

ActuSoins⁺

Toute l'actualité infirmière

N°43

DÉCEMBRE - JANVIER - FÉVRIER 2022

PRATIQUES

LA TÉTRALOGIE
DE FALLOT

VIE PROFESSIONNELLE

LES RESSOURCES HUMAINES
FACE À LA CRISE

A LA UNE

FORMER ET ENTRAÎNER LES SOIGNANTS
POUR FAIRE FACE AUX CRISES

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

NOUVELLE VEGA TAB 2



**GÉREZ
VOTRE CABINET
OÙ QUE
VOUS SOYEZ !**



Microsoft
Surface Pro7



Votre **LOGICIEL
VEGA** installé



Vos **LECTEURS DE CARTES
VITALE & CPS** intégrés



Une **CAMÉRA HD** pour scanner
vos ordonnances & justificatifs



Un **ACCÈS PERMANENT**
à toutes vos données



Une **PERFORMANCE &**
une **MOBILITÉ** assurée

phild - ligreblanc.net

**ON EST
BIEN
CHEZ VEGA**

POUR PLUS D'INFORMATION
commerce@vega-logiciel.fr
04 67 91 27 86
www.vega-logiciel.fr



- Former et entraîner les soignants pour faire face aux crises



▶ PRATIQUES 12

- Dermohypodermes bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes : définition, diagnostic et prise en charge
- Stomie, vie intime et sexualité
- La tétralogie de Fallot

▶ LES ENQUÊTES DU WEB 34

- Démissions en bloc au bloc



◀ VIE PROFESSIONNELLE 36

- Des clés pour mieux accompagner la fin de vie en Ehpad
- Les ressources humaines face à la crise
- Infirmières conseillères techniques, actrices clefs de la réussite scolaire

▲ LA LOUPE 48

- Accompagner au long cours des patients anorexiques mentaux



▶ INITIATIVE 52

- Emapsy, une alternative à l'hospitalisation



▶ DOSSIER 56

- Lits fermés, soignants déprimés

◀ PORTRAIT 60

- Mathilde, l'engagement franc



EN IMAGES 62

- Sophie, infirmière de campagne



▶ SOIGNANTS D'AILLEURS 66

- En Irak, le ministère de la Mort

◀ SOIGNER AUTREMENT 70

- La yogathérapie pour traiter les douleurs chroniques

EDITO

RECHERCHE SOIGNANTS
DÉSESPÉRÉMENT

Il suffisait d'arpenter les allées du dernier Salon Infirmier, transformé en vaste campagne de recrutement, pour le comprendre : les hôpitaux et cliniques peinent à embaucher. Dans ce numéro, nous sommes allés à la rencontre des services RH et des infirmiers pour analyser ce manque de soignants et, par conséquent, les fermetures de lits. Quotidiennement, des services sont en difficulté, ce qui se traduit par des pertes de chances pour les patients.

Découvrez également, en Une, les formations mises en place pour permettre aux soignants de faire face à des crises ou des attentats. L'équipe d'ActuSoins est également partie à la rencontre des infirmier(e)s libéraux spécialisés dans le suivi de patients atteints de troubles psychiatriques, des soignants qui accompagnent les adolescents anorexiques et de ceux qui prennent en charge la fin de vie dans les Ehpad.

A des milliers de kilomètres, en Irak, médecins et infirmiers témoignent de la vaste corruption qui met à mal un système de santé déjà exsangue. Enfin, dans la rubrique « En Images », nous mettons en valeur le travail quotidien de Sophie, infirmière libérale en campagne.

Côté révisions, nos IDE expertes vous présentent la prise en charge des dermohypodermes bactériennes et fasciites nécrosantes ainsi que celle des nouveau-nés atteints de la tétralogie de Fallot. Bonne lecture et joyeuse année 2022 de la part de toute l'équipe d'ActuSoins. ■

CYRIENNE CLERC –

RÉDACTRICE EN CHEF ACTUSOINS



Et bonne année !

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 €. Etudiants : 9,90 €
 • Rédactrice en chef : Cyrienne Clerc (cclerc@actusoins.com)
 • Rédaction web : Malika Surbled (msurbled@actusoins.com)

• Ont collaboré à ce numéro : Eloise Bajou, Ayoub Benkarroum, Estelle Car, Hervé Chatel, Adrien Collet, Florence Kreiss-Fassy, Charlotte Gonzalez, Géraldine Langlois, Sylvie Legoupi, Alexandra Luthereau, Laure Martin, Quentin Müller, Corinne Petot, Adrien Renaud, Chloe Sharrock, Marianne Soules, Natacha Soury, Malika Surbled.

• Photo de couverture : Jean-Michel Delage/Hans Lucas
 • Graphisme : Pascal Fossier • Illustrations : 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

Former et entraîner les soignants pour faire face aux crises

La crise sanitaire récemment, les attentats il y a quelques années, les changements climatiques qui peuvent surprendre à tout moment, les accidents de train, de bus... L'ensemble de ces événements a des conséquences sur l'organisation des soins. La formation des soignants à ce type de crises pouvant générer un grand nombre de victimes s'avère alors indispensable.

« **L'**actualité récente nous a montré que tout le monde pouvait un jour être amené à vivre une crise, souligne Estelle Thevenet, infirmière et formatrice pour CrisiSoft (lire page 9). Mais c'est souvent lorsque nous y sommes confrontés que nous nous rendons compte de la nécessité de savoir travailler en mode "crise" alors que nous n'en connaissons pas forcément les tenants et aboutissants, notamment parce que nous n'y avons pas été entraînés ou sensibilisés. »

« Ce qui permet d'avoir des professionnels paramédicaux et médicaux opérationnels, c'est l'entraînement régulier car nous ne vivons pas tous les jours une situation de crise et, si nous attendons d'être en situation critique pour acquérir de l'expérience, cela ne va pas fonctionner », complète le Dr Davy Murgue, fondateur de CrisiSoft.

Exercice Damage Control grandeur nature au Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) 76



© CESU 76

nants

Se former pour l'adaptabilité

La formation des soignants s'avère essentielle d'abord pour leur adaptabilité. « Dans le cadre d'un contexte de crise, il est impératif de changer sa manière de penser, estime Bruno Debien, professeur en anesthésie-réanimation et médecine d'urgence, ancien médecin militaire, fondateur de l'organisme de formation Emergensim. Sur le terrain, en pré-hospitalier, ce n'est plus une équipe de Smur pour un blessé mais un travail collectif "à la chaîne" qui doit se mettre en place. Que ce soit pour un attentat, un tremblement de terre ou un accident de train, la démarche est identique : ramasser, trier, apporter les premiers soins et ensuite évacuer. »

Cette différence organisationnelle et de prise en charge nécessite une formation des acteurs intervenant en pré-hospitalier et à l'hôpital. « L'organisation des exercices NOVI pour "nombreuses victimes" à grande échelle est établisement-dépendant », poursuit le Pr Debien. Elle est indispensable parce que la culture de la gestion de crise n'est pas prioritaire au sein de la formation infirmière.

Le Pr Debien propose, via son organisme de formation, d'entraîner les équipes hospitalières composées notamment d'infirmiers des services de réanimation, d'urgence ou encore d'infirmiers anesthésistes et de soignants du Smur, certes aguerris à l'urgence, mais pas nécessairement à ce type d'urgences.

La formation porte à la fois sur des gestes techniques et sur l'organisationnel. Il propose notamment des ateliers de simulation procédurale afin que la réalisation des gestes techniques devienne automatique (coniotomie, arrêt des hémorragies avec garrots tourniquets ou de fortune, drainage d'épanchements d'air ou de sang). Il présente également un retour d'expérience, en vidéo, sur les attentats de Paris et organise, en simulation, un triage de victimes d'attentats. En fin de journée, les IDE vivent trois scénarios de simulation avec un mannequin haute-fidélité. La rétention de ce type de formation est forcément plus longue car la plupart des soignants formés détiennent déjà les compétences techniques de base.



© C. Beaujard/BSPP

Les formations permettent d'apprendre à travailler en mode « crise » et d'être ainsi opérationnel en cas de catastrophe de grande ampleur. Photo représentant les Sapeurs Pompiers de Paris (BSPP) le soir des attentats du 13 novembre 2015.

Simulation de grande ampleur dans un Ifsi savoyard

L'Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) du Centre hospitalier Annecy Genevois (Haute-Savoie) aussi a mis en situation les étudiants en soins infirmiers (ESI), lors d'exercices de simulation de catastrophe de grande ampleur avec un grand nombre de victimes. « Notre objectif était de transmettre des enseignements aux ESI en tant que réalisateurs et acteurs de la simulation de masse, et ce, au bénéfice des sapeurs-pompiers », rapporte Laurent Thuez, cadre supérieur de santé en charge de la formation continue au sein de l'Ifsi du Centre hospitalier Annecy Genevois.

Les ESI répartis en groupes-projets ont, pendant 36 heures, contribué à la conduite de l'événement catastrophe, organisé notamment sur un site militaire dédié, permettant de simuler un tremblement de terre. « Ils ont vécu une expérience pédagogique innovante, en expérimentant une situation de crise, et en apprenant à s'adapter, à être réactifs et à évoluer dans un monde désorganisé, soutient-il. Ils ont pu voir la difficulté de prendre des décisions dans ce type de situation. »

Côté sapeurs-pompiers, « l'objectif n'était pas de travailler les techniques de soins, mais celles de la gestion de crise et de l'organisation », explique Jean-Claude Cordeau, infirmier en chef du Service départemental

Exercice en Guadeloupe, en février 2020, organisé par l'Afcopil avec le soutien du RAID et du SAMU 971, pour sensibiliser les infirmiers libéraux à la conduite à tenir en situation d'attentat générant de nombreuses victimes (voir page 9).



© Ayoub Benkarroum

d'incendie et de secours (SDIS) 74. Et d'ajouter : « Nous sommes sur des objectifs d'adaptabilité à la situation qui impliquent, en amont, une connaissance parfaite de la technicité des gestes de secours pour que le professionnel de santé puisse se consacrer à la gestion de l'imprévu. »

“ La notion d'adaptabilité et donc d'anticipation est le noyau central permettant une gestion optimale de la situation. ”

Les infirmiers sapeurs-pompiers devaient donc adopter une posture adaptée à la situation de crise, en fonction du poste occupé, c'est-à-dire d'un point de vue technique et organisationnel, pour le soin, ou d'un point de vue gestion du personnel et logistique, pour l'opérationnel. « La notion d'adaptabilité et donc d'anticipation est le noyau central permettant une gestion optimale de la situation », assure-t-il.

Savoir encadrer

Si sur le terrain, les soignants doivent être formés aux gestes techniques et à l'opérationnel, la formation doit également permettre d'anticiper la crise. « La gestion de crise, c'est simple et transposable. L'objectif est de comprendre une situation et de permettre la prise de décision, afin d'éviter l'impact de la crise », souligne Ziad Touat, chef de projet, chez Crisotech (groupe Deveryware), entreprise de conseil et de formation en gestion de crise, communication de crise et médiatraining.

A l'hôpital, la problématique repose sur l'émotion et la définition de la responsabilité de chacun. Le personnel soignant et administratif est sous pression. « Face à une

crise, chacun peut entrer dans un état de sidération, ce qui génère une perte de temps dans la prise en charge du patient, donc une perte de chance », rappelle Ziad Touat.

Il conseille la mise en place d'une organisation de crise afin de limiter cet effet, pour que personne ne se sente dépassé. Une organisation qui peut prendre la forme d'une check-list « afin d'anticiper, dans le service concerné, toute rupture capacitaire ou de s'assurer que l'information a bien été transmise, donne-t-il en exemple. La coordination entre les services, en temps normal et encore plus en temps de crise, est indispensable. » C'est le cas également au sein même de l'équipe car souvent « la communication est imparfaite, constate-t-il. Or il faut communiquer avec les équipes pour montrer tout ce qui est mis en œuvre pour gérer la crise et ainsi éviter que les soignants se sentent démunis. »

Acquérir des réflexes

Cette acculturation passe aussi par la formation des encadrants, ce qui « ne peut que contribuer à l'efficacité de la gestion de crise », estime Sylvie Leroux, sage-femme, cadre supérieure de santé au sein du Centre hospitalier Annecy Genevois, à l'origine, avec Laurent Thuez, d'une formation, via la simulation, sur le management de la gestion de crise pour l'encadrement.

« Avec la simulation, on apporte une base, une méthodologie, qui peut être utilisée par les cadres pour la gestion de toute crise. Être sensibilisés à la méthode, leur permet d'acquérir des réflexes », soutient-elle, précisant que trois sessions ont déjà eu lieu ces trois dernières années avec dix à douze personnes. Cette formation sur deux jours a pour objectif d'apprendre à compartimenter les problématiques : gérer la communication, adopter une

certaine posture, être à l'écoute de l'équipe, poser le problème et l'expliquer.

« On leur apprend à faire des choix décisionnels en tenant compte des bénéfices et des risques », indique Laurent Thuez. Une formation que Sylvie Leroux a pu elle-même mettre à profit récemment. « Pendant la crise sanitaire, j'ai eu des missions transversales à remplir, notamment gérer, avec d'autres cadres supérieurs, le déploiement de lits supplémentaires pour les hospitalisations, témoigne-t-elle. Dans un premier temps, la prise de décision n'était pas cadrée. Mais comme j'ai suivi la formation, j'ai proposé de nous organiser en appliquant la méthodologie que j'avais apprise. Sans la formation, je n'aurais pas eu ce réflexe. » Les retours des équipes sont très positifs, car les cadres se disent mieux préparés à gérer une crise. Et aujourd'hui, ils sont demandeurs d'une analyse des pratiques professionnelles.

L'importance du débriefing

Souvent oublié, le débriefing post-situation de crise a pourtant toute son importance. Il est souvent délaissé du fait du retour des équipes à leur routine. Il est vrai que son organisation demande un effort, notamment pour rassembler toutes les parties prenantes et, une fois la crise passée, il est moins naturel de l'envisager. « Et souvent, lorsque ce débriefing est organisé, il n'implique que le niveau stratégique, alors que les équipes opérationnelles doivent également l'être », conseille Ziad Touat.

Cette omission « empêche de prendre le temps de bien comprendre l'organisation mise en place pendant la crise, ajoute-t-il. Il est pourtant important d'échanger sur cette gestion afin d'analyser et de communiquer pour ainsi mieux prévenir ce qui a potentiellement été mal géré et éviter que cela ne se reproduise. » C'est également indispensable pour éviter le choc émotionnel des soignants, comme c'est le cas actuellement avec la crise sanitaire et les démissions massives.

Dans le cadre des formations qu'il dispense, le Pr Debien constate également que les débriefings sont rarement effectués. « Lorsque nous formons des cadres et des médecins, nous insistons auprès d'eux sur la nécessité d'organiser des débriefings avec leurs équipes », explique-t-il. Et de raconter : « Il nous est arrivés d'intervenir pour effectuer des simulations ou des scénarios d'urgence et de nous retrouver face à des soignants en pleurs car ils avaient vécu une crise qui n'avait pas été débriefée. »

Face aux crises du quotidien

Les infirmiers libéraux (idels) sont eux aussi concernés par l'analyse post-crise. D'ailleurs, l'organisme de formation Afcopil leur propose des formations notamment sur les méthodes d'améliorations et d'adaptations comportementales. Une formation qui se déroule post-covid, à une période où les soignants sont fatigués et confrontés

à une forme de résilience. L'objectif est de donner des outils pour repartir "au combat" et « pour savoir se projeter dans l'après », indique Gilles Chollet, infirmier libéral et formateur à l'Afcopil.

Il faut donner aux idels les bonnes armes pour identifier les facteurs de stress, maîtriser et savoir se relâcher en sollicitant des ressources. Avec cette formation, l'objectif est de repositionner l'individu au centre, afin de gérer sa propre crise quotidienne et de donner à l'infirmier tous les moyens de gérer des situations exceptionnelles, lutter contre le stress du moment avec les armes dont il dispose au quotidien. Parmi elles : se poser, faire un bilan, puis adopter des techniques d'anticipation et de relaxation.

« Il s'agit de partir d'une crise pour se préparer à la suivante en restant connecté à soi et à ses émotions », ajoute Gilles Cholet. Il est donc intéressant de se former aux crises du quotidien pour être opérationnels pour les crises majeures. C'est d'autant plus important – et cela s'est vérifié avec la crise sanitaire – « qu'on a l'impression que les soignants sont invincibles et qu'ils parviennent à se dégager de chaque impact émotionnel, pointe du doigt Ziad Touat. Or, la limitation de cet impact émotionnel est un mur qui peut s'effondrer. Et l'absence de suivi psychologique peut avoir un écho en temps de crise. » ■

LAURE MARTIN



© Ayoub Benkarroum

Dans le cadre d'une formation sur la gestion du stress proposée par l'Afcopil, une infirmière doit réaliser un acte technique immédiatement après avoir été soumise à plusieurs situations de stress.

« On est individuellement compétent et collectivement perfectible »

Alexandre Benoist, infirmier anesthésiste (lade) et ingénieur biomédical au CH de Chalon-sur-Saône (Bourgogne-Franche-Comté)

« J'ai suivi une formation "attentat" dans le cadre du centre de simulation GHT Nord Saône-et-Loire avec Emergensim. A la suite des attentats de 2015, les tuelles ont fortement incité les établissements à former le personnel soignant aux situations de crise et plus particulièrement à la prise en charge des victimes d'attentats, c'est-à-dire au tri et à la sécurisation de la zone.

Il s'agit d'un type d'organisation que nous ne connaissons pas et auquel nous ne sommes pas formés à l'Ifsi. Il est donc important d'instruire les acteurs du soin à cette philosophie, au travail d'équipe et à la chaîne de soin.

Cette formation nous apprend à structurer notre organisation avec une check-list et à intervenir en appliquant la méthode militaire de prise en charge des blessés, Safe Marche Ryan. Il s'agit d'un mode de prise en charge rassurant et structurant, apportant une forme de sûreté. Même si j'ai suivi cette formation il y a quelques années, elle m'a marquée et désormais ce fonctionnement est un réflexe. D'autant plus que j'ai également suivi des ateliers pratiques sur la pose du garrot ainsi que des scénarios de simulation avec l'arrivée d'un patient et la mise en place

concrète du Safe Marche Ryan. Aujourd'hui, il me faudrait une mise à jour mais l'impact cognitif est bien réel.

Ce type de formation me paraît essentiel, surtout pour les lade car dans notre carrière, nous devons rarement réagir dans l'urgence, mais le jour où nous devons le faire, nos gestes doivent être sûrs et précis. Nous nous entraînons quotidiennement à des problématiques exceptionnelles pour que le jour-J, nous ne soyons pas en surcharge mentale, ce qui pourrait inhiber l'action.

Quant au débriefing, il fait partie de l'expérience. Le retour d'expérience est essentiel mais aujourd'hui, il manque dans nos organisations de soins. Comme nous travaillons à flux tendu, nous ne prenons pas le temps d'apprendre de nos expériences. Se former, maintenir à jour ses connaissances collectivement et individuellement devrait être la règle car on est individuellement compétent et collectivement perfectible. » ■



« Il faut se former à l'exceptionnel pour créer des habitudes »

Stéphanie Rousseau, cadre lade au CH de Semur-en-Auxois (Bourgogne-Franche Comté)

« A la suite des attentats, il y a eu une prise de conscience dans les hôpitaux sur la nécessité de former les professionnels de santé à du "non quotidien". Car nous avons certes l'habitude de l'urgence pré-hospitalière et des urgences mais nous ne sommes pas préparés à l'arrivée massive de victimes. A cette période, les décideurs ont réalisé que les plans blancs n'étaient peut-être pas adaptés à ce qui avait été vécu pendant les attentats : l'arrivée aux urgences de victimes blessées par des armes de guerre, les menaces des terroristes. Ce n'est pas le type de prises en charge que nous connaissons habituellement.

L'avantage avec cette formation "attentat" d'Emergensim, c'est de bénéficier du retour d'expérience de ceux qui ont vécu les attentats. Il est toujours enrichissant pour les soignants d'échanger sur les difficultés liées aux limites que d'autres, sur place, ont rencontré et sur les

enseignements qu'ils en ont tiré. Cela permet de se confronter avec d'autres soignants, qui peuvent partager des astuces pour ainsi faire évoluer les pratiques professionnelles.

Nous avons l'habitude en Smur, de réaliser des actes de A à Z en préhospitalier. Avec cette formation, nous apprenons l'intérêt de soigner uniquement pour gérer l'urgence donc pour éviter le décès afin, ensuite, de passer le relais pour prendre en charge le patient suivant. Nous apprenons ces gestes de sauvetage dans le cadre de séances de simulation avec un mannequin haute-fidélité permettant de mettre en pratique ce que nous avons vu en atelier. Les attentats ont fait évoluer les mentalités et désormais nous nous rapprochons des méthodes militaires. Il est impératif de se former à l'exceptionnel de manière récurrente pour créer des habitudes et des réflexes. J'étais vraiment satisfaite de cette formation. C'est un enrichissement personnel et collectif. » ■

LES LIBÉRAUX, MAILLONS DE LA CHAÎNE DE SECOURS

En février 2020, lors de deux journées scientifiques sur les situations sanitaires exceptionnelles, l'Afcopil a organisé, avec le soutien du RAID et du SAMU 971, un exercice pour sensibiliser les infirmiers libéraux (idels) à la conduite à tenir en situation d'attentat générant de nombreuses victimes. Cette formation, ouverte aux personnels libéraux et hospitaliers, s'est déroulée en Guedeloupe.

Un scénario de crise a été pensé et vécu par les participants à la formation : un groupe d'infirmiers est installé à une terrasse d'hôtel lorsqu'un homme masqué surgit et commence à mitrailler la foule. Le groupe d'infirmiers se cache et le RAID intervient rapidement pour neutraliser l'assaillant. Les soignants se retrouvent à devoir agir pour soigner au mieux les victimes en attendant les secours. Se pose alors la question de l'action à mettre en place.

Cet exercice, qui a clôturé les deux

journées scientifiques dédiées à l'urgence, a permis de mener une réflexion « pour inciter les professionnels à mieux comprendre leurs limites, apprendre à façonner une conduite réaliste face à la tension d'une situation extrême et à réfléchir à leur juste place » face à un tel événement.

Sans jouer un rôle de primo-intervenants, les idels peuvent être témoins de situations de crise, donc devenir acteurs de l'organisation d'une réponse sanitaire efficace. Leur savoir-faire infirmier les mets en capacité à accomplir des gestes de premier secours dans des délais très courts. « En posant des garrots tourniquets comme

en rassurant les victimes, ils optimisent l'engagement de la chaîne des secours et contribuent à éviter des morts. » De fait, en s'intégrant à une coordination globale de la chaîne de secours, ils peuvent être les premiers « sauveteurs » et contribuer à fluidifier les circuits d'évacuation. ■



© Ayoub Benkarroum

UN OUTIL DE GESTION DE CRISE

L'entreprise CrisiSoft a créé un outil facilitateur de gestion de crise pour centraliser toutes les informations pour l'ensemble de acteurs impliqués dans une crise et devant y avoir accès. Dans une situation de crise, de nombreuses actions sont menées par les équipes impliquées : prévenir les responsables, prévoir des renforts en personnel, s'informer sur les places d'hospitalisation pour évacuer le flux de victimes, les traiter par degré d'urgence...

« Il faut compresser le temps pour que les victimes les plus graves soient rapidement prises en charge à l'hôpital », souligne le Dr Davy Murgue, fondateur de CrisiSoft. L'outil permet de séquencer toutes les actions à effectuer lors d'un événement critique, de s'entraîner sur chaque étape, pour être opérationnel le jour J et connaître les process. Le logiciel offre aussi la possibilité de créer des procédures en amont et enfin de permettre aux équipes, le jour d'une crise, de choisir la plus adaptée à la situation vécue.

L'outil peut être déployé au niveau tactique de la salle de crise du Samu et sur le terrain avec les équipes du Smur

équipées avec des terminaux mobiles, des tablettes et des téléphones. « La personne équipée à savoir l'infirmier, le médecin ou l'ambulancier, va pouvoir renseigner dans l'outil toutes les informations sur les patients pris en charge, afin de les faire circuler en temps réel, jusqu'à la salle de gestion de crise et inversement », indique Estelle Thevenet, infirmière et formatrice pour CrisiSoft. La salle de crise peut alors anticiper la prise en charge des victimes, chercher des lits disponibles, etc.

L'objectif est également de transmettre les informations aux équipes soignants hospitalières, afin qu'elles ne découvrent pas le profil des patients en situation critique à leur arrivée à l'hôpital. « Ainsi, lors de la transmission, l'échange pourra être consacré à l'information critique », rapporte le Dr Murgue. L'outil permet aussi d'analyser de manière objective la prise en charge qui a été déployée pour une analyse post-crise. A ce jour, quatre sites sont équipés, et à la fin du premier semestre 2022, six établissements supplémentaires le seront également. ■

Complémentaire Retraite des Hospitaliers :

le 1^{er} Plan d'Épargne Retraite de la Fonction Publique Hospitalière

La Complémentaire Retraite des Hospitaliers (C.R.H.) a été créée par le C.G.O.S depuis bientôt 60 ans. Depuis lors, ce dernier a toujours fait évoluer ce produit d'épargne retraite supplémentaire, exclusivement réservé aux agents hospitaliers publics et leurs conjoints, afin qu'il réponde au mieux aux besoins propres d'un personnel qu'il connaît bien.



Parmi les fonctionnaires, les agents hospitaliers publics sont ceux qui ont une part de rémunération la plus importante en terme de primes. Or, ces dernières ne sont aujourd'hui que partiellement prises en compte dans le calcul de leur retraite de base. Ces personnels appartiennent aussi très largement aux catégories B ou C.

Depuis bientôt un an, la Complémentaire Retraite des Hospitaliers propose aux agents **encore plus de souplesse et de liberté pour préparer leur retraite et pour récupérer leur épargne**, à savoir :

- la possibilité de sortie en capital pendant la période de cotisation* pour acquérir sa résidence principale, qu'ils soient primo accédants ou non,
- la souplesse de choisir au moment du départ en retraite (ou à partir de l'âge légal de départ en retraite même si on est toujours en activité) de récupérer leur épargne retraite comme ils le souhaitent* sous forme : d'un versement à 100 % en capital (en une ou plusieurs fois) ou d'une rente trimestrielle versée à vie, ou d'une «cagnotte», une réserve dans laquelle piocher à leur guise au fil du temps.

Ils ont aussi la liberté d'opter pour une combinaison entre 2 ou 3 de ces possibilités, à la carte.

La déduction des cotisations des revenus des affiliés demeure, permettant des économies d'impôt chaque année*.

COMPLÉMENTAIRE RETRAITE des Hospitaliers

Le Plan liberté du C.G.O.S

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

PENDANT LA VIE ACTIVE, VOUS ÊTES LIBRE

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

DEMAIN, À LA RETRAITE, VOUS ÊTES LIBRE

- de **recupérer** votre épargne **comme vous le souhaitez :**

Un capital versé à votre retraite
versé en une ou plusieurs fois,

OU

des **revenus réguliers (rente)**
pendant toute votre retraite

OU

une « **cagnotte** » disponible
pendant votre retraite,

OU

une **combinaison** de 2 ou 3
de ces possibilités, à la **carte***.

JEUNES HOSPITALIERS :
**pour vous aider à préparer
votre retraite dès aujourd'hui**

1 mois de cotisation/an
OFFERT pendant 10 ans

JUSQU'À VOS 40 ANS

*selon conditions

Nos conseillers sont à votre écoute :
du lundi au vendredi : 9h-12h / 14h-17h

0 800 005 944 Service & appel
gratuits

crh.cgos.info



Crédit photo : J.Deya



Enfin, comme depuis sa création, **les cotisations s'adaptent aux possibilités financières de chaque agent et ne supportent aucun frais** : choix entre **4 taux de cotisations**, pour s'adapter à tous les niveaux de revenus ; possibilité d'augmenter, baisser, suspendre, reprendre ses cotisations à tous moments, **sans aucun frais ni pénalités**. Des versements complémentaires à hauteur de 10 000 € maximum par an sont aussi possibles.

**selon les conditions générales et la législation fiscale en vigueur.*

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

> **pointez le QR code** avec l'appareil photo de votre smartphone
ou

> **rendez-vous** sur crh.cgos.info rubrique "**vidéos retraite**".



C.G.O.S

action sociale & solidaire

Crédit photo : J.Deya



Dermohypodermites bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes : définition, diagnostic et prise en charge

Les dermohypodermites bactériennes nécrosantes et les fasciites nécrosantes sont des infections rares mais extrêmement graves avec un taux de mortalité de 30 %. L'équipe infirmière a un rôle majeur dans le repérage des signes précoces, souvent méconnus, puis dans la prise en charge des plaies chirurgicales et en réanimation.

Les dermohypodermites bactériennes nécrosantes (DHBN) et les fasciites nécrosantes (FN) sont des infections de la peau et des parties molles avec nécrose tissulaire. Les DHBN atteignent l'hypoderme et le derme. Les FN comportent une atteinte de l'aponévrose superficielle et des fascias profonds intermusculaires. Elles sont fréquemment associées à une DHBN.

Ces pathologies doivent être différenciées des dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN) ou érysipèle. Si l'érysipèle est sans gravité générale immédiate, il peut néanmoins évoluer vers une DHBN.

Le pronostic des DHBN et FN dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique. Leur traitement est médico-chirurgical et le temps chirurgical est lourd et délabrant, pouvant entraîner des séquelles fonctionnelles (amputations, enraidissements articulaires, paralysies), esthétiques et psychologiques.

Différentes formes cliniques

Il existe différentes formes cliniques selon la localisation de la porte d'entrée avec majoritairement une atteinte des membres inférieurs, mais aussi des formes cervico-faciales, pouvant se compliquer de médiastinites, thoraco-abdominales ou périnéales.

La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante touchant le périnée. L'étiologie peut être liée à une lésion infectieuse primitive – une hydroadénite suppurée du pli inguinal, un kyste pilonidal infecté, un abcès... – ou secondaire à un geste chirurgical, lié par exemple au traitement d'hémorroïdes ou d'une fistule anale.

Physiopathologie

Les bactéries responsables de ces infections sont principalement les *Streptococcus* de groupe A (*Streptococcus pyogenes*) et plus rarement les *Staphylococcus aureus*, dont les toxines peuvent entraîner un syndrome de choc toxique. En cas de gangrène de Fournier ou de DHBN cervicofaciale, ces infections peuvent aussi être polymicrobiennes.

Après une effraction cutanée ou de la muqueuse, les bactéries pénètrent puis se multiplient localement dans les tissus.

Aspect de la nécrose des tissus sous-cutanés dans une DHBN



© DR



GAMMES CICATRISANTES BIO-ACTIVES

À L'EFFICACITÉ PROUVÉE



**PLAIES
PROFONDES**



**PLAIES
SUPERFICIELLES**

ALGOSTÉRIL®, compresses et mèche, 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).

COALGAN® est destiné à l'hémostase et à la cicatrisation.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont des dispositifs médicaux, respectivement de classes III et IIb, CE 0459 ; remboursés LPP sous nom de marque avec un prix limite de vente pour les indications :

ALGOSTÉRIL : traitement séquentiel pour les plaies chroniques en phase de détersion et pour les plaies très exsudatives et traitement des plaies hémorragiques.

COALGAN : épistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients présentant des troubles de l'hémostase congénitaux ou acquis.

Toujours lire les notices avant utilisation.

ALGOSTÉRIL et COALGAN sont :

- Développés et fabriqués en France par Les Laboratoires BROTHIER

📍 Siège social : 41 rue de Neuilly, 92735 Nanterre Cedex

- Disponibles auprès d'ALLOGA FRANCE. Tél : 02 41 33 73 33

MTP21BRO03A - Janvier 2021 – ALGOSTÉRIL® et COALGAN®, marques déposées de BROTHIER.
Document destiné exclusivement aux professionnels de santé.

LABORATOIRES
BROTHIER
www.brothier.com

SERVICE CLIENTS

info@brothier.com

0 800 355 153 Service & appel gratuits

“
Les DHBN et les FN sont des maladies systémiques qui, par l'activation anormale et persistante du système immunitaire, affectent les organes, tissus et/ou système.”

La nécrose tissulaire est le résultat de plusieurs facteurs qui sont :

- une réaction inflammatoire majeure qui résulte de l'action de protéines appelées superantigènes provoquant une réaction excessive du système immunitaire ;
- un effet cytotoxique produit par des toxines et des enzymes bactériennes entraînant une nécrose puis une liquéfaction tissulaire ;
- la formation de microthromboses vasculaires extensives et des troubles de la circulation à l'origine de nécroses du tissu sous cutané et/ou des fascias.

Ces troubles de la coagulation peuvent conduire à une CIVD (coagulation intravasculaire disséminée) provoquant une diminution des plaquettes et une consommation de facteurs de coagulation favorisant un syndrome hémorragique et une compression des fascias par l'œdème.

Les DHBN et les FN sont donc des maladies systémiques qui, par l'activation anormale et persistante du système immunitaire, affectent les organes, tissus et/ou système.

Les facteurs de risques DHBN-FN

Les facteurs locaux sont les portes d'entrée des germes. Cela peut être une plaie traumatique, chronique – ulcère, escarre, abcès ou maux perforants plantaires – ou secondaire à une chirurgie, à des injections intraveineuses, des piqûres d'insecte, la varicelle...

Les facteurs généraux sont les principaux facteurs de risque puisqu'ils affectent le processus immunitaire et majorent les processus infectieux. Ce sont l'âge supérieur à cinquante ans, l'obésité, le diabète, les pathologies artério-veineuses, rénales, hépatiques comme la cirrhose hépatique, cancéreuses, l'alcoolisme et l'immunodépression. Les FN peuvent cependant affecter des patients jeunes et en bonne santé.

Les traitements par AINS ou corticoïdes, responsables de la diminution de la réponse immunitaire, sont également des facteurs de risque de DHBN-FN.

Un diagnostic essentiellement clinique et précoce

L'incubation est courte, de 6 à 72 heures, et peu symptomatique. Le début est brutal et l'évolution est rapidement

défavorable, ce qui peut entraîner le décès du patient en cas de retard du diagnostic et de la prise en charge. Un âge supérieur à 70 ans et les comorbidités comme l'insuffisance rénale aggravent aussi le pronostic vital.

Le diagnostic est essentiellement clinique mais compliqué. D'une part, en raison d'une distinction difficile entre DHBNN et DHBN-FN au premier stade, avec l'apparition brutale d'un tableau inflammatoire érythémateux circonscrit (de type grosse jambe rouge aiguë) et fébrile, d'allure uniquement médicale. D'autre part, en raison de l'existence d'un contraste entre des douleurs intenses et des lésions superficielles peu étendues et entre des lésions superficielles peu étendues et une extension des lésions en profondeur pouvant aller jusqu'au fascia.

Une surveillance clinique importante est donc cruciale du fait de ce tableau initial pouvant être trompeur. L'absence d'évolution favorable après 48 heures d'antibiothérapie adaptée et/ou une extension rapide des signes locaux en quelques heures doit alerter et orienter vers un diagnostic de DHBN. La persistance ou l'aggravation de fièvre, de douleurs et de signes locaux signent le processus de nécrose tissulaire nécessitant un traitement chirurgical.

De même, la recherche des signes de gravité en cas de présence de facteurs de risques DHBN-FN est cruciale pour poser un diagnostic précoce. Il convient également de souligner au feutre les contours de l'érythème ainsi que les contours des bulles et du purpura qui résultent de l'œdème et d'assurer une surveillance horaire, en milieu hospitalier spécialisé.

A un stade plus évolué, la présence de signes de gravité locaux, isolés ou diffus, ont une valeur diagnostic majeure. La présence d'un érythème gris bleuté et celle d'une hypoesthésie ou d'une anesthésie cutanée, d'un aspect cutané livide ou cyanosé, évoquent une nécrose tissulaire. A ce stade, les signes généraux tels que la fièvre et des frissons accompagnés d'adénopathie et de lymphangite ne sont pas la règle.

L'évolution rapide d'un DHBN est marquée par une augmentation de la douleur, une extension en quelques heures des lésions cutanées avec un œdème débordant des zones inflammatoires, une aggravation marquée de l'état général et l'apparition de signes généraux de sepsis (marbrures, polypnée, hypotension et oligurie, confusion mentale, tachycardie dissociée de la température...).

Lorsque les signes généraux et locaux de gravité sont présents le pronostic vital et celui du membre sont compromis.



Aspect pré-opératoire d'une gangrène de Fournier.



Gangrène de Fournier après couverture cutanée.

JOBST®

Bande à allongement court



JOBST® Comprilan®

- ✓ Pose 2 à 4x plus simple comparée à un kit
- ✓ Efficacité **similaire** à un kit multi-type⁽¹⁾
- ✓ **0€** de reste à charge pour le patient
- ✓ Participe à une démarche de prescription **éco-responsable**⁽²⁾

(1) Harrison et al.: The Canadian Bandaging Trial: Evidence-informed leg ulcer care and the effectiveness of two compression technologies. BMC Nursing (2011) 10:20.

(2) La gestion des déchets est plus protecteur de l'environnement comparée à la gestion de déchets d'un produit à usage unique.



Plus d'informations sur le produit et la technique de pose.



Contactez le **02 43 83 40 00**
pour recevoir votre ordonnancier de poche ulcère veineux

 **essity**

JOBST® Comprilan® : dispositifs médicaux de classe CE I, non stérile, pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans certaines situations. Fabricant légal : BSN medical Inc., Charlotte, USA. Mandataire européen : BSN medical GmbH, Hambourg, Allemagne.

Lire attentivement les informations de l'emballage et/ou les notices d'utilisation. Support destiné aux professionnels de santé uniquement. Droits d'exploitation et de reproduction réservés - BSN-RADIANTE SAS

BSN-RADIANTE SAS - Société par Actions Simplifiée au capital de 288 000 euros - locataire-gérante - Siège social : 57, boulevard Demorieux 72100 LE MANS • SIREN : 652 880 519 - RCS Le Mans - Tél. : 02 43 83 40 00 • email : orthosoins@essity.com • www.medical.essity.fr



Aspect cutané d'une DBHN du bras.



Aspect après excision d'une DBHN du bras.

La recherche d'une porte d'entrée cutanée est la règle mais son absence n'élimine pas le diagnostic.

“ **Le début est brutal et l'évolution est rapidement défavorable, ce qui peut entraîner le décès du patient en cas de retard du diagnostic et de la prise en charge.** ”

Des examens complémentaires pour adapter les traitements médico-chirurgicaux

Le bilan bactériologique se pratique par la réalisation de ponctions sous cutanées et/ou de phlyctènes fermées et de culture de biopsie ou de fragments opératoires pour adapter l'antibiothérapie. Sont à proscrire tous les écouvillonnages de lésions ouvertes car elles sont colonisées par les germes de l'environnement.

Une IRM est parfois proposée, non pour confirmer le diagnostic de DHBN-FN, mais pour préciser les limites de l'infection et donc du débridement nécessaire et éliminer la présence d'abcès profonds. Elle ne doit en aucun cas retarder la chirurgie.

Le bilan général permet d'évaluer l'état systémique et ainsi d'adapter la prise en charge médicale (diabète, fonction rénale) et réanimatoire.

Une prise en charge thérapeutique en urgence.

En cas d'érysipèle associé à des signes de gravité locaux ou généraux ou à des facteurs de risque comme des maladies associées à un risque de décompensation ou de complications, une obésité morbide avec un IMC supérieur à 40, une impossibilité de traitement et de surveillance à domicile, un âge supérieur à 75 ans et un

état polyopathologique ou un âge inférieur à un an, l'hospitalisation se fait d'emblée.

L'hospitalisation est secondaire en cas d'apparition de signes de gravité locaux ou généraux ou d'évolution défavorable dans les 24-48 heures suivant le début d'une antibiothérapie et notamment en cas de fièvre persistante et d'extension du placard inflammatoire.

Les DHBN et FN sont des urgences thérapeutiques médico-chirurgicales reposant sur :

- une prise en charge de l'état septique en réanimation ;
- une antibiothérapie parentérale débutée en urgence.

Elle est probabiliste et à large spectre dans un premier temps puis adaptée aux prélèvements biologiques. La durée totale est de deux à trois semaines. Elle permet de limiter l'extension et la diffusion de l'infection mais n'a aucune action sur les tissus ischémiques ;

- une prise en charge chirurgicale à réaliser en urgence par débridement complet des tissus nécrosés sans re fermer. Plusieurs temps opératoires peuvent être nécessaires pour compléter les excisions et permettre un contrôle complet de l'infection, puis favoriser un bourgeonnement satisfaisant.

L'amputation peut être nécessaire lors de l'atteinte d'un membre.

Dans la prise en charge de la gangrène de Fournier, en cas d'infection étendue et parfois d'incontinence, une colostomie (voir ActuSoins n° 40, p. 12) et/ou un cathéter sus pubien peuvent être mis en place pour favoriser la cicatrisation. Ils peuvent être cependant définitifs en cas de séquelles fonctionnelles. La colostomie est pratiquée lors d'atteinte rectale et/ou sphinctérienne étendue tandis que le cathéter sus pubien permet d'éviter les complications infectieuses secondaires à un maintien prolongé de la sonde urinaire.

Les testicules sont, en règle, placés dans des poches sous-cutanées des cuisses pour éviter leur nécrose et leur rétraction et afin de conserver leurs fonctions de reproduction et hormonale. Si les testicules ne peuvent être placés dans les cuisses, ils seront recouverts de

pansements humides pendant plusieurs semaines pour éviter toute nécrose mais leur rétractation ne pourra cependant être évitée.

La cicatrisation dirigée ou par recouvrement

En deuxième intention, une chirurgie réparatrice par greffe de peau et/ou lambeau est pratiquée. Le choix dépend de la localisation, de la vascularisation et de la surface du site ainsi que des structures anatomiques à couvrir.

“
La présence d'un érythème gris bleuté et celle d'une hypoesthésie ou d'une anesthésie cutanée, d'un aspect cutané livide ou cyanosé, évoquent une nécrose tissulaire.”

Après le débridement, l'infirmier assure :

- la surveillance des signes locaux et alerte devant tout signe de nécrose : une couleur violacée, une absence de bourgeonnement, la persistance d'une plaie atone, une atteinte des berges de la plaie... ;
- la cicatrisation dirigée, par la mise en place d'un pansement gras ou autre pansement primaire adapté au type de plaie et au niveau d'exsudat ;
- en cas de gangrène de Fournier, il peut également effectuer la prise en charge et la surveillance de la colostomie et du cathéter sus pubien éventuels.

Lors de la chirurgie réparatrice, il doit adapter les soins et les surveillances spécifiques aux greffes (ActuSoins n° 33) et aux lambeaux (ActuSoins n° 34).

Dans les structures disposant du matériel de traitement par oxygénothérapie hyperbare, son utilisation favorise la cicatrisation par l'augmentation de la concentration locale d'oxygène et de la fonction leucocytaire, tout en empêchant la multiplication des bactéries anaérobies.

L'infirmier a également un rôle primordial dans l'évaluation et la prise en charge des répercussions psychologiques des patients et de leurs entourage liées à l'apparition brutale des DHBN et FN, la gravité du pronostic, la durée des traitements, les modifications physiques lors du délabrement, les séquelles physiques, fonctionnelles et esthétiques après la chirurgie réparatrice. Les patients pourront également être amenés à un suivi psychologique voir psychiatrique.

Conclusion

Les DHBN et les FN sont des infections graves mettant en jeu le pronostic fonctionnel, esthétique et

surtout vital. Le diagnostic est principalement clinique et doit être précoce en raison d'une évolution rapide. L'infirmier a un rôle majeur dans le repérage, l'alerte et la prise en charge de ces patients mais également de l'entourage. ■

MARIANNE SOULES / INFIRMIÈRE, CADRE DE SANTÉ
 FORMATRICE / D.U. PLAIES ET CICATRISATION

Bibliographie

- CeMIR – Collège des enseignants de médecine infectieuse réanimation, Infections cutanéomuqueuses, dermohypondermites bactériennes graves, 6 p., <http://www.ce-mir.fr/UserFiles/File/national/livre-referentiel/52-ch46-468-473-9782294755163-copie.pdf>
- HAS, Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes Février 2019, 8p., https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911550/fr/prise-en-charge-des-infections-cutanees-bacteriennes-courantes.
- O. Baraket, W. Triki, K. Ayed, S. Ben Hmida, M.A. Lhamidi, A. Baccar, S. Bouchoucha, Facteurs thérapeutiques affectant la cicatrisation au cours des gangrènes du périnée, Pan Afr Med J 24 janvier 2018; 29:70.doi: 10.11604/pamj.2018.29.70.14669. eCollection 2018.
- O. Chosidow1, I. Bourgault-Villada, Dermohypondermites bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes, Réanimation 2001 ; 10 : 276-281, https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0105-Reanimation-Vol10-N3-p276_281.pdf
- P. Sarkis, F. Farran c, et. al, Gangrène de Fournier : revue de la littérature récente, EMConsulte, Vol. 19, Février 2009, p. 75-84, Doi : 10.1016/j.purol.2008.09.050



Aspect cutané d'une fasciite nécrosante.

► Une **gamme de traitements locaux** pour répondre à tous vos besoins et à ceux de vos patients.

URGOSTART PLUS : UNE GAMME COMPLÈTE

En Janvier 2020, Urgo Medical lançait **UrgoStart Plus Border**, un **traitement révolutionnaire** dans la prise en charge des patients porteurs de plaies à terrain défavorable (âgés, immobilisés, insuffisants veineux, diabétiques...). Ce pansement, grâce à ses fibres poly-absorbantes et sa matrice cicatrisante TLC-NOSF* :

- permet de **nettoyer** au cœur de la plaie en détergeant la fibrine et en absorbant les exsudats
- permet de **cicatriser** les plaies de vos patients en agissant directement au cœur de la plaie
- peut être utilisé **dès le début** et jusqu'à cicatrisation complète**

En 2021, la gamme s'agrandit avec un **nouveau format** : **UrgoStart Plus Comresse**. Ce nouveau format est découpable et conforme à la plaie. Il peut également être associé à un pansement secondaire super-absorbant de type pansement américain, en cas de plaies fortement exsudatives.

UrgoStart plus
Border



TAILLES DISPONIBLES :

- 8 x 8 cm
- 13 x 13 cm
- 15 x 20 cm
- 20 x 20 cm sacrum***



Absorption modérée à forte



Permet la douche



Utilisable sous compression

NOUVEAU

UrgoStart plus
Comresse



TAILLES DISPONIBLES :

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



Absorption moyenne



Découpable



Utilisable sous compression

Enfin, pour les besoins d'interface, pour les plaies cavitaires ou pour les plaies à localisation difficile, **UrgoStart Interface** reste toujours disponible.

Pour plus d'informations sur **les bonnes pratiques d'utilisation** d' **UrgoStart plus**, flashez ce QR code ou rendez-vous sur **www.urgomedical.com**.



TOUJOURS DISPONIBLE

UrgoStart
Interface

dès la phase de bourgeonnement



TAILLES DISPONIBLES :

- 5 x 7 cm
- 13 x 12 cm
- 15 x 20 cm



Méchable



Découpable



Utilisable sous compression

► Une efficacité combinée **unique**

URGOSTART PLUS : NETTOIE ET CICATRISE LES PLAIES

**POUR NETTOYER
LA PLAIE**

**POUR CICATRISER
LA PLAIE**

Fibres poly-absorbantes



TLC-NOSF*



MMPs****
en excès
dès le
départ!

Réduction du taux
des MMPs****2



2 Déterge la fibrine et absorbe les exsudats

1 Traite la plaie : réduit le temps
de cicatrisation³

COMMENT PRESCRIRE CE TRAITEMENT ?

En tant qu'infirmier, **votre prescription est primordiale** pour offrir une meilleure chance de cicatrisation et une meilleure qualité de vie à vos patients.

Pour bien prescrire ce traitement local, il faut :

- Écrire « UrgoStart Plus Border », « UrgoStart Plus Compressé » ou « UrgoStart Interface » en toutes lettres
- Indiquer la **taille** souhaitée
- Indiquer la **fréquence de renouvellement******
- Indiquer le **nombre de boîtes** (1 boîte = 16 pansements)

**** Métalloprotéinases Matricielles. ***** Renouveler UrgoStart Plus Border/Compressé tous les 1 à 2 jours pendant la phase de détertion puis adapter la fréquence de renouvellement en fonction du volume des exsudats et de l'évolution clinique de la plaie. **UrgoStart Plus Border/Compressé** peut être laissé en place jusqu'à 7 jours. Renouveler **UrgoStart Interface** tous les 2 à 4 jours en moyenne. UrgoStart Interface peut être laissé en place jusqu'à 7 jours en fonction du volume des exsudats et de l'état clinique de la plaie. La durée de traitement recommandée est de 8 semaines minimum. 1. Lázaro JL, Izzo V, Meaume S, Davies AH, Lobmann R, Uccioli L. Elevated levels of matrix metalloproteinases and chronic wound healing: an updated review of clinical evidence. J Wound Care. 2016 May; 25(5): 277-287. 2. Étude in vitro. Rapport interne Laboratoires Urgo. 3. Münter KC, Meaume S, Augustin M, Senet P, Kérihuel J.C. The reality of routine practice: a pooled data analysis on chronic wounds treated with TLC-NOSF wound dressings. Journal of Wound Care. 2017 Feb; 26 (Sup2): S4-S15. Erratum in: Journal of Wound Care.

Gamme UrgoStart Plus & UrgoStart : 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.

Laboratoire Urgo - 09/2021

URGO
MEDICAL
Healing people®



Stomie, vie intime et sexualité

Après une chirurgie avec réalisation d'une stomie, le stomisé reste désarmé sur les questions relatives à sa vie intime et à sa sexualité. Des questions que les thérapeutes devraient aborder dès les premières consultations et ainsi apporter quelques conseils.

Si le patient stomisé parle facilement de son intervention avec le chirurgien, il reste plus discret sur sa vie intime et sa sexualité. Les urologues sont certes très avertis, en revanche les chirurgiens viscéraux se désintéressent généralement de ce type d'affection. Le patient stomisé se confiera alors plus facilement à un stomathérapeute qui lui paraît plus à l'écoute et plus disponible. Rappelons que depuis 2003, l'OMS spécifie que « *la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie.* »

Plusieurs types de stomies

Une stomie est l'abouchement d'un organe creux à la peau. Il en existe plusieurs : les stomies digestives avec la colostomie gauche et ses effluents moulés, l'iléostomie et la colostomie droite entraînant des effluents semi-liquides à liquides, puis les urostomies ou stomies de Bricker qui touchent l'arbre urinaire et produisent des urines en écoulement permanent.

Peu importe la maladie causale (affections congénitales, accidents de la vie, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, cancer...), la stomie reste la partie handicapante du traitement de la maladie.

Avec une stomie, le malade perd le contrôle de l'évacuation de ses effluents du fait du port obligatoire d'une poche de recueil. Il subit un traumatisme physique et psychologique et vit sa stomie comme une mutilation avec une impression de régression au stade de la petite enfance (incontinence, dépendance...). Il a besoin d'un travail de deuil pour accepter la stomie.

Il a aussi des peurs et des questionnements sur l'intégrité de son corps, la guérison, sa relation avec les autres, sa vie professionnelle, sociale et intime...

En outre, tout malade veut en priorité s'adapter à sa nouvelle pathologie, à sa stomie, et le problème sexuel est relégué, du moins au début, au second plan. Il est pourtant important d'aborder la problématique de la sexualité, dès la consultation préopératoire avec le chirurgien et le stomathérapeute, car lorsque la perturbation des premiers temps sera atténuée, il trouvera ainsi des interlocuteurs professionnels pour prendre en compte, s'il le désire, ses éventuels problèmes sexuels.

Aborder le sujet en consultation

Lors des consultations (pré et postopératoires) il faut d'abord savoir écouter, instaurer un climat de confiance et respecter les réactions de défense face à la maladie et à la stomie. Suivre le rythme de chacun et respecter un temps d'adaptation. Répondre aux besoins d'information car il n'y a pas de questions « *ridicules* » ou « *tabous* ».

Il faut savoir modifier un certain nombre de représentations erronées qui sont sources d'angoisse. Il faut permettre au patient de parler de sa santé sexuelle : « *Comment cela se passe dans votre couple/votre intimité ?* » « *La sexualité peut être modifiée, cela peut faire*



© afa Crohn RCH France

partie des effets secondaires des traitements que vous suivez, vous sentez-vous concerné? ... » « J'ai assisté à une conférence sur la sexualité... Avez-vous des difficultés de cet ordre? »

Cela nécessite d'expliquer que la stomie n'est pas une maladie mais qu'elle peut conduire à des changements dans les habitudes sexuelles et amoureuses et que, si sur le plan organique tout est normal, ces modifications corporelles peuvent conduire à autant de satisfactions qu'avant la création de la stomie.

Un des objectifs est de l'aider à appréhender la peur du regard de l'autre dans la nudité... Pourquoi ne pas baisser la lumière ou enfiler un vêtement pour masquer la poche (nuisette, bandeau large utilisé pour la grossesse, porte jarretelles pour les femmes, veste de pyjama pour les hommes, couvres poches imprimées ou en dentelle)?

Le stomisé craint aussi l'effet des bruits – gaz ou bruits liquidiens – et des odeurs... Il est possible de le rassurer en montrant que chaque poche est équipée d'un filtre en charbon chargé d'adsorber les odeurs et de lui conseiller de se parfumer. Le stomisé peut également changer de poche avant le rapport ou mettre une mini poche pour la discrétion.

Autre crainte : celle de fuites avec la peur que la poche ne se décolle pendant l'acte. La consultation est alors l'occasion de rassurer sur les qualités du matériel actuel et de donner des conseils sur le bon maintien des poches.

Il faut donc éduquer le patient afin qu'il soit autonome avec la gestion de son matériel et de sa stomie.

© Convatec

Mini-poche.

Les membres de la famille ont un rôle important dans l'accompagnement du stomisé mais il faut respecter leurs propres difficultés face à la maladie et à la stomie. Ils ont le droit de ne pas vouloir s'impliquer dans les soins. Les proches – et en particulier le conjoint – doivent garder leur place et ne doivent pas jouer le rôle de l'infirmier.

Dans la mesure du possible, si le malade est d'accord, il est idéal de le voir en consultation avec son ou sa partenaire afin de faciliter la communication, lever les malentendus et mieux comprendre les réactions de l'autre. Il est aussi judicieux que le patient puisse, s'il le désire, partager son ressenti avec un autre stomisé ayant vécu les mêmes difficultés.

Petits et grands conseils

Dans tous les cas il faut éviter une activité sexuelle juste après un repas consistant et attendre deux ou trois heures ainsi qu'opter si possible pour des positions évitant la vue de la stomie pendant l'acte. Pour les colostomisés uniquement (dont les effluents sont moulés), il est recommandé de pratiquer une irrigation colique avant la rencontre et de remplacer la poche par un tampon obturateur (évitant ainsi une émission d'effluents inopportune et garantissant une discrétion auditive et olfactive).

Pour les iléostomisés (dont les effluents sont liquides), il sera conseillé de vider la poche au dernier moment et d'utiliser des produits gélifiants les selles afin d'éviter le « ballonnement » des effluents et réduire le risque de fuites.

Si le patient est célibataire, il peut être confronté à des difficultés lors de l'annonce à un nouveau partenaire. Un de mes patients avait trouvé la parade en prétextant des douleurs du dos l'« obligant » à porter pendant le rapport sexuel une ceinture de maintien lombaire lui évitant ainsi de parler et de montrer sa stomie!

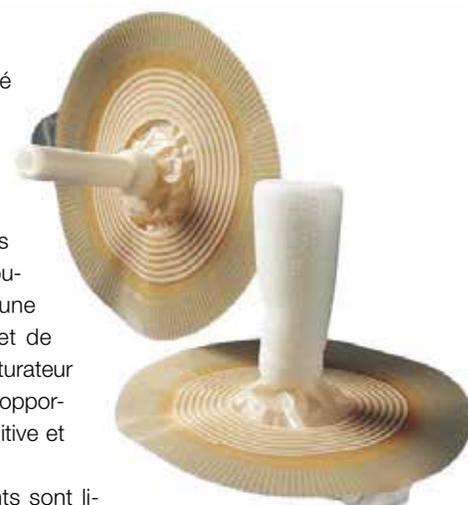
“
Le stomisé peut changer de poche avant le rapport ou mettre une mini poche pour la discrétion.”

En ce qui concerne la population homosexuelle masculine, il y a un changement profond dans les pratiques sexuelles pour le malade ayant subi une amputation abdomino-périnéale du rectum (le périnée est fermé) et il n'y a donc aucune possibilité de pénétration sexuelle possible. Pour ne pas léser gravement la stomie, les rapports sexuels par la stomie sont proscrits. Il faudra alors privilégier les caresses et stimulations diverses...

Traitements et reconstruction chirurgicale

Le professionnel pourra, lors des différentes consultations, proposer une prise en charge avec un psychologue ou un sexologue. Les femmes pourront être dirigées vers un gynécologue et les hommes vers un urologue.

Pour les femmes, le gynécologue réalisera un examen minutieux afin de rechercher une infection urinaire ou vaginale, un manque de lubrification ou sécheresse, une dyspareunie, ou éventuellement une sténose du vagin (conséquence de la chirurgie ou d'une irradiation). Un traitement médical pourra être débuté à base



Tampon obturateur.

© Coloplast

de gel lubrifiant ou hormonal. Un traitement par reconstruction chirurgicale pourra être proposé. Une rééducation kinésithérapique spécifique peut aussi être nécessaire.

Par ailleurs, les hommes sont parfois tellement informés du risque de dysérection qu'ils installent des troubles fonctionnels alors que les nerfs pudendaux ont été parfaitement respectés pendant la dissection chirurgicale. L'urologue, après auscultation et examens, proposera si besoin une aide médicale. Cela peut être un traitement pour un déficit androgénique, un traitement anti-dépresseur ou un traitement médicamenteux contre l'impuissance améliorant ainsi la fonction érectile.

Autres solutions : l'application par instillation d'un gel urétral de prostaglandines (parfois irritant pour la muqueuse urétrale) ou d'injections intra caverneuse de prostaglandines.

Celles-ci permettent d'obtenir un gonflement voire une rigidité rapide, après cinq ou dix minutes, de la verge et une oxygénation satisfaisante de celle-ci. La durée d'action est d'environ une heure, même après éjaculation.

Les injections qui consistent à injecter directement le produit dans le corps caverneux, favorisant ainsi la relaxation du tissu érectile et la vasodilatation des vaisseaux, peuvent être débutées à partir d'un mois après l'intervention. Elles nécessitent un apprentissage et sont pratiquées par le malade lui-même, sans anesthésie locale.

Il peut aussi être envisagé une thérapeutique instrumentale à l'aide d'une pompe à pression manuelle ou électrique. Un anneau souple est placé à la base du pénis puis un cylindre rigide est posé autour de la verge.

En actionnant la manette, on crée une dépression qui va attirer le sang dans les corps caverneux et créer ainsi une érection (après environ 40 pompages). L'anneau doit rester en place trente minutes maximum pour éviter la nécrose des tissus et doit être retiré systématiquement après l'usage. Il n'y a aucune contre-indication car c'est un produit non médicamenteux. Par contre, il donne une sensation de verge froide à la partenaire.

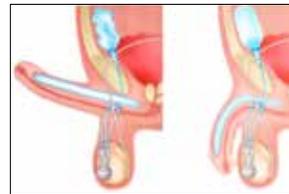
L'urologue peut aussi proposer une solution chirurgicale comme les prothèses péniennes (permanente, fixe ou hydraulique). Cette méthode est irréversible car les corps caverneux sont remplacés par des cylindres. Elle nécessite une intervention chirurgicale. En ce qui concerne l'implant hydraulique l'aspect et les sensations provoquées par ce type de prothèse sont proches de la normale. L'érection retrouvée améliore considérablement les problèmes relationnels du couple. C'est un adjuvant considérable pour une thérapie psycho-sexuelle.



Injection intra caverneuse.



Pompe à pression.



Prothèses péniennes.

Photos du livret « Incontinence urinaire et sexualité ». Laboratoire Hollister.

Conclusion

La reprise de la sexualité après la création d'une stomie ne doit pas être tabou. La prise en charge de la sexualité du stomisé doit être pluridisciplinaire et nécessite un personnel compétent dans ce domaine. En l'absence de lésions organiques, une fois surmonté la souffrance psychologique liée à la stomie, une vie sexuelle satisfaisante est possible. Si elle s'avère trop pénible, il faudra malheureusement essayer de vivre sans et, même si les relations intimes ne peuvent plus être envisagées, une vie sentimentale est toujours possible. Elle suppose un concertement mutuel des deux partenaires qui sauront prendre le temps de la découverte ou de la redécouverte de l'autre. ■

CORINNE PETOT INFIRMIÈRE STOMATHÉRAPEUTE

UN EFFET NÉGATIF SUR LA MOTIVATION SEXUELLE

Il existe très peu d'études sur les conséquences d'une stomie sur la sexualité à l'exception d'une enquête menée au Pays-Bas par M. Van der Wiel, psychologue, en 2006.

Cette enquête qui comporte 1 800 réponses nous montre que l'implantation d'une stomie a un effet fortement négatif sur la motivation sexuelle : 50 % des stomisés font état d'une diminution voire d'une perte du désir sexuel. Il y a une modification de la satisfaction de 70 % pour les hommes et de 50 % pour les femmes.

« *Les satisfaits* » se comptent surtout parmi les femmes, les hommes étant plus fortement pénalisés.

Nous n'avons malheureusement pas de données sur la variation de la motivation sexuelle en fonction du temps écoulé après la chirurgie. Il existe des modifications physiques de la satisfaction sexuelle consécutives à la chirurgie mais des modifications psychologiques ne sont pas à exclure. Ce sont les urostomisés qui éprouvent le plus de problèmes sexuels, suivis par les stomisés digestifs. ■

Varimate® ULTRA-

ADHÉSIF
FIN
RASSURANT

Renforts adhésifs



NOUVEAU :
PRODUIT REMBOURSÉ



La vraie liberté,
c'est de pouvoir faire
ce qu'on veut,
QUAND ON VEUT.

6 RAISONS

d'utiliser les renforts Varimate®



Sécurité

Aide à maintenir en place le support des appareillages de stomie ou de fistule, ainsi que les pansements, et à en prévenir le décollement



Facile à utiliser

En quart de cercle pour s'adapter à tous types de supports : ronds, ovales, carrés, en 1 ou 2 pièces



Fin et Flexible

Conçu pour suivre les mouvements du corps pour plus de liberté et de confort



Imperméable à l'eau

Peut être utilisé sous l'eau (bain ou piscine)



Doux pour la peau

En hydrocolloïde et sans latex



Adaptable

Selon les besoins, utiliser 1 ou plusieurs bandes



VARIMATE® support Ultra-fin - Courbe est un dispositif médical de classe I marqué CE, fabriqué par EuroTec B.V. Il est destiné à être utilisé sur des peaux saines et pour fixer les bords des supports cutanés ou des pansements dans la prise en charge des stomies, des fistules ou des plaies. VARIMATE® Ultra-fin est inscrit sous nom de marque au titre I de la LPPR, chapitre 1, section 4, sous-section 1, au paragraphe 3, dans la rubrique A, code 1147403.

VARIMATE® est une marque déposée de EuroTec B.V. utilisée sous licence par les Laboratoires ConvaTec.

® /™ indique une marque d'une société du groupe ConvaTec. Novembre 2021.

La tétralogie de Fallot

La tétralogie de Fallot est une cardiopathie congénitale cyanogène. Elle représente 7 à 10 % des anomalies cardiaques congénitales, tant chez les filles que chez les garçons. Sa fréquence est comparable dans toutes les régions du monde. Zoom sur cette pathologie et sa prise en charge.

En France, un nouveau-né sur cent vient au monde avec une malformation cardiaque et la tétralogie de Fallot représente environ 7 à 10 % de ces cardiopathies néonatales.

Les causes exactes ne sont pas connues. Certains facteurs pourraient augmenter le risque de constitution de la malformation au cours du développement de l'embryon. Dans certains cas, cette cardiopathie est associée à une anomalie génétique. Les plus fréquentes sont le syndrome de Di-George (déletion 22q11) et la trisomie 21.

Les bases pour bien comprendre :

La voie VD-AP (ventricule droit-artère pulmonaire) se décompose en quatre étages :

1. l'infundibulum (tunnel musculaire constituant la sortie du VD),
2. l'anneau pulmonaire (partie circulaire fibreuse sur laquelle s'insèrent les valves pulmonaires),
3. les valves pulmonaires,
4. le tronc artériel pulmonaire.

La partie supérieure du septum interventriculaire, située immédiatement sous les valves aortiques et pulmonaires, s'appelle le septum conal (voir schéma 2).

La tétralogie de Fallot est définie par l'association de quatre lésions anatomiques (tétra = 4) qui sont en fait les conséquences d'une seule anomalie survenant lors du développement embryologique du cœur fœtal : le déplacement vers l'avant et la droite du septum conal.

Ces quatre lésions anatomiques sont :

- une communication interventriculaire large (CIV dite « conale »),
- la dextroposition aortique (l'aorte décalée vers la droite, « à cheval » sur le septum interventriculaire),
- une sténose de la voie VD-AP plus ou moins importante,
- l'hypertrophie du VD, réactionnelle à la sténose VD-AP.

La voie pulmonaire peut-être plus ou moins sténosée au niveau d'un seul ou de plusieurs étages, ce qui rend la symptomatologie plus ou moins sévère d'un patient à l'autre.

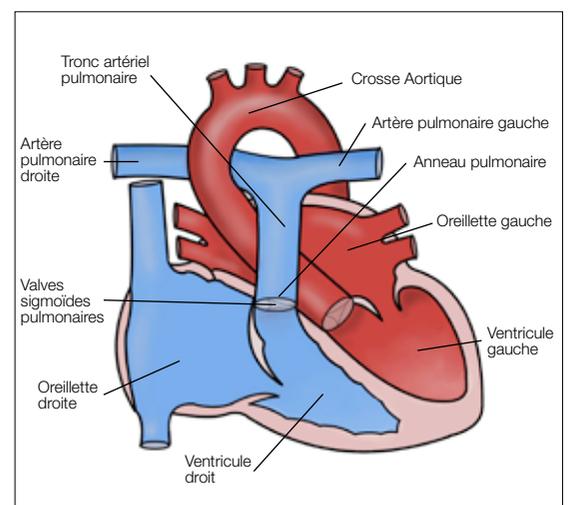


Schéma 1 : cœur normal

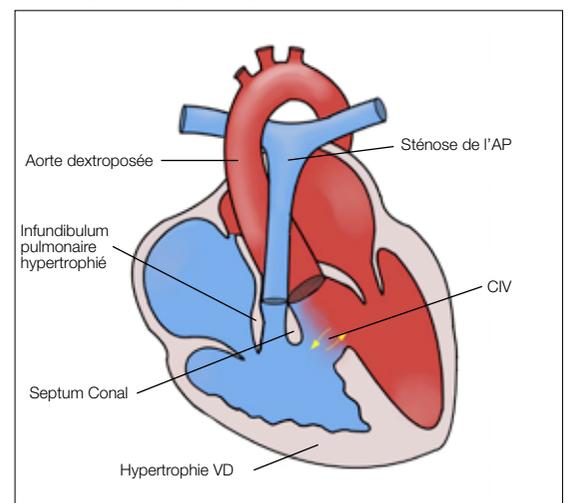


Schéma 2 : tétralogie de Fallot

Les signes cliniques principaux : souffle cardiaque et cyanose

L'intensité de la cyanose dépend de la sévérité de l'obstacle VD-AP. Plus l'obstacle est sévère, moins le sang

du ventricule droit atteindra les poumons (hypo-débit pulmonaire, bas débit pulmonaire). Il passera plus facilement à travers la CIV puis vers l'aorte provoquant ainsi le mélange de sang désoxygéné et oxygéné : l'enfant est alors cyanosé et sa saturation artérielle en oxygène (SaO_2) baisse. La cyanose se traduit par une teinte bleu-tée de la peau, des lèvres et des muqueuses (conjonctives).

La complication principale : le malaise hypoxique (malaise de Fallot)

Le principal signe de gravité est la survenue du « *malaise de Fallot* » : l'enfant devient alors très cyanosé.

La désaturation profonde ($\text{SaO}_2 < 50\%$), peut-être responsable d'une véritable perte de connaissance.

En effet, le calibre de la voie VD-AP dans sa portion infundibulaire, n'est pas figé. L'infundibulum est un tunnel musculaire, plus au moins étroit, du fait de la réactivité musculaire infundibulaire. Lors d'agitation ou de crises de pleurs, la contraction musculaire de l'infundibulum, déjà très hypertrophié, peut majorer l'obstacle VD-AP et empêcher tout passage du sang vers les poumons. Le débit pulmonaire est alors bloqué (le sang du VD ne peut plus aller vers les poumons pour être ré-oxygéné) et le shunt droite-gauche à travers la CIV se majore. La saturation chute très sévèrement, aboutissant parfois une perte de connaissance.

Il s'agit alors d'une véritable urgence médicale!

Ces malaises hypoxiques sont favorisés en cas de fièvre, douleur, déshydratation, crise de pleurs.

Ces épisodes de désaturation significative peuvent durer une dizaine à une trentaine de minutes.

Conduite à tenir lors d'un malaise hypoxique

A la maison :

L'enfant doit être calmé et placé sur le dos, les membres inférieurs repliés sur le thorax, jusqu'à ce que les genoux touchent la poitrine (position génu-pectorale), ainsi cette position permet de forcer l'obstacle VD-AP en augmentant le retour sanguin vers le VD puis les poumons.

Cette manœuvre d'accroupissement ou « *squatting* » est une position parfois spontanée chez le nourrisson atteint de tétralogie de Fallot.



A l'hôpital :

Lorsqu'un malaise survient au cours d'une hospitalisation, le nourrisson sera mis également en position « *squatting* ». Une oxygénothérapie aux lunettes et l'injection, par le médecin, de Valium® (en IV ou IR) ou de morphine seront pratiquées. Un traitement par bêta-bloquants (Avlocardyl®) pourra également être administré.

“ La tétralogie de Fallot est définie par l'association de quatre lésions anatomiques qui sont en fait les conséquences d'une seule anomalie survenant lors du développement embryologique du cœur fœtal : le déplacement vers l'avant et la droite du septum conal. ”

Les parents doivent être informés de la nécessité absolue d'informer le cardiopédiatre en cas de survenue de malaise. La survenue d'un malaise constitue une indication de prise en charge interventionnelle rapide.

Principes de prise en charge

Prise en charge palliative

Lorsque la voie VD-AP est très sténosée, la perfusion des poumons est initialement assurée par le canal artériel. Lorsque celui-ci se ferme naturellement après la naissance, il peut arriver que la perfusion pulmonaire devienne insuffisante. La cyanose va alors se majorer. On dit que le flux pulmonaire est « *ducto-dépendant* ». Lorsque la perfusion pulmonaire devient inférieure à 80 %, il est nécessaire de maintenir le canal artériel par perfusion de prostaglandines de synthèse (Prostine®).

Une intervention doit alors être rapidement programmée, afin d'assurer un flux pulmonaire suffisant et pouvoir ainsi arrêter la Prostine®.

Différentes procédures sont proposées en fonction du patient et de son anatomie, afin de rétablir un débit pulmonaire suffisant :

• Anastomose de Blalock-Tausig

Elle consiste à insérer un petit tube de Gore-Tex entre l'artère sous-clavière et l'artère pulmonaire. Le sang passera de l'aorte vers les poumons et augmentera ainsi le débit pulmonaire.

• Stenting du canal artériel

Il s'agit de la mise en place d'un stent dans le canal artériel le maintenant ainsi ouvert.

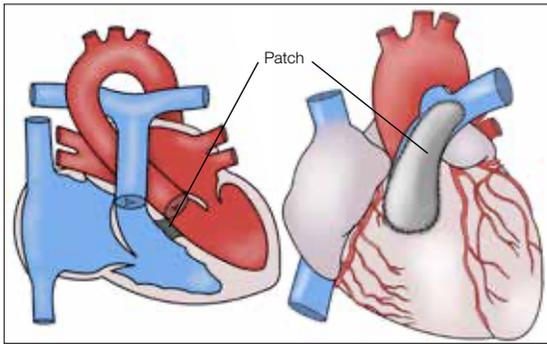
• Ouverture du ventricule droit-artère pulmonaire

Elle consiste en l'élargissement du tronc et de l'anneau pulmonaire à l'aide d'un petit patch.

L'une de ces trois options est choisie lorsque la désaturation est significative et que la correction chirurgicale n'est pas souhaitable à ce stade.

Correction chirurgicale complète

Celle-ci peut être réalisée après trois mois et/ou cinq kilos (idéalement vers six mois). Il s'agit d'une opération à cœur ouvert, réalisée sous circulation extra-corporelle. La procédure consiste à fermer le CIV par un patch et à corriger la sténose VD-AP à l'aide d'un patch d'élargissement, plus ou moins étendu.



Schémas 3 et 4 : correction chirurgicale et fermeture du CIV par un patch

Après l'intervention l'enfant séjournera en réanimation. La durée de ce séjour est très variable et les critères de sortie vers le service conventionnel se font en fonction de ses capacités de récupération en post-opératoire et des éventuelles complications.

Surveillance en service conventionnel

L'enfant, de retour en service conventionnel, aura sur les premières 48 heures une surveillance minutieuse des constantes hémodynamiques, de la température et du niveau d'analgésie en fonction de sa douleur.

Pansements et cicatrisation

Les soins de la cicatrice sont assurés suivant les indications du chirurgien et le protocole du service.

La survenue de modifications inattendue de la plaie – rougeur, écoulement, désunion, douleur localisée – doit immédiatement être prise en compte.

Le processus de cicatrisation est généralement :

- de sept à dix jours pour l'épidermisation,
- de trois à quatre semaines pour la consolidation.

La kinésithérapie

La kiné respiratoire est nécessaire et fait partie intégrante de la prise en charge post opératoire, en particulier au regard du risque de complications respiratoires. Chez le nourrisson, la kiné-respiratoire sera passive. Chez l'enfant elle sera active avec bouteille à bulles et spirométrie incitative.

Elle permet un désencombrement du rhino-pharynx et de l'arbre bronchique ainsi que la récupération de l'ampliation thoracique.

Les traitements médicamenteux

Le traitement antalgique est fondamental en post-opératoire. Il doit être protocolisé et adapté à chaque patient. Des traitements à visée cardiaque (diurétiques, IEC, Béta-bloquant) sont souvent nécessaires en période post-opératoire précoce.

L'éducation thérapeutique

Elle est indiquée dès la première rencontre avec la famille et renforcée à chaque visite.

Après l'intervention, elle comporte l'éducation sur la compréhension de la maladie, les signes d'alarme qui

doivent alerter et conduire à une consultation et la maîtrise d'un éventuel traitement à domicile.

Le suivi (consultation, échographie cardiaque) est organisé par le cardiopédiatre. Il est nécessaire tout au long de la vie d'un patient opéré d'une tétralogie de Fallot, même à l'âge adulte.

“ **La kiné respiratoire est nécessaire et fait partie intégrante de la prise en charge post opératoire, en particulier au regard du risque de complications respiratoires.** ”

Prévention :

La bronchiolite :

Afin de prendre des mesures préventives permettant d'éviter des infections pendant la saison épidémique, le vaccin contre la bronchiolite avec le Synagis® est préconisé. Même s'il ne prévient pas complètement la survenue de la maladie, il diminue très significativement la gravité de celle-ci.

L'endocardite :

Comme toute cardiopathie congénitale, le risque d'endocardite est supérieur à celui de la population générale. La prévention repose sur des règles d'hygiène bucco-dentaire et des mesures de prophylaxie lors de gestes à risque.

Conclusion

Après une chirurgie de réparation, la très grande majorité des enfants opérés mènent une vie normale et peuvent pratiquer du sport. Néanmoins, un suivi régulier reste nécessaire, permettant ainsi le dépistage d'éventuelles complications qui pourraient apparaître au fil des années comme des troubles du rythme ou une dilatation du ventricule droit.

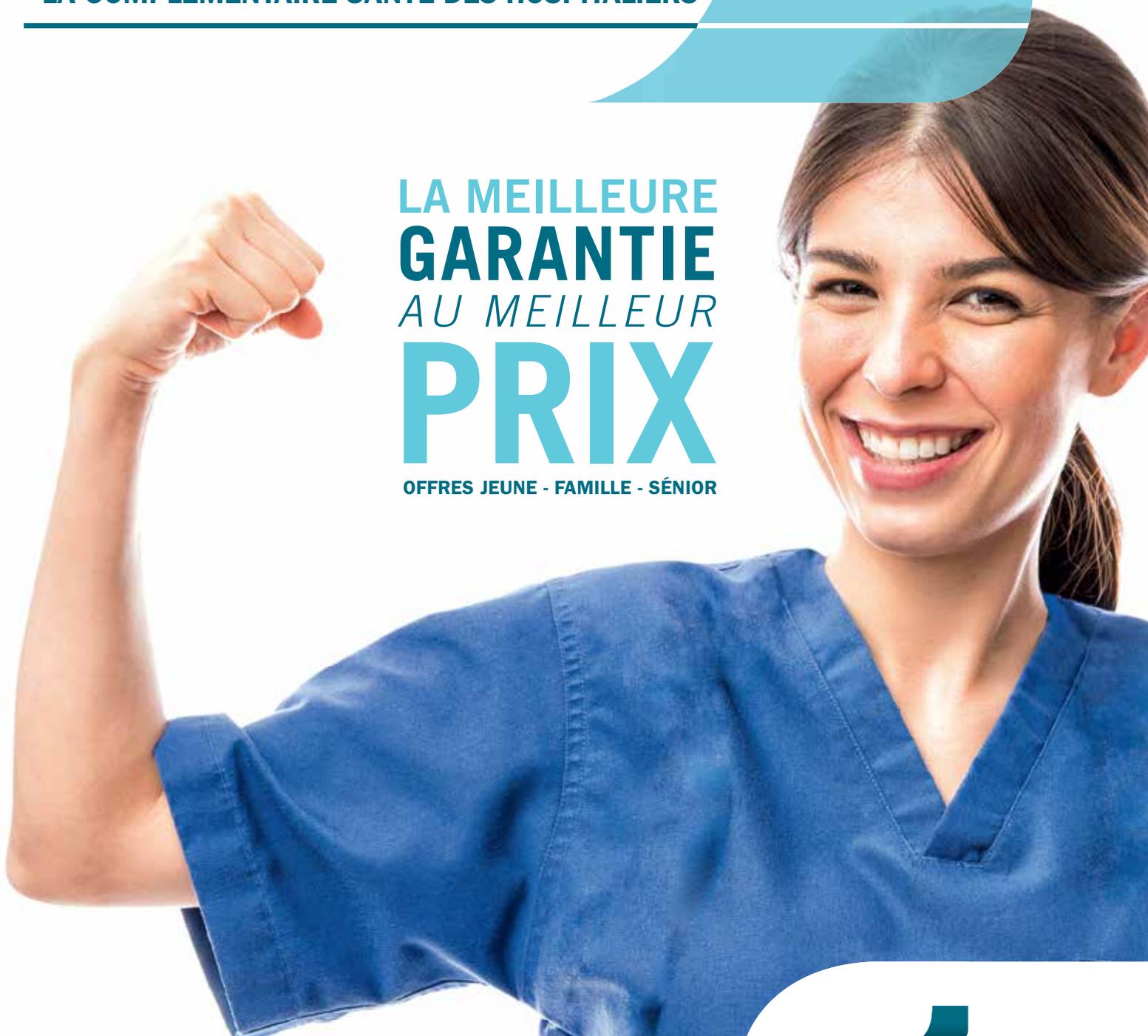
Florence Kreis-Fassy est l'auteur de l'ouvrage *Cardiologie congénitale et pédiatrique*, paru aux Éditions Sauramps médical et réalisé en collaboration avec les Pr Virginie Fouilloux (PU-PH et chirurgien thoracique) et Caroline Ovaert (PU-PH et cardiopédiatre) du service de cardiologie pédiatrique à l'AP-HM (La Timone, Marseille).

FLORENCE KREIS-FASSY, IDE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE PÉDIATRIQUE DE LA TIMONE (MARSEILLE)

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES HOSPITALIERS

LA MEILLEURE
GARANTIE
AU MEILLEUR
PRIX

OFFRES JEUNE - FAMILLE - SÉNIOR



NOUVEAU

DÉCOUVREZ NOS
NOUVELLES
OFFRES 2021

03 26 87 95 89

(CÔÛT D'UN APPEL LOCAL)



Devis et adhésion 100% en ligne
www.uniph.fr

uniph
ACTEURS ENGAGÉS
POUR NOTRE SANTÉ

www.uniph.fr

REJOIGNEZ-NOUS SUR :

facebook
J'aime



horizon-bleu.com UNIPH (Union Nationale pour les Intérêts du Personnel Hospitalier) Association à but non lucratif (loi 1901), 34 rue des moulins 51100 REIMS. Courriel/Gestionnaire : Uni Santé Prévoyance - n° Immatriculation ORIAS 07 025 792.

Troubles psychiatriques : une difficile prise en charge en libéral

La prise en charge en libéral des patients atteints de pathologies psychiques est encore loin d'être répandue. Outre la stigmatisation des patients, la cotation non adaptée, la lourdeur de la prise en charge et le manque de soutien freinent les infirmières libérales à s'engager dans cette voie.

Jennifer Verbeke, infirmière libérale à Paris, a une patientèle composée à 80 % de patients souffrants de troubles psychiatriques.



© Malika Surbled

Jennifer Verbeke est infirmière libérale (idel) à Paris. Environ 80 % de sa patientèle est composée de personnes atteintes de troubles psychiatriques. En janvier 2016, elle a monté un cabinet libéral en grande partie dédié à cette patientèle. « J'ai exercé pendant dix

ans dans un service intrahospitalier en psychiatrie mais face au manque de moyen dédié, j'ai décidé de m'installer en libéral, explique-t-elle. J'avais identifié des problématiques concernant les sorties d'hospitalisation de patients ayant besoin de soins somatiques notamment. Et comme les idels sont souvent frileuses à l'idée d'intervenir chez des patients atteints de troubles mentaux, j'ai lancé mon projet. »

Privilégier les soins en ville

Si pendant longtemps l'hospitalisation des patients atteints de troubles mentaux a été privilégiée, depuis une trentaine d'années, l'ouverture sur la ville est investie par les pouvoirs publics avec notamment la mise en place des centres médico-psychologiques (CMP), « dans l'idée que le patient est mieux chez lui qu'en intrahospitalier », rappelle François Poulain, président de l'Union régionale des professionnels de santé libéraux (URPS) Infirmiers Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et idel, dont la patientèle est notamment composée de patients atteints de troubles psychiatriques.

« Pour une grande majorité d'entre eux, un retour à domicile est possible, de l'épisode dépressif léger jusqu'à la schizophrénie, souligne Loïc Rohr, chercheur en soins infirmiers, qui a exercé en établissement psychiatrique et en CMP. Ils doivent avant tout faire preuve d'une certaine autonomie. »

Néanmoins, malgré cet accent mis sur la ville, les patients se heurtent à un manque d'offres de prise en charge. Plusieurs raisons l'expliquent. Outre les CMP surbookés, « historiquement, les idels n'ont pas l'habitude de s'occuper de cette patientèle, d'autant plus que

les maladies mentales ont été largement stigmatisées, regrette Jennifer Verbeke. On pense principalement aux délirants, aux psychotiques, aux patients agressifs mais beaucoup plus rarement à la personne âgée dépressive. » Or, le champ d'intervention inclut aussi l'addictologie, les névroses ou encore la dépression.

Manque de formation... et de temps

En parallèle, la formation des infirmières n'est pas nécessairement adaptée. « Les soins en psychiatrie sont très particuliers et, en formation initiale, ils ne sont pas vraiment considérés », regrette François Poulain.

Le diplôme dédié a disparu en 1992. Depuis, « au sein de la formation initiale, il y a cette dichotomie entre le somatique et le psychique. Les Ipsi peinent à intégrer le côté "psy" dans leur formation. » Conséquence : il est difficile pour les idels de se confronter à ces soins sans savoir comment les aborder. Et c'est sans compter la cotation.

« La question du temps de la prise en charge et de la cotation associée est aussi l'une des raisons d'un refus de prise en charge », fait savoir Loïc Rohr. Les soins en psychiatrie sont mal rémunérés. « Face à un patient psychiatrique en souffrance, on ne peut pas simplement lui dire de prendre ses médicaments et repartir, pointe du doigt François Poulain. C'est pourtant l'image que tout le monde en a, notamment nos instances, l'Assurance maladie ou encore les hospitaliers. L'accompagnement que nous proposons est global mais il n'est pas reconnu. »

Outre la relation de confiance plus longue à instaurer, qui nécessite de passer du temps avec le patient, l'idel va bien souvent être la personne ressource du patient et régler ses problématiques de prises en charge. « En arrivant au domicile, face à une patiente qui a, par exemple, des troubles psychiatriques et une chimiothérapie, l'infirmier gère ses rendez-vous, organise le transport, appelle le laboratoire pour obtenir le bilan sanguin, énumère François Poulain. Car souvent ce type de patient est inapte à effectuer les actes de la vie courante. »

Des prises en charge difficiles

Généralement, l'orientation des patients vers les idels est effectuée directement par les hôpitaux ou les CMP. « Ils nous appellent pour nous informer de la sortie d'un patient et de la nécessité de notre intervention pour l'observation du traitement », explique François Poulain. Mais il est des cas où les idels se retrouvent confrontés à ce type de prise en charge sans nécessairement l'avoir voulu. « Une personne peut, par exemple, nous appeler pour un soin somatique et, en arrivant à son domicile, nous constatons qu'elle a des troubles psychiatriques, raconte François Poulain. Certains infirmiers vont effectuer la prise en charge sans se poser de question. Mais pour d'autres, cela peut être plus compliqué. C'est arrivé



© Sylvie Legoupi

à l'un de mes confrères. Il m'a alors appelé pour me demander de prendre le relais. »

Car face aux patients atteints de troubles psychiatriques, l'idel peut avoir plusieurs problématiques à gérer. Une observation clinique amoindrie peut entraîner une mauvaise anticipation d'une décompensation du patient, génératrice d'un comportement agressif ou d'un refus de soins.

« J'ai déjà récupéré des prises en charge arrêtées par des idels parce le patient n'ouvrait plus la porte », indique Jennifer Verbeke. Et d'expliquer : « En santé mentale, il faut savoir adapter la prise en charge et rester compliant aux soins lorsqu'on constate qu'ils peuvent être trop lourds pour le patient. »

Il s'agit d'un savoir-faire ou d'un savoir-être qui s'apprend. « Lorsqu'un patient ne va pas bien ou qu'il ne souhaite pas prendre son traitement par exemple, l'idel peut tout à fait décider, après une évaluation de la situation et sans lui faire prendre de risque, de revenir le lendemain pour réessayer », conseille Loïc Rohr. Il est aussi possible de faire appel aux CMP. Mais tous les patients n'ont pas de lien avec ces structures. Il faut alors voir s'ils peuvent et veulent investir dans des consultations auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre et éventuellement leur donner des coordonnées.

Enfin, en cas d'urgence, lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou pour les autres, ou encore s'il

Loïc Rohr, chercheur en soins infirmiers, a exercé en établissement psychiatrique et en CMP. Ici, aux côtés d'un patient atteint de schizophrénie, avec qui il partage un intérêt pour la guitare.

FORMATION ET OUTILS

- Les infirmiers peuvent accéder à des formations pour la prise en charge de patients atteints de pathologies psychiatriques dans le cadre du Développement professionnel continu et de Diplômes universitaires en santé mentale.
- L'URPS Infirmiers Provence-Alpes-Côte d'Azur a élaboré des outils pratiques pour aider les idels dans la prise en charge de la santé mentale avec notamment des conduites à tenir par pathologies : <https://www.urps-infirmiere-paca.fr/les-dossiers/la-prise-en-charge-de-la-sante-mentale/> ■

décompense et que la situation n'est plus gérable, la solution reste l'appel aux urgences et, en cas de trouble, à la police.

« Face à ces différents choix, le point délicat reste la temporalité de la réponse, estime Loïc Rohr. Quand l'infirmier est dans une situation d'urgence mais pas au point d'appeler les urgences, il n'existe pas vraiment de dispositif "entre deux" permettant un suivi à domicile. Cela pourrait relever du rôle des CMP mais en raison du manque de personnel et de l'absence de rentabilité de la visite à domicile, ils proposent de moins en moins ce service. »

Un travail en réseau

Pour être accompagné au mieux, il est alors important de développer son réseau. C'est d'ailleurs ce que propose Jennifer Verbeke, via son association Réseau Soins Psy, qui assure les entretiens d'écoute et de soutien, établit les programmes thérapeutiques des patients, les projets de vie et les démarches à effectuer au quotidien. Elle oriente les patients vers les professionnels dédiés en fonction de la problématique rencontrée, assure la coordination et le soutien au patient.

« Avec un psychologue et un psychothérapeute, nous avons créé cette association avec un numéro d'orientation pour répondre aux problématiques des patients, de leurs proches mais aussi des autres soignants en difficulté dans leur prise en charge », indique-t-elle. « Il est important de prendre le temps d'instaurer ce travail

en collaboration et en pluridisciplinarité, qui s'effrite avec le temps », complète Loïc Rohr.

En libéral, des initiatives se mettent en place notamment dans le cadre des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Elles sont de plus en plus nombreuses à développer un axe sur la

prise en charge de la santé mentale. « Au sein de notre CPTS Itinéraire Santé à Marseille, nous réfléchissons à une organisation qui permettrait d'orienter rapidement les patients atteints de troubles psychiatriques, indique François Poulain. Le professionnel de santé en difficulté face à un patient pourrait appeler un numéro de téléphone avec un accès à des infirmières coordinatrices en charge de la gestion d'un planning de professionnels de santé formés pour une première prise en charge psy. » Et de conclure : « Dans le cadre de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI), nous avons d'ailleurs prévu des formations de professionnels de santé volontaires pour participer à ce parcours de soins en santé mentale. » ■



François Poulain, président de l'Union régionale des professionnels de santé libéraux (URPS) Infirmiers Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et idel, dont la patientèle est notamment composée de patients atteints de troubles psychiatriques.

© DR

LAURE MARTIN

RETOUR TERRAIN À TOULOUSE

Du côté de Toulouse, huit infirmiers se sont spécialisés dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. « Nous avons lancé le cabinet début 2012 et dès la fin de cette année, la deuxième tournée était lancée », rapporte Jean-Baptiste Bompart, fondateur du cabinet. Face à la demande croissante de prise en charge, une troisième tournée a été créée en 2018. Toutes incluent des patients atteints de troubles psychiatriques.

Ce sont les mêmes infirmiers qui assurent les mêmes tournées, « afin de garantir une continuité de suivi avec les patients », indique Laure Lafitte, idel au sein du cabinet. Les soignants pointent toutefois du doigt la dichotomie entre la prise en charge offerte aux patients et la cotation de leurs actes qui repose principalement sur la distribution des médicaments.

« Notre prise en charge est en réalité plus complète, souligne Jean-Baptiste Bompart, précisant devoir effectuer des demandes préalable pour les prises en charge globales. Systématiquement, nous nous assurons du bon état de santé de la personne, de ses conditions de vie, de la stabilité de son état mental... » Ils assurent aussi le lien avec le CMP, le psychiatre ou le généraliste. Sans compter la gestion des thérapeutiques qu'ils vont

chercher à la pharmacie, pour des questions de sécurité.

« Uniquement pour l'activité de psychiatrie, il faut trois patients par heure pour dégager un Smic horaire, alors nous élargissons notre temps de travail, fait savoir Laure Lafitte. La psychiatrie, cela plaît ou cela ne plaît pas ».

Face aux difficultés de prises en charge, « nous ne faisons pas de miracles, poursuit Jean-Baptiste Bompart. Nos outils, c'est notre expérience. Nous sommes un peu aidés par le maillage des CMP et des psychiatres, mais eux aussi sont en difficulté. » A ce jour, le cabinet est également amené à gérer de plus en plus de réhospitalisations avec des appels au centre 15, alors qu'elles l'étaient jusqu'à présent par le CMP.

« Le problème, c'est que chaque CMP dépend d'un secteur géographique et donc d'une unité hospitalière, rappelle l'infirmier. En passant par le CMP, le patient bénéficie d'une continuité dans son suivi, alors qu'avec le 15, il est hospitalisé dans une structure où des places sont disponibles. » L'infirmier incite les idels à ne pas s'engager dans cette prise en charge s'ils ne le souhaitent pas réellement, « sinon le patient va le ressentir, ce qui n'aiderait pas à son adhésion aux soins », conclut-il, conseillant de ne pas hésiter à déléguer et à transférer le suivi en cas de problème. ■

formez-vous en ligne

avec les webinaires
mes-debuts-idels.fr



Rendez-vous sur
webikeo.fr/chaine/mes-debuts-idel

Pour bien débiter en tant qu'infirmier-e libéral-e,
participez aux webinaires mes-debuts-idels.fr pour
trouver toutes les réponses à vos questions !

Mes
débutIdel.fr



Bilan de soins infirmiers : le déploiement confirmé

Deux des trois syndicats représentatifs de la profession ont signé le 9 novembre, avec l'Union nationale des caisses de l'Assurance maladie (Uncam), l'avenant 8 à la convention nationale des infirmiers. Une signature qui acte les nouvelles modalités de déploiement du Bilan de soin infirmier.

L'accord signé par l'Uncam, la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil) permet la poursuite du déploiement du Bilan de soins infirmiers (BSI), considérée par les signataires comme « une réforme majeure en matière de prise en charge des patients dépendants à domicile ».

« Nous sommes satisfaits de pouvoir avancer, souligne John Pinte, président du Sniil. Cela fait dix ans que l'on travaille sur le BSI, il était temps que nous parvenions à un accord. » Et d'ajouter : « Il s'agit d'un outil complet pour la profession, permettant une bonne prise en charge des patients. Et surtout, il permet de faire disparaître la notion de temps, caractéristique de la Démarche de soins infirmiers (DSI), génératrice de litiges et de

demande d'indus par les Caisses primaires de l'assurance maladie (Cpam). »

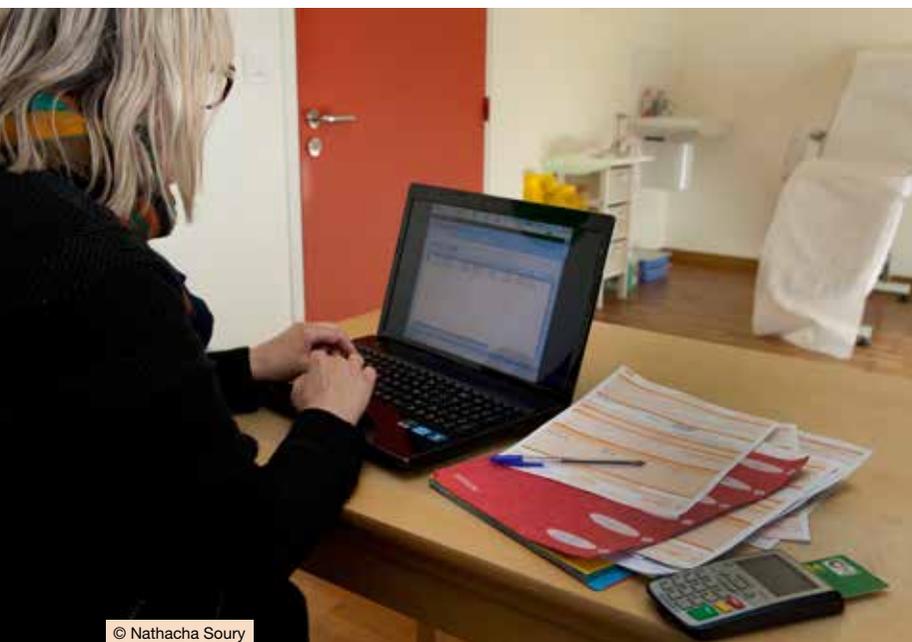
“
L'accord prévoit un quasi doublement de l'investissement de l'Assurance maladie sur le BSI avec une revalorisation de 80 %.”

Pour rappel, le BSI a été initié en janvier 2020 en remplacement de la DSI. Il combine la mise en place d'un outil dématérialisé d'évaluation des besoins des patients, pour définir et décrire un plan de soins, associé à une rémunération forfaitaire à la journée (sur trois niveaux à savoir léger, intermédiaire et lourd variant de 13 euros à 28,70 euros par jour), suivant la charge de travail et la complexité de la prise en charge induites.

Deux nouveautés

Deux éléments principaux sont actés au travers de l'avenant 8. Tout d'abord, d'un point de vue financier, l'accord prévoit un quasi doublement de l'investissement de l'Assurance maladie sur le BSI avec une revalorisation de 80 %, pour porter son impact à 217 millions d'euros par an, contre 122 millions d'euros par an dans l'accord initial (soit 95 millions d'euros de plus chaque année en rythme de croisière). A horizon 2024, l'Assurance Maladie devrait avoir investi 714 millions d'euros sur le BSI, soit 314 millions d'euros de plus que ce qui était initialement prévu.

« Nous sommes sur une enveloppe qui permet le financement du déploiement du BSI à toute la population dépendante », se félicite John Pinte. Puis en 2024, il y aura une renégociation. « Nous allons avoir un suivi mensuel



© Nathacha Soury

« NOUS NE SOMMES PAS SUFFISAMMENT RÉMUNÉRÉS »

Amélie Hernu, idel en Champagne-Ardenne

« Avec la mise en place du BSI, je perds de l'argent. Aujourd'hui, pour mes patients les plus dépendants, j'en suis à revoir mon nombre de passages à leur domicile car je suis moins bien rémunérée qu'avec les anciennes cotations. Auparavant, je n'aurais pas hésité à faire trois passages alors qu'aujourd'hui, je n'en fais plus que deux. De plus, dans le cadre du nouvel avenant, certaines combinaisons ont été revues à la baisse pour la prise en charge des moins de 90 ans. Et si jusqu'à présent, certaines nous permettaient de bénéficier du forfait lourd, ce ne sera désormais plus le cas. Je m'interroge vraiment pour l'avenir. Les patients les plus lourds vont-ils trouver des infirmières pour les soigner ? Certes, c'est un métier de vocation et d'humanité, mais on ne peut pas nous demander de travailler en étant moins rémunéré. Néanmoins, je reconnais que tout n'est pas mauvais dans le BSI, notamment le fait d'être libéré de cette notion de temps et de pouvoir avoir une vision globale du patient. Malheureusement, nous ne sommes pas suffisamment rémunérés pour les actes effectués. Être payée 28 euros auxquels s'ajoutent les indemnités de déplacement, après avoir passé deux heures chez un patient atteint de troubles cognitifs, ce n'est pas suffisant. » ■

du déploiement de l'outil et des forfaits mis en œuvre afin d'analyser l'évolution de la dépense », ajoute-t-il.

L'accord fixe par ailleurs un nouveau calendrier de déploiement confirmant l'objectif d'une généralisation début 2023, soit une échéance proche de celle initialement fixée à janvier 2023. Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2022, les DSI seront remplacées par des BSI sur toutes les classes d'âge. Cependant, pour les populations âgées de moins de 90 ans, la facturation continuera de s'effectuer en AIS. C'est en septembre 2022 que la nouvelle tarification des soins aux forfaits BSI sera étendue aux patients dépendants âgés de 85 ans à 89 ans. Puis, à compter d'avril 2023, elle le sera à l'ensemble des patients dépendants quel que soit leur âge.

La valeur des forfaits n'a pas été modifiée entre l'avenant 6 et l'avenant 8. En revanche, les combinaisons qui permettent la détermination des forfaits a évolué. De fait, certains forfaits sont passés de lourds à intermédiaires, « mais nous avons sécurisé les plus de 90 ans qui représentent les patients les plus lourds », indique John Pinte. L'enclenchement de la nouvelle phase en septembre 2022 laisse aux infirmiers le temps de s'approprier l'ensemble de la réforme. D'ici à cette échéance, ils bénéficieront d'un accompagnement renforcé de l'Assurance maladie sur le BSI. « L'accompagnement va se faire en local par les Cnam, fait savoir John Pinte. Et la Cnam devrait mettre en ligne un tuto pour bien comprendre l'outil. »

Points de tension

Lors des négociations, des points de tension ont cristallisé les échanges entre les syndicats et l'Assurance maladie. Celle-ci voulait notamment introduire dans l'avenant les contrôles individuels qu'elle compte mener auprès des idels afin de s'assurer qu'elles utilisent correctement l'outil. « Nous n'avons pas souhaité que cette mesure de contrôle figure dans l'avenant car nous estimons que les syndicats n'ont pas à valider les critères de contrôle de l'Assurance maladie », fait savoir John Pinte.

De son côté, Convergence infirmière n'a pas signé l'avenant 8. « Les forfaits prévus dans le cadre du BSI sont générateurs de perte pour les idels, pointe du doigt Ghislaine Sicre, présidente du syndicat. Nous ne pouvons pas nous satisfaire d'avoir un algorithme qui fait perdre de l'argent par rapport à la prise en charge proposée avant. Personnellement, j'ai quatre patients en BSI, et je perds de l'argent pour trois d'entre eux, avec environ 90 euros en moins à la fin du mois. »

Et d'ajouter : « Le BSI est délétère pour le patient. Et à termes, je crains une perte du rôle propre infirmier puisque la profession va se désintéresser de ces prises en charge, qui vont progressivement être confiées à d'autres. »

Convergence infirmière réclamait la mise en place de quatre forfaits et « nous aurions également aimé que le BSI soit côté en demi-journée, afin de faciliter la compatibilité au sein d'un cabinet infirmier », conclut Ghislaine Sicre. ■

LAURE MARTIN

« LE BSI VALORISE L'AUTONOMIE DE L'IDEL »

Bernadette Hérault, idel en Ile-de-France

« Je suis totalement favorable au BSI, je trouve que ce dispositif nous évite beaucoup de paperasserie et de perte de temps. La DSI devait être renouvelée tous les trois mois, ce qui impliquait de courir après les familles pour obtenir la signature du médecin. Avec le BSI, le médecin le prescrit, l'infirmier le réalise et nous l'envoyons à l'Assurance maladie via notre portail sur ameli.fr. Nous sommes ensuite tranquilles pour un an. Outre le gain de temps, c'est aussi un gain d'argent car je peux consacrer ce temps à la réalisation d'autres actes. De plus, si au cours de l'année, l'état du patient s'aggrave, nous pouvons changer de forfait sans avoir à passer par le médecin.

Je pense qu'il s'agit d'un moyen de revaloriser la fonction infirmière dans sa globalité et dans son rôle propre car nous évaluons la prise en charge de la personne dépendante. Alors certes, certains disent que nous perdons de l'argent en raison du montant des forfaits, mais il ne faut pas oublier qu'en fonction des patients, il est possible de coter d'autres actes en plus du forfait. Par exemple, pour la prise en charge d'un patient diabétique, outre le forfait lourd, nous pouvons ajouter les insulines, le dextro, etc.

A partir du moment où les infirmières vont analyser l'outil et l'étudier, elles vont constater qu'il est très facile à utiliser. Il suffit d'avoir effectué son plan de soins pour son patient et de connaître les textes qui régissent la profession. Cet outil permet de combiner la prise en charge et le rôle autonome de l'infirmier. » ■

Démissions en bloc au bloc

Si l'hôpital public dans son ensemble est frappé par des difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel, certains secteurs sont plus touchés que d'autres.

C'est le cas des blocs opératoires, que de nombreux professionnels sont en train de quitter.

« **L**e bloc, tu le sens ou tu ne le sens pas. Soit tu es fait pour, soit ce n'est pas la peine », déclare avec fougue Sophie*. Ibode dans un CHU qu'elle préfère ne pas nommer, elle se range aisément dans la première catégorie, allant jusqu'à estimer qu'elle ne peut « pas faire autre chose que travailler au bloc ».

Et pourtant, cette infirmière chevronnée, qui affiche vingt-cinq ans de bons et loyaux services dans les salles d'opérations, a posé sa démission au mois de septembre. Et l'obligation vaccinale n'a rien à voir avec cette décision. « J'ai préféré partir avant de finir aigrie et de détester mon travail », explique-t-elle.

Qu'est-ce qui a tant changé pour que la passion d'une vie se transforme en objet de souffrance ? Les raisons sont multiples, mais la principale, selon Sophie, est le manque de considération accordée aux professionnels des blocs opératoires. « Personne ne nous écoute, nous ne sommes pas valorisés, nous sommes juste des pions que l'on peut balader d'une ligne de planning à une autre », dénonce-t-elle.

À ce qu'elle assimile à une forme de mépris s'ajoute des conditions de travail qui ne permettent plus d'assurer ce qu'elle considère comme des soins de qualité. « J'ai une façon de travailler avec certaines valeurs, explique l'infirmière. Quand tu arrives au travail et que ces valeurs ne sont pas respectées, tu ne peux pas penser à autre chose. J'ai vraiment eu peur de la faute professionnelle. »

« On ne fait plus du bon travail »

Et le cas de Sophie est loin d'être isolé. Arthur*, lui aussi ibode dans un CHU dont il préfère taire le nom, peut en témoigner : s'il n'a pas encore posé sa démission, il cherche ouvertement à s'évader du bloc, lui qui y travaille depuis vingt ans. Il a même fait une immersion dans un autre service, dans lequel il aimerait être muté dans les mois à venir. « Si je veux partir du bloc, c'est tout simplement parce qu'on n'y fait plus du bon travail », soupire-t-il.

Et le quadragénaire de lister, de manière non exhaustive, les problèmes qu'il rencontre au quotidien : « on doit stocker du matériel dans les couloirs, les distances de

circulation entre le stérile et le non stérile ne sont pas respectées, les ASH, qui auparavant étaient stables dans le service, ne sont plus dédiés au bloc, ce qui fait qu'ils ne savent pas exactement comment le matériel doit être rangé et qu'on perd énormément de temps... »

Combien sont-ils, à l'instar de Sophie et d'Arthur, à avoir quitté les blocs ou à envisager de le faire ? « Difficile de le quantifier à notre niveau », répond Rachid Digoy, président du Collectif Inter-blocs qui alerte sur la situation dans le secteur depuis plusieurs années. « Ce que nous savons, en revanche, c'est que de très nombreux collègues nous font remonter des départs ou des changements de service », ajoute-t-il.

Côté ressources humaines, on n'a pas non plus de chiffres précis à donner. « L'hôpital connaît une situation critique sur le plan des ressources humaines, mais cette situation est très différente d'un établissement à l'autre, et il est difficile d'avoir des données consolidées au niveau national », s'excuse Matthieu Girier, directeur du pôle RH au CHU de Bordeaux et président de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (Adrhess).

Un cercle vicieux

Ce qui est sûr, c'est que la situation des blocs ne peut pas être dissociée de celle de l'hôpital qui, dans son ensemble, connaît des difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel. « Il y a des équipes qui ont beaucoup donné pendant la crise sanitaire, qui ont une impression d'effort perpétuel et qui sont fatiguées parce qu'elles travaillent en permanence en mode crise, analyse Matthieu Girier. Certains avaient, durant la crise, reporté des projets de changement de région, de changement de métier, et ils concrétisent maintenant ces projets qui n'étaient encore que sur le papier. »

Le Pr Rémi Salomon, président de la Commission médicale d'établissement (CME) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), abonde dans le même sens. « On est dans un cercle vicieux où quand certaines infirmières partent, la charge de travail augmente pour celles qui restent, ce qui dégrade encore davantage les

conditions de travail et rend la fidélisation encore plus difficile », décrypte-t-il.

Reste que pour ces deux responsables hospitaliers, la situation doit être nuancée. « Nous ne notons pour l'instant pas de vague de démissions massive, même s'il y en a eu lors de la levée du plan blanc au printemps, précise Rémi Salomon. En revanche, les gens nous disent qu'ils sont vraiment épuisés, qu'ils ne vont pas tenir à ce rythme et nous craignons une vague de démissions imminente. Elle sera d'autant plus grave que nous n'avons pas vraiment de perspectives de recrutement d'infirmières avant le mois de septembre prochain et les sorties d'Ifsi. »

Autre nuance, celle-là apportée par Matthieu Girier. Sans nier la gravité de la situation dans les blocs, celui-ci souligne qu'elle n'est pas nouvelle. « Cela fait dix ans que je suis DRH, et cela fait dix ans que je connais des tensions au bloc opératoire », remarque-t-il.

Agir sur les salaires et les conditions de travail

Reste à savoir comment se sortir de cette situation. Au niveau individuel, les professionnels du bloc qui démissionnent n'ont que peu de souci à se faire, du moins sur le plan financier. « Il y a une telle demande que je n'ai aucun mal à trouver des missions en intérim, bien mieux payées que ce que je faisais avant, même si ce n'est pas du tout mon souhait », explique Sophie.

Au niveau des services, en revanche, c'est une autre paire de manches. « La destruction d'une équipe peut se faire en très peu de temps mais sa reconstruction

est au contraire un processus très lent », avance Rémi Salomon.

Pour conter ce processus, le président de la CME de l'AP-HP préconise d'agir sur les rémunérations d'une part (« on nous dit qu'on n'a jamais mis autant d'argent sur la santé avec le Ségur, c'est vrai, mais le fait est que cela ne suffit pas », pointe-t-il), et les conditions de travail d'autre part. Matthieu Girier, justement, pointe l'opportunité d'améliorer ce deuxième point qu'offre le Ségur de la Santé : en plus des fameux 183 euros de revalorisation, l'accord conclu à l'été 2020 prévoit en effet des discussions entre directions et représentants du personnel au niveau local. « Dans chaque établissement, des négociations collectives vont pouvoir permettre d'adapter le fonctionnement à la réalité des problématiques spécifiques rencontrées sur le terrain, sur des sujets assez partagés comme la qualité de vie au travail, mais aussi sur des sujets qui donneront lieu à plus de discussions comme le temps de travail, la gestion de l'absentéisme, les pools de compensation..., prévoit-il. Pour nous, c'est porteur de beaucoup de sens. »

Reste que du côté des équipes, c'est de mesures de court terme qu'on a besoin, et non de négociations à moyen terme. « Au CHU de Dijon, où je travaille, on déprogramme quasiment 30 % des interventions faute d'ibodes », alerte Rachid Digoy. Les discussions promises par les DRH risquent d'arriver bien tard face à l'ampleur des besoins. ■

ADRIEN RENAUD

*Les prénoms ont été changés



© Malika Surbled

Des clés pour mieux accompagner la fin de vie en Ehpad

Derniers lieux de vie de nombreuses personnes âgées, les Ehpad sont des acteurs importants des soins palliatifs en France. Écoute, anticipation, collaboration, des progrès ont été faits pour accompagner les résidents en fin de vie. Des efforts mis à l'épreuve par la crise sanitaire.

La démarche palliative est aujourd'hui présente dans les projets d'établissement de 75 % des Ehpad



© Charlotte Gonzalez

« Les résidents vivent et meurent en Ehpad, mais nous n'arrivons pas à être aussi naturels dans l'accompagnement de ces deux situations », estime Marie-Odile Vincent, directrice de la résidence Jacques Bonvoisin à Dieppe. En 2019, elle initie une démarche pour améliorer l'accompagnement de la fin de vie. L'enjeu de ces travaux : libérer la parole des soignants et des résidents autour de la fin de vie. « Quand il est question des repas, les résidents participent à nos réflexions. Pourquoi n'en est-il pas de même lorsqu'on aborde la fin de leur vie ? » questionne-t-elle. Les usagers ont donc travaillé avec les salariés

de l'établissement pour mettre en place de nouvelles pratiques. Marie-Odile Vincent a d'ailleurs tiré un livre de cette expérience : *Fin de vie en Ehpad, parlons-en!* publié aux éditions Le Coudrier.

Introduite en France en 1999, la démarche palliative est aujourd'hui présente dans les projets d'établissement de 75 % des Ehpad, selon une étude de la DREES. Le plan national pour le développement des soins palliatifs, annoncé en septembre dernier, considère d'ailleurs l'appropriation de la fin de vie par le citoyen comme une priorité. Et ce questionnement autour de la parole de l'utilisateur est partagé par de nombreux établissements. « C'est

à nous de permettre au résident de l'exprimer au cours de son séjour. » affirme Michel Barbe, directeur de la résidence Les Jardins du Castel à Chateaugiron, près de Rennes. Il constate une évolution récente : « *aujourd'hui les soignants sont plus à l'aise lorsqu'il s'agit d'aborder la fin de vie.* » Ce qui, selon lui, permet au résident, à sa famille et à l'équipe soignante de mieux appréhender cette période.

Savoir anticiper

D'après l'Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie, publié par le Centre national des soins palliatifs, 13 % du nombre total de décès ont eu lieu en Ehpad, en 2018. Les Ehpads sont donc des acteurs incontournables de la fin de vie et la démarche palliative intervient de plus en plus tôt dans le parcours du résident.

Le Docteur Jean-Marie Gomas, cofondateur de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), plaide pour « *une démarche palliative plus dynamique et anticipée.* » Il salue des évolutions, notamment l'arrivée prochaine du Midazolam® dans les Ehpads. « *C'est un sédatif qui n'était présent qu'à l'hôpital, précisez-t-il, cela va considérablement améliorer la fin de vie des résidents!* »

Selon lui, un effort important de formation doit être entrepris : « *à peine un tiers des généralistes est capable de rédiger des protocoles anticipés pour soulager douleurs et anxiété.* » Laurence Ah-Sang, infirmière à la résidence Jacques Bonvoisin, confirme : « *certains soignants sont frileux face aux protocoles de fin de vie. Ils ont peur de faire courir des risques aux résidents fragiles.* »

Pour Valérie Le Marre, cadre de santé aux Jardins du Castel, la prescription anticipée doit rester une réponse au besoin du résident. « *Il arrive que nous ayons des demandes de prescriptions anticipées de la part des familles ou des soignants* », confie-t-elle. Elle interroge les motivations face à des situations de fin de vie qui s'installent dans le temps.

Les équipes des Jardins du Castel utilisent également la fiche SAMU Pallia, qui résume les éléments relatifs à la situation de santé de la personne et ses souhaits exprimés. « *Elle est rédigée par le médecin traitant et adressée au centre 15,* explique Valérie Le Marre. *Cela facilite la prise de décision lorsque l'état de santé se dégrade.* » Le résident lui-même, ou sa famille, donne son accord à sa diffusion.

Construire un réseau

Pour renforcer leurs compétences, de plus en plus d'établissements font appel à l'hospitalisation à domicile (HAD). Ce recours est souvent indispensable lorsque l'intervention d'un infirmier de nuit est nécessaire. « *C'est de la haute-volige d'accompagner la fin de vie sans infirmier la nuit!* » déplore Jean-Marie Gomas.



© Ayoub Benkarroum

Fin 2015, selon la DREES, seulement un Ehpad sur dix disposait d'une présence infirmière 24 heures sur 24. « *Le soutien de l'HAD en Ehpad, c'est l'avenir!* ajoute-t-il. *Le travail en réseau est essentiel dans les soins palliatifs.* » La collaboration avec l'HAD est d'ailleurs bien installée à Jacques Bonvoisin et aux Jardins du Castel.

“ Certains soignants sont frileux face aux protocoles de fin de vie. Ils ont peur de faire courir des risques aux résidents fragiles. ”

En revanche, à l'Ehpad Belle Vallée, près de Grenoble, faute de structure HAD, les équipes ont créé un partenariat avec l'équipe mobile en soins palliatifs. Deux infirmières référentes ont élaboré un guide « *soins palliatifs* », en s'appuyant sur des infirmiers supports du CHU, et dispensent des formations en interne.

L'ÉTHIQUE : UN SAVOIR-FAIRE À ACQUÉRIR SELON LE DOCTEUR JEAN-MARIE GOMAS

« *L'éthique c'est savoir réfléchir et décider. La formation des professionnels de santé en éthique est largement insuffisante. Pourtant il s'agit d'un pivot de l'accompagnement de fin de vie.*

Sans formation adéquate, on hésite face aux décisions à prendre. On est culpabilisé par la mort de l'autre et écrasé par l'anxiété exprimée par les familles. C'est une approche de ses propres émotions et de la façon dont on fonctionne en tant que soignant.

Le recours à des équipes expertes, HAD ou équipes mobiles, va aider les Ehpads et les médecins généralistes à progresser dans leurs réflexions éthiques. A force de se confronter à des situations similaires, il faut espérer que chacun adopte les bons raisonnements. C'est aussi une vertu du travail en réseau indispensable en soins palliatifs. » ■



© Charlotte Gonzalez

Formation et proximité

La formation est également un axe prioritaire du nouveau plan de développement des soins palliatifs. Le Centre national des soins palliatifs estime qu'un peu plus de deux Ehpad sur dix comptent au moins un membre du personnel formé aux soins palliatifs (DU, DIU).

Laurence Ah-Sang confirme que sa formation initiale en soins infirmiers est « *largement insuffisante* » pour accompagner les résidents en fin de vie. Au cours de sa carrière, elle n'a même pas bénéficié de formation spécifique jusqu'à sa participation aux travaux menés au sein de son établissement. De même, aux Jardins du Castel, un cycle de formation régulier a été mis en place pour les soignants.

Si la formation apparaît comme un levier pour améliorer les accompagnements de fin de vie dans de nombreux établissements, la SFAP milite aussi pour un accompagnement de proximité. Anne-Marie Colliot, cadre de santé et déléguée générale, précise que certaines formations sont souvent en décalage avec la réalité. « *De retour en Ehpad, les soignants ont peu de moyens et cela génère beaucoup de frustration*, précise-t-elle. *Participer à la toilette d'une personne en fin de vie avec un soignant est nettement plus formateur qu'une journée de cours dans une salle.* »

Sortir par la grande porte

Dernier lieu de vie de nombreux résidents, l'accompagnement offert par les Ehpad ne s'arrête pas au moment du décès. Selon les professionnels, on porte aujourd'hui une attention particulière à la période immédiate qui le suit.

« *Dans de nombreux établissements, le départ des résidents était caché*, confie Marie-Odile Vincent, *et nous assistions à des situations surprenantes.* » A Dieppe, soignants et usagers se sont mis d'accord sur des rituels. Aujourd'hui l'ensemble des salariés et résidents volontaires forment une haie d'honneur lorsque les pompes funèbres quittent l'établissement avec le défunt. « *Cela*

assure aux autres résidents que, le jour où leur tour sera venu, ils sortiront par la grande porte », commente la directrice.

Aux Jardins du Castel aussi, on rend hommage en formant une haie d'honneur. Il s'agit d'une pratique de plus en plus adoptée par les Ehpad. Valérie Le Marre explique que ce temps a un impact important pour les familles et les salariés : « *Cela clôture notre accompagnement, et c'est le moment où les équipes reçoivent des remerciements.* »

“
Les soins palliatifs reposent sur la disponibilité des soignants. Cela nécessite d'être en effectif suffisant!
 ”

L'épreuve de la pandémie

Des rituels suspendus par les mesures mises en place au début la crise sanitaire. « *Cela a été difficile à vivre pour tout le monde*, témoigne la cadre de santé, *nous avons perdu cette notion d'aller jusqu'au bout.* » Selon elle, la précipitation a imposé un traitement égal à toutes les situations de fin de vie, alors que les établissements avaient travaillé à des accompagnements individualisés. « *La pandémie a dévasté ce qui avait été mis en place par les Ehpad!* » s'indigne Jean-Marie Gomas. Il pointe la responsabilité des organismes de tutelles : « *Ils ont déshumanisé les soins au moment où on en avait le plus besoin.* » La période a aussi eu un impact sur les effectifs et les difficultés de recrutement dont témoignent de nombreux établissements. « *Les soins palliatifs reposent sur la disponibilité des soignants. Cela nécessite d'être en effectif suffisant!* » conclut-il. ■

ADRIEN COLLET



© iStock/Laikwunfai

Plein de surprises à découvrir

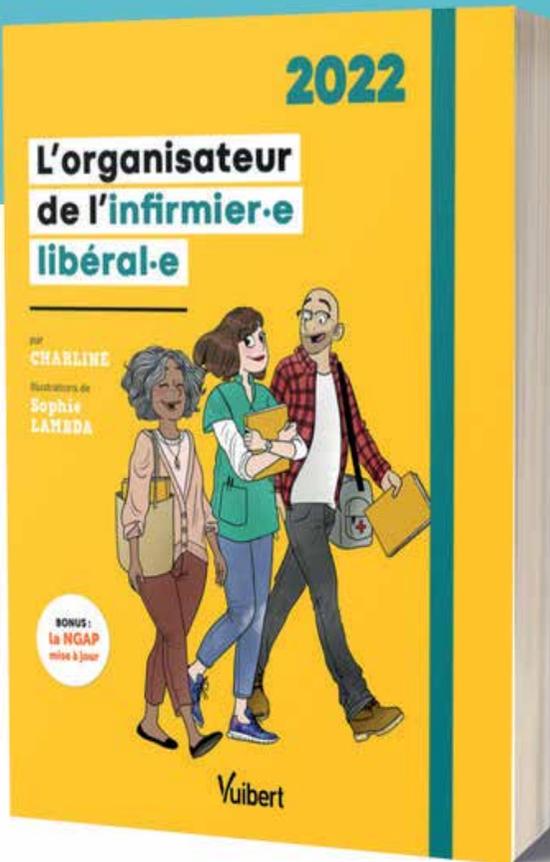
dans le **nouvel agenda** **2022** de **Charline** !

- Une couverture résistante
- Des coins détachables
- Des invités inspirants
- Un nouveau thème chaque mois !

illustré par **Sophie Lambda**



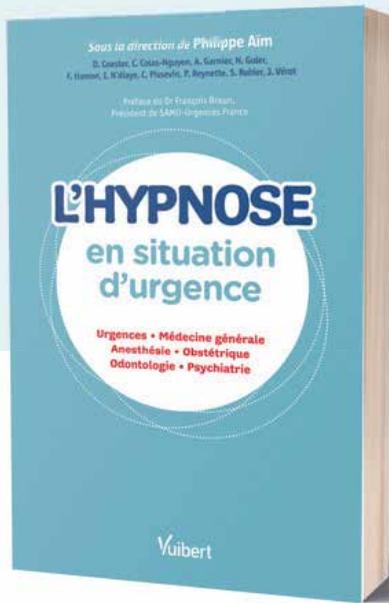
Août 2021 | 27,90€ | 256 p. | 97828311662276



2021 | 19,90€ | 208 p. | 97828311662115

La formation d'IPA - Les compétences et responsabilités à jour - La législation la plus récente - Des retours d'expériences variés

Le **guide pratique** des futurs IPA



2021 | 24,50€ | 256 p. | 97828311661675

Urgences - Médecine générale - Anesthésie - Obstétrique - Odontologie - Psychiatrie

Le **1er guide de l'hypnose** en situation d'urgence



2019 | 21,90€ | 256 p. | 97828311661149

Tout pour prendre en charge une plaie et assurer sa bonne cicatrisation..

En savoir +



www.Vuibert.fr

Vuibert

Les ressources humaines face à la crise

Depuis la crise sanitaire, infirmières et aides-soignantes manquent encore plus qu'auparavant dans les hôpitaux et les Ehpad. Les directions des ressources humaines sont à la recherche de leviers pour les attirer, cherchent à s'adapter et passent en mode séduction.



© Natacha Soury

Les difficultés de la « gestion des ressources humaines » soignantes à l'hôpital et en Ehpad n'ont peut-être pas été déclenchées directement par la crise sanitaire mais cette dernière a sans aucun doute accentué des tendances amorcées avant 2020, sur un terrain professionnel déjà très fragilisé.

L'impression principale générée par la crise, selon Jean-François Agulhon, DRH au CHU d'Angers, « c'est qu'on n'en sort pas », car elle se manifeste par une succession de vagues dont on ne parvient pas à percevoir la fin. « Une source d'inquiétude » pour les soignants, observe Béatrice Chambre-Clavel, directrice des soins à l'Institut de cancérologie de l'ouest, à Nantes.

L'impact de la Covid

Les directions des ressources humaines des hôpitaux ont fait preuve d'une grande réactivité et de beaucoup

d'adaptabilité depuis le début de la pandémie, observe Matthieu Girier, président de l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS).

Beaucoup d'établissements ont dû ouvrir dans l'urgence des unités Covid, réorganiser leurs activités ordinaires et ouvrir des lits, et donc trouver très rapidement les soignants, dans l'hôpital mais aussi à l'extérieur, pour les faire fonctionner. Ensuite, il a fallu organiser leur accueil dans leur nouveau service, les former, les informer...

D'une manière différente selon les établissements et les moments, la gestion des plannings et des congés a aussi été bouleversée durant les pics de la pandémie, ce qui n'a pas toujours été bien compris par les agents.

« Les périodes entre les vagues ont révélé beaucoup d'interrogations des collectifs hospitaliers, soignants, médecins mais aussi administratifs ou logistique, souligne le président de l'ADRHESS. Le besoin chez eux de pouvoir compter sur une politique RH lisible, simple et stable est plus fort que jamais », observe ainsi Matthieu Girier, qui plaide pour une « refondation » de la politique des ressources humaines dans les établissements.

« Nous avons des professionnels extrêmement fatigués qui aspirent au repos et à une forme de stabilité, pour pouvoir se projeter un peu à nouveau », constate également Francis Mangeonjean, président de l'Association française des directeurs de soins (AFDS)

Casse-tête du recrutement

En outre, la part importante de lits fermés dans les hôpitaux, de près de 20 % dans les CHU et les CHR à fin octobre selon une enquête du Conseil scientifique (voir p. 56), révèle en tout cas un déséquilibre particulièrement fort entre les départs et les arrivées de soignants.

La grande difficulté à recruter des soignants est partagée par de très nombreux hôpitaux. Elle est peut-être cyclique, comme le suggère Jean-François Agulhon, mais les



© Eloise Bajou

directeurs des soins comme les DRH ne se l'expliquent pas vraiment. Une part des jeunes étudiants en soins infirmiers (ES) diplômés, échaudés peut-être par les situations auxquelles ils ont dû faire face lors de leurs stages, semble ne pas avoir pris le chemin des établissements. Mais les candidats expérimentés manquent aussi.

Cette difficulté est encore plus criante dans les Ehpad. « Il y a quelques années, on avait du mal à recruter en août », relate Annabelle Vêques, directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa). Ensuite, cela a été le cas tout l'été, puis pendant toutes les vacances scolaires et à présent, c'est toute l'année. »

Situations critiques dans les Ehpad

Plus aucun Ehpad n'est désormais épargné, ajoute-t-elle, et l'intérim ne permet plus de compenser car la pénurie concerne aussi les agences. La Fnadepa n'a pas observé plus de départs, mais beaucoup moins de candidats. Le fait, comme le relève sa directrice, que certaines infirmières aient préféré travailler dans les centres de vaccination n'explique pas tout.

Ayşe Akyurek, directrice d'un Ehpad dans le Rhône, le constate : « il y a beaucoup moins de candidats diplômés », infirmières comme aides-soignantes, et beaucoup plus de rendez-vous non honorés. Même le recrutement *via* Pôle emploi ne fonctionne plus. Résultat : 25 % des directeurs adhérents de la Fnadepa ont gelé les entrées de nouveaux résidents pour maintenir à un niveau correct la qualité de l'accompagnement des « anciens »...

Opération séduction

Les entretiens d'embauche tournent de plus en plus à l'opération séduction. Les directeurs d'Ehpad, comme les DRH et directeurs de soins des hôpitaux font valoir les valeurs de l'établissement, ses atouts en termes d'organisation (comme la stabilité de l'équipe, la convergence médico-soignante, un système d'aide entre pairs) ou de confort de travail, les projets qui sont menés et les possibilités de formation ou d'évolution de carrière.

“
**Nous avons des professionnels
 extrêmement fatigués qui aspirent au repos
 et à une forme de stabilité, pour pouvoir
 se projeter un peu à nouveau.**”

« Pour donner envie, on essaie d'améliorer notre communication », souligne Béatrice Chambre-Clavel, qui exerçait encore récemment dans un CHU. C'est un peu du marketing social. Il ne s'agit pas de « vendre » quelque chose qu'on n'a pas mais de mettre en valeur ce qui peut l'être » et « on doit être plus que jamais attentif à ce que les gens veulent et comment ils construisent leur projet ».

Selon Matthieu Girier, les candidats ont des attentes, « et ils ont bien raison ». Ils posent de plus en plus « de questions sur les conditions de travail, les transports, les offres de services, le fonctionnement de l'équipe, les valeurs managériales, la qualité des relations avec l'équipe

médicale... Ce n'est pas nouveau, mais ce qui est nouveau c'est que ces sujets sont remontés dans le top 3 des priorités. » Autant avoir des réponses à offrir, surtout lorsque les candidats hésitent entre plusieurs établissements. Les DRH développent ainsi leur politique de logement – un sujet crucial dans les grandes villes et à Paris.

“
Aujourd'hui, pour les soignants, le court terme c'est six mois, le moyen terme deux ans et le long terme cinq ans.”

Dans la fonction publique, les DRH ont peu de leviers à leur disposition. Certains candidats demandent aussi parfois l'impossible, comme la reprise de toute leur ancienneté... Des établissements proposent toutefois aux candidats d'être recrutés comme titulaires. Mais, sans que l'on sache vraiment pourquoi car on peut quitter la fonction publique comme un CDI, « cela n'intéresse pas tout le monde », observe Francis Mangeonjean.

Selon lui, les soignants attendent avant tout de pouvoir travailler correctement, et donc en premier lieu que tous les postes soient occupés. Le paradoxe de l'œuf et de la poule... Idem dans les Ehad : « ce que demandent les professionnels en premier, dans les Ehad, c'est d'être plus nombreux » auprès des résidents, insiste Annabelle Vêques.

La prime « Ségur » de 183 € est appréciée par ses bénéficiaires mais ne suffit largement pas à faire accourir les candidats dans les Ehad de la fonction publique...

Sur le marché du travail de ces établissements, les soignants occupent parfois une position de force. Certains « laissent clairement entendre qu'ils ont le choix entre plusieurs établissements », témoigne Ayse Akyurek. J'ai vu une infirmière qui faisait le tour des Ehad du secteur, j'avais l'impression qu'elle faisait un casting ».

Pour pouvoir recruter, Yse Akyurek mise désormais sur l'apprentissage, la rencontre avec les étudiants infirmiers et aides-soignants, les stages pour leur donner envie de rester ou encore l'accompagnement des personnels remplaçants non diplômés vers la formation...

Attirer et fidéliser : les pistes

La fidélisation des soignants dans les établissements revêt une importance encore plus grande qu'avant. Surtout au regard du turn-over : aujourd'hui, pour les soignants, « le court terme c'est six mois, le moyen terme deux ans et le long terme cinq ans », observe Matthieu Girier. Pouvoir offrir des perspectives de carrière et de formation compte toujours beaucoup mais sur une échelle de temps plus courte qu'il y a dix ans.

Pour fidéliser les soignants, « les pistes, on les connaît un peu toutes », remarque le président de l'AFDS.

Elles touchent notamment à la qualité de vie au travail (QVT) mais aussi à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, précise Jean-François Agulhon. En matière de QVT, DRH et directeurs de soins s'accordent sur l'importance pour les soignants de sentir qu'ils peuvent influencer sur leur environnement, que leur parole est écoutée et prise en compte et que des espaces de discussion pluriprofessionnels sur le travail leur sont ouverts.

Béatrice Chambre-Clavel insiste beaucoup sur l'importance de la qualité de la communication avec les soignants, notamment avec les cadres. Dans quels buts ? « Redonner du sens » au travail, en revenant par exemple sur la crise sanitaire et les facteurs qui impactent le travail, être attentifs à leurs attentes, leurs souhaits, « et essayer de les faire converger avec nos besoins ».

Prendre soin des soignants

« Notre force, insiste la directrice des soins, ce sont les personnels, on doit en prendre soin. La prévention cela se cultive. » Certains établissements organisent encore des sessions de massage ou des séances d'ostéopathie, qui sont appréciés par ceux qui en bénéficient (on prend soin d'eux!). Mais elles ne touchent pas tous les soignants et n'ont donc pas un impact global, observe le DRH du CHU d'Angers.

Dans cet hôpital, ajoute-t-il, la cellule d'écoute mise en place au plus fort de la crise fonctionne toujours, avec une psychologue mais aussi une assistante sociale et une ergonome.

Idem dans l'Ehad que dirige Ayse Akyurek : un intervenant extérieur accompagne les équipes au sein d'un groupe de parole pour gérer, par exemple, les « irritations du quotidien » et des formations sur la cohésion d'équipe sont organisées...

A l'autre bout du parcours professionnel, les départs de soignants contribuent à la pénurie. « On s'attendait à des départs mais pas dans ces proportions », remarque Matthieu Girier. Selon lui cela ne s'explique pas forcément ou uniquement par une vague de ras-le-bol ou d'épuisement mais plus par le report à « après la crise » de projets envisagés avant la pandémie. Et qui sont globalement inévitables.

Du côté des Ehad aussi, « tout ce qu'on doit faire a été identifié ! », insiste Annabelle Vêques. Ce qui manque, selon elle, dans ce secteur, c'est une réforme de l'accompagnement des personnes âgées via une loi Grand âge... sans cesse reportée. Elle milite aussi pour que l'État mène une grande campagne d'information sur les métiers et les postes à pourvoir. Le très vaste chantier de l'attractivité des métiers du soin, à l'hôpital, en Ehad ou ailleurs, reste encore à engager. ■

GÉRALDINE LANGLOIS

Non-vaccinés : quel impact ?

Si l'obligation vaccinale a fait craindre une déstabilisation des services, le nombre de refus définitifs serait faible. **Mais les chiffres restent parcellaires.**

La suspension du contrat de travail des soignants qui ne veulent pas se soumettre à l'obligation de se vacciner contre la Covid-19, effective depuis le 15 octobre, a fait craindre un moment une déstabilisation des services hospitaliers et des Ehpad. Finalement, une très faible proportion de soignants a refusé la vaccination en France métropolitaine. Les données quantitatives sont parcellaires. Santé publique France, indique que 8 % des « professionnels » travaillant en Ehpad et USLD n'étaient pas vaccinés à la mi-décembre... mais sans préciser leur profession. Et les données sur les professionnels travaillant en milieu hospitalier ne sont pas récentes.

Selon Matthieu Girier, président de l'ADRHESS, le nombre de soignants suspendus est « extrêmement réduit », moins de 0,5 % des effectifs. Il évoque aussi la vaccination retardée chez ceux qui étaient en arrêt pour maladie ou en congé maternité et des erreurs d'adressage des attestations de vaccination, et donc au final très peu de refus purs et simples de se soumettre à l'obligation. Et aussi peu de « clusters », ajoute-t-il, contrairement à ce qui avait été craint.

Mobilisation... pour convaincre

Il faut dire que tous les établissements ont déployé des moyens pour convaincre leurs agents les moins volontaires pour se faire vacciner. Au CHU d'Angers, par exemple, l'hôpital a mis en place une hot-line au bout de laquelle des infectiologues pouvaient informer et répondre aux questions.

Les services de santé au travail se sont également mobilisés. Au final, dans cet établissement, seuls 30 agents sur 8 000 ont été suspendus, dont seulement une « petite moitié » sont des soignants, indique Jean-François Agulhon, DRH.

Pour les Ehpad, non plus, « on n'a pas de chiffres précis et fiables », souligne Annabelle Vêques, directrice de la Fnadepa, mais une enquête interne montre que 8 à 10 % des structures ont au moins un professionnel suspendu et seulement 3 % d'entre elles en ont plus d'un. Une « très large majorité de soignants (en Ehpad, N.D.L.R.) se sont fait vacciner avant la date limite, certains l'ont fait quelques jours avant et d'autres quelques jours après l'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale », indique-t-elle. Dans les quelques établissements concernés, sachant que les recrutements et même les remplacements sont actuellement difficiles, l'absence d'un profession-

nel entraîne une certaine désorganisation. D'autant plus si ces Ehpad sont de petite taille.

« Congé de réflexion »

Dans les grands établissements, notamment hospitaliers, où les effectifs sont plus grands, la problématique est un peu moins aiguë. Au début, en octobre, certains professionnels concernés par l'obligation mais pas encore convaincus ont demandé à poser des congés pour « réfléchir », indique Matthieu Girier. Selon lui, « certains établissements ont procédé à une mise en congé systématique des agents concernés avant suspension alors que d'autres ont refusé toute demande pour ce motif ». D'autres encore ont oscillé entre les deux possibilités... Techniquement, le « congé de réflexion » peut durer longtemps, autant que le nombre de jours de congé disponibles... et accordés par la DRH de l'établissement.

En revanche, les agents qui se sont mis en arrêt maladie pour se soustraire à l'obligation vaccinale ont été parfois contrôlés et cela a pu conduire à des suspensions, souligne le président de l'ADRHESS. « Chaque établissement a eu sa propre politique », résume-t-il.

Au CHU d'Angers, quatre ou cinq soignants suspendus ont décidé de démissionner, indique Jean-François Agulhon, d'autres ont demandé une disponibilité. Mais souvent, précise-t-il, « l'obligation vaccinale n'était pas le déclencheur », les personnes concernées nourrissaient déjà des projets les amenant à quitter l'hôpital.

Dans l'Ehpad que dirige Ayse Akyurek, tous les soignants se sont vaccinés dans les temps. La seule personne qui ne souhaitait pas se faire vacciner était une aide-soignante dont le CDD de terminait le jour d'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale. « Finalement, ajoute la directrice, elle s'est fait vacciner et est revenue. » C'est le cas de certains soignants suspendus ailleurs aussi. « Nous avons mené un gros travail de communication, explique-t-elle. Et nous allons devoir recommencer pour la troisième dose. » ■



© Cyrienne Clerc

GÉRALDINE LANGLOIS

Infirmières conseillères techniques, actrices clefs de la réussite scolaire

Elles sont une trentaine à occuper cette fonction sur le territoire. Les infirmières conseillères techniques, fonctionnaires de l'Éducation nationale, interviennent auprès du recteur afin de conseiller la mise en œuvre de la politique éducative de santé du rectorat pour une déclinaison dans les territoires.

« **C'**est le ministre de l'Éducation nationale qui impulse une politique éducative et pédagogique, mise ensuite en œuvre par les recteurs d'académie », explique Rozenn de Lavenne, infirmière conseillère technique du recteur de l'académie de Nancy-Metz. Pour la décliner en tenant compte des besoins des territoires et en définir les lignes fortes, le recteur est entouré de plusieurs conseillers techniques. Concernant les thématiques ayant un lien avec la santé des élèves, ce sont

les infirmières conseillères techniques qui remplissent ce rôle, avec le médecin et l'assistant de service social.

La politique actée par le recteur est ensuite déclinée auprès des inspecteurs d'académie, responsables de l'échelon départemental, qui ont notamment à leur côté des infirmières conseillères techniques départementales. Sans qu'il n'existe de lien hiérarchique entre elles, l'infirmière conseillère technique à l'échelle du rectorat anime le réseau des infirmières conseillères techniques départementales, qui elles-mêmes animent celui des infirmières de l'Éducation nationale exerçant au sein des établissements.

Les infirmières conseillères techniques dans les rectorats participent à la mise en œuvre de la politique éducative de santé, laquelle sera ensuite déclinée dans les territoires et appliquée par les infirmières de l'Éducation nationale (IEN) dans les lycées et collèges. Ici, Roselyne Bogard, IEN en Bretagne, face à une élève. (Photo prise lors d'un reportage sur les IEN, ActuSoins n° 26).



© Natacha Soury

Un poste politique et opérationnel

Les missions des infirmières conseillères techniques sont définies dans une circulaire du 10 novembre 2015. Leur finalité est toujours identique : contribuer à la réussite scolaire des élèves, réduire les inégalités sociales de santé et faciliter les prises de décisions au regard des difficultés observées sur le terrain. Leur travail se décline en différents axes qui varient en fonction des académies. Le premier, et non des moindres, consiste à collaborer, tous les quatre ans, à la définition du projet académique. « Nous menons un travail d'étude, de conseil, d'analyse, de valorisation et d'éthique, souligne Rozenn de Lavenne. Chacun dans notre champ de compétence, nous allons définir des indicateurs afin de déployer la politique éducative dans les territoires. » Pour y parvenir, de nombreuses composantes sont à prendre en compte. A titre d'exemple, dans l'académie de Nancy-Metz, le territoire est très hétéroclite, composé à la fois de zones urbaines et de zones rurales, ce qui implique de réfléchir

à la déclinaison de la politique académique de la manière la plus équitable possible.

Et les thématiques sont nombreuses. Il s'agit, par exemple, de déployer l'éducation à la sexualité sur l'ensemble du territoire ou faire en sorte que 100 % des élèves détiennent la certification de compétences Prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC1) à la fin du collège.

Mettre en œuvre le dépistage obligatoire à douze ans

Autre exemple : un arrêté du 20 août 2021 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistages acte l'obligation, pour les infirmières de l'Éducation nationale, de voir en dépistage tous les élèves de douze ans. « *Au niveau de l'académie, nous allons donc prendre des orientations pour permettre la réalisation de ce dépistage auprès de tous les élèves concernés, qu'ils soient scolarisés en milieu rural ou urbain, toujours dans l'idée de contribuer à la réussite éducative et de lutter contre les inégalités sociales de santé, fait savoir Rozenn de Lavenne. Nous définissons les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir car nous sommes dans une mission de service public qui se doit d'être identique pour tous les élèves dans une optique d'équité de traitement.* »

Un travail est également mené en ce sens du côté de Strasbourg. « *Dans le cadre de cette obligation de dépistage, nous avons contractualisé, avec l'Agence régionale de santé (ARS), l'exploitation épidémiologique des données issues du dépistage de la douzième année des élèves, indique Léone Jung, infirmière conseillère technique de la rectrice de l'académie de Strasbourg. Nous effectuons un travail de saisie informatique dans un logiciel dédié. Les données sont ensuite traitées par le service informatique de l'académie et l'Observatoire régional de la santé, pour nous permettre de disposer d'une photographie précise de la situation des élèves.* »

Les équipes éducatives peuvent ainsi orienter les mesures et mettre l'accent sur des problématiques spécifiques comme la vue, l'indice de masse corporelle, l'hygiène bucco-dentaire, etc.

A Strasbourg, le projet académique en cours se concentre également sur l'école inclusive. « *Nous donnons donc des conseils, un éclairage par rapport à la scolarisation des enfants en situation de handicap, rapporte Léone Jung. Notre rôle repose toujours sur l'intérêt de l'enfant, notre objectif étant de faciliter leur quotidien en lien avec le travail des infirmières de l'Éducation nationale.* »

Autre thématique : la question du surpoids et de l'obésité chez les élèves. « *L'académie détient des analyses épidémiologiques peu favorables à ce sujet, reconnaît Léone Jung. Nous avons donc développé un programme*



Rozenn de Lavenne, infirmière conseillère technique du recteur de l'académie de Nancy-Metz.

© Laure Martin

académique de conseil et d'accompagnement pour agir en promotion de la santé en faveur des jeunes (Caaps) et encourager les équipes pédagogiques à effectuer de la prévention primaire auprès des élèves pour promouvoir les habitudes de vie favorables à la santé. »

La formation au plus près du terrain

Les infirmières conseillères techniques interviennent par ailleurs dans le domaine de la formation, notamment pour l'accompagnement des nouvelles infirmières. « *Au sein de l'Éducation nationale, nous avons un exercice très singulier qui diffère totalement de l'exercice libéral et hospitalier, rappelle Léone Jung. Nous portons donc une attention particulière à l'accompagnement que nous pouvons proposer aux nouveaux arrivants, qui passent souvent d'un exercice en équipe ou avec d'autres professionnels de santé à un exercice davantage autonome et solitaire.* »

“
Nous donnons des conseils techniques sur la carte des emplois afin de permettre la juste répartition des infirmières de l'Éducation nationale.
 ”

Un stage d'adaptation à l'emploi de douze jours, mis en place notamment par les infirmières conseillères techniques est l'occasion pour les infirmières scolaires de prendre conscience des spécificités d'exercice à l'Éducation Nationale.

Le plan académique de formation offre aussi des formations pour professionnaliser les infirmières de l'Éducation nationale, « *nécessaire face aux élèves qui représentent un public en constante évolution, estime Léone Jung. Cela nous demande une adaptation permanente et une connexion à ces évolutions pour mieux les accompagner et discerner les difficultés et besoins qui peuvent être les leurs.* »

A titre d'exemple, le cyberharcèlement n'existait pas il y a vingt ans. « *Aujourd'hui, lorsqu'un enfant se rend chez l'infirmière de l'Éducation nationale avec un mal de ventre, la professionnelle doit être dans une démarche clinique et d'investigation pour déceler un tel phénomène éventuel, souligne-t-elle. Cette dimension mérite, au niveau de nos pratiques professionnelles, d'être accompagnée.* » Et de reconnaître : « *C'est aussi à nous, conseillère technique, de rester à l'écoute de ces évolutions, d'être attentifs pour discerner des signaux faibles ou nouveaux comme certains jeux dangereux et pour accompagner au mieux les équipes.* »

Un travail de recherche

Dans le domaine de la formation continue, les infirmières conseillères techniques départementales et de l'académie, peuvent mener des travaux de recherche par exemple sur le management, l'animation, la coordination et la communication. « *Depuis cinq ans, nous travaillons avec 360 infirmières organisées en 14 groupes de réflexion répartis dans les quatre départements du rectorat, sur la définition de la dimension du soin infirmier au sein de l'Éducation nationale, rapporte Rozenn de Lavenne.*

“
**Trouver un équilibre
entre les besoins exprimés
par les enfants ainsi que
les adolescents et les réponses
que l'Institution peut leur
apporter pour les accompagner
sur le chemin du bien-être.**”

Nous produisons ensuite, dans le cadre d'une approche de bas en haut (bottom-up), un contenu formalisé et consensuel pour une mise en œuvre harmonisée dans toutes les écoles et établissements du second degré.

Elles peuvent également mettre en œuvre des programmes de recherches/actions, et organiser des groupes de travail de dimension nationale, approuvés le recteur. Par exemple, au sein de l'académie de Nancy-Metz, elles travaillent depuis dix ans avec des chercheurs de l'Institut national supérieur du professorat et de l'éducation (INSPE) de Lorraine, notamment autour de la mise en œuvre d'ateliers d'analyse des pratiques professionnelles animés par des pairs professionnels formés.

« *Les infirmières conseillères techniques sont de plus en plus nombreuses à être titulaires d'un master car selon nous, plus nous allons être professionnalisées et agir en faveur de la professionnalisation de nos collègues, plus*

cela aura des répercussions sur les élèves, affirme Rozenn de Lavenne. Certains de nos territoires n'ont plus de médecin traitant, et elles peuvent donc être des professionnels de santé de premier recours pour les élèves et leurs familles. Nous sommes un interlocuteur incontournable et nous devons réfléchir à notre rôle car nous sommes l'un des derniers bastions du service public dans les territoires. »

Les autres missions

Si l'axe le plus important du travail de l'infirmière conseillère technique du recteur repose sur la mise en œuvre de la politique académique, d'autres missions s'exercent aussi en parallèle, notamment dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

Au niveau de l'académie, « *nous donnons des conseils techniques sur la carte des emplois afin de permettre la juste répartition des infirmières de l'Éducation nationale fonctionnaires et contractuelles pour une mise à disposition des élèves sur l'ensemble de l'académie en tenant compte de la politique du recteur* », indique Rozenn de Lavenne.

Toujours dans ce domaine, les infirmières conseillères techniques du rectorat s'appuient sur l'expertise des infirmières conseillères techniques départementales, « *qui disposent des remontées de terrain des infirmières scolaires, afin d'être à l'écoute de leurs difficultés pour ensuite réfléchir à la façon de décliner le travail* », fait savoir Léone Jung. Et d'ajouter : « *Mon travail consiste à caractériser une situation afin de pouvoir indiquer au recteur ce qui se passe et la réponse que nous pouvons y apporter. Mes collègues départementales vont ensuite décliner la réponse d'un point de vue opérationnel dans les établissements.* »

Elles sont d'ailleurs également amenées à collaborer avec les services de l'État et les partenaires. « *Nous contribuons à la mise en œuvre des politiques du ministère de la Santé, par exemple le plan ministériel "Bien-être et santé des jeunes", explique Rozenn de Lavenne. Cela implique une réflexion commune avec tous nos partenaires dont les ARS qui mènent des projets de promotion et de prévention de la santé.* »

« *Notre fonction demande des ajustements permanents aux contextes, aux problèmes exprimés et aux politiques, en raison des évolutions des équipes et de la gouvernance, conclut Léone Jung. L'art étant de trouver un équilibre entre les besoins exprimés par les enfants ainsi que les adolescents et les réponses que l'Institution peut leur apporter pour les accompagner sur le chemin du bien-être et de la réussite scolaire.* » ■



Léone Jung,
infirmière
conseillère
technique
de la rectrice
de l'académie
de Strasbourg.

LAURE MARTIN

recrute chaque jour

des professionnels de santé

en intérim ou en CDD / CDI, sur toute la France :

- + Infirmier(e)
- + Infirmier(e) de bloc Opératoire
- + Infirmier(e) Anesthésiste
- + Infirmier(e) puéricultrice
- + Aide-Soignant(e)
- + Auxiliaire de Puériculture
- + Kinésithérapeute
- + Manipulateur Radio
- + Sage femme
- + Médecin

NOTRE EXPÉRIENCE DE SOIGNANTS fera toujours la différence.



Nous vous connaissons bien

Créée en 2005 par des professionnels de santé, AGEMS possède une expertise des métiers du soin et des établissements de santé. Nous parlons votre langage, nous comprenons vos envies.



Nous boostons votre carrière

Missions courtes ou CDI, nous vous accompagnons au quotidien et sur le long terme, pour découvrir de nouveaux lieux d'exercice, développer vos compétences et enrichir votre parcours professionnel.



Nous sommes là pour vous, chaque jour

Notre équipe est à votre disposition 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour répondre à vos questions et vous assister.



Nous prenons soins de vous

Travailler avec AGEMS, c'est bénéficier d'une mutuelle complète, d'une aide pour trouver un logement ou accéder à un crédit, et de tous nos avantages sport, culture et loisirs.

CONTACTEZ-NOUS



01 76 52 07 00



contact@agemsante.com



www.agemsante.com

Accompagner au long cours des patients anorexiques mentaux

Au sein de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) du Groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neuroscience, une unité est dédiée à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA) dont l'anorexie mentale. Au sein de la structure pluriprofessionnelle, les infirmiers proposent de nombreux ateliers aux patients dont ils sont référents.

Au sein de l'Unité TCA, une vingtaine de patientes sont prises en charge en hospitalisation complète, pendant une durée moyenne de trois à six mois.

« **E**n me regardant, je regrette les lasagnes de midi », lance Juliette* devant le miroir, en touchant son ventre, ses hanches, ses cuisses. Hospitalisée depuis environ quatre mois, elle est aujourd'hui en phase de stabilisation. Elle devrait quitter l'unité TCA dans un mois. Entre son arrivée au sein de la structure et aujourd'hui, elle a pris une vingtaine de kilos. Au cours de différentes séances portant sur l'image de soi, organisées par Laura Pichot, IDE au sein de l'unité

et l'une de ses deux référentes, elle travaille à accepter son nouveau corps renutri. Car après avoir frôlé la mort, le combat de Juliette est aujourd'hui de ne pas retomber dans les travers de l'anorexie mentale et de ne pas se priver de nourriture.

« Quelques semaines avant la sortie d'hospitalisation, nous organisons ces séances d'image de soi », explique Laura Pichot, dans la salle de pesée où se déroule l'atelier. Aujourd'hui Juliette essaye pour la première fois devant le miroir de plein pied – car les chambres en sont dépourvues – un nouveau pantalon qu'elle a commandé sur Internet. « J'ai aussi eu l'occasion de montrer à Juliette des photos d'elle à son arrivée », indique l'IDE. « Cela m'a fait très peur, reconnaît la patiente. J'ai été choquée. On voit les autres et on ne pense pas être comme eux. J'ai pris conscience que j'étais gravement malade et que le travail sur moi allait être profond. Guérir ne consiste pas seulement à remanger. »

Une hospitalisation contractualisée

L'unité TCA accueille vingt patients – majoritairement des femmes – en hospitalisation complète, qui ne sont pas sous contrainte (sauf exception). Elles peuvent être orientées par leur médecin psychiatre, généraliste, des assistants sociaux, voire par les médecins du service qui les ont reçues en consultation.

En amont de leur hospitalisation, le psychiatre leur montre les lieux et le déroulement de la prise en charge. La première semaine d'hospitalisation, les patientes sont en phase d'observation. « Elles ne doivent rien changer



© Ayoub Benkarroum

à leurs habitudes afin que le personnel soignant puisse analyser leur comportement », explique Caroline Borrat, cadre de santé de l'unité TCA. « Nous allons observer l'hyperactivité physique et intellectuelle de la patiente ainsi que sa capacité à s'alimenter. Nous mettons tout en œuvre pour qu'elle s'alimente à minima avec la possibilité de prescrire des compléments nutritifs oraux ou la pose d'une sonde nasogastrique », complète Nadine Satori, infirmière au sein du service depuis plus d'une vingtaine d'années.

Cette phase permet également à la diététicienne d'établir le programme de diversification alimentaire et à l'équipe de préparer le contrat thérapeutique. Car la prise en charge repose sur un contrat personnalisé signé par la patiente, le médecin et les infirmiers référents. Elle est ensuite suivie par une équipe également composée de psychologues, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, kinésithérapeutes, coachs sportifs, ergothérapeute et agents de service hospitalier.

“
On voit les autres et on ne pense pas être comme eux. J'ai pris conscience que j'étais gravement malade et que le travail sur moi allait être profond.”

« Ce sont des hospitalisations contractualisées et longues dont la durée est variable, de trois à six mois ou plus, indique Caroline Borrat. La reprise de poids est un facteur important qui conditionne cette durée. Mais pour des raisons physiologiques, elle ne peut pas excéder un rythme de plus d'un kilo par semaine. »

Une hospitalisation en trois phases

Le contrat thérapeutique s'organise autour de trois phases. La phase 1 est centrée sur la renutrition afin de permettre à la patiente de retrouver un état nutritionnel compatible avec la reprise de certaines activités ou encore d'arrêter des comportements potentiellement dangereux (crises de boulimie, hyperactivité physique, exposition au froid). « Pendant cette phase, l'objectif est de travailler autour des motivations de soins, explique Caroline Borrat. Il n'y a pas de sortie en permission autorisée. »

La phase 2, à laquelle les patientes accèdent à partir d'un indice de masse corporelle (IMC) aux environs de 16, repose sur la normalisation du poids pour évoluer jusqu'à un IMC aux alentours de 20, la diversification complète de l'alimentation et l'entraînement à des menus équilibrés. Des sorties courtes et encadrées sont autorisées.

Enfin la phase 3 est celle de la stabilisation afin de maintenir un comportement alimentaire équilibré et un poids normal, avec une alimentation diversifiée, la reprise des



Dans le cadre de séances sur l'image de soi, les patientes travaillent à l'acceptation de leur nouveau corps. La reprise des kilogrammes n'est pas toujours facile pour les patients qui frôlent la mort en se privant de nourriture.

contacts avec l'extérieur et la préparation du suivi à mettre en place à l'extérieur.

Le modèle cognitivo-comportemental

« La prise en charge que nous offrons est basée sur le modèle cognitivo-comportemental », rapporte Nadine Satori. Et de résumer : « Notre travail consiste donc à proposer un modèle de déconditionnement et de reconditionnement afin de permettre la mise en place de nouveaux schémas de conduite adaptés qui préviennent des dangers. »

Cette approche requiert au préalable de définir des motivations car elle implique l'adhésion et l'engagement du patient à un contrat. Il doit être en pleine conscience de son besoin d'être pris en charge, être motivé et accepter la procédure. Le protocole de soin est donc séquencé et protocolisé avec des objectifs à atteindre. A chaque objectif de soins est lié un renforçateur, c'est-à-dire une récompense : un appel, du courrier...

« L'approche peut paraître difficile mais le contrat nous permet de rappeler aux patients leurs engagements et les objectifs de soins, indique Nadine Satori. Il neutralise le rapport de pouvoir. » Chaque patient est encadré par le responsable de l'unité, un interne qui en prend en charge dix, et deux infirmiers référents qui s'occupent chacun de cinq patientes. Leur rôle consiste à les surveiller, distribuer les médicaments, puis à dégager du temps



© Ayoub Benkarroum



Des mini-ateliers cuisine sont proposés aux patientes peu de temps avant leur sortie d'hospitalisation. L'objectif est de leur réapprendre à cuisiner « équilibré » avant de quitter l'unité.

pour organiser des points réguliers, proposer des ateliers ou encore effectuer des entretiens de motivation.

Mini-ateliers de cuisine

Pour leur apprendre à se réalimenter correctement, l'unité TCA organise, en phase 2, des mini-ateliers cuisine sur la base de menus proposés par les patientes et validés par la diététicienne. « Elles savent très bien ce qu'elles doivent cuisiner », indique Paul Nguyen, un infirmier du service qui supervise l'atelier aujourd'hui. Mais elles se confrontent à la difficulté de la quantité et des matières grasses. Alors nous pesons les aliments pour les aider à visualiser et faciliter le retour au domicile. »

“ La prise en charge repose sur un contrat personnalisé signé par la patiente, le médecin et les infirmiers référents. ”

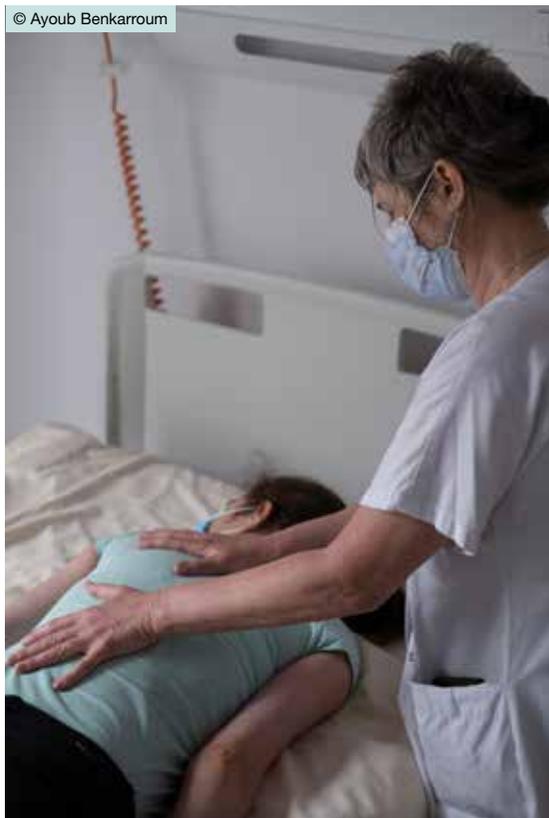
Aujourd'hui Julie*, une patiente en phase 2, s'apprête à cuisiner de la viande rouge et des pommes de terre. Les patientes se restreignent généralement à des aliments qui les rassurent ce qui exclut le gras, la viande et les féculents. « Nous veillons à ce qu'elles mangent de tous les aliments car, souvent, elles sont végétariennes non pas par conviction mais en raison de l'apport calorique de la viande », précise Paul Nguyen.

L'activité physique tient une place de premier rang au sein de l'Unité TCA. Les séances permettent aux patientes de gagner en force physique et mentale.



© Ayoub Benkarroum

© Ayoub Benkarroum



Le toucher à visée thérapeutique, dispensé par Nadine Satori, permet de travailler avec les patientes à une meilleure acceptation de leur corps.

« C'est difficile de cuisiner pour moi toute seule, confie Julie. Mais c'est important de réapprendre à le faire, d'autant plus que je vais être amenée à vivre seule. » A la fin de l'atelier, mauvaise surprise. Elle n'a pas pris un nombre suffisant de pommes de terre et n'atteint pas la quantité demandée par la diététicienne. Le trouble se lit sur son visage. « Pour faire les courses, j'aurais préféré que la diététicienne me donne une quantité en poids plutôt qu'un nombre de pommes de terre, je pense que j'aurais pu mieux doser », se défend-t-elle. Son plat sera alors complété.

Le soin « toucher à visée thérapeutique »

Toutes les démarches de soins permettent d'accompagner la reprise de poids. José Esteban, coach sportif et psychologue, organise les séances d'activité physique au sein de l'unité TCA afin de travailler sur les perceptions et l'image corporelle. « L'atelier permet aussi de gagner en force physique, donc en force mentale », soutient-il. Certains infirmiers formés proposent également un soin « toucher à visée thérapeutique » qui, comme la séance devant le miroir ou l'usage du logiciel de morphologie, permet de travailler à une meilleure acceptation de son corps. « Nous le proposons aux patients à partir d'un

IMC à 16 », explique Nadine Satori, précisant que la démarche est validée par une prescription médicale afin de cadrer cette relation de soins de proximité.

“ Dans l'anorexie mentale et la boulimie, le risque d'évolution des troubles vers la chronicisation est important et il s'agit de la pathologie la plus mortelle en psychiatrie. ”

Ce soin est progressif et se déroule en plusieurs étapes avec pour objectif un rapprochement relationnel avec la patiente. « Avec cette approche, j'ai l'impression de mieux m'habiter », confie Marie* en s'allongeant sur son lit. L'infirmière vient alors poser ses mains sur son dos, ses hanches, ses cuisses, ses pieds. Elle lui propose également une visualisation. Post-séance, Nadine effectue un débriefing et la patiente lui confie s'être sentie moins large qu'elle ne pensait l'être.

« Tout ce travail s'effectue en interprofessionnalité avec une synthèse par semaine, réalisée avec tous les professionnels de santé, au cours de laquelle chaque situation clinique est reprise et approfondie, indique le Dr Julia Clarke, psychiatre et praticien hospitalier de l'unité. Puis tous les matins et tous les soirs, un staff est organisé avec toute l'équipe pour faire un point sur la journée. »

Dans l'anorexie mentale et la boulimie, le risque d'évolution des troubles vers la chronicisation est important et il s'agit de la pathologie la plus mortelle en psychiatrie en raison de complications somatiques ou par suicides. Néanmoins, à ce jour, une majorité de patients pris en charge évoluent favorablement. ■

LAURE MARTIN

*Les prénoms ont été modifiés

Après chaque séance de toucher à visée thérapeutique, l'infirmière effectue un débriefing avec la patiente, pour connaître son ressenti.



© Ayoub Benkarroum

Emapsy, une alternative à l'hospitalisation

La structure Emapsy (Équipe Mobile et d'Accueil PSYchiatrique), des hôpitaux Saint-Maurice (94), propose une prise en charge sur-mesure des patients avec des difficultés psychiques et en situation de crise, habitant dans les quatre premiers arrondissements parisiens. Alternative à l'hospitalisation, la démarche « *d'aller vers* » permet un ancrage au plus proche des habitants du secteur.

Réunion quotidienne de transmission dans les locaux d'Emapsy.

En ce jour pluvieux de décembre, dans le quartier du Marais à Paris, une partie de l'équipe d'Emapsy (Équipe Mobile et d'Accueil PSYchiatrique) est réunie pour la réunion matinale quotidienne de transmission. Armen Alaverdian, infirmier psychiatrique,

partage avec ses collègues un nouveau cas. Une femme d'une soixantaine d'années, suivie par un centre médico-psychologique (CMP) du secteur, est confrontée à une décompensation psychique. Le signalement a été fait par son fils. « *La patiente refuse l'hospitalisation. Mais elle*



© Alexandra Luthereau

accepte d'être suivie par Emapsy. Nous avons proposé une visite à domicile quotidienne et une guidance pour un traitement médicamenteux », rapporte-t-il à l'équipe.

« Aller vers »

Cette situation résume bien l'activité d'Emapsy. Cette unité publique de psychiatrie du Pôle Paris Centre, rattaché aux Hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne), se présente comme une alternative aux séjours psychiatriques à l'hôpital, en cas de crise. « L'objectif de ce dispositif est d'éviter aux patients l'hospitalisation et le passage aux urgences, quand c'est possible. Et ce, en facilitant l'accès aux soins grâce à une démarche "d'aller vers" et l'accueil dans nos locaux qui se situent là où vivent les personnes », décrit Dominique Bernard, psychiatre et responsable de l'unité.

Emapsy ce sont donc à la fois un accueil de soins psychiatriques et des visites à domicile, pour les personnes habitant dans l'un des quatre premiers arrondissements de Paris. Cette double mission caractérise l'unité.

« Il existe des équipes mobiles en psychiatrie, des permanences d'accueil en psychiatrie (Centre d'accueil et de crise, CAC, N.D.L.R.) pour les patients mais pas les deux en même temps », souligne Dr Bernard, précisant que le dispositif Emapsy est justement né en avril 2019 de la fusion d'un CAC et d'une équipe mobile, déjà situés rue du Temple. Par ailleurs, l'implantation au cœur de la Cité « est aussi une façon de déstigmatiser la santé mentale » et de rendre le patient acteur de ses soins, précise la psychiatre.

Centrer sur le patient

Emapsy intervient non pas sur le long cours comme peuvent le faire les CMP mais de façon ponctuelle, sur de courtes durées, de quelques jours à un mois environ. Le temps de la crise au sens clinique du terme, en somme. Très rapidement après un signalement émis par un CMP, les urgences, les familles ou les patients eux-mêmes, l'équipe Emapsy reçoit la personne en entretien, accompagnée si possible par le proche qui a alerté sur la situation.

Cette première « prise de contact permet de nous faire connaître, de tisser un premier lien qui rendra possible le dialogue et la rencontre thérapeutique », explique l'infirmier Armen Alaverdian. L'idée est de montrer à la personne qu'il y a une inquiétude de la part de l'entourage et de voir avec elle les solutions à envisager. Les patients sont force de propositions. On voit ce qui est possible, ce qu'ils peuvent mobiliser comme ressources ». Si le patient accepte l'accompagnement Emapsy, démarre alors la prise en charge en tant que telle, personnalisée en fonction des besoins de la personne.

Parmi les soins proposés, l'entretien en binôme (infirmier et psychiatre, infirmier et psychologue...) est le plus



© Alexandra Luthereau

Armen Alaverdian, infirmier au sein d'Emapsy, estime que la démarche « redonne du sens à son métier ».

utilisé. Il peut aussi bien se dérouler dans l'un des bureaux dédiés d'Emapsy, au domicile du patient ou encore à l'extérieur, dans un café ou un parc. Toujours, selon ce qui convient le mieux au patient.

“ L'objectif de ce dispositif est d'éviter aux patients l'hospitalisation et le passage aux urgences, quand c'est possible. ”

« L'aller vers est intégré dans la mission Emapsy, précise Sarah Carlier, psychologue au sein de l'équipe. L'idée étant que si la personne ne peut pas venir, il faut aller la rencontrer. Il ne s'agit pas de dire que c'est mieux qu'un entretien dans nos locaux, c'est juste ce qui convient dans certains cas. Cela dit, aller la voir dans son environnement permet de mesurer la situation. C'est éclairant sur son état psychique ».

OPEN DIALOGUE

L'open dialogue est une méthode systémique de soins psychiatriques de la crise, venue de Laponie occidentale, selon laquelle le patient est au cœur de la prise en charge. Celui-ci est associé à toute discussion. Il n'y a pas de réunion où on parle du patient, sans qu'il ne soit présent. Selon les études menées en Finlande, le recours à cette méthode permet un pronostic de guérison supérieur, comparé à celui enregistré après des soins comprenant l'administration de médicaments, et des meilleurs résultats en termes de non rechute, baisse des hospitalisations, retour à l'emploi ou en études etc. ■

Pour en savoir plus : <https://open-dialogue.net/?lang=fr>

De l'entretien à l'hospitalisation de jour

Outre l'entretien individuel, l'équipe peut également proposer la guidance pour l'observance de traitements médicamenteux, des repas thérapeutiques midi et soir dans la salle à manger des locaux et même une hospitalisation de jour. La structure dispose pour cela de trois chambres permettant d'accueillir les patients de 9 heures à 21 heures, 7 jours sur 7, pour une « *hospitalisation cocooning* », comme la qualifie le Dr Dominique Bernard. Le projet était et reste de pouvoir accueillir des patients en hospitalisation complète, sur quelques jours et plus, quand c'est nécessaire. Mais l'équipe fait face aujourd'hui à un manque de personnels et éprouve des difficultés à recruter.

Cette souplesse dans les modalités et le fonctionnement « *permettent de s'adapter à la situation et au patient et aussi de proposer des choses différentes en fonction de ce qui convient à ce dernier* », commente l'infirmier. Et donc de favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins. Finalement, « *c'est le patient qui choisit* ». Ce principe de « *centration sur le patient* », évoqué par Sarah Carlier, est d'ailleurs un leitmotiv partagé au sein de la structure, qui réfléchit à imprégner sa pratique à l'aide du concept d'« *open dialogue* » (cf. encadré page 53), auquel l'équipe commence à se former.

Miser sur l'environnement du patient

Dans le dispositif Emapsy, la mobilisation de l'entourage du patient est également importante. « *Nous travaillons avec les partenaires de l'environnement de la personne, comme la famille, les amis, le ou la conjoint(e), les partenaires sociaux... qui sont des ressources potentielles* », décrit le Dr Bernard. Par ailleurs, l'équipe est en lien permanent avec les autres structures du pôle Paris Centre pour assurer la continuité des soins et éviter les ruptures. Pour la psychiatre, « *Emapsy participe à l'amélioration des pratiques et des soins au bénéfice des patients* ». L'infirmier évoque pour sa part, son sentiment « *d'utilité* »



© Alexandra Luthereau

Dominique Bernard, psychiatre et responsable de l'unité.



© Alexandra Luthereau

Sarah Carlier, psychologue au sein de l'équipe.

et le « *sens redonné à (son) métier* ». Ce ne sont pas les seuls à plébisciter ce type d'alternative. Face à l'engorgement des hôpitaux psychiatriques, « *les structures d'accueil et la mobilité d'équipes psychiatriques se développent* », appuie la psychiatre.

Pourtant, la multiplication de ce type de dispositifs tend à « *réserver l'hôpital aux situations les plus complexes* », souligne-t-elle. Sarah Carlier craint même le risque d'une « *paupérisation* » de l'hôpital public et un « *manque de mixité des patients (mixité pathologique, sociale, et de gravité des cas)* », avec, in fine, un accueil en hôpital public réservé aux situations les plus difficiles qui peuvent être lourdes voire décourageantes pour les soignants hospitaliers. ■

ALEXANDRA LUTHEREAU

* Le Pôle Paris Centre compte 2 unités hospitalisation aux Hôpitaux Saint-Maurice, 2 CMP, 1 hôpital de jour située dans une barge flottante sur la Seine et 1 unité d'hébergement thérapeutique.



© Alexandra Luthereau

Des repas thérapeutiques ont lieu midi et soir dans la salle à manger des locaux d'Emapsy.

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 :

- je joins à ce formulaire un chèque de 14,90 € à l'ordre d'ActuSoins
 je suis Étudiant(e) je joins à ce formulaire un chèque de 9,90 € à l'ordre d'ActuSoins*

*Justificatif de scolarité à joindre à votre règlement.



POUR VOUS ABONNER : 2 SOLUTIONS

En ligne : www.actusoins.com/magazine

Par courrier postal :

ActuSoins Abonnement

12 rue Rougemont

75009 PARIS

Lits fermés, soignants

À l'hôpital, la charge en soins augmente tandis que la force de travail s'érode. Résultat : certains établissements se voient contraints de fermer des lits... ce qui dégrade encore plus le moral des soignants. Si la tendance naturelle est à la baisse du nombre de lits en hospitalisation complète, au profit de l'ambulatoire, les fermetures de lits sont désormais de plus en plus subies.

« **C**e soir, on a encore failli fermer un lit pour la nuit, nous n'avons pas assez de personnel. Ce n'est qu'au dernier moment que nous avons trouvé des heures supplémentaires. » Laetitia Abdallah, infirmière depuis plus de 20 ans en réanimation polyvalente à l'hôpital pédiatrique Robert-Debré dans le nord-est de Paris, en a vu d'autres. Mais elle ne cache pas que ce qu'elle est en train de vivre l'atteint profondément. « On a l'impression qu'on aura beau dire que ça ne va pas, qu'on aura beau mettre le doigt sur de gros dysfonctionnements, les personnes haut placées qui prennent les décisions s'en fichent toujours », soupire-t-elle. Et encore, ajoute la Parisienne, « nous sommes des privilégiés, car je sais que dans d'autres établissements, la situation est bien pire ».

“ **Nous sommes à effectifs tendus, ce qui fait que quand un arrêt maladie tombe, nous n'avons parfois pas d'autre solution que de fermer un lit.** ”

En effet, de l'autre côté de Paris, à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, les soignants sont carrément en train de tirer la sonnette d'alarme.

« La situation actuelle ne nous permet plus de prendre en charge l'ensemble des patients qui relèvent de l'expertise de notre centre », alertait en octobre dernier lors d'une conférence de presse du Collectif inter-hôpitaux (CIH) le Dr Oanez Ackermann, pédiatre au service d'hépatologie pédiatrique de cet établissement du sud de la capitale, l'un des quatre centres capables d'effectuer des greffes de foie pour les enfants en France.

Les chiffres cités par la praticienne sont implacables. « Nous avons été contraints de fermer huit lits au début de l'été puis deux lits supplémentaires fin septembre, soit dix des vingt-quatre lits du service d'hépatologie pédiatrique », assène-t-elle. Résultat : des enfants en situation

d'urgence vitale ne peuvent être accueillis et doivent être pris en charge loin de chez eux, voire dans des services d'adultes. Et des hospitalisations de suivi, prévues de longue date, sont déprogrammées, ce qui fait craindre pour la qualité du parcours de soin de ces patients dans les mois et années à venir.

Pénurie de lits... ou pénurie de soignants ?

Ces témoignages ne font qu'ajouter à la longue liste de ceux qui illustrent une réalité difficile à accepter pour un pays qui s'est longtemps targué d'avoir l'un des systèmes de santé les plus performants du monde : la France n'est plus capable de maintenir autant de lits hospitaliers qu'auparavant. Mais il ne faut pas s'y tromper : quand on parle d'un lit hospitalier, on ne parle pas d'un élément de mobilier. Ce qui manque, ce ne sont pas les matelas et les sommiers, ce ne sont pas les draps et les couvertures. Ce sont les soignants qui s'affairent autour du lit.

« Dans mon service, les vagues successives du covid ont entraîné beaucoup de départs, confirme Laetitia Abdallah. Nous sommes donc à effectifs tendus, ce qui fait que quand un arrêt maladie tombe, nous n'avons parfois pas d'autre solution que de fermer un lit. » Un diagnostic confirmé par la Fédération hospitalière de France (FHF). « Nous en sommes à la cinquième vague de covid, cela fait deux ans que cela dure, et nous sommes face à des professionnels qui n'en peuvent plus », s'attriste Cécile Chevance, responsable du pôle « offre de soin, data, recherche et e-santé » de cette organisation qui défend les intérêts des hôpitaux publics du pays.

Querelle de chiffres

Reste à savoir quelle est l'ampleur du phénomène qui conduit à fermer tant de lits. Et on ne peut pas dire que cette question fait consensus. Au mois d'octobre, le

déprimés

Conseil scientifique Covid-19 affirmait dans un rapport qu'il y avait en France 20 % de lits fermés. Un chiffre, jugé aberrant par la plupart des observateurs, qui ne portait que sur un tout petit échantillon, mais qui a eu le mérite de déclencher un véritable débat national et de susciter de multiples enquêtes sur le sujet.

C'est ainsi que dans les semaines qui ont suivi le rapport du Conseil scientifique, on a assisté à un véritable déluge de données sur les fermetures de lits. En novembre, la FHF estimait, sur la foi d'un questionnaire auquel 300 de ses établissements adhérents ont répondu, que le taux de fermeture se situait non pas autour de 20 %, mais autour de 6 %.

Pour ce qui concerne la région parisienne, le directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, Martin Hirsch, y est allé de sa propre estimation, et annonçait en décembre que le chiffre était de 13 % dans l'ensemble de ses établissements.

Mais au fait, qu'est-ce qu'un lit fermé ?

Face à ce déluge de chiffres, on comprend que les soignants perdent quelque peu leur latin. Car le problème, c'est qu'il n'est pas si facile de définir ce qu'est un lit fermé. « Il faut savoir qu'en routine, on a toujours un volant de lits fermés, soit parce qu'il y a des travaux, soit parce qu'il y a moins d'activité pendant les périodes de congés, etc. », explique Cécile Chevanche, de la FHF, qui reconnaît toutefois que ce « volant » devrait, dans un monde idéal, être bien moins élevé que les 6 % affichés par son organisation. Mais le problème, c'est qu'on est bien en peine de définir un niveau optimal de fermeture. Et pour cause, précise Cécile Chevanche : « on n'est pas sûrs que tous les établissements aient tous la même définition de ce qu'est un lit fermé ».

C'est justement ce qui a conduit le ministère de la Santé à tenter de mettre tout le monde d'accord dans une enquête rendue publique au mois de décembre. Via sa Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'avenue Duquesne a envoyé un questionnaire à 2 300 établissements, toutes activités et tous secteurs confondus. Environ 1 100 (47 %) de ces établissements ont répondu et les données portaient sur les mois d'octobre et novembre 2021.

Il ressortait de ce travail que le nombre de lits ouverts a diminué de... 2 % depuis 2019. Un chiffre qui ne répond pas tout à fait à la question du nombre de lits fermés faute de soignants, mais qui a également sa pertinence. Lors du point presse de présentation de ses résultats, la

DGOS a d'ailleurs pris soin de souligner qu'elle n'avait pas, comme l'avaient fait le Conseil scientifique ou la FHF, comparé le nombre de lits effectivement ouverts à « une capacité théorique », une situation idéale « qui peut varier d'un moment à l'autre ». Elle s'était référé « à un point d'ancrage constant dans le temps ». Voilà qui éclaire la question des capacités hospitalières sous un tout autre jour.

Un phénomène naturel ?

Il faut en effet rappeler que le nombre de lits fermés n'a pas grand sens en lui-même. « Je regrette une certaine tendance à tout mélanger sur ce sujet », estime Jean-Paul Ségade, ex-directeur général de l'Assistance publique –

« Nous sommes face à des professionnels qui n'en peuvent plus », affirme Cécile Chevanche, responsable du pôle « offre de soin, data, recherche et e-santé » de la FHF.



© Eloïse Bajou

Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et président du Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale (Craps), un think-tank très actif sur les questions sanitaires.

Le développement de la chirurgie ambulatoire, la diminution des durées moyennes de séjour (DMS), l'évolution des techniques sont en effet selon lui autant de facteurs qui pourraient expliquer, du moins en théorie, que l'on ferme des lits sans pour autant dégrader la qualité des soins.

« *Le nombre de lits ne veut plus rien dire en tant que tel, poursuit Jean-Paul Ségade. Nous avons une tendance naturelle à transformer des lits d'hospitalisation complète en lits d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation à domicile (HAD). Quand on parle de lits fermés, il faut donc bien préciser de quoi on parle.* »

Une analyse que semble confirmer la DGOS. Car si les chiffres du ministère de la Santé notent bien une diminution du nombre global de lits d'hospitalisation depuis 2019, ils font apparaître une explosion du nombre de lits en chirurgie ambulatoire (+8 %) et en HAD (+26 %).

Reste que si, dans un monde idéal, on pourrait observer des fermetures de lits délibérément décidées par les équipes grâce à l'évolution des techniques médicales, la situation que nous connaissons est différente. Que

le chiffre de la discorde soit de 2, 6, 13 ou 20 %, une chose est certaine : au moins une partie des fermetures n'est pas choisie mais subie, sous la pression de deux facteurs aussi puissants que déprimants : les démissions de personnel et l'absentéisme grandissant.

Démissions et absentéisme à l'index

Et ce sont justement deux facteurs également explorés par l'enquête de la DGOS. Concernant les démissions, le ministère de la Santé n'a pas retrouvé dans ses chiffres l'hémorragie de professionnels de santé dont on parle tant. Sur le mois d'octobre 2021, le solde des entrées et des sorties est certes négatif (-416 soignants) mais si on le rapporte aux centaines de milliers d'agents employés dans les établissements, il n'est pas catastrophique.

Certaines professions généralement considérées comme en tension, comme les aides-soignants ou les auxiliaires de puériculture, connaissent même un solde positif (+363 soignants). Les infirmiers, en revanche, sont plus nombreux à quitter les établissements qu'à y entrer (-784 soignants).

“
Vu la charge en soins qu'affrontent en ce moment les équipes, même un point d'absentéisme en plus produit des impacts.
 ”

Mais si l'enquête présentée par l'avenue Duquesne tend à relativiser le tableau bien connu d'un hôpital dépeint comme un navire qui fuit de toute part, elle est plus sombre en ce qui concerne l'absentéisme. Tout le monde craint en effet qu'épuisés par la crise, les soignants soient plus nombreux à devoir s'arrêter temporairement de travailler. Et l'enquête de la DGOS met justement en évidence un absentéisme qui, non seulement est supérieur en moyenne d'un point à la situation observée en 2019, mais qui de plus augmente dans toutes les catégories de personnel.

« *Vu la charge en soins qu'affrontent en ce moment les équipes, même un point d'absentéisme en plus produit des impacts* », commentait le ministère lors du point presse de présentation de l'enquête, estimant que « *c'est en partie ce facteur qui explique les tensions que peuvent rencontrer les établissements* ».

Trouver un remède

Reste qu'une fois ces constats posés, la question du remède qu'on peut y apporter reste entière. Comment restaurer l'attractivité des carrières hospitalières et éviter les démissions ainsi que l'absentéisme ? Il y a, évidemment, la rémunération. « *Déjà, si on revalorisait nos salaires, ce*

LA FRANCE A-T-ELLE MOINS DE LITS QUE SES VOISINS ?

« *Quand je me regarde, je me désole, quand je me compare, je me console.* » La vieille maxime s'applique avec une pertinence toute particulière quand on examine les capacités hospitalières de la France à l'aune de celles des autres pays industrialisés. Car en déplorant le trop faible nombre de lits dont disposent les habitants de l'hexagone, on oublie trop souvent que ceux du reste du monde ne sont pas forcément mieux lotis.

C'est ainsi que d'après les données de l'Organisation pour la coopération économique et le développement (OCDE), la France se classe au 9^e rang des 34 pays les plus riches de la planète en termes de capacités d'accueil à l'hôpital. Avec 5,8 lits pour 1 000 habitants, elle se trouve certes loin derrière le trio de tête constitué du Japon (12,8 lits pour 1 000 habitants), de la Corée (12,4), et de l'Allemagne (7,9), mais elle arrive largement devant des pays dont on a coutume de vanter les systèmes de santé performants et généreux : le Luxembourg (4,2 lits pour 1 000 habitants), les Pays-Bas (3,1), le Canada (2,5)...

Pas une panacée

On peut d'ailleurs remarquer que le nombre de lits par habitant n'est pas une panacée. Les fortes capacités hospitalières de l'Allemagne n'ont par exemple pas évité à nos voisins d'outre-Rhin de voir leurs établissements débordés par le coronavirus et de devoir passer par les mêmes confinements, déconfinements et reconfinements que nous. Et la problématique des lits fermés, qui nous occupe en France, est également présente en Allemagne.

C'est ainsi qu'en novembre dernier, la Deutsche Welle titrait sur « *les personnels de soins intensifs poussés à leurs limites – et au-delà* ». Dans un reportage, ce média équivalent à peu près à notre France 25 suivait notamment Alexandra Heisterkamp, infirmière spécialisée à l'hôpital de Münster, qui expliquait aux journalistes que si, en pleine quatrième vague de covid, trois des lits de son service étaient fermés, c'est parce qu'il n'y avait « *pas assez de personnel qualifié* ». Des mots qui pourraient, sans difficulté, s'appliquer à un établissement français. ■



© iStock/sutiporn

Les fermetures de lits sont l'objet d'une querelle de chiffres.

serait un plus, estime Laetitia Abdallah, à Robert-Debré. *Parce qu'entre ce qu'on gagne en début de carrière et ce qu'on gagne à la fin, on ne peut pas dire que la progression soit exponentielle.* » Mais bien sûr, le salaire ne fait pas tout. *« C'est comme dans n'importe quel emploi : si on vous félicite pour votre investissement, si on reconnaît votre expérience, vous aimerez davantage ce que vous faites »*, complète l'infirmière.

Malheureusement, le gouvernement semble estimer qu'avec le Ségur, il est allé au bout de ce qu'il pouvait faire en matière de rémunération. Quant à la qualité de vie au travail, depuis le temps que les directions hospitalières cherchent à l'améliorer, elles n'ont abouti qu'à un consensus : ce n'est pas quelque chose qui s'obtient en un claquement de doigts. Voilà qui ne signifie pas qu'il ne faut pas continuer à pousser dans cette direction. Mais d'une part, ce sont là des voies d'amélioration déjà connues pour retenir le personnel au travail et donc, *in fine*, éviter des fermetures de lits. Et d'autre part, elles se heurtent au mur désespérant de la faisabilité.

« Les politiques disent qu'on va créer des lits, mais la vérité, c'est que cela ne veut rien dire, critique Jean-Paul Ségade. Ce sont de belles paroles, mais la question, c'est de savoir comment on recrute des infirmières alors qu'il n'y en a pas sur le marché du travail. » Mieux vaut donc, selon lui, chercher à améliorer l'organisation de l'offre hospitalière, ce qui permettrait de mieux faire face à la demande de soins. Car quand on parle de création de lits, on pense souvent à des lits d'hospitalisation complète, alors

que dans certains endroits, cela peut, par exemple, être *« des lits dans le secteur social ou médico-social dont on a besoin »*, poursuit l'ex-DG marseillais.

Raisonner finement

À la FHF, le discours est similaire : il faut raisonner finement, et non en nombre global de lits. L'idée serait passer d'une logique de restriction des capacités hospitalières généralisée à un pilotage stratégique. *« Nous avons été soumis à des régulations prix-volume, à des baisses de tarifs, à des gels, à des plans d'économie de 10 milliards d'euros en 15 ans... »*, énumère Cécile Chevance. *On a enfermé l'hôpital avec des économies imposées qui ont amené à des fermetures un peu à l'aveugle, et cela doit s'arrêter.* »

Il lui semble en revanche logique, par exemple, d'accompagner la *« tendance lourde »* que constitue selon elle le développement de la chirurgie ambulatoire, qui implique nécessairement une évolution négative du nombre de lits d'hospitalisation complète. Même raisonnement tout en souplesse sur les soins critiques. *« L'idée n'est pas forcément d'augmenter le capacitaire de façon pérenne, en créant de nouvelles structures, par exemple, mais d'être capable, en cas de besoin, d'étoffer nos équipes et d'avoir des personnels formés aux soins critiques qui pourraient venir en renfort »*, souligne cette responsable hospitalière. Toute la différence entre subir et choisir. ■

ADRIEN RENAUD

Mathilde, l'engagement franc

Mathilde Padilla est présidente de la Fédération nationale des étudiants en sciences infirmières (Fnesi). A 23 ans, cette infirmière fraîchement diplômée défend les droits des étudiants avec intelligence et dynamisme.

Mathilde Padilla en sept dates :

2014 : intègre sa première association pour organiser des concerts au lycée,

2015 : s'engage dans la Ligue contre le cancer,

2017 : commence une fac de droit, qu'elle arrête après un semestre,

2017 : travaille en tant qu'ASH et brancardière au CH de Dieppe,

2018 : admise à l'IFSI Saint-Étienne-du-Rouvray (Rouen) et s'engage dans l'association locale des ESI de son IFSI,

2020 : intègre la FNESI en qualité de VP chargée des affaires internationales et de la culture,

2021 : est élue présidente de la Fnesi.

Février 2021. Paris. Première rencontre. Mathilde Padilla, alors étudiante en soins infirmiers en troisième année et vice-présidente en charge de la culture et des affaires internationales de la Fnesi, co-anime la première de l'émission en ligne « Remed* », qu'elle a initiée et porté à bout de bras pendant des semaines. C'est une révélation : la jeune femme dénote par son dynamisme, son savoir-faire et son sérieux. On se dit alors : « Elle ira loin cette fille-là. On la reverra, c'est certain ». L'intuition est forte. Le ressenti évident.

Octobre 2021. Communiqué de presse : « Mathilde Padilla a été élue présidente de la Fnesi à l'issue du XXI^e congrès national de la fédération ». L'intuition prend forme. Mathilde, désormais infirmière diplômée, a présenté sa liste et a été nommée par ses pairs, à l'unanimité. Dès le début de son mandat, elle prend les choses en main et revendique un nouveau nom pour la structure qu'elle préside. Désormais, on ne dira plus « Fédération des étudiants en soins infirmiers » mais « Fédération des étudiants en sciences infirmières ».

Un seul terme change et pourtant l'acte est fort, chargé de sens. Il s'agit avant tout de modifier le regard porté sur la filière infirmière, vouée à évoluer avec son autonomisation et son universitarisation. « Le terme "soins infirmiers" utilisé dans le langage courant était trop restrictif. "Soins", dans l'imaginaire collectif, c'est très technique. Or, nous avons envie de valoriser que la profession infirmière, c'est aussi la réflexion », nous confie-t-elle alors.

Novembre 2021. Salon infirmier, Porte de Versailles, Paris. Deuxième rencontre, entre deux tables rondes auxquelles elle participe en qualité d'intervenante, entre deux rencontres avec Brigitte Macron et Olivier Véran qu'elle n'hésite pas à alpaguer et à solliciter, entre deux étudiants qu'elle conseille sur le stand de la Fnesi. « Elle est partout à la fois, mais tout ce qu'elle entreprend, elle le fait bien, avec beaucoup de cœur et d'efficacité », apprécie ce jour-là un de ses collègues de la Fnesi.

Engagement et détermination

« L'engagement, pour moi, c'est une évidence », explique Mathilde. « Depuis mon adolescence je m'implique dans différentes causes. Je déteste l'injustice et j'ai envie de faire avancer les problématiques qui me touchent ». Aujourd'hui, ses causes tournent autour de la défense des étudiants. Elle pointe d'abord, car le sujet est brûlant et qu'il l'inquiète particulièrement, la santé mentale dégradée des futurs soignants.

« Le mal-être des ESI est exprimé depuis de nombreuses années. De mauvaises conditions de stage et/ou de formation, du bizutage parfois, le tout ayant été exacerbé par la crise sanitaire. Les étudiants se sont beaucoup mobilisés et ils sont fatigués, parfois

désespérés. Certains ont arrêté leur formation. Beaucoup prennent des anxiolytiques, des antidépresseurs », indique-t-elle.

Parmi les autres chantiers sur lesquels elle travaille : la réforme de la formation initiale « pour s'adapter davantage aux parcours LMD (licence-master-doctorat) », l'accès aux services universitaires (services de santé notamment) pour les ESI, ainsi que des actions de sensibilisation et de lobbying en vue de la campagne présidentielle.

Pour tous ces chantiers, Mathilde n'hésite pas à interpellier. Un mois et demi après son investiture, elle a déjà beaucoup échangé avec les différents acteurs de la profession. Elle a aussi rencontré les représentants du ministère de l'Enseignement supérieur et du ministère des Solidarités et de la Santé ainsi que ceux de certaines ARS. « On nous a même sollicités pour une lettre de mission du premier ministre. La Fnesi est en train de prendre un tournant assez incroyable auprès des institutions. J'ai enfin l'impression qu'on nous prend en considération », lâche-t-elle.

Très active dans les débats, elle propose sans relâche des solutions pour avancer. Avec la Fnesi, elle préconise par exemple la création « d'une plateforme d'évaluation des stages » pour « qu'ils puissent se dérouler au mieux, avec des remontées objectives et régulières ». Cela permettrait de « signaler les comportements déviants, mais aussi les bonnes initiatives. Cet outil pourrait être associé à la démarche qualité des établissements. »

Construire l'avenir

Aujourd'hui, la vie de Mathilde est consacrée à la Fnesi. Après l'obtention de son diplôme en février 2021, elle a travaillé quelques mois en qualité d'infirmière puis a interrompu cette activité à la suite de son élection. « J'adore ce métier mais, avec ce mandat, je mène une vie à 100 à l'heure. Je me déplace beaucoup et je dors peu. Il serait vraiment difficile de mener les deux activités de front », explique-t-elle.

Que fera-t-elle dans un an, quand une ou un autre président prendra le relais ? Se dirigera-t-elle, comme tant de ses prédécesseurs, vers un master puis des fonctions d'encadrement ? « Je n'en sais rien. Je me concentre vraiment sur le moment présent et rien n'est figé. Je trouverai ma voie et je n'exclus ni de reprendre des études, ni de travailler en qualité d'infirmière ».

Si l'intuition se confirme, Mathilde ne tombera pas dans l'oubli en tout cas... ■

MALIKA SURBLED

* Lire, sur ActuSoins.com : <https://www.actusoins.com/343254/un-debut-tres-prometteur-pour-remed-la-premiere-emission-lancee-par-les-etudiants-en-soins-infirmiers-de-la-fnesi.html>

Sophie, infirmière de

Sophie, 53 ans, est infirmière libérale dans l'Allier près de Vichy. Au rythme d'une cinquantaine de visites à domicile par jour, elle ne compte pas ses heures. Hervé Chatel et Estelle Car l'ont suivi dans ses tournées.

Sophie annonce tout de suite la couleur : « *il ne faudra pas traîner pour enlever sa ceinture et sortir de la voiture à chaque arrêt car les minutes sont comptées. Nous avons trente-quatre patients à voir ce matin et presque une vingtaine ce soir* ».

Après des expériences en tant qu'infirmière en hôpital puis de coordinatrice dans une maison de retraite, on lui propose de remplacer l'ancienne directrice de la maison de retraite

dans laquelle elle travaille. Elle contribue à faire évoluer la structure, à la mettre aux normes et à recruter une équipe plus importante. Au bout de cinq ans, elle est licenciée abusivement suite à la vente de la structure à un groupe médical cherchant la rentabilité avant tout. Il fallait même « *mesurer la taille des parts de fromage de la cantine* ».

Une infirmière libérale lui propose alors d'effectuer des remplacements. Après cinq ans, elle décide d'ouvrir son propre cabinet, dans une petite ville d'Auvergne, Gannat, située près de Vichy. Elle y exerce depuis 2007.

A 7 h 30, sa chienne Paulette à côté d'elle, les Stooges en fond sonore, son carnet de rendez-vous et son portable à portée de main, Sophie démarre une journée de travail qui ne s'achèvera pas avant 21 h 00.



campagne

Travailler en zone rurale est un choix. Elle préfère ce rythme de vie, les relations humaines qu'on peut y nouer avec les patients, les commerçants, les voisins... Elle est d'ailleurs conseillère municipale de sa commune. La proximité avec la nature et la beauté des paysages de l'Allier sont une autre composante importante de ce choix.

Le métier d'infirmière libérale lui offre une « *liberté relative* » et elle aime la part d'imprévu inhérente à son métier. Sophie affirme gagner un salaire convenable à condition de travailler entre 50 et 70 heures par semaine. Si elle travaillait moins, elle ne pourrait pas se permettre d'avoir une remplaçante, ni une secrétaire. Elle doit encore tenir quinze ans avant sa retraite, qu'elle pourra prendre à 68 ans.

En vingt ans de métier, elle a vu le rôle de l'infirmière libérale – en sursis, d'après elle – évoluer. Les maisons de santé, « *seule réponse à la désertification des médecins* » sont survalorisées par les politiques publiques qui essayent d'éliminer les autres formes de prise en charge en zone rurale. La Sécurité Sociale tente aussi de réduire les prises en charge des soins. Après 20 heures, certains



La prise de tension et l'administration de médicaments sont régulières chez certains patients.

soins comme les perfusions sont considérés comme de la « *convenance personnelle* ». Sophie continue cependant à effectuer les soins aux horaires qui conviennent le mieux à ses patients, quitte à ne pas facturer la majoration de nuit.

Les proches des patients, élégamment nommés « *aidants naturels* », sont également de plus en plus sollicités pour réaliser certains soins à la place des professionnels de santé. Ce qui a des conséquences sur leur vie personnelle mais aussi sur la détection d'éventuelles évolutions de la maladie...

Demain, Sophie reprendra une nouvelle fois la route. Une vie professionnelle menée tambour battant qu'elle ne compte pas arrêter de sitôt ou alors « *à 65 ans si je gagne à l'Euromillions* » !

N.B. : ce reportage a été réalisé avant la crise de la Covid-19.



Trois fois par jour Sophie passe chez certains patients nécessitant des soins réguliers et des examens comme la mesure de la glycémie. Elle établit un suivi au quotidien pour cette patiente.



Sophie vérifie la température d'une patiente de retour d'une séance de chimiothérapie (en haut). Chez un autre patient (au milieu), elle surveille le dispositif de nutrition entérale. Lors d'une autre visite (en bas), elle nettoie et change les pansements d'une patiente souffrant d'ulcères aux jambes.



Vers 14 heures, la tournée du matin achevée, Sophie passe à son cabinet situé au centre de Gannat. Elle grignote un sandwich tout en gérant l'administratif, fait le point avec son assistante et reçoit quelques patients. Puis, chaque après-midi, elle s'octroie une heure de pause, souvent l'occasion d'une balade à pied dans la campagne.

Sophie n'hésite pas à chanter lors d'une prise de sang sur ce patient qui a la phobie des aiguilles. Ce moment stressant devient beaucoup plus détendu.



Certains patients ont besoin d'être réconfortés ou de parler tout simplement. Sophie prend alors le temps nécessaire, écoute, rassure...



Photos : Hervé Chatel. Texte : Estelle Car.

En Irak, le ministère de la Mort

En Irak, plus que partout ailleurs en Orient, la corruption gangrène l'État et le ministère de la Santé. Ce dernier a été rebaptisé par son personnel, ministère de la Mort. En première ligne, infirmiers et médecins racontent.

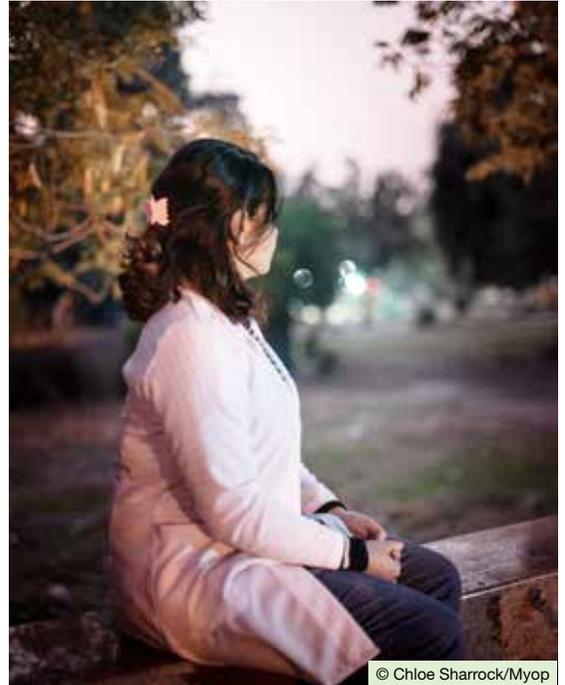
Naghman n'est infirmière que depuis quelques mois mais la jeune fille de 25 ans sait déjà que sa carrière sera douloureuse et longue. Depuis l'embargo imposé contre le régime de Saddam Hussein dans les années 90, puis l'invasion américaine en 2003 et les multiples guerres civiles de 2006 à aujourd'hui, le pays n'a jamais progressé médicalement. Il a même franchement régressé.

« Il y a souvent des pénuries de liquide intraveineux ainsi que d'autres médicaments et appareils comme des seringues ou des canules. Mais ce n'est pas spécifique à notre établissement, c'est le cas dans tout le pays », raconte cette jeune infirmière qui travaille au centre de santé Al-Karar de la capitale Bagdad. Il n'est pas rare que, pour des cas urgents, l'équipe médicale se cotise pour acheter elle-même les traitements pour les patients. « C'est une question d'humanisme... », souffle-t-elle.

Surfacturation

Mohammad attend nerveusement à l'étage d'un café de Bagdad, essayant d'éviter d'attirer l'attention sur sa conversation avec un étranger. Il travaille dans la gestion des stocks de médicaments pour des hôpitaux publics et sort un document faisant état d'une commande passée par des centres médicaux basés dans la province d'Anbar (ouest de Bagdad) à un fournisseur pour des seringues de 5 centilitres.

« De base nous avons passé un marché avec un fournisseur américain, mais étrangement la région d'Anbar a déclaré n'avoir reçu aucune seringue et a donc demandé du budget supplémentaire pour acheter ce matériel à un autre fournisseur. Sur la commande, il est écrit qu'ils ont acheté 140 seringues à usage unique pour un total d'un 1 500 000 dinars (906 euros), ce qui veut dire qu'une



© Chloe Sharrock/Myop

Jumana, jeune femme diplômée de médecine en 2018, travaille actuellement avec Médecins sans frontières. Elle dénonce les salaires dérisoires et les conditions de travail insoutenables du système hospitalier.

seringue vaut 8 euros alors que le prix avec le fournisseur américain était de 0,20 centimes... »

Mohammad affirme que la corruption et les détournements de fonds publics sont légion et ne sont pas vraiment dissimulés. Il n'a pas dénoncé à ses supérieurs cette surfacturation évidente : « Si je continue d'en parler, le meilleur des scénarios est que mon supérieur me dira de ne pas regarder de trop près, que ce ne sont pas mes affaires. Au pire, je serais sévèrement menacé et tout ce que j'aurais dénoncé ne servira à rien. Il n'y a pas de justice. Tellement d'hôpitaux sont gérés par des membres de milices armées qui ne savent même pas lire ou écrire. Donc pourquoi voulez-vous que la corruption soit déguisée. De plus, les personnes en charge administrativement ne peuvent rien dire car ils ont obtenu leur poste en étant fidèle à quelqu'un ou à un groupe lui-même corrompu. »

En Irak, selon les Nations Unies, 95 % des actes de corruption ne sont jamais signalés. Près de 65 % des Irakiens avaient payé un bakchich à un fonctionnaire au

1 % DU BUDGET CONSACRÉ À LA SANTÉ

En 2015, les dépenses de l'État irakien pour la santé représentaient moins de 1 % du budget, contre 3,6 % pour la Jordanie, 3,8 % pour le Liban ou encore 4,1 % pour l'Iran. Souvent justifiés par la guerre contre l'organisation État islamique, les manques criants d'investissements n'ont pas davantage repris depuis la défaite physique du groupe terroriste en 2017. En 2019, sur 106,5 milliards de dollars (89,76 milliards d'euros) de budget cette année-là, seulement 4,8 milliards (4,05 milliards d'euros) ont été attribués au ministère de la Santé, contre respectivement 19 (16 milliards d'euros) et 14 milliards (11,8 milliards d'euros) pour les forces de sécurité et le ministère du Pétrole. ■

moins une fois au cours de l'année 2016. Ainsi, de 2003 à 2019, la corruption en Irak aurait englouti pas moins de 410 milliards d'euros d'argent public. Cet argent évaporé fait chaque année des centaines de morts irakiens, par manque de traitements adéquats ou de matériels nécessaires. L'espérance de vie atteint à peine 70 ans, contre respectivement 72 et 82 pour les moyennes mondiale et française.

« On a besoin, sur le petit budget alloué par notre ministère de la Santé, d'au moins 10 % pour investir, mais on ne dispose que de 4 % dont la moitié est volée », assure Mohammad. Bilan : quasiment aucun nouvel hôpital public n'est sorti de terre depuis l'ère Saddam Hussein. Des douzaine de projets de construction n'ont jamais abouti à cause de la corruption. Le nombre moyen de lits par habitant, soit 1,2 pour 1 000 habitants, est en dessous des faibles standards de la région.

Trafic de médicaments

Chaque année, l'État choisit et importe les médicaments pour ses hôpitaux. Kimadia, la société publique responsable de ces importations sous le régime de Saddam Hussein a été affaiblie par l'embargo, puis par la guerre.

“ **Les médicaments achetés sont parfois des contrefaçons ou des produits de mauvaise qualité aux prix exorbitants.** ”

Elle ne couvre plus que 25 % des besoins en médicaments du pays. En 2018, plus de 85 % des médicaments de base essentiels aux hôpitaux irakiens étaient soit manquants, soit indisponibles, malgré 800 millions de dollars (674 millions d'euros) injectés dans Kimadia. Ils ont été vite absorbés et ont même accouché d'une dette de 455 millions de dollars (383 millions d'euros).

La faillite de Kimadia a poussé le gouvernement à se tourner vers d'autres acteurs pour l'importation de médicaments : des professionnels sans expertise, pas toujours honnêtes ni motivés par un intérêt collectif et national. « Ceux qui se chargent des importations pour le ministère sont souvent liés à des partis politiques ou à des élites au pouvoir. Les médicaments achetés sont parfois des contrefaçons ou des produits de mauvaise qualité aux prix exorbitants », analyse Hardy Mede, docteur en sciences politiques et chercheur au Centre européen de sociologie et de science politique (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne).

Pour Karam Mahmoud, pharmacien depuis onze ans, « il serait plus facile d'énumérer les médicaments que nous avons que ceux que nous n'avons pas. Parfois nous manquons même de paracétamol ».

Le manque de moyens accroît la pression sur les hôpitaux. Obtenir une date d'opération ou simplement une consultation avec un spécialiste peut prendre beaucoup de temps. Cet engorgement de l'offre publique exacerbe la corruption. Pendant longtemps et encore aujourd'hui (même si le phénomène recule depuis l'éclosion du secteur privé), verser un pot-de-vin à un directeur d'hôpital permet d'obtenir plus rapidement une date d'opération, de réserver une chambre privée plus propre, ou encore de multiplier dans sa chambre les passages des infirmières.

« Il y a une blague qu'on se fait très fréquemment entre collègues. Quand l'un d'eux se plaint, on réplique avec



© Chloe Sharrock/Myop

Mohammad travaille dans la gestion des stocks de médicaments pour des hôpitaux publics. Il a décelé dans plusieurs documents des preuves de surfacturation et de détournements de fonds.

ironie : « Ne parle pas en mal de notre ministère, il nous fournit des pantoufles médicales Gucci », raconte une jeune médecin de 25 ans, évoquant un scandale datant de 2017. À l'époque, le ministère de la Santé aurait conclu un contrat de plusieurs centaines de milliers de dollars avec une entreprise de chaussures médicales à

usage éphémère dont le personnel soignant se sert... quotidiennement.

« Nous manquons de traitements contre le cancer ou parfois simplement des matériels de base, mais notre ministère passe un contrat lucratif pour des chaussons. Nous ne sommes pas dupes, nous savons tous que

BOUTEILLES D'OXYGÈNE AU MARCHÉ NOIR

La crise de la Covid-19 n'a fait qu'exacerber la défaillance du système de santé en Irak. Dans une vidéo devenue virale sur les réseaux sociaux, une femme en abaya, assise dans un couloir lugubre, se balance sur elle-même et sanglote en parlant de sa mère : « Elle était en soins intensifs quand les docteurs m'ont averti qu'ils allaient manquer d'oxygène et que si je n'en trouvais pas, elle mourrait. Nous avons cherché partout, mais nous n'avons pas trouvé... » Une histoire tristement banale. Ahmed, médecin à Dhi Qar, affirme qu'à l'hôpital Al-Hussein de sa ville, « 31 patients en réanimation sont décédés à cause d'un manque d'oxygène pendant quatre heures. »

Dans la presse, des scandales éclatent. Certains administrateurs d'hôpitaux vendent sur le marché noir leurs précieux stocks de bouteilles d'oxygène – l'Irak n'en produit pas et les importe – à des prix rocambolesques. « Les bouteilles de 40 litres sont passées de 100 dollars (88 euros) à 400 dollars (350 euros) l'unité. Il y a même eu des trafics avec de fausses bouteilles : on leur vendait

en fait de l'hélium ou du CO₂ », raconte Moshriq Shawkat qui a fondé un vaste réseau de volontaires pour venir en aide aux familles à la recherche de bouteilles d'oxygène. Ce responsable associatif nous montre fièrement le matériel qu'il stocke avant sa prochaine livraison. « Quand il y a eu la pandémie, l'État a autorisé les gens à véhiculer des bouteilles d'oxygène sans permis spécial comme avant. Aujourd'hui, nous livrons dix bouteilles par jour tellement les besoins sont grands. Cela fait un grand budget, c'est pourquoi nous montons des cagnottes participatives sur les réseaux sociaux. C'est difficile aussi de trouver des régulateurs de pression en plus des bouteilles alors, mes copains et moi, on en a bricolé. »

Les hôpitaux irakiens ont aussi mis de côté les normes de sécurité nécessaires pour ce type de matériel. Tant est si bien qu'en juillet 2021 l'unité Covid-19 de Nassiriya a pris feu, tuant 52 patients. L'origine de l'incendie provenait des... bouteilles d'oxygène stockées sans respect des conditions de sécurité. ■



© Chloe Sharrock/Myop

Moshriq Shawkat a fondé un vaste réseau de volontaires pour venir en aide aux familles à la recherche de bouteilles d'oxygène pour la survie d'un proche à domicile ou à l'hôpital.

Une vidéo montre une bombonne de gaz vendue au marché noir en Irak remplie d'un liquide orangeâtre, à la place d'oxygène.



© Chloe Sharrock/Myop

c'était là une tentative à peine dissimulée de surfacturation », commente la jeune femme.

2,1 infirmiers pour 1 000 habitants

Dans ce marasme, le personnel hospitalier fait face, seul, aux violences des patients et de leur famille. L'infirmière Naghman raconte : « *Nous sommes souvent blâmés pour la mort d'un patient et c'est arrivé que les proches de la personne décédée se mettent à casser du matériel ou à agresser le personnel.* » Aux conditions de travail impossibles viennent s'ajouter des salaires précaires. Les médecins et chirurgiens sont rémunérés entre 440 et 620 euros par mois quand les infirmiers ne gagnent pas plus de 350 euros.

Ainsi, beaucoup de jeunes irakiens préfèrent s'exiler ou se tourner vers d'autres professions. Le pays compte un très faible taux de médecins et d'infirmières par habitant : en 2018, ils n'étaient que de 2,1 infirmiers et sages-femmes pour 1 000 habitants. Bien moins que la Jordanie (3,2) et le Liban (3,7). De même, l'Irak ne compte que 0,83 médecins pour 1 000 habitants, là aussi un taux très inférieur au reste du Proche-Orient.

« *Après 2003 et l'invasion américaine, beaucoup de médecins irakiens connus et reconnus internationalement ont fui. Ils étaient majoritairement sunnites car, sous Saddam Hussein, les sunnites avaient un accès très privilégié aux études supérieures et aux bourses pour aller étudier à l'étranger* », analyse Hardy Mede.

Jumana, jeune femme diplômée de médecine en 2018, travaille actuellement avec Médecins sans frontières mais veut à tout prix quitter l'Irak et exercer ailleurs. « *On veut tous quitter ce pays. Je suis payée 600 dollars (530 euros). Avec ce salaire, je ne peux pas vivre à Bagdad où le prix du loyer est de 500 dollars, donc je ne connais pas un infirmier ou un médecin qui ne fait pas un second métier. Le pire c'est qu'on ne peut pas vraiment quitter le pays pour la majorité d'entre nous, car on n'a pas eu*

le papier de notre diplôme. C'est comme cela que l'État s'assure qu'on ne parte pas... »

Corruption... Jusqu'à la cantine

Tannaz (le prénom a été modifié) est médecin à l'hôpital Al-Kindi de Bagdad. Quand la jeune femme signe son premier contrat avec le ministère de la santé, 330 000 dinars (234 euros) mensuels sont soustraits à son bulletin de paie. La somme s'élève à 30 % de son salaire mensuel et correspond aux repas que sert la cantine de son établissement. Pourtant, « *ils ne sont même pas décents pour nourrir votre animal de compagnie* », dit-elle.

De nombreux médecins confirment l'existence de ces frais de restauration que beaucoup associent à de la surfacturation et du vol. Certains ont essayé de faire sauter la clause, préférant se restaurer en dehors des cantines des hôpitaux. « *À chaque fois, les récalcitrants ont été menacés d'être assassinés s'ils ne laissaient pas tout tomber* », raconte Tannaz.

Ali Ahilali, 36 ans, a fui l'Irak pour cette raison. En 2016, il est élu délégué du personnel par les 345 médecins de l'hôpital Al-Yarmouk. Très vite, il fait le tour des cuisines. « *Il manquait des dizaines de kilos de viande et de nourriture. Ce que le ministère de la santé payait avait disparu. J'ai exigé qu'on trouve ce qui manquait. Le manager a fini par me dire que si je ne me taisais pas, quelqu'un me tuerait. Les enjeux financiers pour cette mafia est énorme!* » Apeuré, il a démissionné et quitté l'Irak pour aller exercer au Danemark.

En Irak, la corruption dans le système de santé se nourrit aussi bien sur des contrats passés pour des pantouffles que sur la nourriture à la cantine, des seringues ou encore des bouteilles d'oxygène... Aucun domaine n'est épargné. Laissant le pays dans une situation sanitaire en constante régression depuis la fin du XX^e siècle. ■

QUENTIN MÜLLER À BAGDAD (IRAK)

Simulateur du Vieillissement GERT



Augmentez l'empathie et améliorez la bienveillance

Parfait pour la formation !

Simulateurs pour expérimenter les déficiences liées à l'âge, les pathologies et les handicaps



à partir de € 150,-
plus les frais d'expédition et la TVA si applicable

info@simulateur-gert.fr
www.simulateur-gert.fr

La yogathérapie pour traiter les douleurs chroniques

Depuis 2016, le CH de Pontoise (Val d'Oise) propose une consultation en yogathérapie pour les patients douloureux chroniques. Réduction des douleurs, baisse ou même arrêt de la prise de médicaments, ou encore amélioration du sommeil, ce soin à base d'exercices corporels et de respiration améliore la qualité de vie de certains patients.

« **L**a yogathérapie a été une révélation ». En 2011, Jocelyne Borel-Kuhner, docteur hospitalier spécialiste en médecine d'urgence et de catastrophe, cherche une autre approche de la prise en charge de la douleur. « Celle-ci est toujours la même, pour tous les patients. Il y a une inadéquation entre ce que le patient ressent et dit et ce que perçoit le soignant », décrit-elle. Je souhaitais mener une écoute vraie du patient ».

Elle se tourne alors, un peu par hasard, vers une formation en yogathérapie. « J'ai tout de suite senti que j'étais sur la bonne voie ». Après deux ans de formation, avec l'appui des équipes hospitalières, elle expérimente ce soin auprès de quelques patients à l'hôpital Simone Veil à Eaubonne (Val d'Oise). Les premiers retours sont positifs et les demandes des patients sont telles que la consultation ne peut tous les accueillir. En 2016, Dr Borel-Kuhner décide de se consacrer entièrement à la prise en charge

Le Dr Borel-Kuhner a créé la première consultation de yogathérapie dédiée à la prise en charge de la douleur, au CH de Pontoise.



© Alexandra Luthereau

de la douleur, à l'aide du soin yogathérapeutique. Une consultation dédiée ouvre au CH de Pontoise.

Thérapie 100 % adaptée au patient

Adeptes de la posture du chien tête en bas et du Savasana, sachez qu'une consultation de yogathérapie n'a rien à voir avec le déroulé d'une séance de yoga traditionnelle, ni avec sa dimension spirituelle. « Je parle docteur occidental », précise dans un sourire la médecin. Il s'agit « d'utiliser les outils du yoga, quelques mouvements, les respirations, la concentration, la méditation... Mais on ne fait pas tout en même temps ».

La prise en charge démarre par une première consultation pendant laquelle la thérapeute interroge le patient sur son parcours, son vécu, ses douleurs, leurs caractéristiques (manifestations, durée...), les traitements suivis etc. Cette première étape est essentielle.

« Les patients douloureux chroniques ont généralement un long parcours chaotique, observe Maureen Miller, infirmière au service douleurs du CH Pontoise. La première consultation dure longtemps. Le Dr Borel-Kuhner pose beaucoup de questions, fouille pour trouver les meilleures solutions. Il y a une vraie écoute avec un médecin attentif. Les patients retrouvent de l'espoir et c'est déjà beaucoup ».

En fonction de la pathologie, du parcours du patient et de ses souhaits, la yogathérapie sera proposée ou non comme soin exclusif ou en compléments d'autres traitements. En particulier, ce soin est bien adapté aux maladies rhumatismales chroniques inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite...) et à certaines maladies neurologiques chroniques comme la sclérose en plaques et les douleurs neuropathiques.

Ce qui ne signifie pas que le traitement soit uniforme, pour chaque pathologie ou personne. Au contraire, le soin est « 100 % adapté au patient, sa mobilité, son

corps, son âge...», appuie Dr Borel-Kuhner. *On peut proposer des postures classiques ou bien trouver des alternatives pour les réaliser assis sur une chaise ou allongé dans un lit* ».

Une fois les exercices définis, le Dr Borel-Kuhner explique aux patients comment les pratiquer au quotidien à leur domicile. Autrement dit, ces mouvements et respirations ne sont pas réalisés en cabinet. *« Je leur apprend la méthodologie et ils se l'approprient, précise-t-elle. Je ne leur montre pas, je fais faire. La yogathérapie est une expérience corporelle. L'idée n'est pas de copier mais de vivre dans son corps »*. Ensuite, à chaque consultation, les exercices sont ajustés, en fonction des bienfaits observés, des difficultés à les réaliser ou non, des progrès réalisés...

En moyenne, le suivi comprend cinq consultations, sur environ six mois puis une ou deux consultations par an, un peu dans une démarche de coaching pour aider les patients à continuer à pratiquer leurs exercices. Car *« la yogathérapie est un soin. C'est en quelque sorte le "médicament" du patient. Il doit les faire tous les jours »*, souligne Maureen Miller, infirmière en poste à ce service depuis octobre 2020 après avoir travaillé aux soins palliatifs.

Ce traitement produit en effet *« la sécrétion de plusieurs substances. Les endorphines calment les douleurs, les cytokines réduisent les processus inflammatoires, les neuromédiateurs améliorent le sommeil, détaille Dr Borel-Kuhner. Tout cela va permettre de rompre le cercle vicieux de la douleur chronique. Finalement, la yogathérapie est la corrélation entre observation anatomo-physiologie classique et principes du yoga »*. Face à ces bienfaits, certains patients, comme ses deux premiers patients qu'elle suit depuis dix ans, ont même arrêté leur traitement médicamenteux à la faveur d'exercices de yogathérapie quotidiens.

Reprendre la main sur leur traitement

Réduction de la douleur, amélioration du sommeil, périmètre de marche élargi, reprise du travail, amélioration de la qualité de vie... les effets mesurés par l'équipe sont multiples. D'après les statistiques du service, 75 % des patients progressent sur au moins un critère. *« La plupart du temps, les améliorations sont observées sur plusieurs. C'est bien plus qu'un effet placebo »*, commente la yogathérapeute.

Par ailleurs, les observations au CH de Pontoise commencent à être corroborées par des études spécifiquement consacrées à la yogathérapie. De son côté, Dr Borel a lancé une étude au printemps 2021 pour compléter les connaissances sur le sujet.

Au-delà de ces chiffres, on constate que l'expérience corporelle de ce soin conduit à une meilleure connaissance de soi et de son corps. Résultat, en parallèle de



Consultation de yogathérapie au CH de Pontoise

© CH René Dubos, Pontoise

cette pratique quotidienne, les patients entament souvent des changements dans leurs habitudes de vie et prennent mieux soin d'eux. *« Ils reprennent la main sur leur corps et leur traitement. Avec la yogathérapie, ils font eux-mêmes pour eux-mêmes »*, analyse Maureen Miller.

Éviter l'automatisme des médicaments

La yogathérapie n'est pas miraculeuse pour autant. Certains patients n'arrivent pas à tenir le rythme et abandonnent leurs exercices au bout d'un moment. Par ailleurs, ce soin ne soigne pas la pathologie, ni ne supprime la douleur. Mais il permet de vivre avec, plutôt que contre. De traiter les problèmes, plutôt que de les cacher. Et donc, d'éviter la prescription automatique des médicaments, et la survenue de possibles effets secondaires.

Aujourd'hui, cette consultation est unique en France. Des services douleurs d'hôpitaux français y orientent des patients souffrant de certaines pathologies, comme ceux avec des douleurs pelvi-périnéales. Mais bientôt d'autres consultations devraient ouvrir à Lyon et à Annecy. Cela reste encore anecdotique mais cette hausse des demandes pour des traitements autres que les médicaments se fait sentir. De la part des patients et des soignants.

« Notre société est de plus en plus productiviste, pressée. La médecine est devenue celle des organes, observe Dr Jocelyne Borel-Kuhner. Les soignants souffrent de ne plus avoir le temps d'écouter les patients. Il faut prendre en compte les patients dans leur globalité ». C'est justement ce à quoi la yogathérapie s'attache. ■

ALEXANDRA LUTHEREAU

LE GROUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ROBERT DEBRÉ

Hôpital de la mère, de l'enfant et de l'adolescent



RECRUTE (H/F)

INFIRMIERE, PUERICULTRICE

(Services de pédiatrie spécialisée, urgences, réanimation pédiatrique spécialisée, hématologie, réanimation néonatale, pédopsychiatrie, chirurgie)

IBODE pour bloc chirurgical robotisé

MASSEUR KINESITHEPEUTE, MANIPULATEUR RADIO, TECHNICIEN DE LABORATOIRE

Cadre de santé

(Services : Bloc ambulatoire, Urgences pédiatriques, Hôpital de jour de médecine, Endocrinologie, Chirurgie viscérale, Orthopédie, ORL)

Plan d'attractivité (nouveaux diplômés).

Venez nous rejoindre (CDD-CDI-CAE)

Nous proposons sur l'hôpital (du lundi au vendredi), à tous les étudiants, des visites de services secteur clinique ou médico-technique. Prenez RDV au 06 35 14 15 72

Contact recrutement :

Direction des Soins et des Activités
Paramédicales
01 87 89 16 84
recrutement.soins.rdb@aphp.fr

Hôpital universitaire Robert-Debré
48 boulevard Sérurier - 75019 PARIS
Tél. 01 40 03 20 00

Méto : Lignes 3bis et 11 : Porte des Lilas - Ligne 7bis : Pré-Saint-Gervais
Tramway T3 : Hôpital Robert Debré -
Bus PC2 : Hôpital Robert Debré
48 : Porte du Pré-Saint-Gervais - 61 et 96 : Porte des Lilas

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

Jura Cool emplois Médical Suisse



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

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

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



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

Contactez au plus vite :

Anne Chopard +41 79 331 36 04
Responsable dpt médical anne.chopard@medicsservices.ch

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



CEPFOR
CENTRE EUROPÉEN DE FORMATION
D'INFORMÉTIQUE

La référence
pour vos formations
infirmier(e)s

Retrouvez toutes nos formations sur notre site www.cepfor.com

Votre contact : Fanny Violet - 05 54 86 07 08 - inscription@cepfor.com



LA RÉFÉRENCE DE LA FORMATION SANTÉ E-LEARNING

LA PLATEFORME IDEALE

POUR SE FORMER

EN 2022

20 FORMATIONS DPC EXCLUSIVES POUR LES IDEL !

PRADO BPCO - PLAIES & CICATRISATION
BSI - NGAP - RAAC - DIABETE ...

★★★★☆

Noté **4.9/5** par vos pairs

Erevo conçoit des formations en ligne pour les acteurs du monde médical et paramédical afin de les accompagner durablement dans leur développement professionnel.

POUR EN SAVOIR PLUS : **01 88 55 55 55 / WWW.EREVO.FR**



LA FORMATION
s a n t é

FORMATIONS DOM
DPC - FIF PL

MARTINIQUE
LES RÉGIMES À LA MODE : DE L'INTÉRÊT AUX RISQUES // 3 fév. 22
CANCERS ET NUTRITION // 4 fév. 22
MÉDITATION : LE BURN OUT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ // 3-4 fév. 22

GUADELOUPE
MÉDITATION : LE BURN OUT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ // 7-8 avr. 22

INDEMNISATION
DPC : 14h / an
236,32 € / jour de formation
FIF PL : 4 jours de formation pris en charge / an

FINANCEMENT PERSONNEL :
dans la limite de 40h / an
Formation à votre charge mais sous bénéfices du crédit d'impôt et de la déduction fiscale.

ÎLE DE LA RÉUNION #1
LES CATÉTIERS VEINEUX CENTRAUX // 2 Mai 22
LES PLAIES ET LE BILAN DE PLAIES // 3 Mai 22
NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS INFIRMIERS // 4-5 Mai 22
LES RÉGIMES À LA MODE : DE L'INTÉRÊT AUX RISQUES // 6 Mai 22
CANCERS ET NUTRITION // 7 Mai 22
MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE
INITIATION // 6-7 Mai 22
PERFECTIONNEMENT // 2-3 Mai 22

ÎLE DE LA RÉUNION #2
MÉDITATION : LE BURN OUT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ // 16-17 nov. 22
LA MÉMOIRE ET SES TROUBLES EN PRATIQUE QUOTIDIENNE // 17 nov. 22

Espace Mendil Alde - Bât B
48 avenue du 8 mai 1945 - 64100 Bayonne

05 24 67 10 39
contact@laformation-sante.fr

www.laformation-sante.fr



Institut Catholique de Rennes

En convention avec **le cnam** Bretagne

MASTER Droit et Gestion de la Santé
(Formation initiale ou en alternance)
Direction d'établissement sanitaires et médicaux-sociaux

Licence Pro TIM
(Formation par alternance)
Technicien de l'Information Médicale

LA « CATHO DE RENNES »,
UNE FAC À TAILLE HUMAINE!

www.icrennes.org



CONGRÈS CONJOINT JOURNÉES CICATRISATIONS & EWMA

2022

1 - 3 FÉVRIER

PARIS

PALAIS DES CONGRÈS

CONGRÈS CONJOINT AVEC LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE ET FRANCOPHONE DE
PLAIES ET CICATRISATIONS (SFPC) & L'ASSOCIATION EUROPÉENNE DE LA
GESTION DES PLAIES (EWMA)

CONGRÈS BILINGUE : FRANÇAIS & ANGLAIS



@JOURNEESCICA

EWMA-CICA2022.ORG



LA FORMATION S A N T É

FORMATIONS DOM DPC - FIF PL

MARTINIQUE

LES RÉGIMES À LA MODE : DE L'INTÉRÊT AUX RISQUES

// 3 fév. 22

CANCERS ET NUTRITION

// 4 fév. 22

MÉDITATION : LE BURN OUT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

// 3-4 fév. 22

GUADELOUPE

MÉDITATION : LE BURN OUT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

// 7-8 avr. 22

INDEMNISATION

DPC : 14h / an

236,32 € / jour de formation

FIF PL : 4 jours de formation pris en charge / an

FINANCEMENT PERSONNEL :

dans la limite de 40h / an

Formation à votre charge mais vous bénéficiez du crédit d'impôt et de la déduction fiscale

ÎLE DE LA RÉUNION #1

LES CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX

// 2 Mai 22

LES PLAIES ET LE BILAN DE PLAIES

// 3 Mai 22

NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS INFIRMIERS

// 4-5 Mai 22

LES RÉGIMES À LA MODE : DE L'INTÉRÊT AUX RISQUES

// 6 Mai 22

CANCERS ET NUTRITION

// 7 Mai 22

MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

INITIATION

// 6-7 Mai 22

PERFECTIONNEMENT

// 2-3 Mai 22

ÎLE DE LA RÉUNION #2

MÉDITATION : LE BURN OUT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

// 16-17 nov. 22

LA MÉMOIRE ET SES TROUBLES EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

// 17 nov. 22



oui, **rembourser vos lunettes à 100%,** **c'est *préserver* votre budget**

- ✓ Lunettes et prothèses dentaires **prises en charge à 100%**⁽²⁾
- ✓ **Assistance psychologique** et d'autres services pour prendre soin de votre santé (coaching nutrition⁽³⁾, coaching tabac⁽³⁾, etc.)
- ✓ **Remboursement des soins en 48h** et suivi en temps réel sur l'appli⁽⁴⁾

À partir de
7,40€⁽¹⁾
/mois

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

PUBLICITÉ

(1) Exemple de tarif pour un infirmier hospitalier de 21 ans en formule générique. Tarif valable la 1^{re} année d'adhésion pour une souscription jusqu'au 30/04/2022.
(2) Pour les équipements ou prestations relevant du 100% santé et sous conditions contractuelles.
(3) Tabac/alimentation : via une plateforme médico-sociale (suivi sur une période de 6 mois et jusqu'à 5 appels). Stress : traité dans le cadre d'un accompagnement psychologique.
(4) En cas de télétransmission et 72h dans les autres cas, à réception des données de votre caisse ou de votre demande complète de remboursement (hors délais bancaires).
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 - MACSF prévoyance - SIREN N°784 702 375 - Sociétés d'assurances mutuelles - Entreprises régies par le Code des Assurances
Sièges sociaux : Cours du Triangle, 10 rue de Valmy 92800 PUTEAUX. Adresses postales : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 - 92919 LA DEFENSE CEDEX.
Association souscriptrice : A.L.A.P - Siège social : 11, rue Brunel, 75017 Paris.