la présence d'odeurs, de décollements, de contact osseux et s'assure de la bonne prise en charge de ces données sur un plan général (prise en charge de l'infection et drainage des décollements, par

exemple). L'état de la peau péri-lésionnelle, l'évaluation colorielle au lit de la plaie et l'évaluation de la douleur et du confort sont également déterminants.

D'autres critères peuvent aider au choix du pansement : rythme de renouvellement, durée du protocole, conformité des conditions d'utilisation, disponibilité et remboursement des produits.

L'infirmier vérifie aussi que le pansement comble bien l'ensemble de la plaie (aucun espace mort). Le choix d'un pansement secondaire – lorsque nécessaire – se fait en fonction du pansement primaire utilisé, de l'exsudat et de la peau péri-lésionnelle.

Il est conseillé de laisser le protocole établi pendant plusieurs jours (en règle générale au minimum une quinzaine de jours). La surveillance de la cicatrisation avec l'évolution de la plaie est retranscrite lors de chaque acte de pansement dans le dossier de soin. Tout changement de protocole est argumenté.

Pour les plaies simples, la préférence va, en général, vers des pansements qui peuvent rester in situ plus longtemps, pour éviter des retraits fréquents.

En revanche, dans des situations de plaies infectées, le pansement est renouvelé tous les jours. Pour les plaies tunnelisées nécessitant un méchage, l'infirmier veille à ne pas trop tasser la mèche au fond de la cavité, et laisse au moins 3 cm de mèche à l'extérieur. Un contact osseux



BIOGARAN



Innovation
pince métal

La gamme “Sets de pansement” Biogaran®. Vous allez adhérer.

Une gamme de 7 références indiquée pour les plaies post-opératoires suturées et les plaies chroniques.

Pensée **avec soin pour les soignants**, vous allez apprécier l'ergonomie de ses blisters, la qualité de ses instruments, sans oublier **l'innovation** présente dans le set de pansement Biogaran Post-op moyennes plaies suturées : **une pince métal**.

Disponible dès maintenant en pharmacie.



BIOGARAN

CHAQUE JOUR, AGIR POUR LA SANTÉ.

Set de pansement Biogaran® plaies chroniques Standard, Set de pansement Biogaran® plaies chroniques Méchage, Set de pansement Biogaran® plaies chroniques DéterSION sont des assemblages de DM de classe IIa. Sets de pansement Biogaran® Post-op Petites plaies suturées, Moyennes plaies suturées, Grandes plaies suturées et Grandes plaies suturées avec agrafes sont des assemblages de DM de classe IIa. Organisme notifié : CE : voir sur les assemblages individuels dans la boîte. Assembleur: RAFFIN MEDICAL, 746 route de Sarcey 69490 Saint-Romain-de-Popey France; Distributeur : BIOGARAN, 15 bd Charles de Gaulle, 92707 Colombes Cedex.

Lire attentivement les instructions figurant dans la notice d'emploi et/ou sur l'étiquetage des sets de pansement Biogaran® Plaies chroniques et Post-op.

Matériel à usage exclusivement professionnel.

Date de création: 13 juillet 2023. Remboursés par les organismes d'Assurance maladie dans certaines situations: consultez les modalités sur le site www.ameli.fr.

PO-01443-07/23 - Juillet 2023

fait suspecter une ostéite. Les pansements antimicrobiens sont priorités et les pansements humides sont à proscrire.

La superposition de plusieurs pansements primaires dans une même plaie n'est pas conseillée. Toutefois, dans des situations complexes, notamment dans des cas de plaies cancéreuses, en situation palliative, certains pansements peuvent être superposés pour absorber les exsudats, mécher la plaie, limiter la propagation des odeurs, tout en restant le plus confortable et agréable possible.

En résumé, un pansement adapté à l'état d'une plaie et aux tissus péri-lésionnels doit assurer un niveau d'humidité correct dans la plaie, gérer l'excès d'exsudats, être atraumatique pour la plaie et la peau, et ne causer aucune réaction allergique.

Principes de base

Il est fondamental de rappeler deux principes. Le premier est l'importance de la maîtrise des gestes de bases : le nettoyage large qui doit se faire à l'eau et au savon, et la détersion mécanique lorsque cela s'avère nécessaire.

Le second est la prise en compte de l'étiologie de la plaie. En effet, la prise en charge d'une plaie ne peut se résumer au seul choix du pansement. Au-delà du traitement local, il est en effet essentiel de prendre en considération la nutrition et le positionnement du patient dans le cas d'une escarre, d'associer une contention adaptée à la prise en charge d'un ulcère veineux, ou encore de mettre en décharge le mal perforant plantaire (orthèses et chaussures de décharge).

ZOOM SUR LA THÉRAPIE PAR PRESSION NÉGATIVE (TPN)

La TPN est un procédé qui repose sur le principe de l'aspiration active, créant une pression négative (de la machine avec moteur au pst aspiratif à usage unique) qui accélère la formation du tissu de granulation et draine les exsudats (dans le réservoir, ou au travers d'un pansement). Elle relève de la prescription médicale, pour des plaies aiguës, et pour des plaies chroniques après l'échec des traitements conventionnels et/ou après une chirurgie. La fréquence du changement de pansement varie de 4 à 7 jours.

La manipulation de cette technique nécessite une formation du soignant. ■

Prise en charge d'une plaie



Les infirmiers, par leur mission de « panseurs », se retrouvent en première ligne dans le domaine de la cicatrisation. Par leur approche holistique et leur savoir-faire, ils jouent le rôle du maillon fort de la prise en charge pluridisciplinaire de toutes ces plaies. ■

SYLVIE PALMIER / INFIRMIÈRE FORMATRICE SPÉCIALISÉE EN PLAIES ET CICATRISATION ET ANCIENNE INFIRMIÈRE EXPERTE
UNITÉ PLAIE MOBILE DU CHU DE MONTPELLIER

Récapitulatif sur les propriétés des différentes familles de pansement

Pansements qui détergent en hydratant		Hydrogel Hydrocolloïde plaque épaisse
Pansements qui détergent +/- absorbants		Alginate 💧 Fibre à haut pouvoir absorbant 💧💧
Pansements qui protègent +/- absorbants		Interface Hydrocolloïde plaque mince 💧 Hydrocellulaire 💧 Hydrocellulaire super absorbant 💧💧💧
Pansements qui stimulent, booster		Acide hyaluronique Inhibiteur MMP Pansement « actif » : TPN
Pansements anti microbien		Alginate Pst à l'argent Pst avec DACC
Pansements hémostatiques		Alginates

NÉCROSE ■ FIBRINE ■ BOURGEON ■ INFECTION ■

POUR LA CICATRISATION DES PLAIES¹

PROFONDES
INFECTÉES OU À RISQUE
INFECTIEUX
HÉMORRAGIQUES

Ca²⁺

Ca²⁺

Ca²⁺



Ca²⁺

Ca²⁺



Ca²⁺

Ca²⁺



made in 
France

UNE GAMME
BIO-ACTIVE
À L'EFFICACITÉ PROUVÉE



1. Indications extraites de la notice Algostéril.

ALGOSTÉRIL®, compresses et mèche plate, est destiné à la cicatrisation, à l'hémostase et à la maîtrise du risque infectieux des plaies. Il est également indiqué en interface du TPN (Traitement par Pression Négative). ALGOSTÉRIL est un dispositif médical de classe III, CE 0459 ; remboursé LPP sous nom de marque avec un prix limite de vente pour les indications : plaies chroniques en phase de détersion, plaies très exsudatives et plaies hémorragiques. Toujours lire la notice avant utilisation.

ALGOSTÉRIL est développé et fabriqué en France par Les Laboratoires BROTHIER  Siège social : 41 rue de Neuilly, 92000 Nanterre, RCS Nanterre B 572 156 305. Disponible à la commande chez ALLOGA FRANCE. Tél : 02 41 33 73 33.

SERVICE CLIENTS

info@brothier.com

0 800 355 153

Service & appel gratuits

BROTHIER
LABORATOIRES
www.brothier.com

LES DIFFÉRENTES FAMILLES DE PANSEMENTS

Acides hyaluroniques : pansements à base de hyaluronate de Na, composant naturel de la peau. Ils favorisent la ré-épidermisation et sont indiqués pour des plaies majoritairement bourgeonnantes, en voie de réépidermisation. Sous la forme de compresses ou crèmes, un usage quotidien est recommandé.

Alginates : pansements de polymères d'acide alginique, se présentant sous la forme de compresses ou de mèches, obtenus à partir d'algues brunes. Ils présentent des capacités d'absorption, des propriétés hémostatiques, et bactériostatiques. Ils sont indiqués pour des plaies exsudatives à déterger, +/- infectées, pour des plaies hémorragiques et pour des plaies tunnélisées (forme mèche).

Antimicrobiens « argent » : pansements imprégnés d'argent. Suivant les laboratoires, ils existent sous plusieurs formes permettant d'adapter le pansement suivant la quantité d'exsudat : interfaces si la plaie est peu exsudative, hydrocellulaires alginate ou FHA si la plaie est suintante. Ils doivent être utilisés sur des plaies infectées pendant une durée maximale de 4 semaines.

Antimicrobiens DACC : pansements imprégnés d'un acide gras DACC (chlorure de dialkyl carbamoyl) captant les bactéries et les champignons par mécanisme d'hydrophobicité. Sous forme d'hydrogels, de compresses, de mèches, de pansements absorbants et de super absorbants. Il ne faut jamais mettre de gras, ni de compresses sèches par-dessus. Le pansement se change tous les jours au début, puis au maximum, toutes les 48 heures.

Charbons : pansements avec du charbon actif à visée d'absorption d'odeurs, indiqués pour toutes les plaies malodorantes, quel que soit leur stade. Ils peuvent être utilisés en pansement secondaire.

Fibres à haut pouvoir d'absorption FHA : fibres absorbantes et gélifiantes non tissées sous forme de compresses et mèches avec des capacités d'absorption importantes. Elles s'appliquent sur des plaies très exsudatives +/- fibrineuses, en les faisant déborder de la plaie d'au moins 1 cm. Elles évitent ainsi la macération des berges. Le pansement se change tous les jours ou tous les 2 jours.

Hydrocolloïdes : pansements constitués d'une couche +/- épaisse de particules de CMC (carboxyméthylcellulose) insérées dans un réseau adhésif. Ils adhèrent à la peau mais pas à la plaie. Les formes minces sont retenues pour les plaies en phase d'épidermisation, en

prévention et sur le stade 1 de l'escarre. Les formes épaisses sont utilisées pour des plaies à déterger et les formes minces pour des plaies bourgeonnantes. Il est conseillé de chauffer le pansement dans les mains pour améliorer son adhésivité, et de les poser en débordant de 2 à 3 cm. On les renouvelle lorsqu'ils se décollent (2 à 4/6 jours). Du fait de leur occlusivité avec le maintien du milieu humide, ils sont contre-indiqués en cas d'infection.

Hydrocellulaires : pansements multicouches dont une couche hydrophile avec des présentations différentes pour assurer une absorption de moyenne à importante, voire super absorbante (polyacrylates). Des formes très variées existent : bordées, non adhésives, micros adhésives permettant un repositionnement. Ils peuvent rester en place entre 4 à 7 jours, sauf les super absorbants (2 jours).



Hydrogels

Hydrogels : gels composés d'eau purifiée (70 à 90 %) qui ramollissent la nécrose et la fibrine, facilitant la détertion mécanique. Pour les utiliser, il est indispensable de les recouvrir de film de polyuréthane ou d'un hydrocolloïde mince, ce qui les contre-indique pour des plaies infectées. Le rythme de changement est de 1 à 2 jours. Les formes plaques présentent un intérêt sur des brûlures liées à la radiothérapie et sur des dermabrasions.

Irrigo-absorbants : pansements présentés sous forme de sachets, de forme plane ou cavitaire, faits de particules de polyacrylates imprégnées de solution de Ringer qui présentent une capacité de détertion de la nécrose et de la fibrine, tout en gérant l'humidité de la plaie. Il ne faut pas les découper, et on les change tous les jours au début, puis tous les 2 à 3 jours.

Inhibiteurs de métalloprotéases : pansements qui limitent l'action des métalloprotéases. Ils s'utilisent exclusivement sur des plaies chroniques. Des études ont démontré une réduction du temps de cicatrisation. Ils sont contre-indiqués pour les plaies cancéreuses, les plaies infectées et les plaies aiguës.

Interfaces : trames à mailles fines avec un corps gras ou enduit de gel de silicone +/- particules hydrocolloïdes, indiquées pour des plaies bourgeonnantes en voie d'épidermisation présentant peu d'exsudats. Les interfaces s'utilisent tous les 3 jours en moyenne, en prenant la précaution de ne jamais les plier. ■



Hydrocolloïdes

NOUVEAU

ialuset[®] Absorb Fine

Retrouvez tous les bénéfices de l'Acide Hyaluronique dans un pansement hydrocellulaire border cicatrisant, prêt à l'emploi



COMPLEXE UNIQUE

Silicone
+
Carboxyméthylcellulose
+

Acide Hyaluronique
ULTRAPURE[®]

Maintient un milieu humide favorable à la cicatrisation¹

Diminue la douleur²

Accélère la cicatrisation^{1,2}

REMBOURSÉ EN NOM DE MARQUE

Contactez votre délégué ou le service client IBSA Pharma au 0 800.200.380



Absorption faible à modérée



8x8 cm - 10x12 cm - 10x20 cm

(1) Notice de ialuset[®] Absorb Fine

(2) Mikosinski, J., Di Landro, A., Łuczak-Szymerska, K., Soriano, E., Caverzasio, C., Binelli, D., Falissard, B. and Dereure, O. (2021), "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, Vol. 33 No. 6, pp. 147–157.

ialuset[®] Absorb Fine : cicatrisation dans le traitement des plaies aiguës et chroniques, peu exsudatives. Dispositif médical de classe IIb. Marquage CE 0344. Fabricant : IBSA Pharma SAS. Lire attentivement la notice avant utilisation. L'évolution de la plaie reste à l'appréciation du médecin. La prise en charge est assurée pour le traitement des ulcères de jambe, faiblement exsudatifs, de la phase de bourgeonnement à la phase d'épidermisation. Boîte de 10 pansements 8x8cm – code LPPR 1348917. Boîte de 10 pansements 12x10cm – code LPPR 1384586. Boîte de 10 pansements 20x10cm – code LPPR 1354651. Mars 2023



POUR EN SAVOIR PLUS
FLASHEZ LE QR CODE



Caring Innovation

Avril 2023

Prélèvements veineux et résultats des bilans

Lorsqu'ils réalisent des ponctions veineuses, les infirmiers se conforment à de nombreuses recommandations. Une rigueur est essentielle pour prévenir les complications, garantir la fiabilité des prélèvements et interpréter les résultats biologiques.



QUELQUES ASTUCES POUR « FAIRE GONFLER LES VEINES »

- Positionner le bras en décline.
- Ouvrir et fermer le poing une dizaine de fois avant de poser le garrot.
- Utiliser éventuellement une serviette chaude.
- Utiliser de l'alcool à 70°.
- Tapoter « vigoureusement » sur la veine pour la faire gonfler.
- Utiliser des techniques de communication thérapeutique afin de distraire le patient de ce soin parfois redouté.

À noter : si l'utilisation de patch anesthésiant insensibilise la surface de la peau, celui-ci peut rendre la ponction plus difficile en entraînant une légère vasoconstriction. ■

multiples sites de ponction

Chez l'adulte, les veines superficielles de l'avant-bras sont généralement privilégiées, notamment celle du pli du coude, qui est de plus gros calibre et généralement moins douloureuse lors de la ponction, par rapport aux veines situées sur le dos de la main.

Seul un capital veineux pauvre, fragile (personnes très âgées) ou difficile (prématurés, nourrissons), peut contraindre l'infirmier à effectuer le prélèvement en artériel, par voie capillaire ou par ponction sur les veines du membre inférieur.

Le prélèvement sanguin peut aussi être réalisé sur des patients disposant d'un cathéter artériel, d'une voie

Dans son article très intéressant « *Lymphœdème : Mythes et réalités* », Stéphane Vignes* apporte un regard neuf sur les recommandations données aux patientes ayant un lymphœdème après traitement d'un cancer du sein. En se basant sur une revue exhaustive de la littérature, Stéphane Vignes remet en question certaines croyances solidement ancrées dans la pratique infirmière. Il souligne notamment que la ponction veineuse ou la pose d'une voie périphérique n'augmentent pas le risque de survenue d'un lymphœdème (LPD). En pratique, le bras non opéré est toujours privilégié lors de la prise de TA, de ponction veineuse ou de pose de VVP. Toutefois, dans certaines situations spécifiques, comme après une opération ou un traumatisme, il est désormais envisageable de ponctionner le bras ayant subi le curage, sans accroître le risque de lymphœdème ou d'infection. ■

* Lymphœdème : mythes et réalité – Stéphane Vignes – Unité de Lymphologie – Fondation Cognacq-Jay – Hôpital Paris

veineuse centrale (VVC), d'un Midline ou PICCline*, voire d'une chambre implantable. Cet acte, particulièrement délicat, nécessite une asepsie extrêmement rigoureuse et un rinçage méticuleux pour éviter l'occlusion du dispositif. Il concerne essentiellement les patients hospitalisés en réanimation, en soins intensifs ou ceux pris en charge au bloc opératoire.

Contre-indications

La ponction veineuse périphérique est contre-indiquée sur une zone cutanée présentant une inflammation, une infection ou un œdème.

Il est également formellement contre-indiqué de ponctionner un bras perfusé, hémiparalysé ou porteur d'une fistule artério-veineuse (FAV).

Dans le passé, le curage axillaire (CA) était considéré comme une contre-indication formelle à la prise de sang. Les recommandations ont évolué et permettent aujourd'hui de ponctionner le bras de patientes ayant subi cette intervention (voir encadré).

Risques et complications

Il existe différents types de risques associés à la ponction veineuse périphérique. L'un des plus courants est l'apparition d'un hématome au point de ponction. Pour l'éviter, une compression de la zone pendant trente secondes à une minute après le retrait de l'aiguille est recommandée, un temps qui peut être prolongé si le patient est sous anticoagulants. Avant de finaliser avec la pose d'un pansement, il est primordial de s'assurer de l'arrêt complet du saignement.

La douleur, fréquente chez l'enfant ou le patient régulièrement ponctionné, peut être évitée par l'utilisation de patch anesthésiant. Les malaises vagues, qui résultent souvent d'une anxiété ou d'une phobie des aiguilles,

GARE AU GARROT!

Si le garrot reste en place pendant plus de trois minutes, il peut causer une hémolyse des globules rouges, compromettant ainsi la fiabilité des résultats d'analyses, en particulier la kaliémie. ■



© Vladeep/Shutterstock

sont également à surveiller. Ils sont relativement habituels et peuvent être évités en créant un climat de confiance et en utilisant la respiration ou des techniques de communications positives (distraction, confusion etc.).

Parfois, la ponction peut échouer. Ce risque est plus élevé chez les personnes très âgées, dont le capital veineux peut être plus pauvre ou fragilisé et chez les jeunes enfants.

Une erreur courante à noter est la fausse croyance selon laquelle, si le sang ne coule plus, l'aiguille n'est plus dans la veine. En réalité, une pression élevée dans le tube de prélèvement peut coller la veine autour du biseau, bloquant ainsi le flux sanguin. Une mobilisation délicate de l'aiguille peut, dans la plupart des cas, rectifier la situation sans avoir besoin de repiquer le malade.

L'attention doit également être portée à la durée du prélèvement. Si celui-ci est trop long, il y a un risque important d'hémolyse de l'échantillon qui implique un nouveau prélèvement. De même, le respect de l'ordre des tubes et leur remplissage correct sont des étapes cruciales pour garantir la fiabilité du prélèvement.

Enfin la vérification de la parfaite conformité de l'identité (identitévigilance) du patient avec les étiquettes (nom, prénom et date de naissance) est indispensable. L'infirmier qui a prélevé les échantillons, doit étiqueter lui-même les tubes une fois le prélèvement réalisé, remplir les bons de laboratoire et compléter toutes les informations nécessaires. ■

LAURENCE PIQUARD, INFIRMIÈRE ANESTHÉSISTE

*ActuSoins n° 28 – Cathéters Midline et PICCline : des indications différentes – Mars 2018

PRINCIPES GÉNÉRAUX

- Prélever le bras opposé à la perfusion ou porteur d'une FAV.
- Respecter l'ordre de prélèvements des tubes et le niveau de remplissage.
- Ne jamais ouvrir les tubes.
- Limiter le temps de garrot (1 à 2 minutes max).
- Homogénéiser tous les tubes par 5-10 retournements lents.
- Acheminer rapidement les tubes au laboratoire. ■

Résultats et interprétation

Lorsqu'un résultat biologique révèle une anomalie, les infirmiers doivent réagir et alerter l'équipe médicale afin que celle-ci adapte le traitement ou poursuive les explorations. Rappel des normes.

La numération formule sanguine (NFS)

Cet examen des cellules sanguines permet de révéler de nombreuses pathologies, telles que l'anémie, les infections ou les problèmes de coagulation.

Le taux d'hématies oscille entre 4,5 – 5,5 millions/mm³, celui des leucocytes entre 4 000 – 10 000/mm³ et celui des plaquettes entre 150 000 – 450 000/mm³.

Le taux d'hémoglobine varie entre 12 et 14 g/100 ml chez la femme, entre 14 et 16 g/100 ml chez l'homme.

L'hématocrite, qui représente le rapport du volume de globules rouges au volume total de sang, dépend de l'âge et du sexe. Chez les femmes, ce taux varie entre 37 et 50 % ; chez les hommes, il se situe entre 40 et 55 %.

Bilan d'hémostase

• Le Taux de Prothrombine ou TP

Le TP explore la voie exogène de l'hémostase, ciblant en particulier les facteurs de la coagulation (II, V, VII, X). En mesurant le temps de coagulation, il est possible de détecter une anomalie, de surveiller un patient sous traitement anticoagulant par anti-vitamine K (AVK) et de prévenir les risques hémorragiques.

Pour les patients n'étant pas sous anticoagulants, le TP se situe entre 70 et 100 %. Pour ceux sous traitement AVK, il se trouve entre 25 et 35 %. Pour tout résultat inférieur à 25 %, le risque hémorragique est majeur.

• L'International Normalized Ratio ou INR : 1.0 (norme sans traitement)

L'INR est uniquement prescrit aux patients sous AVK, que ce soit à la suite d'une thrombose veineuse, d'une embolie pulmonaire ou en présence d'une prothèse valvulaire mécanique.

L'INR sert de référence, avec une valeur normale de coagulation fixée à 1.0 dans la population générale. Ainsi, pour un patient sous AVK, un INR compris entre 2.0 et 3.0 indique que son sang coagule deux à trois fois plus lentement que la moyenne. Un résultat supérieur à 5 traduit un risque hémorragique important.

INR = $\frac{\text{TQ malade}}{\text{TQ témoin}} = 2.0 \text{ à } 3.0$ en fonction de l'objectif thérapeutique recherché

• Le Temps de Céphaline Active ou TCA

Le TCA est un examen qui sert à explorer la voie endogène de la coagulation, en se concentrant sur des facteurs spécifiques (XI, XII, IX, VIII, X, V, II). Il est également utilisé pour contrôler l'efficacité traitement chez les patients recevant de l'héparine en intraveineuse. Le TCA s'exprime sous forme d'un rapport entre le TCA du patient et un TCA témoin. Une valeur normale oscille entre 28 et 38 secondes, tandis que pour les patients sous héparine, elle doit être de 1,5 à trois fois celui de référence. Une prolongation excessive du TCA indique un risque significatif d'hémorragie.

• Dosage du Fibrinogène (Facteur I) : 2 – 4 g/l

Le fibrinogène est une glycoprotéine qui se transforme en thrombus lors de la coagulation finale. Très sollicité en cas de choc hémorragique, son dosage permet de dépister un trouble de la coagulation, voir une coagulation intravasculaire disséminée.

• Les D- Dimères : inférieur à 500 µg/l

Il s'agit d'un produit de dégradation spécifique de la fibrine. Son élévation montre une fibrinolyse excessive, suite à une coagulation. Son dosage est important dans l'approche diagnostique de la maladie thromboembolique veineuse ou en cas d'embolie pulmonaire. Cependant, il existe de nombreux facteurs augmentant les D-Dimères (chirurgie récente, âge, cancer...), rendant son interprétation difficile*.

Ionogramme sanguin

• Sodium : 135 – 145 mmol/l

L'hyponatrémie survient lors de pertes digestives importantes (diarrhées, vomissements), l'utilisation de diurétiques, une insuffisance cardiaque ou rénale, un apport hydrique trop important.

L'hypernatrémie est la conséquence directe d'une déshydratation. Elle peut être provoquée par des pertes digestives importantes, une insuffisance d'apport hydrique ou une surcharge de sodium.

• Potassium : 3,5 – 4,5 mmol/l

L'hypokaliémie peut survenir suite à des vomissements, des diarrhées importantes, ou en raison d'une prise de diurétiques ou de laxatifs.

L'hyperkaliémie peut survenir lors d'une insuffisance rénale, un phénomène de lyse cellulaire massive (brûlures, rhabdomyolyses), ou la consommation de certains médicaments...

L'hyperkaliémie comme l'hypokaliémie ont des conséquences graves sur l'organisme, notamment sur le cœur!

• Chlore : 95 – 105 mmol/l

L'hypochlorémie survient lors de pertes digestives et rénales importantes, d'une transpiration excessive.

L'hyperchlorémie peut survenir lors de perte digestive, d'une hypoparathyroïdie ou de déshydratation importance. Dans ce dernier cas, elle est associée à une hypernatrémie.

• Créatinine : 45 – 105 µmol/l (femme), 60 – 115 µmol/l (homme)

Témoin de la dégradation d'un déchet métabolique produit par l'organisme éliminé par le rein, la créatine. Son dosage permet d'avoir un reflet de la fonction rénale.

Un taux élevé de créatinine témoigne en général d'une insuffisance rénale. Un taux bas de créatinine survient principalement lors d'une myopathie. ■

L.P.

* Pour en savoir plus, lire : « L'hémostase : une incroyable mosaïque de réactions ordonnées » (ActuSoins n° 26) et « Hémostase : anomalies, examens biologiques et principaux traitements » et n° 27 (ActuSoins n° 27)



La banque coopérative
de la Fonction publique

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 - BPCE - 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



[casden.fr](https://www.casden.fr)
coût de connexion
selon votre opérateur



Retrouvez-nous chez



Éducation et prévention : la place cruciale de l'infirmier dans la vaccination

La vaccination est un outil essentiel de santé publique visant à prévenir et à protéger la population contre différentes infections. Face à une montée de la réticence vaccinale en France, les infirmiers sont en première ligne pour informer, éduquer et rassurer.

Depuis le premier vaccin contre la variole développé par Edward Jenner en 1796, d'importantes avancées ont été réalisées au fil des siècles, avec l'introduction de vaccins prévenant de nombreuses maladies majeures. Ces progrès ont connu un point culminant avec le développement rapide de vaccins contre la Covid au XXI^e siècle.

Pourtant, en dépit de ces avancées, les populations ne sont pas toujours bien sensibilisées au bien-fondé de la vaccination. Dans certains pays, dont la France, la défiance prend même de l'ampleur (voir encadré p. 27). Certains objectifs de couverture vaccinale recommandés par l'Organisation mondiale de la santé peinent encore à être atteints.

À titre d'exemple, en France, le taux de 95 % pour deux doses du vaccin contre la rougeole – obligatoire chez les nourrissons depuis 2018 –, n'est toujours pas atteint. Les groupes les moins vaccinés contre cette maladie, sont les adolescents, les jeunes adultes et les populations éloignées du système de santé. Conséquences ? Des flambées, peuvent encore se produire, avec leurs lots de complications plus ou moins graves (neurologiques, hépatiques, infectieuses...).

Éducation

L'infirmier, autorisé à prescrire et/ou à administrer (selon différentes modalités réglementaires, dont l'âge, voir encadré p. 27), se heurte parfois à ce genre de réticences. Son rôle de prévention et d'éducation est essentiel dans ce contexte.

En PMI, par exemple, certains parents expriment des craintes quant aux effets indésirables potentiels à court, moyen et/ou long terme. L'écoute, suivie d'une

information adéquate sont des clés pour apaiser les peurs : en transmettant des messages éducatifs clairs et efficaces, les doutes peuvent être surmontés. Convaincre implique aussi d'aborder la question avec empathie, pédagogie et patience. Il s'agit de délivrer des informations claires, précises et factuelles, en s'appuyant, par exemple, sur des sources fiables comme celles de l'OMS. L'information peut aussi être personnalisée, en soulignant les bénéfices directs pour l'enfant et en se concentrant sur sa situation particulière. Elle peut aussi être généralisée en présentant l'idée d'immunité collective. Ainsi, l'infirmier met en avant que la vaccination ne protège pas uniquement l'enfant en question, mais également la communauté, notamment les personnes les plus vulnérables comme les nourrissons (parfois les frères et sœurs donc), les personnes âgées (les grands-parents) ou celles dont le système immunitaire est affaibli.

Face aux idées reçues, l'infirmier peut enfin démystifier : les liens supposés entre vaccination et effets indésirables graves (comme l'autisme ou le cancer) s'avèrent erronés et issus de publications frauduleuses, comme l'attestent de nombreuses études.

Pour la vaccination des adultes (effectuée par les infirmiers libéraux notamment) les soignants peuvent utiliser les mêmes arguments, avec, comme fil rouge toujours, l'écoute attentive des patients. Leur rôle est aussi d'informer sur les âges de vaccination à l'âge adulte, moins connus que ceux des enfants.

Préparation

Une fois le parent ou le patient rassuré, l'infirmier est en mesure de prescrire (dans certains cas, voir encadré p. 27) et d'administrer le vaccin.

UNE ACTIVITÉ RÉGLEMENTÉE

D'après le Code de la santé publique, la vaccination est intégrée dans les missions des infirmiers. Depuis le 10 août dernier*, ces professionnels peuvent prescrire l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal – à l'exception des vaccins atténués chez les personnes immunodéprimées – à certaines conditions. Ils sont également autorisés à administrer ces vaccins aux personnes de 11 ans et plus. Pour l'administration de ces mêmes vaccins chez des enfants plus jeunes, une prescription médicale sera nécessaire. ■

* décret n° 2023-736 du 8 août 2023

La gestion de la douleur, ou de l'appréhension de celle-ci (notamment chez l'enfant) est une étape essentielle. Une crème ou un patch anesthésique peut être appliqué trente minutes à deux heures avant l'injection, selon le produit utilisé et le type de peau : l'absorption de certaines substances peut être légèrement réduite chez les personnes à peau foncée, qui ont généralement des niveaux plus élevés de mélanine, ce qui implique une durée d'application plus longue.

L'anxiété immédiate peut aussi être prise en charge. Pour les enfants, des techniques de distraction peuvent être employées. L'utilisation d'un « doudou », par exemple, offre un réconfort dans un environnement médical inconnu et potentiellement intimidant. Ce doudou peut servir de manière variée : simuler le processus de vaccination pour montrer à l'enfant ce à quoi s'attendre ou distraire et valoriser l'enfant en lui demandant d'expliquer à son doudou ce qui se passe par exemple.

D'autres distractions, comme des vidéos, dessins animés, musiques, bulles de savon, jeux... peuvent également être employées.

Injection

Avant l'injection, l'infirmier vérifie l'identité du patient, la présence d'allergies éventuelles, le site d'injection à la recherche de contre-indications (érythème, infection localisée), les antécédents du patient et le traitement médicamenteux en cours.

La prise d'anticoagulants ou la présence d'une pathologie affectant la coagulation, nécessite un avis médical éclairé avant l'acte en raison d'un risque d'hématome

- Le mode d'injection varie selon le type de vaccin.

Les vaccins inactivés (DTP, hépatite B...) sont des vaccins composés de micro-organismes (comme des virus ou des bactéries) qui ont été tués ou inactivés. Ces micro-organismes, bien qu'inactifs, sont toujours reconnaissables par le système immunitaire, ce qui permet de déclencher une réponse immunitaire sans causer la maladie. Ces vaccins sont injectés par voie intramusculaire notamment parce qu'ils possèdent des adjuvants :

l'administration IM permet en effet une meilleure interaction entre ces adjuvants et le système immunitaire.

Les vaccins vivants atténués (fièvre jaune, ROR...) contiennent des micro-organismes qui ont été affaiblis en laboratoire de façon à ne pas causer la maladie, tout en stimulant une réponse immunitaire protectrice. Ils sont très immunogènes : ils diffusent et réagissent très bien en sous-cutané. Ils sont donc injectés par voie sous-cutanée. Ils ne peuvent pas être administrés en présence d'une hyperthermie supérieure à 38 °C, d'une prise de traitements immunosuppresseurs, de corticoïdes ou de pathologies malignes en cours (être plus précis ? C'est à cause de la pathologie ou des traitements ?)

- Le site d'injection varie selon l'âge et la voie d'administration

L'injection intra-musculaire (pour les vaccins inactivés donc) dépend de l'âge :



© Alfmaler/Shutterstock



© Alfmaler/Shutterstock

Chez l'enfant, avant l'âge de la marche, le vaccin IM peut s'administrer dans la face antéro-latérale de la cuisse. L'aiguille est introduite perpendiculairement au plan cutané.

Chez l'enfant plus grand, l'adolescent et l'adulte, il s'administre dans le muscle deltoïde. L'aiguille est introduite perpendiculairement au plan cutané.

L'injection sous-cutanée (vaccins vivants atténués) se fait, pour tous, sur la zone du deltoïde, en pinçant la peau entre le pouce et l'index et en piquant avec l'aiguille inclinée à 45 degrés, la base du pli cutané ainsi formée.

Traçabilité

Il y existe deux types de kits de vaccination : soit le vaccin est prêt à l'emploi soit il doit être reconstitué avec du sérum physiologique.

Après avoir enlevé le patch anesthésique, s'être soigneusement lavé les mains et mis des gants à usage unique,

ENTRE MÉFIANCE ET DÉFIANCE

La méfiance envers la vaccination s'est amplifiée au fil des années, souvent alimentée par la désinformation sur les réseaux sociaux et des études frauduleuses, comme celle, infondée, établissant un lien entre la vaccination ou l'autisme. De rares incidents associés aux vaccins ont renforcé ce sentiment, tandis que la crise du Covid a suscité des inquiétudes vis-à-vis des vaccins très rapidement développés. L'incompréhension scientifique, associée à une défiance institutionnelle, a accentué la réticence générale. ■

l'infirmier désinfecte le site d'injection. Il fixe ensuite l'aiguille fournie avec le vaccin à la seringue.

Il administre le produit, extrait l'aiguille et la dépose aussitôt dans le conteneur DASRI. Il applique un pansement. Les emballages, les compresses et les gants utilisés sont éliminés dans la poubelle.

La traçabilité du vaccin se fait dans le carnet de vaccination ou le carnet de santé. L'infirmier consigne la date d'administration, le nom du vaccin, le numéro de lot, la date du prochain rappel, ainsi que son nom et sa signature.

Pour conclure le soin, les patients (les parents pour les mineurs) sont informés des effets indésirables possibles et de la conduite à tenir.

Effets indésirables

Les vaccins peuvent provoquer des effets indésirables, généralement bénins et temporaires, tels que des rougeurs au site d'injection, des douleurs musculaires ou une fièvre légère. Cependant, des complications plus rares peuvent survenir (induration au niveau du point de ponction qui ne se dissipe pas, réactions allergiques), nécessitant une intervention médicale. Ces situations doivent faire l'objet d'une déclaration au centre de pharmacovigilance. ■

ÉLODIE VAZ, INFIRMIÈRE

HPV

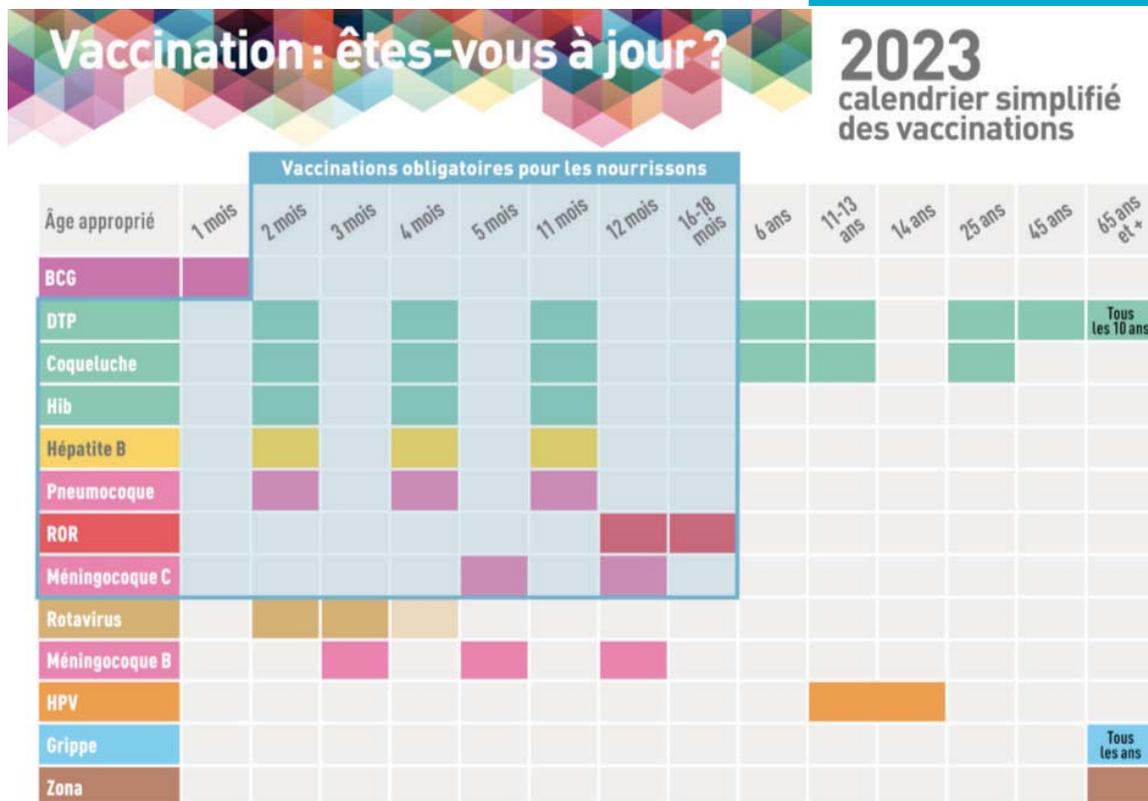
La vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV) est recommandée pour les filles et les garçons de 11 à 14 ans car elle est particulièrement efficace quand elle est administrée avant l'exposition au virus.

Pour rappel, le HPV est un groupe de virus pouvant provoquer des verrues génitales et certains types de cancers : cancers du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, de l'anus, du pénis, de la gorge, de la langue...

Les infirmiers ont leur rôle à jouer en matière de prévention, y compris auprès des jeunes garçons et de leurs parents : même si les filles sont les plus touchées, près de 25 % des cancers liés au HPV affectent les hommes.

Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, la vaccination HPV est recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans. ■

Le calendrier vaccinal évolue d'année en année en fonction des épidémies en cours, grâce aux données épidémiologiques de Santé Publique France.



EN LIBRAIRIE !

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

2024

Août 2023 | 9782311664010 | 256 pages | 29,90 €



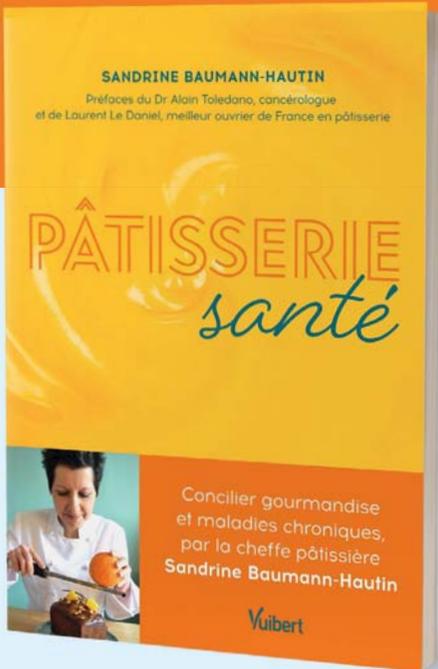
Avec les illustrations de **Mademoiselle Caroline** et la contribution d'**Hélène Chenu-Ferrand**

Infirmier.e.s exerçant à domicile, découvrez dans **cet agenda grand format** tous les outils pour bien organiser vos tournées !
Centrée sur les relations humaines, l'édition 2024 vous offre chaque mois des portraits illustrés d'IDEL avec le ou la patiente qui les a marqué.e.s.



EN SAVOIR PLUS

Octobre 2023 | 9782311150780 | 192 pages | 19,90 €



PÂTISSERIE SANTÉ

Concilier gourmandise et maladies chroniques, par la cheffe pâtissière Sandrine Baumann-Hautin

Le concept est simple : adapter la pâtisserie aux problématiques de santé les plus répandues, pour permettre à tous de (re)trouver le plaisir de manger sucré. Car non, **se faire plaisir n'est pas interdit quand on veut prendre soin de sa santé !**
 Utile pour les patients atteints de pathologies chroniques et les professionnels de santé qui les accompagnent, mais également pour tout gourmand qui veut manger sainement !

EN SAVOIR PLUS



Retrouvez tous nos ouvrages sur www.vuibert.fr



Vuibert

L'URPS infirmiers Centre-Val de Loire déploie un Comité de retour d'expérience

L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) infirmiers Centre-Val de Loire travaille à la mise en place d'un Comité de retour d'expérience libéral (CREXL). Le projet, en développement depuis une dizaine d'années, se concrétise avec une expérimentation au sein de deux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).



© CPTS La Salamandre

De nombreuses actions de formation ont été engagées ces derniers mois dans la région Centre-Val de Loire pour permettre aux professionnels de santé libéraux de mettre en place des Comités de retour d'expérience.

Si les Comités de retour d'expérience (CREX) se développent ces dernières années au sein des établissements hospitaliers, dans le secteur libéral, de telles organisations sont loin d'être légion. C'était sans compter sur l'URPS infirmiers Centre-Val de Loire, qui cherche, depuis une dizaine d'années, à déployer cet outil pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en libéral.

Un CREX consiste à analyser les événements indésirables liés aux soins, signalés par des professionnels de santé. Pour y parvenir, un comité pluriprofessionnel se réunit généralement chaque mois pour examiner les

événements indésirables, en choisir un à analyser et désigner une personne, qui va avoir la charge d'investiguer l'événement à l'aide d'une méthode d'analyse.

Le comité peut ensuite, sur cette base, décider d'actions d'amélioration à déployer et suivre leur mise en œuvre. Avec le projet CREXL, l'objectif est de mettre en place ce même type d'organisation en ville. « Nous voulons démontrer aux professionnels libéraux que celui qui commet l'erreur en bout de chaîne n'en est pas forcément responsable », explique Nadine Moudar, infirmière libérale et cheffe de projet CREXL au sein de l'URPS infirmiers. Un événement indésirable est en général lié à une défaillance du système, que le CREXL a vocation à retracer. Ces membres doivent analyser de manière objective les causes « racines » l'ayant entraîné afin d'en tirer des enseignements pour, à terme, améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Origine du projet

À l'origine, le projet de créer un CREXL date de 2014. Tout est parti du visionnage du film « *Que reste-t-il de nos erreurs ?* », par Nadine Moudar, dans le cadre d'une diffusion proposée par l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (Omedit) régional. Cette production, qui retrace, à travers l'histoire de trois patients, des erreurs effectuées par des soignants, lui a « ouvert les yeux ». Elle a proposé sa diffusion aux infirmiers libéraux de la région lors des premières journées régionales de l'URPS en 2014.

« À la suite de la projection, nous avons effectué un sondage, raconte-t-elle. Sur les 120 infirmiers présents,

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



environ 5 ont répondu n'avoir jamais commis d'erreur, ce qui était révélateur d'un vrai problème car nous en com-mettons tous. » Rapidement, l'infirmière porte l'idée de déployer un CREX en libéral. L'URPS se tourne vers AFM 42, une société de conseil indépendante, dont les principaux intervenants sont issus du monde de l'aviation, un secteur au sein duquel les CREX ont une antériorité historique. Les liens avec l'association permettent de poser les bases du projet. « À l'époque, notre principal problème reposait sur l'absence de structure pluriprofessionnelle libérale pour le déployer », se rappelle l'infirmière, expliquant que les autres URPS de la région avaient réservé un accueil plus que mitigé au projet.

En 2016, deux avancées législatives donnent un coup de pouce au projet. Tout d'abord, la loi de modernisation de notre système de santé crée les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), offrant ainsi une structure pour porter le CREXL. Puis, un décret de novembre 2016 définit les modalités de déclaration d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS). « Ces déclarations n'étaient que très peu connues en libéral, indique Alexis Bouché, directeur de l'URPS. Ce décret a donc constitué une avancée même si la définition reste restrictive car elle ne concerne que les événements graves donc avec une mise en jeu du pronostic vital lié aux soins. » Dans le projet du CREXL, l'équipe souhaite encourager la déclaration de tous les événements indésirables associés aux soins (EIAS), pour éviter justement qu'ils deviennent graves.

Une acculturation à l'erreur

Le déploiement du projet s'organise aujourd'hui autour de trois étapes. La première phase vise à acculturer les professionnels libéraux aux notions d'erreurs et de fautes. « La majorité de mes collègues et des professionnels libéraux ne connaissent pas précisément ces notions, souligne Nadine Moudar. Or, ils doivent comprendre que nous com-mettons tous des erreurs et qu'il est nécessaire de les déclarer afin d'éviter leur reproduction. » « Les infirmiers ne sont pas formés à cette culture du partage de l'erreur et ce n'est pas leur priorité, renchérit Alexis Bouché. Souvent, ils estiment pouvoir les "rattraper" au moment où elles se produisent, ils restent donc sur une réflexion d'urgence. »

Pour pallier ce problème, l'équipe a élaboré, avec des partenaires et le soutien de l'Agence régionale de santé, une formation en e-learning, organisée autour de trois modules : la culture de l'erreur ; la distinction entre les EIAS, les EIGS, les fautes, les erreurs, volontaires et involontaires ; enfin la CPTS comme espace de confiance pour le bon fonctionnement du CREXL. « Notre objectif avec cette formation est d'expliquer qu'en amont d'une catastrophe, des éléments précurseurs peuvent être analysés pour éviter sa survenue, explique le directeur de

l'URPS. Il est toujours possible d'anticiper ou de limiter au maximum la survenue d'un accident. » La formation en e-learning a été proposée aux 415 professionnels de santé de deux CPTS du territoire (La Salamandre et Castel Réseau Santé) pendant l'été 2023.

Un appel aux volontaires

La deuxième phase du projet consiste à encourager un maximum de professionnels ayant suivi le e-learning, à se former à la méthode d'analyse Orion pour ensuite constituer un CREXL.

Les volontaires devront suivre cette formation soit dans le cadre de leur Développement professionnel continu (DPC), soit via un financement du Fonds d'intervention régionale (FIR) obtenu par l'URPS.

“
Notre objectif avec cette formation est d'expliquer qu'en amont d'une catastrophe, des éléments précurseurs peuvent être analysés pour éviter sa survenue.”

Dès lors que les analystes seront formés, la phase 3 pourra débuter avec la constitution officielle d'un CREXL au sein des CPTS. L'objectif sera donc d'encourager les professionnels de santé à déclarer leurs événements indésirables, qui seront triés par catégorie et gravité par un référent de la CPTS, avant de les transmettre aux membres du CREXL, pour analyse. Les analystes devront alors rencontrer l'ensemble des acteurs liés à l'événement déclaré afin de reprendre et comprendre chaque étape de l'erreur commise. « Ce travail est estimé à environ quatre heures, ce qui peut être long pour des libéraux qui courent après le temps », reconnaît Nadine Moudar. Ils proposeront des actions correctives, avant que le comité n'en choisisse qu'une seule à déployer.

L'URPS a d'ailleurs créé une plateforme de déclaration des événements afin aussi de partager les mesures correctrices, pour que l'ensemble des acteurs se les approprient. « Les CPTS ont tout intérêt à développer des CREXL car la mise en place d'actions concourant à la qualité et la sécurité des soins peuvent leur permettre d'obtenir des financements dans le cadre de leur Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) », précise Alexis Bouché.

Si les différentes étapes sont respectées et les volontaires au rendez-vous, l'objectif de l'URPS est de déployer le CREXL au sein des deux CPTS en 2024, avant d'étendre l'outil à d'autres CPTS de la région Centre. ■

LAURE MARTIN

*Film de Nils Tavernier, réalisé par Nils Tavernier et Gil Rabier, 2012

nouvelle offre moov'HDS

Infimax révolutionne l'hébergement de données de santé de vos patients ! Rendez-vous sur infimax.fr et profitez dès maintenant de tous les avantages de la toute nouvelle offre moov'HDS :



Sécurité

La sécurisation de vos données patients



Stockage

Le stockage des données de santé chez un Hébergeur de Données de Santé (HDS)



Rapidité

L'amélioration de la vitesse de connexion, de chargement et de déchargement



Partage

L'optimisation des conditions de partage et d'accès de vos données



Disponibilité

La disponibilité et la sauvegarde renforcée de vos données



nouvelle application mobile

Et parce qu'une bonne nouvelle n'arrive jamais seule, découvrez notre toute nouvelle application mobile Infimax, pensée et designée par vous et pour vous ! Rendez-vous vite sur infimax.fr !

Séjour du numérique : le dispositif en ordre de marche pour les infirmiers libéraux

Lancé officiellement depuis janvier pour les paramédicaux, le Séjour du numérique vise à travailler à la fluidification des échanges entre les professionnels de santé, pour une meilleure coordination de la prise en charge des patients.

Quelle implication pour les infirmiers ?



© Fandesign/Shutterstock

« Mon espace santé » donne aux usagers la possibilité de créer un espace sécurisé dans lequel ils peuvent ajouter et consulter leurs documents et informations de santé et les partager avec les professionnels de santé qui les suivent.

Le Séjour du numérique en santé est un chantier piloté par la Délégation au numérique en santé (DNS), budgétisé à hauteur de deux milliards d'euros. Il a débuté à l'automne 2020 avec six premiers secteurs d'activités, ou « couloirs », identifiés pour la généralisation du partage sécurisé des données de santé et la numérisation du parcours de soin : la biologie médicale, l'hôpital, la radiologie, la médecine libérale, le médico-social et l'officine.

Depuis janvier, trois nouveaux « couloirs » ont été lancés. Ils concernent les paramédicaux, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

Les infirmiers libéraux sont concernés. Leurs syndicats, l'Ordre national des infirmiers (Oni), les représentants des tutelles et des éditeurs de logiciels se réunissent ainsi régulièrement afin d'échanger autour des modalités

techniques de déploiement. La finalité des travaux ? Permettre une circulation fluide des données de santé entre les professionnels *via* notamment l'interopérabilité des outils informatiques.

Cet objectif se traduit par la création de l'Espace numérique de santé (ENS) ou « Mon Espace santé » composé, pour les patients et pour les professionnels de santé, d'un « coffre-fort » sécurisé pour stocker et partager tous les documents de santé (ordonnances, résultats de biologie, dossier d'hospitalisation, vaccination) ; d'un profil médical que l'utilisateur peut remplir avec ses informations personnelles ; d'une messagerie sécurisée pour les échanges entre patients et professionnels de santé ; ou encore un catalogue d'applications en santé référencées par l'État.

Les documents à partager

Les paramédicaux réfléchissent aussi aux enjeux les concernant en sachant que la DNS entend s'appuyer sur l'expérience des différents couloirs professionnels déjà développés, notamment celui de la médecine de ville, pour déployer le leur.

Si pour les médecins, la mise en œuvre s'est déroulée en deux étapes (alimentation du Dossier médical partagé par leurs documents, notamment la synthèse médicale, puis acculturation à l'outil), pour les infirmiers libéraux, la DNS a prévu de mener les deux étapes en même temps. Car environ 80 % des outils socles devant être contenus dans les logiciels métiers pour les infirmiers n'ont qu'à être dupliqués à partir de ceux élaborés pour les médecins, à savoir l'accès à une messagerie sécurisée et à l'Identifiant national de santé (INS) des patients,

Marie peut arrêter le temps. Pourtant, elle n'a pas de super- pouvoirs.

Elle a Simply Vitale

La solution tout-en-un pour les IDEL

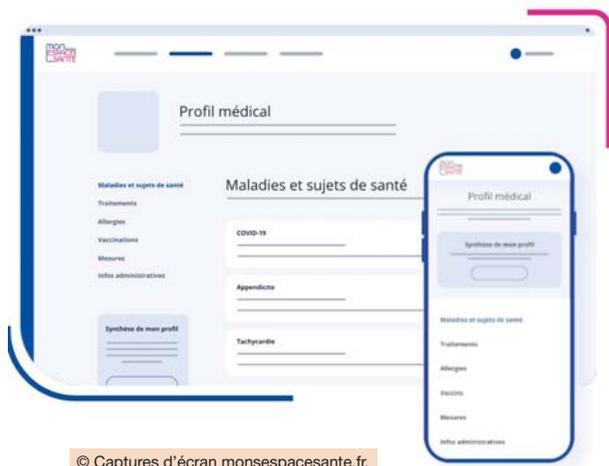
Avec les lecteurs CPS et carte vitale embarqués et les outils de cotation et de facturation intégrés, vous allégez de 50% le temps administratif après vos tournées. Tout est déjà prêt. Un simple clic pour la télétransmission et c'est fini !
Super simple Simply !



EN SAVOIR +
05 65 76 03 36

 /SimplyVitale
 @communaute_idel

Simply
Vitale
— cegedimsanté —



© Captures d'écran monspacesante.fr.



La plateforme a pour objectif de simplifier, d'optimiser et d'accélérer la gestion de santé et les parcours de soins.

l'application Carte Vitale ou encore la connexion via Pro-Santé Connect.

Une partie de l'outil est toutefois spécifique aux infirmiers. Les différentes parties prenantes se sont entendues avant l'été sur les cinq documents à partager par la profession au sein de l'ENS : le Bilan de soins infirmiers (BSI), le bilan initial des plaies complexes, la traçabilité des vaccinations effectuées par l'infirmier, le bilan d'observance médicamenteuse partagé et le bilan BPCO/insuffisance cardiaque. « *Nous avons voulu faire simple*, souligne Daniel Guillem, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI). *Nous ne voulons pas abreuver l'ENS avec des données synchrones. Il faut éviter les redondances et privilégier des éléments faisant part de la situation holistique du patient.* » Un point de vue partagé par John Pinte, président du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil) : « *Il faudrait que les logiciels puissent produire automatiquement des documents synthétiques avec les informations essentielles à transmettre aux autres professionnels.* »

Les attentes vis-à-vis des éditeurs

Les syndicats représentatifs interviennent dans les discussions principalement sur l'axe « cœur de métier ». Pour les éléments plus techniques, ils ne peuvent donner aux éditeurs de logiciels, que de grandes orientations sur leurs attentes. « *Nous ne sommes pas des spécialistes en termes de développement informatique, mais nous souhaitons avant tout une utilisation fluide des outils, afin de produire le moins de "clics" possible pour l'implémentation des documents dans l'ENS et ainsi faire en sorte que les infirmiers libéraux ne boudent pas la solution par manque de praticité* », rapporte Daniel Guillem.

“ **Les spécificités techniques demandées par le Ségur du numérique ne doivent pas aboutir à une éventuelle situation de monopole chez les éditeurs.** ”

Les spécificités de l'exercice de la profession doivent aussi être prioritairement prises en compte : le travail avec une patientèle partagée et une activité prééminente au domicile des patients. « *Le secret repose sur le câblage des progiciels métiers avec l'ENS*, insiste Daniel Guillem. *Les éditeurs doivent donner la possibilité aux infirmiers de se connecter sur l'ENS d'un patient, sans avoir à quitter leur logiciel, ni avoir à ouvrir une fenêtre et entrer de nouveaux codes.* » « *Ces nouveaux outils ne doivent en aucun cas alourdir la pratique d'autant plus que nous n'avons pas encore cette culture de la traçabilité* », ajoute John Pinte.

Sur cet axe, les éditeurs semblent à l'écoute et faire preuve d'un esprit constructif. La recherche de l'ergonomie optimale représentera « *tout l'enjeu du travail collaboratif entre éditeurs et représentants des infirmiers libéraux afin de fluidifier les échanges* », assure Jean-Pierre Issartel, vice-président de la Fédération des éditeurs d'informatique médicale, paramédicale d'ambulatorio (FEIMA), collègue des paramédicaux.

Le cahier des charges prévoit déjà la mise en œuvre de simplifications et d'aides notamment le versement automatique des cinq documents au DMP. « *La DNS nous a aussi confirmé que les cinq documents seront non structurés, c'est-à-dire que les infirmiers ne seront pas soumis à des normes de saisie* », précise-t-il. La messagerie sécurisée va également devenir un outil obligatoire notamment pour l'envoi des documents entre les professionnels de santé.

Financement

Côté investissement, c'est l'État, dans le cadre du Ségur du numérique, qui finance la mise à jour du parc

informatique. « Nous avons signé des conventions explicites, pointe Jean-Pierre Issartel. En aucun cas, nous ne pouvons faire payer aux abonnés les mises à jour effectuées dans le cadre du Ségur du numérique, mais si nous développons d'autres fonctions, nous pouvons le répercuter sur les prix. » Un point de désaccord avec les syndicats représentatifs des infirmiers. « Nous regrettons de devoir payer d'éventuelles autres avancées, hors champ du Ségur du numérique, reconnaît Daniel Guillerm. J'aurais aimé entendre, de la part des éditeurs, au regard des sommes investies dans le cadre du fonds dédié au couloir numérique, qu'ils allaient ralentir les augmentations tarifaires, car ces dernières années, elles ont été nombreuses. » D'autant que « pour d'autres professions de santé, ils ont justement profité de ce travail pour proposer de nouvelles fonctionnalités, aboutissant à une augmentation des tarifs », s'inquiète John Pinte. La FNI soulève un autre point d'attention : « les spécificités techniques demandées par le Ségur du numérique ne doivent pas aboutir à une éventuelle situation de monopole chez les éditeurs », alerte Daniel Guillerm. Et d'expliquer : « certaines entreprises de logiciels ont davantage de moyens pour répondre aux exigences du cahier des charges du Ségur, tandis que d'autres doivent se retirer. Or, nous ne voudrions pas une perte de concurrence au sein de ce secteur car cela pourrait également rejallir sur les prix. »

“
Je crains surtout qu'ils considèrent l'ENS comme une obligation supplémentaire dans leur pratique quotidienne et qu'ils n'y adhèrent pas.”

Les infirmiers aimeraient aussi profiter de ce chantier pour acter la possibilité d'une portabilité des données lorsqu'ils souhaitent changer d'éditeur, du moins d'un socle minimal d'informations. « Aujourd'hui, cette absence de portabilité est bloquante pour les infirmiers, car ils ne veulent pas perdre toutes les données de leurs patients en changeant de solutions, souligne Daniel Guillerm. D'après les éditeurs, la mise en œuvre de cette portabilité est compliquée techniquement, mais nous demandons juste de pouvoir récupérer le nom du patient, son numéro de sécurité sociale et ses droits. »

Une acculturation à l'usage

Une fois le travail des éditeurs de logiciels accompli, le défi à relever restera celui de l'appropriation des outils par les infirmiers qui va nécessiter un accompagnement, voire une formation. « Nous alertons la DNS sur la nécessité de déployer un Ségur d'usage », signale Jean-Pierre

Issartel. L'objectif est de veiller à ce que l'ensemble des professionnels de santé concernés se servent des nouvelles fonctionnalités de leur logiciel pour permettre le plein déploiement de l'ENS. Les éditeurs de logiciel vont participer à cette acculturation et devraient mettre en place un accompagnement gratuit à l'usage des logiciels via des webinaires, de la téléformation ou encore de la formation en présentiel. L'enjeu est important car « il n'est pas certain que les infirmiers se saisissent de cet outil, signale Ghislaine Sicre, présidente de Convergence infirmière. Sauf peut-être pour leurs patients complexes, dont la prise en charge requiert un réel besoin de coordination. Mais je crains surtout qu'ils considèrent l'ENS comme une obligation supplémentaire dans leur pratique quotidienne et qu'ils n'y adhèrent pas. »

Côté calendrier, les arrêtés avec la base du cahier des charges pour les éditeurs devraient être publiés d'ici la fin de l'année 2023. L'année 2024 sera alors consacrée à la recherche et au développement avec un premier déploiement des logiciels dans les cabinets et un début d'usage en 2025. « Les pratiques et les technologies ont évolué depuis le lancement initial du DMP il y a bientôt 20 ans, tout comme le transfert d'informations. L'écosystème devrait davantage répondre aux cas d'usage, ce qui pourrait influencer positivement son appropriation par les acteurs et de fait, son déploiement », conclut Daniel Guillerm. ■



© DR



© DR



© DR

LAURE MARTIN

Daniel Guillerm, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI); John Pinte, président du Syndicat national des infirmières et infirmiers (Sniil); Ghislaine Sicre, présidente de Convergence infirmière; Jean-Pierre Issartel, vice-président de la Fédération des éditeurs d'informatique médicale, paramédicale d'ambulatoire (FEIMA), collège des paramédicaux.



© DR

DEUX POINTS DE VIGILANCE

Suite aux différentes réunions de travail, les éditeurs de logiciels ont alerté les acteurs en présence sur deux points de vigilance. D'abord, la Cnam souhaite « pousser » au lancement de l'ordonnance numérique pour les paramédicaux, ont-ils signalé. « Nous ne sommes pas contre l'idée mais le cahier des charges pour cette ordonnance n'est pas encore écrit, fait savoir Jean-Pierre Issartel. Il ne faut donc pas sauter les étapes et veiller à ce que la profession s'acculture d'abord à l'ordonnance digitale donc en PDF, pour qu'on se donne le temps de déployer l'ordonnance numérique. »

Le deuxième point de vigilance concerne le volet « sécurité ». « Nous partageons la nécessité de sécuriser les usages, mais cela ne doit pas pour autant perturber le travail des professionnels de santé, insiste Jean-Pierre Issartel. Or, la Cnam souhaiterait que l'on applique le cahier des charges hospitalier aux libéraux. Nous préférierions un cahier des charges adapté. Pour ce point, nous comptons sur la mobilisation des syndicats infirmiers sinon, nous craignons que les professionnels paramédicaux ne soient pas en mesure de suivre les exigences des normes hospitalières. » ■

Les premiers décrets de la nouvelle réforme des retraites sont entrés en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2023.

Qu'est-ce qui change pour les agents ?

Plus de 30 textes sont prévus pour décliner l'ensemble des modalités d'application de la nouvelle réforme des retraites. Les premiers décrets sur la réforme des retraites ont été publiés entre le 4 juin et 31 août dernier au Journal Officiel. Entrés en vigueur depuis le 1^{er} septembre, quelles sont les conséquences pour les agents de la Fonction publique hospitalière ? Nous faisons le point sur les principaux changements.

Les nouvelles règles pour l'âge d'ouverture des droits à la retraite

Le premier décret n° 2023-435 du 3 juin 2023 est relatif à l'âge d'ouverture des droits à la retraite pour les assurés du régime général, les contractuels et aussi pour les fonctionnaires hospitaliers.

Le personnel de la catégorie active

L'âge auquel les agents hospitaliers dits « actifs » pourront partir à la retraite reculera progressivement de 2 ans, soit de 57 à 59 ans, à raison de 3 mois par an. Les premiers concernés sont ceux nés à compter du 1^{er} septembre 1966.

DATE DE NAISSANCE	ÂGE LÉGAL DE DÉPART À LA RETRAITE APRÈS LA RÉFORME
1 ^{er} sept. à déc. 1966	57 ans + 3 mois
1967	57 ans + 6 mois
1968	57 ans + 9 mois
1969	58 ans
1970	58 ans + 3 mois
1971	58 ans + 6 mois
1972	58 ans + 9 mois
1973	59 ans

Le personnel de la catégorie sédentaire

Avant la réforme, les agents hospitaliers qui appartiennent à la catégorie sédentaire pouvaient prétendre à la liquidation de leur pension de retraite dès l'âge de 62 ans.

Une nouvelle règle s'applique depuis le 1^{er} septembre 2023. Pour celles et ceux nés à partir du 1^{er} septembre 1961, l'âge recule progressivement de 3 mois par an pour atteindre 64 ans à partir de l'année de naissance 1968.

DATE DE NAISSANCE	ÂGE LÉGAL DE DÉPART À LA RETRAITE APRÈS LA RÉFORME
1 ^{er} sept. à déc. 1966	62 ans + 3 mois
1962	62 ans + 6 mois
1963	62 ans + 9 mois
1964	63 ans
1965	63 ans + 3 mois
1966	63 ans + 6 mois
1967	63 ans + 9 mois
1968	64 ans

Le nombre de trimestres indispensables pour l'obtention de la pension de retraite à taux plein

S'il faut prendre en compte ces nouvelles dispositions, il est aussi indispensable d'avoir un certain nombre de trimestres pour obtenir une retraite à taux plein (montant de la pension maximale).

Cela signifie par exemple qu'en 2030, il faut atteindre l'âge de **64 ans pour partir avec une pension à taux plein**, en ayant acquis 43 années de cotisations vieillesse.

Ainsi les **agents relevant de la catégorie active, nés après le 1^{er} septembre 1966 et en 1967, devront avoir validés 169 trimestres. Pour ceux nés à partir de 1970, 172 trimestres.**

Quant aux agents de la **catégorie sédentaire, nés après le 1^{er} septembre et en 1962, ils devront avoir acquis 169 trimestres.** Pour ceux nés à partir de 1965, 172 trimestres.

La refonte du dispositif « carrières longues »

La création de quatre bornes d'âges d'entrée dans le dispositif (16 ans, 18 ans, 20 ans et 21 ans), permettent maintenant un départ anticipé à la retraite pour les personnes qui ont commencé à travailler jeunes. Voici les nouvelles conditions :

- **À partir de 58 ans** pour les personnes ayant commencé à travailler avant 16 ans ;
- **À partir de 60 ans** pour les personnes ayant commencé à travailler entre 16 et 18 ans ;



COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS

L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S



Avec la nouvelle réforme des retraites, préparer sa retraite le plus tôt possible, est encore plus essentiel. Le Plan d'Épargne Retraite proposé par le C.G.O.S, 100 % dédié aux hospitaliers, vous permet d'épargner pour votre retraite en toute souplesse.

PENDANT LA VIE ACTIVE VOUS ÊTES LIBRE

- De choisir entre 4 taux de cotisation : 2,5 %, 3,5 %, 4,5 % ou 5,5 % de votre salaire brut mensuel de base
- D'adapter à tout moment vos cotisations sans frais ni pénalités
- De faire des économies d'impôts chaque année, si vous le souhaitez
- De débloquer votre épargne retraite pour financer l'achat de votre résidence principale.

- À partir de 62 ans pour les personnes ayant commencé à travailler entre 18 et 20 ans ;
- À partir de 63 ans pour les personnes ayant commencé à travailler entre 20 et 21 ans.

La retraite progressive élargie à la Fonction publique

Les agents de la Fonction publique peuvent désormais accéder à la retraite progressive. Ce nouveau droit donne la possibilité, notamment aux agents hospitaliers, en fin de carrière, de cumuler temps partiel et retraite. Pour pouvoir en bénéficier, il faut :

- être à 2 ans minimum de l'âge d'ouverture des droits à la retraite ;
- justifier de 150 trimestres de durée d'assurance ;

Par exemple, si l'agent est né entre le 1^{er} septembre 1961 et le 31 décembre 1961, l'âge d'ouverture des droits à la retraite progressive se fera à partir de 60 ans et 3 mois.

La surcote parentale

Indifféremment ouverte aux mères et aux pères de famille, la surcote parentale correspond à une majoration de la pension de retraite de base de 1,25 % pour chaque trimestre supplémentaire travaillé entre 63 et 64 ans. Cela représente jusqu'à 5 % pour une année entière. Elle pourra être attribuée selon certaines conditions :

- avoir une durée d'assurance complète (43 annuités) ;
- être à 1 an avant l'âge de départ à la retraite ;
- bénéficier d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance liée à la maternité, l'adoption ou l'éducation d'enfant.

Pour en savoir plus sur ces changements majeurs de la réforme des retraites, rendez-vous sur crh.cgos.info.

Et en +, vous avez entre 18 et 40 ans ?

Profitez d'un coup de pouce financier : 1 mois de cotisation offert chaque année pendant 10 ans maximum* jusqu'à vos 40 ans !

LE MOMENT VENU* VOUS ÊTES LIBRE

De récupérer votre épargne* retraite comme vous le souhaitez :



OU



OU



Un capital
versé en une ou
plusieurs fois

Une rente
trimestrielle

Une « cagnotte »
disponible
à tout moment

OU

Un mix de ces 2 ou 3 possibilités



*Selon les conditions définies dans le règlement du régime.

Vous souhaitez des informations complémentaires, nos conseillers sont à votre disposition au :

0 800 005 944
Service & appel gratuits

Du lundi au vendredi : 9h-12h et 14h-17h

crh.cgos.info



Le management participatif, un enjeu d'attractivité pour les établissements de santé

Le management participatif se pratique de plus en plus dans les établissements de santé. Que recouvre ce terme dont se saisissent les directions et les cadres ? Quelle incidence sur les soignants ?



© Jacob Lund/Shutterstock

de recrutement infirmier », explique Dominique Reynaert, directrice des soins. Face à ces difficultés de recrutement mais aussi au turn-over des soignants dans les services, la direction s'est interrogée sur la façon de redynamiser les équipes fatiguées. Elle a mené une enquête bien-être auprès de ses soignants tout en s'intéressant aux démarches des autres établissements qui avaient déployé le management participatif.

Le concept

Derrière ce terme, les objectifs sont nombreux : développement du leadership infirmier, travail interprofessionnel, en équipe et collaboratif, qualité des soins, délégation, autonomie, accompagnement des étudiants.

Autant d'intentions qui nécessitent de se questionner sur la façon « d'embarquer » les collaborateurs et les cadres dans la dynamique. Car l'objectif avec le management participatif est de replacer les soignants au centre de l'écosystème hospitalier afin de les associer aux prises de décisions et de les rendre autonomes. « Pour devenir acteurs de leur établissement et s'épanouir davantage, les soignants sont face à des enjeux de participation sur leur espace de travail », pointe Quentin Henaff, responsable adjoint du pôle Ressources humaines à la Fédération hospitalière de France (FHF). « Dans ce type de management, les cadres doivent consulter les soignants, entendre leurs avis, puis décider ou non d'en tenir compte, précise Aurélien Pierre, expert RH à l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-social (ANAP). Ils doivent se nourrir des décisions sans pour autant toutes les retenir. C'est d'ailleurs peut-être une limite ; la prise de décision peut être plus longue, tout le monde étant consulté. En revanche, le produit final est robuste. »

Dans certains établissements, le management participatif est fortement encouragé et pratiqué. Dans d'autres, des méthodes de management plus traditionnelles peuvent prédominer.

Le management participatif à l'hôpital a fait son entrée dans le système législatif avec la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Le texte encourage l'intégration, dans le projet d'établissement des hôpitaux de projets de gouvernance et de management participatif, visant, notamment, à prévenir les risques psycho-sociaux et les conflits, et d'assurer l'égalité femmes-hommes.

À l'hôpital Foch (Île-de-France), la mise en œuvre de ce type de management est récente. « Nous avons réalisé tardivement que nous étions confrontés à des problèmes

Ce nouveau mode de management vient casser le modèle existant depuis des décennies et jusqu'alors davantage tourné vers un fonctionnement vertical. Avec le management participatif, le mot d'ordre est d'oser et faire confiance. « *Il faut donc tout s'autoriser, expérimenter, capitaliser sur les expériences de chacun*, ajoute Aurélien Pierre. *Les soignants, en tant qu'experts du quotidien, peuvent avoir à partager des éléments que les cadres, les directeurs des soins, ne connaissent pas nécessairement.* »

“
Les soignants, en tant qu'experts du quotidien, peuvent avoir à partager des éléments que les cadres, les directeurs des soins, ne connaissent pas nécessairement.
 ”

L'expérimentation de nouvelles idées implique d'adopter le droit à l'erreur, car en essayant, il est possible de se tromper. Replacer le soignant au cœur des décisions devient alors un levier d'attractivité et de fidélisation en raison de l'autonomie laissée aux équipes.

L'acculturation des managers

Ce mode de fonctionnement requiert une ouverture d'esprit pour les managers. « *L'hôpital est souvent organisé autour de formats contraints de réunions, alors que le management participatif implique de laisser la parole aux autres, de mettre en place des laboratoires collaboratifs pour confronter les idées et s'interroger sur la manière de faire remonter les informations*, explique Aurélien Pierre. *Les échanges peuvent être formels ou informels mais dans tous les cas, il faut de la confiance pour tendre vers de l'innovation collaborative, de l'intelligence collective et de l'autonomie.* »

Il peut d'ailleurs être intéressant de l'inscrire dans une charte de fonctionnement. Cette notion d'acculturation implique la mise en place de formations pour les managers, en fonction de l'évolution des besoins, afin que le projet soit structurant. « *Il faut aussi former à la capacité de dire, d'agir et de lâcher prise*, conseille Aurélien Pierre. *Faire confiance, s'en remettre à l'autre, n'est pas aisé, d'autant plus qu'à l'IFCS, les cadres apprennent à "contrôler" alors qu'avec le management participatif, ils doivent lâcher.* »

À l'hôpital Foch, la direction a commencé par lancer un grand mouvement visant à former une quarantaine de cadres, afin de les embarquer et de modifier leurs modalités de travail. « *Il fallait les faire réfléchir à la façon d'impliquer les collaborateurs et d'encourager ces derniers à*

s'exprimer, à participer davantage à des prises de décisions, tout en mettant des limites », explique Dominique Reynaert.

Les cadres ont eux-mêmes pu exprimer leur vision de la direction des soins, leurs attentes et les points d'amélioration envisagés. En 2022, un organisme a dispensé un cycle de formation (tous les deux mois pendant un à deux jours) sur les grands principes du management participatif. Les cadres ont ensuite souhaité poursuivre la formation en co-développement, par petits groupes de cinq environ, afin de permettre à chacun d'exposer ses problématiques managériales pour trouver ensemble des solutions. En parallèle, deux méthodes ont été testées pour les équipes. Tout d'abord, la process com, une méthode de communication et de management, où chacun apprend à connaître son profil communiquant et à repérer les profils des confrères afin de comprendre leur fonctionnement. Une démarche utile en cas de problème de communication au sein des équipes. « *Cette année, tous les services de soins vont suivre cette formation* », fait savoir Dominique Reynaert. L'année dernière, deux ateliers collaboratifs ont également été testés autour des situations qui causent de l'agacement, de la frustration ou du mécontentement, les « *irritants* ». Les ateliers sont déployés cette année dans tous les services, « *ce qui traduit notamment un besoin de se coordonner et de mieux travailler ensemble* », précise-t-elle.

Un travail sur les irritants

Ce travail sur les irritants a également été mis en œuvre à l'hôpital Trousseau du CHRU de Tours, notamment au sein du laboratoire d'hématologie-hémostase. « *Lorsque je suis arrivée en 2020, j'ai observé que les différents corps de métiers du service, à savoir les techniciens de laboratoire, les infirmiers, les secrétaires ou encore les agents d'entretiens, fonctionnaient en silo* », se rappelle Céline Foubert, cadre de santé. En parallèle, sa direction lançait un appel aux volontaires pour la mise en place du management participatif dans les services. Face à cet appel et à son propre constat, Céline Foubert décide de postuler. « *Avec le chef de pôle, la cheffe de service et la cadre supérieure de santé, nous avons suivi une formation sur la mise en place de ce management, afin de valider notre candidature* », souligne-t-elle. Des volontaires au sein des équipes médicales, paramédicales et administratives ont également été formés afin que tous détiennent les outils clefs pour la mise en œuvre du projet. Les membres du service ont ensuite décidé de travailler sur les irritants. Ils ont alors construit un tableau du management, affiché dans le service, avec des cases dédiées aux problématiques identifiées et partagées par les agents; la date à laquelle le problème doit être résolu; les membres de l'équipe chargés de trouver les solutions; les actions à mettre en place; et

le suivi. « Lors d'une courte réunion hebdomadaire, qui se déroule tous les vendredis de 12h15 à 12h30, les membres de l'équipe se réunissent devant le tableau afin de lire les irritants et faire le point sur les solutions déjà déployées, explique Céline Foubert. Nous les enlevons du tableau uniquement lorsqu'ils sont réglés. » Et d'ajouter : « Tous les membres de l'équipe sont intégrés dans la gestion des problématiques afin qu'ils se sentent tous concernés. Ce gain de temps est précieux et nous permet de limiter l'organisation de réunions puisque les agents s'enquêtent des problèmes, s'approprient la réflexion et trouvent les solutions par eux-mêmes. Je n'ai donc pas à imposer de décisions. »

Virginie Pay, infirmière au sein du service, approuve totalement ce management participatif, qui encourage à partager les difficultés rencontrées. Elle a d'ailleurs eu l'occasion d'inscrire un irritant sur le tableau. « Dans le service, certains jours, l'infirmière exerce seule et parfois nous sommes deux, mais pour autant l'organisation de l'équipe n'en tenait pas compte. C'était problématique notamment pour les consultations car les secrétaires fixaient autant de rendez-vous que l'on soit seule ou deux. » L'inscription de la problématique sur le tableau des irritants a permis de trouver une solution et à chacun d'apprendre à mieux connaître le travail de l'autre. Autre exemple en cours : à la remise des résultats de biologie aux patients, ces derniers sont nombreux à solliciter les infirmières pour obtenir des explications. « Nous travaillons avec le laboratoire de biologie médicale pour réfléchir à la rédaction d'un commentaire à côté des résultats afin de faciliter leur compréhension », indique Virginie Pay. Jusqu'à présent, 140 irritants ont été solutionnés.

Une impulsion de la direction

Pour que le management participatif fonctionne, le concept doit nécessairement être porté par la direction. « Il est important de dissocier le management participatif, d'un comportement de management participatif », précise Aurélie Pierre. Et d'expliquer : « Les cadres sont formés à l'écoute active et au dialogue social, ce qui concourt à cette attitude participative. Pour autant, le management participatif est davantage politique et s'inscrit dans un projet d'établissement stratégique. La direction doit impulser une dynamique collaborative. »

« La gouvernance institutionnelle doit soutenir ce management, rendre les conditions de son expression possibles, poursuit Quentin Henaff. Cependant, il ne se dicte pas, il se construit. Il faut donc des moteurs dans les services, avec une envie de participer, car cette participation ne peut pas être créée "d'en haut". »

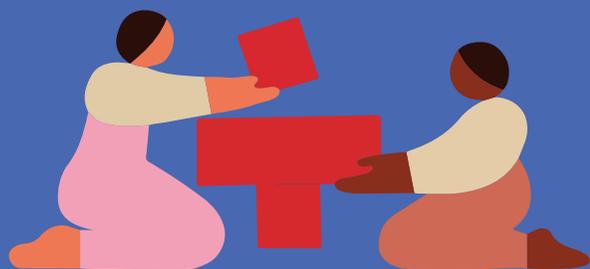
Pour accompagner les établissements, la FHF a publié en mars 2023, un Cahier technique sur le management participatif et collaboratif. « Nous souhaitons montrer que les pratiques théoriques et l'expérience de la crise



Le service d'hématologie-hémostase de l'hôpital Trousseau (CHRU Tours) a mis en place un tableau avec des cases dédiées aux problématiques identifiées et partagées par les agents ; la date à laquelle le problème doit être résolu ; les membres de l'équipe chargés de trouver les solutions ; les actions à mettre en place ; et le suivi.

sanitaire, peuvent s'appliquer sur un projet long et itératif, et non uniquement dans un contexte de crise, souligne Quentin Henaff. Avec ce travail, nous théorisons ce management dans le but de sortir des problématiques d'attractivité. » Déjà en œuvre dans certains établissements, il n'est, selon lui, pas encore assez montré. « Nous avons le sentiment qu'aujourd'hui, les pratiques sont hétérogènes et dépendent de la culture des établissements », ajoute-t-il. La doctrine de la FHF ? « Chacun peut faire de la participation à son niveau, il suffit de la structurer progressivement afin que tous se sentent légitimes », soutient-il. Il faut toutefois tenir compte de deux enjeux : « Les instances déjà existantes au sein des établissements ne doivent pas se sentir dépossédées de leur rôle, sous prétexte qu'elles ne sont pas des lieux de discussions, de même qu'en parallèle, il ne faut pas créer des espaces vides de sens, au sein desquels il est fait semblant de proposer de la participation, au risque d'accroître la frustration des équipes. D'où l'importance d'appliquer une méthodologie et de la construire étape par étape », conclut Quentin Henaff. ■

LAURE MARTIN



Croix-Rouge Compétence

Croix-Rouge
Compétence vous
accompagne tout
au long de la vie

Niveaux :

- Préqualification
- Diplômes et certifications
- Formation professionnelle

Pour en savoir plus,
retrouvez-nous sur :
competence.croix-rouge.fr



Gynécologie

Pédiatrie

Anesthésiologie

Ophthalmologie / ORL

Chirurgie

Pneumologie

Cardiologie

Neurologie

Urgences

Médecine

Gérontologie

Psychiatrie

Management

Hygiène hospitalière

Approche du malade

Réadaptation - Kinésithérapie

Qualité et gestion des risques

Formation Continue

Université de Strasbourg

sfc.unistra.fr

03 68 85 49 20

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

Face aux violences contre les soignants, une culture à bâtir

Chaque année, environ 20 000 faits de violence sont déclarés par les blouses blanches. Un rapport rendu au début de l'été préconise 44 mesures pour lutter contre le phénomène, dont certaines passent par une certaine transformation de la culture soignante.

© Motortion Films/Shutterstock



Elle s'appelait Carène Mezino, elle avait 37 ans, elle était mère de deux enfants, et elle était infirmière. Le 22 mai, elle a été tuée à coups de couteau au CHU de Reims, où elle travaillait. L'agresseur présumé, un homme de 57 ans, a été mis en examen pour assassinat. Ce drame a provoqué un émoi profond et légitime au

sein de la profession infirmière, mais il faut rappeler que de tels faits sont rarissimes : l'essentiel des violences que subissent les soignants est, fort heureusement, constitué d'atteintes de bien moindre gravité. Ce qui ne veut pas dire que le sujet n'est pas essentiel.

« Dans un premier temps, les personnels encaissent, mais au bout d'un moment ils ne savent plus réagir, constate Pascal Cresson, formateur qui intervient sur le sujet depuis plusieurs années. Puis, ils s'en vont, ce qui explique en partie pourquoi on a tant de mal à recruter. » Il faut donc considérer la violence comme l'un des facteurs qui contribuent au mal-être actuel des soignants, et à la crise d'attractivité que connaissent leurs professions. Loin d'être anecdotique, le phénomène est en effet diffus : il s'imisce dans le quotidien des établissements et des cabinets libéraux.

C'est ainsi qu'en 2021, d'après les dernières données de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), 19 328 actes de violence avaient été signalés par les établissements de santé. Un chiffre qu'il faut considérer comme une limite basse et non comme une mesure exacte de l'ampleur des violences. Tout d'abord, il ne concerne que les faits commis en milieu hospitalier (l'ONVS ne collecte les signalements des libéraux que depuis 2023). D'autre part, toutes les violences ne sont pas déclarées. C'est ce qui peut expliquer les chiffres alarmants révélés en mai dernier par l'Ordre national des infirmiers (ONI) à l'issue d'une consultation auprès de plus de 30 000 infirmiers : 66 % des répondants déclaraient avoir été victimes de violence dans leur exercice professionnel, dont 40 % « plusieurs fois par an » et 15 % « toutes les semaines ou presque ».

44 propositions pour un plan qui se fait attendre

Face à de tels chiffres, on ne peut pas dire que les autorités soient restées les bras croisés. Dernière initiative en date : un rapport commandé par François Braun, alors ministre de la Santé, au Dr Jean-Christophe Masseron, président de SOS Médecins France et à Nathalie Nion, cadre supérieure à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Épais de 67 pages et fort de 44 propositions, ce document a été remis à l'ex-locataire de l'avenue Duquesne début juin, et doit servir de base à un « plan de lutte contre les violences faites aux soignants », promis par le gouvernement pour le début du mois de juillet mais dont on est sans nouvelles au moment où ces lignes sont écrites (mi-août).

Les propositions de ce rapport sont structurées autour de six axes : « agir sur les déterminants des violences », « acculturer les professionnels », « mieux objectiver les faits de violences internes et externes », « accompagner et soutenir les victimes », « préparer les futurs professionnels », et « communiquer auprès de tous les acteurs ». Parmi les principales préconisations ayant, d'après un communiqué du ministère de la Santé, « retenu l'attention du ministre », on peut retenir « le déploiement de dispositifs d'alerte portatifs pour les professionnels exerçant de façon isolée », « la formation initiale et continue des soignants et des personnels d'accueil pour mieux gérer l'agressivité éventuelle de leurs interlocuteurs », « l'amélioration de la réponse pénale face aux menaces et aux agressions qu'ils subissent », ou encore « un meilleur accompagnement des victimes dans leurs démarches judiciaires ».

De la nécessité de se former

L'un des points sur lesquels il faut insister, c'est que la lutte contre les violences ne fait pas nécessairement partie de la culture soignante, ce qui explique peut-être pourquoi le sujet reste, depuis tant d'années, sur le bureau des ministres successifs. « Du fait de l'empathie naturelle qui fait partie de leur métier, les soignants ont une acceptation de la violence verbale, voire physique, qui est différente de celle qu'on peut trouver dans d'autres secteurs », observe Nathalie Nion, co-auteurice du rapport. Ils vont expliquer les comportements par les pathologies des auteurs, et vont avoir tendance à ne pas les déclarer, par exemple. » Un point de vue que partage Pascal Cresson. « À partir du moment où une personne est en souffrance, où elle a un problème, les soignants vont avoir une tendance non pas à excuser, mais à comprendre leurs réactions », analyse-t-il.

Sans perdre en empathie, il semble cependant nécessaire de mieux appréhender les violences. Pour cela, des formations telles que celles que propose Pascal Cresson sont essentielles, même si elles ne sauraient suffire,

estime celui-ci. « Localement, il y a des directions qui s'aperçoivent qu'il faut réagir, mais au niveau national, on en reste souvent au stade des annonces médiatiques », relève ce dernier. De telles formations doivent, faut-il le rappeler, s'accompagner d'une réelle amélioration de l'environnement de travail. « L'engorgement des structures fait partie des éléments qui contribuent au phénomène de violence, de même que les conditions d'accueil ainsi que les conditions de travail des professionnels », pointe Nathalie Nion.

“
Du fait de l'empathie naturelle qui fait partie de leur métier, les soignants ont une acceptation de la violence verbale, voire physique, qui est différente de celle qu'on peut trouver dans d'autres secteurs.”

Reste un point, souvent laissé en marge de ce sujet, et que le rapport de M^{me} Nion et de M. Masseron met au contraire en lumière : la violence entre soignants. « C'est un point qui est particulièrement mentionné par les étudiants, notamment sur les lieux de stage, de la part de leurs tuteurs, mais qui peut aussi couvrir des cas de harcèlement moral ou physique entre collègues », décrypte Nathalie Nion. Sur ce sujet, le rapport propose de « former les encadrants de stage », ou encore de « créer des plateformes d'évaluation des lieux de stage ». Peut-être qu'un premier pas consisterait en effet, pour la profession, à balayer devant sa porte. ■

ADRIEN RENAUD

DES DÉCLARATIONS ACCABLANTES

Le dernier rapport de l'ONVS, remis fin 2022, contient des extraits très instructifs des déclarations effectuées par les soignants à la suite de faits de violence. Morceaux choisis.

« Patient qui s'agite au moment de l'habillage puis au moment de faire le transfert lit fauteuil, il me tient le bras gauche et me sert fortement, malgré ma demande d'arrêter et de me lâcher, continue à me serrer et tente de me mettre un coup de tête ! Évitement de justesse ! » (USLD/EHPAD)

« Un patient étant en chambre de soins intensifs a réussi, durant son temps de sortie, à s'emparer d'un couteau, tranchant et pointu, et a menacé le personnel. Il s'est emparé de l'arme en forçant le passage du bureau X et en menaçant physiquement le médecin de garde présent. La situation était extrêmement dangereuse. Le patient a été maîtrisé à l'aide du mobilier. [...] » (Psychiatrie)

« Intrusion de la famille de M. malgré plusieurs rappels à l'ordre [...]. Fils de M. accompagné de l'épouse pénètrent dans le service et bousculent l'équipe en se dirigeant vers la chambre du patient puis reviennent menaçant vers l'IDE avec l'objectif d'atteinte physique (coup de boule); par chance son geste n'atteint pas l'IDE; appel du service de sécurité mais quitte le service avant leur intervention. » (Unité de soins, CH) ■

Chirurgie orthopédique : au cœur du bloc de l'hôpital de la Croix Saint-Simon

Au groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon (DCSS), à Paris, les patients bénéficient de l'expertise d'une équipe spécialisée en chirurgie orthopédique.

Les chirurgiens, anesthésistes, IADE et IBODE du bloc opératoire s'activent pour poser prothèses de hanche ou du genou.

11h rue d'Avron, dans le 20^e arrondissement. Le bâtiment B de l'hôpital du groupe DCSS est en effervescence depuis quelques heures maintenant. Les interventions chirurgicales s'enchaînent au bloc opératoire. Dans la salle 18, celle de la traumatologie, le corps endormi d'une femme âgée est pudiquement couvert d'un drap opératoire vert. Juste avant qu'elle ne sombre, Cyrille Pauchet,

lade, installé près de son visage, lui murmure : « À tout à l'heure. Faites de beaux rêves ». Comme à chaque fois, il tient à rassurer les patients face aux bruits ambiants potentiellement anxiogènes. « C'est important, car souvent ils nous racontent rêver de leurs vacances, de leurs enfants. S'ils s'endorment calmement, ils se réveillent plus sereinement », glisse-t-il. Elle s'assoupit, sereine. Sereine, elle peut l'être : depuis 1982, le service de chirurgie

© Constance Decorde





© Constance Decorde

Avant une intervention programmée pour pose d'une prothèse de hanche, le chirurgien Aurélien Hallé se replonge dans le dossier de sa patiente.

orthopédique du groupe hospitalier Diaconesses Croix St-Simon prend en charge les pathologies de l'appareil locomoteur et se classe depuis de nombreuses années parmi les meilleurs établissements français en orthopédie. Au bloc opératoire, 7 des 18 blocs sont consacrés à la chirurgie orthopédique : une grande partie des patients vient pour une installation de prothèse de la hanche, du genou, de l'épaule ou pour une fracture.

Depuis quelques minutes, c'est autour de la fracture de la hanche de cette patiente, éclairée par la lumière blanche des lampes scialytiques, que s'active le docteur Philippe Gérard, chirurgien orthopédiste et le reste de son équipe, notamment les deux Ibode qui travaillent en binôme. Sophie Doan, infirmière depuis plus de 30 ans, est aujourd'hui instrumentiste. Elle aide aux différents temps opératoires, gère la table d'instrumentation – scie orthopédique, râpes, etc. – et anticipe les gestes du chirurgien. La seconde Ibode présente, Dorsaf Gelliot, est aujourd'hui circulante. Après 24 ans à l'AP-HP, cette dernière a rejoint les équipes de l'hôpital de la Croix Saint-Simon en 2019. Aimant « *transmettre* » ses connaissances à ses collègues, elle explique avec bonhomie comment accueillir, préparer, installer la patiente. Elle contrôle le fonctionnement des équipements nécessaires (ancillaires, écarteurs etc.) à la pose d'une prothèse intermédiaire – la patiente est trop faible pour une prothèse totale, précise-t-elle. « *Ce que j'aime, c'est vraiment la traumato : voir comment une fracture déplacée est réalignée, c'est incroyable!* », s'enthousiasme-t-elle. Participer à « *réparer des patients* », c'est ce qu'elle a longtemps fait à la Pitié-Salpêtrière, et qu'elle continue à faire dans la salle 18 de la Croix Saint-Simon. Au cours

de l'opération, elle réalise les manipulations de table, modifie l'angle de présentation de la hanche en disparaissant sous le drap vert quelques secondes. « *Entre les jambes, je t'ai mis 10 degrés. Ça te va?* » « *Un peu plus* », demande le chirurgien. La jambe de la patiente est ensuite posée au sol, pour insérer la tige et fixer la prothèse au fémur par un ciment chirurgical. Au moment de la cimentation, Cyrille Pauchet est en vigilance. Les yeux tournés vers son écran de surveillance, il veille à ce que la tension, les saignements soient corrects et sous contrôle. Il explique : « *Cela se produit très rarement, mais il faut veiller à ce qu'il n'y ait aucune présence de ciment dans la circulation respiratoire. C'est une complication qui peut entraîner une embolie* ». Ce matin, tout s'est bien passé. Le chirurgien referme l'incision. Bientôt la patiente sera emmenée dans la salle de réveil. Sur le plateau à proximité de Sophie Doan, l'extrémité du fémur brisé se distingue, telle la relique d'une hanche fragilisée. Montre en main, l'opération a duré moins 45 minutes. « *Ici, tout se passe très rapidement. Ce n'est pas le cas partout. Ailleurs, une installation de prothèse de hanche peut durer des heures et parfois, ça saigne, ça saigne...* », confie Cyrille Pauchet. *On sent le côté très spécialisé. L'enjeu est important : si c'est mal fait, on se retrouve à boiter. Une chose est sûre, si je dois me faire opérer un jour, ça sera ici!* » Ce qu'il aime au bloc? « *Le côté technique, l'autonomie* » du métier et le binôme formé avec l'anesthésiste. Mais aussi, le fait de pénétrer dans l'univers du bloc, « *un monde un peu fermé, ce qui est assez réconfortant, puisqu'il existe une solidarité entre nous, pour se remplacer pour les postes ou les repas* ». Passé par la Suisse et Lariboisière, l'infirmier anesthésiste confie, en souriant : « *On perd l'habitude de considérer que c'est un métier un peu hors norme* ».

Séverine Coutant, Ibode circulante, apporte l'ancillaire composé d'instruments de base mais aussi de râpes, de mèches, de fraises, d'écarteurs... Servant de relais entre le secteur non-stérile et le secteur stérile, les Ibode circulants peuvent faire cette action à mains nues puis ouvrir le dispositif, par l'extérieur. L'Ibo ou l'Ibode instrumentiste peut alors saisir, en stérile, le matériel sans toucher la boîte métallique.



© Constance Decorde



© Constance Decorde

Bloc 18. Une patiente est arrivée, pour la pose d'une prothèse intermédiaire de hanche. Elle est endormie.

Pour Simon Marmor, chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique, la présence d'un bloc de traumatologie dédié permet une variété des situations. « L'urgence, c'est stimulant, excitant » pour les équipes soignantes, estime-t-il. Mais de l'autre côté du bloc, ce sont les interventions programmées qui occupent majoritairement les équipes.

Un pôle d'excellence

Ce matin, plusieurs poses de prothèses de hanche sont prévues au bloc d'orthopédie pour Aurélien Hallé, chirurgien orthopédiste. Chaque année, plus de 5 000 patients passent par le service d'orthopédie du groupe hospitalier, l'un des plus importants en France. Pour lui, aucune chance de se « laisser » : « Au contraire, c'est quand

Bloc 10.



© Constance Decorde



© Constance Decorde

Bloc 18.

on fait toujours la même chose qu'on devient excellent. C'est pour ça que les patients reviennent », explique-t-il, évoquant ceux et celles qui sont de retour pour une intervention sur leur deuxième hanche par exemple. Déborah Baranes, lade, qui travaille à ses côtés, observe : « La majeure partie de nos patients sont bien informés. Ils viennent ici grâce parce qu'ils connaissent la bonne réputation de l'hôpital ».

Si Aurélien Hallé aime son quotidien au bloc, c'est notamment car il se réjouit de l'excellence des équipes. « Nous dialoguons très bien avec les autres professionnels. Les infirmières de bloc connaissent parfaitement nos faits et gestes, elles les anticipent. Ce sont les Rolls royce des lbode, elles sont extrêmement bien formées ! », s'amuse-t-il. Parmi elles, Émeline Lenoir, qui exerce au bloc après une expérience en soins intensifs. Son arrivée ici s'est fait à l'occasion d'une « opportunité » : elle a entendu parler de l'existence de postes vacants par une amie et est revenue à la spécialité pour laquelle elle s'était formée. Trois ans après son arrivée, elle est toujours aussi heureuse de son choix. En arrivant au bloc, elle a découvert « l'envers du décor », puisqu'en soins intensifs, elle ne connaissait des opérations que l'immédiat post-opératoire. « Ici, on apprend plein de choses. On fait de l'ortho, du digestif, car les blocs sont pluridisciplinaires. Les échanges avec les chirurgiens sont constructifs, nous ne sommes pas seulement là pour tendre les instruments ». Et si les minutes avec les patients éveillés sont rares – 5 ou 10 minutes, après ils sont endormis – elles « sont d'autant plus importantes ».

À quelques encablures, dans la salle de réveil, une patiente aux cheveux blancs qui vient d'être opérée de la hanche, est installée par Déborah Baranes. « Ça y est, madame, c'est terminé », lui lance-t-elle, avec une voix un peu forte afin de faciliter son réveil. À ses côtés, Jeannita Belzince prend le relais. Cette infirmière en salle de réveil accueille les patients. Elle vérifie qu'ils répondent « bien aux signaux », les redresse pour que le processus

respiratoire reprenne, vérifie les pansements. Ceux passés en orthopédie restent majoritairement trois jours à l'hôpital, « même si l'ambulatoire se développe de plus en plus », détaille-t-elle.

Bonnes conditions de travail

Un consensus se dégage : les équipes ont conscience de leurs très bonnes conditions de travail. « Nous avons un très beau bloc, avec un beau plateau technique, des salles immenses, du matériel et même un robot Da Vinci, utilisé en gynécologie, urologie et gastro-entérologie », se réjouit Séverine Coutant, infirmière de bloc pendant dix ans avant d'être diplômée Ibode en 2022. « J'ai toujours aimé la chirurgie, on est au cœur de l'action. Cela m'a toujours passionnée », explique-t-elle. « Lors de mon école Ibode, j'ai vu d'autres blocs, mais c'est ici que je suis revenue ». Émeline Lenoir aussi se réjouit de pouvoir compter sur « des brancardiers qui installent et désinstallent les patients, des aides-soignantes pour débarrasser le matériel usagé (qui part ensuite pour la décontamination et stérilisation) et nettoyer les blocs ». De son côté, Aurélien Hallé estime que les conditions de travail sont « excellentes », avec des équipes dédiées, le tout dans la bonne humeur. « On ne vient pas stressés au travail », explique le chirurgien, qui dit « adorer » son travail. Dorsaf Gelliot, de son côté, salue des chirurgiens « méticuleux et perfectionnistes. On sent qu'ils sont passionnés ». Quand Sophie Doan arrive en 2011, après vingt ans passés dans le public, en réa, ambulatoire, hospitalisation ou encore endoscopie digestive, elle respire. « Alors que dans le public, nous avons toujours un maillon manquant dans la chaîne, quand je suis arrivée ici, j'ai vu une belle organisation, des moyens humains et matériels, de très bons chirurgiens, et une belle cohésion d'équipe ». Mais elle nuance. « Pourtant ici comme ailleurs, les temps sont durs. Il nous manque des infirmières de bloc. Il n'y a pas d'annulation, ni de fermetures de salles, donc nous avons une grosse charge mentale. La casquette de la polyvalence a aussi ses limites : je sais faire un peu de tout, mais pour les choses très techniques, que je ne vois que tous les six mois, c'est plus compliqué, explique-t-elle. J'ai



© Constance Decorde

Aurélien Hallé (à gauche), vient de retirer le pied de sa patiente de la bottine de la table orthopédique. Ce dispositif avait été placé avant l'intervention pour luxer la hanche et ainsi faciliter la mise en place de la prothèse.

besoin de m'appuyer sur des personnes qui ne font que de l'orthopédie ». Elle interpelle justement à l'instant une infirmière dont c'est le cas. Fabien Gouez, cadre de santé du bloc opératoire, reconnaît sans hésiter que les équipes sont dédiées à leurs patients. « On pourrait reporter les interventions mais on ne le fait jamais. C'est déjà difficile de s'organiser professionnellement pour les patients, alors les équipes, notamment les Ibode se décarcassent pour que tout se fasse ».

Ce matin, Séverine Coutant était censée travailler en « transversal » et donc apporter un soutien hors salle. « Mais ce n'est pas toujours possible. Si quelqu'un est malade, on doit le remplacer. Mais il est dur de trouver des personnels compétents. Alors on s'entraide, explique-t-elle dans un large sourire. C'est cette solidarité qui nous permet de tenir le rythme ». ■

DELPHINE BAUER

© Constance Decorde



Pendant ce temps, en salle de réveil, Jeanita Belzince, infirmière, assure la prise en charge post-interventionnelle des patients qui viennent d'être opérés.



© Constance Decorde

Bloc 10. La tête fémorale a été extraite. L'infirmière instrumentiste, responsable de la table d'instrumentation, continue de superviser le matériel. À l'issue de l'intervention, elle procédera au comptage rigoureux des instruments et de tout ce qui a été utilisé.

Bus Santé Femmes : aller vers une population éloignée de la santé

Depuis 2019, le Bus Santé Femmes sillonne les départements des Hauts-de-Seine et des Yvelines en Île-de-France pour aller à la rencontre des femmes dans une démarche de prévention sociale et médicale. Dans le bus, elles peuvent consulter gratuitement, de façon anonyme et sans rendez-vous des professionnels de santé, mais aussi une avocate, une assistante sociale ou un officier de prévention de la gendarmerie.



© Alexandra Luthereau

Mardi 20 juin, 10 heures place du 8 mai 1945 à Suresnes dans les Hauts-de-Seine. Comme tous les matins de la semaine, la rue est animée. Des camions livrent leurs marchandises, des nounous passent en poussette, des habitants vont et viennent avec un sac de courses à la main dans ce quartier commerçant au cœur de la ville à une dizaine de kilomètres de Paris. Au milieu de la place, s'est installé par deux jours le Bus Santé Femmes.

« Bonjour mesdames », lance Marcelle Mele, coordinatrice chargée de l'installation, de l'accueil et de l'orientation des femmes. « C'est le Bus Santé Femmes, nous

nous occupons de la santé des femmes. C'est gratuit et anonyme », explique-t-elle aux passantes. Quand certaines sont intéressées et s'arrêtent pour demander plus d'informations, la coordinatrice leur explique qu'elles peuvent consulter le ou les professionnels de leur choix présents dans le bus : un psychologue, un médecin, une infirmière, une avocate... Parfois, une assistante sociale et un officier de prévention sont également présents, mis à disposition par la commune.

Besoin pour les femmes

Financé par les conseils départementaux des Hauts-de-Seine et des Yvelines, le dispositif a été créé en 2019 par l'Institut de Hauts-de-Seine (IHS), une association en faveur de la santé, l'éducation, l'insertion et la solidarité, en partenariat avec la RATP. L'objectif : répondre à un besoin de prévention observé sur le terrain. « Nous nous sommes rendu compte que l'accès aux soins est plus difficile pour les femmes. À quoi s'ajoutent les violences dont elles sont victimes », explique le docteur Mourad Souames, référent santé à l'IHS, spécialiste en santé publique.

Selon les statistiques de l'association, il ressort qu'une femme sur trois accueillie dans le bus a déjà renoncé à des soins pour des raisons financières. À l'échelle nationale, ce chiffre est moins élevé et atteint 24 %.¹

Nombreuses aussi sont celles qui ont des problèmes de santé ou un risque élevé d'en avoir. 58 % des femmes vues dans le bus sont en surcharge pondérale (surpoids ou obésité), contre 41,3 %² des femmes à l'échelle nationale.

CHIFFRES

- Âge moyen : 50 ans
- 25 % de femmes monoparentales
- 25 % sans diplômes
- 2 300 femmes du 92 et 78 ont été reçues dans le bus santé femmes en 2022
- 122 communes visitées en 2022 ■

La plupart déclarent avoir des problèmes de sommeil. Le besoin social est aussi prégnant : elles sont 25 % en moyenne à être à la tête de familles monoparentales. À chaque étape du bus, un ou deux cas de violence faites aux femmes est identifié.

Le format du bus itinérant est rapidement apparu comme une solution adaptée. « *Le principe c'est l'aller vers ces femmes* », explique le Dr Souames. « *Si on ne va pas vers elles, elles ne se font pas dépister, elles ne vont pas chez le médecin. Ce sont souvent des femmes isolées, certaines en situation de précarité. D'autres, évoluent dans des milieux favorisés mais se sentent délaissées, en proie à l'ennui, aux addictions ou avec des problèmes de couple, complète-t-il. La misère n'est pas une question d'argent* », ajoute Béatrice Rolland, responsable du bus. Le bus va donc à leur rencontre, en s'installant au cœur des villes, là où le passage est fréquent. L'emplacement mais aussi les dates et le créneau horaire s'organisent en concertation avec les communes. À ces dernières revient aussi la mission de communiquer en amont de la venue du bus pour prévenir les personnes intéressées.

Dépistage et échanges

En cette toute fin de printemps, avant même que le bus n'ouvre ses portes, plusieurs femmes attendent déjà leur tour. Pendant ce temps, elles remplissent un questionnaire santé, anonyme, utilisé à des fins statistiques par l'IHS. Une fois à l'intérieur, elles découvrent une petite salle d'attente confortable à la décoration soignée et chaleureuse. De part et d'autre de cette entrée, se trouvent des espaces cloisonnés faisant office de cabinets.

En fonction de leurs besoins, les personnes vont poser des questions aux professionnels ou faire part de problématiques précises sur les plans médical, juridique, social... Certaines vont évoquer leurs vertiges au médecin, les conflits de voisinage ou les difficultés financières qui les minent avec le psychologue ou l'assistante sociale. D'autres vont évoquer les violences dont elles sont victimes et demander comment se faire aider pour porter plainte ou quitter leur domicile. Les femmes venant au bus se voient également proposer la possibilité de passer différents tests : audition, vision, diabète, cholestérol. Ces deux derniers dépistages sont aussi « *l'occasion pour échanger sur le tabac, l'alcool et l'alimentation* », souligne Mourad Souames, rappelant que les maladies

cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité chez les femmes.

Si les femmes pénètrent dans le bus pour voir en premier lieu un professionnel, rien n'empêche d'en consulter plusieurs, au fil des besoins qui sont identifiés. « *Par exemple, une femme vient faire un dépistage visuel. L'infirmière détecte un besoin de parler. Elle lui propose alors de discuter avec le psychologue. Lequel va mettre la femme en relation avec les personnes et structures partenaires de la ville qui peuvent l'aider comme le CCAS, un CMP, une association...* », illustre Béatrice Rolland.

(Re)prendre en main sa santé

C'est d'ailleurs là que réside tout le principe du bus. « *Notre objectif est d'écouter ces femmes, de dépister et d'orienter vers les structures médicales et sociales locales* », explique Béatrice Rolland. Autrement dit, les professionnels intervenants n'ont pas vocation à poser un diagnostic, faire un soin, prescrire un traitement ou démarrer un accompagnement. Par ailleurs, le Bus Santé Femmes n'a pas pour objectif de se substituer à l'offre existante sur le territoire. Mais plutôt à faire connaître celle-ci auprès des habitantes et les orienter vers les structures médicales et sociales locales qui peuvent les aider. « *Pour les femmes en situation de précarité, je les oriente vers les consultations d'ophtalmologie et d'audition des hôpitaux publics* », précise Élisabeth³, infirmière à la retraite et intervenante régulière depuis deux ans dans le Bus Santé Femmes.

Un document listant tous les interlocuteurs médicaux et sociaux de la commune est d'ailleurs remis à chaque femme accueillie dans le bus.

Finalement, le bus « *aide les femmes à (re)prendre en main leur santé physique, administrative, mentale etc. C'est assez global et complémentaire. En tant qu'infirmière on n'est pas tant dans le dépistage que dans une main tendue et c'est très important* », résume Agathe Brisse, étudiante en médecine, qui intervient régulièrement sous contrat partiel au poste d'infirmière dans le Bus Santé Femmes. En tout cas, à chaque date, le bus bat son plein, avec une trentaine de femmes accueillies en moyenne par demi-journée. Des communes d'autres régions souhaitent déployer un dispositif similaire, et sollicitent régulièrement l'IHS pour les y aider. De son côté, l'association francilienne réfléchit à la possibilité de proposer dans le bus des consultations gynécologiques et dentaires. À n'en pas douter, le besoin est là. Reste à savoir si un seul bus suffira. ■

ALEXANDRA LUTHEREAU

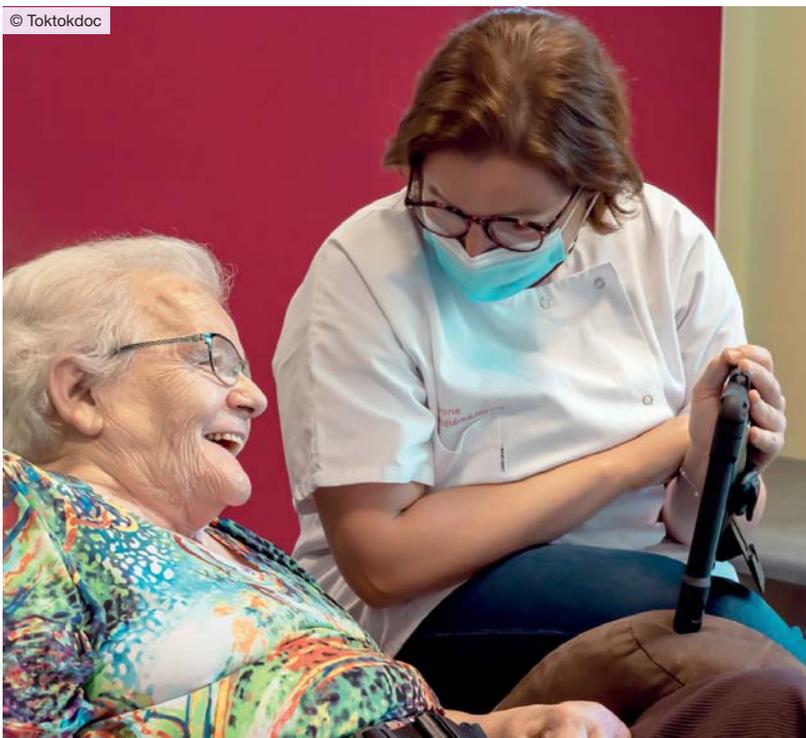
¹ Source : chiffres publiés par la DREES en juillet 2021 à partir de données de 2017

² Source : Assurance maladie

³ Élisabeth n'a pas souhaité communiquer son nom

Policlinique mobile : la télémedecine au chevet des personnes âgées en Ehpad

1 300 résidents de 17 Ehpad du Grand-Est bénéficient depuis 2019 de téléconsultations avec des médecins spécialistes organisées par les infirmiers d'une start-up strasbourgeoise. Objectif : améliorer l'accès aux soins.



Téléconsultation accompagnée par une infirmière, au chevet d'une résidente en Ehpad.

La télémedecine, qui symbolise parfois la médecine à deux vitesses, peut aussi répondre aux difficultés d'accès aux soins des patients pour qui les déplacements sont particulièrement compliqués. C'est le cas pour les personnes âgées dépendantes résidant en Ehpad, et notamment celles qui souffrent de troubles et de maladies neurologiques.

Beaucoup sont atteintes de multiples pathologies et doivent être suivies par plusieurs spécialistes mais les rendez-vous dans les différents cabinets ou services

hospitaliers sont compliqués à organiser. « Certains résidents, notamment ceux de l'unité de vie protégée, n'aiment pas du tout être déplacés », souligne Jasmine Schneider, infirmière référente à l'Ehpad des Quatre vents, à Strasbourg. Quand ils ne refusent pas tout net de sortir de la structure, il faut les accompagner pendant le transport et la consultation, les aider à se déshabiller puis à se rhabiller. Un retard peut conduire à l'annulation du rendez-vous qu'il faut alors reprendre et réorganiser. Pour éviter les multiples déplacements de ce type tout en permettant que les consultations aient lieu, la start-up strasbourgeoise Toktokdoc a mis sur pied une policlinique mobile de télémedecine qui organise des téléconsultations dans la chambre des résidents.

Au chevet des résidents

Elle s'inscrit depuis 2019 dans le cadre des expérimentations permises par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018, qui vise à « innover pour mieux soigner ». Le modèle ? « Nous avons nos propres infirmiers de télémedecine, salariés de Toktokdoc, qui vont dans les Ehpad et recueillent, avec les infirmiers sur place, les médecins et les familles, les besoins de consultations, en particulier de spécialités, et qui organisent les téléconsultations », explique Laurent Schmoll, médecin ORL et co-fondateur de l'entreprise.

La policlinique se déploie aujourd'hui dans 17 Ehpad du Grand-Est, dans l'eurométropole de Strasbourg, mais aussi dans le secteur montagneux des Vosges et dans la campagne de Moselle.

Quelque 1 300 résidents en bénéficient. En amont de leur inclusion dans le projet, les infirmiers de télémedecine recueillent des informations auprès d'eux, de leur médecin traitant et des soignants de l'Ehpad sur leur état

de santé, leur état psychique et leur situation sociale et administrative, puis les analysent.

« *Cela nous permet*, indique David Malaise, infirmier, *de proposer un plan de soins* » prévoyant un suivi dans telle ou telle spécialité. Ce plan n'est mis en œuvre qu'après validation par le gériatre de la polyclinique et l'accord du médecin traitant.

Un infirmier s'occupe des téléconsultations d'environ 140 patients, souvent répartis sur deux établissements. Les IDE ont été recrutés pour 36 mois, la durée de l'expérimentation (qui a été prolongée jusqu'au 31 octobre 2023). Ce sont des infirmiers qui ont quitté leur emploi après la crise du Covid ou d'anciens libéraux qui voulaient changer de manière d'exercer, indique Laurent Schmolli. Athénaïs Graff, infirmière dans un CHU, voulait améliorer ses conditions de travail et David Malaise travaillait en libéral et voulait retrouver une dynamique d'équipe. La dimension innovante du projet leur a plu.

Innovation

« *Tous ont été formés à l'utilisation de l'outil de visio, poursuit le médecin, et à la manipulation des objets connectés* » : électrocardiographe, échographe cardiaque, stéthoscope, thermomètre, dermatoscope, otoscope et scanner vésical. Des médecins spécialistes les ont formés à l'utilisation de ces instruments en sécurité et « *pour que nous puissions fournir des images interprétables* », explique Athénaïs Graff.

Dans le cadre de l'expérimentation de la polyclinique, les infirmiers sont amenés à pratiquer des actes par délégation de tâches au moment des téléconsultations.

Ils ne se rendent pas dans les Ehpad juste pour réaliser les téléconsultations, ils y passent tout leur temps car elles nécessitent une préparation et un suivi.

Une partie importante de la mission des infirmiers de télé-médecine consiste à préparer les consultations en visio.

« *Il faut réunir plusieurs documents et informations*, indique David Malaise, *comme les derniers bilans sanguins de la personne, ses antécédents, des comptes-rendus d'hospitalisation...* On peut aussi réaliser un électrocardiogramme en amont. En fonction des spécialités, le recueil des informations sera plus ou moins approfondi. »

En comparaison, la téléconsultation est l'étape qui dure le moins longtemps : 15 à 30 minutes. Dans la très grande majorité des cas elle se déroule dans la chambre des résidents. Parfois un membre de la famille est présent.

Préparation et compte-rendu

Juste avant une téléconsultation, indique Athénaïs Graff, les IDE font un dernier point avec les membres de l'équipe sur la personne. Vient-elle de chuter ? Est-elle agitée ? Puis avec la personne elle-même. « *Je viens toujours 10 minutes avant pour me présenter, expliquer ce qu'on va faire et pourquoi on va le faire* », souligne l'infirmière.

Ensuite, grâce à une tablette, la soignante se connecte à l'interface de téléconsultation et se place dans la file d'attente virtuelle. Le rendez-vous a été pris au préalable par le secrétariat de Toktokdoc mais, comme au cabinet, le planning peut accuser du retard.

Après la téléconsultation, explique David Malaise, « *on fait un compte-rendu oral à l'équipe soignante puis écrit via le dossier patient informatisé de l'établissement* » pour le médecin traitant.

Les infirmiers de la polyclinique mobile participent aussi à des consultations de téléexpertise qui ne nécessitent pas la présence du patient. Ils peuvent ainsi envoyer des clichés des tympans à l'ORL ou un ECG au cardiologue. Les médecins envoient leur réponse et leur éventuelle prescription en différé.

Les infirmiers de télé-médecine réalisent une dizaine de téléconsultations par semaine, en moyenne. Au total, Toktokdoc en décompte environ 300 par mois. Elles ne sont pas payées à l'acte. Dans le cadre de l'expérimentation, « *l'Assurance maladie nous verse un forfait mensuel par résident de 130 € qui permet de financer le salaire des infirmiers, le secrétariat et le poste de chef de projet, les voitures, le matériel connecté ainsi que les vacations de spécialistes* », explique Laurent Schmolli.

Stop ou encore ?

Les infirmiers de Toktokdoc sont souvent bien intégrés au sein des équipes des Ehpad, observe Laurent Schmolli, et au regard du turn-over dans ces équipes, ils finissent par être les plus anciens dans certains établissements et par bien connaître les résidents. Bien que salariés d'une entreprise prestataire, certains infirmiers de télé-médecine travaillent dans le bureau de l'infirmière coordinatrice, d'autres dans le poste de soins. « *Être présent favorise la communication* », souligne David Malaise. Ils ne réalisent aucun soin, sauf en cas d'urgence et sauf, sur prescription, les extractions de bouchons de cérumen. Mais David Malaise estime exercer une activité inscrite à 100 % dans son métier d'infirmier.

L'audit de l'expérimentation, en cours, préconisera l'inscription du dispositif dans le droit commun ou son abandon. Isabelle Lienhard, infirmière coordinatrice de l'Ehpad du Saint-Gothar, à Strasbourg, « *espère de tout cœur qu'il pourra continuer car ce serait, sinon, une perte pour les résidents et leur prise en charge* ». Jasmine Schneider partage cet avis. Les consultations réalisées sur place suscitent moins d'opposition de la part des résidents, observe-t-elle, et ils « *ont gagné en qualité de soins, et de vie; ils sont mieux soignés. Les rendez-vous sont plus rapides et permettent de réagir plus vite* » pour prévenir la dégradation de certaines situations. Au point, ajoute Isabelle Lienhard, que « *beaucoup d'hospitalisations ont été évitées* ». ■

GÉRALDINE LANGLOIS

Pourquoi et comment faire de la recherche infirmière ?

De plus en plus d'infirmiers ont une activité de recherche. Une tendance en phase avec les ambitions universitaires de la profession, mais qui nécessite de la méthode et de l'encadrement. ActuSoins donne les clés pour se lancer sans se brûler les ailes.



Pour bien des infirmiers, l'unique contact avec le monde de la recherche scientifique a été le TFE, ce fameux « *Travail de fin d'études* » que les futurs professionnels doivent rendre afin d'obtenir leur diplôme. Disons-le tout net : nombre d'étudiants

ont poussé un profond soupir de soulagement en mettant le point final à leur mémoire, bien heureux de savoir qu'ils n'auraient plus jamais à se frotter à un tel exercice. Et pourtant, force est de constater que la recherche infirmière connaît actuellement un certain

engouement. Qu'ils mènent des travaux au sein de leur service ou qu'ils se lancent dans un cursus universitaire, les infirmiers sont de plus en plus nombreux à goûter aux joies de la bibliographie et des protocoles expérimentaux. Reste à savoir comment ils s'y prennent.

“
La première chose qu'il faut dire, c'est que si tous les infirmiers sont appelés à utiliser la recherche dans leur travail, tout le monde ne fera pas de la recherche.”

« La première chose qu'il faut dire, c'est que si tous les infirmiers sont appelés à utiliser la recherche dans leur travail, tout le monde ne fera pas de la recherche, avertit Monique Rothan-Tondeur, professeure associée à l'université Sorbonne Paris Nord où elle est titulaire de la chaire "Recherche sciences infirmières". C'est d'ailleurs très bien comme cela, car tous les infirmiers n'en ont pas envie, tous ne sont pas armés, et de plus, il faut du monde au lit du malade ! » Mais cela ne signifie pas que ceux qui ont les capacités et la motivation nécessaires doivent se censurer.

Et pour ceux-ci, le premier conseil est... la lecture. « Il faut lire beaucoup, c'est essentiel, explique Monique Rothan-Tondeur. Plus on lit des protocoles publiés, mieux on saura en faire, plus on lit des articles de résultats, mieux on comprendra ce qu'on cherche. » Un conseil qui rejoint celui de Daniel Benlaouhès. Infirmier, formateur, consultant et docteur en sciences de l'éducation, celui-ci estime que « la première porte d'entrée dans la recherche, c'est la connaissance de son sujet », et que « le premier travail consiste à se documenter ».

À la recherche d'une formation

Une fois que la pile des articles lus est suffisamment haute, la seconde question qui se pose est celle de la formation. « Les différents DU et DIU [diplômes universitaires et inter-universitaires, N.D.L.R.] qui existent en matière de recherche clinique peuvent être une bonne piste, suggère Daniel Benlaouhès. On y acquiert des connaissances sur sa thématique, et en fin de parcours, on doit rendre un travail structuré qui peut être une première production scientifique. Dans celui sur lequel j'interviens, à l'université d'Angers, l'exigence est de constituer une lettre d'intention pour un appel à projet de type PHRIP ou Preps [Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale et Programme de recherche sur la performance du système de soins, voir infra]. »

UN DU AUSSI PRATIQUE QUE THÉORIQUE

De nombreux DU et DIU existent dorénavant pour préparer les infirmiers à la recherche. Visite guidée de celui de Bordeaux.

Et de 11 ! En janvier dernier, c'est en effet la 11^e promotion du DU « Recherche en sciences infirmières et paramédicale », organisé par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) de l'université de Bordeaux, qui a fait sa rentrée. « C'est une formation à la fois théorique et pratique, explique Valérie Berger, cadre supérieure, maîtresse de conférences et responsable pédagogique du DU. L'objectif est que la personne puisse comprendre la démarche de recherche dans sa globalité, et qu'à l'issue elle soit en mesure de rédiger un protocole de recherche. »

Pour parvenir à ce résultat, le DU procède par regroupements successifs. « Lors du premier regroupement, chaque étudiant arrive avec son objectif de recherche, et on commence à débayer, explique la responsable. Lors du deuxième, on rédige la question de recherche, on prépare la revue de littérature, puis lors du troisième, on explique les méthodes de recherche, et enfin lors du quatrième temps, ils nous présentent l'avancée de leurs travaux, jusqu'à la méthode qui a été choisie. De cette manière, en septembre, ils sont en mesure de rédiger le mémoire final qui présente tout le dispositif. »

Des débouchés variés

Chaque regroupement dure quatre jours, dont un en distanciel. « C'est très intense, il y a beaucoup de boulot », prévient Valérie Berger. Mais d'après elle, le jeu en vaut la chandelle. « Nous avons fait une petite étude sur les 128 personnes que nous avons formées jusqu'ici, détaille-t-elle. Certains ont poursuivi vers des masters ou des doctorats, sont devenus coordonnateurs de la recherche paramédicale dans leur établissement, il y en a une qui a déposé un brevet, une autre qui a écrit un ouvrage... Tous ne deviennent pas chercheurs, mais cela vous met dans les starting-blocks. »

La Bordelaise constate que le succès du DU ne se dément pas. « Nous avons rempli le DU à chaque fois depuis 2012, explique-t-elle. Cette année nous avons eu 25 candidatures, mais nous ne voulons pas avoir de trop grandes cohortes, et nous n'en avons retenu que 17. » Elle se réjouit de voir que la recherche infirmière « est en train de se démocratiser », même si elle reconnaît que beaucoup y voient une charge supplémentaire dans un contexte particulièrement difficile. « C'est un outil pour que les infirmiers voient un peu plus le sens de leur travail, j'y crois beaucoup », affirme-t-elle. ■

D'autres pistes existent. Certaines sont plus ambitieuses, notamment les masters en recherche clinique, et d'autre sont plus modestes, du moins dans un premier temps. « Il existe par exemple des formations sur un ou deux jours proposées par les Girci [Groupements inter-régionaux de recherche clinique et d'innovation], signale Caroline Serniclay, cadre de santé et coordinatrice de la recherche paramédicale au CHU de Reims, qui est aussi pilote de la Commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche (CNCPR). La plupart des infirmiers qui font un premier travail de recherche commencent par apprendre de manière relativement informelle, puis se forment de manière plus structurée lors d'une deuxième recherche. »

De l'importance d'être (bien) accompagné

Mais la formation ne suffit pas : en matière de recherche infirmière, il faut également être accompagné, et même bien accompagné. C'est là toute la mission

des coordonnateurs paramédicaux de la recherche, que Caroline Serniclay représente. « *Le coordonnateur est souvent lui-même porteur d'un projet de recherche* », explique cette Rémoise qui est investigatrice d'un projet de recherche sur la place des soins socio-esthétiques dispensés pendant les séances d'hémodialyse.

« *Il a par ailleurs une bonne connaissance des institutions, ajoute-t-elle, a une bonne formation en recherche, voire pour une bonne partie une formation doctorale, et sa*

“ **La plupart des infirmiers qui font un premier travail de recherche commencent par apprendre de manière relativement informelle, puis se forment de manière plus structurée lors d'une deuxième recherche.** ”

L'ARÔME DE LA RECHERCHE

Amandine Dubois, cadre de santé au CHU de Reims, mène une recherche sur l'utilisation de l'aromathérapie en neurologie. Elle explique à ActuSoins la genèse et le déroulement de ce projet.

Comment est né votre projet de recherche sur l'aromathérapie ?

Au départ, ce sont des aides-soignantes du service de neurologie où je travaillais qui, lors d'une formation, avaient participé à une conférence d'autres aides-soignantes qui utilisaient les huiles essentielles dans leur quotidien. Elles sont revenues avec plein d'idées. En parallèle, la direction des soins nous demandait de faire de la recherche. Nous avons commencé à nous documenter, et nous nous sommes lancées.

Comment le projet a-t-il pris forme ?

En 2017-2018, nous avons présenté le projet à un groupe de méthodologie qui nous a aidé à l'affiner, et qui nous a permis de le réécrire. Nous sommes également parties au CH de Valenciennes pour voir comment les huiles y étaient utilisées au quotidien : il y avait là-bas une gériatre qui avait mis en place divers protocoles. Puis l'année suivante, nous avons demandé le financement pour acheter le matériel, notamment les diffuseurs, et pour avoir les formations spécialisées nécessaires. Nous avons testé nos diffusions auprès de nos patients, nous avons noté un impact positif, et nous nous sommes dit qu'il fallait qu'on prouve l'efficacité, car peu d'articles scientifiques avaient été écrits sur le sujet.

En quoi consistait précisément votre protocole ?

Nous avons des patients qui venaient de faire un problème neurovasculaire, typiquement un AVC. Les aides-soignantes avaient noté que la première toilette de ces patients est très difficile : ils se rendent compte qu'ils ne peuvent plus bouger comme avant, et c'est un moment qui n'est souvent pas bien vécu, avec un fort niveau d'anxiété. Nous avons proposé trois mélanges d'huiles parmi lesquels le patient choisissait, on commençait la diffusion, et un quart d'heure après, l'aide-soignante faisait le soin. Le niveau d'anxiété était évalué avant et après.

Quels ont été les résultats ?

Nous n'en sommes qu'aux résultats préliminaires. Nous avons commencé les premières diffusions en juin 2022, et nous avons inclus 33 patients. Nous avons fait trois groupes : un qui bénéficiait d'une diffusion, un qui avait



une diffusion d'un produit neutre, et un autre qui n'avait aucune diffusion. Nous n'avons pas encore fait toutes les analyses, mais les premiers résultats sont assez encourageants.

Quelles difficultés avez-vous rencontrées durant ce projet ?

Le temps. C'est quelque chose que nous avons mené en plus de notre travail, que ce soit pour moi ou pour les aides-soignantes qui participaient. Tout cela a été fait sur notre temps personnel, et c'est un frein important. Par ailleurs, l'anglais est une barrière, même si nous avons des logiciels de traduction. Heureusement que nous avons l'aide d'un groupe de recherche en soins infirmiers.

Quels points positifs retenez-vous de ce projet ?

Nous sommes satisfaits d'avoir une prise en charge complémentaire, qui ne se faisait presque pas au sein de notre établissement, et de voir que nos patients sont plus apaisés. Par ailleurs, les aides-soignantes ont pu travailler sur leur rôle propre, et c'est très satisfaisant, elles ont vraiment senti l'importance de leur place auprès du patient.

Quelle sera la suite pour vous ?

Les statisticiens doivent nous faire leur compte-rendu, et il faudra ensuite rédiger les articles pour diffuser cette recherche et faire vivre le projet. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR ADRIEN RENAUD



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
le QR code :



☎ 02 98 01 73 26

✉ fc.sante@univ-brest.fr

mission est d'accompagner les équipes dans la rédaction de leur projet, de les guider vers les formations, de créer du réseau... » Ces coordonnateurs ne sont pas encore présents dans tous les CHU français, mais ils sont tout de même 23 répartis sur le territoire, détaille-t-elle. Ils sont donc le premier contact avec les infirmiers qui ont une idée de recherche et qui veulent lui donner vie.

Le nerf de la guerre

Reste qu'en plus de la documentation, de la formation et de l'accompagnement, la recherche infirmière doit s'appuyer sur un quatrième pilier, et non des moindres : le financement. Car la recherche infirmière ne diffère pas des autres activités humaines : l'argent y reste l'un des nerfs de la guerre. Et c'est là qu'entrent en scène les programmes de type PHRIP ou Preps, dont il a été question plus haut. Depuis 2009, le PHRIP fonctionne selon le principe d'un appel à projets annuel : les candidats doivent envoyer une lettre d'intention (pour 2023, le délai est fixé au 5 octobre) et si celle-ci est pré-sélectionnée, détailler leur projet (protocole, planning, budget...). Un processus au cours duquel plusieurs dizaines de projets reçoivent chaque année un soutien financier pour trois ans.

“
Il faut que les écoles doctorales fassent entrer les sciences infirmières dans leur pool de disciplines.”

« Le PHRIP est très sélectif, moins de 15 % des projets sont retenus », prévient Daniel Benlaouhès. En revanche, les montants en jeu sont loin d'être négligeables : en 2022, par exemple, le PHRIP a retenu 22 projets pour un montant total de 7,6 millions d'euros, soit une moyenne de près de 350 000 euros par projet. D'autres programmes comme le Preps, qui se concentre sur l'organisation des soins et la performance des établissements, sont moins sélectifs, note le consultant. Mais ils ne sont pas réservés à la recherche infirmière, et ciblent eux aussi des initiatives de dimensions relativement ambitieuses.

C'est pourquoi le conseil de certains responsables de la recherche infirmière serait de commencer par des projets plus modestes. « J'ai la fierté d'avoir contribué à la naissance du PHRIP », rappelle Monique Rothan-Tondeur. Mais on peut aussi commencer avec des projets qui n'ont pas besoin de financement complémentaire, ou de voir quel soutien on peut obtenir de son institution. » Un avis partagé par Caroline Serniclay. « Il y a aussi des appels à projets internes, ou des appels à projets régionaux, qui sont de moindre niveau que les appels

nationaux, mais qui sont tout de même intéressants », souligne la pilote de la CNCPR.

Et la recherche universitaire ?

On le voit, la recherche infirmière ne s'inscrit pas obligatoirement dans un parcours universitaire, qu'il s'agisse d'un master ou d'un doctorat. Mais bien sûr, cela n'est pas interdit ! D'ailleurs, même s'il est difficile d'avoir des chiffres précis sur le nombre d'infirmiers titulaires d'un doctorat, celui-ci est de l'avis général en augmentation. « Il n'y a pas de recensement officiel, mais on peut estimer qu'il y en a peut-être environ 200 », estime Daniel Benlaouhès. Les principales disciplines pourvoyeuses sont la santé publique, les sciences de l'éducation et la sociologie... mais pas les sciences infirmières.

« La sous-section en sciences infirmières au sein du CNU [Conseil national des universités, voir encadré, N.D.L.R.] n'a été créée qu'en 2019 », justifie Monique Rothan-Tondeur. Or c'est le CNU qui a pour mission la qualification et le recrutement des enseignants-chercheurs : il faut donc encore attendre que la création de cette sous-section produise ses effets. « Il faut par ailleurs que les écoles doctorales fassent entrer les sciences infirmières dans leur pool de disciplines, ce qui est le cas dans mon université, mais pas partout, note la responsable de la chaire « Recherche sciences infirmières » de la Sorbonne Paris Nord. Cela prend un peu de temps, il faut des volontés, mais cela va venir. »

Course d'obstacles

La recherche infirmière, qu'elle soit universitaire ou non, est donc en plein développement, mais elle doit encore franchir quelques obstacles. « On a beaucoup parlé de la maîtrise de l'anglais pour assimiler la littérature scientifique, mais avec les outils de traduction qui existent aujourd'hui, c'est de moins en moins un frein », note Monique Rothan-Tondeur. En revanche, le facteur temps reste un impondérable. « Cela demande énormément de travail à côté, prévient Caroline Serniclay. C'est un investissement important, car on doit manipuler des choses qu'on n'avait pas forcément l'habitude de manipuler. »

Heureusement, certaines (grosses) institutions s'adaptent à cette contrainte. « À l'AP-HP, on a mis en place un "passeport temps recherche" pour les soignants qui souhaitent commencer une recherche, et d'autres établissements ont monté des systèmes similaires », signale Monique Rothan-Tondeur. D'un montant de 260 euros pour la rédaction d'une lettre d'intention et de 910 euros pour la rédaction d'un projet PHRIP, ce passeport est l'un des petits éléments censés faciliter le parcours des infirmiers se lançant dans la recherche... mais il n'en fait pas un chemin pavé de roses pour autant ! ■

ADRIEN RENAUD

Rémi Gagnayre : « Il faut donner de la visibilité aux sciences infirmières »

Médecin, président de la sous-section « sciences-infirmières » du CNU, le Pr Rémi Gagnayre s'est donné pour mission la structuration universitaire de la discipline. Rencontre.

Pouvez-vous commencer par nous expliquer ce qu'est cette sous-section du CNU que vous présidez, et à quoi elle sert ?

À partir du moment où une discipline, en l'occurrence les sciences infirmières, est reconnue par l'université française, toute une organisation doit se mettre en place. Parmi ces éléments de structuration, il y a les sections du CNU, qui ont plusieurs missions : étudier les dossiers de candidature à la qualification des futurs enseignants-chercheurs (qui est une étape préalable au concours que peuvent passer les candidats pour obtenir des postes), contribuer à la réflexion sur la carrière des enseignants-chercheurs, et enfin un rôle de médiation quant aux conditions de la qualification et au positionnement de la discipline.



© DR

de répit chez les aidants et les organisations qui en découlent, une autre encore sur la consultation infirmière d'éducation thérapeutique dans le suivi des patients atteints de BPCO [Bronchopneumopathie chronique obstructive, N.D.L.R.], ou à une dernière sur la place du théâtre animé par des infirmiers dans la prévention du VIH en République démocratique du Congo... Mais il faut noter que ces exemples sont orientés par le fait que nous sommes un laboratoire qui s'intéresse beaucoup aux sciences infirmières dans leur dimension de promotion de la santé.

Diriez-vous que les sciences infirmières, en tant que discipline universitaire, sont encore en cours de construction ?

Largement. Treize enseignants-chercheurs dispersés entre sept ou huit universités, ce n'est rien en comparaison de ce qu'on voit dans d'autres disciplines. Par ailleurs, il faut que les laboratoires, les universités, les UFR jouent le jeu, qu'ils aident les chercheurs à construire cette discipline et à la valoriser. Il serait également souhaitable que l'Inserm s'intéresse à notre jeune discipline, soit en créant une unité de sciences infirmières, soit par un autre moyen. Il faut enfin que les pouvoirs publics, à commencer par le ministère de la Santé, soutiennent la création de cette discipline sur une période assez longue. Si ces conditions sont réunies, ce qui est possible, alors les choses pourront se mettre en place, et ce sur plusieurs années...

Est-ce que l'un des critères de la réussite de la discipline serait qu'un infirmier prenne la place du médecin que vous êtes à la tête de la section du CNU ?

Bien entendu. Pour construire une section du CNU, il y a des conditions en termes de nombre de professeurs et de maîtres de conférences. Lorsque notre section a été mise en place, ces conditions n'étaient pas réunies, que ce soit pour ce qui est du nombre de maîtres de conférences ou pour ce qui est du nombre de professeurs. Il a bien fallu commencer avec des personnes qui étaient déjà engagées dans ce domaine. Aujourd'hui, les choses se sont modifiées, et nous commençons à renouveler la section avec des maîtres de conférences en sciences infirmières. En ce qui concerne les professeurs, il en faut trois, et il en manque donc encore deux, mais nous les aurons dans quelques années. ■

Combien la discipline compte-t-elle de membres ?

Nous avons une douzaine de maîtres de conférences, et un professeur... Concernant les doctorants, il est difficile d'avoir une évaluation, car nous sommes dans une phase de transition qui n'appelle pas nécessairement un positionnement clair et net des universités sur le doctorat en sciences infirmières. Il faut rappeler que jusqu'en 2019, les infirmières qui souhaitaient faire un doctorat n'avaient pas la possibilité de le faire en sciences infirmières. La plupart choisissaient les sciences de l'éducation, la sociologie, la santé publique... Quand la sous-section a été créée, toutes les universités n'ont pas eu le même positionnement, en vertu de leur autonomie. Certaines universités, comme la mienne, ont déclaré clairement un doctorat en sciences infirmières, et d'autres ont estimé que cette discipline viendrait plutôt contribuer à des thématiques plus larges : environnement et santé, population, société et santé, etc.

Pensez-vous qu'il faudrait que davantage d'universités aillent vers le doctorat en sciences infirmières ?

C'est mon souhait, même si cela ne semble pas être le choix majoritaire. Je pense que dans ce moment de création de la discipline, il faut lui donner de la visibilité, la faire valoir. Si elle est noyée dans d'autres filières, ou dans des thématiques trop générales, si elle manque de visibilité, on risque d'avoir une discipline sur le papier, mais peu existante dans les faits.

Pouvez-vous nous donner une idée des travaux qui sont menés dans le cadre de doctorats infirmiers ?

Je pense par exemple à une recherche sur l'environnement capacitant dans la prise en soin des patients, une autre sur la notion

PROPOS RECUEILLIS PAR ADRIEN RENAUD

Julie Devictor

porte la voix
des infirmiers
en pratique
avancée

Julie Devictor, infirmière en pratique avancée (IPA) à l'hôpital Beaujon (AP-HP), présidente du Conseil national professionnel de sa spécialisation, est aussi investigatrice principale d'une recherche visant à évaluer l'implantation des IPA en France et rédactrice en chef de la revue de la pratique avancée.

La formation de Julie Devictor, en 4 dates :

2005 : diplôme d'État d'infirmière

2017 : master en sciences cliniques infirmières

2019 : diplôme d'État d'infirmière en pratique avancée

2022 : doctorat en santé publique

© Malika Surbled

Dans un article de presse, il faut, normalement, éviter les répétitions. Ici, on va se permettre une exception. Le terme « *pratique avancée* » sera, a priori, mentionné à de multiples reprises. Et pour cause. L'activité de celle qui fait l'objet du présent portrait tourne – presque exclusivement – autour de la pratique avancée, de son déploiement et de son évaluation. Pour Julie Devictor, cette pratique est une cause à défendre, un exercice à faire connaître, une profession à construire.

« *L'ambition de la profession est d'apporter des compétences cliniques et une vision transversale à l'hôpital et en ville* », résume-t-elle. « *Les IPA travaillent en toute complémentarité avec les médecins, les infirmiers dans les services, les infirmiers de coordination, les infirmiers qui travaillent sous protocoles de coopération ou encore en équipe mobile. Ils ne les remplacent pas – chacun ses compétences propres – mais apportent un regard global et exhaustif sur les situations.* » À l'hôpital Beaujon, dans son service d'onco-hépatologie, Julie Devictor reçoit des patients dont le parcours de soins est complexe. Examens cliniques, coordination, prescriptions font partie de son quotidien. Cela représente 70 % de son temps de travail. « *J'ai 30 % dédié à mes missions transversales, au sens large du terme*, explique Julie Devictor en souriant. *Malheureusement, avec mes nombreuses activités, ça ne rentre pas. Je déborde!* »

Partie immergée de l'iceberg

Il faut dire que la fonction hospitalière de Julie Devictor ne représente qu'une des facettes de ses occupations professionnelles. Quand elle n'est pas avec les patients et les équipes soignantes, la jeune quarantenaire consacre une grande partie de son temps à la recherche. « *Je coordonne un projet qui vise à évaluer l'implantation de la pratique avancée dans toutes ses mentions et sur tout le territoire* », explique-t-elle. Trois axes ont été retenus et les équipes qu'elle encadre s'y consacrent : un axe « *quantitatif* » qui prend en compte, notamment, des données démographiques, un axe relatif à la « *gestion* » pour les études de cas, puis un axe « *médico-économique* » pour l'analyse des besoins et des réponses déployées via la pratique avancée.

Julie Devictor est aussi une habituée des bancs du ministère et du parlement. Présidente du CNPIPA, elle participe à des réunions – qu'elle organise ou provoque parfois – avec la DGOS, mais aussi avec le cabinet du ministre, avec des sénateurs, des députés et autres responsables politiques. « *Ce qui est chronophage, ce ne sont pas ces réunions, mais le travail nécessaire pour les préparer ! Le CNP a été et reste beaucoup sollicité avec la loi Rist et les décrets d'application en cours – qui donnent la possibilité de l'accès direct et à*

la primoprescription aux IPA, N.D.L.R. Nous pouvons aussi être amenés à apporter nos contributions qu'on appuie, qu'on argumente. »

Il y a aussi les interviews et les entretiens qu'elle accorde à la presse pour expliquer les enjeux de la pratique avancée, le poste de rédactrice en chef de la revue de la pratique avancée (éditions Edimark) qu'elle occupe depuis le lancement du média, l'organisation et l'animation d'un congrès annuel (COFPA – Congrès francophone de la pratique avancée)...

Leader dans l'âme

À la question « *Pourquoi tant d'implication et de détermination ?* », Julie Devictor ne se démonte pas. Son franc-parler, direct et structuré est efficace. « *J'ai toujours été leader. C'est naturel pour moi. À l'école maternelle, j'avais déjà cette étiquette* », lance-t-elle. La suite était logique : des engagements dans des associations – sportives plutôt – au collège et au lycée, la FNESI quand elle était étudiante en soins infirmiers, puis des postes à responsabilité.

“ **Pas question que ce soient d'autres professionnels qui parlent et qui décident pour nous.** ”

« *J'ai d'abord été infirmière dans un service. J'ai pris mes marques, ça me plaisait. Mais après sept ans et même si dans ce métier on n'a jamais vraiment fait le tour, j'ai commencé à tourner en rond. J'ai suivi un master en sciences cliniques infirmières à Marseille (la pratique avancée n'existait pas encore en France, N.D.L.R.). La formation était très avant-gardiste et d'une richesse insoupçonnable. Quand les textes réglementaires sur la pratique avancée sont sortis, cela relevait de l'évidence : il fallait que j'aille au bout* ». C'est ainsi que l'infirmière s'est retrouvée parmi les 63 premiers IPA diplômés de France, après l'obtention du nouveau master. « *Avec d'autres membres de cette première promotion, on a très vite compris et décidé que, pour porter nos idées, il fallait qu'on soit représentés. Et pas question que ce soient d'autres professionnels qui parlent et qui décident pour nous !* ». Sous leur impulsion, l'UNIPA (Union nationale des infirmiers en pratique avancée) est née. Puis, portés par d'autres, l'ANFIPA (Association nationale française des IPA) la Sofriipa (Société française de recherche des IPA), et, plus récemment le COSIPA (Conseil scientifique des IPA). Un mouvement est en marche... ■

MALIKA SURBLED

Au Centre de Médecine du Sport la passion comme fil conducteur

Au Centre de médecine du sport de Lorient, qui fête cette année ses 10 ans, sportifs et soignants travaillent ensemble dans la régularité comme dans la durée. Au fil du temps et des carrières, un lien de confiance se tisse entre le personnel et les athlètes.

Le centre de médecine du sport, situé au sein de l'hôpital du Scorff à Lorient, accueille de nombreux sportifs de haut niveau, qui se préparent dans la région. Ces athlètes aiment laisser un souvenir de leur passage, qui viendra ensuite orner les murs du centre. Comme ici dans le bureau d'accueil. Ici, Virginie Le Moing, coordinatrice administrative.

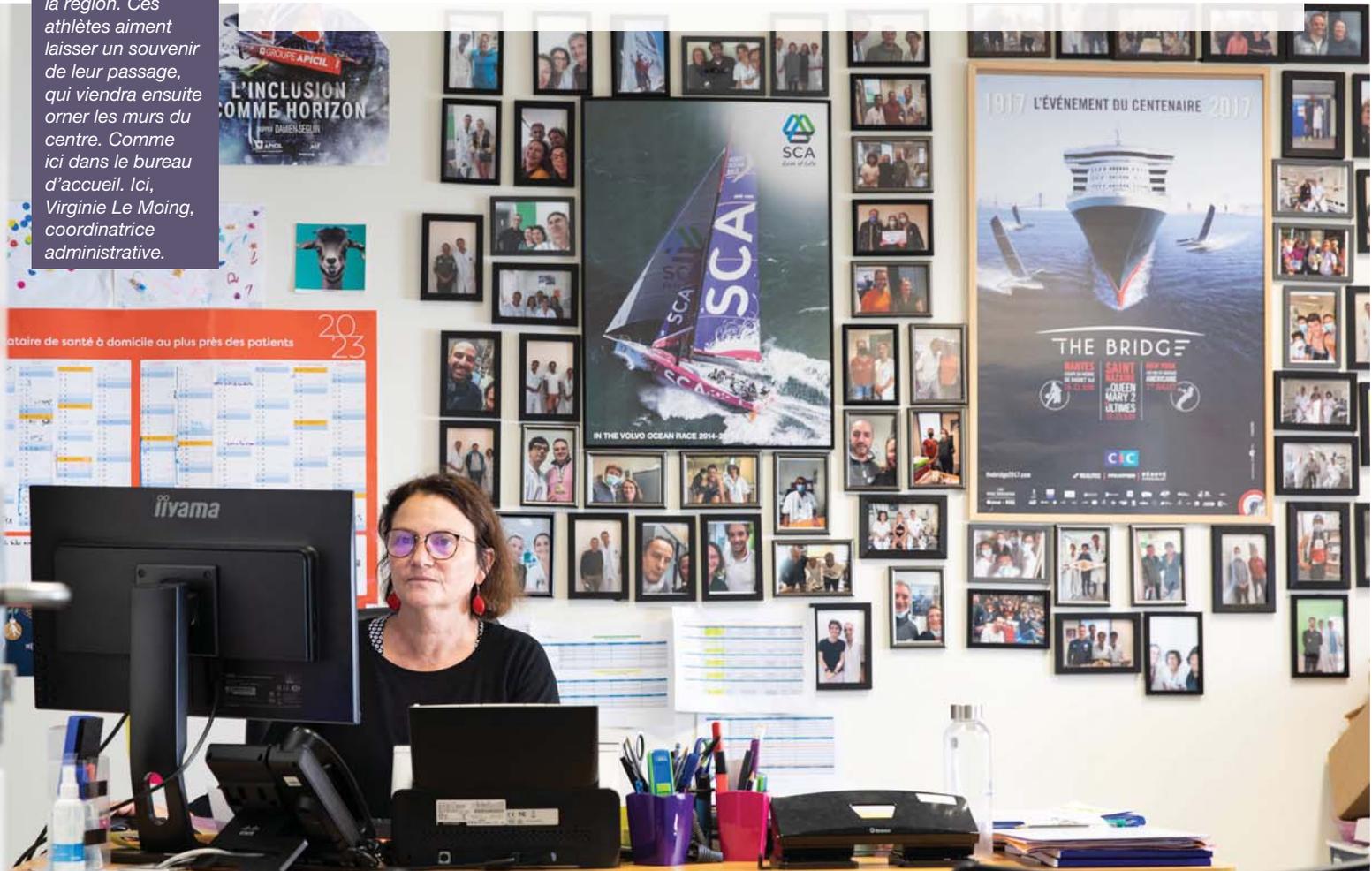
À observer les photos et souvenirs qui ornent l'accueil du centre et sa salle d'examen, on mesure vite que nombreux sont les athlètes à passer entre ces murs.

Parmi eux, il y a des sportifs de haut niveau bien sûr. De vieilles connaissances, comme des jeunes issus du fertile terreau breton. Ces femmes et ces hommes de toutes générations, pratiquent le rugby, le football,

le basketball, le vélo ou la voile, et viennent régulièrement pour des tests. Parfois depuis leur plus jeune âge.

Les soignants ont vu grandir et progresser certains d'entre eux. Ils les ont encouragés à franchir des paliers comme des catégories.

Un lien s'est naturellement tissé au fil des années, entre les dépistages obligatoires ou le soin d'une blessure.



de Lorient,

La passion du sport

Exercer au Centre de médecine du sport de l'immense et moderne hôpital du Scorff à Lorient est avant tout une affaire de passion et de goût de l'effort.

Les sportifs aiment savoir que les soignants sont à la page et lorsque l'on parle de soin, la confiance est de première importance. "Souvent, dans la discussion, ils nous testent, explique le Dr Voisin. Ils seraient déçus si l'on ne connaissait pas le sport".

Pas étonnant donc qu'ici, ce sont, à l'image de Véronique Hacot, infirmière, nageuse et triathlète, souvent des soignants eux-mêmes sportifs qui s'occupent des patients. Véronique Hacot a rejoint l'équipe il y a une dizaine d'années, pour le plaisir de travailler au contact des athlètes.

Le Dr Fanny Voisin, le médecin du service, elle, est sportive depuis l'enfance et navigue aujourd'hui entre judo, course à pied et cross-fit.

Si toutes deux sont très attachées à la prise en charge médicale des patients, elles aiment aussi suivre les résultats de leurs « protégés » dans la presse régionale. Cela fait partie du jeu.

À les entendre raconter leur métier, à les voir travailler dans la complicité, on comprend que cette passion cimenter leur relation de travail. Le tandem fonctionne. Quand l'une questionne le patient, l'autre prépare l'examen. Quand la première analyse, l'autre anticipe déjà la suite : entre les mains des deux soignantes, le passage d'un patient dans la salle d'examen est une chorégraphie bien orchestrée.

Multiples indications

Ceux qui pratiquent le sport en amateur peuvent également « avoir une vraie plainte » et bénéficier d'une prise en charge dans le centre.

Les indications d'un suivi ou d'un passage en médecine du sport sont en effet multiples. Pathologies de l'appareil locomoteur, mesure de la capacité physique pour des certificats d'aptitude, accompagnement à la reprise d'activité physique, prévention du dopage, etc.

Les examens pratiqués – électrocardiogrammes de repos et d'effort, spirométries, audiogrammes – sont adaptés à chaque profil et aux différents niveaux de pratique. L'accompagnement est de mise, y compris jusque dans la modification d'un geste technique : les soignants utilisent leurs compétences pour conseiller et accompagner les sportifs dans la modification d'un mouvement problématique, par exemple. Cela fait aussi partie du soin.

Sportifs accomplis ou en devenir, tous trouveront ici la même écoute. Par éthique, professionnalisme, comme par amour du sport. ■



Le premier patient de la journée est un militaire. La séance débute par un test de vision, dirigé par Véronique Hacot, infirmière au CMS.



Sous le regard du Dr Voisin, Véronique Hacot réalise un électrocardiogramme préalable à un test d'effort.



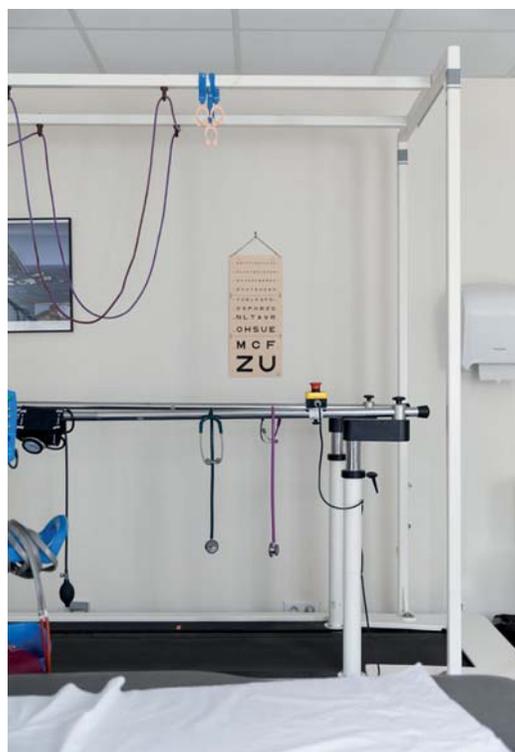
Le Dr Voisin et Véronique Hacot observent l'évolution des constantes du patient pendant son test. Le protocole peut durer entre 10 et 20 minutes selon le niveau sportif de la personne testée.



Au bout du tapis de course, trône un maillot de champion de France offert par le cycliste breton et habitué de la Grande boucle, Warren Barguil.



Une sportive vient à son tour pour un test d'effort. Pour lui expliquer comment procéder, l'infirmière simule d'un geste théâtral une expulsion d'air maximale. Comme pour le patient précédent, elle lui demande de souffler à pleins poumons pour étalonner la mesure de VO_2 max, captée grâce au masque étanche ajusté à son visage. Un dispositif encombrant qui ne gêne pourtant pas l'effort, selon l'équipe de soin.



Ici, les dispositifs de pointe et les ordinateurs dédiés à l'analyse de données vont de pair avec les outils d'auscultation clinique basiques, indispensables pour le diagnostic.



Un jeune garçon en pleine concentration, passe un audiogramme avec l'objectif de s'inscrire à un stage de plongée sous-marine.



L'examen est complet. Il passe ensuite un test d'équilibre.

Viennent ensuite les examens fonctionnels respiratoires... Laspirométrie permet d'étudier les débits ventilatoires, notamment le VEMS (volume expiré maximum seconde), c'est-à-dire le volume maximal que le patient peut expirer en une seconde.



Texte et photos : Thibaud Vaerman

Ukraine : les soignants au chevet des militaires traumatisés

Soumis à un conflit de haute intensité depuis plus d'un an et demi, et pour certains en guerre dans le Donbass depuis 2014, de nombreux soldats ukrainiens souffrent de stress post-traumatique. Les structures pour prendre en charge les militaires traumatisés se sont multipliées. Une avancée importante, dans un pays où la santé mentale constitue encore un tabou.

© Hugo Lautissier



Le Kyiv Rehab, centre de réhabilitation situé à la périphérie ouest de Kiev, prend en charge des dizaines de soldats blessés physiquement et psychologiquement par la guerre.

Avant le 24 février 2022, Nazar étudiait à l'université de Sumy, une ville du nord de l'Ukraine. Aujourd'hui, il réapprend à marcher sur un tapis roulant médical. Au printemps dernier, cet Ukrainien de 20 ans engagé auprès des forces armées a été blessé à la tête par des impacts de missiles dans l'est du pays. Il souffre aujourd'hui d'une commotion cérébrale et doit réapprendre à coordonner ses mouvements, comme la marche, « il exerce son cerveau pour être capable de

réutiliser ses jambes. Il va suivre des séances de kinésithérapie et le psychiatre de notre centre va le prendre en charge » explique le Dr Palamarchuk, médecin généraliste.

Nazar est pris en charge par le Kyiv Rehab, situé à la périphérie ouest de Kiev, dans un quartier éloigné de l'agitation de la ville. Dans ce centre de réhabilitation, le jeune patient fait partie des dizaines de soldats blessés physiquement mais aussi psychologiquement par la guerre. Au rez-de-chaussée, une équipe de physiothérapeutes aide ces anciens combattants, dont certains sont amputés, à retrouver l'usage de leur corps. Au premier étage, le Dr Maxim Kolesnichenko, psychiatre, suit les patients atteints de troubles psychiques : « Dans notre centre, les traitements physiques et psychiatriques sont indissociables », explique-t-il.

Briser le mythe du héros

Le 24 février 2022, la violence de l'invasion russe a provoqué une mobilisation massive en Ukraine. Du jour au lendemain, des milliers d'Ukrainiens sont passés du statut d'étudiant, de boulanger, d'artiste, de médecin ou d'ouvrier à celui de combattant. Pour eux, plus que pour des soldats professionnels, le choc a été inattendu, comme l'explique Evgeni, qui travaillait dans un magasin de la capitale avant l'invasion : « Je me suis porté volontaire les premiers jours, pour combattre dans les faubourgs de Kiev. Mais c'était trop difficile psychologiquement, je n'étais pas préparé. Je suis parti très tôt et je n'ai plus jamais combattu ».



© Hugo Lautissier

Dima fait partie de ces soldats. Il a été blessé à la main et suit une rééducation. Il aimerait pouvoir rapidement « retourner au combat ».

L'Ukraine est devenue une société fortement militarisée. Les hommes de 18 à 60 ans ne peuvent pas quitter le pays sans autorisation spéciale et nombre d'Ukrainiens se sont engagés sur le front. Les chiffres officiels n'ont pas été communiqués, mais environ 100 000 soldats ukrainiens auraient été tués, mettant à rude épreuve la résistance psychologique des combattants.

Le mythe du héros inébranlable, défenseur de la patrie contre l'envahisseur russe, est aujourd'hui profondément ancré dans la société ukrainienne. Il fait oublier que certains soldats sortent des combats psychologiquement brisés. « *Nous sommes là pour les aider à se reconstruire* », explique le psychiatre du Kyiv Rehab Maxim Kolesnichenko. « *J'étais déjà psychiatre lors de l'invasion de l'Afghanistan par l'Union soviétique. À l'époque, les soldats soviétiques ne savaient pas pourquoi ils se battaient, beaucoup d'entre eux en ont souffert sur le plan psychologique. Aujourd'hui, c'est différent, car ils défendent leur pays. Mais cela n'empêche pas les traumatismes.* »

Les combattantes ukrainiennes, également considérées comme des héroïnes par la société, peuvent être particulièrement vulnérables, car le viol est utilisé comme une arme de guerre. Assistée d'une physiothérapeute, une patiente, Yulia, étire ses jambes sur une table de massage. « *Elle combattait au début de l'invasion lorsqu'elle a été capturée. Elle est restée captive des Russes pendant huit mois, dans des conditions terribles* », confie le psychiatre Kolesnichenko, la voix tremblante. « *Pour ses exercices physiques, elle ne veut pas être touchée par un homme. Parallèlement, je discute régulièrement avec elle* ». Dans la salle de consultation, une guitare est posée sur une table : « *les traumatismes de Yulia sont profonds. Depuis qu'elle a commencé à jouer de la guitare, elle me parle plus facilement.* » Les structures ukrainiennes comme le Kyiv Rehab qui proposent

un accompagnement psychologique ou psychiatrique développent de plus en plus de méthodes liées à l'art thérapie, pour proposer une alternative aux solutions purement médicamenteuses.

« Sur le front, ils sont incapables de parler de leurs problèmes »

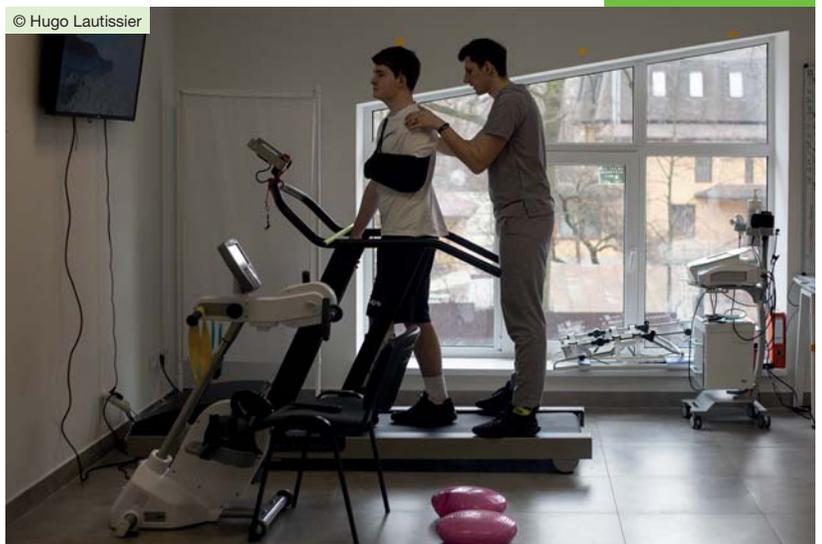
En Ukraine, selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), 15 millions de personnes souffrent de troubles mentaux sur une population de quelque 36 millions d'habitants. Ces chiffres pourraient être beaucoup plus élevés pour les combattants. Selon le gouvernement ukrainien, plus de 60 % des soldats sont concernés par le stress post-traumatique. De nombreux combattants revenant du front ou de captivité souffrent de dépression, d'anxiété ou de commotions cérébrales causées par des blessures à la tête. Les cas d'addiction à l'alcool sont nombreux chez les anciens combattants. Quant aux violences domestiques, elles ont explosé sur les cinq premiers mois de l'année 2023, avec une hausse de 51 % du nombre de cas selon la police ukrainienne.

“ Dans notre centre, les traitements physiques et psychiatriques sont indissociables. ”

Dans le centre de Kiev, le Veteran Hub a rouvert ses portes à la mi-février après presque un an de fermeture. L'association ukrainienne a été créée pendant la guerre du Donbass dans le but de soutenir le retour à la vie civile des anciens militaires, en leur apportant une aide psychologique et un soutien dans la recherche d'un emploi. Mais depuis l'invasion russe de février 2022, Veteran Hub a évolué. « *Nous nous concentrons maintenant principalement sur l'aide psychologique aux soldats*

Nazar, un ukrainien de 19 ans engagé auprès des forces armées, a été blessé à la tête par des impacts de missiles.

© Hugo Lautissier



souffrant de stress post-traumatique, avec une prise en charge à court et moyen terme », explique Halyna Alomova, chargée de communication dans l'association. « Dans ce contexte de phase de combat active, il est difficile de se projeter sur le long terme pour nos patients. » L'association emploie plusieurs psychologues qui accueillent des patients à Kiev et se déplace dans tout le pays sur demande des vétérans. Artem Denysov, co-directeur du centre, a lui-même combattu les premiers mois de l'invasion russe dans la région de Kiev : « sur le front, j'ai vu des hommes traumatisés. Ils sont incapables de parler de leurs problèmes, car ils voulaient prouver qu'ils étaient invincibles. Pour beaucoup d'entre eux, parler à un psychologue peut encore être perçu comme un signe de faiblesse. Mais avec la communauté de vétérans que nous avons suivie, il y a un effet bouche à oreille qui porte ses fruits. Les soldats demandent plus facilement de l'aide que par le passé. »

Nouveaux traitements

L'Ukraine n'a pas une longue tradition de prise en charge de la santé mentale, qui reste un sujet tabou. La psychiatrie punitive a longtemps été pratiquée par le régime soviétique, elle permettait de neutraliser des opposants politiques en les enfermant dans des hôpitaux après un diagnostic clinique fallacieux, « c'était une technique punitive. Aujourd'hui, certains Ukrainiens refusent encore de parler de leur santé mentale car ils associent la thérapie à un traitement violent », explique Evgenia Kalina, psychologue à Kiev. Bien que le pays soit en guerre depuis 2014 avec le conflit dans le Donbass, la réflexion sur le traitement des traumatismes de guerre a été tardive. Dans les hôpitaux ukrainiens, la priorité est encore souvent donnée aux traitements pharmacologiques, avec la prescription quasi systématique d'antidépresseurs.

Malgré ce retard, les structures proposant de nouvelles formes de soins se sont récemment multipliées, dans un pays en pleine mutation sociale. Elles font appel à l'art-thérapie, à la physiothérapie et à la zoothérapie, des techniques inspirées des pratiques développées aux États-Unis et en Israël auprès des soldats traumatisés. Non loin de Lviv, à 500 kilomètres à l'ouest de Kiev, Sergei, amputé des deux jambes au début de la guerre du Donbass en 2014, escalade un muret avec l'aide de son ami Artem, qui le hisse sur un cheval. Le visage de Sergei, jusqu'alors fermé, change du tout au tout. Le centre équestre a ouvert ses portes en mai 2022, trois mois après l'invasion. Chaque dimanche, une quinzaine de vétérans blessés physiquement ou psychologiquement s'y retrouvent pour une séance de thérapie équestre, accompagnés par leur famille. « Le contact avec l'animal aide à guérir l'anxiété. C'est une forme de méditation », explique Natalia Sonechko, la psychologue responsable du centre, « ils reprennent le contrôle de leur



© Hugo Lautissier

Non loin de Lviv, à 500 km à l'ouest de Kiev, Sergei, amputé des deux jambes au début de la guerre du Donbass en 2014, retrouve une quinzaine d'autres vétérans blessés, dans un centre équestre spécialisé.

corps et gagnent en confiance ». Sergei acquiesce : « Je suis blessé depuis longtemps, mais cela a toujours été très difficile psychologiquement. Depuis que je fais de l'équithérapie, j'ai repris confiance en moi. La connexion avec l'animal est un processus stimulant, cela me permet de faire le vide. »

Les problèmes liés à la santé mentale engagent le pays dans un combat de longue haleine. Certains traumatismes peuvent resurgir des décennies après la fin d'un conflit. ■

INÈS GIL



© Hugo Lautissier

Les séances d'équithérapie permettent à Sergei d'apprendre à gérer son anxiété.

LE MAGAZINE MULTISUPPORT D'ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES INFIRMIÈRES

ABONNEZ-VOUS POUR 14,90 € PAR AN

Recevez à votre domicile les 4 numéros d'ActuSoins (plus de 60 pages d'informations professionnelles, de reportages et d'enquêtes exclusives).

Retrouvez aussi toute l'actualité infirmière au quotidien en ligne ainsi que nos rubriques expertise, emploi et formation.

RENDEZ-VOUS SUR :
WWW.ACTUSOINS.COM

S'ABONNER À ACTUSOINS C'EST :

- CONTRIBUER À PÉRENNISER UN MÉDIA CRÉÉ ET CONTRÔLÉ PAR SES FONDATEURS INFIRMIERS
- GARANTIR L'INDÉPENDANCE DU MAGAZINE ET DONC L'OBJECTIVITÉ DE L'INFORMATION DÉLIVRÉE
- PERMETTRE UN JOURNALISME D'INVESTIGATION EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER POUR ENCORE PLUS D'EXCLUSIVITÉS
- FINANCER LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTERACTIVITÉ POUR UN MÉDIA TOUJOURS PLUS PARTICIPATIF

OFFRE ÉTUDIANTS : 9,90 €/AN

FORMULAIRE D'ABONNEMENT

Je m'abonne à **ActuSoins** magazine :

Nom :

Prénom :

Email :

Fonction : Aide-soignant Cadre de santé Etudiant Infirmier

Infirmier libéral IADE IBODE Puéricultrice Autre

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Mode de règlement :

Par virement

IBAN : FR76 3000 4003 5000 0102 5394 123

BIC : BNPAFRPPBBT

email : abonnement@actusoins.com



POUR VOUS ABONNER : 2 SOLUTIONS

En ligne : www.actusoins.com/magazine

Par courrier postal :

ActuSoins Abonnement

12 rue Rougemont

75009 PARIS

Prévention des affections respiratoires : ces infirmiers au chevet de l'air intérieur

Beaucoup de conseillers médicaux en environnement intérieur, qui œuvrent à la prévention, à domicile, des affections liées à une mauvaise qualité de l'air intérieur, sont des infirmiers. Le développement de ce métier a beau être préconisé par les différents plans nationaux santé-environnement, ces conseillers sont encore peu nombreux. Leur rôle, pourtant essentiel, est mal connu.



© Andrey-Popov /Shutterstock

Les conseillers examinent visuellement les murs, les sols, les plafonds, les fenêtres, à la recherche de traces de moisissures, d'humidité mais aussi de sources de composés organiques volatils (COV).

Les conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI), conseillers habitat-santé ou en santé environnementale en milieu intérieur (SEMI) constituent un groupe professionnel relativement restreint – à peine quelques centaines de personnes dont une part importante d'infirmiers et d'infirmières. Leurs missions : conseiller les occupants d'espaces intérieurs pour améliorer la qualité de l'air qu'ils respirent et agir en prévention primaire ou secondaire de pathologies respiratoires. Lorsque des patients présentent un asthme, certaines allergies ou certaines pneumopathies qui ne sont pas stabilisés par le traitement, de même que des affections

récurrentes, les médecins généralistes et spécialistes peuvent, avec le consentement du patient, prescrire la visite d'un conseiller spécialisé à leur domicile.

Selon les régions, les prescriptions transitent par des structures qui conventionnent avec ces conseillers ou des plateformes réunissant plusieurs de ces structures. Les conseillers des secteurs géographiques concernés peuvent ainsi les réaliser.

Sur prescription médicale

« La prescription permet d'orienter nos recherches », indique Anne-Catherine Barlier, infirmière libérale et CMEI. Même si l'attention des CMEI se porte sur tous les éléments qui peuvent affecter la qualité de l'air dans un logement (ou, parfois, un espace de travail), savoir qu'un patient présente une allergie aux acariens, par exemple, est particulièrement utile.

Avant la visite à domicile, par téléphone, « on recontextualise la visite avec le patient », explique Émilie Hecquet, infirmière, CMEI et responsable du pôle "habitat santé" de l'association pour la prévention de la pollution atmosphérique (Appa), à Lille. Cela permet de percevoir énormément de choses et parfois de réajuster ses attentes. » La visite d'un CMEI n'est pas destinée à régler un litige entre un locataire et un propriétaire ou un bailleur social.

La visite, le jour convenu, peut durer une heure et demie. Avant de passer le faire le tour du logement avec la personne, le conseiller échange avec elle sur ses habitudes de vie. Fume-t-elle ? Comment entretient-elle son

logement ? Comment et à quelle fréquence aère-t-elle les pièces ? Comment le logement est-il chauffé ?

Ensuite, conseiller et habitant passent de pièce en pièce. Le conseiller examine visuellement les murs, les sols, les plafonds, les fenêtres, à la recherche de traces de moisissures, d'humidité mais aussi de sources de composés organiques volatils (COV), comme les désodorisants, certains produits ménagers ou les bougies parfumées. Il recherche également la présence d'une ventilation, dont il vérifie le bon fonctionnement (ce n'est pas forcément le cas), et de bouches d'aération (qui sont parfois obscurcies).

Il se peut aussi que le logement ne soit pas assez chauffé (ou trop) ou certains endroits pas assez nettoyés. Autant de facteurs qui contribuent à la concentration de polluants dans l'air, au développement de moisissures ou à la prolifération des acariens.

Pièce par pièce

Le conseiller mesure en outre la température, le taux d'humidité et la concentration de l'air en dioxyde de carbone dans chaque pièce. Au fil des observations, il distille oralement des conseils personnalisés sur les produits d'entretien, la ventilation, l'aération, le chauffage, l'usage de produits parfumés. Il laisse aussi des documents et plaquettes contenant des explications et des conseils.

Après chaque visite, il rédige un rapport très détaillé présentant ses observations et ses préconisations, et l'adresse au patient et au médecin prescripteur, qui peut suivre leur mise en œuvre. « Il y a aussi une grande part de travail en aval de la visite, avec les partenaires relais, pour le suivi de certaines situations quand c'est nécessaire », ajoute Émilie Hecquet. Sa mission s'arrête là : « la plupart du temps, on voit les patients une seule fois, ajoute-t-elle. Les financements ne permettent pas plus. » Selon elle, cette mission nécessite « de la bienveillance, des compétences sur l'aide au changement de comportement, des compétences relationnelles », familières aux infirmiers, mais aussi des compétences techniques sur l'habitat. Même si une part importante de conseillers formés détient un diplôme d'État infirmier, ce qui n'est pas étonnant, leurs profils sont extrêmement variés : d'autres sont techniciens sanitaires dans des services d'hygiène municipaux ou des ARS, des employés de prestataires en oxygène médical ou des professionnels du secteur du bâtiment, souligne Martine Ott, infirmière, CMEI et présidente de l'association des CMEI de France. Tous cependant ont normalement suivi l'une des deux formations officielles*.

Compétences infirmières

Sophie Frain, infirmière et CMEI salariée de l'association Capt'air en Bretagne, a choisi cette voie car, au sein des services hospitaliers « aigus » où elle exerçait, elle

« voyait toujours les mêmes personnes avec des pathologies respiratoires : il y avait un manque quelque part », au niveau de la prévention. Anne-Catherine Barlier aussi avait envie d'investir ce champ. Toutes deux se sont formées.

Dans le cadre de l'association, Sophie Frain réalise des visites dans des logements, des établissements scolaires et des bâtiments professionnels, travaille en parallèle sur la prévention des allergies aux pollens et délivre des formations. Sa consœur libérale réalise deux à trois visites à domicile par mois. A ces moments « je change de casquette mais je dis quand même aux personnes que je suis infirmière », indique-t-elle. Quand elles évoquent leur pathologie ou leur traitement, je sais de quoi elles parlent. »

“ Il y a aussi une grande part de travail en aval de la visite, avec les partenaires relais, pour le suivi de certaines situations quand c'est nécessaire. ”

Pour Sophie Frain, les missions des CMEI s'inscrivent dans le rôle propre des infirmiers. Elles relèvent, confirme Émilie Hecquet, « de la prévention et du soin, même si c'est moins technique que le métier d'infirmière au départ. Quand je faisais des visites (elle est devenue coordinatrice, N.D.L.R.), je me sentais toujours infirmière. Ça aide dans la réalisation des visites. Elles se déroulent toutes dans un contexte lié à la santé, on cherche des effets bénéfiques sur la santé... » La dimension relationnelle avec le patient est aussi familière aux infirmiers ainsi que les moyens d'inciter au changement de comportements et d'habitudes. D'ailleurs, « contrairement à l'hôpital où il faut enchaîner, on installe une relation avec les patients », observe-t-elle. Même constat pour l'infirmière libérale. « On fait de chouettes rencontres », raconte Sophie Frain. D'ailleurs, poursuit-elle, « on a l'habitude d'aller au domicile des patients, de parler avec eux ». Et aussi d'être en lien avec les médecins prescripteurs.

À l'heure actuelle, les visites de CMEI ne sont pas souvent prescrites. « C'est dommage car c'est très utile », estime Anne-Catherine Barlier. Les conseillers sont aussi, encore, peu nombreux et leur développement n'est pas spécialement favorisé. Il pâtit peut-être de la diversité des profils des conseillers, de celle des structures porteuses (hôpitaux, associations, autoentrepreneurs...) et de leur structuration, mais aussi du fait que le financement des visites et des structures porteuses varie d'une région à une autre et n'est, pour le moment, jamais pérenne. ■

GÉRALDINE LANGLOIS

*Diplôme interuniversitaire de Santé respiratoire et habitat (Strasbourg, Brest, Marseille, Montpellier et Toulouse) et diplôme interuniversitaire de Santé environnementale et milieu intérieur (Lille et Marseille).

15^{ème} congrès national des soins oncologiques de support

Du mercredi 11 au jeudi 13 octobre 2023



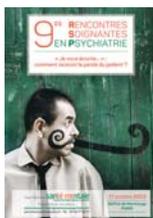
Ce congrès, organisé par l'Association francophone des soins oncologiques de support proposera des actualités en soins oncologiques de support, des sessions pratiques dédiées à la gestion des effets indésirables des traitements du cancer et mettra en avant l'évolution des organisations.

Lieu : Grand-Palais, à Lille (59) + virtuel

Informations et inscriptions : www.congres-afsos.com

9^{èmes} rencontres soignantes en psychiatrie

Mardi 17 octobre 2023



Les soignants peuvent-ils soigner sans prendre le temps d'évoquer avec le patient ce qui le préoccupe, l'angoisse, sans se poser avec lui pour découvrir ce qu'il a à raconter de son vécu, de son ressenti ? Mais comment faire quand ils sont pris dans le tourbillon du quotidien, quand les tâches à accomplir, forcément dans

l'urgence, prennent le pas sur le soin et les éloignent d'un patient dont ils ne perçoivent plus les troubles du comportement ? Cette thématique de « l'écoute » sera au cœur de ces 9^{èmes} rencontres soignantes en psychiatrie, organisées par la revue mensuelle « Santé Mentale ». Elle sera déclinée autour de quatre grandes tables-rondes.

Lieu : Beffroi de Montrouge (Paris)

Informations et inscriptions :

rencontressoignantesenpsychiatrie.fr

13^{ème} congrès AFITCH-OR

Mardi 17 octobre 2023

L'Association française des infirmiers de thérapie cellulaire, hématologie, oncologie et radiothérapie (AFITCH-OR) organise, comme chaque année, son congrès national. Utilisation de l'intelligence artificielle en cancérologie, progrès, dignité des patients en fin de vie et des soignants qui les prennent en charge, thérapies complémentaires... De nombreux sujets seront abordés dans le cadre de la thématique 2023 portant sur les « réflexions et les pratiques soignantes ».

Lieu : Institut des sciences cognitives, Bron (69)

Informations et inscriptions : www.afitch-or.fr



52^{èmes} journées nationales de la SFMP (Société française de médecine périnatale)

Du mercredi 18 octobre au vendredi 20 octobre 2023



Seul congrès national multidisciplinaire sur la périnatalité organisé en France, les Journées nationales de la Société française de médecine périnatale (SFMP) réunissent chaque année gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, anesthésistes réanimateurs, psychologies, pédopsychiatres, soignants,

chercheurs et usagers. Cette 52^{ème} édition offrira un tour d'horizon complet sur l'état de la science, les nouvelles pratiques et les grands débats d'actualité.

Lieu : Espace de la tête d'or, Lyon (69)

Informations et inscriptions : www.sfmp.net

7^{èmes} journées nationales des infirmiers en pratique avancée

Vendredi 8 décembre 2023



La promotion de la santé et la prévention constituent un axe fort de santé publique. Les organisations évoluent, les IPA s'y intègrent en étant des acteurs impactants.

Tables-rondes, débats, ateliers : le programme (à venir) promet de nourrir de riches échanges.

Lieu : Ministère de la santé, Paris (75)

Informations et inscriptions : anfipa.fr/jnipa.html.php

19^{èmes} journées nationales de la Société francophone d'onco-gériatrie (SoFOG)

Du mercredi 6 décembre au vendredi 8 décembre 2023



Cette année, le comité pédagogique de la SoFOG a porté son choix « oncologique » sur la thématique des cancers

thoraciques car ces tumeurs ont vu leur mode de diagnostic, mais aussi le parcours et la prise en charge, totalement changer ces dernières années. Des thérapeutiques innovantes sont actuellement proposées aux patients âgés comme les thérapies ciblées, l'immunothérapie ou les anticorps conjugués ou bispécifiques. Les techniques chirurgicales évoluent également...

Lieu : Palais du Pharo, Marseille (13) + virtuel

Informations et inscriptions : sofog.org

DIU et DU COMPATIBLES AVEC UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Addictologie : Troubles de l'usage
de l'alcool

Alimentation-Santé

Education pour la santé et éducation
thérapeutique

Entretien motivationnel dans le soin

Hypnose médicale

Psychopathologie de la personne âgée

| Candidature en ligne
formation-continue.univ-tours.fr



DEVENEZ ACTEUR DE VOTRE VIE PROFESSIONNELLE



02 47 36 81 31

formation-continue@univ-tours.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 Akademy Internationale

Suivre nos stages c'est obtenir :

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

Programme - Informations - Inscriptions :

A.D.L.V. - Azken Itzulia 70 Route de Saint Pée - 64210 ARBONNE

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

Internet : drainage-lymphatique-vodder.com



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



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



Journées 2024 CICATRISATIONS

21 - 23 JANVIER 2024
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE ET FRANCOPHONE PLAIES ET CICATRISATIONS



WWW.CICATRISATIONS2024.ORG



**Le C.G.O.S
fête les 60 ans de
la Complémentaire
Retraite
des Hospitaliers !**

**Depuis 1963, la Complémentaire Retraite des Hospitaliers, créée par le C.G.O.S,
est aux côtés des agents hospitaliers pour préparer leur retraite.
60 fois merci aux 350 000 agents hospitaliers affiliés qui nous font confiance !**

APPELEZ-NOUS AU

0 800 005 944 Service & appel
gratuits

du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h

RENDEZ-VOUS SUR

crh.cgos.info

C.G.O.S
action sociale & solidaire

**COMPLÉMENTAIRE
RETRAITE** DES HOSPITALIERS
L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S





VEGATab²

la puissance du
tout en 1
pour gagner en mobilité



Microsoft
Surface Pro



2 Lecteurs de cartes
intégrés



Une Caméra HD



PLUS DE
50 000
UTILISATEURS

vega-logiciel.fr



bienvenue@vega-logiciel.fr

04 67 91 27 86