

Journal ^{des} infirmiers

**Journée internationale
des infirmières**



Mais aussi...

RETROUVEZ ÉGALEMENT :

ACTUALITÉS

PRÉSENTATION DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA)
ET ASSOCIATION IPA DE LA NOUVELLE AQUITAINE

POINT SOIN

LE DOSSIER « ÉQUILIBRES » - EXPÉRIMENTATION ARTICLE 51

POINT DROIT & PATRIMOINE

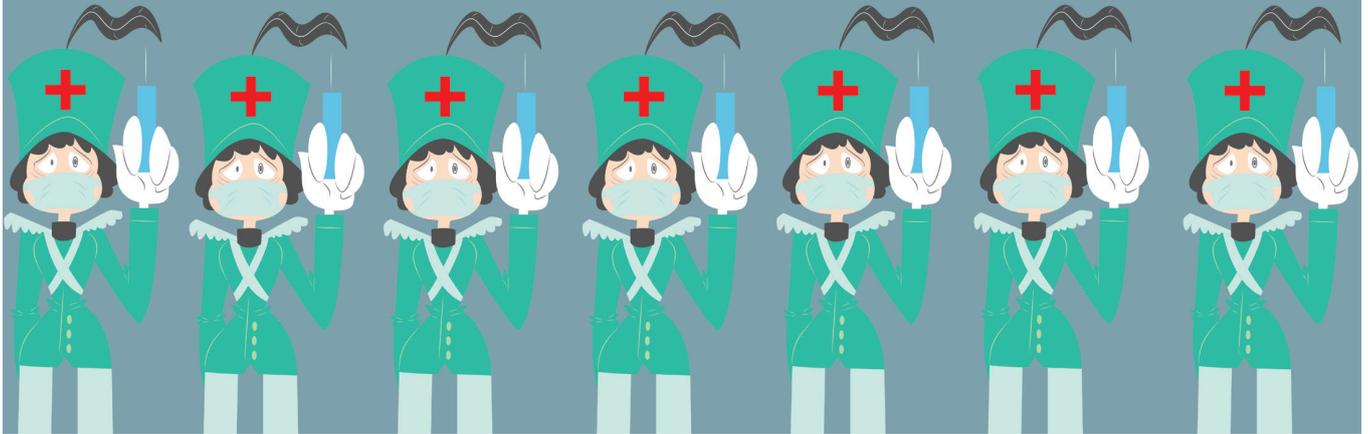
PRÉVOYANCE ET PERTE D'AUTONOMIE

RETROUVEZ EN COMPLÉMENT :

LE HORS-SÉRIE AVEC LES ARTICLES
SUR LE NUMÉRIQUE ET LA COORDINATION

Les moments de vie d'un(e) infirmière(e)

Toutes armées contre le covid



40 ans après l'épidémie de Covid.

De mon temps on avait des confinements et reconfinements sans arrêt. On était en sous effectifs, et on était débordées. Alors cette épidémie de grippe, c'est de la znoznotte!



En service



En vacances



Jours fériés





Édito

Le métier d'infirmier est en pleine évolution et en plein questionnement. Au-delà des contraintes, cette période de crise sanitaire doit aussi être une opportunité pour s'interroger, ensemble, tant sur l'évolution des missions infirmières, que sur l'évolution des prises en charge et du service au patient.

Hypnose, gestion de la douleur, coordination des parcours, prévention, éducation à la santé, innovation numérique, sont autant de thématiques à développer pour répondre aux attentes légitimes des patients.

Les missions infirmières évoluent fondamentalement. Le déploiement attendu des fonctions d'infirmiers en pratique avancée est aussi un levier majeur d'évolution du métier notamment dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

Par ailleurs, en ville comme à l'hôpital ou en clinique, l'infirmier est l'un des premiers interlocuteurs du patient, et est au cœur de toute démarche de santé publique. Pouvoir échanger et réfléchir ensemble aux grands défis comme celui de la vaccination est important pour que vous soyez, prêts à répondre à tous les enjeux et à toutes les interpellations demain.

Je me réjouis donc de la parution de ce journal des infirmiers qui propose des éclairages complémentaires, venant de tous les horizons professionnels dans la pratique infirmière.

Face à tous ces défis, le CHU de Bordeaux veut aussi se positionner et construire une pleine coopération. C'est dans cet esprit que nous nous engageons, avec l'Université, dans le renforcement des démarches autour des infirmiers en pratiques avancées, pour valoriser l'expertise infirmière en CHU qui couvre l'ensemble des prises en charge et des soins de recours.

Nous voulons aussi renforcer notre implication dans la recherche paramédicale, c'est un levier important d'évolution et d'enrichissement du métier infirmier, au service du patient.

Je suis heureux que nous puissions collaborer sur ces enjeux, et souhaite un plein succès à vos projets.



Yan Bubien
Directeur général du CHU de Bordeaux
Président d'honneur des Journées des Infirmiers de Bordeaux



Le mot de la marraine

Le temps de l'émancipation est arrivé

En acceptant d'être la marraine du journal des JDI, je souhaite encourager le mouvement de promotion et d'émancipation des infirmières et infirmiers en Nouvelle-Aquitaine et au plan national. Je remercie Maryana Nobre d'avoir pris l'initiative de la création de ces journées et de ce journal.

Je pense que le temps est venu de renforcer le mouvement de reconnaissance de leur rôle sanitaire et social, essentiel dans la gestion des soins de santé au quotidien, comme dans la période de pandémie Covid-19, que nous traversons. Alors que la population plébiscite les soignants, la revalorisation du statut et des salaires tarde à venir, même si des efforts viennent d'être faits.

Les soins infirmiers sont fondamentaux dans l'offre de soins. A l'hôpital ou en ville, ils sont toujours plus techniques. L'expertise des infirmiers-res renforce la sécurité des soins et des traitements. Leur empathie et leur proximité humaine constituent un facteur majeur de la qualité des soins. La crise de la Covid-19 a mis en lumière leur rôle essentiel et leur contribution déterminante dans le système de santé.

Les infirmiers-res ont su faire preuve d'une résilience à tout épreuve dans un contexte de réductions budgétaires dénoncées lors des grandes manifestations de 2019. La pandémie a jeté une lumière crue sur le décalage entre un travail harassant et leurs multiples responsabilités, au regard de leur faible rémunération, plaçant la France au 23^{ème} rang mondial.

« Choisir la performance financière à tout prix, en lieu et place de la performance clinique reliée à la qualité des soins et la sécurité des patients, se révèle être une difficulté majeure » dénonce le Sidiief (1). Toute la difficulté est de valoriser à sa juste mesure les actes de soins infirmiers. Ils ne sont pas toujours quantifiables tant qu'on ne sait pas, au-delà des gestes techniques, mesurer les compétences relationnelles, d'imagination, d'innovation, d'attention, de parole juste dite au moment juste.



La discipline des sciences de l'infirmière a fait son entrée à l'Université de Bordeaux grâce à la pugnacité d'infirmières engagées et au soutien du CHU. Dès lors que la recherche en soins infirmiers est lancée, souhaitons que tous ces points aveugles du travail infirmier soient mis en lumières, évalués et reconnus.

On ne peut poser le sujet de l'émancipation des infirmiers-res, sans en parler d'abord au féminin. Les métiers du soin ont été dévolus historiquement à la femme, et à ce titre n'ont ouvert qu'à une faible reconnaissance, eu égard à la place subalterne et de dépendance dans laquelle le patriarcat et le monde médical masculin les avaient enfermées. Ce tabou doit être levé, cette injustice doit être redressée.

La France aurait tout à gagner à s'appuyer sur ces professionnels-les, en période de pandémie, en leur octroyant, par exemple, le droit à vacciner comme le réclament l'Ordre et les syndicats infirmiers. Notre pays doit reconnaître leur technicité et leur sens des responsabilités en ouvrant la nomenclature des actes, tel que proposé dans le Livre blanc du Conseil National de l'Ordre Infirmier de 2019 (2). Cela aurait pour effet immédiat de dégager du temps médical pour les médecins, en nombre insuffisants et mal répartis sur le territoire.

Pour le bien de tous, il est absolument nécessaire de reconnaître leur rôle essentiel en matière d'éducation et de prévention à la santé ainsi que dans l'amélioration de l'accès aux soins, tout particulièrement dans ce contexte de pandémie. Les JDI et ce journal ont vocation à y contribuer.

Solange Menival
Présidente du Think Stratégie Innovation Santé
Marraine du Journal des Infirmiers

(1) <https://sidiief.org/article/la-profession-infirmiere-un-role-dengagement-et-dexcellence/>

(2) https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/Livre_blanc_2019_CONSULTATION-INFIRMIERE.pdf

Sommaire

L'ÉDITO DE YANN BUBIEN _ P3

LE MOT DE LA MARRAINNE SOLANGE MENIVAL _ P4-5

1 - Actualité

LES IPA VOUS PRÉSENTENT LEUR MÉTIER

- L'association des Infirmiers en Pratique Avancée Nouvelle-Aquitaine **p8-9**
- Présentation de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) **p10-16**

2 - Témoignages

SAVOIR SE PROTÉGER

- Soignants pas victimes **p17-21**
- Se former sans se faire arnaquer **p22-23**

3 - Histoire

HISTOIRE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE EN FRANCE

- Infirmier(e)s, d'hier à demain **p26-30**

4 - Point soin

«EQUILIBRES» - EXPÉRIMENTATIONS POUR AMÉLIORER L'EXERCICE LIBÉRAL

- Le dossier « Équilibres » **p31-42**
- Au cœur de l'univers des sutures **p43-44**

5 - Association

L'IMPORTANCE DU TRAVAIL DES ASSOCIATIONS

- Ligue contre le cancer **p45-47**

6 - Médecine Complémentaire

DE SOIGNANT À SOIGNANT : PRENONS SOIN DE NOUS !

- Le Yoga soignant **p48-49**

7 - Numérique

VOUS TROUVEREZ LES ARTICLES SUR LE NUMÉRIQUE ET LA COORDINATION DANS LE HORS-SÉRIE

8 - Écologie et santé

LES NOUVEAUX MÉTIERS OÙ L'ENVIRONNEMENT ET LA SANTÉ SONT AU CENTRE

- Éco-infirmière, une espèce en voie d'apparition ! **p50-51**

Actualité

L'association des INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE NOUVELLE-AQUITAINE



L'association des Infirmier(e)s en Pratique Avancée Nouvelle Aquitaine (IPA NA) a été créée le 12 janvier 2021. Dans la même lignée que d'autres régions comme le Centre-Val de Loire, nous avons créé cette association afin de développer un réseau soutenant la construction de ce nouveau métier.



Cette association a pour objectif d'implémenter, promouvoir, développer, et coordonner la mise en œuvre de la pratique avancée infirmière dans la région Nouvelle-Aquitaine.

Elle est constituée d'infirmier(e)s et d'étudiant(e)s en pratique avancée.

Cette jeune association qui fédère déjà 73 IPA et infirmiers étudiants en pratique avancée (IEPA), s'est structurée avec 12 membres au sein de son conseil d'administration, représentant ainsi tous les départements de la région Nouvelle-Aquitaine.

Elle vise à être l'interlocuteur privilégié avec les institutions et les instances, tant au niveau départemental que régional et national. Aider à formaliser et mettre en œuvre les projets d'implantation des IPA et IEPA font partie de ses objectifs.



Dans sa pratique, l'IPA, en tant qu'expert(e), **a pour mission d'optimiser l'accessibilité et la qualité des soins ainsi que le parcours de santé.** L'association IPA NA s'inscrit dans la même dynamique en participant à des actions de promotion de la santé, d'information et de prévention en santé publique. Elle permet de valoriser la recherche en sciences infirmières et encouragera ses membres en ce sens.

L'association assure une représentation et un soutien aux professionnels ayant obtenu un diplôme d'Etat validé par un master et aux étudiants en formation. Afin d'aider les futurs stagiaires, elle mettra à profit son réseau, dans le recensement et la mise en relation avec des maîtres de stage.

Plusieurs groupes de travail ont d'ores et déjà été constitués. **Le premier** a participé à la rédaction de fiches de poste et protocole d'organisation en lien avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine. **Un autre** s'oriente vers la discussion avec les CPAM afin de recenser les difficultés et besoins liés à l'implantation des IPA. **D'autres membres** réalisent une affiche et des flyers dans le but d'uniformiser la communication sur les compétences des IPA auprès des professionnels de santé et de la population.

D'autres associations d'IPA verront le jour, permettant de prendre en compte les singularités de chaque région. L'IPAssociation Nouvelle-Aquitaine, riche par la diversité professionnelle de ses membres, est dynamique et proactive par son leadership dans la promotion de la pratique avancée infirmière.

MEGRET Eloïc	24 - Dordogne
BOUTELEUX Clara	17 - Charente Maritime
ROUFFY Aurélie	68 - Vienne
NOEL Marion	87 - Haute Vienne
LARRIEU-LET Emma	40 - Landes
FOURNEAU Christelle	79 - Deux Sèvres

CHAMBRES Valérie	64 - Pyrénées-Atlantiques
KHERRADJI Karim	33 - Gironde
BERANGER Clémentine	33 - Gironde
DAMEZ Guillaume	47 - Lot-et-Garonne
CHARLES Nina	16 - Charente
DESSENTIER Marie	19 - Corrèze

Contacts ressources de l'IPAssociationNA pour chaque département de la région Nouvelle Aquitaine

Contact : ipassociation.na@gmail.com

Actualité

Présentation de L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA)

Historique

La pratique avancée infirmière s'est tout d'abord développée aux Etats-Unis afin de répondre aux besoins de santé de plus en plus complexes de la population. En 1954, Hildegard E. Peplau, alors professeure en soins psychiatriques a créé la première maîtrise en soins psychiatriques dans une Université du New Jersey. Dans un premier temps, les infirmières praticiennes avaient leurs missions orientées vers les populations défavorisées ou ayant des difficultés d'accès aux soins. Par la suite, leur champ de compétences s'est développé vers d'autres problématiques de santé et la filière universitaire infirmière s'est étoffée.

D'autres pays ont ensuite adopté cette nouvelle répartition des rôles entre les différents professionnels de santé : le Canada, le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Australie... **En France, le développement de la pratique avancée (PA) est récent.** A l'instar d'autres pays, plusieurs déterminants en santé ont mené à repenser l'offre de soin et à envisager une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé : la transition démographique avec le vieillissement de la population, la chronicisation des maladies, les « déserts médicaux » avec des problématiques d'accès aux soins, le virage ambulatoire ainsi qu'une évolution des attentes et des besoins des usagers. L'émergence de la PA est le fruit d'un long processus. Certaines formations ont préfiguré la PA. Dans les années 80, des formations privées proposaient un approfondissement sur

la démarche clinique mais le titre de clinicienne ou spécialiste clinique n'a jamais été retenu (CADCI : certificat d'approfondissement à la démarche clinique infirmière). Cette formation a cessé en 2009 avec l'arrivée du Master infirmier en sciences cliniques infirmières délivré au niveau des universités de Versailles Saint Quentin en Yvelines et Aix-Marseille, et qui est considéré comme un master pré-figuratif de la PA en France.

En parallèle, ce sont les travaux du Pr Berland qui ont introduit la nécessité de développer de nouveaux métiers en santé. Son premier rapport en 2002, fait un constat alarmant relatif à la démographie des professions de santé, et plus particulièrement, à la densité des médecins dans les régions de France, avec des perspectives de fortes baisses dans les 20 ans à venir. La troisième proposition de ce rapport porte sur la création de nouveaux métiers, le partage des tâches ainsi que sur les passerelles qui doivent être facilitées entre les professionnels de santé (2). Le second rapport du Pr Berland en 2003 est une étude des potentiels de coopérations entre professionnels de santé, à mettre en œuvre entre médicaux et non-médicaux, avec l'identification des transferts de tâches et de compétences à opérer pour répondre aux besoins de santé de la population française (3).



C'est à la lumière de ce second rapport que des ordonnances ont été promulguées entre 2004 et 2007 afin de permettre différentes expérimentations dans le cadre de protocoles de coopérations. Ces derniers sont inscrits dans l'article 51 de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009 (4).

En 2011, le rapport Hénart relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire introduit la notion de métiers intermédiaires à partir des métiers socles, sur le constat d'un écart important en termes de nombres d'années d'étude entre la profession médicale (5).

Ce long cheminement aboutit à la création du métier d'IPA dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (6).

Formation

La formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée (DE IPA) se déroule à l'université. Elle dure 2 ans, et est composée de quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le DE IPA confère à son titulaire le grade de master. La formation peut être suivie après une expérience professionnelle ou dès l'obtention du DE d'infirmier mais pour exercer, une expérience professionnelle à temps complet de trois ans minimum est requise.

Chaque université accréditée développe cette formation en respectant le Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018(8).

Il existe cependant des disparités entre ces formations qui ne sont pas toutes à temps complet. À l'université de Bordeaux, cette formation est à temps complet.

Le DE IPA précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'IPA prévue à l'article R. 4301-2 du code de la santé publique(10).

La formation s'organise autour d'une 1^{ère} année de tronc commun posant les bases de l'exercice IPA et d'une 2^{ème} année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie.

Il aura fallu attendre juillet 2018 pour que la parution des décrets soit publiée par le ministère des solidarités et de la santé et définit les domaines d'intervention et les activités de l'infirmier exerçant en PA (7).

Le Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'état (DE) d'IPA, publié par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, propose les textes concernant la formation en PA(8).

Le Décret du 12 août 2019 permet le rajout de la mention psychiatrie et santé mentale, et apporte des précisions concernant la prise en charge par l'assurance maladie de l'exercice IPA (9).

Quatre domaines d'intervention ont été définis dans un 1^{er} temps :

- 1 - Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires :
 - Accident vasculaire cérébral
 - Artériopathies chroniques
 - Cardiopathie, maladie coronaire
 - Diabète de type 1 et diabète de type 2
 - Insuffisance respiratoire chronique
 - Maladie d'Alzheimer et autres démences
 - Maladie de Parkinson
 - Epilepsie
- 2 - L'oncologie et l'hémo-oncologie
- 3 - La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale
- 4 - La psychiatrie et santé mentale

La formation au DE IPA comprend des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de stages. Ces enseignements comportent un adossement et une initiation à la recherche tout en prenant compte des priorités de santé publique. Une attention toute particulière est donnée la première année, à l'étude des sciences infirmières (historique, théories infirmières...), au développement du leadership et à l'enseignement de la clinique au sein du Collège Santé de l'université.

Missions

Selon le Conseil International des Infirmiers (CII) : « l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé-e à exercer ». (Conseil International des infirmières. 2008)

Les compétences de l'IPA

Ann Hamric, professeure et doyenne adjointe à la Virginia Commonwealth University's School of Nursing (USA) a également proposé une définition de la pratique avancée et en a dégagé les compétences centrales. Sa définition est la suivante : « la pratique avancée infirmière est l'application, centrée sur le patient, d'un éventail élargi de compétences pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers ». Ces compétences concernent à la fois la clinique, la recherche, le leadership, la consultation et la collaboration (11).

Dans le contexte français « La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées » (12) Le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 précise les activités de l'IPA, mais définit également le cadre du protocole d'organisation (7).



Les activités de l'IPA

- Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention
- Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention
- Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient
- Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
- Contribuer à des études et travaux de recherche

Le protocole d'organisation

L'IPA suivra des patients qui lui auront été confiés par un médecin. Ce suivi est encadré par un protocole d'organisation. Ce protocole est co-construit par l'IPA et le médecin et précise :

- Le ou les domaines d'intervention concernés
- Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés
- Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée
- Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés
- Les conditions de retour du patient vers le médecin

Enjeux/Difficultés (SWOT)

Ce nouveau métier d'IPA met en jeu plusieurs paramètres qui peuvent être identifiés comme étant un frein, en revanche il y a des aspects positifs et des leviers qui facilitent son implémentation au sein des structures de santé.

Une analyse de cette situation par l'outil SWOT permet d'identifier ces opportunités et ces menaces ainsi que les forces et les faiblesses qui favorisent ou non cette implémentation.

SWOT signifie : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (ou MOFF pour les francophones) **et se décompose ainsi :**



Du côté des forces identifiées :

FORCES

- Evolution professionnelle pour de nouvelles compétences (clinique, recherche infirmière...) Ann HAMRIC
- Développement des sciences infirmières
- Volonté institutionnelle et de l'ARS
- Sécurisation des soins via un protocole d'organisation
- Qualité et sécurité des soins prouvées par l'évaluation des pratiques professionnelles
- Collaboration et coordination au sein d'une équipe pluridisciplinaire
- Développement du lien ville/hôpital
- Repositionnement du patient au centre du système de santé
- Libération du temps médical
- Formation de niveau Master reconnue avec 3 ans d'expérience
- Formation avec 1 an de tronc commun pour toutes les mentions, professionnels venant de divers horizons (libéraux, institutions), favorisant les échanges
- Culture infirmière avec une prise en charge holistique
- Transmission des dernières données probantes (données probantes EBN/EBP), animation de revues de littérature au sein des équipes paramédicales
- Formation à l'éducation thérapeutique des patients (ETP)
- Implémentation des IPA facilitée lorsque le projet a été co-construit avec l'équipe en amont de la formation
- Leadership infirmier auprès des politiques de santé

En miroir, les faiblesses identifiées peuvent être listées ainsi :

FAIBLESSES

- Ambiguïté de positionnement des IPA au sein de l'équipe, entraînant un manque d'acceptation de certains corps de métier : nécessité de redéfinir les rôles
- Chevauchement du domaine de compétences :
 - Infirmière de coordination (IDEC)
 - Infirmière intervenant dans le temps d'accompagnement soignant (IDE TAS),
 - Infirmière d'ETP...
- Protocole d'organisation et fiche de poste à définir
- Coût élevé de la formation pour les professionnels non financés
- Formation non homogène sur le territoire français
- Pas d'encadrement pour les premières formations par des IPA (puisque nouvelles professions), mais par l'équipe médicale

D'où la nécessité de communiquer sur le référentiel et les missions de l'IPA auprès des institutions et des différents partenaires de santé

Aux faiblesses s'ajoutent les menaces qui questionnent par rapport à ce nouveau métier :

MENACES

- Ambiguïté de positionnement des IPA, avec une méconnaissance de la part de l'équipe soignante
- Absence de modèle de référence de l'IPA en France
- Implémentation possible que sur volonté administrative : moyens financiers et ressources à évaluer
- Manque d'IDE actuellement et contexte sanitaire forcé de réquisitionner les IDE quel que soit leurs spécialités et diplômes (IPA)
- Rémunération des IPA peu valorisante aux vues des responsabilités
- Manque de clarification pour l'exercice des IPA libéraux (IPAL), versus infirmiers libéraux (IDEL)
- Freins de la part des administrations (ARS) concernant l'implémentation des IPAL, favorisant majoritairement l'installation dans les maisons de santé
- Questionnement de la part des médecins libéraux sur l'intérêt de ce nouveau métier. Crainte de perdre une partie de leur activité
- Freins de la part de nos pairs IDE
- Incertitudes quant au supérieur hiérarchique



Des expériences similaires à l'international, la volonté hiérarchique, institutionnelle et gouvernementale, confortent la place et la plus-value de l'IPA dans le parcours de santé du patient, permettant des opportunités :

OPPORTUNITÉS

- IPA : une évolution de la profession infirmière
- Possibilité de s'appuyer sur le Modèle PEPPA, ainsi que sur l'expérience des autres pays
- Nouveau métier qui impose un changement de paradigme
- Patient ayant le choix du suivi par l'IPA proposé par le médecin
- Déserts médicaux, croissance des pathologies chroniques et augmentation de l'espérance de vie
- Maintien des patients à domicile favorisé et facilité
- Retentissement économique attendu (diminution des ré-hospitalisations, des passages aux urgences...)
- Délais d'accès aux soins réduit
- Volonté politique d'une création de professions intermédiaires entre les IDE et les médecins
- Création syndicale, réseau, associations IPA...

Le patient est repositionné au centre de son parcours de soins et l'IPA, grâce à ses compétences élargies, est un nouvel acteur dans le système de santé. Communiquer sur ce nouveau métier est une étape incontournable afin de lever les craintes et favoriser ainsi son implémentation à la fois dans les structures publiques mais aussi dans le milieu libéral.

Lien ville/hôpital

Le cadre de l'action publique dans la stratégie nationale de santé 2016-2022(16), afin de lutter contre les inégalités d'accès sociales et territoriales d'accès à la santé, a mis l'accent sur la notion de parcours de soins et sur le développement des relations ville-hôpital. L'objectif est de changer l'approche en « silo » pour évoluer vers une approche centrée sur les besoins des patients, à l'aide de parcours organisés au niveau du territoire : en France afin d'améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations, maîtriser les coûts, la planification et améliorer la qualité de vie.

Dans un système de santé de plus en plus tourné vers le mode ambulatoire et dans des parcours de soins de plus en plus complexe, la place que doit prendre l'IPA vient interroger le lien ville hôpital.

La formation commune aux différentes mentions aboutissant au diplôme permet une mixité importante des professionnels : différentes spécialités y sont représentées et les différents

modes d'activité ambulatoire et hospitalier des professionnels incitent à créer une histoire et un langage commun. Cette mixité permet d'évoquer les problématiques et d'appréhender deux modes d'exercice qui ont trop souvent tendance à cohabiter plus qu'à collaborer.

L'IPA sera amené à développer ses compétences en coordination dans les situations de soins complexes. Le parcours de santé complexe a été défini par l'article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier (17) : *« le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. »*

Tout au long de sa formation, l'IPA aura acquis la connaissance des outils à disposition, ainsi qu'une vue très large des différents acteurs qui peuvent être impliqués dans les prises en charge.

L'envie de décloisonner les prises en charge est de plus en plus marquée, seul le temps représente un obstacle majeur à une meilleure communication entre les différents partenaires de soins.

L'IPA, au côté du patient pourra être celui qui centralisera et synthétisera l'ensemble des informations et les diffusera aux professionnels concernés. Sa compréhension des problématiques médicales et psychosociales, adossée

à ses connaissances en sciences infirmières, peut permettre de mieux identifier les outils et les canaux de transmissions des informations entre les différentes structures de soins, afin d'éviter toutes ruptures ou redondances dans les parcours et hospitalisations inutiles ou évitables. Autant l'IPA exerçant en libéral que l'IPA hospitalier participent à cette coordination par des échanges fiables et réguliers, entre l'ensemble des professionnels engagés dans le parcours de soins du patient depuis l'amont au domicile, en consultation ou hospitalisation, jusqu'en aval pour un retour à domicile dans les meilleures conditions et la poursuite de la vie avec les meilleures chances.

Retrouvez l'article et la bibliographie sur le site internet



Témoignages

Soignants pas victimes

COMMENT GÉRER LES AGRESSIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



Auteur :
David Chassagne,
Directeur et Formateur
Dordogne Formation Conseil

Pour l'OMS, la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.

L'OMS a lancé récemment une grande campagne mondiale pour la prévention de la violence 2012-2020 et veut sensibiliser le grand public aux problèmes de violences, en soulignant le rôle crucial que peut jouer la santé publique en la matière, s'attaquant à ses causes et conséquences, et en encourageant la prévention.

Alors que la santé doit être un des modes de réponse à la violence, il apparaît qu'elle n'est plus une entité sanctuarisée. De la même manière que les emblèmes de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge protégeaient à leur origine les victimes et ceux qui leur portent secours, ces sacralisations semblent aujourd'hui avoir été entamées.

Dans la continuité de cette entame des services de secours, l'hôpital, autrefois terre d'asile, est aujourd'hui le reflet de notre société, confronté à une violence quotidienne. Les violences sont nombreuses, diversifiées et récurrentes. Les insultes, menaces, coups... mettent sous haute tension les services participant aux soins voire à l'accueil administratif, en créant un climat et des conditions de travail difficilement gérables.

L'hôpital se retrouve donc face à un paradoxe. D'un côté, il doit continuer d'assurer sa mission première, à savoir accueillir des patients et des familles dans un esprit d'ouverture conformément à sa tradition, et de l'autre côté, il doit se refermer sur lui-même pour protéger son personnel et les autres usagers.

David Chassagne et ses collaborateurs proposent une formation training ciblée sur ce besoin de protection du personnel soignant. Le propos est de « faire avec la violence » qui est devenue une donnée à prendre en compte ; en proposant des techniques, des outils mais aussi des témoignages et un soutien permettant aux soignants

de pouvoir gérer les différentes phases de la violence. Le but de cette formation est d'apporter une plus-value sur la gestion environnementale des différents secteurs à risques ainsi que des procédures offrant des perspectives d'amélioration des conditions de travail.

L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé : quels chiffres ?

Dans son dernier rapport paru en 2019 et portant sur les données de 2018, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé classe les agressions en 4 niveaux allant de la simple injektive à l'agresse physique.



Ces agressions s'exercent aussi bien à l'encontre du personnel médical, des soignants que celui des personnels d'accueil. Il faut retenir que nul n'est épargné. Le rapport de l'ONVS souligne qu'il n'y a pas plus de violences à l'hôpital, mais leur origine ou leur forme a changé. C'est ce changement qui accroît le sentiment d'insécurité ressentie par les professionnels de santé ou le personnel administratif en lien avec l'accueil du public.

Le rapport cible les principaux motifs de violence. Si les reproches relatifs à la prise en charge constituent le premier facteur (plus de 59%) des cas observés, suivent l'alcoolisation (11%) et le temps d'attente jugé excessif par les patients (13%). Dans la répartition, les injures, insultes et provocations apparaissent en première ligne avec 36.7% des cas. L'ONVS note sobrement qu'aux urgences, « les agressions verbales sont quotidiennes et les agressions physiques nombreuses »... Nous assistons en sorte à une normalisation des comportements violents.

La réalité actuelle est que cette violence est donc définitivement rentrée à l'hôpital de manière endogène ou exogène. Le milieu est dramatiquement affecté, les personnels en grande difficulté face à cette problématique. Pas une semaine ne passe sans que la presse régionale ne relaie l'information d'une agression de soignant/e aux urgences ou encore la détresse de soignants à bout.

Les secteurs les plus exposés sont la psychiatrie (18%) en raison de comportements en lien avec la maladie, les secteurs d'urgences (15%), la médecine générale et la gérologie (11%).



Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les régions qui déclarent le plus de faits de violence ne sont pas nécessairement celles qui subissent une criminalité générale la plus importante. Pour preuve, derrière l'Île-de-France, arrivent la Picardie et la Basse-Normandie. Les atteintes aux personnes représentent la part la plus importante des

actes de violences déclarés, avec 87% contre seulement 13% concernant l'atteinte aux biens. Plus de la moitié de ces 87% sont des coups, des insultes, des injures et, en dépit du fait que les moins nombreux 1% des faits qualifiés de crimes. Particulièrement grave il s'agit d'agressions par armes blanches, de viol...

Un exemple significatif

Ce mardi 13 septembre, il est 22h49, aux urgences de l'hôpital Delafontaine à Saint Denis, au nord de Paris. Un homme est admis pour un traumatisme crânien. A ses côtés, son frère s'agite, s'inquiète, s'emporte. C'est le Docteur Armand N qui fait les frais des foudres fraternelles. L'homme l'agresse violemment. Il lui brise les deux mains au point que le médecin doit immédiatement être pris en charge au bloc pour une intervention. Il écoperà de 50 jours d'incapacité de travail

Comment accompagner les professionnels, avec quelle démarche ?

Au regard de la hausse du nombre d'agressions sur l'emprise hospitalière, un groupe d'experts a développé une démarche de formation-training pour le personnel travaillant dans ces milieux à risques en prenant en compte des axes de travail différents de ceux qui sont ordinairement proposés.

Suite à ses nombreuses expériences et son cursus professionnel et universitaire, David Chassagne, Directeur de l'organisme de formation DFC a construit une formation sur les 3 temps de l'agression, afin de préparer les équipes soignantes à ces éventualités.

Cette connaissance pratique de la violence et du stress de haute intensité leur a semblé constituer un apport utile et nécessaire aux soignants en attente de tels outils.





Axe 1 : « La gestion de l'avant agression »

Quelles attitudes adopter, quelles paroles, ou quel silence, la négociation... ?

L'analyse comportementale et la négociation de crise permettent à 80% des situations de violence d'être prises en charge, en évitant un passage à l'acte violent avec une atteinte aux personnes. Il existe des techniques de communication, des attitudes et de nombreux outils que la formation à la négociation peuvent permettre d'acquérir.

« Il faut bien souvent, en cas de crise, être capable de négocier en situation de stress et/ou dans la précipitation. Malgré tout, dans 80% des cas, ces situations difficiles sont résolues par les mots. L'analyse de la situation, les silences, la parole, les gestes et attitudes ou encore l'écoute active sont autant de techniques qui entrent dans le processus de la négociation de crise et qui permettent bien souvent d'éviter le pire. »

David CHASSAGNE

Toutefois, la négociation peut parfois ne pas réussir à désamorcer un passage à l'acte. Le second axe de travail et tout aussi important.

Axe 2 : « La gestion de l'agression physique »

« J'ai été confronté à la violence et l'agressivité des secteurs de soins dans lesquels j'ai pu exercer, en tant que soignant mais aussi en tant que manager. Hélas, l'insécurité se retrouve partout, et pas seulement dans le très médiatique secteur des urgences. Dans une situation de violence, d'une part ma posture de manager m'oblige à mettre en oeuvre les moyens pour protéger les professionnels dont j'ai la responsabilité, pour que le « prendre soin » puisse continuer en toute confiance. D'autre part, ma posture individuelle me renvoie à ma propre protection grâce à une approche martiale et mon passé dans les sports de combat.

Enfin, ma posture de formateur, grâce à la méthodologie de la pédagogie active, permet aux formés d'avoir des clés. L'approche innovante proposée permet un axe multimodal basé sur le théoricopratic qui permet non seulement de décrypter l'ensemble du processus de l'agression : de la genèse jusqu'aux répercussions psychiques, mais aussi de donner à chacun les moyens d'y faire face. J'ai souvent assisté à la détresse

des soignants confrontés à la VIOLENCE sous toutes ses formes. C'est pourquoi j'ai cherché à construire une approche sécuritaire innovante permettant aux personnels des urgences ou de tous les services accueillant un public difficile, une ou des interventions contrôlées permettant de mieux appréhender ces moments intenses en termes de stress.

Le principe de cette approche sécuritaire se veut simple, efficace, rapide, pragmatique mais aussi ludique et proactive. Le principe de cette approche consiste à acquérir des automatismes posturaux, éviter des éléments de langage propre, une montée en symétrie, tout en maîtrisant l'environnement hostile dans lequel le personnel peut dans certaines circonstances évoluer professionnellement. C'est dans ce contexte que je propose depuis de nombreuses années ce concept, et que je suis aujourd'hui prêt à continuer à faire évoluer au contact d'une équipe de spécialistes permettant de gagner en plus-valu pour tous les personnels de nos structures de soins sur tout le territoire. »

David CHASSAGNE

Axe 3 : « La gestion de la post agression »

Comment vivre après avoir subi une agression physique ou verbale ? Notre intervenante spécialisée est Directeur d'hôpital en disponibilité, psychanalyste psychothérapeute, Docteur en Anthropologie et Commissaire des armées (R).

« Je propose aux hospitaliers des outils de défense psychique. En effet, la vie hospitalière confronte parfois à des phénomènes de violence multifactorielle qui peut être toxique si l'on ne met pas en place les défenses adaptées. L'apprentissage proposé aide à prévenir les atteintes psychiques.

Un soignant des urgences a été pris dans une rixe angoissante et rentre chez lui après avoir été entendu par la police. Que faire pour que l'événement ne devienne pas un intrus psychique ? Pourquoi les intrus psychiques peuvent-ils être des entraves de long terme ?

Être attentif aux atteintes de la vie psychique est un réflexe de bonne santé, et aide à trouver un équilibre durable dans la vie professionnelle. Ayant, durant ma vie hospitalière, observé que souvent les collaborateurs étaient désarmés psychiquement, j'ai acquis la conviction que le coût psychique de la violence était bien trop élevé et avait des conséquences de long terme inacceptables. Bien sûr, l'intrusion psychique est un concept bien difficile à concevoir, et qui rime avec « invisible », avec « inconscient ». Nous parlons donc de menaces invisibles et de blessures invisibles : effets du stress de haute intensité, risques des pics d'adrénaline, conséquences du stress dépassé.

Comment prévenir ?

Ces techniques simples diminuent le prix psychique payé par les hospitaliers, c'est un principe d'écologie de l'esprit auquel je suis particulièrement sensible et qui prend tout son sens dans un espace de soin. La violence est une pulsion, un besoin de réagir déclenché par certaines situations ; elle est présente en chacun de nous. Le travail de civilisation vient éduquer cette pulsion, mais lorsqu'elle n'est pas maîtrisée, qu'elle explose, qu'elle nous attrape par surprise, alors elle fait son travail de diffusion virale. Lorsque la violence vient nous frapper, elle vient déposer son venin toxique dans notre organisation personnelle et sociale, elle y fait son lit. Ainsi, restaurer les défenses psychiques, c'est aussi limiter les vulnérabilités des services de soin qui ont une place importante et stratégique dans notre société. C'est aider le système de santé à jouer son rôle de rempart.

Par cette approche en 3 axes, je souhaite répondre de manière adaptée à la problématique rencontrée au quotidien dans les hôpitaux et centres de soins.

David CHASSAGNE



Retrouvez cet article et sa bibliographie complète dans la rubrique « Formation continue » du site web

Témoignages

Se former

SANS SE FAIRE ARNAQUER



Ces dernières années, les organismes de formation continue ont pris une nouvelle importance dans le métier d'infirmier, au fil des réformes et de l'évolution du métier. La réalité derrière les offres de financement à bas prix est souvent bien différente.

« Je n'avais jamais vu une formation aussi chère, j'aurais dû me méfier, ils ne précisait pas d'emblée le prix exact. »

Les mots de Virginie, infirmière libérale, pourraient être ceux de nombreuses de ses collègues. Approchée il y a quelques mois par un organisme de financement des formations, elle ne s'est pas méfiée, dans un milieu jusque-là réputé sain. « J'ai pris une journée de formation via un organisme. Le prix exact n'était pas renseigné, mais il était précisé que le reste à charge était pris en compte par la ANDPC.

Mais quand je me suis rapproché de ma ANDPC pour avoir le remboursement, ils m'ont dit qu'ils ne prenaient pas en charge cette offre, et qu'ils ne pouvaient rien faire. »

Surtout, un chèque de caution est demandé aux participants de la formation. Une démarche bizarre, mais Virginie fait confiance. « J'ai mis mon témoignage sur le site infirmierliberal.fr, et on est venu faire pression sur moi pour le retirer. On est plusieurs à avoir cru que c'était un simple chèque de caution, sauf qu'on s'est rendu compte qu'ils l'encaissaient sans notre accord, et correspondait presque parfaitement au montant du reste à charge. »

Assurer la qualité

Marcel Affergan connaît bien ce genre de situation. Infirmier libéral depuis 1986, il suit depuis trois décennies l'évolution du métier et de sa formation. Il a surtout co-fondé l'un des mastodontes du secteur, Orion Santé. Ces nouvelles pratiques l'inquiète : « Ils pratiquent le harcèlement envers les professionnels de santé. Ils se font passer pour Orion ou d'autres organismes bien établis, et harcèlent à longueur de journée, pour faire venir chez eux des infirmières. Beaucoup viennent se plaindre de ses pratiques. C'est ni loyal, ni clair, et encore moins éthique. »

Lorsqu'il fonde Orion Santé au début des années 2000, la seule volonté affichée est de maintenir la qualité coûte que coûte : « On a toujours été très sensible à la qualité des soins. On se considère comme des militants professionnels. Les formations continues n'étaient à l'époque pas obligatoire, on a donc voulu créer Orion et aller au bout de notre idée et de notre vision. »

C'est dans cette même vision ultra-qualitative du métier, et en réponse aux nombreuses arnaques qui se crée autour des organismes de formations, qu'il a récemment créé le Collège des Organismes de Formation Indépendants des Professions de Santé (COFIPS), au sein de Connexion Santé : « C'est important d'avoir un groupe de pression, pour répondre aux enjeux qualitatifs du métier, qui sont parfois remis en cause par la Haute Autorité de Santé ou lors des grandes orientations fixées tous les trois ans par le ministère. »

Le Covid sans formation

Au-delà des fraudes de plus en plus répandues dans son secteur, Marcel Affergan déplore l'abandon du gouvernement ces derniers mois. Depuis le début de la crise du Covid-19 il y a un an, il doit proposer et créer lui-même des formations sur ce nouveau coronavirus, sans aucune aide de l'Etat, que ce soit pour lui ou les infirmiers qui cherchent à se former : « Malgré la crise actuelle, aucune formation n'a été créée et soutenue par l'Etat. Les Français ont soutenu et remercié les soignants pendant toute la crise sanitaire, en applaudissant aux fenêtres, mais le gouvernement n'a absolument rien fait pour mieux former ces mêmes soignants. »

Alors que les étudiants infirmiers sont envoyés au charbon depuis des mois, les professionnels titulaires se forment soit sur le tas, soit suivent une formation à payer de leur poche. Une situation précaire, préjudiciable pour les soignants et les soignés : « On aurait aimé des formations sur la nature même du covid, sur la prévention face à la maladie. On les a mises en place à Orion Santé, mais l'Etat ne nous a pas du tout soutenu. C'est lamentable. »

+ Orion Santé, le référent de la NGAP depuis 2003

+ 150 sessions de formations en financement FIF-PL organisées dans toute la France en 2021

+ 3 méthodes d'apprentissage : présentiel, classe virtuelle et e-learning

IDEAL, FAITES CONFIANCE À ORION SANTÉ
POUR VOS FORMATIONS SUR LA COTATION
DES SOINS INFIRMIERS !



La référence qualité pour vos formations

04 99 133 500 • www.orionsante.fr

DÉMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ



1

MISE EN PLACE DE LA CPTS



Des outils et supports dédiés pour :

- Comprendre l'impact des CPTS sur sa pratique quotidienne
- Assurer la coordination au sein d'une CPTS

Des réunions pour informer, mobiliser & partager :

- Qu'est-ce qu'une CPTS ?
- Questions médico-juridiques
 - La télémédecine



2

STRUCTURATION DE LA CPTS



Des outils et fiches pratiques d'aide à la mission de coordination :

- La fonction d'aide à la coordination (enjeux, missions, organisation)
- Outil d'aide à la définition de la fonction de coordination



3

ORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS



Un apport méthodologique et pratique à la réflexion autour du parcours de soins du patient insuffisant cardiaque en 3 étapes :

1. États des lieux
2. Identification des solutions
3. Mise en œuvre des solutions par la CPTS

**Basé sur la co-construction pour
l'accélération de vos projets.**

**Vous souhaitez plus d'informations ou rentrer en contact avec le chef de projets
parcours de soins en charge de votre territoire :**

M^{me} Hélène ARRECHE
helene.arreche@novartis.com
Tel. : 01.55.47.61.35



Numérique

Prochainement

EN HORS-SÉRIE !

Articles sur le numérique et la coordination

Innovations dans la santé : du développement durable et impact sur la santé jusqu'au numérique et la démocratie d'accès aux soins.

Coordination et travail en équipe pluri-professionnelle.



EN COMPLÉMENT DE LA DEUXIÈME ÉDITION DU JOURNAL DES INFIRMIERS

Histoire

Infirmier-es

D'HIER À DEMAIN



L'infirmier(e) à travers l'histoire

Jusqu'au VII^e siècle

Médecine et religion sont intimement liées : les épidémies, comme la peste ou la lèpre, sont perçues comme des punitions divines.

Le soin est alors bénévole, et répond à une exigence de charité envers son prochain.

1398

La fonction de soignant(e) est repérée, et identifiée dans la société avec **l'apparition du mot « enfermier »**, lui-même dérivé du mot « enfermerie ». L'appellation, provenant du latin infirmus, renvoie soit à la personne faible, malade, qui s'occupe des infirmes, soit au lieu d'isolement. **Le langage populaire adopte progressivement le terme « d'infirmérie ».**

1633

Saint-Vincent-de-Paul et Louise-de-Marillac créent la compagnie des filles de la Charité et font des recommandations pour répondre aux besoins des malades : **c'est la première formation organisée de soins infirmiers.**

En 1854-1856

Les premier(e)s infirmier(e)s sont des volontaires menés par **Florence Nightingale** pendant la guerre de Crimée. Florence Nightingale est convaincue que pour savoir soigner, il faut avoir appris. Pour elle, améliorer les soins passe par un combat pour améliorer **la formation, l'état de l'hôpital et l'hygiène**. A la fin du siècle, elle organise ainsi **la première formation des infirmier(e)s** à Londres. La formation dure un an et les élèves complètent leur apprentissage sur le terrain.

À partir de 1803

Les « officiers de santé », créé par Napoléon, désignent ceux qui exercent la profession médicale sans le titre de docteur en médecine. **C'est la naissance des auxiliaires médicaux.**

1789

Naissance de l'hôpital laïc.

**1882**

Suivant le modèle anglo-saxon, **les écoles d'infirmier(e)s publiques et laïques sont créées en France**, à l'initiative du Docteur Bourneville, médecin militaire. Les études durent deux ans avec des cours et des stages.

1899

Une circulaire oblige la création d'au moins une école d'infirmier(e)s dans chacune des villes où siège une faculté de médecine.

1905

Léonie Chaptal fonde son école. Elle croit à une **identité professionnelle et à l'autonomie envers le corps médical**. Sa philosophie s'appuie sur le fait que l'action infirmière ne porte pas sur les pathologies, mais sur la personne souffrante : **« la maladie c'est la science du médecin, le malade c'est l'art de l'infirmière »**

1942

Pendant la seconde guerre mondiale, la loi définit la profession infirmière.

1937

Est promulguée une loi d'exclusivité obligeant d'avoir le **diplôme d'état pour l'exercice de la profession** : Art L.474 du Code de la santé publique : « Nul ne peut exercer la profession d'infirmier(e) s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1 ».

1922

Un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et crée **le premier diplôme français : celui du brevet de capacité professionnelle qui permet de porter le titre d'Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE)**. Cela signe la reconnaissance de la professionnalisation du métier d'infirmier(e).

1978

La loi de mai 1978 confère à l'infirmier(e) un **rôle éducatif et psychologique** et reconnaît son **« rôle propre »**, soit sa compétence à prendre les initiatives et à accomplir en autonomie les soins infirmiers qu'il/elle juge nécessaires.

2006

En 2006 naît l'**Ordre National des Infirmiers**, qui a pour mission de contrôler l'accès à la profession, de veiller au maintien des principes éthiques et de participer à la résolution des litiges. Il assure également la représentation et la promotion de la profession.

2016

La loi de Santé de 2016 crée **la pratique avancée en soins infirmiers**, qui renvoie à un développement approfondi des compétences en soins infirmiers afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé. L'infirmier(e) de pratique avancée est un acteur intermédiaire, à mi-chemin entre l'infirmier(e) et le médecin.

Être infirmier(e) en 2020

L'infirmier(e) contribue à la mise en œuvre des traitements et participe à la surveillance des malades. Au plus près des patients, il/elle évalue leur état de santé et analyse les soins qui leur sont les plus adaptés. Il/elle donne parfois des soins en toute autonomie et responsabilité (aide à la vie quotidienne, programme thérapeutique...). **Pour être IDE, Infirmier(e) Diplômée d'État, il faut posséder un diplôme d'État en soins infirmiers qui s'obtient en 3 ans.**

Selon la Drees, il y avait :

744 307

infirmiers et infirmières en France au 1^{er} janvier 2020, parmi lesquels **644 359 femmes.**



Les infirmier(e)s placent au cœur de leurs motivations **l'attention à l'autre et l'utilité :**

Près de 3 infirmier(e)s sur 4 disent avoir choisi cette profession car ils/elles aiment s'occuper des autres, et près de 1 sur 2 voulait se rendre utile*.

91 % des infirmier(e)s consultés déclarent être fier(e)s de leur profession*.

* Consultation menée en ligne par l'Ordre des Infirmiers auprès des infirmier(e)s inscrit(e)s à l'Ordre, du 12 au 17 juin 2020.

Une profession plurielle

L'infirmier(e) peut exercer son métier dans de nombreuses structures. Par exemple :



En hôpital, privé ou public, l'infirmier(e) assure les soins de confort et de bien-être des malades et réalise les prescriptions médicales. Il/elle peut se spécialiser et devenir infirmier(e) de bloc-opératoire (IBODE), infirmier(e) anesthésiste (IADE) ou encore infirmier(e) puériculteur(rice).

L'infirmier(e) en pratique avancée (IPA) est un(e) infirmier(e) expérimenté(e) qui a complété sa formation et exerce des missions plus complètes notamment en termes d'orientation, d'éducation de prévention ou de dépistage, d'actes d'évaluation, techniques et de surveillance

L'infirmier(e) libéral(e), se déplace au domicile des patients pour prodiguer ses soins. Il/elle va assurer la coordination des différents professionnels de santé au cours du parcours de soins ou encore infirmier(e) puériculteur(rice).

L'infirmier(e) scolaire est en charge de la promotion et de l'application de la politique de santé auprès de tous les élèves.



En entreprise, l'infirmier(e) fait de la prévention et travaille avec le médecin d'entreprise.

En EHPAD, l'infirmier(e) se centre sur l'amélioration de l'état de santé des résidents et sur le maintien de leur l'autonomie.

L'infirmier(e) en établissement médico-social ou médico-éducatif, accompagne les personnes accueillies au sein de ces structures.



L'infirmier(e) hygiéniste, organise, coordonne et met en oeuvre les actions relatives à l'hygiène et la prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé.

Être infirmier(e) de demain



Un(e) infirmier(e) plus autonome

Invisibles et peu reconnu(e)s il y a quelques mois encore, **les infirmier(e)s ont été en première ligne tout au long de la crise de la Covid-19.** Ils/elles ont démontré à quel point **ils/elles étaient essentiel(le)s** : par le rôle qu'ils/elles ont joué dans les services de réanimation, par leur détermination à continuer à suivre leurs patients dans les établissements médico-sociaux ou à domicile, par leur courage aussi, alors même que nombre d'entre eux/elles étaient contaminé(e)s par le virus.

Alors que nous devons faire face à de nouveaux enjeux (crise de la Covid-19 toujours en cours, vieillissement de la population, maladies chroniques, désertification médicale, ...), **les infirmier(e)s continueront à jouer un rôle prépondérant.**

Afin de répondre aux nouveaux besoins de santé, conséquences de ces enjeux, **l'infirmier(e) devra pouvoir être plus autonome** : par exemple en prescrivant les actes de soins ne nécessitant pas de diagnostics, comme la vaccination, soulageant ainsi la charge des médecins et améliorant la prise en charge des patients.

Plus de 9 infirmier(e)s sur 10 sont favorables à ce renforcement de leur autonomie. Autrefois « auxiliaire médical(e) », il/elle devra désormais être reconnu(e) comme **professionnel(le) de santé à part entière.**

Un(e) infirmier(e) plus autonome

Les infirmier(e)s se sont toujours adapté(e)s aux mutations de leur époque, aux nouveaux besoins de leurs patients mais aussi à des moyens renouvelés et à des méthodes innovantes. Alors que **notre société se digitalise à grands pas**, la santé suit le même chemin.

Les outils digitaux de suivi médical se multiplient et l'intelligence artificielle aide à **poser un diagnostic fiable et rapide**. L'infirmier(e) sera formé(e) à l'utilisation des nouvelles machines. En première ligne, il/elle **saura lire et analyser les indicateurs de suivi**. Faisant le lien entre la machine et le patient, **sa place sera plus que jamais centrale dans le système de soins**.

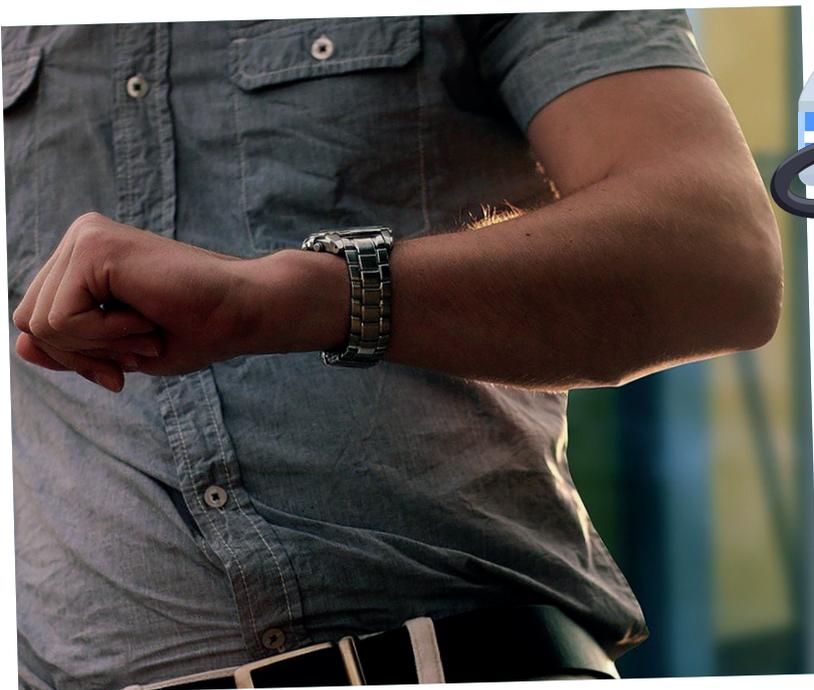
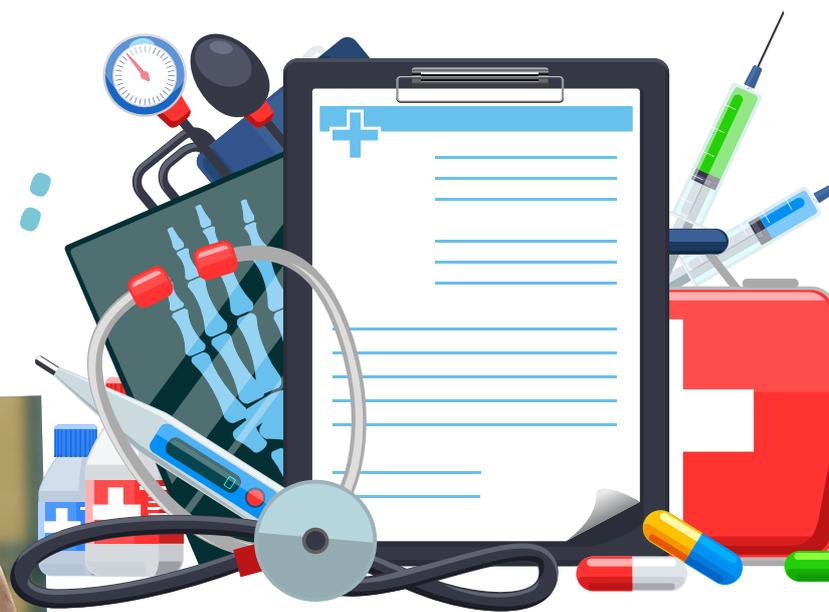
LA PROFESSION INFIRMIÈRE, EN ÉVOLUTION CONSTANTE DEPUIS SA CRÉATION, CONTINUE ET CONTINUERA DE S'ADAPTER POUR PERMETTRE À L'USAGER DU SYSTÈME DE SANTÉ DE RECEVOIR LES SOINS LES PLUS EFFICIENTS, TOUT EN CONSERVANT LE LIEN SOCIAL ET L'HUMANITÉ QUI CARACTÉRISENT LA PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE.



Point soin

Le dossier :

« ÉQUILIBRES »

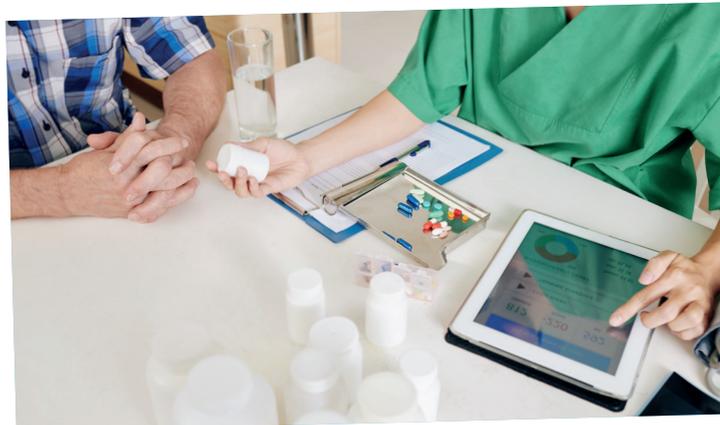


Le dossier « Équilibres » :
L'expérimentation article 51 LFSS2018,
futuriste qui met le soin infirmier
à l'honneur.

Depuis le mois de Décembre 2020, ce sont 17 cabinets d'infirmiers libéraux en Occitanie 2 en région parisienne, 2 cabinets et 7 centres de soins dans les Hauts de France qui se sont lancés dans cette belle aventure dans l'unique but d'améliorer le soin infirmier de ville, en France.

Ils sont infirmiers, parfois cliniciens, IPA, spécialistes en plaie/cicatrisation, en diabète, en gériatrie, formés à l'éducation thérapeutique du patient, la consultation, l'hypnose... et ont abandonné leurs habitudes et leurs modes de facturation pendant que les autres s'adaptaient au BSI (bilan de soins infirmiers) l'avenant 6, venant d'être signé.

Au lendemain de son premier anniversaire, revenons sur cette expérimentation avant-gardiste qui a défrayé les chroniques et déchainé les passions, notamment sur les réseaux sociaux durant l'été qui a précédé sa mise en route.





Qu'est-ce qui a inspiré ÉQUILIBRES ?

La principale influence est le « buurtzorg hollandais ». Buurtzorg en hollandais signifie « soins de proximité » ou « soins de quartier ». C'est un modèle innovant qui est apparu aux alentours de 2007, sous l'égide de Jos de BLOK, un infirmier qui a révolutionné le mode de soins en ville aux Pays-Bas.

Auparavant les demandes de soins émanant des patients étaient réceptionnées par un centre d'appel qui redirigeait la demande vers un ou une infirmière de son choix. Tout cela en lui indiquant le type de soins pour lequel il ou elle se déplaçait, la durée durant laquelle ils devaient rester et surtout quand ils devaient y aller.

La conséquence était évidemment un soin morcelé, un stress pour les soignants qui devaient gérer le temps de soin et donc ne pas répondre aux autres besoins du patient, donc, un soin peu efficace qualitativement et ne laissant pas de place au suivi, à l'éducation ou au dépistage de complications et plus généralement ne satisfaisant pas le patient. C'est ainsi qu'au bout de 16 ans d'exercice infirmier sous ce modèle Joss de BLOK dresse en 2006 un constat amer de la situation et se propose de mener dans son pays une initiative qu'il nommera buurtzorg.

Il débute avec son équipe de quatre infirmiers, et un informaticien. Au fur et mesure se constituent plusieurs équipes, qui seront reliées entre elles par une forme de réseau social interne permettant la co-construction. En effet, celles-ci peuvent échanger de manière permanente sur leur pratique, leur ressenti, trouver des conseils, s'aider... c'est l'ébauche d'une vraie communauté.

Chacune de ces équipes est responsable d'une zone géographique bien définie et s'auto-gère financièrement, en termes de recrutement, de formation, de planning, ou de gestion des patients. Il n'y a plus comme dans l'ancien modèle, de notion de management pyramidal. Il n'y a aucune pression extérieure, elles sont libres.

Leur mission est d'augmenter la qualité des soins par une prise en soin holistique, c'est-à-dire dans toutes les dimensions de la personne, (biologique, psychologique, sociologique, culturelle...) une meilleure relation soignant /soigné car ce sont les mêmes intervenants qui oeuvrent au domicile du patient.

Le but principal reste de rendre son autonomie au patient grâce notamment à l'éducation thérapeutique, l'information et l'éducation aux auto-soins, une évaluation et une utilisation des ressources intrinsèques, communautaires, ou familiales de la personne soignée. Tout cela nécessite du temps passé auprès du patient une réelle écoute active des besoins et des possibilités de celui ou celle qui est soignée. La philosophie est que l'infirmier doit se rendre de plus en plus invisible afin que le patient lorsqu'il en a la capacité et la volonté, retrouve, lui aussi sa liberté.

Chaque équipe et chaque membre de celle-ci conserve sa propre identité, chaque infirmier se sent responsable de sa qualité des soins et peut utiliser toute sa créativité à cette fin. Le fait d'augmenter les interactions au sein de l'équipe permet à la fois un autocontrôle, une auto-évaluation, et de répondre aux problématiques rencontrées. Dès que la « demande » de soins dépasse les capacités de l'équipe, une autre entité se constitue, afin de ne pas seulement répondre à une logique de rendements quantitatifs, préjudiciables tant à la qualité des soins apportés qu'au vécu du soignant dans sa mission du soin mais à une logique qualitative du soin.

Quatre ans après les débuts des buurtzorgs, en 2010, une étude menée localement par KPMG a montré que ce modèle a permis de diminuer de 40% les dépenses d'aide sociale et de soins auprès des personnes que ces équipes ont soigné. À ce jour, le buurtzorg de Joss de Blok est devenu le plus gros employeur du secteur du soin sur l'ensemble des Pays-Bas.



Des Pays-Bas à la France ou la genèse de l'expérimentation

C'est en 2016, après qu'il ait plusieurs fois rencontré Joss de BLOK, que Guillaume ALZAC a souhaité développer cette expérimentation sous l'égide de son ONG « soignons humain ». Au début, les membres des premières équipes, situés dans les Hauts de France, ont choisi d'exercer en centres de soins. Par la suite, et notamment après la rencontre avec le couple, Pascal et Thi LAMBERT, l'expérience s'ouvre aux infirmiers libéraux et sur la région Parisienne, puis sous l'impulsion de Dominique Jakovenko, un infirmier libéral d'Alès, intègre une troisième et ultime région (trois ans), l'Occitanie. Finalement, c'est la région la plus représentée dans l'expérimentation.

L'été qui précède le début de l'expérimentation pour les libéraux est semé de conflits et de révoltes notamment sur les réseaux sociaux. Les participants et les organisateurs se voient malmenés, voir insultés/ le changement fait peur ! Mais surtout, la sphère syndicale s'y oppose : pour une fois rien n'a été négocié par eux... A l'époque, sur trois syndicats d'infirmiers libéraux, un seul approuve le projet. Pour la FNI et le SNIIL il s'agit tout bonnement d'une Hérésie, qui mettrait un terme au statut libéral de l'infirmier.

Pour « Convergence infirmière », il s'agit d'une ouverture, et même d'une avancée en termes d'autonomie de la profession et notamment du rôle propre de l'infirmier. Pour « Infin'idél », c'est expérimentation qui serait dangereuse car elle remettrait d'actualité le temps de soin et donc d'une certaine façon le possible « flicage » par les services de contrôle médical des CPAM. Qu'importe, l'ensemble des pionniers se met en ordre de marche pour satisfaire leur seule ambition : soigner mieux, en utilisant tout ce que la convention comporte, et en utilisant tout son savoir pour aller vers l'essentiel : le soin, le vrai.

N'oublions pas qu'il leur a fallu tout remettre en jeu : leur tournée, leur organisation, leur équipe, car beaucoup ont décidé d'intégrer les remplaçants à l'équipe. Pour moi, cette notion de sacrifice, de prise de risque est prépondérante pour la réussite de l'expérimentation.

Lorsque nous nous fixons des objectifs, il se peut quelques fois que nous ayons déjà des réserves, des « portes de sorties », du type : « si j'échoue, je ferai cela ou bien encore cela... » cela limite l'engagement, et donc les chances d'atteindre ses objectifs. L'engagement doit être total pour réussir... Le travail en équipe, est aussi valorisé, par des réunions organisées au sein du cabinet de manière autonome et régulière et permettent une meilleure connaissance du patient de sa dynamique personnelle et familiale et augmentent ainsi, l'efficacité des soins.

Sur le terrain la différence se fait sentir. Les infirmiers ne sont plus seulement des exécutants de la prescription médicale, ils deviennent eux-mêmes décideurs de la stratégie de soin. Ce nouveau statut plus intellectualisé et plus autonome de l'infirmier sous Equilibres augmente la confiance du patient envers l'infirmier, recrée ainsi, une relation privilégiée (soignant/soigné) chère à Hildegarde Peplau¹, mais nous retrouvons également le courant de pensée de Moyra ALLEN² car les « infirmiers Equilibres » agissent sur le milieu en interagissant sur l'environnement.

En effet nous retrouvons son approche systémique proche de ce qui pour moi doit être une réalité de terrain : la promotion de santé, l'apprentissage du patient et de sa famille dans un partenariat avec le soignant. Elle³ s'appuie notamment sur les forces et le potentiel de la personne ou de sa famille pour apprendre et s'adapter aux différents changements. C'est désormais ce qu'il est possible de faire durant cette expérimentation.

Concernant la facturation, Equilibres signe la fin des calculs d'apothicaire, des soins cotés en dégressif ou annulés car dépendants d'un forfait. L'infirmier est rémunéré 53,90 euros soit 90 centimes la minute de soin. Tout ce qui est fait pour le patient en sa présence rentre dans le calcul : coordination médicale, pharmaceutique, familiale, aide sociale, relation d'aide, écoute active, gestion de cas, surveillance des effets secondaires, information, éducation pour le patient comme pour l'aidant... bref tout ce qui est décrit dans la convention nationale ou dans le code de santé publique.

1 : Hildegarde PEPLAU: théoricienne, école de l'interaction, paradigme de l'intégration

2 : Moyra ALLEN, 1921/1996, Théoricienne, l'une des cheffes de file du courant MC GILL.

3 : Toujours Moyra ALLEN

L'infirmier peut à tout moment, si la situation de soin le nécessite « déclencher » un soin tel qu'une éducation, ou une série de consultations ou toutes autres issues de son rôle propre.

Par exemple, un infirmier peut être appelé par un patient afin de réaliser une prise de sang ou une hbpm (donc sous prescription médicale) et s'apercevoir au décours du soin que le patient développe une pathologie chronique et ne contrôle absolument rien. Il nécessite donc une éducation afin de ne plus dépendre des soignants afin de ne pas développer de complications. L'infirmier, n'a donc pas besoin de prescription supplémentaire pour organiser des séances d'éducation à la santé.

Ce que nous avons aussi remarqué, et bientôt démontré, c'est que pour des soins dit simples tels que l'injection s/c d'hbpm ou bien encore les contrôles de glycémies capillaires,

nous montrons une volonté à éduquer et rendre autonome les patients dès que cela est possible : il y a donc moins de tension dans les soins et les soins sont plus « raisonnés » : nous évitons « le soin pour le soin ».

Le logiciel Omaha, bien qu'encore en développement, comporte, lui aussi bien des avantages car il permet une réelle visibilité du soin ainsi qu'un outil de coordination d'équipe. Evidemment, il est possible de gérer le planning, les tournées, ou encore avoir un regard sur sa facturation car il met en exergue la durée des soins et son rapport tarifaire, mais surtout puisqu'il contient l'ensemble du dossier infirmier, les contacts et données cliniques et administratives.

Le Omaha system expliqué par Céline HORTE infirmière clinicienne entrée dans ÉQUILIBRES le 13 décembre 2019



Céline HORTE 43ans, infirmière libérale depuis 2007, en exercice coordonné en MSP multi-sites depuis 2019. Clinicienne certifiée, consultante en ETP, spécialisée en diabète (DU faculté de bordeaux), consultante en repérage de la fragilité de la personne âgée step 1 et 2.

Le Omaha System est un système de classification des problèmes, de plan d'intervention et d'échelle d'évaluation des problèmes en vue des résultats.

Il a été développé aux USA dans les années 1975, leader en termes de santé publique dans les soins à domicile, cliniques, écoles et centres de santé.

C'est une classification complète, ordonnée, non exhaustive qui est conçue pour identifier les préoccupations en matière de santé des patients. Elle nous fournit une structure, un langage, un système de signes et d'indicateurs qui aide les praticiens à recueillir, trier, consigner, classer, analyser et extraire les données. Cela nous permet de cerner tous

les besoins du patient et d'arriver à un raisonnement clinique le plus précis possible afin de résoudre, de l'aider à résoudre ses problèmes de santé, de le rendre autonome dans la mesure du possible afin d'éviter une aggravation de l'état de santé et des hospitalisations.

Le système a pour vocation de ne pas exprimer les valeurs du praticien, mais de résumer les données objectives et subjectives relatives au patient. Il fait le lien entre le diagnostic et la proposition de soins.

La taxonomie est articulée autour de 3 phases :

Classification et exploration des problèmes

Il y en a 4 : psychosocial, physiologique, environnemental, comportement en santé avec un choix d'une population cible (individuel, familial, communautaire) et le niveau du problème c'est-à-dire s'il est potentiel, actuel, ou promotion de la santé.

En fonction des choix, selon les problèmes du patient, on établit ensuite :

Un Plan d'intervention ou il y a le choix entre 4 catégories :

- Guidance, enseignements conseils,
- Traitements et procédures
- Gestion de situations,
- Surveillance

Avec un listing adapté pour chaque types d'interventions.

Enfin la 3^{ème} phase est :

L'échelle de notation des résultats

qui permet de voir l'évolution de la prise en charge du patient, son état de santé, le niveau de l'autonomie (Connaissance, comportement et état).

L'idée est de faire ressortir tout le travail infirmier qui est réalisé et qui est caché derrière une nomenclature, des actes, derrière « du faire ». Ce qui contribue probablement à « faire » sans donner du sens car il n'est pas reconnu, ce qui renforce la lassitude de l'épuisement du soignant et une moins bonne qualité de prise en charge des patients. Nous sommes humains nous accomplissons les actes et faisons malgré tout ce qui est invisible (écoute, relation d'aide, gestion de l'aidant, informations, dépistage du proche aidant quand nous soignons et cernons un problème de santé à explorer).

Avec cette taxonomie non exhaustive, que nous enrichissons dans le logiciel au fur et à mesure de l'expérimentation, nous mettons en lumière tout ce que l'infirmier met en oeuvre au cours d'un acte pour le patient et pour les aidants. Nous co-construisons cet outil. Le Logiciel Umanova qui adapte cette taxonomie, met en lumière tous les patients qui sont autonomisés.

C'est une vraie chance de pouvoir faire partie de cette aventure qui je l'espère pourra se pérenniser. Depuis, mes pratiques ont changé. Je me sens plus sereine dans mon travail, épanouie car je sais que je suis reconnue pour le travail que je fais auprès du patient et de sa famille, je ne suis plus en souffrance. Je peux élargir mes prises en charge à la famille si je sens qu'il y a un problème de santé. Les patients sont informés de notre pratique au début de la prise en charge, nous leur laissons un document expliquant l'expérimentation de façon simple. Nous devenons des infirmiers de santé publique, de famille. Je prends le temps de m'asseoir, de me rendre disponible, à l'écoute, d'élargir mon écoute à la l'entourage. Les patients sont souvent surpris et me disent « aller ne perds pas de temps pour moi, tu as du travail ». On est dans une autre dimension du soin qui prend tout son sens, pour le patient et le soignant.



Un exemple concret, avec les séances d'éducation thérapeutique pour les patients venant d'être diagnostiqués diabétiques ou compliqués. Ces séances, nous les avons mises en place depuis que nous sommes formés Jacques et moi, en 2016 : pendant quatre ans nous les réalisons au cabinet, en NGAP, c'est-à-dire, cotées en AIS4 soit 10,60 euros la séance d'une heure. J'étais impulsée par l'envie de mettre en place mes acquis et compétences en ETP et surtout par une volonté de mettre en avant une nouvelle pratique me sortant du soin prescrit, du « faire ».

Depuis décembre 2019, je poursuis ces séances en ETP spécialisées en diabète, et plus justement rémunéré à 53,90 euros de l'heure, je me sens donc reconnue et valorisée pour ce même exercice. Nous avons de plus en plus de consultations, de par l'exercice pluri-professionnel dans lequel nous évoluons et grâce aux résultats, à la qualité du suivi.

Le mot de la fin...

Nous l'avons vu, EQUILIBRES redonne sa vraie place à l'infirmier et libère le patient de toutes les contraintes évitables du soin. L'ensemble des infirmiers Equilibres se sentent plus détendus, retrouvent un sens à leur mission, soignent avec envie tout en cherchant toujours à évaluer avec le patient ce qui est bon pour lui, en répondant à la question : « de quoi avez-vous besoin, à ce jour ? », « qu'est-ce que moi, infirmier je peux vous apporter ? »

Au niveau de la pluridisciplinarité, ce modèle place l'infirmier à côté du médecin au même titre que tout autre professionnel de santé. La priorité reste le patient au sein de son environnement, et ses réactions humaines à la maladie, aux traitements ; or dans le système de la nomenclature, tout est fait afin que l'infirmier ne reste sous le joug médical : il est un « outil » du médecin, tout est centré dans le soin autour du médecin et non autour du patient... Ne perdez pas de vue que c'est encore le médecin qui prescrit des soins infirmiers : cherchez l'erreur !

Ce médico centrage, voulu à la fois par les décideurs politiques, induit par certains syndicats médicaux et même infirmier, est pour moi responsable du retard

Si, Equilibres venait à ne pas se pérenniser, il est fort probable que je ne poursuive malheureusement pas ce type de consultation au vu de sa faible rémunération en NGAP, et au risque d'épuisement professionnel par manque de reconnaissance.

C'est ainsi que la question se pose : « qu'advient-il des futurs patients nouvellement diagnostiqués diabétiques ? » Les médecins de la MSP avec qui nous travaillons ont été informés également au début de notre intégration dans Equilibres. Nous avons des retours très positifs des patients qui souvent verbalisent la qualité de la prise en charge... Il y a un gros plus également sur le volet de la coordination médicale et le travail en équipe.

que notre profession a acquise par rapport aux nations référentes des soins infirmiers que sont le Canada ou les Etats-Unis ...

Aujourd'hui, alors que l'on commence à voir apparaître des plateformes de soins, à l'opposé de toutes les valeurs humanistes du soin, je pense que nous avons tout intérêt à pérenniser cette expérimentation et le modèle qu'elle porte. N'y a-t-il pas un parallèle entre la situation actuelle et la vision de Jos de BLOK lorsqu'il a ressenti le besoin de créer ce système de soin ? Il reste au moins deux ans à nos équipes pour prouver l'efficacité de ce système et l'adapter à la France.



Auteur, Jacques HORTE, 42ans, infirmier libéral DE depuis 2006, en exercice coordonné en MSP multisites, clinicien certifié, consultant en ETP, spécialiste du diabète (DU de Bordeaux), consultant en repérage de la fragilité de la personne âgée step 1 et 2.

INTERVIEW DE MR GUILLAUME ALSAC, PROPOS RECUEILLIS PAR JACQUES HORTE

Bonjour Guillaume, merci d'accepter cette interview:

Pouvez-vous vous présenter sommairement : cursus/profession actuelle ?

J'ai 47 ans, 4 enfants de 12 à 6 ans. Je suis ingénieur de formation, et actuellement formateur, accompagnateur et coordinateur de projets dans la santé au sens large. Je vois ma mission personnelle comme « créer des contextes d'organisation qui permettent à chacun.e de donner le meilleur de lui-même. »

Vous êtes à l'initiative de l'expérimentation art51 Equilibres Ifss 2018 : Comment est née cette expérimentation, qu'est-ce qui vous a motivé à développer ce genre de modèle ?

En 2016, nous avons créé cette ONG Soignons Humain sur l'idée d'offrir de meilleurs soutiens aux professionnels de santé, pour qu'il y ait moins d'obstacles à leur volonté naturelle de « bien soigner ». Nous étions persuadés de pouvoir déjà tenter beaucoup de choses sans avoir besoin de changements réglementaires ou légaux. Et c'est ce que nous avons commencé pendant deux ans, en aidant les infirmiers qui le souhaitaient (libéraux ou salariés peu importe) à vivre leur métier en équipe, et développer une approche globale de la santé des personnes. Nous avons beaucoup expérimenté, cherché et appris nous-mêmes auprès de Buurtzorg en Hollande notamment.

Quand l'article 51 du PLFSS 2018 a été publié, nous nous sommes tout de suite dit que ce pourrait être une belle possibilité pour les professionnels d'aller plus loin dans cette vision du soin. Nous avons soumis le dossier Equilibres en mai 2018. Il a été accueilli plutôt avec scepticisme : le modèle de rémunération semblait trop simple. Et puis, au début 2019, il y a eu plusieurs séances de co-construction avec des professionnels, la CNAM le ministère qui ont permis de finaliser le cahier des charges de l'expérimentation, qui a ensuite été approuvé

par le conseil stratégique Article 51 et enfin publié par arrêté ministériel en juillet 2019.

Pour vous qui n'êtes un professionnel de santé quel est ou sera la plus-value de ce nouveau paradigme ?

Plus le modèle de rémunération est simple à comprendre et simple à mesurer, plus les professionnels sont en sécurité et plus ils pourront consacrer leurs précieuses qualités à leurs patients, à leurs collègues et aux autres professions de santé. La qualité et la pertinence des soins, et la coopération entre professionnels ne viennent pas des systèmes de paiements (qui sont des motivateurs extérieurs et pauvres), ils peuvent venir des personnes humaines, et de leurs riches motivations intérieures. Ce paradigme, c'est celui de la motivation intrinsèque des soignants, ou de l'éthique personnelle et professionnelle, appelons-le comme on veut. Le « patron » n'est plus une nomenclature d'actes qui est complexe, et nécessairement froide, imparfaite, inadaptée, et dans certains cas même injuste et perverse, quand elle ferme l'accès aux soignants. Le « patron » dans Equilibres, c'est la mission, le but visé : celui de répondre de manière intégrale et durable aux besoins de santé des personnes, et en soutenant leur propre indépendance, leur autonomie, leur capacité de vivre la vie qu'ils choisissent, jusqu'à leur dernier souffle. « Se rendre inutile » en quelque



Sur quels socles s'appuie l'expérimentation ?

Ce que nous proposons dans Equilibres a vocation à alimenter et soutenir ce but visé, qui est exigeant au quotidien. Les honoraires des professionnels ne sont plus calculés par la nomenclature d'actes, mais sont fonction du temps réel passé en présence du patient (54€/heure). C'est le professionnel qui évalue et choisit le temps nécessaire pour le patient au jour le jour, en ayant toujours à l'esprit le but visé : soutenir l'indépendance et l'autonomie des patients. Toute intervention infirmière prévue dans le décret de compétences peut être rémunérée, y compris la prévention, l'éducation à la santé, le soutien à l'aidant. Ce sont les besoins réels des personnes qui orientent l'action des professionnels : il n'y plus de blocage administratif ou financier qui empêcherait les professionnels de faire ce qui est nécessaire dans chaque situation rencontrée. La formation et l'entraînement au travail en équipe, la revue par les pairs, l'évaluation des besoins et des objectifs avec le référentiel de soins Omaha sont les moyens offerts dans l'expérimentation. Nous observons enfin qu'un bon nombre des professionnels qui ont été volontaires pour entrer dans Equilibres s'étaient formés en tant que clinicien, à la consultation infirmière, ou via un DU de soins palliatifs, d'éducation thérapeutique.

Quels sont, selon vous les leviers et les freins que vous avez rencontrés lors de la création de cette expérimentation ?

Le principal levier, c'est le « chiche » donné par l'Assurance Maladie et le Ministère à notre proposition de nouveau paradigme. L'institution aussi a beaucoup à gagner de ce renversement de perspective. J'ai le sentiment que toutes les parties autour de la table sont d'accord sur un point : le système actuel n'est pas satisfaisant, et pas tenable sur la durée, malgré le budget consacré qui est très important. La complexité administrative, la fragmentation des interventions, l'absence de coopération, sont des maux qui frappent chacun, où qu'il soit dans le système de santé. Cela pose les bases d'une volonté commune de repenser (ou repenser ?) les principes, la culture et les croyances sous-jacentes à l'organisation actuelle. Les freins ? C'est plutôt toi qui pourrais le dire- Je dirais que les freins seraient l'impatience, qui ne laisserait pas aux personnes le temps de s'approprier les enjeux et d'ancrer de nouvelles pratiques. La peur de l'échec, qui nous pousserait à remettre en place des mécanismes de contrôles destructeurs de motivation intrinsèque. A l'inverse, l'angélisme, qui fausse la compréhension du réel, et conduirait lui aussi à l'échec. Ou bien encore oublier de considérer le patient, l'aidant et leur entourage comme partenaires.

Combien d'infirmiers, de cabinets et centres sont entrés dans l'expérimentation ? Quelles sont les régions concernées ?

Aujourd'hui 120 infirmiers, en Occitanie, Hauts de France et Ile de France, issus de 20 cabinets libéraux et 7 centres de soins infirmiers.

Qu'envisagez-vous pour l'avenir concernant cette expérimentation ?

En 2020 les énergies ont été consacrées à l'inclusion des professionnels et à l'élaboration en parallèle du système informatique support : un temps de semailles... L'enjeu en 2021 c'est de vivre en vrai ce nouveau paradigme, et de continuer à apprendre : qu'est ce qui aide, qu'est ce qui n'aide pas ? Qu'est ce qui est utile ou indispensable ? De quoi on peut se passer ? Encourager et soutenir les professionnels à se demander en équipe : « quelle est la plus petite intervention utile ? » Comment considérer et intégrer le patient/l'aidant comme un partenaire dans le projet de soins et de maintien/ retour à l'autonomie. Un temps pour voir si ce qui pousse est en phase avec les attentes...Essayer, apprendre, et essayer encore.

Qu'aimeriez-vous ajouter ?

Les avis de tous sont importants pour continuer à construire quelque chose qui soit à la fois impactant et en même temps potentiellement diffusable à plus grande échelle. Cette tâche est tellement complexe qu'elle peut induire du découragement ou du cynisme. Personnellement, ce qui me donne de l'espoir ce sont les travaux de Elinor Ostrom (la 1^{ère} femme prix Nobel d'économie !!) sur les Communs. En se basant sur des centaines de cas, au cours des siècles et sur tous les continents, elle décrit précisément les critères concrets qui permettent à des groupes humains de s'auto-organiser de manière durable, en prenant soin de leurs ressources communes. Personne ne peut plus prétendre aujourd'hui détenir à lui tout seul « LA » solution pour l'avenir, cependant factuellement des voies d'avenir sont possibles : j'aimerais beaucoup pouvoir en dialoguer avec les détracteurs d'Equilibres. Ils ont des choses importantes à dire et j'ai envie de les entendre. Pas au travers de tweets cinglants à la Donald Trump, mais dans un dialogue honnête et ouvert, de personne à personne.



INTERVIEW DE MR PASCAL LAMBERT, PROPOS RECUEILLIS PAR JACQUES HORTE

Bonjour Pascal,

Pouvez-vous vous présenter brièvement ? (cursus et activité présente)

Infirmier libéral pendant près de 30 ans, j'ai complété ma formation par un certificat en ETP, un DIU en gérontechnologie puis un Master en sciences cliniques infirmières – pratique avancée en gérontologie que j'ai validé en 2012. En attendant sa reconnaissance par le Ministère de la santé (cherchez l'erreur ?), je multiplie diverses casquettes (consultant, formateur, mentor) toujours dans le double but d'améliorer de façon efficiente la prise en charge des patients, notamment âgés, et de promouvoir la profession infirmière, et particulièrement l'exercice libéral trop méconnu par les tiers.



Qu'est-ce que l'expérimentation Équilibres art51 lfss 2018 ?

Elle permet de concevoir le rôle des infirmiers en ville différemment en leur permettant d'utiliser leur champ complet de compétences et de simplifier tout en mieux valorisant leur rémunération. Ce qui est actuellement impossible avec la NGAP qui reste principalement dans une logique de rémunération à l'acte technique et dont la lourdeur et la complexité administrative n'est plus à prouver.

Pouvez-vous me dire comment est née l'expérimentation Équilibres art51 lfss2018 ?

D'une rencontre avec Guillaume Alsac, il y a 3 ou 4 ans quand il venait juste de fonder l'association Soignons Humain suite à sa découverte du modèle Buurtzorg hollandais créé par Jos de Blok. Polytechnicien d'origine, son souhait était de diffuser ce modèle en France et les infirmiers français des Hauts-de-France à qui il avait proposé ce mode d'organisation avaient tous préféré opter pour l'exercice en centres de santé.

Quel a été votre rôle dans sa création ou son développement et quel est-il aujourd'hui ?

Ma vision de la réalité terrain, ma légitimité et mon approche evidence-

based practise. Quand Guillaume m'a parlé de son projet de candidater à l'art. 51 LFSS2018, je lui ai vivement conseillé, entre autres, de l'ouvrir aux infirmiers libéraux. Avec Thi, grâce à notre expertise complémentaire et à nos réseaux respectifs, nous lui avons ainsi permis de la déployer et de lui donner toutes ses chances de succès. Je fais partie d'une équipe qui accompagne les infirmiers tout au long de ces 3 années d'expérimentation. Par mon expertise à la fois clinique et de l'exercice libéral, j'assure une sorte de mentorat bienveillant sur les bonnes pratiques dès lors qu'ils en expriment le besoin. Je fais aussi partie du Comité de pilotage et du Comité éthique du projet.

Quelle est selon vous la plus-value apportée aux usagers du système de santé par l'expérimentation ?

La crise sanitaire récente a montré lors du 1er confinement la richesse et l'apport des infirmiers libéraux qui ont été sur tous les fronts. Dans le respect de notre décret de compétences, ils ont été capables d'être force de proposition et d'initiative pour maintenir l'état d'une population sur un territoire donné : sur leur temps de repos, et avec peu voire pas de moyens, nombreux ont participé à la création de centre Covid 19, à intervenir dans les Ehpad, à s'entraider dans la recherche des EPI ... Ils ont été l'élément central de la coordination Ville/hôpital et du maintien à domicile.

Les patients et leur famille ont été rassurés par leur présence continue et rassurante, leur guidance et leur professionnalisme. Savoir qu'on peut compter sur quelqu'un de confiance et de compétent dans ces moments là est psychologiquement important ! Par ailleurs, lorsque des hospitalisations étaient nécessaires, ils ont fait en sorte pour que ce soit planifié et ils ont préparé les sorties de même afin de garantir un retour à domicile sécurisé.

Avez-vous de bons retours des acteurs engagés dans l'expérimentation ?

Grâce à EQUILIBRES, tout ce travail a été rendu visible et a pu être rémunéré. Ils se sont sentis compris, soutenus et valorisés. Grâce à EQUILIBRES, les infirmiers participants ont pu bénéficier de la part du Copil d'un soutien et d'un accompagnement qui leur a permis de supporter cette lourde charge mentale et de préserver une qualité de vie au travail satisfaisante malgré tout. Presque tous ont témoigné que sans cette expérimentation, ils auraient arrêté la profession à très court terme, comme ce qui se passe déjà ailleurs.

Que pensez-vous de son devenir ?

Compte tenu des 1^{ers} résultats à un an déjà fort prometteurs, il serait dommage de ne pas la pérenniser.

Qu'aimeriez-vous rajouter ?

Je suis à la fois très fier et très heureux de constater que le pari risqué à l'époque que nous avons fait porte

déjà d'aussi merveilleux fruits. Et que les infirmiers libéraux ont pu montrer de quoi ils étaient capables en matière de prévention et de réponse de proximité. A ce jour, dans EQUILIBRES, ils représentent 3/4 des infirmiers participants. C'est une magnifique aventure humaine.

INTERVIEW DE MME THI LAMBERT, PROPOS RECUEILLIS PAR JACQUES HORTE

Bonjour Thi,

Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

Juriste de formation, j'ai été amenée à m'intéresser au domaine de la santé suite à la condamnation de mon mari, infirmier libéral, par la CPAM à lui rembourser tous ses soins hors quotas.

A l'époque, tous les avocats des syndicats représentatifs contactés lui avaient conseillé de se plier à cette décision. Il m'a demandé de l'aider, il n'a rien payé au final et les quotas ont été supprimés peu de temps après.

Quel a été votre rôle dans sa création ou son développement et quel est-il aujourd'hui ?

Mon apport réside dans une expertise pointue et originale du système de santé français et de la réalité terrain, le tout enrichi par un réseau très hétéroclite et une vision à la fois intégrative et basée sur l'évaluation/l'amélioration continue. J'ai permis de redimensionner l'aspect financier du projet qui avait sous-estimé et donc sous-valorisé le travail de l'équipe opérationnelle. Par ailleurs, connaissant les spécificités propres à l'exercice salarié en centres de santé, avec Pascal, on a voulu parier sur le potentiel des infirmiers libéraux. Tout cela a contribué à faire décoller et à consolider l'expérimentation dans un

temps très court et de lui permettre de donner des résultats encourageants au bout de quelques mois seulement. Et le 1^{er} confinement a été particulièrement instructif. Comme je ne suis pas coach, et que la région Ile-de-France que je devais animer ne pouvait pas être réceptive à l'expérimentation EQUILIBRES, j'ai quitté le projet l'été dernier car je ne leur étais plus utile.

Quels ont été les freins et leviers de cette mise en place d'expérimentation ?

Les freins sont pour l'Ile de France compte tenu du tarif horaire trop bas par rapport à son niveau de vie plus élevé que la moyenne nationale et de la spécificité de la pratique

libérale dans cette région (points relevés lors du montage du projet). Les leviers sont la remarquable mobilisation et le courage des infirmiers libéraux de nous avoir fait confiance et d'avoir accepté de relever ce défi avec nous quasi sans filet pour eux.



INTERVIEW DE MR MATHIEU NOCHELSKI, PROPOS RECUEILLIS PAR JACQUES HORTE

Bonjour Mathieu,

Pouvez-vous vous présenter brièvement : quel est votre cursus professionnel, vos envies, ce qui fait que vous avez adhéré au projet Equilibres art51 ?

J'ai 37 ans, je suis infirmier DE depuis 2006. Mon parcours professionnel s'est initié dans la fonction publique hospitalière en médecine gériatrique pendant plus de 3 ans. En parallèle j'ai commencé à intervenir comme formateur vacataire pour des IFSI. J'ai ensuite coordonné une Equipe Mobile de Soins Palliatifs gériatrique et en partie un service avec des Lits Identifiés Soins Palliatifs eux aussi dans le contexte de la gériatrie, durant 4 ans (expérimentation en lien avec l'ARS Hauts de France). J'ai suivi la formation du DU de Soins Palliatifs au cours de ce cursus.



Comment les infirmiers inscrits dans l'expérimentation sont-ils évalués ? Autrement dit, quels sont les critères d'évaluation ?

Pour reprendre la question, il ne s'agit pas d'une évaluation « du travail » des soignants. Les soignants ne vont pas être « notés ou surveillés » sur ce qu'ils font « bien ou pas ». Nous avons initié ce projet en argumentant, le fait de redonner de la confiance, donc c'est important pour nous de la développer et la maintenir. Ceci étant dit, comme il s'agit d'un projet avec des fonds publics et avec un argument de santé publique, il est normal de venir questionner son impact sur différents critères et indicateurs. Un cabinet d'évaluation externe a été nommé par le ministère de la santé et la CNAM après un appel d'offre. La constitution du protocole d'évaluation s'est déroulée en concertation avec les différentes parties : la CNAM, le ministère, le COPIL d'Equilibres, CEMKA et bien sûr les soignants infirmiers de l'expérimentation.

Nous les avons sollicités au travers de groupes d'échange et nous leur avons transmis les projets du protocole pour qu'ils puissent donner leur avis et leurs idées. L'évaluation est mixte : qualitative et quantitative. Il y aura un premier

retour d'ici juin 2021 puis ensuite en 2022. Détailler les différents axes, critères et indicateurs me prendrait plusieurs lignes et du temps qu'il n'est pas forcément possible d'avoir dans une simple interview.

En essayant de résumer et synthétiser, l'évaluation va s'intéresser au vécu des infirmiers dans ÉQUILIBRES (enquêtes, entretiens, visites de terrain) mais aussi des différentes parties prenantes : le COPIL d'ÉQUILIBRES, les formateurs, les facilitateurs, les patients, les aidants, les autres partenaires de santé et le versant institutionnel. Il y aura bien sûr des analyses sur le plan comptable, budgétaire du projet, des comparatifs entre facturation NGAP et tarif horaire, des mesures d'impacts sur les patients (temps passé et résultats pour le patient), une analyse des coûts avant/après auprès des patients du dispositif, des comparatifs avec le SNDS, des analyses des profils patients SNDS/OMAHA, des liens d'analyse avec les données dépendantes du plan départemental...

Quels sont pour vous les changements majeurs qu'apporte l'expérimentation ?

Ce projet amène un ré-alignement entre les intérêts des professionnels de santé

que sont les infirmiers à domicile, les personnes que sont les patients et les aidants, et enfin le système de santé plus globalement (les pouvoirs publics, les financeurs, les autres professionnels...). ÉQUILIBRES ne peut pas être réduit je pense juste au tarif horaire. C'est un moyen important dans le projet car il permet de sortir de la considération du patient au travers des actes pour revenir à une approche initiale de la relation en vue de fixer avec lui (et/ou l'aidant) son projet de soin. Selon moi, il sécurise aussi le professionnel en lui permettant de focaliser sa réflexion sur les besoins du patient, ceux de son entourage, les ressources de son environnement.

Cela amène aussi un aspect de simplification dans la compréhension et la mesure, c'est un point important que nous avons porté avec cette article 51. Le professionnel estime en regard des besoins, le temps juste et nécessaire pour le patient et ce à chaque jour.

L'objectif dans ÉQUILIBRES a été de permettre aux professionnels infirmiers de pleinement exercer leur métier dans ses différentes dimensions (soin curatif, palliatif, prévention, coordination, éducation...) : le professionnel peut donc exercer et être rémunéré pour les actions d'éducation thérapeutique, de soutien, de relation d'aide/aidante, d'approche non médicamenteuse... (tout en gardant à l'esprit que cela doit rester dans le champ de compétence défini légalement et qu'il faut tout de même la prescription initiale médicale initiale pour intervenir).

Ce qui prime ensuite dans l'accompagnement du patient et de son entourage aidant c'est la considération des besoins, de l'autonomie... Il est alors possible d'aller jusqu'à cette notion de partenariat, de patient partenaire. La mission et le but visé c'est de pouvoir permettre au soignant de ne plus être indispensable, qu'il puisse se retirer et se rendre « invisible » comme le disent plusieurs des infirmiers dans Equilibres, permettre au patient de vivre la vie la plus riche et la plus autonome possible à son domicile. Bien sûr suivant les situations il y aura toujours une certaine présence qui pourra évoluer dans le temps (je pense par exemple aux situations palliatives). Mais pour beaucoup d'autres situations il est possible d'accompagner le patient à la reprise de cette part d'autonomie et de responsabilité, ce qui fait que l'infirmier ne devra plus forcément passer 3 fois par jour (c'est un exemple). Cela peut aussi passer par le rôle de coordination qu'à l'infirmier : mobiliser le réseau

de première ou seconde proximité, accompagner le patient/l'aidant à trouver les ressources dont il peut avoir besoin.

Nous essayons que ce qui est proposé dans ÉQUILIBRES viennent soutenir cela. Comme Equilibres vient remettre au centre l'importance de la relation, nous avons aussi mis en avant, l'importance de la dynamique d'équipe. Un professionnel qui vit son travail avec du sens et de l'épanouissement, nous croyons que c'est un professionnel qui est soutenu et qui ne travaille pas seul. C'est donc important que cette qualité de relation et d'accompagnement que nous avons mis comme un socle dans l'approche des patients, de leur aidant, puisse aussi se vivre dans l'équipe et avec les autres partenaires professionnels. C'est pour cela que les équipes ont accès à un facilitateur et à des temps de formation, d'échange sur les approches de communication orientée solution. L'autre aspect évident qui me vient à l'esprit dans Equilibres c'est l'importance des rencontres et de la co-construction, de l'intelligence collective. Ensemble nous pouvons aller plus loin, même si ça prend un peu plus de temps que si nous étions seuls pour prendre les décisions et les acter. Equilibre essaye d'apporter les conditions pour que puisse se vivre ces espaces de partage (pairabilité, analyses de pratique...)... Cela permet aux professionnels aussi de se soutenir entre eux, de bénéficier des compétences de leurs collègues et de leurs expertises.

Qu'aimeriez-vous rajouter ?

Je perçois aujourd'hui que ce qui permet avant tout d'amener du changement c'est quand nous partons de ce qui nous anime au plus profond de nous, ce qui fait sens. Cela signifie de se connecter au niveau relationnel pour rejoindre l'humain en chacun de nous. C'est ce socle que nous avons essayé de poser dans Equilibres. J'espère que ce modèle pourra inspirer pour amener un nouveau souffle et de l'espérance dans le milieu de la santé (pas juste dans le contexte du domicile) voire au delà. Le monde de la santé est en souffrance et il est le siège de nombreuses violences. C'est aussi un reflet des temps actuels et de la société. Je crois qu'il est possible de proposer un modèle différent, qui amène de la paix, une espérance, l'occasion pour les soignants de ré-exercer avec un alignement en eux où ils trouvent du sens.

Cela peut paraître rêveur ou utopique, mais avec Soignons Humain et Equilibres nous avons initié une démarche qui montre que le changement est possible. Sans me prétendre à sa hauteur, j'apprécie beaucoup l'exemple de Martin Luther King qui a initié une démarche de changement avec conviction, paix et espérance. Il l'a fait alors que ça pouvait sembler impossible. A notre échelle et pour le milieu qui nous concerne nous essayons aussi.



Bibliographie :

- <https://sweet-home.info/services-particuliers-personne/buurtzorg-reinvente-les-soinsa-domicile/>
- <https://www.soignonshumain.com/buurtzorg/>
- <http://www.managerlenchanteur.org/ressources/buurtzorg-le-management-horizontala-sauve-les-soins-a-domicile-aux-pays-bas/>

Point soin

Au cœur de L'UNIVERS DES SUTURES



La suture est un procédé de rapprochement des berges d'une plaie à la suite de blessures ou d'incision. Il s'agit d'unir les bords pour reconstituer l'intégralité de grâce à la couture ou autres. Les sutures/ligatures chirurgicales sont faites à l'aide d'un fil sertie à une aiguille.

Le choix du fil se base sur les propriétés des sutures

Les sutures doivent être posées avec du matériel stérile, la présence de la ligature provoque une réaction inflammatoire locale. L'inflammation peut être causée par la résorption et peut varier en fonction des caractéristiques du fil utilisé (synthétique ou naturel, monofilament ou tressé), choisi selon les propriétés des sutures. La stérilité est indispensable ainsi que le temps de résorption (pour les fils résorbables) et la tolérance des matériaux du fil utilisé.

La résistance de la suture est déterminée par le temps de résorption :

- Temps de perte totale de résistance : lorsque la résistance du fil est nulle
- Temps de demi-vie : lorsque la résistance est égale à 50% de la résistance initiale
- Temps de présence utile : temps de perte totale de résistance / temps de demi-vie x 100.

Cela représente >30 % à minima pour un usage efficient.

La non-capillarité : une meilleure tolérance du fil par l'organisme

Les longueurs de fil varient entre 45, 70 et 90 cm. La non-capillarité est une caractéristique très recherchée car elle permet une meilleure tolérance du fil par l'organisme. Le monofilament est acapillaire, et les fils tressés sont imprégnés de cire ou autres substances pour les rendre hydrophobes. Cela permet d'éviter la formation d'interstices et de la propagation de liquides tissulaires au sein de la suture.

Les différents types d'aiguilles selon les tissus à suturer

La diversité de forme, de pointe, de courbure, de longueur, de diamètre et de surface de l'aiguille donne une myriade de choix en fonction du type d'intervention. L'aiguille sortie est moins traumatisante, contrairement à l'aiguille à chas mobile de type Reverdin avec une double épaisseur de fil.

La courbure de l'aiguille dépend du plan à suturer

La longueur de l'aiguille varie de 2 mm à 10 cm. Le corps de l'aiguille doit être poli et résistant au mors à aiguille. La forme du corps de l'aiguille est ronde en général, mais peut être triangulaire ou carrée (ce qui améliore la rigidité de l'aiguille), ou aplati (pour faciliter la préhension dans la porte aiguille). La courbure de l'aiguille dépend du plan à suturer (plus c'est profond plus la courbure pour effectuer la ligature est importante). L'aiguille utilisée en chirurgie par coelioscopie a une forme de ski pour pouvoir passer dans le trocart.

Les fils résorbables sont d'origine naturelle ou synthétique

Les ligatures d'origine synthétique sont faites par le passage à la filière et étirage de la matière plastique synthétisée. L'utilisation des fils résorbables est large : suture cutanée digestive, vasculaire, plastique... La structure monofilament a une inertie comparable à celle de l'acier, et une très bonne tolérance, notamment dans le temps.

La suture par collage

Dans certains cas, surtout en pédiatre, l'utilisation de la colle cutanée apporte beaucoup d'avantage : le pouvoir adhésif est très important, la barrière à la pénétration de la flore microbienne garantit une cicatrisation intacte si le film reste intact, la colle est biocompatible, la flexibilité du film permet le mouvement du corps. Les conditions de stockage particulières sont nécessaires pour préserver la qualité de la colle, car leur défaut peut provoquer chez

le patient des réactions d'irritation et la fragilisation du film formé. Il faut le stocker à l'abri de lumière directe et de l'humidité, que la température soit de plus de 30° et sans chaleur directe. Il ne faut évidemment pas l'utiliser après la date de péremption indiquée. Elle est utilisée pour le plan cutané dans le cas d'une plaie de petite taille et peu profonde, mais pas pour suturer dans la région péri-orbitaire, la chirurgie viscérale et vasculaire.

Comprendre la pointe de l'aiguille

La pointe de l'aiguille permet de traverser les tissus avec un minimum de traumatisme. Suivant le type de tissu à suturer on distingue :

- la pointe ronde : chirurgie digestive, vasculaire, urinaire, tissu mou et fragile,
- la pointe mousse : suture hépatique, rénale ou splénique,
- la pointe triangulaire : tissu serré, aponévrose, souvent utilisé pour les sutures de chirurgie orthopédique ou pour la fermeture du plan cutané,
- la pointe en diamant : a des pouvoirs de pénétration importante dans le tissu suturé,
- la pointe spatulée ou plate : chirurgie ophtalmologique et microchirurgie.

La suture faite à l'aide des agrafes

Elle se base sur l'implantation des agrafes stériles, à l'aide d'une agrafeuse manuelle stérile pour unifier les berges de l'incision. L'avantage de ce type de suture est la rapidité, cependant elles sont moins esthétiques et le risque d'infection est plus grand. La pose des agrafes est utilisée pour les plans cutanés et dans les cas de plaies superficielles. Selon le protocole, l'ablation des agrafes commence entre le 5ème et le 6ème jour.



Maryana Nobre

Association

Ligue contre le cancer

INTERVIEW DE CLAUDINE RICHARD



Claudine est discrète mais déterminée. Son sourire bienveillant nous aiguille rapidement sur sa capacité d'empathie et son souhait de se mettre au service des malades.

LE PIED NOUS EN APPREND TOUS LES JOURS !

Cette nantaise de souche s'était à l'époque dirigée vers des études d'infirmière mais *« j'étais une rebelle »* explique-t-elle avec un brin de malice dans la voix.

« J'ai donc bifurqué vers des postes d'auxiliaire de vie et d'aide-soignante en oncologie et en réanimation puis j'ai terminé ma carrière en tant qu'éducatrice dans des structures médico-sociales »

en particulier auprès des familles monoparentales ».

Cette humaniste pense alors que ses idéaux de retraite passeront par une reconversion. La réflexologie plantaire sera son credo parce que le massage permet un lien de proximité à l'autre, et que le pied est un organe plein de ressources.

« J'ai entrepris une formation complémentaire à celle que j'avais acquise dans le paramédical, notamment avec une spécificité dans l'accompagnement des malades atteints de cancer réalisée à Tours ».

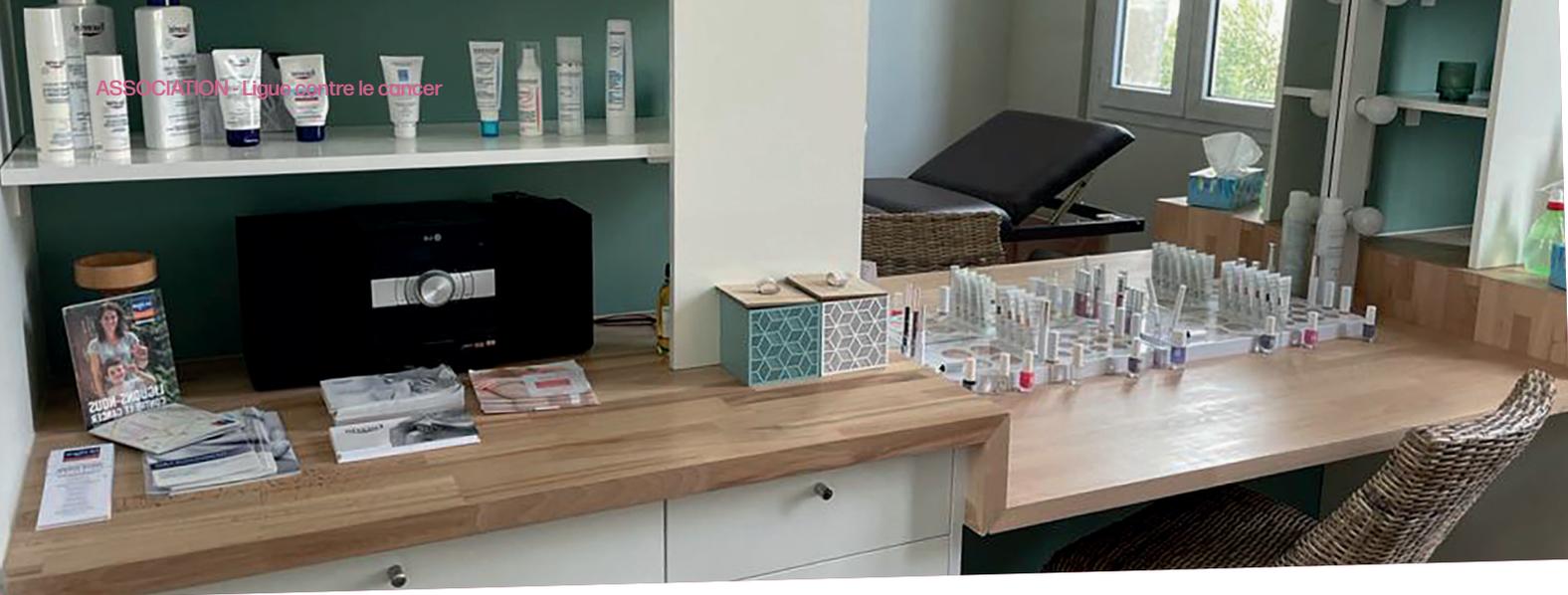


GIRONDE

Un parcours initiatique qui la guidera aussi vers des notions d'énergétique chinoise et qui révélera son impérieux besoin d'aider. Mais, c'est à l'occasion d'un Forum Associatif que Claudine rencontre Marilyne Moze-La Droite, coordinatrice de l'ESPACE LIGUE de Bordeaux qui est entièrement dédié à l'accompagnement des personnes malades.

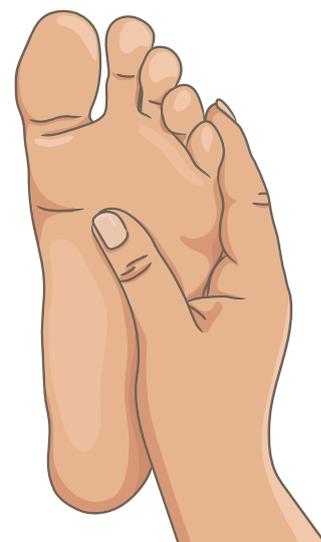
Elle sait alors que la retraite sera pour elle l'opportunité d'une nouvelle vie et décide d'intégrer la Ligue de Gironde voici 4 ans.





Depuis Claudine a ouvert son propre cabinet, rue Mouneyra à Bordeaux. Elle vient pourtant très régulièrement partager bénévolement son savoir-faire avec ceux qui ont besoin d'elle. Oui, elle donne mais surtout elle reçoit tellement en retour !

« C'est un partage permanent entre les malades, les professionnels bénévoles et le personnel de la Ligue. Ce lieu de vie développe la sociabilité, l'échange, nous sommes tous sur un même « pied d'égalité »... et voilà que le pied s'en mêle encore... il est peut-être temps de lui rendre l'hommage qu'il mérite, non ? »



La ligue contre le cancer, près de chez vous

Espace Ligue Bordeaux Métropole : un lieu dédié aux personnes atteintes par la maladie, lancé il y a 10 ans déjà !

Un **Espace Ligue** est un espace d'accueil ouvert situé à proximité, totalement gratuit. Ces espaces sont situés dans les locaux du Comité Départemental de la Ligue contre le cancer, en établissement de santé ou en ville.

Gérés par la Ligue contre le cancer et adaptés aux attentes des personnes malades et de leurs proches, ces **espaces chaleureux non médicalisés** sont destinés à vous accueillir et vous informer en toute discrétion. En fonction des besoins des personnes malades, il peut également vous être proposé des soins de support et de bien-être gratuits pour **améliorer votre qualité de vie pendant et après la maladie**. Il en existe près de 300 répartis sur l'ensemble du territoire de métropole et d'Outre-Mer.

Se ressourcer :

L'Espace Ligue est un lieu pour retrouver bien-être et confiance en vous. Accompagnement psychologique, soins en socio-esthétique, activité physique adaptée, ateliers et consultations nutrition, consultation avec un médecin spécialiste de la douleur, mémoire et troubles cognitifs, ostéopathie, relaxation, sophrologie, ateliers créatifs, maintien et retour à l'emploi, coaching, conseil en image, aide administrative, financière de secours, juridique ou sociale autour d'un café... L'Espace Ligue Bordeaux métropole est un lieu de vie, de répit et de ressourcement chaleureux.

Si vous êtes fatigués ou éloignés, la Ligue contre le cancer se déplace chez vous avec son service DomiLigue, cofinancé par la CARSAT Nouvelle-Aquitaine

Se reconstruire

Domiligue vous aide à vous ressourcer et à recouvrer un bien-être souvent mis à mal lors des traitements, grâce à l'aide de professionnels à domicile.

À la maison

L'action Domiligue couvre le territoire girondin grâce à des professionnels locaux certifiés et formés aux techniques de bien-être.

Se faire du bien

Domiligue propose des séances gratuites à domicile :

- activité physique adaptée soutenu par AG2R
- soutien psychologique
- socio-esthétique
- onco-diététique
- sophrologie individuelle
- réflexologie plantaire

domiligue@ligue-cancer.net
05 56 94 76 41

Marie LAURENT-DASPAS

À propos de la ligue contre le cancer :

1^{er} financeur associatif indépendant de la recherche contre le cancer, la Ligue contre le cancer est une organisation non-gouvernementale indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de près de 780 000 donateurs dont 590 000 adhérents et 13 500 bénévoles, la Ligue est un mouvement populaire organisé en une fédération de 103 Comités départementaux. Ensemble, ils luttent dans quatre directions complémentaires : chercher pour guérir, prévenir pour protéger, accompagner pour aider, mobiliser pour agir. Aujourd'hui, la Ligue, fait de la lutte contre le cancer un enjeu sociétal rassemblant le plus grand nombre possible d'acteurs sanitaires mais aussi économiques, sociaux ou politiques sur tous les territoires. En brisant les tabous et les peurs, la Ligue contribue au changement l'image du cancer et de ceux qui en sont atteints.

Pour en savoir plus : www.ligue-cancer.net

Échanger :

Lieu bienveillant de rencontres favorisant les échanges entre personnes malades, proches, et professionnels. Lors de rendez-vous individuels ou collectifs, vous pourrez vous exprimer en toute confidentialité. L'ambiance chaleureuse rompt l'isolement induit par la maladie.

Venez prendre soin de vous et retrouver confiance !

www.ligue-cancer33.fr

L'Espace Ligue : Bienvenue dans un lieu pensé par vous et pour vous - Qualité de vie et bien-être, Accompagnement et soutien

Des services gratuits à votre disposition : **Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 14h à 17h30**

05 56 94 76 41

espaceliguebx@ligue-cancer.net

228, Boulevard du Président Franklin Roosevelt
33800 Bordeaux
TRAM B, arrêt « Barrière Saint Genès »
Bus 10, 26, 31, 43, 5s, 20 et 9,
arrêt « Barrière de Toulouse »



Médecine complémentaire

Le yoga soignant

LE BIEN-ÊTRE À L'ÉTAT PUR



Corinne Miremont, ancienne infirmière, pratique le yoga depuis plus de dix ans - c'est une discipline qui propose une prise de conscience corporelle. Grâce aux techniques respiratoires et son approche posturale, le yoga amène l'individu à s'approprier son corps et sa santé.

Nul besoin d'être un grand yogi, végétarien, assis en position du lotus pour pratiquer le yoga. Les outils yogiques que je vous enseigne et met à votre disposition sont applicables dans votre quotidien et peuvent apporter de nombreux bénéfices sur votre santé et votre bien être.

L'approche corporelle

Il s'agit d'initier l'individu au travail à prendre les justes postures. Prévention TMS (troubles musculo squelettiques) et maladies professionnelles :

- lombalgie
- problématiques de cervicalgie ou épaulés
- troubles digestifs

La pratique de posture en conscience nous amène à être dans notre corporalité. Il ne s'agit pas d'un cours de yoga mais d'une mise à disposition d'outils. Je propose des postures simples, efficaces et accessibles, facilement applicables par le salarié.

L'occasion d'échanger sur nos troubles

C'est également l'occasion d'échanger sur des troubles physiques, musculaires, articulaires ressentis de façon périodiques ou récurrentes. Utiliser des outils yogiques pour se régénérer tels que des exercices respiratoires ou des postures pour gagner en vitalité, en concentration, en gestion de sa fatigue.

Un véritable échange par dessus tout

L'approche n'est pas que posturale, il y a un véritable échange entre les personnes présentes. Les thèmes sur la santé en général sont abordés : s'alimenter, l'activité physique, les loisirs, le sommeil, les relations avec nos proches, notre hiérarchie. Parfois on peut assister à de véritable lâcher prise, les candidats déversent tout ce qu'ils ont sur le coeur et dans leur tête.

Comme un trop plein accumulé pendant des années. L'intérêt des escapades est là. Le Yoga permet aussi de sortir de son environnement propice à ces lâchages émotionnels.

Des séances de relaxation

Des séances de relaxation sont proposées pendant le séjour, des moments d'échange bien sûr, mais aussi des temps de silence. Nous disposons de plus de temps pour intégrer les postures.

Dans les 2 cas : formation à la journée ou escapade, les candidats repartent avec un livret de postures et mes coordonnées. Les postures et exercices respiratoires enseignés sont spécifiques à la pratique soignante et applicable dans leur travail, mais dans tous les cas j'essaie de donner un exemple de routine quotidienne à mettre en place chez nous.



Écologie et santé

Éco-infirmière,

UNE ESPÈCE EN VOIE D'APPARITION



Une éco-infirmière travaille dans le cadre de la promotion de la santé sur le thème de la santé environnementale. Elle participe à diffuser à la population des connaissances sur les sources de pollution, leurs risques pour la santé des générations présentes et futures et les moyens d'en réduire les expositions.

Elle accompagne chacun à mettre en oeuvre des solutions simples, réalistes et économiques pour créer un environnement sain chez soi ou sur son lieu de travail.

Notre alimentation, l'eau, l'air que l'on respire, les produits ménagers ou cosmétiques que l'on utilise, nos moyens de communication (téléphone portable, wifi) : toutes nos habitudes peuvent avoir un impact sur notre équilibre. Informer sur les polluants, sur les perturbateurs endocriniens, sur les composés organiques volatils, c'est permettre à chacun de prendre conscience des mécanismes qui peuvent influencer notre état de santé et d'identifier les facteurs de risque et de protection.





Mon parcours

Je suis infirmière depuis 15 ans. J'ai travaillé dans différents services hospitaliers, à l'étranger sur des projets humanitaires puis dans le secteur médico-social auprès de personnes souffrant d'addictions. J'y ai appris que le changement ne se décrète pas mais qu'il peut être accompagné, en respectant le rythme de chacun. Comment ? En informant sans effrayer, en tenant compte de l'envie et des besoins de la personne, en mettant en lumière sa propre capacité d'agir pour sa santé.

La prévention est un soin !

Interpellée par les profonds changements que subit notre monde, notre environnement, je cherche depuis des années à questionner mon mode de vie et de consommation. Et puis, devenant maman, ces préoccupations sont devenues plus intenses : dans quel monde vont grandir mes enfants ? Que leur transmettre pour qu'ils soient résilients ? Quand l'anxiété pointe le bout de son nez, le passage à l'action est salvateur ! Inspirée par ma collègue Céline Coupeau (1^{ère} éco-infirmière en Nouvelle-Aquitaine), j'ai décidé de me former en santé environnementale pour faire du lien entre mes engagements personnels et mon métier de soignante. J'ai donc intégré l'IFSEN (Institut de Formation en Santé Environnementale) en 2019. Cette formation a été créée par Philippe Perrin (1^{er} éco-infirmier de France !) et dispense 189 heures de cours réparties sur 9 modules de trois jours (un module par mois). Elle est destinée aux professionnels médicaux et paramédicaux et aborde toutes les facettes de la santé environnementale d'un point de vue théorique et pratique. Elle fournit également des outils pédagogiques et de communication pour transmettre ces données et les intégrer à sa pratique professionnelle.

A l'issue de cette formation, j'ai senti que je pouvais contribuer à mon tour à la diffusion de ces notions. J'ai intégré une coopérative d'activité et d'emploi pour développer mon projet. Aujourd'hui je suis donc formatrice et accompagnante au changement en santé environnementale. J'agis principalement auprès de professionnels de santé et de petite enfance, car la petite enfance est une période de forte vulnérabilité face aux polluants.

Les impacts sur la santé peuvent s'inscrire à court, moyen ou long terme. J'interviens par exemple dans la formation initiale d'assistantes maternelles et d'auxiliaires de puériculture, dans des IFSI. J'accompagne des professionnels de petite enfance sur le terrain dans la co-construction de projets afin de créer un environnement d'accueil sain pour les tout-petits. Je propose également des ateliers de sensibilisation pratiques et ludiques pour le grand public, les jeunes parents (les ateliers Nesting® et Ma Maison Ma Santé de l'ONG WECF). Bon nombre de ces projets sont financés par l'ARS Nouvelle Aquitaine via le Plan Régional Santé Environnement ou la Stratégie Petite Enfance santé et environnement. Les besoins existent, la demande aussi !

Je garde également un petit temps d'infirmière en tant que remplaçante en libéral, afin de rester connectée à mon métier qui m'anime toujours. Cela me permet aussi d'observer la réalité du terrain et de dispenser au plus près des conseils en santé environnementale, ciblés en fonctions des pathologies des personnes. Cela rejoint la démarche d'éducation thérapeutique du patient, d'empowerment... Mon objectif est toujours de donner aux personnes que j'accompagne des images mentales, de partager des solutions simples et accessibles à tous pour réduire les inégalités de santé.

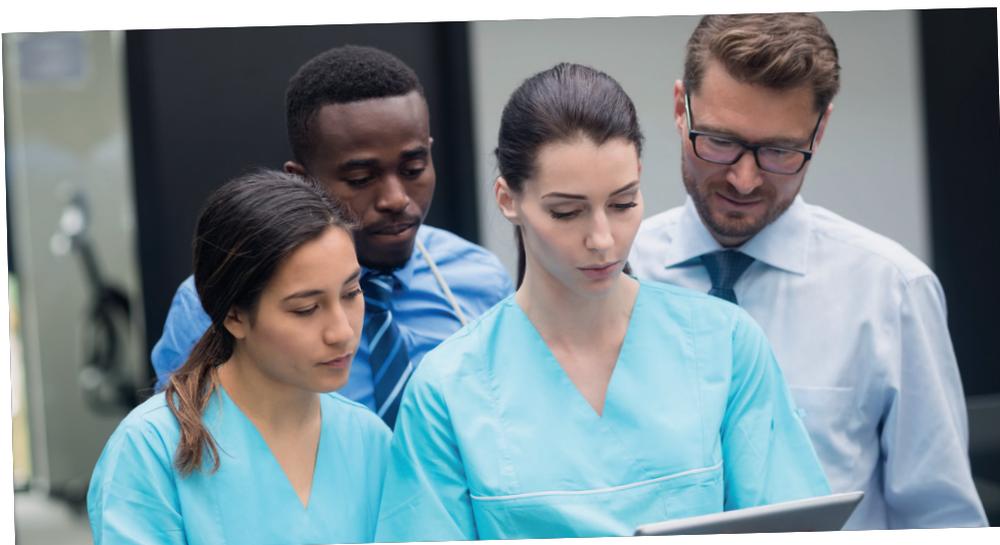
**Marie Mora,
Éco-infirmière**

Quelques liens utiles au sujet de la santé environnementale :

Stratégies santé environnement ARS Nouvelle Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/les-strategies-sante-environnement>
Plan National santé environnement : <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/>
IFSEN formations : <https://ifsenformations.fr/>
WECF France : <https://wecf-france.org/>

Infirmiers à l'étranger

Une infirmière Belge FACE AUX DIFFICULTÉS DU MÉTIER



Petit tour d'horizon, direction la Belgique, où vit Heidi, infirmière à Gand depuis 25 ans, qui a répondu à nos questions.



Elle a commencé ce métier à l'âge de 21 ans en soins intensifs dans un centre universitaire et a obtenu son diplôme complémentaire en deux ans tout en travaillant à plein temps : *"Mon métier consiste à être en contact avec un grand nombre de maladies différentes et rares. Cela apporte beaucoup de variété et de complexité au travail, ce que je trouve très excitant."*

Pour beaucoup d'infirmiers, ce métier se présente comme une évidence, un besoin de prendre soin d'autrui, c'est d'ailleurs également le cas d'Heidi :

« J'aimais beaucoup prendre soin de ma petite sœur étant jeune et le côté attentionné est resté, de plus il y avait trois encyclopédies dans la maison et les lire et apprendre que l'on pouvait guérir des gens malades et souffrants me fascinait. A l'âge de 9 ans, j'ai décidé que je voulais devenir infirmière et je n'ai jamais abandonné ».

À cet âge là, on ne voit pas les inconvénients du métier qui restent tout de même présents, comme le sait chaque infirmier.

Trop de travail pour peu de reconnaissance

Pour Heidi, les côtés les plus difficiles de ce métier existent en effet: " Les heures de nuit deviennent particulièrement un fardeau. En Belgique, nous devons travailler 7 nuits toutes les 8 semaines jusqu'à notre retraite à 63 ans ".

Ces nuits permettent un supplément de salaire mais pour elle, celui-ci reste un point sensible : "Après 4 ans de formation et 2 ans d'études complémentaires pour travailler en soins intensifs, nous ne sommes absolument pas reconnus à cette juste valeur. Même si notre salaire reste acceptable, nous gagnons moins que certains ouvriers, non diplômés, si nous ne travaillons pas les nuits... avec toutes les responsabilités que cela incombe et les diplômes que nous avons, c'est injuste !"

Pas un métier de tout repos

Il faut également rajouter l'exigence physique de ce métier : "Il faut être vigilant pendant 8 heures, parfois en continu, sans pause, ce qui provoque fatigue et stress."

Cette fatigue psychologique est d'autant plus mise à rude épreuve par le fait que les infirmiers sont sans cesse confrontés aux maladies, à la souffrance et souvent à la mort provoquant jusqu'à des cas de burn-out chez certains jeunes infirmiers (même si les rétablissements et les guérisons sont nombreux et font toute la beauté du métier).

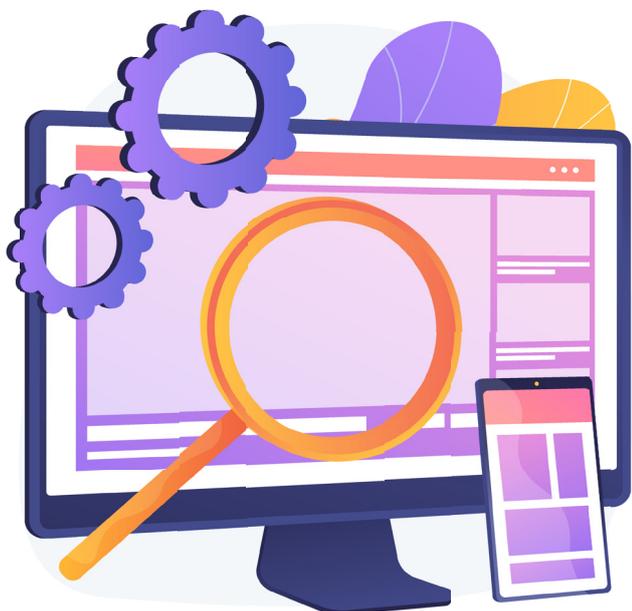
De plus, Heidi remarque un changement progressif des patients qu'elle prend en charge ces dernières années : "J'ai tendance à voir la population "grossir" et la prise en charge des patients engendre des douleurs physiques pour certains infirmiers dû à l'énergie supplémentaire demandée." Heureusement, ces inconvénients sont récompensés par la reconnaissance des patients et leur famille: "Ils se rendent compte des difficultés du métier et cela nous touche, ce qui n'est des fois pas le cas dans notre société... comme l'a montré une fois de plus la crise du Covid 19."

La numérisation du métier est à prendre en compte

Avec l'avancée des technologies, Heidi, et sûrement tous les infirmiers autour du monde, ont fait face à une numérisation du métier qui engendre de nombreux progrès : "Avant, il fallait tout écrire, même les médecins, ce qui entraîne des erreurs car leurs écritures sont parfois dures à lire, c'est donc beaucoup mieux maintenant. Les médicaments ont été optimisés et les dispositifs médicaux automatisés, ce qui rend la profession plus technique qu'auparavant, il faut donc veiller à ce que l'essence même de notre profession ne se perde pas."

Ces progrès permettent donc une meilleure organisation et enlèvent de nombreux problèmes.

Ainsi, le métier d'infirmière est un métier peu valorisé aux yeux de la société et du salaire, selon Heidi, et beaucoup d'autres infirmiers. Pourtant, ils recherchent de nombreuses qualités et un amour évident de ce métier. C'est pourquoi nous remercions aujourd'hui chacun de vous, infirmier ou infirmière, soignant ou médecin, pour les efforts que vous faites depuis toutes ces années, et encore plus en cette année si particulière, et espérons une pleine reconnaissance de la société et de l'État pour avoir pris soin de nous.



Infirmiers à l'étranger

Être infirmière libérale

EN BELGIQUE, EN TEMPS DE COVID



Infirmière libérale à Waterloo (Belgique), Micheline travaille aussi parfois dans une unité psychiatrique, et nous raconte son quotidien, qui l'a vu être durement touchée par le Covid-19.



Gériatrie, chirurgie, cardiologie... A la fin de sa formation d'infirmière en 2015, Micheline fait le choix de l'intérim et alterne entre les services et les hôpitaux. Après ces quelques mois de touche-à-tout, Micheline fait le choix de passer en libéral : « Dans les institutions hospitalières, c'est l'usine. On n'a pas le temps de prendre réellement soin des patients. On soigne plus le patient que la maladie. Le libéral a ce côté plus humain. »

A cette même période, elle commence à travailler dans une clinique psychiatrique. Elle y travaille aujourd'hui sept nuits par mois, en complément de son activité libérale.

Elle passe ensuite quelques mois en France, à Arcachon. Une expérience courte et enrichissante qui lui donne une certaine hauteur de vue sur les forces et faiblesses des systèmes de santé français et belges : *« La charge de travail était bien plus forte qu'en Belgique. Le grand avantage de la France, c'est que les libéraux ont une zone de travail délimitée. En Belgique, le pays est plus petit, mais on peut être envoyé à Bruxelles, à Liège, n'importe où. »*

Micheline retient cependant un point fort du système belge – la simplicité : *« Je le trouve plus rapide, et globalement plus simple. En Belgique, on facture directement à la mutuelle. Il existe aussi les tickets modérateurs, en moyenne ce sont 2 % qui sont à la charge des patients, mais ça varie selon leur couverture santé. Au niveau de l'administratif, soit l'infirmière fait tous les papiers avec sa mutuelle, soit elle peut travailler avec un bureau de facturation, qui s'occupe de tout, mais prend 5 % sur les revenus. »*



En première ligne face au Covid

La Belgique, elle aussi lourdement touchée par la pandémie de Covid-19, met en place ses premières restrictions d'urgence sanitaire et de déplacements au même moment que la France, en mars dernier. Micheline est logiquement mise à contribution : *« Le service de psychiatrie où je travaille a accueilli des cas légers de Covid. A domicile je n'ai eu que peu de cas personnellement. »* C'est au moment de la deuxième vague, à l'automne, que la situation devient réellement critique : *« Nous sommes quatre collègues à nous répartir le travail, et nous sommes deux à avoir été touchée par la Covid. Une de mes collègues a d'abord été touchée en octobre. Nos journées sont d'habitude relativement tranquilles, nous prenons le temps avec nos patients. Avec une personne en moins, la charge de travail a augmenté, et les journées ont été bien plus compliquées à gérer. »*

Après plusieurs mois passés en première ligne face à la pandémie, Micheline finit par attraper la Covid au début du mois de décembre. Rapidement, le virus se développe sous une forme grave : *« J'ai commencé à avoir des courbatures, qui ont rapidement empiré. J'ai ensuite perdu le goût et l'odorat. Au troisième jour, j'ai été hospitalisée. J'ai passé 5 jours sous respirateur, et ma convalescence a été longue. Je n'ai pu reprendre le travail que mi-janvier. »* Une expérience difficile, d'autant plus difficile pour une soignante : *« Être touchée si durement, ça a évidemment affecté ma vision de la maladie. Je faisais attention aux gestes barrières, mais désormais je suis plus qu'irréprochable. Mes masques par exemple, que je gardais parfois plusieurs heures dans une même journée, maintenant je les change dès que possible. »*

Des décisions trop lentes

Dans une étude publiée fin janvier, l'institut australien Lowy classait la Belgique à la 72ème place des pays ayant le mieux géré la pandémie, un rang devant la France.

En Belgique plus qu'ailleurs, la gestion du système de santé est une affaire de diplomatie politique. Historiquement divisée entre flamands et wallons, la vie politique belge prend parfois des allures kafkaïennes, et les prises de décisions politiques se font en concertation entre l'état fédéral et les différentes provinces. Des dissensions qui n'excuse pas la gestion de la crise selon l'infirmière libérale : « En Belgique c'est particulier à cause des différents entre flamands et wallons, et les décisions prennent toujours un temps pas possible. Mais la crise n'a pas été gérée comme il le faut. Pendant qu'ils passent leur temps à parlementer sur des brouilles, les cas augmentent et les dépenses de santé aussi. »

Comme en France, la campagne de vaccination du plat pays a subi un certain retard à l'allumage : « La Belgique est un petit pays, et par rapport à d'autres pays aussi petits

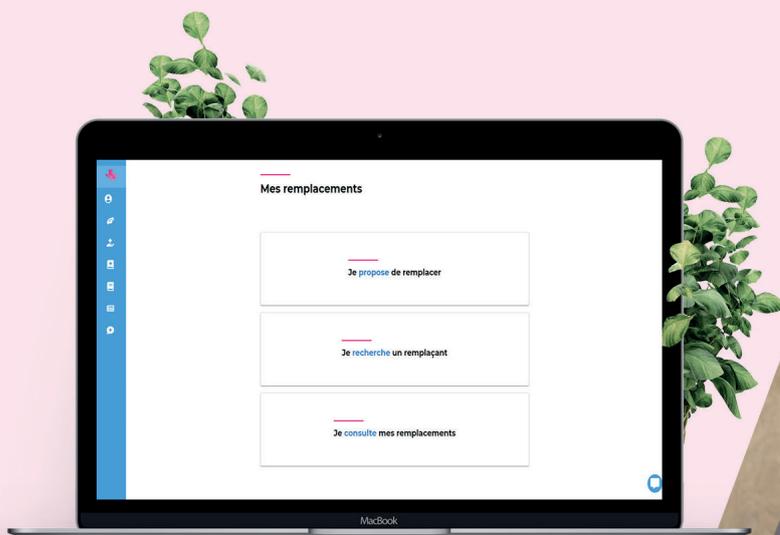
que le nôtre, on est vraiment en retard. Personnellement, je n'ai pas encore été vaccinée, mais mes défenses immunitaires sont maintenant renforcées après l'avoir attrapé. »

Plus que les stratégies de luttés contre le virus ou de déploiement des vaccins, les personnels soignants de beaucoup de pays pointent du doigt un même problème : un manque de reconnaissance, à la fois symbolique et financier : « On a demandé une meilleure rémunération, on nous l'a promis, mais aujourd'hui c'est au point mort à cause des désaccords politiques. On a seulement eu une prime en septembre, ce n'est pas assez. Mais je reste optimiste. Les courbes se stabilisent, les chiffres diminuent par endroits, et surtout, le nombre de cas graves est en baisse. Les personnels soignants font de leur mieux, mais il y a toujours cette lenteur politique. »



REJOIGNEZ LA COMMUNAUTÉ
D'INFIRMIER(E)S LIBÉRAUX
IDILE SANTÉ

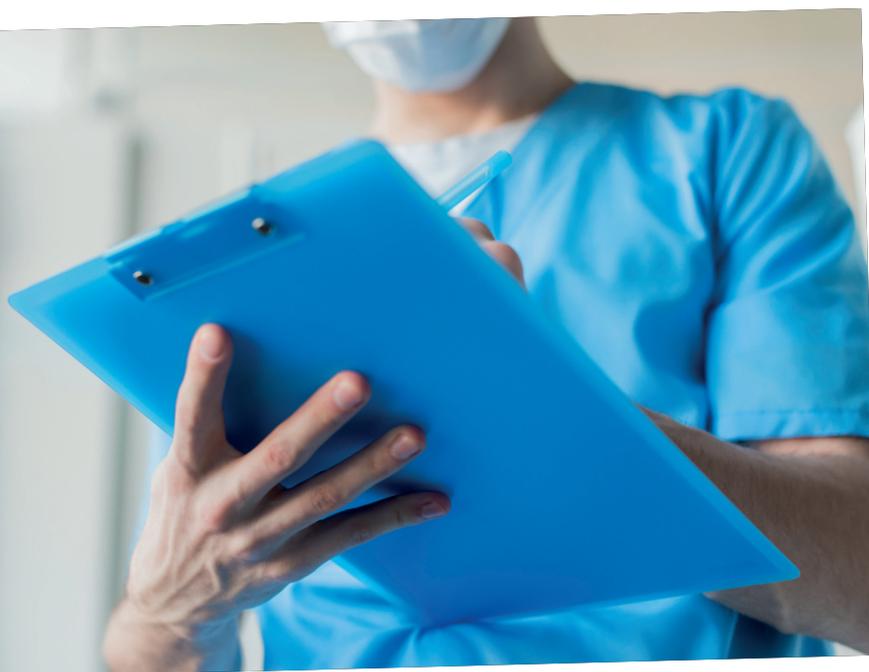
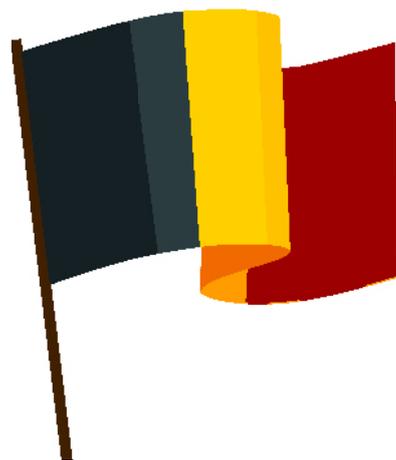
PLATEFORME
DE REMPLACEMENT
POUR INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES



WWW.IDILE-SANTE.FR

Infirmiers à l'étranger

Se former et exercer EN BELGIQUE



Le système de santé belge ressemble à s'y méprendre à celui de son voisin français. Pourtant si les fondations sont les mêmes, les particularités de l'administration belge rendent sa mise.

Comme sa géographie et sa culture, le système de santé belge est coupé en deux : d'un côté le gouvernement fédéral qui gère le fonctionnement de l'assurance-maladie, les politiques générales de santé et l'hôpital public.

De l'autre, les gouvernements régionaux ont en charge la prévention santé et la coordination entre les différents systèmes de soins, notamment les soins palliatifs, de réadaptation et longue durée.





La sécurité sociale

Le système d'assurance sociale belge est fondé sur la solidarité, sans sélection de risque. La politique de santé met l'accent sur la liberté thérapeutique des médecins, la liberté de choix des patients.

L'assurance-maladie belge couvre :

- Les consultations chez un médecin généraliste et/ou spécialistes
- Les soins infirmiers (à domicile ou non)
- Les soins de kinésithérapie
- Les soins hospitaliers
- Les accouchements
- Les soins dentaires
- Les soins de rééducation
- Les soins en maison de repos pour personnes âgées
- Les bandages, prothèses, implants et voiturettes

Au niveau des médicaments, l'assurance-maladie prend en charge :

- Les médicaments génériques
- Les spécialités pharmaceutique
- Les préparations

Le système de santé est financé par l'imposition, les cotisations de sécurité sociale liées aux revenus, et les taxes sur la valeur ajoutée. La rémunération des personnels de santé se fait à l'acte.

La formation d'infirmière

La Belgique offre deux options de formations dans les soins infirmiers. En pratique, les deux diplômes donnent souvent accès à des tâches différentes : la formation breveté favorise une prise en charge globale du patient, tandis que la formation bachelière favorise la spécialisation (notamment en psychiatrie) :

- Les études d'infirmier breveté ou hospitaliers : formation de niveau secondaire, le diplôme s'obtient en trois ans et demi. Très professionnalisante, cette formation alterne cours et stages, et se termine par un stage de six mois.

- Les études d'infirmier bachelier ou gradué : formation de l'enseignement supérieur, le diplôme s'obtient en quatre ans. Au bout d'un an, le brevet d'aide-soignant est accessible. Une multitude de spécialisations sont ensuite possibles : santé mentale et psychiatrie, soins intensifs et aide médicale urgente, psycho-gériatrie, pédiatrie, anesthésie, oncologie, radiothérapie et imagerie médicale, réadaptation, salle d'opération, santé communautaire, art thérapie, gériatrie, psychomotricité, stérilisation, soins infirmiers esthétiques, santé publique, cadre de santé.

La médecine libérale en Belgique

Si la France fait face au problème des déserts médicaux, la Belgique est confrontée au désamour de ses jeunes diplômés pour la médecine générale. Conséquence : des généralistes qui s'approchent de la retraite, et une nouvelle génération qui préfère la spécialisation. La Belgique a beau être un petit pays géographiquement parlant, les maires de certaines communes reculées, alertent depuis des années sur la perte du tissu médical autour de leurs communes, comme notamment dans les Ardennes. Le ministère a donc lancé le programme Impulseo, une série d'aides financières pour les jeunes médecins qui font le choix de s'installer dans des territoires à faible densité de généralistes.

En 2016, la Belgique comptait 55 000 médecins. Parmi eux, 18 000 généralistes, et seulement 1 000 en formation. Les spécialistes étaient eux plus de 25 000, et 5 000 en formation.

Dans le domaine hospitalier, la Belgique offre une autonomie plus prononcée qu'en France :

- Les tâches régulièrement déléguées à l'aide-soignante en France sont prise en charge par l'infirmière : repas, toilettes, soins.
- Les infirmières peuvent diriger les patients directement vers des spécialistes, et pas seulement des médecins généralistes.
- Une plus grande implication dans la gestion des maladies chroniques : diabète, asthme, cancer.
- Les diagnostics en soins infirmiers sont élargis.

Les infirmières libérales exerçant en Belgique ont, comme leurs collègues en milieu hospitalier, une plus grande autonomie qu'en France, et surtout un rôle plus collaboratif avec les autres professionnels de santé, que ce soit les médecins en milieu hospitaliers, ou les centres de soins psychiatriques.



**Mathieu Yerle,
Journaliste**



Point droit & patrimoine

Éclairage autour de LA JUSTICE RESTAURATIVE

Qu'est-ce que la Justice Restaurative (JR) ?

Depuis 2014, la loi permet aux personnes concernées par une infraction d'être informées sur leur droit de participer à des mesures de justice restaurative.

Alors que certaines questions demeurent sans réponse après une infraction, les mesures de justice restaurative offrent désormais l'opportunité aux personnes volontaires qu'elles soient victimes ou infracteurs, de bénéficier d'un espace d'écoute et de dialogue, respectueux de leurs droits et de leurs choix.

Loi du 15 Août 2014

Article 10-1 al. 1 du Code de procédure pénale (CPP)

« À l'occasion de toute procédure pénale et à tous les stades de la procédure, y compris lors de l'exécution de la peine, la victime et l'auteur d'une infraction, sous réserve que les faits aient été reconnus, peuvent se voir proposer une mesure de justice restaurative ».



La justice restaurative peut être définie comme un espace de dialogue volontaire, confidentiel et sécurisé.

En amont, **un travail individuel de préparation** permettra aux personnes de décider si elles souhaitent communiquer ou échanger et sous quelles modalités.

Plusieurs garanties sécurisent ces dispositifs : la reconnaissance des faits, la possibilité d'arrêter le processus à tout moment, l'accompagnement des participant.e.s par des intervenant.e.s formé.e.s, la confidentialité des échanges.

Par ailleurs, la justice restaurative peut être mise en œuvre **pour toute infraction quelle que soit sa gravité et sa nature et à tous les stades de la procédure** (Article 10-1 al 2 du CPP).

La justice restaurative a pour seul objectif d'offrir à toutes les personnes concernées par l'infraction **un espace de dialogue** sécurisé et respectueux à toutes celles et ceux qui y participent, complémentaire et autonome par rapport au système de justice pénale.

Les méthodes qu'elle privilégie ne sont pas thérapeutiques et ne poursuivent pas directement l'objectif de la baisse de la récidive, pour autant elle produit des effets positifs concernant ces deux aspects.

Les participants à ces dispositifs identifient la libération de la parole, l'apaisement, le renforcement de l'estime de soi, la reconnaissance ou encore la responsabilisation comme autant de bénéfices¹.

L'information sur la justice restaurative est un droit consacré par la loi (Article 10-2 du CPP) pourtant celle-ci reste aujourd'hui encore trop méconnue. Afin de rendre effectif l'accès à la justice restaurative pour toutes et tous, tout professionnel en contact avec des personnes victimes et/ou auteurs d'infractions devraient pouvoir les informer de leur droit d'y recourir.

Qui est l'IFJR ?

L'Institut Français pour la Justice Restaurative (IFJR) est créé en 2013 par Robert Cario (Professeur Émérite de Criminologie) et Benjamin Sayous (Docteur en sciences criminelles, Directeur de l'IFJR), ainsi que plusieurs chercheurs et praticiens, suite à l'organisation de la Conférence de consensus sur la prévention de la récidive, installée par la Ministre de la Justice, Christiane Taubira. La mission principale de l'IFJR est de favoriser le développement de la justice restaurative sur le territoire à travers des actions de formation, d'accompagnement et de recherche. L'institut travaille notamment en partenariat avec France Victimes et l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP).

Site internet : <https://www.justicerestaurative.org>

Nord-Est :

Héloïse Squelbut - coordination.nord-est@justicerestaurative.org

Sud-Est :

Noémie Micoulet - coordination.sud-est@justicerestaurative.org

Sud-Ouest :

Émilie Matignon - coordination.sud-ouest@justicerestaurative.org
Eulalie Spychiger - eulalie.spychiger@justicerestaurative.org

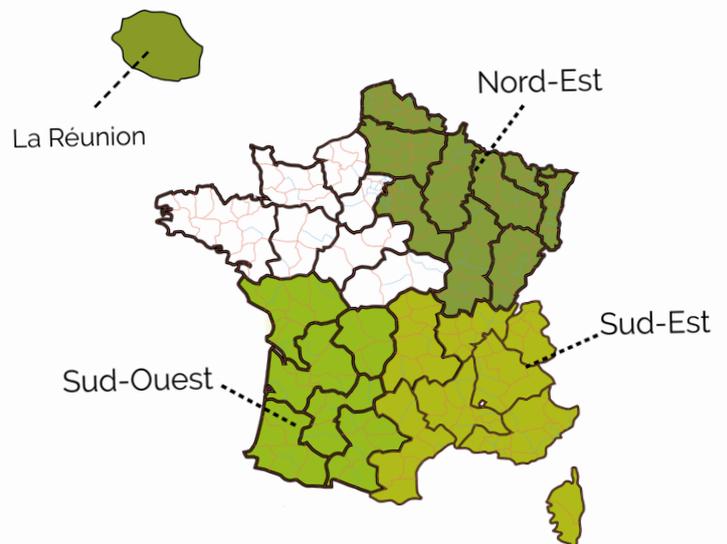
La Réunion :

Océane Laburre - coordination.reunion@justicerestaurative.org

Qui est l'IFJR ?

Leur mission pour permettre un égal accès de tous à la justice restaurative :

- Encourager le développement de la JR en France par des actions de sensibilisation et d'information
- Garantir la pérennité des programmes de JR par un appui technique et méthodologique auprès de leurs promoteurs
- Garantir la qualité des mesures de JR par une supervision technique des animateurs



Émilie Matignon
(chargée de mission recherche et formation/
coordinatrice antenne Sud Ouest IFJR)

¹ - Pour plus de précisions, voir le rapport d'enquête nationale 2019 « Enquête nationale auprès des participants auteurs et victimes à la justice restaurative », disponible sur le site internet de l'IFJR : [justicerestaurative.org](https://www.justicerestaurative.org)

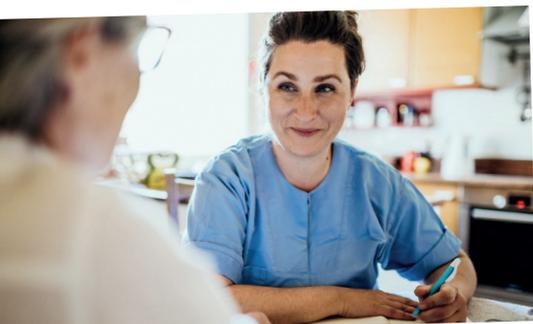
PRÉVOIR
Assureur Solutions Vie



VOUS VOUS OCCUPEZ DES AUTRES AVEZ-VOUS PENSÉ À VOUS ET À VOTRE FAMILLE ?

Vous êtes un professionnel de la santé employé, installé en libéral, en cours d'installation ou en train de préparer votre retraite ? Avez-vous pensé à vous protéger en cas d'imprévu ? Arrêt de travail lié à une maladie ou un accident, grossesse pathologique, perte d'autonomie..., mieux vaut anticiper pour pouvoir faire face aux dépenses, maintenir votre niveau de vie, et garantir l'avenir de votre foyer. **Parce que quand tout est prévu, tout va mieux.**

Une couverture pour vous et votre activité



Nos solutions sont développées pour **répondre aux besoins particuliers des professionnels de santé**. Si votre régime obligatoire vous couvre en partie en cas d'imprévu, PRÉVOIR s'assure du maintien de votre niveau de vie en vous versant un complément. Nos garanties sont forfaitaires : l'indemnisation journalière choisie au moment de la souscription vous sera versée dans sa totalité.

NOS SOLUTIONS SONT DISPONIBLES DANS LE CADRE DE LA FISCALITÉ MADELIN.

Les affections spécifiques comme les maladies dorsales, les affections psychologiques ou les grossesses pathologiques sont prises en charge. Vous êtes couverts en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès...

En cas d'arrêt de travail, vous devrez assumer de nombreuses dépenses : charges CARPIMKO, URSSAF, loyer du cabinet, assurance du véhicule... **PRÉVOIR couvre aussi tous vos frais professionnels.**

Départ à la retraite : quelle couverture ? Au moment du départ à la retraite, seule une assurance prévoyance vous permettra d'être couverts en cas de coup dur.

Perte d'autonomie : le saviez-vous ? Les dépenses mensuelles liées au maintien à domicile varient entre 339 € (GIR 4) et 1 629 € (GIR 1)¹, à cela s'ajoutent 4 280 € de frais dans le logement². La pension de retraite moyenne mensuelle des Français s'élève à 1 389 € brut (soit 1 294 € nets). **L'assurance dépendance protège les proches contre ces dépenses qu'ils doivent souvent assumer.**

PRÉVOIR VOUS COUVRE À VIE, INDÉPENDAMMENT DE L'ÂGE DE SURVENUE DE LA PERTE D'AUTONOMIE. LES DÉPENDANCES LÉGÈRES, PARTIELLES OU TOTALES SONT PRISES EN CHARGE.



¹ Les Dossiers de la Drees, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? », mars 2016, n°1.

² Drees, « Les retraités et les retraites », édition 2019.

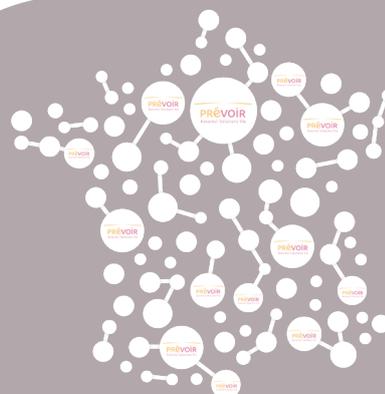
Un accompagnement complet par nos conseillers de proximité

Répartis sur 150 bureaux, les conseillers PRÉVOIR se déplacent à domicile ou sur votre lieu de travail pour vous apporter des solutions adaptées à votre situation. Votre conseiller vous **rend visite au moins une fois par an pour vous accompagner dans vos démarches et vous informer des dernières actualités de votre métier et du régime obligatoire.**

Un suivi durable et une relation personnalisée avec votre conseiller

L'accompagnement unique de PRÉVOIR : Au 1er juillet 2021, un dispositif commun d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie pour les professionnels libéraux sera mis en place. Vous pourrez faire appel à votre conseiller afin qu'il réponde à toutes vos questions sur le sujet.

AVEC PRÉVOIR, VOUS AVEZ LE NUMÉRO PERSONNEL DE VOTRE CONSEILLER POUR LE JOINDRE DIRECTEMENT. EN CAS DE SINISTRE, IL SE DÉPLACE DANS LES 48 HEURES.



Aurélie LECOEUR, infirmière libérale dans les Landes depuis 2013

J'ai rencontré mon conseiller PRÉVOIR pour faire le point sur mon régime obligatoire et les garanties. Il s'est déplacé chez moi afin de tout m'expliquer, dans le moindre détail. Grâce à cet entretien, j'ai appris beaucoup sur les compléments nécessaires à ma situation. Nous avons revu ensemble tous les critères importants pour moi et aujourd'hui, pour la même somme qu'avant, je suis mieux assurée ! De plus, à la moindre question, je peux le joindre directement, ce qui permet un lien de confiance.

Laurie GRIMAN, infirmière libérale dans les Landes depuis janvier 2021

J'ai rencontré ma conseillère PRÉVOIR grâce à deux collègues qui en étaient ravies. Elle a pris du temps pour moi et m'a rapidement aidé dans mes démarches. Aujourd'hui, je bénéficie de services et garanties adaptés à mes besoins.

QUAND TOUT EST PRÉVU, TOUT VA MIEUX

Retrouvez PRÉVOIR aux événements **Journées des Infirmiers 2021** suivants.

N'hésitez pas à **prendre rendez-vous en amont avec nos conseillers de proximité** selon votre région. Vous pourrez ainsi réaliser **un bilan de prévoyance** et trouver **des solutions adaptées à votre situation** professionnelle et familiale.

13 avril – Toulouse
Lahouaria AMAR, 06 67 18 54 89

15 avril – Montpellier
Patrick LACOMBLED, 06 14 85 37 47

28 avril – Limoges
Sandrine AIRES, 06 25 42 82 96

11-12 mai – Bordeaux
Nihal HAMOUCHI, 06 69 92 37 49

19 mai – Lille
Vincent HERMAN, 06 60 79 66 95

27 mai – Strasbourg
Michaël WEISSE, 06 10 73 40 15

2 juin – Rennes
David FONSALE, 06 18 64 98 36

8 juin – Nice
Lorent GOURFINK, 06 18 64 99 57

16 juin – Dijon
Valérie LESAGE, 06 29 85 84 41

30 juin – Lyon
Georges PAGLIAROLI, 06 17 18 33 40

CONTACTEZ-NOUS AU
0 969 321 901

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h,
appel non surtaxé

RENDEZ-VOUS SUR
WWW.PREVOIR.COM



Prévoyance – Santé- Retraite – Épargne

Prévoir-Vie Groupe Prévoir, SA au capital de 81 000 000 € entièrement versé – RCS PARIS 343 286 183 – Siège social : 19 rue d'Aumale – CS 40019 – 75306 Paris Cedex 09 – Entreprise régie par le Code des Assurances – Directeur de la publication : Service Communication Prévoir-Vie – Crédit photo : iStock.

Abstract de mémoires

Travail de recherche pour **LA CERTIFICATION D'APPROFONDISSEMENT À LA DÉMARCHE CLINIQUE INFIRMIÈRE (CADCI)**

Résumé

Que suis-je devenu tout au long de ce cursus ?

Tout d'abord il faut le considérer dans son ensemble : depuis le début du cursus consultation jusqu'à la « presque » fin du CADCI.

Tout d'abord concernant mon rôle de soignant, j'ai développé une forme d'expertise dans le soin infirmier. Au départ, de ma carrière comme beaucoup, je ne le connaissais que de manière superficielle et n'y attachais pas une très grande importance... Je pensais qu'accumuler du savoir technique ferai de moi un bon infirmier : erreur de jeunesse ! Je vous dirais maintenant que tout ce que je faisais pensant gagner en autonomie, en respect, en professionnalisme, ou en qualité de soins m'éloignait toujours un peu plus de ce que je recherchais... En fait je ne faisais que renforcer la corde qui me laissait sous le joug médical, m'interdisant de penser comme un infirmier, en me formatant comme un ouvrier médical... Désormais, je peux exprimer mon rôle propre de manière quotidienne grâce à l'expérimentation Equilibres article 51 LFSS 2018 qui justement valorise le rôle propre infirmier et lui permet chaque jour d'utiliser les chemins cliniques infirmiers.

Dès que faire se peut, je fais de l'éducation, de la prévention, j'utilise des outils normalisés et transdisciplinaires, je coordonne les prises en soin avec les médecins, exprime un leadership clinique.

Quid du leadership, justement ?

Je n'ai jamais été timide, c'était plutôt le contraire, mais n'étais pas forcément sûr de mes positions car je pense en début de construction professionnelle.

Aujourd'hui j'ai tiré un trait sur le qu'en dira-t-on que ce soit dans ma vie personnelle et dans ma vie professionnelle, et cela m'a libéré d'un certain poids. J'assume absolument toutes mes prises de positions, et choisi moi-même mes directions, qui certes parfois sont nombreuses.

Je publie, dès que cela m'est possible, pour parler de MA profession et cela je le dois en partie au CADCI. (En partie car le reste c'est un travail d'autoanalyse et de compréhension de ce qui m'entoure).



J'aime prendre des risques c'est vrai, mais ils sont calculés. Je me considère désormais comme un « identitaire infirmier » cherchant à faire émerger la profession, à la tirer vers le haut, à montrer sa plus-value et à jouer des coudes avec le monde médical dans un système de santé qui lui est acquis.

Si effectivement il peut m'arriver d'en irriter un ou deux car j'ai trop bien fait mon travail d'éducateur en santé auprès de mes patients au point qu'ils soient capables eux-mêmes de déceler des problèmes dans leur suivi médical, il en est d'autres qui ont compris l'intérêt des infirmiers cliniciens dans les prises en soin pour eux de qualité, et pour nous holistiques.

D'ailleurs quand je dis que j'aime mon rôle propre et le défends, j'ai eu à le faire devant une communauté d'infirmiers venus de tous horizons, public, privé, libéral, IPA, IADE, IBODE... en intervenant lors des États Généraux Infirmiers (EGI) notre SEGUR à nous les infirmiers. Je devais mettre en valeur la consultation infirmière, et justifier et valoriser la notion de « premier recours infirmier. »

Je me suis également présenté comme candidat aux élections ordinaires de la profession sur mon secteur 66/11. J'ai pu constater un changement important au niveau du leadership. J'ai participé à faire sortir de l'ombre une Association d'infirmiers du diabète, en développant la prévention de masse par des vidéos éducatives sur le réseau social facebook, durant lesquelles nous nous adressions directement aux patients diabétiques.

Désormais, si je me fais remarquer c'est grâce à mes compétences, d'ailleurs je commence à avoir des offres d'emploi dans le domaine de la formation et de de la téléconsultation... J'ai envie de poursuivre dans la filière clinique...

A suivre...

Jacques Horte

Abstract de mémoires

Le handicap auditif EN EHPAD



RÔLE DE L'INFIRMIÈRE COORDINATRICE DANS UNE PRISE EN SOIN ADAPTÉE ET EFFICACE DES RÉSIDENTS PORTEURS D'AUDIOPROTHÈSES

Résumé

Malentendante moi-même, je me suis interrogée sur le suivi actuel des résidents porteurs d'audioprothèses en Ehpad, et notamment sur le rôle de l'infirmier coordinateur dans cette démarche de suivi.

Grâce à des questionnaires proposés à 4 types d'acteurs primordiaux du handicap auditif en Ehpad (IDEC, Soignants, Audioprothésistes et Résidents), j'ai pu confirmer qu'une démarche de suivi et d'accompagnement des résidents appareillés en Ehpad est difficile et complexe, principalement par manque de temps, de formation, d'organisation, et parfois de textes législatifs sur le sujet.

J'ai ensuite proposé différentes pistes et actions concrètes que peut mettre en place une IDEC, avec notamment la nomination d'un Référent Audition et proposition de la fiche de poste correspondante, ainsi que la création de différents documents pouvant servir de supports à l'exercice quotidien des soignants.

J'espère avoir convaincu non seulement de l'importance de prendre en compte la déficience auditive des résidents, mais également de l'importance de créer un poste de Référent Audition dans chaque Ehpad. Je termine enfin sur une proposition d'étude d'un projet de mutualisation inter-établissements de ce Référent Audition.



Rachel JUNGBLUTH

Abstract de mémoires

L'allaitement maternel, **MOYEN ANTALGIQUE EFFICACE : VERS UNE HUMANISATION DES SOINS**

ANALYSE D'UNE TECHNIQUE CONFRONTÉE À LA RÉSISTANCE DES SOIGNANTS

Projet Professionnel

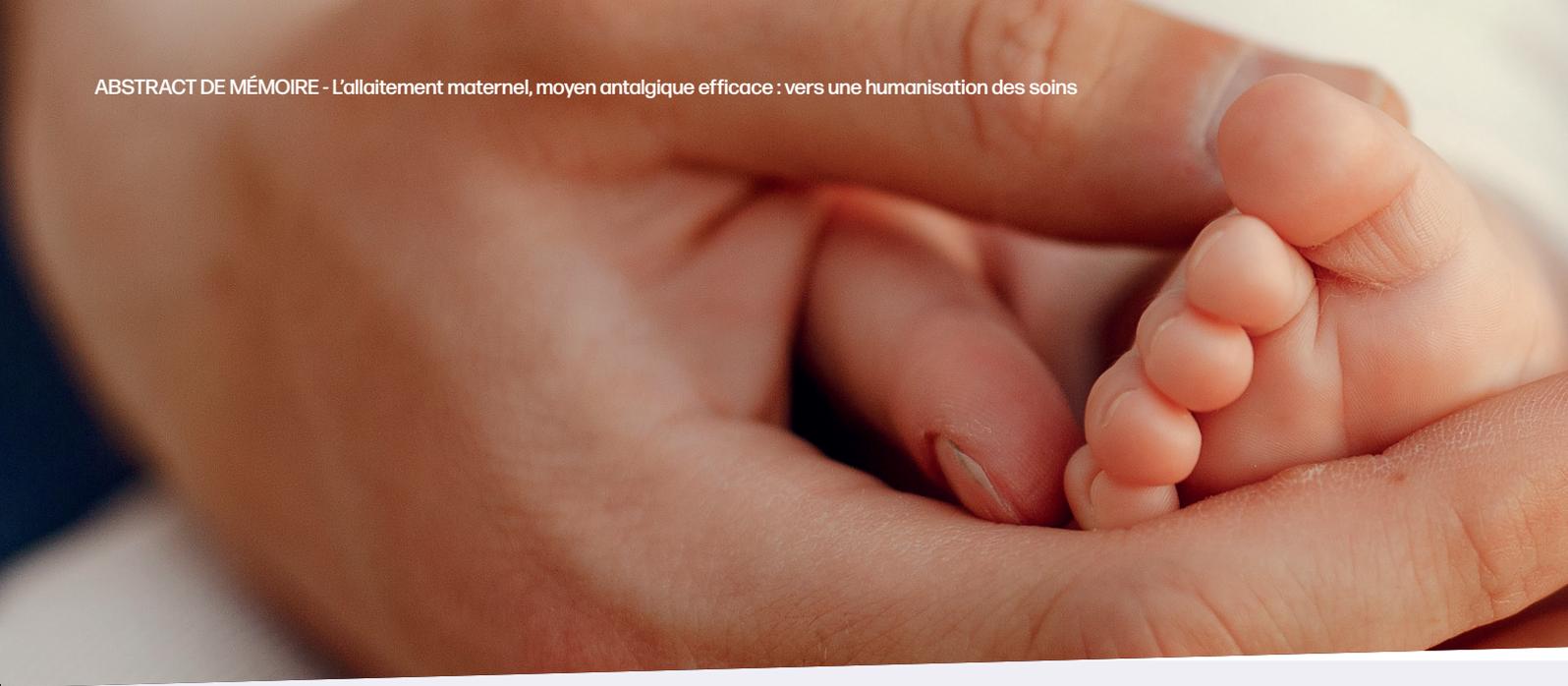
En tant que future puéricultrice, ce travail m'a permis de prendre conscience de l'intérêt d'utiliser l'allaitement maternel lors d'un soin invasif, qui ne se limite pas à un moyen antalgique.

Je me suis également rendue compte de l'importance de l'information donnée, elle permet de rendre le soin un peu plus concret aux yeux des parents et de limiter un peu leur anxiété.

Le lieu pour réaliser les soins me semblait auparavant accessoire. En tant qu'infirmière, il m'arrivait de faire les prélèvements dans la chambre des enfants, mais aussi, dans la salle de jeux, ou dans le poste de soin, selon les cas. Ce travail m'a permis de percevoir que ce point n'était pas secondaire. Pour les jeunes enfants et leurs parents, il est important de choisir un lieu calme, intime, rassurant et familial. La chambre correspond plus à ces critères que la nurserie ou la salle de soin.

Je suis également plus sensibilisée au respect du rythme de l'enfant, consciente de son importance dans l'organisation des soins et convaincue de sa possibilité. Le nouveau-né a besoin d'être contenu, de sentir des limites pour être rassuré. Prélever un enfant dans les bras de ses parents (dont il reconnaît en plus l'odeur, la voix...) me paraît à présent logique et essentiel.

Soulager la douleur lors d'un soin ne se résume pas à utiliser un moyen antalgique mais à réunir un ensemble de conditions favorables à son bon déroulement. Je savais qu'il était possible de réaliser des prélèvements pendant que le bébé tétait, mais je ne soupçonnais pas tous les intérêts que la technique de l'allaitement pouvait représenter (sur le plan antalgique, relationnel, psychologique...), et l'humanisation qu'elle pouvait apporter aux soins. J'ignorais également qu'il était possible de prélever un bébé au biberon. En tant que puéricultrice, je mettrai en place ce que j'ai appris au cours de mes études, des stages et de ce travail. En les mettant moi-même en pratique pour montrer que c'est réalisable, en en faisant la promotion, en expliquant ses intérêts, en le transmettant à mes collègues.



CHANGEMENTS AU NIVEAU DE MA PRATIQUE

Pour l'enfant :

En tant que puéricultrice, je réunirai les conditions idéales de détente et de bien-être pour l'enfant lors des soins douloureux (présence des parents, bras de ses parents, succion du sein ou du biberon, lieu connu et rassurant), et diminuer partiellement voire totalement la sensation de douleur en utilisant l'allaitement maternel lors des prélèvements sanguins.

Pour les parents :

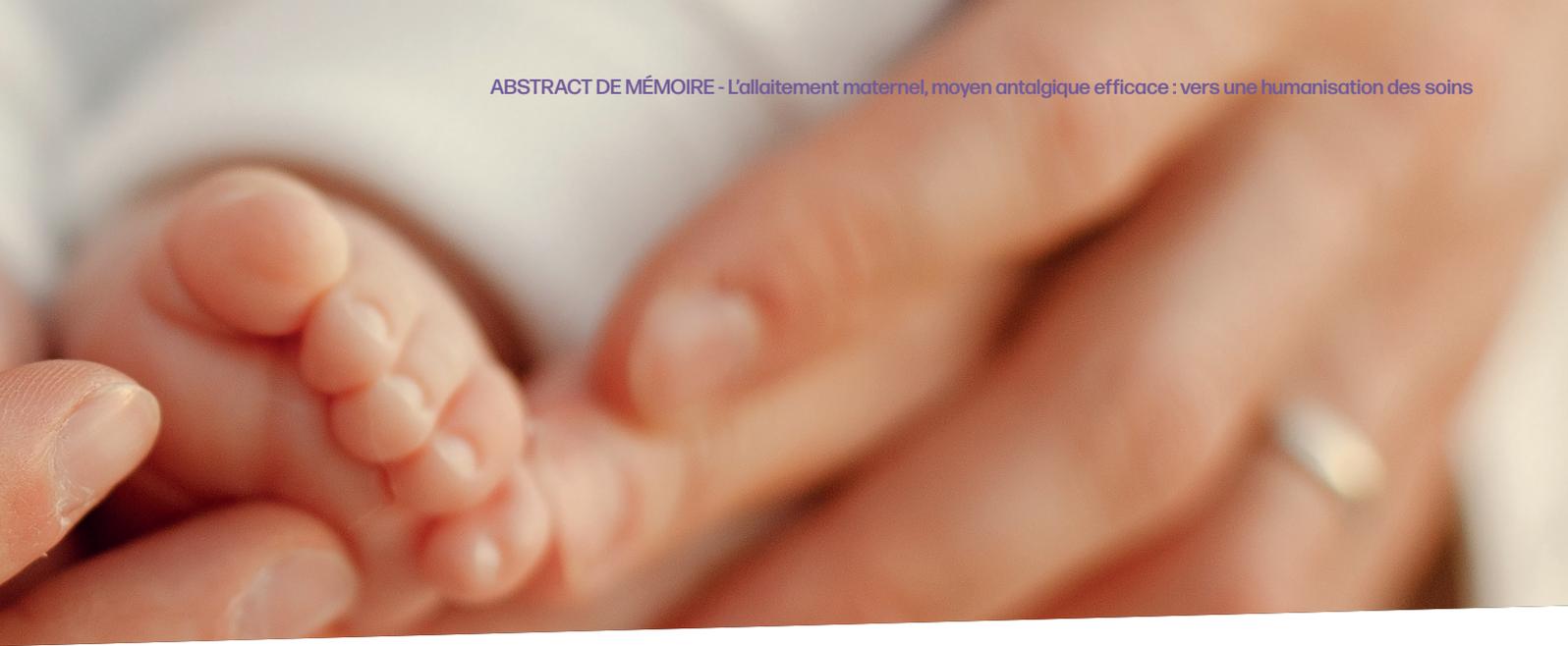
Je souhaite favoriser leur présence lors des soins et mieux les informer à ce propos. Lors des soins, je les mettrai en position d'acteur (en plaçant leur enfant dans leur bras, en utilisant l'allaitement maternel ou le biberon s'ils le désirent) afin de valoriser leurs compétences (à apaiser leur enfant) et favoriser la relation qu'ils ont avec leur enfant.

Pour mes collègues :

Je leur expliquerai l'intérêt de cette pratique, j'en ferai la promotion. Je l'utiliserai pour montrer que cette technique est réalisable et non utopiste. Je la généraliserai en démarrant un travail de groupe avec des personnes intéressées et motivées.

POSITIONNEMENT PROFESSIONNEL AU SEIN D'UN SERVICE DE MATERNITÉ

Si je travaille dans une maternité qui n'utilise pas l'allaitement maternel comme moyen antalgique, j'aurai pour objectif à court terme de faire connaître cette pratique et de la rendre concrète et réaliste aux yeux de mes collègues. Suite à mon analyse, je me suis rendue compte que les professionnels connaissaient l'allaitement maternel comme moyen antalgique, mais ils manquent de représentations sur le déroulement du soin. Ils avaient du mal à se l'imaginer possible et réalisable, sans doute à cause de sa faible utilisation et donc, du manque de modèle. Les problèmes concernant la technique et l'ergonomie ont été souvent évoqués.



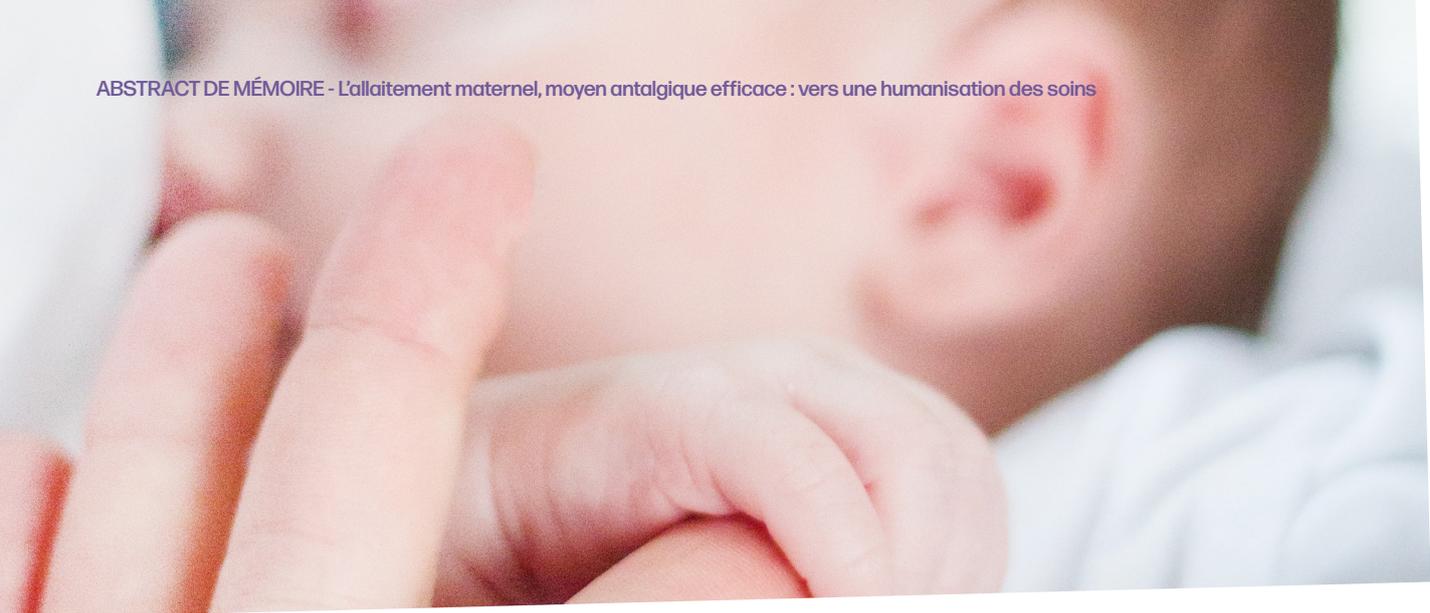
Dans un premier temps, j'observerais la réalisation des soins invasifs faits aux nouveau-nés, je parlerais de mon projet professionnel puis j'essaierais d'utiliser l'allaitement maternel lors des prélèvements. J'expliquerais aux personnes intéressées la façon dont j'informe les parents du déroulement du soin et dont je leur propose d'utiliser l'allaitement. Je leur montrerais comment je m'organise (choix du matériel, préparation du plateau ou d'un chariot...) et comment se déroule le soin (installation sur une chaise, matériel à portée de main, paroles rassurantes pour l'enfant, gestes doux...). Ensuite, nous pourrions en discuter, et réajuster la procédure ensemble. J'espère que le fait de voir le soin permettra aux soignants de le concrétiser davantage, de visualiser l'effet antalgique sur l'enfant, l'effet apaisant et valorisant pour la mère. Des retours de satisfaction des mères à l'équipe seraient également bénéfiques. Cela soulèvera certainement des questionnements également au sein de l'équipe.

Pourquoi ne pas mener alors une réunion à ce sujet, auprès des professionnels de santé, s'ils sont intéressés, afin de recueillir l'avis de chacun et de trouver des solutions ensemble pour pouvoir l'appliquer dans le service, par exemple, en procédant par étapes (en imaginant que dans cette maternité, les soignants utilisent, comme la plupart du temps, la solution sucrée et la succion et réalisent les prélèvements dans la nurserie) :

- inviter systématiquement les parents aux soins (et accepter leur refus le cas échéant)
- réaliser le prélèvement avec l'enfant dans les bras de ses parents, en prenant une chaise
- se déplacer avec son matériel dans les chambres pour effectuer les prélèvements
- faire des prélèvements sanguins alors que le bébé tète ou prend son biberon, en ayant demandé le matin aux mères d'appeler au moment du prochain repas

En même temps, un travail de groupe avec les personnes motivées pourrait se mettre en place afin de faire connaître cette pratique, de répondre aux questions, aux interrogations et aux difficultés rencontrées par les soignants. Et rendre cette technique accessible et concrète à tous. A moyen terme, j'aimerais que les soignants aient un peu modifié leurs pratiques (par exemple, prélèvements sanguins faits dans les bras des parents et/ou dans la chambre) et qu'éventuellement, occasionnellement, ils aient recours à ce moyen antalgique, par exemple pour les prélèvements de sang capillaire.

L'utilisation fréquente et généralisée de l'allaitement maternel lors des soins douloureux (comme les prélèvements veineux) nécessite du temps, et de nombreux changements. Elle ne pourra donc se faire qu'à long terme. En sachant qu'un changement de pratique suscite rarement l'approbation de tout le monde, il restera toujours des personnes récalcitrantes et résistantes !



CONCLUSION

En débutant ce travail de recherche, je ne pensais pas découvrir autant d'éléments. Tout d'abord bien-sûr, je connaissais la possibilité d'utiliser l'allaitement maternel comme moyen antalgique lors des soins, mais je n'imaginai pas tous ses intérêts, dont l'importance que cela pouvait avoir sur le couple mère/enfant. Par ailleurs, le fait de travailler sur les résistances des soignants de façon générale (par rapport au changement), et de façon plus particulière (par rapport à l'utilisation de l'allaitement maternel), m'a permis de me rendre compte que tous les soignants étaient plus ou moins résistants. Il est inutile de juger trop négativement les personnes, qui se protègent par ce mécanisme. Il vaut mieux essayer de comprendre leur mode de fonctionnement, tenter de trouver des clés pour le contourner et amener ses collègues à accepter un changement qui nous semble nécessaire, en partant de leur vécu, de leur ressenti et leurs propositions. De nombreuses idées reçues et de faux-prétextes circulent autour de l'utilisation de l'allaitement maternel lors des soins. La puéricultrice, grâce à ses connaissances, doit véhiculer une image positive et concrète de cette technique, en s'appuyant sur les études.

Elle a en maternité un rôle primordial auprès du nouveau-né, de ses parents et de sa famille, tant au niveau éducatif que préventif. Dans le domaine de la douleur, le fait de mettre en place l'utilisation de l'allaitement maternel lors des prélèvements sanguins permet non seulement de faire connaître et promouvoir cette méthode efficace (applicable dans de nombreuses circonstances) auprès des parents et des professionnels, mais aussi de favoriser la relation mère/enfant. Pour cela, la puéricultrice doit, avec le soutien de collègues intéressées et motivées, trouver des stratégies pour contourner les résistances des soignants et contribuer à l'acceptation, à la généralisation et à l'harmonisation des pratiques dans ce domaine.

Pour finir, l'utilisation et la proposition de cette méthode, obligent le soignant à avoir une certaine rigueur: information des parents et de l'enfant par rapport au soin et à la prévention de la douleur, adaptation au rythme de l'enfant, choix d'un lieu approprié pour l'enfant et sa mère, présence et place importante de la mère lors du soin.

Tous ces éléments contribuent, à mon avis, à développer la qualité et l'humanisation des soins en maternité. Le rapport de la direction de la santé de 1998 précise : « la présence des parents lors des soins douloureux est un bon indicateur de la sensibilisation du personnel à la prise en charge de la douleur dans le service ». Dans quelques années, il est possible que cette utilisation de l'allaitement comme moyen antalgique devienne une référence dans le domaine des soins de la petite enfance.

Élise Darcy

Abstract de mémoires

Le chemin épineux de « PRIMUM NON NOCERE »

Résumé

Ma situation d'appel peut paraître anodine ou exceptionnelle suivant notre niveau d'expérience. J'ai discuté a posteriori avec ma tutrice sur cet événement marquant. Dans la même situation, la réaction est propre à chacun et il est difficile d'en juger après les faits. Il est profitable de réfléchir et d'apprendre d'expériences exceptionnelles, comprendre les mécanismes de défense et ma posture pour aboutir à une prise en soin optimale de la douleur chez l'enfant.

Lors de la formation, les stages nous permettent de compléter notre formation théorique. J'ai particulièrement apprécié les recherches à mener lorsque nous sommes face à des situations exceptionnelles. Comment optimiser la prise en soin des enfants ? La formation peut-elle être gérée par les établissements de santé, par exemple, à l'aide de formation en libre-service ?

Les situations bien particulières nous amènent à faire des recherches bien précises sur la pharmacologie et d'autres matières. Ma présentation permet de se questionner sur le principe de « primum non nocere », suivant le contexte vaut-il mieux agir ou observer, la mise en place de protocole nous amène à pratiquer de la meilleure manière. Chacun des professionnels se perfectionnent tout au long de leur parcours. Les trois ans de formation initiale m'ont permis de grandir pour devenir, une future infirmière soucieuse du bien des patients tout en respectant le cadre de la profession. La complexité de la prise en charge de la douleur chez l'enfant est indiscutable, les notions d'obligation et de responsabilité légale sont toujours présentes, peu importe la particularité de la population prise en soin.





Conformément à la législation et les recommandations actuelles du Ministère de la Santé, une des principales cibles dans le travail quotidien d’infirmier est la lutte contre la douleur. La vulnérabilité de l’enfant est en lien avec son âge. A l’hôpital, le sentiment de la solitude et la perte des repères sont amplifiés, sans oublier l’anxiété en période périopératoire. Tout doit être mis en œuvre pour épargner au maximum l’enfant des effets nuisibles.

Le fait principal influençant la qualité de soin délivré par le soignant sont les connaissances de la prise en charge, le savoir-être et le savoir-faire. Je veux souligner la réactivité et l’efficacité final du travail de l’équipe soignante, la cohésion des professionnels avec la combinaison des connaissances théoriques et leur expérience. La difficulté qui se répercute sur la rapidité dans la prise en soin vient, pour ma part ou possible pour un nouvel infirmier débutant, du manque des connaissances très spécifiques en pédiatrie.

C’est pour cette raison, je pense, qu’une formation organisée dans le service fait par le MAR apporterait l’instruction nécessaire pour la prise en charge de la douleur chez l’enfant et en précisant les variations suivant l’âge du patient. La dernière sera une base saine de fonctionnement pour contourner les ambiguïtés et problèmes de communication lors d’une urgence.

In fine, un manque de connaissances peut entraîner des problèmes de communication qui peuvent donner naissance à des conflits au sein du groupe soignant. La problématique suivante sera intéressante à étudier : les moyens supplémentaires, dans la formation professionnelle sur la douleur en pédiatrie, seraient-ils bénéfiques pour le nouvel infirmier du plateau technique afin d’apporter les solutions par anticipation et prévenir tout problème de communication dans un cas d’urgence ? Est-ce qu’une augmentation du nombre des IADEs au sein de l’équipe paramédicale peut induire une meilleure qualité des soins du période périopératoire de l’enfant sur le plan de la douleur ?

Maryana Nobre

Abonnez-vous !

**BULLETIN D'ABONNEMENT À RENVOYER ACCOMPAGNÉ
DE VOTRE RÉGLEMENT À :**
HCI - 142 RUE MARCEL SEMBAT 33130 BÈGLES

J'INDIQUE MES COORDONNÉES

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Email :

JE JOINS À CE BULLETIN MON RÉGLEMENT

Par Chèque à l'ordre de HCI

Par Carte Bancaire :

N° de carte :

Expire le :

Cryptogramme :

SIGNATURE :

Magazine au format papier :

Abonnement 1 trimestre : **18€**

Abonnement 1 an : **65€**

Magazine au format numérique :

Téléchargez gratuitement le e-book
du magazine depuis notre site web
avec le code **EDITION2**

Site Web :

Découvrez quotidiennement
toute l'actualité du monde
infirmier ainsi que des articles
spécialisés gratuitement
sur notre site.

Abonnement numérique Formations
et Grands Dossiers 1 trimestre : **12€**

Abonnement numérique Formations
et Grands Dossiers 1 an : **40€**



POUR TOUTES DEMANDES, VEUILLEZ NOUS CONTACTER AU 06 63 48 33 65 OU PAR EMAIL CONTACT@JOURNALESDINFORMIERS.FR

Rédaction

Rédactrice en chef : Maryana NOBRE

Rédactrices et rédacteurs :

- Couverture, Journée Internationale des Infirmières/ Quentin Dantas
- L'association des Infirmiers en Pratique Avancée Nouvelle-Aquitaine/ IPAAssociation
- Présentation de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA)/ Christelle Choury-Gruet, Karim Kherradji, Nathalie Puyou, Rebecca Rioche, Amandine Simaillaud, Camille Vieu
- Soignants pas victimes/ David Chassagne
- Se former sans se faire arnaquer/ Marcel Affergan
- Infirmier(e)s, d'hier à demain/ Ordre National des Infirmiers
- Le dossier « Équilibres »/ Jacques Horte
- Au cœur de l'univers des sutures/ Maryana Nobre
- Ligue contre le cancer/ Claudine Richard
- Le Yoga soignant/ Corinne Miremont
- Éco-infirmière, une espèce en voie d'apparition !/ Marie Mora
- Témoignage d'une infirmière pratiquant en Belgique/ Heidi
- Témoignage : Être infirmière en libéral en temps de Covid/ Micheline
- Se former et exercer en Belgique/ Mathieu Yerle
- Éclairages autour de la Justice restaurative/ Émilie Matignon
- Préparer son avenir (assurances, prévoyance)/ Groupe Prévoir
- CADI « Certificat d'approfondissement à la démarche clinique infirmière »/ Jacques Horte
- « Le handicap auditif en EHPAD »/ Rachel Jungbluth
- « L'allaitement maternel, moyen antalgique efficace : vers une humanisation des soins »/ Élise Darcy
- Le chemin épineux de « primum non nocere » .../ Maryana Nobre

Abonnements

Sur Internet : www.journaldesinfirmiers.fr

Par courrier : HCI 142 rue Marcel Sembat
33130 Bègles

Publicité

Directeur de Publicité : Benoit NOBRE
06 63 48 33 65 - benoitnobre@gmail.com

Distribution

HCI

Numéro ISBN : 978-2-492551-00-0

**Le Journal des Infirmiers
est édité par :**

HCI

Au capital : 10 000€

Siège social : 142 rue Marcel Sembat
33130 Bègles

RCS Bordeaux : 881852511

Infirmiers - infirmières

Journées des infirmiers

13 Avril Toulouse

15 Avril Montpellier

11 & 12 Mai Bordeaux

21 Mai Limoges

25 Mai Lille

27 Mai Strasbourg

2 Juin Rennes

8 Juin Nice

16 Juin Dijon

30 Juin Lyon



POUR RESTER INFORMÉ :
INSCRIVEZ-VOUS SUR WWW.JOURNEESDESINFIRMIERS.FR

**RETROUVEZ-NOUS
POUR LA JOURNÉE
DES INFIRMIERS
DE LIMOGES
LE 21 MAI 2021**

En lien avec la semaine européenne PPV
du 17 au 21 Mai (Prévenir, Protéger, Vacciner)

**VACCINATION
& DÉPISTAGE
DÉDIÉE À LA SANTÉ
PUBLIQUE**