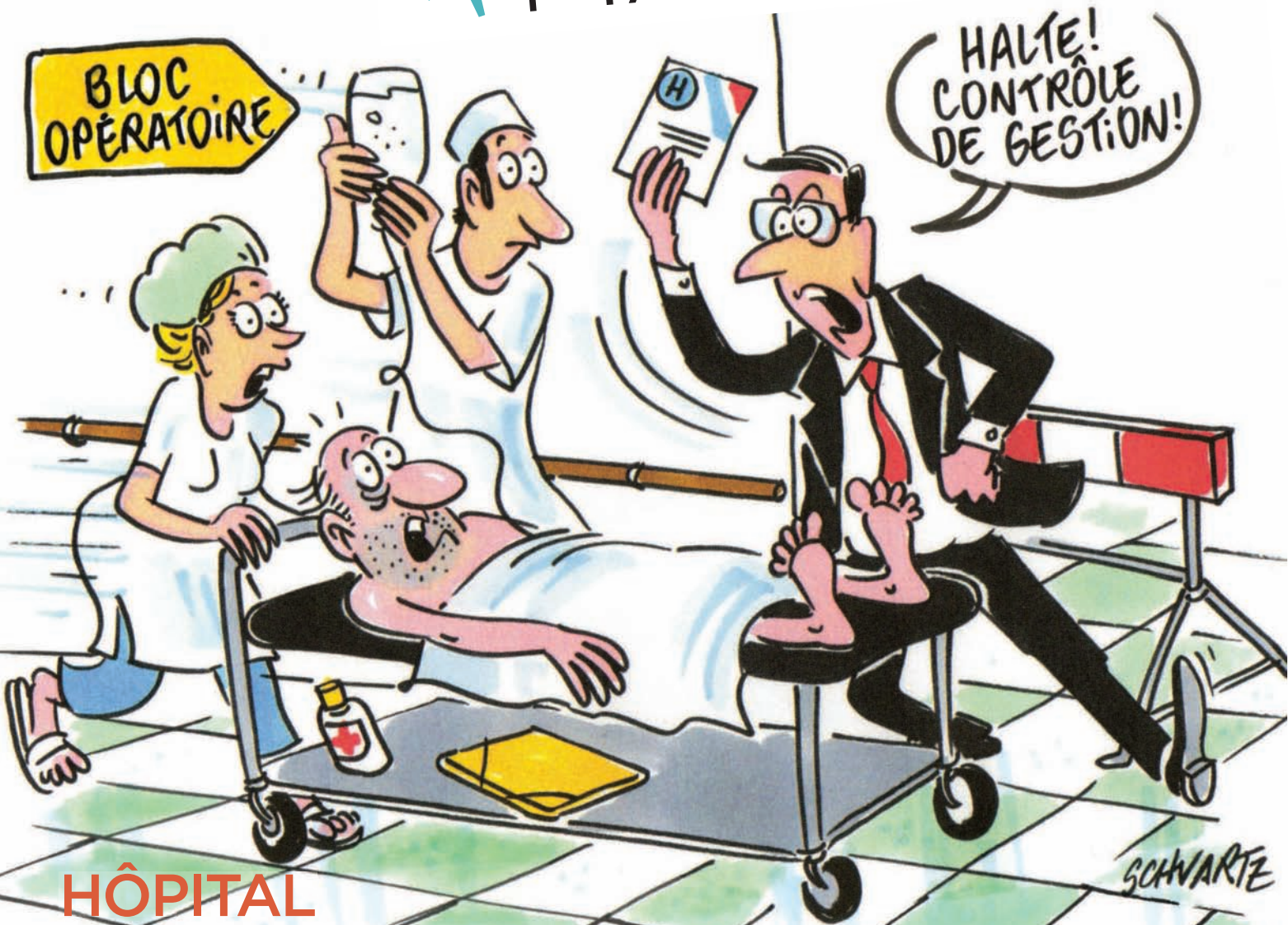


L'INFIRMIÈRE

*MAGAZINE

www.espaceinfirmier.com



HÔPITAL À LA CONQUÊTE DES PÔLES

INITIATIVE

DANS LA PEAU DES PERSONNES ÂGÉES

FORMATION
CONTINUE

LE POINT SUR
L'ARTHROSE

QUESTIONS SUR
LE TOUCHER-MASSAGE
EN PSYCHIATRIE

IATROGÉNIE
SURDOSAGE EN VITAMINE D



D. BALICKI

HÉLÈNE TRAPPO
RÉDACTRICE EN CHEF

★ Un combat surjoué

L'affrontement larvé que se livrent hopitaux publics et structures privées a pris un tour nettement plus belliqueux à l'approche des échéances électorales. Chacun avance des propositions plus ou moins provocatrices. La FHF suggère un conventionnement en secteur 1 des libéraux installés en zone excédentaire ? La FHP, de son côté, n'y va pas de main morte, accusant l'hôpital public de se complaire dans la « culture du déficit » et suggérant ni plus ni moins de déléguer la gestion d'hopitaux déficitaires à des établissements privés. Comme si leur mode de gestion était l'antidote absolu en période de crise ! Au-delà des phrases assassines, le combat qui se livre entre les uns et les autres semble quelque peu surjoué, voire d'arrière-garde... Les réformes successives de l'hôpital public ne tendent-elles pas, justement, à insuffler à ce dernier certaines valeurs du privé ? Une mutation qui ne se fait d'ailleurs pas sans souffrance et qui demande du temps aux professionnels de terrain pour intégrer les changements culturels supposés (voir notre dossier sur la gouvernance). Et que dire de l'idée de confier aux établissements privés des missions de service public via les groupements de coopération sanitaire, de la création de pôles public-privé, certes pas toujours couronnée de succès ? Face aux grands enjeux comme l'accès aux soins pour tous, la continuité des soins, la prise en charge des maladies chroniques, l'interdisciplinarité..., la coopération entre les deux secteurs contient en germe des solutions constructives. ★

Les réformes n'insufflent-elles pas à l'hôpital public certaines valeurs du privé ?

L'INFIRMIÈRE
★ MAGAZINE

COMITÉ DE RÉDACTION

★ **Emmanuelle Bordes**, infirmière spécialisée en éducation thérapeutique, Corevih Île-de-France Sud ★ **Guy Chatap**, praticien hospitalier, gériatre, hôpital René-Muret-Bigottini, Sevran (93) ★ **Aude de Calan**, coordinatrice Atelier santé ville de Nanterre (92) ★ **Christine Delpeyroux**, puéricultrice, chargée de mission Petite enfance pour la Mutualité française 64 ★ **Frédéric Launay**, cadre de santé en MPR au CHU de Tours (37) ★ **Gilles Ménagé**, cadre de santé en pédopsychiatrie au CH Sainte-Anne, Paris (75) ★ **Didier Morisot**, infirmier psychiatrique à l'hôpital de Mâcon (71) ★ **Anne Perraut Soliveres**, cadre supérieur de santé, chercheur en sciences de l'éducation ★ **Franck Tirel**, infirmier libéral, Antrain (35) ★ **Josette Vuidepot**, cadre supérieur de santé, formatrice indépendante.

Fondatrice Annick Joan **Éditeur** Wolters Kluwer France, SAS au capital de 300 000 000 €. Siège social : 1, rue Eugène-et-Armand-Peugeot, 92856 Rueil-Malmaison cedex RCS Nanterre 480 081 306 **Directeur de la publication** Michael Koch, président-directeur général de Wolters Kluwer France **Numéro de commission paritaire** 0212 T 81208. **ISSN** 0981-0560 **Associé unique** Holding Wolters Kluwer France **Directeur du pôle Santé** Rémi Bilbault **Directeur de l'infocentre Santé humaine** Thierry Lavigne **Directrice adjointe** Anne Boulanger. Pour joindre directement votre correspondant, il suffit de composer le 01 76 73... suivi des quatre chiffres qui figurent à la suite de son nom **RÉDACTION** im@wolters-kluwer.fr **Directrice des rédactions Hôpital-Infirmiers** Sylvie Gervaise **Rédactrice en chef** Héléne Trappo (42 24), htrappo@wolters-kluwer.fr **Rédactrice en chef adjointe** Carole Ivaldi (36 52) **Directrice scientifique** Florence Bontemps **Assistante** Élisabeth Darry (41 74) **Rédactrice** Emmanuelle Debelleix (35 41) **Secrétaire de rédaction** Michèle Nonclercq (41 05) **Maquette** Laure Cartigny ; Sandrine Schipper **Illustrateur-infographiste** Franck L'Hermitte (38 14) **Conception maquette** Véronique Puvilland et Elisabeth Speno **Illustration de couverture** Schwartz **Ont collaboré à ce numéro** D. Balicki, G. Beltran, L. Bourguignon, G. Cairns, Deligne, N. Cochard, S. Elkaim, G. Exer, M.-C. Gaude, M. Hautemulle, B. Leroy, W. Maisy, L. de Montalembert, D. Richard, Schwartz, F. Vlaemynck, A. Zeller **PHOTOGRAVURE Atelier préresse** Wolters kluwer France **Imprimerie** Senefelder Misset, Mercuriusstraat 35, 7000 AB Doetinchem, Pays-Bas **INTERNET** www.espaceinfirmier.com **Rédactrice** E. Debelleix (35 41) **PUBLICITÉ Secrétariat** Tél. : 01 76 73 41 26 - Fax : 01 76 73 48 60 **Directeur commercial** Jean-Christophe Goulemot **Directrice commerciale adjointe** Presse Corinne Voltz-Rosenthal (42 82) **Directrice de publicité Hôpital-Infirmiers** Marie-Laure Soucramanien (41 76) **Directrice de clientèle** Astrid Borrás (31 48) **Assistante** Souad Aschendorf (41 26) **PETITES ANNONCES** Fax : 01 76 73 48 56 **Directrice commerciale régie** PA Christine Gautier (35 32) **Directrice PA** Chantal Chiquet (32 48) **Chef de publicité PA** Christelle Moularé (33 75), **Assistante PA** Muriel Falla (34 68) **Maquette PA** Jean de Dietrich **DIFFUSION Directeur commercial marketing du pôle Santé** Jacques-Édouard Gros **Directrice marketing adjointe** Vanessa Mire **POUR S'ABONNER** Tél. : 0 825 08 08 00 (15 centimes/minute) - Fax : 01 76 73 48 57 - Internet : espaceinfirmier.com **Tarifs abonnement (France)** 20 numéros, Professionnels : 81 € ; institutions : 117 € ; entrée en vie active : 50 € ; étudiants : 31 € ; étranger voie de surface : 107 € ; étranger voie aérienne : 127 €. **Prix au numéro** 6,25 €. L'accès à la base de données documentaires (consultation des archives de *L'Infirmière Magazine*) est inclus dans l'abonnement **PRODUCTION Direction** Jean-Marc Eucheloup (34 62).

« Conformément à la loi du 6 juillet 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications aux données personnelles vous concernant ». Par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des propositions d'autres sociétés. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit de nous écrire (*L'Infirmière Magazine*, service diffusion, 1, rue Eugène-et-Armand-Peugeot, 92856 Rueil-Malmaison cedex) en nous indiquant vos nom, prénom et adresse. »

Wolters Kluwer
France



6

FORMATION CONTINUE
Un nouveau cadre pour le développement professionnel



7

IBODE
Un diplôme mais pas d'expérience préalable?



24

RÉFLEXION

Patrick Dewavrin, psychiatre, expose les principes d'une prise en charge optimale des patients Alzheimer



14

DOSSIER
Gouvernance de l'hôpital : pleins feux sur les pôles

ACTUALITÉ

PRATIQUES

Le DPC fait son entrée 6

FORMATION IBODE

Plus besoin d'expérience? ... 7

THANATOPRAXIE

Bonnes pratiques contre exclusion 9

INTERNATIONAL

Pour un ordre infirmier au Sénégal 10

AGENDA

..... 10

MARI DE L'INFIRMIÈRE

..... 10

PRÉSIDENTIELLE ET SANTÉ

Bataille rangée public/privé 11

DU CÔTÉ DES COLLOQUES

DISPOSITIFS INTRAVEINEUX
Bientôt une expertise infirmière? 12

DU CÔTÉ DES ÉTABLISSEMENTS

CHRU DE TOURS
Formation pour ne plus en avoir plein le dos 13

DOSSIER

GOVERNANCE À L'HÔPITAL

À la conquête des pôles 14

INTERVIEW

« On attend plus des IDE » 17

EXERCICE INFIRMIER

Des évolutions plus qu'une révolution 18

CULTURE SOIGNANTE

Dans l'esprit des réformes 20

SUR LE TERRAIN

INITIATIVE

PERSONNES ÂGÉES

Un jour à leur place 22

RÉFLEXION

MALADIE D'ALZHEIMER

« La mémoire ne meurt jamais vraiment » 24

JURIDIQUE

MÉDIAS SOCIAUX

Ne passez pas les frontières 26

FORMATION CONTINUE

LE POINT SUR

L'arthrose 27

IATROGÉNIE AU QUOTIDIEN

Surdosage en vitamine D ... 30

QUESTIONS SUR

Le toucher-massage en psychiatrie 32

FICHE PRATIQUE

Les dégagements d'urgence 36

ANGLAIS

Bacteria survive on paper 37

ANNONCES CLASSÉES 39

DANS LE N° 296 43

Avec ce numéro : un encart broché abonnement ; un encart broché abonnement sur diffusion partielle ; une enveloppe assemblée sur diffusion complémentaire.

PRATIQUES

LE DPC FAIT SON ENTRÉE

Obligatoire, le développement professionnel continu combine analyse des pratiques professionnelles et amélioration des connaissances et compétences.

En gestation (parfois difficile) depuis des années pour les médecins, le développement professionnel continu (DPC) va devenir, d'ici à 2013, une obligation annuelle ou pluriannuelle pour toutes les infirmières.

Les objectifs

L'article 59 de la loi Hôpital, patient, santé et territoires de 2009 énonce les objectifs suivants: « *L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ». Pour les paramédicaux, un décret, sorti le 30 décembre dernier, précise que le DPC réunit l'analyse des pratiques (ce qui relève de l'EPP), et l'acquisition et le perfectionnement des connaissances ou compétences (relevant de la formation continue).

Les structures impliquées

État et ARS donnent les orientations. La commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales évalue les organismes de formation, enregistrés par un organisme gestionnaire, l'OGPDC⁽¹⁾, tandis que la HAS valide méthodes et modalités des programmes.

Le contenu

Il est prématuré d'en parler précisément. Mais on peut imaginer un DPC en simulation en santé, pour que certains gestes – comme la manipulation d'un cathéter central ou le branchement d'une perfusion – se fassent la première fois sur un mannequin, et non sur un patient. Pourront aussi figurer au DPC une formation (sans doute plus théorique) à la maîtrise des dépenses de



santé, des diplômes universitaires, ou, peut-être, la participation à un congrès. Les programmes pourraient, qui plus est, être plus facilement communs à plusieurs professions de santé. Dominique Cigan⁽²⁾, directeur des ressources humaines d'un établissement de santé, y est très favorable, et évoque, à titre d'exemple, la meilleure interconnaissance existant entre professionnels dans son établissement, suite à une formation commune de prévention contre la violence. « *Il faut dédramatiser le DPC, prône Monique Montagnon, ancienne coordinatrice des soins de CHU et formatrice. Dans une activité d'équipe, dans l'encadrement d'étudiants, l'auto-évaluation existe déjà. Lors de l'évaluation annuelle avec le cadre, les besoins de formation sont abordés. Ce qui va changer, c'est l'inscription obligatoire, tous les ans, à un programme DPC au contenu validé par l'État. Les IDE pourront choisir, en fonction de leurs besoins, dans la liste des programmes.* »

Le financement

Pour les infirmières salariées, le développement professionnel est lié

à la formation tout au long de la vie, à laquelle les établissements ont l'obligation de consacrer 2,1 % de leur masse salariale. Un minimum obligatoire vers lequel tendent de plus en plus les enveloppes, regrette d'ailleurs Thierry Amouroux, du Syndicat national des professionnels infirmiers. Selon Emmanuelle Quillet, directrice générale de l'ANFH⁽³⁾, le DPC ne représente pas forcément un surcoût: sa mise en place conduira à « *tracer* » des EPP existant déjà sans être répertoriées.

Le contrôle

Une attestation de suivi de formation est adressée à l'IDE, à son employeur et, si elle est libérale, à l'ordre infirmier ainsi qu'à l'ARS. L'établissement et l'ordre assurent le contrôle, le premier pour les salariées, et le second, pour les libérales.

La mise en œuvre

Comment mettre en place le DPC dans un contexte de manque d'effectifs? « *Une fois que la formation est accordée, encore faut-il pouvoir y aller*, note Thierry Amouroux. À l'AP-HP de Paris, par exemple, 20 % des personnes n'y vont pas en raison d'un problème de planning ou d'un arrêt maladie... » Alors, le DPC? « *L'idée est généreuse, mais, face à certaines modalités pratiques, il n'est pas certain qu'il apporte vraiment un plus sur le terrain* », conclut-il. ★

MATHIEU HAUTEMULLE

1- Organisme gestionnaire des DPC des professions de santé.
2- Dominique Cigan est, par ailleurs, membre de l'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux.
3- Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, à laquelle adhèrent 93 % des hôpitaux.

FORMATION IBODE

PLUS BESOIN D'EXPÉRIENCE ?

Un projet ministériel prévoit de supprimer l'obligation de deux années d'expérience pour pouvoir intégrer une école d'Ibode.

Le 1^{er} février dernier, le Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP)⁽¹⁾ a donné un avis favorable à un projet d'arrêté du ministère de la Santé, prévoyant de supprimer les deux années d'expérience requises pour suivre la formation d'Ibode. Mettant fin à l'obligation de « deux années minimum d'exercice, en équivalent temps plein, en tant qu'infirmier ou sage-femme, au 1^{er} janvier de l'année en cours » pour intégrer une école d'Ibode, ce texte permettrait aux IDE sortant d'Ifsi d'enchaîner directement sur cette formation.

Oui mais...

« Pour le ministère, cette mesure se justifie par le fait que de nombreuses IDE jeunes diplômées se retrouvent à exercer en bloc sans formation ad hoc », commente Charline Depooter, la présidente de l'Unaibode⁽²⁾. Une vision partagée par l'Unaibode, qui demandait d'ailleurs la suppression des deux ans d'expérience requis depuis 2006. Nous sommes favorables à ce projet pour plusieurs raisons », explique Charline Depooter. « D'abord parce que c'était une obligation qui ne nous semblait pas compatible avec l'universitarisation des études infirmières, pour laquelle nous militons, commente-t-elle. Ensuite, parce que si cela peut permettre aux plus jeunes étudiantes d'enchaîner sur une formation d'Ibode, tant mieux ! Cela n'empêchera pas celles qui souhaitent intégrer une école d'Ibode plus tard de le faire, par le biais de la formation continue. » L'avis favorable rendu par le HCPP sur le texte relaie, globalement, cette analyse. Même si le détail du vote de ses membres laisse entrevoir certaines réserves. En effet, sur 31 membres, 13 ont voté pour, mais 6 ont voté contre, tandis que 12 se sont abstenus. Satisfaite, Charline Depooter



© PRLUKA - FOTOLIA.COM

ne l'est cependant elle-même qu'en partie, car la refonte plus générale de la formation d'Ibode, en cours de discussion depuis 2006, achoppe toujours sur la question de la maitrise. « Pour le moment, le ministère nous propose l'attribution de seulement 90 crédits ECTS, ce qui signifierait rester sur une formation en dix-huit mois, alors que nous voudrions obtenir le grade master, via une formation en deux ans », précise-t-elle.

Assistant de chirurgie

La présidente de l'Unaibode note cependant une avancée dans les discussions concernant les pratiques avancées : « Le ministère de la Santé travaille sur un nouveau métier d'assistant de chirurgie, inspiré de ce qui existe aux États-Unis. Il permettrait à une Ibode, formée par compagnonnage avec une équipe de chirurgie, de réaliser des actes effectués d'ordinaire par un chirurgien, dans des spécialités bien précises comme l'orthopédie ou la gynécologie. » « Les contours de ce nouveau métier ne sont pas encore bien définis, continue-t-elle. Nous devons encore réfléchir dessus, notamment avec les chirurgiens... Mais ce peut être une avancée intéressante. » ✦

EMMANUELLE DEBELLEIX

EN BREF

ERRATUM

Dans notre avant-dernier numéro (*L'Infirmière Magazine* n° 293), une erreur s'est glissée dans notre article consacré à l'école d'infirmières d'Haïti. À la première ligne, il fallait lire « Au printemps 2011 », et non « Au printemps 2010 ». Toutes nos excuses...

CANCER DU SEIN

L'Institut Curie propose, en partenariat avec l'association Siel Bleu, un programme d'activités physiques adaptées aux femmes ayant été traitées pour un cancer du sein localisé. Les études montrent, en effet, une réduction du risque de récurrence chez les patientes pratiquant une activité physique régulière et adoptant une alimentation saine.

TABAGISME

Les pneumologues lancent un nouvel appel aux politiques, afin qu'ils mettent en œuvre des actions visant « la fin progressive du tabac », c'est-à-dire une prévalence de fumeurs de moins de 5 %. Aujourd'hui, en France, la prévalence du tabagisme chez les adultes est de 30 %. (APM)

SANTÉ DES JEUNES

Plusieurs sociétés savantes ont lancé un manifeste pour une politique de santé en faveur des jeunes. Les professionnels estiment, en effet, que « les pouvoirs publics diminuent les ressources » et que « la prévention demeure le parent pauvre ». Ils déplorent « le morcellement de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes ». (APM)

IADE

Selon le syndicat Sud Santé, les discussions sur le contenu du futur master 2 des IADE ont abouti, le 30 janvier dernier, lors d'une dernière réunion de travail. Le projet devrait être présenté fin mars à l'Aeres, qui validera, ou non, la mise en place d'une formation reconnue au grade master. La nouvelle formation se déroulerait, comme l'actuelle, sur deux ans. Elle prévoit 210 heures d'enseignements théoriques en plus. (APM)

Nombre de jeunes IDE exercent en bloc opératoire sans avoir reçu de formation spécifique.

1- Le HCPP est une instance de réflexion représentant l'ensemble des professions paramédicales. Il est censé débattre des sujets concernant les professions qu'il représente et pouvoir rendre des avis au gouvernement.
2- Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État.

THANATOPRAXIE

BONNES PRATIQUES CONTRE EXCLUSION

L'interdiction de soins de conservation funéraire pour les personnes infectées par le VIH ou une hépatite virale pourrait être levée d'ici peu. Une victoire pour les associations de lutte contre le sida.

On estime que la décision est prise. La parole de Xavier Bertrand vaut engagement puisqu'il a déclaré, le 24 janvier, qu'il allait faire évoluer la réglementation d'ici à quelques semaines. Or, la seule évolution possible est la levée de l'interdiction », assure Jérôme Martin, d'Act-Up Paris. Act-Up pilote un collectif d'une cinquantaine d'associations de lutte contre le sida qui réclame, depuis des années, l'abrogation de l'arrêté du 20 juillet 1998 (confirmé par le Haut Conseil à la santé publique en 2009), un texte qui exclut des soins de conservation funéraires les personnes décédées et atteintes d'une infection à VIH, d'hépatite virale ou de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

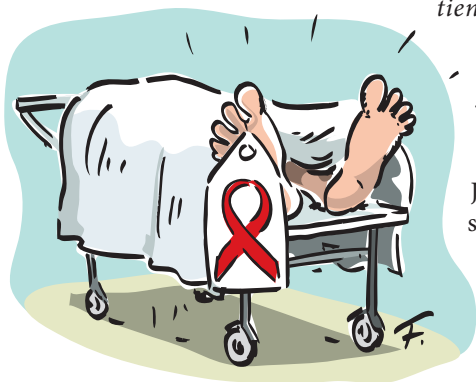
Aucun danger

« Les soins de conservation funéraires ne présentent pourtant aucun danger pour les praticiens, dès lors que les bonnes pratiques sont respectées. L'expertise scientifique est là pour le prouver. Et si certains arguent de mauvaises conditions de travail pour demander le maintien de l'interdiction,

cette difficulté ne peut justifier l'exclusion des personnes atteintes par ces infections », estime Jérôme Martin. De son côté, l'union du pôle funéraire public demande, « pour l'instant », le maintien de l'interdiction, ne

voulant pas « exposer les thanatopracteurs au risque de contamination ». Mais Act-Up et son collectif sont déjà passés à l'étape suivante. « Désormais, il faut voir comment on procède concrètement, commente Jérôme Martin. Qu'est-ce qu'on modifie dans les formulaires de notification de décès aux thanatopracteurs? Quelles formations et informations leur donne-t-on, pour qu'ils assurent leurs missions dans les meilleures conditions? » Réponse dans les prochaines semaines. ★

FRANÇOISE VLAEMÏNCK



I^{ère} journée nationale de G erontologie

Mercredi 28 mars 2012
Salpatri re - Paris



De l'idéal à la réalité, quelle équipe ?
"Partageons nos expériences"

9h Accueil

9h30 Ouverture du congrès par
le Pr EMERIAU (Bordeaux)
Intervention de Nicole POIRIER (Canada)
L'approche Carpe Diem un travail d'équipe

11h Pause et visite des stands

11h30 Reprise de la conférence
Intervention de M^{me} C. OLLIVET,
Présidente de France Alzheimer 93

13h Buffet

14h Ateliers thématiques

16h Table ronde avec la participation, entre autres :
- Nicole POIRIER, Canada
- Dr Jean-Marie GOMAS
[médecin PH soins palliatifs APHP]
- Miren LAVAUD [psychomotricienne,
enseignante Bordeaux 2]
débat animé par le Dr Patrick LEPAULT

17h30 Clôture

Renseignements et inscriptions

05 56 112 112
equipage@jardinsdecybele.com

Tarifs comprenant l'entrée et le buffet de 13h :
15   pour les étudiants • 20 à pour les paramédicaux
50   pour les médecins les directeurs ou autre
60   prise en charge en formation continue

Organisée par



21 mars 2012

Paris

HÉMATOLOGIE

* La SFH (Société française d'hématologie) organise une Journée des infirmières dans le cadre de son congrès.

Au programme : l'intervention en soin en relation avec les SMD ; la fin de vie à l'hôpital ou au domicile...

<http://sfh.hematologie.net/>

Du 27 au 30 mars

Paris

PSYCHIATRIE

* La question « Traiter demain : quel dialogue entre psychothérapie et pharmacothérapie ? » sera au cœur du 10^e Congrès international de l'ARSPG. De nombreux ateliers sont prévus : sur les psychotraumatismes ; l'adolescent dépendant au cannabis ; les patients borderline...

<http://www.arspg.org>

Du 23 au 25 mai

Metz

ETP ET ÉTHIQUE

* Les prochaines Journées d'étude et de perfectionnement de l'Unaibode s'aventureront « Au-delà des frontières », en abordant des sujets pointus tels que les applications de la recherche sur les cellules souches ; les bébés médicaments ; la greffe de visage ; le développement durable en santé.

<http://jnep2012.unaibode.fr/>

INTERNATIONAL

« POUR UN ORDRE INFIRMIER AU SÉNÉGAL »

Président de l'Aniides, l'Association nationale des infirmiers et infirmières diplômés d'État du Sénégal, Abdou Gueye plaide pour la création d'un ordre infirmier dans son pays.

L'INFIRMIÈRE MAGAZINE :

Pouvez-vous dire quelques mots du métier de soignant au Sénégal ?

ABDOU GUEYE : Dans notre pays encore pauvre, où les défis en santé sont immenses, où le coût des soins est relativement élevé vu la faiblesse de la couverture sociale, les infirmiers ont un rôle pivot. En zone rurale, notamment, nombre de postes de santé sont quasiment dirigés par des infirmiers chefs de poste, du fait de la pénurie de professionnels de santé, et de la concentration de l'offre de soins sur la région de Dakar, la capitale. Au Sénégal, il n'y a que 0,25 infirmier pour 1 000 habitants ! Et seulement 0,08 sage-femme et 0,07 médecin pour 1 000 habitants. Le paradoxe, c'est que nombre de diplômés des écoles de santé, infirmiers (formés en trois ans après le bac) et sages-femmes, ne sont pas recrutés par l'État, qui manque de moyens, et sont aujourd'hui au chômage.

L'I. M. : Pourquoi militez-vous pour la création d'un ordre infirmier ?

A. G. : Un ordre infirmier nous permettrait, de porter haut et fort nos revendications, notamment en termes de réglementation de la pro-

fession infirmière. Car, pour le moment, le cadre juridique concernant la pratique de la profession est très pauvre en textes réglementaires. Notre priorité ? Délimiter notre champ d'exercice, protéger le titre d'infirmier, assurer une représentation efficace de la profession, conférer aux infirmiers une identité et un statut... Dans cette quête de reconnaissance, un ordre infirmier a, selon moi, tout son rôle.

L'I. M. : Que pensez-vous du feuilleton de l'Oni français ?

A. G. : Je dois dire que je ne comprends pas l'opposition radicale à l'ordre infirmier. À mon avis, au vu de ses missions, tous ceux qui se préoccupent du développement de la discipline infirmière devraient se réjouir de son existence. Car la France est un grand pays mais, lorsqu'on parle sciences infirmières, elle apparaît comme un nain au plan international. Rien que pour cela, les autorités françaises ne peuvent se contenter d'avoir favorisé la création de l'Oni, elles doivent le couvrir, et les infirmiers devraient en faire leur outil. *

PROPOS RECUEILLIS PAR EMMANUELLE DEBELLEIX

LE MARI DE L'INFIRMIÈRE HORAIRES DÉCALÉS





PRÉSIDENTIELLE

PUBLIC CONTRE PRIVÉ, DÉBUT DES HOSTILITÉS

La Fédération hospitalière de France et celle de l'hospitalisation privée s'affrontent à coups de déclarations chocs, dans l'espoir de se faire entendre par les candidats à la présidentielle.

À trois mois de l'élection présidentielle, la hache de guerre est déterrée entre hôpitaux publics et structures privées. Désireuses de se faire entendre sur la place publique, la Fédération hospitalière de France (FHF) et la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ont présenté leurs propositions respectives en matière de santé. Petit florilège de campagne...

« Les pieds dans le plat »

La première à avoir dégainé a été la FHF. Le 11 janvier dernier, en présentant sa plate-forme de propositions, elle a, selon son délégué général, Gérard Vincent, « décidé de mettre les pieds dans le plat ». En matière de lutte contre les déserts médicaux, la FHF propose ainsi « qu'en cas de carence constatée », les hôpitaux soient « autorisés à organiser (...) le maintien d'une offre de soins ambulatoires » – bref, que l'hôpital gère cabinets de ville et maisons de santé désaffectés – et que les libéraux s'installant en zone excédentaire « ne bénéficient, au mieux, que d'un conventionnement en secteur I ». Des suggestions qui ont fait bondir les médecins libéraux. Mais ceux-ci ne sont pas les seuls dans le viseur

de la FHF, qui propose aussi de rompre avec l'objectif de convergence tarifaire avec les cliniques privées prévu pour 2018, au motif qu'elle est « dangereuse pour le service public ». « La moitié du chiffre d'affaires des cliniques est réalisé avec 17 tarifs (...) les plus rentables, sur un total de 2 300 », a avancé Gérard Vincent, arguant que missions du public et du privé n'étaient « pas comparables ». La FHF milite, qui plus est, pour la réforme du financement des hôpitaux, via l'assouplissement de la T2A. Après avoir défendu sa mise en place, la FHF juge, en effet, que la T2A « ne peut plus servir de socle principal de financement » parce qu'elle incite à multiplier les actes pas toujours pertinents, et qu'elle n'est « plus adaptée aux exigences de santé publique : prise en charge des malades chroniques, des précaires... »

Contre « le gaspillage »

Pas en reste de petites phrases assassines, la FHP a répondu, le 26 janvier, par une conférence de presse décriant « les gaspillages et la gabe-gie » des hôpitaux publics. Rapports de la Cour des comptes à l'appui, la fédération a dénoncé le manque d'ambitions réformatrices du secteur

public « plongé dans une culture de déficit », relevant que 41 % des hôpitaux publics étaient déficitaires en 2010, sans oublier de souligner l'absentéisme des personnels hospitaliers publics (24 jours par an selon la FHP, un chiffre réfuté par Gérard Vincent, pour qui ces 24 jours incluent, notamment, les arrêts maternité). Très remonté, le président de la FHP, Jean-Loup Durousset, a dénoncé l'écart de traitement entre hôpitaux publics et établissements privés : « Nous, nous sommes mortels, alors que dans le public, il y a toujours l'État pour combler le déficit. » « Pour une même prestation, les cliniques continuent d'être remboursées 22 % de moins, en moyenne, que les hôpitaux publics », a-t-il avancé (17 % selon la FHF), avant de demander, en guise de mesure choc, la mise sous tutelle des hôpitaux publics déficitaires, proposant même que les cliniques privées assurent leur gestion.

Le soir même, la FHF réagissait, dénonçant « les attaques indécentes et provocatrices de la FHP ». La bataille fait rage. Mais les candidats à la présidentielle l'entendent-ils ? Pas sûr, car, pour le moment, la santé est peu présente dans leurs ébauches de programme. ✦ **E. DEBELLEIX**

Les suggestions de la FHF ont fait bondir les médecins libéraux



PRIX / GARANTIES / ÉCOUTE / SERVICES / REMBOURSEMENTS

3 bonnes raisons de comparer.

- > Remboursement des vignettes oranges à 100%.
- > Indemnités journalières jusqu'à 37,50€ en complément de la perte de salaire.
- > Prise en charge des soins de médecines douces (homéopathie, ostéopathie...).



Alors osez comparer, on s'occupe du reste

Contactez-nous et demandez votre devis :

Sur www.uniph.fr, par téléphone : **09 69 390 190** (Prix d'un appel local)

EspaceInfirmier.com

L'actualité du monde infirmier où et quand vous voulez



**TÉLÉCHARGEZ
GRATUITEMENT**

l'appli EspaceInfirmier.com
et suivez à tout moment
les actualités de votre
profession.

www.espaceinfirmier.com/iphone



L'objectif des poses de DIVLD est de préserver le capital veineux des patients qui reçoivent des injections de manière fréquente.

DISPOSITIFS INTRAVEINEUX

BIENTÔT UNE EXPERTISE INFIRMIÈRE ?

Les soins sur voies veineuses implantées nécessitent un haut niveau de technicité. De plus en plus souvent confrontées à leur manipulation, les infirmières sont venues nombreuses au 6^e Congrès francophone des dispositifs intraveineux de longue durée.

Il y avait foule, les 13 et 14 janvier derniers au 6^e Congrès francophone dédié aux dispositifs intraveineux de longue durée (DIVLD), à Paris. Devant quelque 600 participants, dont une moitié d'infirmiers, les conférences se sont succédé. Majoritairement utilisés dans les cas de cancers, pour les traitements par chimiothérapie ou pour la nutrition parentérale, les dispositifs intraveineux profonds sont, en effet, de plus en plus souvent posés en France. Ils permettent de préserver le capital veineux de patients nécessitant des injections fréquentes sur une période dépassant trois mois.

Le manque de disponibilité rapide des médecins est un argument

Nouvelle délégation

En fin de matinée, la présentation d'un projet révolutionnaire de délégation médico-infirmière en cours au centre Léon-Bérard de Lyon a touché de près les préoccupations de la profession. Le 22 février 2008, Mary Cellupicqa, infirmière, y a

posé elle-même une voie veineuse centrale, sous la supervision d'un médecin anesthésiste. Cette pose, sous échographie, a été la première d'une longue série. Les raisons qui ont amené les responsables médicaux de cet établissement à envisager cette toute nouvelle délégation sont diverses. Une recherche de qualité d'abord, liée à la prise en charge globale des patients par un même métier, pour une meilleure intégration des différentes étapes de soins. Le manque de disponibilité rapide des médecins a également pesé. L'aspect managérial n'a pas été oublié non plus, cette délégation offrant des perspectives d'évolution de carrière pour les personnels qui le souhaiteraient. Après une formation théorique et pratique, trois infirmières sont désormais habilitées à poser des voies veineuses centrales dans l'établissement. Et un dossier a été officiellement déposé pour saisine à la Haute

Autorité de santé, le 10 janvier dernier. S'il est agréé, cela ouvrira le chemin à d'autres établissements.

Idées fausses et lacunes

Mais, avant d'en arriver à un tel niveau d'expertise, le chemin reste long, ont constaté les participants au congrès. Le résultat du travail de fin d'études de Sylvie Boyer, devenue infirmière en réanimation à l'hôpital Beaujon (Paris), en a témoigné. Entre idées fausses accumulées en stage, et lacunes de l'enseignement, son constat est plutôt alarmant. Les réponses aux questions qu'elle a posées, entre 2006 et 2010, à 212 étudiants en 3^e année de plusieurs Ifsi, laissent songeur. Sur l'utilisation d'un antiseptique alcoolique, seuls 57 % des élèves interrogés maîtrisaient le protocole. Le rinçage pulsé, qui fédère pourtant la totalité des experts, n'était connu que de 56 % des ESI ; et le retrait par pression positive, par 67 %. Un problème qui pourrait être partiellement résolu par la publication, en ce début d'année 2012, de nouvelles recommandations françaises en la matière. *

LAURE DE MONTALEMBERT

Réviser les fondamentaux : http://ccclin-sudest.chu-lyon.fr/ZoneSud/2011/Avignon_25mars/5_C_Dupont_soins_sur_pose_cci.pdf
Check-list 2011, HAS, pose d'un cathéter veineux central : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/11_01_check-list-cvc-dv.pdf
Nutrition parentérale, Commission d'évaluation HAS du 15 avril 2008 : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/cepp-1333avisnutrition_parenteral_a_domicile.pdf
Le rapport 2006 de la HAS : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cci_-_rapport_final.pdf

PLURIDISCIPLINARITÉ

Une expérience américaine

> La pose de voies veineuses centrales par les infirmières est devenue une pratique courante aux États-Unis, où existent de véritables « *IV teams* » pluridisciplinaires, comme est venue en témoigner Mary Smith, coordinatrice des infirmières dans un hôpital du Wisconsin. Là-bas, on préfère les *PICC lines* aux chambres

implantables. En l'absence de complications particulières, elles sont systématiquement posées par les infirmières, au lit du malade. Une vérification de la position du cathéter est ensuite faite par le médecin radiologue. Comme dans l'expérience du centre Léon-Bérard, la question de la disponibilité rapide a été

une préoccupation essentielle des décisionnaires médicaux. Les impératifs financiers – et, notamment, l'économie d'heures d'occupation des blocs opératoires – n'ont pas été oubliés non plus. Un élément qui devrait intéresser nos pouvoirs publics, pour qui la question du coût est devenue prioritaire.

CHRU DE TOURS

POUR NE PLUS EN AVOIR PLEIN LE DOS !

Pour aider les soignants à faire rimer travail avec sécurité et bien-être physique, l'école du dos du CHRU de Tours mise sur les formations Prap (dispositif de prévention des risques liés à l'activité physique), développées par l'INRS.

La formation Prap, une révolution? Un moyen, en tout cas, de réfléchir aux solutions les plus adaptées pour prévenir les TMS (troubles musculo-squelettiques) et autres rachialgies, à l'origine de près d'un tiers des arrêts de travail, à l'hôpital comme en entreprise. Créée en 1994, l'école du dos du CHRU de Tours est passée en mars dernier des classiques formations « gestes et postures » aux formations Prap (prévention des risques liés à l'activité physique), développées par l'INRS⁽¹⁾. « Depuis 2006, on notait davantage de traumatismes de l'épaule chez les aides-soignantes; il faut dire qu'elles rehaussent parfois un patient jusqu'à 40 fois par jour! Pourtant, depuis 1996, le nombre des demandes de formation avait baissé. Il fallait repenser la pédagogie », dit Claude Delesalle, cadre de santé de l'école du dos.

Apprendre sur le terrain

La formation, de cinq jours, a été réduite à trois, et est à présent plus ergonomique. « Il ne faut pas "bien porter" mais arrêter, le plus possible, de le faire. En 1960, un accident sur trois était lié à la manutention. En 2001, les chiffres étaient les mêmes. C'est bien que la méthode gestes et postures ne suffisait plus. Évidemment, la manutention est parfois indispensable. Mais l'objectif du Prap, fondé sur la recherche d'améliorations en équipe, permet d'aller plus loin », précise-t-elle. Depuis le passage au Prap, l'école tourangelle a vu exploser le nombre des demandes de formation. Les sessions, qui s'adressent aux soignants comme aux agents techniques et administratifs, comportent des cours théoriques, mais s'appuient avant tout sur le vécu. « On apprend à connaître les TMS et les facteurs favorisant leur apparition. On tente de répondre à la question

Une aide-soignante peut avoir à rehausser des patients jusqu'à 40 fois durant sa journée de travail.



© DAN AUCANTE/BSIP

Une table d'accouchement pèse 260 kg : bonjour les TMS!

« pourquoi s'expose-t-on? » », détaille Marie-Anne Balanger, aide-soignante et formatrice. Les dix formateurs de l'école du dos de Tours sont fréquemment appelés dans les services du CHRU. Ainsi au pôle maternité, où les déclarations de TMS étaient nombreuses. « Le pôle pratique 800 césariennes par an, dont 300 en urgence. Il faut transporter la table d'accouchement au bloc, elle pèse 260 kilos, commente Claude Delesalle. Quand on nous a appelés, les soignants devaient, pour s'y rendre, parcourir 70 mètres. On a trouvé un chemin plus court, mais les soignants refusaient de l'emprunter car ils auraient dû passer devant deux salles d'attente. On a trouvé une solution: mettre des paravents devant ces salles d'attente. C'est ça le principe du Prap: on se pose, pour viser juste. On ne se contente pas de montrer comment pousser la table. »

Simple bon sens?

Aide-soignant en réanimation chirurgicale, David Gauvin explique avoir « beaucoup appris – ou réappris! – notamment sur la mobilisation des patients », grâce à la formation. « La

grande découverte, pour moi, c'est le drap de rehaussement: une sorte de toile de parachute qui glisse et permet de repositionner les patients lourds ou agités. » Il souhaite devenir formateur à l'école du dos, et a partagé cette nouveauté dans son service. Il a aussi proposé de remplacer les grands bacs de décontamination, placés sous les lavabos des chambres, par des plus petits, fermés, placés sur le plan de travail afin d'éviter aux soignants de se baisser. Du bon sens.

Véritable force de proposition, et possédant des locaux et un personnel dédié, l'école du dos du CHRU pourrait prochainement, ainsi que le souhaite l'INRS, développer des formations pour des soignants hors CHRU, notamment ceux des maisons de retraite voisines, et, ainsi, devenir centre référent Prap sur la région Centre. Pour s'y préparer, Claude Delesalle a d'ailleurs prévu de suivre une formation de formateurs en septembre prochain. ✱

SARAH ELKAÏM

1- Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

GOUVERNANCE

ORGANISATION DE L'HÔPITAL

À la conquête des pôles

Le regroupement des services par pôles a bien avancé. Il reste désormais à leur accorder des délégations de gestion conséquentes.

L'hôpital est soumis à d'infénales cadences législatives. Depuis 1991, 41 textes ont modifié son fonctionnement⁽¹⁾. Beaucoup d'entre eux prennent toutefois des directions identiques. Le regroupement des services, amorcé en 1983 et poursuivi en 1991 avec la départementalisation⁽²⁾, est, ainsi, devenu obligatoire avec les pôles dans le plan Hôpital 2007, par l'ordonnance du 2 mai 2005, avant d'être consacré dans la loi Hôpital, patient, santé et territoires (HPST) de 2009 et inscrit à l'article L. 6146-1 du Code de la santé publique (CSP). Ce découpage s'inscrit dans « la nouvelle gouvernance » hospitalière.

D'autres modes de management ont pour objectif affiché de rendre la prise de décision plus claire, plus efficace, plus proche du terrain : l'élaboration de contrats entre la direction des établissements et les pôles portant sur les objectifs et les moyens des seconds, la possibilité accrue de délégation de gestion, l'intéressement collectif du personnel. Le tout concomitamment à la montée en puissance de la tarification à l'activité

(T2A), outil de financement des établissements selon le nombre et le type des actes qui sont réalisés. « Ces innovations gestionnaires ont été utilisées de façon de plus en plus autoritaire et hiérarchique à partir de 2002, analyse Frédéric Pierru, sociologue au CNRS. Le mouvement s'est accéléré en 2004-2005. »

Pas de modèle unique

Le pôle ne se conçoit pas comme un échelon supplémentaire, mais comme la structure de gestion adéquate entre le service et le niveau central. En regroupant, en moyenne, près de cinq unités médicales, selon l'Igas⁽³⁾, il doit permettre de mutualiser les moyens en personnel, de faire des économies d'échelle pour l'achat de matériel et, éventuellement, de mettre en commun des équipements (comme des plateaux techniques). Dans l'idéal, sa création se fonde sur des logiques médicales : selon l'organe traité (un pôle cardio-thoracique, par exemple), ou encore selon le type de malades (gériatrie, pédiatrie...). Mais certains pôles ont été bâtis en tenant compte d'autres cri-

★ P. 17
INTERVIEW
 « ON ATTEND
 BEAUCOUP PLUS
 DES IDE »

★ P. 18
EXERCICE INFIRMIER
 DES ÉVOLUTIONS
 PLUS QU'UNE
 RÉVOLUTION

★ P. 20
CULTURE SOIGNANTE
 DANS L'ESPRIT
 DES RÉFORMES



tères, comme la qualité des relations entre tel ou tel médecin. Leur cohérence médicale ne saute pas toujours aux yeux, selon l'Igas, qui citait, en 2010, entre autres, un pôle baptisé « Santé publique, évaluation, qualité, information médicale, médecine légale, hygiène et vigilances ».

En 2011, selon la DGOS⁽⁴⁾, près de 80 % des établissements publics de santé étaient divisés en pôles. C'est une obligation, sauf dérogation de l'agence régionale de santé, « quand l'effectif médical de l'établissement le justifie ». Le directeur de l'établissement (après concertation) a toute latitude sur le nombre de pôles, leur taille, leur nature. Un hôpital compte, en moyenne, sept pôles, tous types confondus (cliniques, médico-techniques, administratifs). Logiquement, ce nombre augmente avec la taille de l'établissement. L'Igas fait état de 300 employés, en moyenne, par pôle – 45,25 médecins, 264 agents non médicaux, 1,41 cadre supérieur de santé, 6,7 cadres soignants... Il n'y a pas de modèle unique de pôle, susceptible, également, de s'étendre sur plusieurs sites et d'avoir une dimension territoriale.

Nés avec la loi HPST (voir encadré p. 16), le directoire et le conseil de surveillance étaient en place à la tête

de presque tous les établissements en 2011. Dans les pôles, la gouvernance est incarnée par un « chef ». À ce praticien hospitalier qu'elle désignait comme « responsable », l'ordonnance de 2005 adjoignait un cadre paramédical et, moins souvent affirmé concrètement, un cadre gestionnaire. Tous deux ont disparu dans la loi HPST, qui évoque « un ou plusieurs collaborateurs » possibles pour le chef de pôle, dont une sage-femme si le pôle comporte une unité obstétricale. Malgré cette marge de manœuvre laissée à l'organisation, le trio est resté en place dans la majorité des pôles. Son principe figure même dans le règlement intérieur de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Plus généralement, des pôles comptent aussi un directeur référent.

Il n'y a pas de modèle unique, susceptible d'avoir une dimension territoriale

La contractualisation à la traîne

Maintenant que les équipes sont installées, beaucoup espèrent le passage à l'étape suivante : donner de réels pouvoirs aux pôles. En 2009, l'Igas constatait que la discussion entre direction et pôles achoppait sur les objectifs d'activité ou les moyens des pôles à inscrire ►

► dans les contrats. Un an plus tard, selon la DGOS, seuls 21 % des établissements avaient paraphé au moins un contrat de pôle; l'absence de signature s'expliquait par le fait qu'elle était en cours (36 % des cas); par un manque de proposition de contrat de la part du directeur (41 %); par une absence de projet médical (18 %); ou encore par un refus des chefs de pôle de signer (1 %). Détaillé à l'article R. 6146-8 du CSP, le contrat porte peu, dans les faits, sur les achats, plutôt sur les ressources humaines. À l'AP-HP, les contrats devraient être signés en ce début d'année. Sur la base de ce contrat, le pôle doit bâtir un projet qui encadre, notamment, les missions de ses services (R. 6146-9). La délégation de gestion, peu développée, concerne

« Les pôles peuvent donner leur avis sur un candidat »

surtout les dépenses de formation et de remplacement du personnel non permanent. Plus que d'une délégation, l'Igas a parlé de « *simple prise en compte des "priorisations" ou des souhaits des pôles* ». Les propositions de pôle les plus facilement acceptées, concernant les postes, sont les suppressions... Un pôle peut gérer ses effectifs selon des objectifs assignés par la direction, mais, sur le recrutement, n'avoir qu'un mot à dire. « *Une IDE est recrutée par l'établissement avant de l'être par le pôle*, témoigne Jean-Marc Grenier, coordonnateur général des soins au CHU de Grenoble et président de l'AFDS⁽⁵⁾. *Mais c'est bien que les pôles puissent donner leur avis sur un candidat.* » Enfin, l'intéressement (qui ne peut être que collectif) est lui aussi peu développé, sans doute, en partie, en raison de la mauvaise santé budgétaire des hôpitaux... Le degré d'application de tous ces dispositifs dépend des établissements, voire des pôles, de leur taille, de leur histoire et du facteur humain.

Dans quelle mesure le personnel s'implique-t-il dans la nouvelle gouvernance ? Des managers, en particu-

lier les chefs de pôle, suivent des formations. Selon la DGOS, trois quarts des chefs de pôle organisent des réunions de travail avec leur équipe. Et certains pôles se retrouvent en assemblée. Nombre d'établissements ont déclaré que les conseils de pôle seraient maintenus, mais ceux-ci ne sont plus obligatoires. Sans plus de contraintes ni de précisions, la « concertation interne » est confiée au chef de pôle (R. 6146-9-1). De surcroît, Jean-Marc Grenier souligne la difficulté grandissante à réunir le personnel : avec les 35 heures, les délais de chevauchement entre équipes ont fondu, entre midi et 14 heures, d'une heure et demie à trente minutes. Bref, « *malgré le réel effort de communication* » de certains établissements, les réformes polaires sont restées méconnues du personnel soignant hors cadres, constatait l'EHEsPlus⁽⁶⁾ en 2008. La loi HPST n'a sans doute qu'en partie comblé ce retard.

Une démocratie chamboulée

Et que dire de la participation du personnel aux prises de décision ? À l'hôpital, le directeur, mu en grand patron (même si, en réalité, il ne décide pas systématiquement seul), a pour numéro 2 le médecin président la commission médicale d'établissement. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CISIRMT), elle, est uniquement informée ou consultée. « *Une chambre d'enregistrement*, déplore Philippe Crépel, IDE et syndicaliste CGT. *Il n'y a plus de place pour les infirmières dans la démocratie des pôles.* » Pourtant, plusieurs responsables l'assurent : du fait de leur passage au niveau licence, les infirmières devront être prises en compte de façon plus sensible. Que le président de la CSIRMT siège au directoire et qu'un de ses membres participe au conseil de surveillance suffira-t-il à y imposer la voix des IDE ? Il faudra plusieurs années pour répondre à cette question, comme à bien d'autres. Si un premier bilan des pôles est possible, le descriptif exhaustif attendra, d'autant que leur périmètre peut évoluer. Et que nombre d'acteurs souhaiteraient, avant l'irruption du 42^e texte, apprivoiser les 41 précédents. ✨

MATHIEU HAUTEMULLE

INSTANCES DE DECISION

Le directeur tient les rênes

► La loi HPST a modifié les instances de gouvernance à l'hôpital. Terminé le conseil exécutif, où siégeaient médecins et administratifs : place au directoire. Composé en majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique (article L. 6143-7-5 du Code de la santé publique), il conseille

le directeur de l'hôpital. Celui-ci « *conduit la politique générale de l'établissement* » (L. 6143-7). Conformément au désir du président de la République, il apparaît comme le principal maître à bord. Adieu également au conseil d'administration et place au conseil de surveillance, présidé le plus souvent par un élu, et qui « *se prononce sur*

la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement » (L. 6143-1). Parmi les autres instances, la commission médicale d'établissement, (CME) ou encore celle des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), consultée sur « *l'organisation générale des soins infirmiers* » (R. 6146-10).

1- Selon le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). Les principales références de ce dossier sont à lire dans notre bibliographie.
2- *Hôpitaux. Les vents contraires du changement*, Claude Quantin, éditions Lamarre, 2010.
3- Inspection générale des affaires sociales.
4- Direction générale de l'offre de soins.
5- Association française des directeurs des soins.
6- EHEsPlus (désormais EHESp Conseil), association d'élèves de l'École des hautes études en santé publique.

INTERVIEW

JEAN-RENÉ LEDOYEN, ROLAND OLLIVIER ET RICHARD ROUXEL

RESPONSABLES DE LA FORMATION DES DIRECTEURS
DE SOINS À L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE (EHESP),
DIRECTEUR DE L'INSTITUT DU MANAGEMENT (IDM) ET ENSEIGNANT À L'IDM

« On attend plus des IDE »

Piloter des projets et des équipes, fixer des objectifs puis évaluer les actions : le nouveau management s'inspire des méthodes du secteur privé. Le point, avec trois spécialistes du leadership hospitalier, sur les nouveaux modes de gestion et leurs implications pour les infirmières.

L'INFIRMIÈRE MAGAZINE : De quelle manière l'IDM s'implique-t-il dans la formation ?

RICHARD ROUXEL : Nous n'accueillons pas spécifiquement des cadres de santé (formés en IFCS), mais des directeurs d'hôpital, des directeurs de soins... L'EHESP est toutefois associée à la réflexion sur la formation des cadres de santé lancée par le ministère. Nous sommes aussi impliqués dans la formation des chefs de pôle. En 2012, nous devrions ouvrir un diplôme d'établissement destiné aux chefs de pôle et à leurs collaborateurs cadres.

L'I. M. : Quel rôle pour les infirmières ?

R. R. : Nous n'avons cessé de parler des infirmières, le métier pivot à l'hôpital, aux professionnels que nous formons. Désormais, elles relèvent de la catégorie A, ce qui identifie clairement leur place dans l'institution et dans les pôles. Cette reconnaissance les place à un niveau de « cadres non encadrants ». Les directeurs changent de regard sur leur métier. Elles sont des collaboratrices de l'encadrement médical et soignant. On attend d'elles beaucoup plus.

JEAN-RENÉ LEDOYEN : Certes, on ne peut pas tout demander aux IDE. Mais, dans un contexte où le séjour à l'hôpital se raccourcit, elles pourraient être plus impliquées dans la coordination du parcours du patient. Il est essentiel que, dès l'hospitalisation d'un patient, les IDE se préoccupent de l'organisation de la sortie. Cela n'est pas obligatoirement lié à la nouvelle gouvernance, mais au contexte économique, au vieillissement

de la population... L'intérêt de la structuration par pôles, c'est justement de contribuer à une meilleure articulation des parcours du patient, ce qui peut être le cas dans un pôle qui intègre urgences, services de médecine et soins de suite. La gouvernance a du sens si l'organisation polaire est bien structurée par rapport à la prise en charge du patient et si une bonne articulation des organisations existe.

ROLAND OLLIVIER : Nous sommes passés à une deuxième génération de pôles. La réflexion a progressé sur leur apport en termes de cohérence de prise en charge et/ou de lien avec la recherche. Les IDE peuvent y bénéficier d'un gain d'exercice, avec la diffusion par capillarité des meilleures prises en charge d'un service à l'autre.

L'I. M. : Certaines infirmières ne sauraient pas encore dans quel pôle elles travaillent...

J.-R. L. : Il ne faut pas être caricatural. Les choses ont beaucoup évolué. Les établissements ont en majorité quatre ou cinq ans de recul sur l'organisation des pôles et la préoccupation d'une communication interne. Le service représente l'unité de travail de base, l'unité de production, là où se gère le quotidien et où se réinterroge plus facilement l'organisation, tandis que le pôle s'inscrit dans une démarche de coordination. Les professionnels apprécient souvent de pouvoir s'identifier à un secteur d'activité. Par exemple, la gériatrie peut être plus valorisée dans une organisation polaire [que dans un service de personnes âgées], avec une dimension disciplinaire.

L'I. M. : En théorie, la mobilité du personnel est favorisée dans les pôles. Elle peut aussi être subie...

J.-R. L. : L'hôpital n'est pas un monde où l'on fait ce que l'on veut ! Avec les évolutions, les besoins en ressources bougent. Pour autant, la mobilité doit être préparée. Cette démarche est structurée dans la plupart des établissements. Si des professionnels ont compris l'intérêt de diversifier leur parcours, la mobilité reste, pour d'autres, une démarche plus difficile. Pour ces derniers, une mobilité au sein du pôle s'avérera parfois davantage sécurisante qu'à un niveau institutionnel.

L'I. M. : Le terme de « responsabilisation » signifie-t-il que le personnel était, jusqu'ici, irresponsable financièrement ?

J.-R. L. : Il était également responsable avant. Cette expression ne porte pas forcément sur l'aspect économique : elle concerne aussi la démarche qualité ou encore la survenue d'événements indésirables graves associés aux soins, un sujet sur lequel la responsabilité des professionnels est de plus en plus mise en avant, dans la transparence. Il importe de s'inscrire dans une culture positive de l'erreur, de façon à analyser sereinement ses causes et à prévenir le risque.

R. O. : Si la position des cadres est clarifiée, celle des infirmières le sera également. En réalité, les hôpitaux ne sont pas sur-managés, mais sous-managés : il peut arriver que des personnels manquent d'une personne référente pour relayer leurs préoccupations. ★

PROPOS RECUEILLIS PAR M. H.

EXERCICE INFIRMIER

Des évolutions plus qu'une révolution

La gestion par pôles pourrait constituer une opportunité pour les IDE. Pour l'heure, elle semble surtout impacter les cadres.

La gestion par pôles ne transforme pas en profondeur les actes infirmiers au quotidien. Les conditions de travail ne se sont pas, en effet, radicalement métamorphosées. Malgré tout, même s'ils ne sont pas tous visibles au premier abord, des changements s'opèrent. Mylène Coulaud, cadre supérieure de santé au CHU de Toulouse, en désigne un : l'avènement du pôle enfants, où elle exerce en partie⁽¹⁾, a permis d'ouvrir, en chirurgie, jusqu'à 35 lits pendant une épidémie de bronchiolite. Une telle solidarité des chirurgiens envers leurs confrères médecins aurait été plus difficile à mettre en œuvre auparavant. D'un service à l'autre, le pôle peut également faciliter, via la mutualisation, la mise sur pied d'équipes mobiles (en douleurs, en gériatrie, en hygiène, en soins palliatifs...), et pourrait permettre de « *dégager plus de temps pour le tutorat des stagiaires* », espère Roselyne Vasseur, directrice des soins et des activités paramédicales à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Du temps est également économisé pour lancer certaines nouvelles activités. Philippe Blua, directeur des hôpitaux de Calais et de Saint-Omer (62) et président du SMPS⁽²⁾, estime que le nombre de niveaux de hiérarchie à convaincre a diminué. En témoigne l'acquisition, en trois

Le pôle peut, notamment, faciliter la mise sur pied d'équipes mobiles

petites semaines, à l'initiative d'un urologue de son établissement, d'un lithotriporteur. Cadre paramédicale de pôle à l'hôpital sud-francilien et technicienne de laboratoire de formation, Marie-Claire Chauvancy estime que la gestion directe du matériel avec les prestataires et une meilleure écoute envers les professionnels auraient permis, dans certains cas, de gagner du temps et de l'argent, et d'obtenir des appareillages de meilleure qualité. Nathalie Depoire, IDE au centre hospitalier de Belfort-Montbéliard (90) et présidente de la Coordination nationale infirmière, nuance: la délégation de gestion accordée aux pôles ne profite pas toujours aux infirmières. Elle déplore le fait que les chefs de pôle ne pensent pas tous à acheter en priorité des équi-

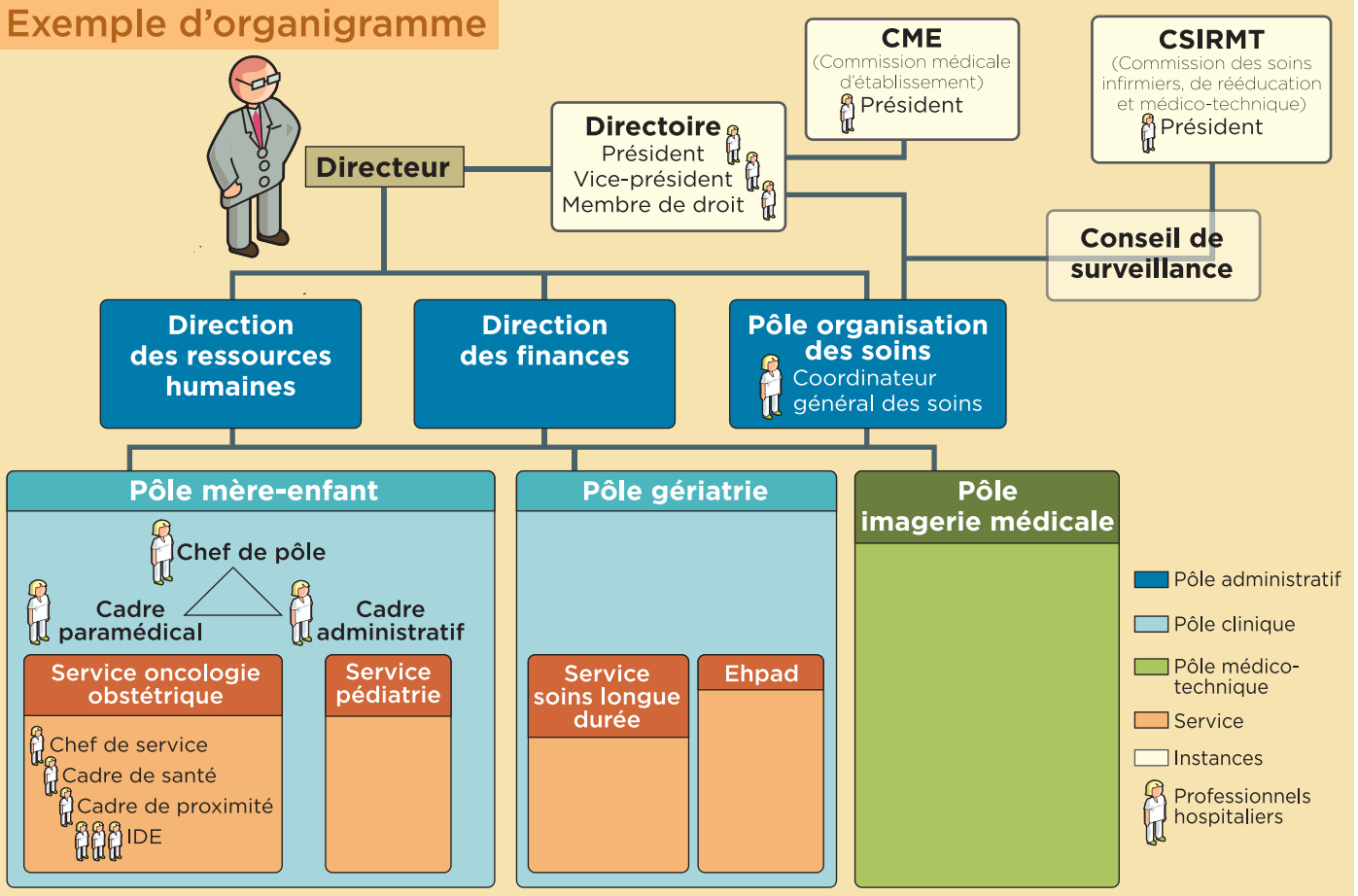
pements paramédicaux. Tout dépend, là encore, du facteur humain, du positionnement du cadre paramédical dans le pôle... Aux IDE, comme d'ailleurs aux étudiants en soins infirmiers, le pilotage polaire est aussi censé offrir une plus grande mobilité et une diversification d'exercice, auparavant freinées par les frontières entre services. Voilà donc une opportunité – ou sa promesse, notamment pour des infirmières hyperspécialisées, note Marie-Claire Chauvancy. Mais la mutualisation ponctuelle des personnels peut être imposée et « *très mal vécue* », rapporte Nathalie Depoire. « *Des infirmières, pourtant d'excellentes professionnelles, en arrivent à dire: "je suis nulle".* » Le grand écart est incarné, par exemple, par cette infirmière de chirurgie « *parachutée en oncologie* » et confrontée à des protocoles de chimiothérapie qu'elle ne connaît pas.

Cohérence médicale

De même, d'une chirurgie à l'autre, d'ORL à gynécologie par exemple, l'exercice peut ne pas être « *du tout la même chose* ». Et que dire d'une IDE qui, débarquant en ambulatoire, ne peut délivrer d'informations satisfaisantes au malade, faute de les connaître elle-même? « *On passe pour quoi aux yeux du patient? La continuité des soins, d'accord, mais dans quelles conditions?* », s'interroge Nathalie Depoire⁽³⁾. Passer d'une dialyse pédiatrique à une dialyse adulte peut se concevoir. Mais la mobilité est-elle légitime entre les services d'un pôle dont l'architecture manque de cohérence médicale? Plus généralement, la spécialisation de chaque service conduit à réfuter l'idée d'une mutualisation systématique des connaissances au sein d'un même pôle. En d'autres termes, il peut être illusoire d'attendre du management polaire une homogénéisation des pratiques. Selon le sociologue Frédéric Pierru, « *la mutualisation peut déstructurer les équipes: des habitudes et des stocks d'expérience accumulés dans un service sont perdus* ». Et les infirmières, finalement, se sentent comme « *des pions* », « *des bouche-trous* » dont les connaissances seraient interchangeables et le sort décidé dans d'inaccessibles instances.

Pour tenir compte de la spécialisation croissante des unités et ne pas imposer aux professionnels des mobilités

Exemple d'organigramme



au pied levé, les managers proposent de s'y préparer en période d'accalmie. Au terme de « polyvalence », Roselyne Vasseur préfère d'ailleurs celui de « polycompétence ». Celle-ci « se construit entre certaines disciplines voisines ou complémentaires. Une période d'intégration est indispensable, selon les postes et les candidats. La mobilité doit s'organiser en concertation dans le cadre du projet de pôle, avec l'encadrement paramédical et la direction des soins ». Une solution consisterait, par exemple, à passer du temps dans un autre service – mais la tension sur les effectifs le permet-elle ? Une chose est sûre : une mobilité non anticipée refroidit l'accueil fait aux pôles. De la même façon, une gouvernance dont le personnel ne percevrait que des effets négatifs (comme une fermeture de service jugée inutile) serait mal perçue.

Trop de logistique

En fait, l'impact de la nouvelle gouvernance diffère selon les métiers. Des cadres de proximité se sentent oubliées, coincées entre des équipes sous pression et les injonctions de leur direction, absorbées par des tâches périphériques comme la logistique ou le téléphone... Pourtant, leur rôle reste crucial dans la gestion quotidienne du service, l'organisation et l'évaluation des soins aux malades, la prévention des risques associés aux soins, l'encadrement des équipes... Les cadres supérieures de santé, pour leur part, seront-elles moins nombreuses avec l'installation du cadre paramédical de pôle ? Leur exercice est profondément modifié. Comme l'indique Roselyne Vasseur, il peut leur être proposé de mener des

missions transversales dans les pôles, relatives par exemple à la gestion des ressources humaines ou à la recherche paramédicale, à laquelle l'organisation polaire pourrait bien profiter. Les cadres paramédicales de pôle, elles, espèrent une plus grande autonomie en termes de gestion de projets et de matériel, de crédits sur du recrutement en intérim, de choix de formations pour le personnel... Sur le plan organisationnel, pour le personnel, ce sont elles qui « font exister le pôle au quotidien », estime Jean-Marc Grenier, coordonnateur général des soins au CHU de Grenoble et président de l'AFDS. Leur métier ne change pas, mais il implique un nouveau regard sur les institutions et des rapports plus horizontaux, plus ouverts aux autres professions. Mylène Coulaud constate ainsi un accroissement de ses relations avec la direction et les médecins chefs de pôle. Les cadres de pôle dépendent fonctionnellement de ce dernier et, hiérarchiquement, du directeur de l'hôpital, qui peut déléguer cette autorité à son directeur de soins. Là encore, en raison du facteur humain, l'exercice des cadres de pôle s'avère « à géométrie variable », dit Nathalie Depoire. Avec deux bémols : leur éloignement des soins et leur immense charge de travail. Autres postes impactés : le directeur d'établissement, le directeur de soins (dont le rôle devient plus transversal), le responsable des ressources humaines (amené à une éventuelle fonction de conseil aux pôles)... et les médecins, en particulier les chefs de pôle, dont le temps médical s'amenuise au bénéfice, également, de la gestion économique. ✨

MATHIEU HAUTEMULLE

1- Cette cadre supérieure de santé exerce aussi dans le pôle femme-mère-couple.
 2- Syndicat des managers de santé publique (SMPS).
 3- Plutôt que le pôle, cette IDE prône, éventuellement, le pool de remplacement à l'échelle de l'établissement, en fonction de l'organisation de ce dernier.

CULTURE SOIGNANTE

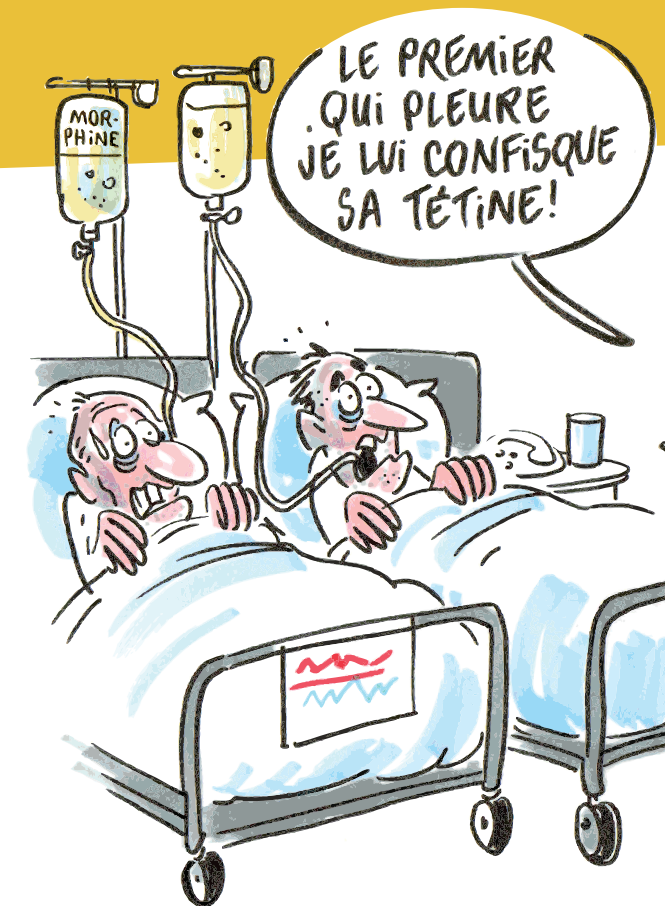
Dans l'esprit des réformes

L'avènement des pôles s'inscrit dans un contexte de rationalisation financière. Pour leur part, les infirmières restent très attachées à leur service.

Les réformes donnent-elles plus de « lisibilité » aux infirmières sur l'organisation hospitalière ? À leurs yeux, ce qui relève de la nouvelle gouvernance s'avère « assez abstrait », concède Jean-Marc Grenier, coordonnateur général des soins au CHU de Grenoble (38) et président de l'AFDS. *La gouvernance n'est pas encore complètement entrée dans la culture hospitalière.* « *La révolution managériale que représente la gestion décentralisée par pôles reste encore à faire* », renchérit, plus globalement, le récent rapport Fourcade. Aucun doute : la gouvernance ne figure pas au premier rang des préoccupations quotidiennes des soignants, et son langage abscons (à commencer par le mot « gouvernance ») ne la rend pas compréhensible. Frédéric Pierru, sociologue, juge même « difficile pour les acteurs de terrain d'avoir une prise critique sur les réformes du fait de ce langage vide de sens ».

Sur le terrain, la gouvernance n'est pas **au premier plan des préoccupations**

Vide de sens, mais pas sans effets. La nouvelle gouvernance est d'abord à l'œuvre dans les esprits. Il est possible d'en dire la même chose que l'ancien ministre de la Santé Jacques Barrot à propos de la contractualisation interne à l'hôpital : ce n'est pas seulement un cadre juridique, mais un état d'esprit⁽¹⁾. Cet esprit, c'est la prise en compte accrue de l'aspect économique, la sensibilisation des personnels à la rationalisation financière, quels que soient leur métier et leur niveau dans la hiérarchie. Un rapport ministériel au Parlement décrit sans ambiguïté une « diffusion de la culture de la performance médico-économique au sein des établissements, notamment par la création des pôles et leur responsabilisation via les contrats de pôle »⁽²⁾. L'impératif de performance éco-



nomique va de pair avec une efficacité dans l'organisation et le management. Auparavant, « avec le budget global, il était possible d'avoir des gens non productifs, analyse Philippe Blua, directeur des hôpitaux de Calais et de Saint-Omer (62) et président du SMPS. En raison de la pression croissante en interne liée à la tarification à l'activité, on ne supporte plus que des gens fassent dysfonctionner le système. Il faut avancer sans les un pour mille qui freinaient. » C'est cela, « la gouvernance ».

« Gestionnarisation » de la médecine

La nouvelle gouvernance s'inscrit dans un contexte de tension budgétaire et de manque de personnel. « La pénurie nous oblige à repenser notre organisation. L'échelle du pôle peut le permettre », explique la directrice des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP, Roselyne Vasseur. « Les petites unités étant plus coûteuses, indique-t-elle, il faut trouver le bon dimensionnement pour les patients comme pour les professionnels. » De même, « deux ou trois services identiques coexistent parfois au sein d'un même gros CHU, ce qui n'est pas raisonnable en terme d'efficacité. Les pôles permettent plus facilement de les rapprocher, voire de les fusionner ». Avec la nouvelle gouvernance, les décideurs entendent rapprocher les soignants des gestionnaires. Un décloisonnement révolutionnaire. Il faut que les équipes elles-mêmes, soumises à la tarification à l'activité (T2A), « puissent analyser leur activité, note Roland Ollivier, de l'Institut du management. C'est un indicateur parmi d'autres ». Mylène Coulaud, cadre supérieure de santé, ajoute que chaque projet signé dans le cadre du contrat de pôle fait l'objet d'études financières, ce qui « n'était pas forcément le cas avant ». Cédric Arcos, de la Fédération hospitalière de France, observe « une médicalisation de la gestion ». Il serait plus juste de décrire une « gestionnarisation » de la médecine : les praticiens sont priés de songer au volume financier de leurs pres-



criptions. Dans la bouche de cadres supérieures de santé qui coordonnent les pôles, Jean-Marc Grenier entend « un discours médico-économique et non plus médico-soignant, alors qu'il faut un discours médico-économique ET soignant ». Le plus touché est le médecin, « piégé » et contraint à « se mettre au garde-à-vous » économique par la loi HPST, selon l'expression de la cadre de santé Marie-Claire Chauvancy (pas hostile à cette loi, mais au caractère trop rapide de son application). Jusqu'ici, ce texte n'a pas souvent conféré plus de pouvoirs de gestion aux chefs de pôle, en raison, notamment, de leurs réticences, de celles de certaines directions ou de certains chefs de service. Le fait que les médecins, au moment de signer un contrat de pôle, ne se trouvent pas sur le même plan que le directeur (qui les nomme) est un obstacle : habituellement, les cocontractants sont à égalité. Une hiérarchie forte, du ministère au chef de pôle en passant par l'Agence régionale de santé et le directeur d'établissement, s'affirme. Frédéric Pierru, qui évoque « une grande transformation hiérarchique », estime que le pouvoir du chef de pôle se limite, en gros, « à gérer la pénurie ». L'autonomie d'un pôle ne peut être totale, la direction étant la mieux à même de gérer certains paramètres, mais peut-on parler d'autonomie quand elle est si timide ?

Le patient « rarement évoqué »

Il faut aller au-delà des mots pour dévoiler d'autres pans de réalité. « Une organisation rationnelle donne de meilleurs résultats en termes de qualité des soins et de qualité des conditions de travail », les deux allant souvent de pair, assure Roselyne Vasseur. Mais la rationalisation appliquée à l'humain est-elle toujours bénéfique ? La part purement relationnelle de l'activité infirmière s'amenuise, par exemple en pédiatrie. Les objectifs assignés aux pôles impliquent de viser au plus juste en termes d'effectifs, explique Mylène Coulaud.

La déshumanisation guette, à en croire Mathieu Rivat, qui, comme consultant, a « accompagné » des hôpitaux dans la nouvelle gouvernance et la T2A : « Dans les services de médecine et de chirurgie, dans les bureaux des gestionnaires ou dans nos discussions avec l'Anap⁽³⁾, le patient n'a été que très rarement évoqué, (...) soit totalement évincé, soit transposé en une donnée gestionnaire et mesurable (lits, séjour) »⁽⁴⁾. Pour beaucoup, plus que la gouvernance par pôles, c'est la T2A qui entraîne le plus de changements à l'hôpital. Mais il n'est pas toujours aisé de savoir à quelle réforme tel ou tel changement est imputable. Une chose est sûre : les outils de gestion précis et réguliers se développent⁽⁵⁾. Leur utilisation contribue à la possible mise en concurrence des pôles. « Le contrôleur de gestion est désormais le métier maître de l'hôpital public », affirme Philippe Crépel, infirmier et syndicaliste CGT, qui remarque aussi la multiplication du nombre de médecins au département d'information médicale dans son établissement. En théorie, l'équilibre budgétaire doit se rechercher au-dessus des pôles.

Identification au service

Selon le CNG, l'organisation polaire tend à « perturber au moins partiellement l'organisation, si ce n'est à supprimer des repères qui n'ont pas encore trouvé de substitut durable ». En termes de repère, le service reste la référence au quotidien pour les patients et le personnel. Selon Jean-Marc Grenier, les IDE se sentent plutôt d'abord infirmières, puis du service du professeur Untel. Certains agents ne sauraient même pas encore dans quel pôle ils exercent. Mais le service n'est pas contradictoire avec le pôle, outil de gestion. Et le sentiment d'appartenance au pôle, qui pourrait changer la culture infirmière, semble ressenti plus vivement par les jeunes IDE et médecins.

Pour autant, des professionnels de tout âge se sont investis dans la nouvelle gouvernance. Mais les pôles se sont avérés « contraires à ce qu'ils pensaient », dit Frédéric Pierru. Après la loi HPST, qui a « cristallisé toutes les oppositions », cet observateur prédit un retour à un management « moins doctrinal, plus négocié ». Nombre de professionnels de santé ont des idées pour améliorer l'organisation de leur hôpital, pour redonner du sens au travail et au service public. Bref, ils ne font pas automatiquement preuve de « résistance au changement », selon la formule dont usent les managers pour condamner toute critique de leur idéologie. ✨

MATHIEU HAUTEMULLE

1- Cité dans un mémoire de l'École nationale de santé publique :

<http://bit.ly/xFnVGV>

2- <http://bit.ly/yVUeG>

3- L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a notamment pour mission d'épauler les chefs de pôle.

4- Témoignage dans Z (numéro 5, automne 2011).

5- Voir un dossier de 2010 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <http://bit.ly/xVvt2F>

BIBLIOGRAPHIE

> Le CNG, sur les ressources humaines : <http://bit.ly/yQnh3>

> La DGOS, sur la gouvernance hospitalière : <http://bit.ly/zJNOST>

> L'EHEC, « Plus sur la nouvelle gouvernance » : <http://bit.ly/zIDTC4>

> Les dernières rencontres du management de pôles organisées par la FHF : <http://bit.ly/wtvqQ1>

> Le rapport Fourcade sur la loi HPST : <http://bit.ly/zQfNqr>

> L'Igas, sur les pôles d'activité et les délégations de gestion : <http://bit.ly/wYczit>

> De Frédéric Pierru, « Le travail, angle mort de la réforme », dans *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, n°47 (10/2009), et l'ouvrage collectif *L'hôpital en réanimation* (éditions du Croquant, 2011).

> Des écrits de la cadre paramédicale Marie-Claire Chauvancy : <http://bit.ly/y5bauc>

Géraldine Durand,
la formatrice, termine
le « harnachement » de
Véronique, aide-soignante
qui tentera de se mouvoir
malgré les difficultés.

PERSONNES ÂGÉES

Un jour à leur place

Quand une simulation des effets du grand âge d'inspiration japonaise rencontre l'équipe d'un CATTP destiné aux aînés, que se passe-t-il ? Immersion, le temps d'une formation, dans le ressenti du vieillissement.

Ce jeudi, l'équipe du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) Denise-Grey, dans le quartier parisien de Belleville⁽¹⁾, est en formation et ferme exceptionnellement ses portes. Relais soignant entre l'hôpital et l'ambulatorio, la structure propose à un public âgé toutes sortes d'activités, sous la conduite d'une équipe qui brasse résolument les compétences : infirmières, aides-soignantes, médecin, psychologues, psychomotricienne, ergothérapeute... Au rendez-vous, ce matin⁽²⁾, Géraldine Durand, formatrice de l'organisme Seniosphère.

La journée commence par un diaporama retraçant la vie de deux résidentes types de maison de retraite. Rappels utiles : jusqu'à récemment, les gens ne procédaient pas forcément à une toilette complète tous les jours ; si, en semaine, on ne soignait pas obligatoirement son apparence vestimentaire, on mettait ses beaux habits le dimanche, et de nombreuses personnes âgées sont restées attachées à cette habitude ; boire un petit verre de vin le midi ne choquait personne... Après ce

préambule, vient la mise en pratique. Géraldine sort de ses valises la combinaison Samo, douze kilos sur la balance, importée d'un laboratoire de recherche japonais. « Certaines personnes sont plus

pénalisées par le visuel ou l'auditif, d'autres par la motricité », prévient Géraldine. Si vous ne vous sentez pas bien, vous arrêtez ! » Véronique, aide-soignante, se porte volontaire. On lui met un casque antibruit sur la tête et des lunettes jaune fluo un peu opaques, pour simuler une cataracte. Une minerve bloque son cou, évoquant une arthrose cervicale. « Quand vous parlez à la personne, il est important de vous mettre face à elle ! », démontre aussitôt Géraldine. À cet attirail s'ajoutent

La combinaison Samo de douze kilos, pour porter le poids des ans



une ceinture abdominale, des poids aux bras et aux jambes, des coudières et des genouillères autour des articulations, des bas de contention, des billes sous le pied, « simulant un raidissement », des chaussons et... des gants, « compliquant la préhension » et réduisant la sensibilité des doigts. De quoi approcher le vieillissement physique « d'une personne de GIR 2 ou 3 ».

« La tête sous l'eau »

Sur Véronique, la semi-surdité produit son effet : « Elle parle moins déjà ! », lance une collègue. « On a l'impression d'être sous l'eau », observe l'aide-soignante, qui chemine tant bien que mal vers la salle d'ergothérapie, où elle teste l'atelier mosaïque qu'elle anime d'ordinaire. « Je sais que c'est du bleu, mais pour moi, là, c'est noir », note-t-elle. Difficile de couper les pièces et de les coller avec des gants et des articulations bloquées. Un peu trop dur pour être vrai ? « Dans le groupe, j'ai un monsieur de 90 ans, quand même, il met la colle lui-même », nuance-t-elle. Virginie, autre aide-soignante, prend le relais. Elle soupire : « C'est comme ça toute la journée ? C'est monstrueux, je suis déjà épuisée ! » Elle s'empare d'un quotidien et du nouveau journal interne du CATTP, et se rend compte de sa difficulté à les lire. Il faut courber le dos et remonter les mains. Seuls les gros titres se parcourent sans effort. En arrivant, ensuite, dans la salle de télé, elle peine à trouver le bon interrupteur : « Je n'avais pas vu qu'il y en avait deux », côtoie à côté sur fond blanc. « Vous devriez mettre une étiquette pour les différencier », propose la formatrice. La décoration du CATTP s'en tire bien, puisqu'elle joue sur les couleurs vives, « préférables à des couleurs layette, qui sortent tristes ». En revanche, avec les lunettes, les néons s'avèrent aveuglants et la cuisine baigne dans une lumière blanche un peu pénible. Un peu plus tard, Anita, psychomotricienne, installe le parcours sur lequel elle fait travailler les usagers du CATTP : les plots, les cerceaux et le ballon, rouges, jaunes ou verts, s'avèrent faciles à visualiser à travers les lunettes. Amira, l'une des deux infirmières, enfile la combinaison et expérimente à son tour la démarche « pingouin », les jambes écartées. « Tu ne peux plus les plier », observe



Bel effort de Nina, psychologue clinicienne, qui a réussi à retirer l'opercule de son yaourt malgré une main lourdement gantée.

Virginie, aide-soignante, a chaussé des lunettes jaune fluo opaques. Difficile de lire quand on a la cataracte!



Promenade sur un parcours coloré installé par Anita, psychomotricienne: tout le monde n'arrive pas à se relever aussi facilement qu'elle.

SAVOIR PLUS

Cabinet de conseil en stratégie et en marketing, spécialisé dans les personnes âgées, l'organisme Seniosphère propose aussi, depuis quatre ans, une formation intitulée « Mieux servir les personnes âgées en simulant leurs difficultés quotidiennes ». Elle est destinée aux soignants et aux aidants (en maisons de retraite et services d'aide à domicile en particulier). Contact : www.seniosphere.com

Virginie. « Tout de suite, la posture est penchée en avant, cyphotique, les cervicales se creusent », diagnostique Anita. « Il y a ceux qui s'affaissent, et ceux qui font contre-poids en se cambrant », observe Géraldine. Testant le tapis de chute, Amira se relève depuis le sol sans problème, conseillée par Anita pour prendre les appuis. « Mais j'ai déjà eu affaire à des femmes de 20 ans qui n'arrivaient pas à se relever », raconte Géraldine. Aude, neuropsychologue, se dirige vers l'atelier d'esthétique, où elle constate à quel point il est agréable de s'allonger sur la table et de s'abandonner à un massage des cervicales effectué par Anita. « Quand il ne reste rien, il reste le toucher », explique-t-elle.

Manger avec les doigts ?

L'heure du repas est arrivée. À travers les lunettes, la fine chiffonnade de jambon rose semble se muer en une masse informe et terne. La tarte aux abricots vire au rouge et prend des airs de pâte de tête. Et surtout, le blocage des coudes pousse à plier le dos et à tendre la mâchoire pour atteindre la fourchette. Au bout de cinq minutes, s'impose l'envie de se faire aider pour porter la nourriture à la bouche... et de finir le repas sans trop attendre. Nina, psychologue clinicienne, s'attaque au yaourt, dont l'opercule résiste sous les gants. La saveur est intacte, mais le geste ardu. « Même si le yaourt est délicieux, ça peut ne pas être un plaisir. Je comprends qu'on puisse désinvestir le "manger", observe Nina. Au prochain repas thérapeutique, on pourrait essayer de ne proposer que des choses qui se mangent avec les doigts, comme pour un apéritif. » Auria, ASH faisant fonction d'aide-soignante, tente une sortie dans la rue. Un ouvrier de chantier s'interroge: « Elle doit avoir bu cinq ou six verres. C'est pour l'alcool? » Bilan, après quelques minutes: « J'avais l'impression que les trottoirs étaient immenses. » Corinne, infirmière, teste l'atelier informatique: « Je comprends pourquoi ils regardent comme ça en se baissant sur le clavier. » Et observe: « Ce casque, c'est un peu anxigène... C'est le monde du silence ! » Sophie, elle, prend en charge l'atelier d'ergothérapie. Pas facile de découper la planche, « car on perd de la puissance sur les avant-bras ». La prise dimi-

nue, et fixer les repères à l'aide d'une règle devient très compliqué.

Message de prévention

Retour à la table pour une simulation de déficience auditive plus fine, réalisée, cette fois, par ordinateur. Un soda déversé dans un verre n'entraîne qu'un léger bruit de liquide qui coule: *exit* le « pschitt » de la canette et le bruit des glaçons. Des diapos complètent le tableau: on apprend qu'entre 30 et 70 ans, le poids des muscles est divisé par deux; qu'au cours de la vie, le champ visuel passe de 180-200 degrés à 90 degrés... « Tout cela n'est pas très gai, mais il faut l'avoir à l'esprit! », rappelle Géraldine. L'équipe entame le debriefing final. « On sait bien que les personnes âgées éprouvent des difficultés au quotidien, mais on n'a pas forcément conscience de tout en permanence », résume Sophie. « Cela me rend humble devant l'avenir », lance Nina. « Je connais une patiente qui souffre d'un cumul de handicaps, dit Anita. Tant qu'on est vivant, c'est que quelque chose nous retient en vie. L'énergie qu'elle doit déployer! On pourrait faire beaucoup plus pour la prévention, par exemple aider à diminuer la douleur en prenant les choses en amont... » Quels résultats observe la formatrice? « Cette session débouche sur des constats différents suivant les établissements, note-t-elle. Dans certains, il faut tout repenser, et pour d'autres, cela sert plutôt à éclairer des choix. Ce sont les directions qui peuvent faire évoluer les choses. Nous, nous sommes plutôt un révélateur, nous mettons en évidence certains besoins d'amélioration. » Les équipes suggèrent rarement des modifications à apporter à la formation, affirme-t-elle, si ce n'est un second Samo pour des exercices simultanés par deux personnes. En tout cas, le message de prévention est convaincant: à la suite de ce reportage, son auteur s'est décidé à consulter pour ses maux de dos... ✨

TEXTE ET PHOTOS: NICOLAS COCHARD

1- Le CATT Denise-Grey accueille, en semaine, pour la journée, des personnes âgées de 60 à 95 ans présentant une pathologie neurodégénérative ou une psychose stabilisée. Proposant un programme thérapeutique adapté à chaque personne âgée, il joue un rôle de prévention et encourage le maintien à domicile. Tél.: 01 42 06 43 78.
2- Ce reportage a été réalisé le 31 mars 2011.

ALZHEIMER

« La mémoire ne meurt jamais vraiment »

Le savoir de proximité des équipes soignantes, les connaissances sur les différents types de mémoire, et l'adaptation de l'environnement sont les principes d'une prise en charge optimale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

L'INFIRMIÈRE MAGAZINE : Comment vous êtes-vous intéressé aux patients Alzheimer ?

PATRICK DEWAVRIN : Georges Caussanel, directeur de la maison de retraite Émilie de Rodat (Rueil-Malmaison), m'appelait régulièrement pour certains de ses patients qui avaient des problématiques psychiatriques. C'est lors de ces visites que j'ai rencontré des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer.

L'I. M. : Pourquoi avez-vous créé la Villa d'Épidaure ?

P. D. : À l'époque, on se préoccupait peu de la maladie d'Alzheimer, et il n'existait pratiquement aucune structure spécialisée. Avec un collègue psychiatre, nous avons eu l'idée de créer cette institution après avoir constaté que les patients Alzheimer entretenaient le désarroi des équipes soignantes, qui n'étaient pas formées à leur prise en charge. De plus, ces patients perturbaient les autres résidents par leurs comportements incohérents, voire parfois agressifs. Nous avons ainsi ouvert en 1990 la villa d'Épidaure de Garches, institution de 84 lits, regroupés en 7 unités de 12 lits chacune. Dès l'ouverture, la demande a été importante.

L'I. M. : Sur quel modèle avez-vous fondé la prise en charge de ces patients ?

P. D. : Georges Caussanel, qui a introduit le modèle des « cantous »⁽¹⁾ en France, nous a beaucoup influencés. Ce modèle anti-médical et social, inspiré d'un modèle paysan, vise à créer des petites unités de 12 personnes et à les faire participer à la vie de l'unité (ménage, cuisine...) en fonction de leurs capacités. Ce modèle permet d'entretenir le lien social, et Georges Caussanel avait noté que les troubles du comportement des

malades Alzheimer étaient moins importants dans cet environnement. De 1990 à 2007, on a mis au point des techniques pour que l'institution fonctionne le mieux possible : animation, formation du personnel, psychothérapie institutionnelle... Le Dr Simeoni, psychiatre suisse, m'avait enseigné que la clé de la réussite en psychogériatrie était de valoriser le personnel le plus modeste. C'est ce que nous avons fait. Les réunions hebdomadaires d'équipe ont ainsi été placées sous la direction des auxiliaires de vie. Nous avons « renversé » la hiérarchie, car ce sont les aides-soignants, les auxiliaires de vie et les infirmières qui ont la meilleure connaissance du malade. Ils détiennent un savoir clinique qu'il faut savoir écouter. Je peux vous citer l'exemple d'une patiente, ancienne magistrate, qui souffrait de démence fronto-temporale. Cette femme proférait des injures toute la journée. Un matin, elle a prévenu une auxiliaire de vie qu'il y avait un bébé dans sa chambre. Elle en a parlé à plusieurs reprises. La soignante a proposé qu'on lui donne une poupée. J'étais plutôt contre, car je ne voulais pas qu'on infantilise les patients. L'auxiliaire de vie ne m'a pas écouté, elle a donné un poupon à cette patiente, qui s'en est occupée pendant trois semaines. Elle était plus calme, plus sereine. Nous avons compris qu'un désir de maternité était remonté à la surface chez cette patiente qui avait consacré toute sa vie à la magistrature et n'avait pas eu d'enfants. Tout ce savoir de proximité est très précieux, il faut le valoriser. Cela est devenu le premier principe de notre institution.

L'I. M. : Avez-vous développé d'autres principes de ce type dans cette institution ?

P. D. : Oui, le deuxième est d'acquérir les connaissances nécessaires à la compréhension des différentes mémoires de l'être humain. Il faut toujours garder à l'esprit que ces patients n'ont pas perdu toute(s) leur(s) mémoire(s) et qu'ils ont encore certaines capacités d'apprentissage qu'il faut savoir repérer et mobiliser. Le premier stade de la maladie d'Alzheimer se caractérise par des troubles de la mémoire concernant essentiellement des faits récents tandis que la mémoire des faits anciens est mieux

1- Cantou : en occitan, coin du feu près duquel se tiennent les personnes âgées.



DR

PATRICK DEWAVRIN

MÉDECIN PSYCHIATRE

> Il obtient son CES de psychiatrie en 1981.

> Il exerce à l'institut Marcel-Rivière (MGEN)

(La Verrière, 78) en 1979, puis dans les services psychiatriques de la MGEN à Rueil-Malmaison (92) jusqu'en 1981.

> De 1981 à 1987, il est psychiatre au Centre de santé mentale de la MGEN (Paris 16^e). Fin 1987, il crée la Villa d'Épidaure de Garches (92) et en devient le directeur médical.

> En 1997, il crée la Villa d'Épidaure de La Celle-Saint-Cloud (78).

> En 2007, cession des établissements « Villa d'Épidaure » au groupe Le Noble Âge.

conservée. Il faut savoir en profiter. La mémoire sémantique n'étant pas encore touchée, ces patients peuvent jouer au Scrabble, avoir des conversations sur des sujets d'ordre général ou sur leur passé lointain. Lors du deuxième stade, ils perdent la mémoire du langage, leur discours peut devenir incohérent, mais leur mémoire gestuelle fonctionne encore. Même si ces patients jargonent, ils sont encore capable de chanter, de jouer du piano, de danser. Raison pour laquelle nous avons doté chaque unité d'un piano.

Enfin, lors du troisième stade, les patients deviennent très dépendants : ils ne peuvent plus manger ni marcher seuls. Cependant, ils ont encore une capacité de mémoire inconsciente : tout ce qui leur arrive laisse une trace dans cette mémoire et peut engendrer un comportement. Ainsi, un patient maltraité par un soignant ne pourra le dire, mais se raidira dès son approche. À ce stade, les possibilités d'expression sont très réduites mais ils ont encore une capacité de ressentir la façon dont on les approche, les touche et leur parle. Jusqu'au bout, il existe une vie psychique chez le malade Alzheimer. Le troisième principe est de souligner que les patients sont toujours sensibles à leur environnement. C'est la raison pour laquelle nous avons construit chaque unité de la Villa d'Épidaure avec des matériaux rappelant la maison : du bois, des moquettes, des tableaux aux murs. Une partie (20 à 30 %) des malades Alzheimer sont déambulateurs. Dans une petite unité, cet environnement leur devient familier car cela pourrait être chez eux. Les unités sont ouvertes, et ils déambulent librement. Il faut répondre à deux besoins complémentaires : un besoin d'intimité et un besoin de liberté.

L'I. M. : Comment gérer les comportements plus ou moins agressifs de ces patients ?

P. D. : Il faut d'abord comprendre que le trouble du comportement, chez le malade Alzheimer, est bien souvent une forme de langage. Décrypter ces comportements inadaptés, chercher le sens d'un comportement agressif est un point essentiel. Les causes peuvent être multiples : physiques, psychologiques ou environnementales. Les

troubles du comportement ont toujours une explication. Ce qui ne veut pas dire qu'on la trouve à chaque fois. Un patient peut s'agiter parce qu'il présente un problème somatique passé inaperçu. Mais l'agitation peut être provoquée par l'arrivée d'un résident ou d'un soignant qui ressemble à une personne avec laquelle il a eu un grave conflit et qu'il confond avec elle. D'autres malades se réfugient dans l'imaginaire et prolongent leur ancien métier. Devant chaque trouble du comportement, il faut faire une enquête approfondie, et c'est l'un des aspects passionnants de la prise en charge de ces malades : rechercher les causes organiques, psychodynamiques et environnementales, sans dogmatisme, sans a priori. Enfin, il ne faut pas oublier que ces malades ont eu une personnalité, comme nous tous, et que celle-ci continue de s'exprimer à travers la maladie. Un homme qui avait un caractère difficile, autoritaire, devrait-il changer de personnalité lorsqu'il devient malade ? Les malades Alzheimer sont comme chacun d'entre nous : uniques.

L'I. M. : Comment faire en sorte qu'une institution spécialisée reste un véritable lieu de vie ?

P. D. : Une institution doit être vivante, et pour cela, il faut faire des projets. Certains réussissent, d'autres non. Le plus difficile est d'apporter de la vie aux malades qui en sont aux stades les plus avancés. Nous avons organisé des ateliers peinture basés sur la rencontre d'un artiste avec des patients⁽²⁾. De gros pots de couleurs vives et des pinceaux épais permettaient de capter leur attention et de provoquer leur créativité. Au bout d'une demi-heure, l'artiste, Bruno Sari, allait voir chaque patient et se mettait à son écoute. Il complétait alors leur travail de trois ou quatre coups de pinceau. Le résultat de cette rencontre a été très poétique, et ces peintures sont présentées dans le livre *La vie enfouie*. Après autant d'années passées auprès de ces patients, et dans la mesure où les traitements actuels sont peu efficaces, je pense que l'on ne peut se passer de l'approche non médicamenteuse pour les patients Alzheimer. Elle doit même être au cœur de la prise en charge. ✦

PROPOS RECUEILLIS PAR CAROLE IVALDI



2- Voir *La vie enfouie, peintures de malades d'Alzheimer*, de Patrick Dewavrin et Bruno Sari, Editions Fleurus.

MÉDIAS SOCIAUX

Ne passez pas les frontières

Sites, blogs, réseaux sociaux tels Facebook, Viadeo, LinkedIn, Myspace, Youtube, Twitter sont autant de lieux d'information et d'échange. Mais, comme la langue d'Esopé, les médias sociaux peuvent être la meilleure et la pire des choses.

Les sites et les blogs fleurissent sur le net dans le domaine de la santé. Ils permettent d'informer, mais aussi de se former, d'échanger avec d'autres collègues que ceux fréquentés au quotidien, d'améliorer ses pratiques professionnelles, de faire de la veille, voire de trouver du travail. Le réseau Twitter est l'outil star du moment, même s'il reste encore peu utilisé dans notre pays. S'y échangent des mini-messages (140 signes au maximum) appelés tweets (« gazouillis ») entre utilisateurs (dénommés « followers » ou « followings »). Des spécialistes d'un domaine partagent ainsi les liens et les articles qui leur semblent pertinents et construisent des relations professionnelles avec leurs pairs.

Certains portails facilitent, par ailleurs, les échanges avec les organismes de tutelle, injoignables au téléphone. Il est désormais même devenu possible d'interroger des confrères du monde entier pour exposer un cas clinique difficile. Les établissements de santé s'y sont également mis. Ils communiquent avec leurs patients par l'intermédiaire de leur site, montrent leurs spécificités et proposent aussi des offres d'emploi. Des blogs sont tenus par des professionnels de santé qui racontent, avec plus ou moins de réussite, le quotidien de leur exercice. Les internautes les lisent, attirés par l'envers du décor.

Sphère professionnelle

Mais l'utilisation de ces nouveaux outils n'est pas sans danger. Très rapidement, l'on oublie que ce n'est pas parce que l'on se trouve seul

À SAVOIR

« Veux-tu être mon ami ? »

Peut-on devenir ami avec son patient sur Facebook ? De plus en plus de patients tentent de le faire avec leurs soignants. L'ordre des médecins a rappelé qu'un praticien n'a pas à s'engager dans des relations amicales avec ses patients, pour des raisons éthiques et déontologiques. Il faut maintenir la même distance que celle observée dans la vie réelle. Si, en tant qu'infirmière, vous ne voulez pas être brutale, vous pouvez envoyer un message privé à votre patient, lui expliquant les raisons pour lesquelles vous refusez son invitation.

devant son écran d'ordinateur ou de smartphone que l'on reste dans la sphère du privé. Le « mur » sur la page Facebook n'est pas un journal intime. C'est un espace ouvert. Ce que l'on y écrit sera lu par d'autres personnes plus ou moins bien intentionnées. À force de s'épancher sur ses journées de travail, on arrive à parler de patients traités dans le service, de leur pathologie et de leurs traitements. On donne, sans le vouloir, suffisamment d'éléments pour que l'hôpital, le service, les patients concernés soient identifiés. Et les règles régissant le respect du secret professionnel sont oubliées. Or, leur violation est sanctionnable, sur les plans civil, disciplinaire et pénal. On partage des photos – ou de petits films pris grâce à une fonction du téléphone – de la dernière galette des Rois mangée avec les patients et on « oublie » de leur demander leur accord pour les publier.

Règles déontologiques

Pire, on autorise des journalistes à filmer les patients dans son service psychiatrique, et on se voit condamné par son ordre professionnel à des interdictions temporaires d'exercer, pour non-respect des règles déontologiques. En l'occurrence, ont été reprochés la mention du nom de certains patients, de leurs médicaments et traitements, le non-respect de leur dignité, ainsi qu'une déconsidération de la profession. D'autres se défoulent en parlant de leurs structures et de leurs supérieurs dans des termes diffamatoires, et sont ensuite étonnés de se voir condamnés par les tribunaux et licenciés par leurs employeurs. Les

propos anticonfraternels peuvent aussi être sanctionnés. L'article 27 alinéa 3 du projet du Code de déontologie des infirmiers interdit à un infirmier, quel que soit le moyen ou le support de communication utilisé, d'en calomnier un autre, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession. En droit du travail, toute preuve est recevable, quelle que soit la manière dont elle a été obtenue. C'est ensuite au juge de se prononcer pour savoir s'il accepte ou non de prendre en considération la preuve en question.

Mémoire indélébile

Il en est de même en droit de la famille : des photos de voyage somptueuses, aux quatre coins de la terre, publiées sur une page Facebook, risquent de convaincre un juge aux affaires familiales que la pension alimentaire réclamée par l'ex-épouse pour l'éducation des enfants peut parfaitement être payée...

Internet a de la mémoire, et une réputation salie sur le web laisse des traces. C'est ainsi qu'un site proposant aux internautes de noter leur médecin s'est vu mettre en demeure par la Cnil, saisie de plusieurs plaintes, de respecter la législation sur le respect de la vie privée et la protection des données personnelles. De nombreux manquements avaient été relevés : défaut d'information des personnes concernées par la notation, défaut de loyauté dans la collecte des informations, impossibilité pour les personnes de s'opposer à leur fichage. Depuis, le site a disparu... ★

27

LE POINT SUR
L'arthrose

30

IATROGÉNIE
Surdosage
en vitamine D

32

QUESTIONS SUR
Le toucher-massage
en psychiatrie

36

FICHE TECHNIQUE
Les dégagements
d'urgence

LE POINT SUR

L'arthrose

L'arthrose est une maladie rhumatismale très fréquente résultant d'une dégradation progressive du cartilage articulaire conjuguée à un phénomène inflammatoire local. Son traitement repose sur la prescription de médicaments symptomatiques et/ou anti-arthrosiques ainsi que sur des interventions non pharmacologiques (physiothérapie, chirurgie...).

1. LA PHYSIOPATHOLOGIE

> **La mobilité articulaire** est assurée par l'intégrité des propriétés du cartilage entourant les têtes osseuses. Ce tissu conjonctif, ni innervé ni irrigué, conditionne la mobilité des os, qui glissent sur sa surface, et, par son hydratation, l'amortissement des forces transmises d'un os à l'autre.

> **Le cartilage est formé de couches de fibres de collagène et de protéines spécifiques** (protéoglycanes) sur lesquelles sont fixées des molécules variées (kératane, chondroïtine, acide hyaluronique). Il est colonisé par une seule population cellulaire : les chondrocytes.

> **L'arthrose altère les propriétés mécaniques du cartilage**, par rupture progressive des fibres de collagène. Peu à peu, il se fissure et son épaisseur s'amointrit alors que l'os sous-cartilagineux s'épaissit. La synthèse des protéoglycanes et du collagène est réduite. Les chondrocytes, par réaction, libèrent des composés pro-inflammatoires.

> **La maladie résulte de l'intrication de divers facteurs** : mécaniques (surpoids), biochimiques et génétiques (la rhizarthrose peut être héréditaire). Certaines circonstances favorisent ou précipitent sa survenue : anomalies morphologiques articulaires, infections, troubles métaboliques, endocriniens, neurologiques, traumatismes aigus (fractures), surmenage d'une articulation ou d'un groupe articulaire par activité professionnelle (exemple : l'arthrose liée à un usage prolongé d'engins vibrants, considérée comme une maladie professionnelle) ou de loisirs (sport, bricolage). L'arthrose se localise essentiellement aux articulations trop sollicitées : cou (cervicalgies chroniques ou aiguës, avec vertiges ou céphalées), dos (lombarthrose favorisée par des atteintes morphologiques de la colonne vertébrale, donnant lieu à des lombalgies, des sciatiques, des cruralgies, un lumbago), hanche (coxarthrose invalidante, avec douleurs à distance de l'articulation), genou (gonarthrose souvent bilatérale avec douleur volontiers localisée dans le creux poplité), main (rhizarthrose pour le pouce).

L'arthrose

1 Maladie chronique des articulations, l'arthrose constitue aujourd'hui la deuxième cause d'invalidité après les maladies cardio-vasculaires.

Les causes de l'arthrose demeurent inconnues, mais divers facteurs de risque sont bien connus : le surpoids (portant notamment sur les genoux), la masse grasse, la ménopause, des maladies métaboliques, des défauts posturaux innés ou acquis, des microtraumatismes répétés (travail, sport)...

L'arthrose touche près de 8,5 millions de Français. Elle concerne 3 % environ des sujets < 45 ans mais 80 % des sujets > 80 ans.



Genoux et mains sont plus touchés chez la femme, hanches et mains chez l'homme. Les vertèbres cervicales et lombaires peuvent également être atteintes.

2 L'arthrose résulte d'une rupture de l'équilibre entre la synthèse de la matrice cartilagineuse et sa dégradation au profit de cette dernière.

La dégradation de la surface du cartilage articulaire finit par laisser apparaître la surface de l'os lui-même.

1 Le cartilage est composé d'une matrice de fibres de collagène et de protéoglycanes. En cas d'arthrose, les chondrocytes, seules cellules composant ce tissu, libèrent des quantités excessives d'enzymes attaquant progressivement la matrice.

2 L'attaque de cette matrice cartilagineuse finit par induire le relargage de débris cartilagineux dans l'espace synovial car le cartilage se fissure, se détache de la surface osseuse et s'autodétruit : l'os est alors mis à nu et l'articulation perd beaucoup de ses capacités fonctionnelles.

3 Les débris cartilagineux accumulés dans la membrane synoviale induisent eux-mêmes une réaction inflammatoire locale.

3 Traitements symptomatiques et anti-arthrosique

A Médicaments aspécifiques symptomatiques d'action rapide

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS, administration systémique ou topique) comme les glucocorticoïdes (administration intra-articulaire) inhibent la formation de médiateurs pro-inflammatoires : ils exercent des effets antalgiques et anti-inflammatoires plus ou moins puissants et améliorent la qualité de vie du patient, au prix d'une iatrogénie qui ne doit pas rester méconnue. L'acide hyaluronique exogène, administré en intra-articulaire, améliore la fonctionnalité de l'articulation et contribue à augmenter la production locale d'acide hyaluronique physiologique.

+

L'os réagit lui-même en devenant plus compact et en produisant un tissu compensatoire tendant à augmenter la surface articulaire. Soumis à un stress mécanique permanent, surtout lorsque l'articulation continue à être sollicitée régulièrement, il produit des médiateurs pro-inflammatoires et pro-dégradatifs. Le cycle de la destruction cartilagineuse est ainsi auto-entretenu.

Fissure dans le cartilage

Os à nu

Fibre de collagène

Chondrocyte

B Antiarthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)

Divers médicaments (chondroïtine, diacéérine, insaponifiables d'avocat et de soja, glucosamine) exercent une action complexe et encore insuffisamment élucidée dans l'arthrose. Ayant un effet modulateur sur l'os, ils contribuent également à protéger le cartilage contre les réactions enzymatiques et contre les dommages induits par les radicaux libres oxydants.

2. LES SIGNES CLINIQUES

> **Longtemps discrets, les signes cliniques d'arthrose sont de survenue progressive.** Ils ne concernent que quelques articulations au début : la maladie, à ce stade, est découverte à la faveur d'un examen radiologique.

> **La clinique est dominée par des douleurs aggravées** par une mobilisation intensive de l'articulation et réduites ou abolies au repos (30 % des patients se plaignent de douleurs nocturnes). Elles varient selon la localisation de la détérioration articulaire, l'âge et le climat (symptômes plus aigus si chute de pression atmosphérique et augmentation de l'hygrométrie). Sont aussi décrits un gonflement, une limitation du jeu articulaire, des « craquements ». Une raideur peut suivre l'inactivité.

> **La mobilité des articulations diminue au fur et à mesure que la maladie progresse ;** la composante douloureuse s'intensifie et une sensation de frottement apparaît. Les ligaments deviennent plus lâches, l'instabilité articulaire augmente, des déformations surviennent.

> **Le diagnostic est généralement aisé.** La douleur est appréciée par l'interrogatoire. La clinique permet de repérer les articulations atteintes. Une radiologie complète l'examen. La vitesse de sédimentation est normale ; l'analyse du liquide de ponction articulaire montre un liquide non ou peu inflammatoire, stérile.

3. LE TRAITEMENT

> **Les antalgiques.** Les antalgiques de niveau I (paracétamol en première intention, 3-4 g/j) sont prescrits dans les douleurs faibles à modérées. Les opioïdes de palier II, plus puissants, potentialisent l'action du paracétamol mais sont délicats à prescrire sur un terrain fragilisé.

> **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).** Ils sont très efficaces dans l'arthrose débutante ou moyennement évoluée, mais leur prescription, notamment sur des périodes prolongées, expose à des effets indésirables parfois sévères (ulcérations gastro-intestinales, hémorragies). Certains AINS ont des indications explicites pour l'arthrose : étoricoxib (Arcoxia), piroxicam (Brexin, Feldène, Geldène...). Les AINS sont contre-indiqués en cas d'antécédents d'ulcère gastro-duodéal, d'insuffisance cardiaque, hépatique et/ou rénale.

> **Les glucocorticoïdes.** Ces anti-inflammatoires puissants sont utilisés en infiltration articulaire, dans les poussées arthrosiques aiguës. Leur administration à long terme peut exposer à des effets indésirables sévères (infection articulaire, hypocoagulabilité). La société française de rhumatologie recommande certaines précautions : vérifier s'il existe une incompatibilité avec un médicament anticoagulant ou antiagrégant ;

signaler si le patient est diabétique, hypertendu, porteur d'une maladie cardio-vasculaire, a eu récemment une maladie infectieuse, un problème cutané.

> **Les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL).** Ces médicaments n'agissent pas comme des anti-inflammatoires, mais permettent d'en diminuer la posologie et donc de limiter l'incidence des effets indésirables. D'une efficacité modérée, ils bénéficient d'une bonne tolérance :

- le sulfate de chondroïtine (Chondrosulf, Structum 500) participe à la structure de la matrice cartilagineuse. Ce médicament, indiqué en traitement d'appoint des douleurs arthrosiques de la hanche et du genou, ralentit la dégradation du cartilage et stimule la synthèse des protéoglycanes ;

- la glucosamine (Dolenio, Flexea, Osaflexan, Structoflex, Voltaflex) est destinée à soulager les symptômes de l'arthrose légère à modérée du genou.

- la diacéréine (Art 50, Zondar) est un anti-inflammatoire d'activité modérée. Son action est d'instauration lente (un à deux mois). Sa prescription est limitée à l'arthrose de la hanche et du genou ;

- l'insaponifiable de soja et d'avocat (Piasclédine 300), indiqué dans l'arthrose de la hanche et du genou, limiterait les agressions par les radicaux libres et les substances oxydantes.

> **Les agents de visco-supplémentation.** Le hyaluronate de sodium (Hyalgan), injecté par voie intra-articulaire (1 infiltration/sem sur 5 semaines), est réservé au traitement symptomatique de l'arthrose du genou douloureuse avec épanchement. Actif après deux à trois mois, il inhibe l'action des médiateurs pro-inflammatoires et augmente la production d'acide hyaluronique endogène. ✪

DENIS RICHARD,
PRATICIEN HOSPITALIER

ÉPIDÉ- MIOLOGIE

> La maladie s'installe tôt dans l'existence (20-30 ans), et demeure longtemps infra-clinique.

> Les symptômes se banalisent chez le sujet > 75 ans : ils concernent alors près de 80 % des individus.

> Elle affecte davantage les femmes.

> Plus de la moitié des patients arthrosiques sont handicapés par leur maladie. 55 % d'entre eux ont besoin d'une aide quotidienne.

Prise en charge non médicamenteuse

> La rééducation est initiée avant que le handicap fonctionnel ne soit installé. Il importe de maintenir une bonne forme physique. Des périodes de repos sont ménagées pour que le cartilage sollicité se réhydrate. Le patient évitera les sièges trop profonds ou trop mous et privilégiera le repos sur un matelas ferme, les chaises rigides aux fauteuils... La société française de rhumatologie recommande certains exercices pour l'arthrose du genou (fiche à télécharger sur son site : www.rhumatologie.asso.fr).

> L'intérêt des compléments alimentaires n'est pas démontré dans l'arthrose. En revanche, la physiothérapie (massages et kinésithérapie, cryothérapie, hydrothérapie, mésothérapie...) aide à calmer la douleur.

> L'arthroplastie (pose de prothèse articulaire) est envisagée quand le handicap devient sévère. Les interventions concernent en majorité la hanche et le genou, avec pose, respectivement, d'environ 50 000 et 20 000 prothèses/an en France. L'arthrodèse consiste à fusionner de petites articulations pour supprimer les douleurs au mouvement tout en conservant la possibilité d'un mouvement global.

IATROGÉNIE AU QUOTIDIEN

Surdosage en vitamine D



RUBRIQUE COORDONNÉE PAR FLORENCE BONTEMPS,
DIRECTRICE SCIENTIFIQUE

1. DESCRIPTION DU CAS

Mme P., âgée de 84 ans, n'a pas d'antécédents particuliers. Son traitement usuel ne comporte qu'un hypocholestérolémiant (atorvastatine). Après avoir ressenti des vertiges, la patiente a fait une chute sans traumatisme crânien ni perte de conscience. Cette chute a entraîné une fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus nécessitant la pose d'une prothèse humérale inversée. Un bilan biologique réalisé durant la période de rééducation de la patiente fait apparaître une légère carence en vitamine D (concentration sanguine à 69 nmol/l, pour une valeur souhaitée entre 75 et 200). Le prescripteur prescrit de l'Uvedose. L'ordonnance comporte : Uvedose, une ampoule par jour durant un mois, puis une ampoule tous les trois mois.

Dix-neuf jours plus tard, un autre prescripteur constate l'erreur et **stoppe la prescription**. L'examen de la pancarte montre que ce médicament a été tracé comme administré sur toute la période considérée.

Des analyses biologiques sont effectuées pour mesurer l'importance du surdosage et les conséquences possibles. La concentration en 25-hydroxyvitamine D est mesurée à **242 nmol/l** sept jours après l'arrêt du traitement, puis redescendra à **210 nmol/l** à J23 après le surdosage. Les concentrations de calcium sanguin sont restées normales et stables (2,39 mmol/l avant le début du traitement par Uvedose et 2,36 mmol/l onze jours après l'arrêt).

Aucun signe clinique lié au surdosage n'a été observé. Une surveillance prolongée de la fonction rénale sera programmée.

QUE S'EST-IL PASSÉ ?

Le prescripteur a mal renseigné le rythme d'administration de l'Uvedose, en prescrivant une **administration tous les jours au lieu de tous les 14 jours** (erreur de sélection de la périodicité dans le logiciel de prescription). Cette erreur ne sera détectée que 19 jours plus tard par un autre prescripteur.

Dans l'intervalle, le médicament sera administré à plusieurs reprises par les infirmiers, sans qu'il soit possible de savoir exactement combien de doses ont été réellement administrées : en effet, plusieurs IDE ont validé informatiquement des administrations, sans qu'elles ne soient effectivement réalisées.

Finalement, à l'erreur de prescription initiale s'ajoute un **défaut majeur de traçabilité** des administrations.

2. LA VITAMINE D EXOGÈNE : RAPPELS

La vitamine D favorise la minéralisation par des actions directes sur l'os en formation et a des actions indirectes impliquant l'intestin (augmente la capacité à absorber le calcium et les phosphates), les parathyroïdes et l'os déjà minéralisé. Le rôle de la vitamine D dans le métabolisme osseux n'est plus à démontrer mais, récemment, la responsabilité des carences en vitamine D a été discutée dans le développement d'autres pathologies (cancers, maladies inflammatoires, infections virales, développement fœtal anormal). La prévalence de l'insuffisance en vitamine D est de 78 % des femmes de 50 ans, 50 à 60 % des femmes ostéoporotiques et 97 % des patients hospitalisés pour fractures ostéoporotiques.

Traitement des carences

En cas de carence en vitamine D, l'alimentation ne peut pas être suffisante. L'exposition modérée au soleil est un excellent moyen car les UV participent à la synthèse de la vitamine D au niveau de la peau, mais dans le cas de carence importante ou récurrente, il est nécessaire d'apporter de la vitamine D exogène. Celle-ci est disponible sous forme de vitamine D3 (colécalciférol : Uvedose, Zymad, Adrigyl, vitamine D3 BON injectable), de vitamine D2 (ergocalciférol : Sterogyl, Uvesterol), ou d'un dérivé de la vitamine D3, le calcifédiol (Dedrogyl). La vitamine D3 est jugée trois à quatre fois plus efficace que les autres composants de cette classe pharmacologique.

Indications

La vitamine D3 exogène est utilisée pour les traitements et/ou la prophylaxie des carences en vitamine D. Les indications supplémentaires du calcifédiol sont le rachitisme carenciel et l'ostéomalacie, la prévention des troubles calciques liés à la corticothérapie ou aux anticonvulsifs.

Posologie

> Pour un traitement préventif, la posologie de vitamine D3 est de 400 000 UI/an chez l'adulte, divisée en deux à six administrations selon la spécialité.

> Pour les traitements curatifs, les posologies d'Uvedose (100 000 UI) recommandées sont de une

à deux ampoules par mois pendant deux mois puis une ampoule par mois jusqu'à normalisation. Les posologies de Zymad (200 000 UI) sont de une ampoule renouvelable une ou deux fois sur six mois, puis poursuite de la prophylaxie habituelle pour prévenir les rechutes, sans dépasser une dose totale de 600 000 UI/an. Les posologies de la vitamine D2 sont 800 à 2 000 UI/jour.

> De très nombreuses spécialités associant calcium et vitamine D (Cacit vit D3, Orocal vit D3...) sont utilisées dans le traitement de la carence vitamino-calcique et dans le traitement de l'ostéoporose. La posologie est de l'ordre de 1 à 3 unités par jour selon l'importance de la carence.

Effets indésirables

Très peu d'effets indésirables sont décrits à dose thérapeutique. Seules des réactions d'intolérance telles que des érythèmes, des éruptions cutanées et du prurit sont observées. Pour l'Uvesterol, il a été décrit de rares cas de malaise vagal chez des nourrissons, probablement liés à des fausses routes.

En revanche, lors d'une hypervitaminose D, des signes plus importants, liés à une hypercalcémie secondaire, sont possibles comme amaigrissement, anorexie, asthénie, calcification, céphalées, troubles digestifs (constipation, nausées et vomissements), hypertension artérielle, atteintes rénales (insuffisance rénale aiguë, lithiase rénale, néphrocalcinose), polydypsie, polyurie, retard staturo-pondéral, troubles hydro-électrolytiques (déshydratation, hypercalciurie, hyperphosphatémie, hyperphosphaturie).

Interactions médicamenteuses

Aucune interaction médicamenteuse majeure n'est actuellement décrite. Cependant, pour éviter tout surdosage, il convient de tenir compte des doses totales de vitamine D en cas d'association avec un traitement contenant déjà cette vitamine.

Administration non quotidienne

Si une grande majorité des médicaments usuels ont un rythme d'administration journalier, il est important de garder à l'esprit la possibilité de rythmes différents, afin d'éviter de graves erreurs. Ainsi, de nombreux cas d'administration quotidienne de méthotrexate (au lieu d'une administration hebdomadaire) ont été signalés, avec des conséquences parfois mortelles. Deux situations peuvent être distinguées : certains traitements nécessitent l'administration d'une dose de charge, qui pourra être suivie d'une dose d'entretien. D'autres ont un rythme usuel d'administration hebdomadaire, mensuel, bimensuel, voire même annuel (voir tableau ci-dessus). ✕

L. BOURGUIGNON, B. LEROY, PHARMACIENS PRATICIENS HOSPITALIERS, ÉQUIPE IATROTOX

Médicaments à rythme non quotidien

Classe pharmacologique	Exemples de spécialité
Hebdomadaire	
Biphosphonates	Fosamax
Erythropoïétines	Aranesp
Interferon	Pegasys
Anticancéreux	Navelbine Novatrex
Antipsychotiques	Semap
Tous les 10 jours	
Vitamines	Vitamine B 12
Tous les 15 jours	
Antipsychotiques	Risperdal consta
Antibiotiques	Extencilline
Une fois par mois	
Biphosphonates	Bonviva 150 mg cp
Antipsychotiques	Haldol decanoas
Anticancéreux	Enantone LP 3,75 mg
Une fois tous les 3 mois	
Biphosphonates	Bonviva 3 mg inj
Anticancéreux	Enantone LP 11,25 mg
Une fois tous les 6 mois	
Anticancéreux	Enantone LP 30 mg
Une fois par an	
Biphosphonates	Aclasta

3. EN PRATIQUE

> La prescription informatisée est un outil important d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins apportés au patient. Cependant, comme dans le cas présenté ici, elle peut faciliter la survenue de certaines erreurs médicamenteuses (erreurs qui n'auraient pas eu lieu avec une prescription manuscrite). Selon les études publiées, les erreurs imputables à l'informatique représentent entre 9 et 49 % des erreurs de prescription.

La formation exhaustive du personnel soignant et l'amélioration de l'ergonomie des logiciels de prescription permettent de diminuer ce risque d'erreur.

> La traçabilité de l'administration des médicaments par les IDE, qu'elle soit informatique ou manuscrite, est une étape chronophage mais importante du circuit du médicament. Par facilité, certains IDE ont pris l'habitude de valider systématiquement par une signature informatique les administrations des médicaments, qu'ils aient été réellement administrés ou non. Ce défaut dans la traçabilité engendre des difficultés dans l'analyse de la réponse au traitement et également dans la gestion *a posteriori* des erreurs.

PRÉCAUTIONS À PRENDRE

> La communication médecin-infirmier est très importante pour permettre de repérer d'éventuelles erreurs dans la prescription. Tout dysfonctionnement identifié par un infirmier, ou toute ambiguïté relevée dans une prescription devrait faire l'objet d'un signalement au médecin prescripteur pour correction éventuelle de l'ordonnance.

QUESTIONS SUR

Le toucher-massage
en psychiatrie

© NIK FREY - FOTOLIA.COM

Le toucher-massage en psychiatrie est un soin relationnel privilégié destiné à accompagner les patients, et une manière de créer une relation de confiance avec eux. Explications et illustration par deux cas cliniques⁽¹⁾.

Après de nombreuses années d'expérience en psychiatrie, une prise de poste au sein d'un atelier créatif et d'ergothérapie a été pour moi l'occasion de réfléchir sur ma pratique professionnelle. Ayant le désir de développer de nouvelles techniques relationnelles avec les patients, dans le cadre d'une démarche plus holistique du soin, j'ai réalisé une formation d'infirmière clinicienne m'investissant et développant plus particulièrement le domaine de la relaxation et du toucher-massage.

En collaboration avec une psychologue, nous avons mené une réflexion clinique sur l'intérêt thérapeutique du toucher-massage infirmier dans le cadre d'une prise en charge globale du patient hospitalisé en psychiatrie adulte, au Chu de Toulouse. Deux vignettes cliniques viennent illustrer notre démarche.

Depuis quand le massage existe-t-il ?

Le mot massage apparaît dans le dictionnaire au XIX^e siècle. Il tire son étymologie du mot grec *massein*, de l'hébreu *mashesh* et de l'arabe *mass*, dont le sens est « palper, presser légèrement ». La pratique du massage est ancestrale. Nous en retrouvons des traces près de 3000 ans avant J.-C. Les Grecs et les Romains en proposaient après une bataille en raison de leurs capacités reconstituantes et, de manière plus générale, pour l'entretien du bien-être physique et psychique. En Inde et en Asie, cette technique se pratique au quotidien et constitue une hygiène de vie. En Chine, elle relève du domaine de la médecine. Disparu de la scène médicale en Occident avec l'apparition de la médecine moderne, le massage fait aujourd'hui partie d'une des nombreuses pratiques alternatives du soin.

Qu'appelle-t-on toucher-massage ?

Le toucher est un agent de croissance et de communication. Dans la société contemporaine, et plus particulièrement en Occident, ce sens semble mis à distance et susciter une certaine méfiance. Pourtant, que serions-nous sans lui ? En effet, le toucher tient une place primordiale dans l'histoire du développement humain. C'est par lui que le nourrisson prend connaissance du monde qui l'entoure. C'est à travers le contact à la mère et les soins corporels qu'il perçoit certaines informations sur ce qui est extérieur à lui, par les limites rencontrées de son nouvel environnement. C'est une des premières voies ouvertes à la communication. Ces rapports au toucher, évoquant, bien sûr, les fonctions essentielles du « holding » et du « handling » de Winnicott (1969), se prolongeront bien des mois par les soins, les bercements, les jeux avec l'enfant. Ainsi, avoir « son compte » d'attentions par le toucher est, de la naissance à la mort, un besoin vital. On a pu d'ailleurs voir comment en être privé pouvait être source de troubles aux expressions multiples (Spitz, 1946).

Qu'est-ce que le « Moi-peau » ?

L'enveloppe corporelle, théorisée par Didier Anzieu sous le vocable de « Moi-peau » (1985), a pour fonc-

tions éminemment importantes de marquer les limites de notre corps entre intérieur et extérieur et de constituer un point de contact avec l'environnement, zone d'interface, de transfert et d'échange, un « espace potentiel » (Winnicott, 1971). Mais cette enveloppe cutanée constitue également une enveloppe psychique, répondant au besoin d'un contenant narcissique assurant à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base, condition nécessaire à la constitution du Moi.

Comment se décrit le toucher-massage en soins infirmiers ?

Les techniques de toucher-massage sont bien différentes de celles pratiquées par les kinésithérapeutes, en premier lieu parce qu'elles ne s'intéressent pas aux mêmes choses. Muscles et tendons pour les kinés, personne dans sa globalité pour l'infirmier. En effet, le toucher infirmier ne se fonde pas sur la stimulation « méthodique », « mécanique » ou « réflexe » des tis-

sus, les mains des infirmières étant plutôt des interfaces dont la mission est la stimulation tactile, et non pas fonctionnelle du tissu cutané. Le massage se présente comme un soin relationnel privilégié permettant d'accompagner le soin, de rassurer, de calmer et de détendre. En effet, face à la multiplication des spécialités et à la complexité des soins aujourd'hui, se pose la nécessité de proposer au soignant un véritable « outil », facile à mettre en œuvre, ne nécessitant pas de connaissances particulières en anatomie ni en physiologie... Cette pratique a pris son essor dans le cadre des soins palliatifs avec comme objectif de faciliter le vécu de la douleur et des soins nécessaires aux traitements de la maladie. Mais le toucher-massage est également une manière de communiquer, d'entrer en relation par le biais d'un langage non verbal plus authentique avec le patient, et de créer ainsi une relation de confiance entre l'acteur du soin et son bénéficiaire. L'intentionnalité du geste est très importante dans ce langage non verbal. En effet, chaque geste, ►

CAS CLINIQUE N°1

MISE EN CONFIANCE RESTRUCTURANTE

Jeune patient instable, M. D. retrouve un sentiment d'unité grâce aux massages.

M. D. est un jeune homme d'une vingtaine d'années qui, jusqu'à maintenant, vivait en foyer pour mineurs et en famille d'accueil. Il est reçu dans le service hospitalier universitaire dans le cadre d'une rupture avec son lieu de vie habituel. Désormais majeur, il doit trouver un autre placement. Il présente une psychose infantile dont la forte impulsivité, les passages à l'acte hétéro et auto-agressifs ainsi que l'angoisse archaïque se voient accentués dans ce contexte peu rassurant.

Instabilité

Dans un premier temps, le jeune patient utilise l'atelier créatif et d'ergothérapie de façon occupationnelle. La prise en charge s'avère difficile dans la mesure où

il témoigne d'une forte instabilité et d'une impossibilité de se fixer longtemps sur une tâche. Il mobilise de façon constante la présence d'un soignant. Dans le service, en lien avec son comportement, il est souvent contenu physiquement (il est alors enfermé dans sa chambre).

Groupe de relaxation

Comment l'aider à se sentir plus apaisé ? Nous incluons M. D. dans un groupe de relaxation. Il en avait lui-même exprimé la demande. L'expérience se révèle très positive : respect des consignes, des autres participants, accès à la détente et à certaines représentations agréables. Après discussion avec les médecins, les massages lui sont prescrits. En premier lieu, un

massage des mains est réalisé. En face-à-face, ce massage permet un premier contact du corps, qui paraît protégé du sentiment éventuel d'intrusion. Il est, de par ses caractéristiques, plus contenant. Ainsi, le toucher massage des mains est une façon de se familiariser avec le toucher-massage en général. Il permet une mise en confiance, une réassurance et un accès à la détente assez aisé. Il donne aussi des informations précieuses au clinicien sur les dispositions du patient.

Investissement

Devant la réussite de ce premier massage, nous enchaînons par un massage du visage, qui se poursuivra de façon régulière pendant deux mois. Le patient se montrera assidu, investi

et respectueux du cadre. Il tirera des bénéfices importants de ce type d'approche. Outre l'accès immédiat à un apaisement grâce au massage en lui-même, d'autres apports se font jour. Il arrive désormais à s'occuper seul lors des ateliers.

Sentiment d'unité

Les comportements hétéro et auto-agressifs du jeune homme sont de moins en moins nombreux. Nous pouvons avancer l'idée que les massages ont apporté une forte contribution dans ce travail clinique de recherche de contenant, de sentiment d'unité. La sensation d'être contenu intérieurement et celle d'être apaisé semblent perdurer un peu plus dans le temps et dans l'espace. La présence d'un soignant est, par ailleurs, beaucoup moins nécessaire. ✨

CAS CLINIQUE N°2

POUR SOIGNER LA DÉPRESSION

M^{me} M. suit trois séances de massages du visage par semaine, qui la libèrent peu à peu de ses émotions et lui apportent détente et apaisement.

Mme M. est hospitalisée pour dépression consécutive à une rupture sentimentale. Elle travaille dans la santé et se retrouve seule avec son petit garçon de 2 ans. Si elle se présente la plupart du temps le visage fermé, et rougi par les pleurs, la patiente investit bien le soin programmé, à hauteur de trois séances par semaine. Pour elle, seront essentiellement réalisés des massages du visage. Un massage des pieds lui sera prodigué une fois afin d'accentuer les effets relaxants et les conditions favorables d'échange (réflexologie, le face-à-face comme espace sécurisant). De nombreuses séances sont nécessaires avant d'observer, outre le bienfait immédiat, un certain mouvement (10 séances).

Déception

C'est la onzième séance, nous faisons le point avec M^{me} M., qui, à ce jour, n'a pas trouvé d'amélioration durable avec les massages. Elle paraît déçue. Comme à l'habitude, un massage du visage et du cuir chevelu est privilégié. Cette partie du corps, délicate à toucher de par son côté intimiste et subtil, est souvent sous tension, difficile

à relâcher. Les muscles du cou sont raides, les mâchoires contractées, les lèvres serrées, les yeux et le front crispés... Une grande énergie est utilisée à cacher les émotions, à « sauver la face ». Nous rejoignons la notion de faux self. Le travail est alors d'insister sur les points de tension : points de souci, tempes, puis cuir chevelu et cou. Un fond musical lui est proposé, elle choisit le bruit de l'eau.

Lâcher-prise

Cette demande est encourageante dans le sens où elle laisse pour la première fois entrevoir l'émergence d'un désir. Vers la fin du massage, on sent que M^{me} M. est détendue : lors de la manipulation de la zone des cervicales, la tête vient facilement, dénotant un relâchement de tout le corps et un certain lâcher-prise. Après un temps où la patiente est restée seule, dans la même position, l'émotion survient. La détente musculaire a favorisé le relâchement de ses défenses, ses émotions peuvent s'exprimer. Une nouvelle tentative de maîtrise est constatée. Elle commence ensuite, pour la première fois, à parler d'elle, exprimant tout d'abord

un vécu carencé vis-à-vis de son entourage : « *On ne s'est jamais occupé de moi comme ça ! Je me suis toujours occupée des autres, jamais de moi.* » Elle enchaîne sur son vécu actuel, de sa rupture affective jusqu'à la dévalorisation massive de son rôle de mère. La relation de confiance instaurée via le respect et la reconnaissance du patient dans sa singularité a permis la mise en mots du vécu souffrant. On peut faire l'hypothèse que le massage à entraîné les conditions d'un double mouvement : d'une part, le mouvement d'acceptation d'être touchée, donc reconnue dans son corps, et, d'autre part, le deuxième mouvement, provoqué par le premier, qui est l'émergence de l'émotion et sa verbalisation.

Souvenirs

Après la séance précédente, certains souvenirs ont émergé grâce au fond musical du bruit de la mer. Les images survenues étaient rattachées à des souvenirs de vacances en famille avec son ex-mari et son fils. La douzième séance confirme les mouvements enclenchés. Le massage prodigué sera identique aux

précédents mais avec une réponse somatique plus rapide. Durant la séance, la patiente est encore moins tendue au niveau des mâchoires, vraiment relâchée, car son cou se manipule avec souplesse, cela témoignant qu'elle s'abandonne totalement et permettant la détente du buste.

Respiration

Véritable carrefour de contraintes, cette zone est très sensible à la fatigue et au manque de sommeil, mais aussi aux émotions contenues. Un exercice de respiration va compléter la séance, renforçant la détente et les limites dedans/dehors. En effet, lors de la prise en charge, en plus de la dépression liée à la problématique de séparation affective récente, se révélait une véritable problématique, plus ancienne, de séparation/individualisation. Il est proposé à la patiente d'effectuer seule ces exercices, pour acquérir de l'autonomie et pour maintenir l'acquis des séances. Finalement, Mme M. s'orientera vers un salon d'esthétique, où lui seront à nouveau prodigués des soins du visage. ✨

La détente musculaire a favorisé le relâchement des défenses

- ▶ chaque contact reflète l'intention du « masseur » mais aussi une part de son émotion, de ses hésitations, parfois de ses peurs, de son plaisir ou déplaisir.

Quel rôle joue le toucher-massage en psychiatrie ?

Si le toucher-massage s'est plus particulièrement développé dans le cadre des soins somatiques, on peut voir qu'il concerne aujourd'hui de nombreux autres secteurs comme la pédiatrie, la gériatrie, et la psychiatrie. Il joue un rôle sur certaines variables déjà repérées en médecine générale, comme l'anxiété et le stress, mais également vis-à-vis de la dépression, comme peuvent en attester certaines études (C. A. Moyer & al., 2004), révélant même des scores avoisinant les résultats de certaines psychothérapies !

Dans le cadre des pathologies psychotiques, et face à la dégradation du schéma corporel, le toucher-massage permet, par une gestuelle contenant et unifiante, un travail sur les enveloppes, favorisant la perception d'un corps intègre, mais aussi une perception d'existence propre. Ainsi, différents types de massage peuvent être proposés (visage, pieds, mains, dos, ventre) et prodigués en fonction des besoins et des limites du patient. Par exemple, pour une première approche ou pour des personnes réticentes, un massage des mains sera plus adapté, et vécu de façon moins intrusive (facilement accessible, nul besoin de se dévêtir, contact visuel pouvant être contenant).

Comment se déroule la prise en charge des patients ?

Les patients sont adressés à l'infirmière clinicienne soit sur prescription médicale, soit sur proposition de l'IDE. Les séances se passent dans l'intimité et le calme nécessaires. Après avoir réalisé une anamnèse plus ou moins approfondie en fonction des possibilités du patient à ce moment-là, il est proposé au patient différents massages (visage/cuir chevelu, dos, pieds, mains), et c'est lui qui choisit la zone du corps qui lui convient le mieux. La personne s'installe allongée sur la table ou assise, selon le type de massage. Une couverture est nécessaire, car, avec la détente musculaire, la température du corps a tendance à baisser ostensiblement. Un fond musical relaxant est également proposé. Le massage dure, en général, une trentaine de minutes, à raison d'une à deux fois par semaine, la fréquence s'adaptant en fonction de la personne. Il débute par une prise de contact progressive. À la fin du massage, un temps est pris pour que le patient évoque son ressenti de la séance.

Conclusion

Les deux illustrations cliniques développées rendent compte des différents niveaux possibles d'approche du toucher-massage. Pour M. D., la prise en charge

se fait dans un but essentiel d'apaisement, de création de contenant qu'il pourra éventuellement intégrer. Notre travail se centre sur les limites, sur la réunification du corps et de l'esprit. À travers les rendez-vous et les massages en eux-mêmes, la notion de continuité se construit. En revanche, la pertinence de ce soin pour M^{me} M. se situe dans un travail de mise en confiance, de lâcher-prise, puis d'expression émotionnelle et d'élaboration psychique. Faisant écho aux représentations maternantes et d'étayage, il a représenté, dans un premier temps, un exercice contenant, un rassemblement centripète permettant un renforcement narcissique. Il a permis ensuite une mise en lien émotionnelle. Ce qui a pu amorcer le déblocage de la dynamique psychique. Cette revalorisation narcissique, avec la réactivation de la dynamique psychique, permettra par la suite d'entamer un travail sur l'autonomie et l'individuation de la patiente. Ainsi, nous constatons que le toucher-massage est un bon outil clinique, où le contexte dans lequel il se déroule (la présence, l'écoute, la communication, la relation avec la personne massée) contribue à sa réussite dans un savoir-être tendant vers une « juste distance ». C'est dans ce contexte que l'intervention de l'infirmier psychiatrique prend toute sa légitimité. ✦

**M.-C. GAUDE, INFIRMIÈRE CLINICIENNE,
AVEC LA COLLABORATION DE M.-P. CLAVERIE,
PSYCHOLOGUE ; M.-C. MICHAS, PSYCHOLOGUE ;
ET A. VIEIL CAZAL, PSYCHOLOGUE STAGIAIRE.**

* Cet article est le fruit de pratiques mises en place dans le service de psychiatrie adulte (UF4 et 3) du P^r Laurent Schmitt et du P^r Philippe Birmes, au CHU de Toulouse.

Pour aller plus loin

► A lire

- Anzieu D. (1985). *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.
- C. A. Moyer, J. Rounds, J. W. Hannum, *A Meta-Analysis of Massage Therapy Research*.
- Dobbs Barbara, Poletti Rosette (2003), *L'estime de soi*, Jouvence.
- *Psychological Bulletin* 2004, Vol. 130, No. 1, 3-18.
- Prayez P, Savatofski J, (2009), *Le toucher apprivoisé*, Lamarre.
- Savatofski J, (2001), *Le toucher-massage*, Lamarre.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- Winnicott D. W. (1971). *Jeu et réalité*, Paris, Folio Essais.

► Articles

- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : « Le toucher au cœur des soins, phase 1, guide pour la pratique, la formation et l'évaluation en soins infirmiers », rapport déc. 2007.
- Institut de soins infirmiers supérieurs (Isis), Bardou Annie, Jacquet Anne, Mériel Geneviève, « Toucher et relation au corps dans les soins infirmiers », formation IDE clinicienne, et soins et communication par le toucher.

► Se former

- Dans le cadre de la formation permanente : la formation « communication et soin par le toucher ».
- En deux ans, la formation d'infirmière clinicienne comprend un module sur le toucher-massage.

FICHE TECHNIQUE

Les dégagements d'urgence

Techniques secouristes prioritaires dans la formation d'un équipier secouriste, les dégagements d'urgence sont réalisés selon des procédures rigoureuses.

Les dégagements d'urgence sont des techniques secouristes enseignées dans la formation « prévention et secours civique (PSC 1) », destinée au grand public, ainsi que dans la formation « premiers secours en équipe (PSE 1) » destinée aux équipiers secouristes et dispensée de manière plus détaillée. Ces techniques sont développées en début de formation puisqu'elles entrent dans la partie prioritaire pour le sauveteur : la protection et la sécurité. Pour autant, elles restent rares, voire exceptionnelles, et sont réalisées selon des procédures rigoureuses.

QUAND RÉALISER CETTE TECHNIQUE ?

Une victime peut être gênée par des facteurs extérieurs comme la pluie. S'il est important de la protéger de l'hypothermie, il peut être dangereux, en cas de traumatisme, de la déplacer pour la mettre à l'abri. On ne peut donc pas considérer cette situation comme un danger. Dans certains cas, cependant, ce facteur extérieur engendre un risque pour la victime. Nous citerons pour exemple la présence d'une échelle menaçant de tomber. Ce danger peut être entièrement supprimé si l'on déplace l'échelle. On dit alors que la protection est réalisée. Parfois, en revanche, il est impossible d'agir sur ce facteur extérieur : effondrement d'échafaudage, incendie... C'est la victime qu'il faudra alors soustraire. Cette manœuvre n'est pas sans risque pour la personne traumatisée, mais elle est indispensable à sa survie.

En résumé, « un dégagement d'urgence se réalise pour soustraire une victime à

un danger réel, vital, immédiat et non contrôlable et pour réaliser des gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser ».

OBJECTIF

L'objectif est de déplacer rapidement la victime sur une distance suffisante pour qu'elle soit en sécurité et que les gestes de secours puissent être réalisés sans mettre l'intervenant en danger. On note ici trois notions importantes : la sécurité de la victime, la sécurité de l'intervenant et la rapidité d'action.

TECHNIQUES

Il est plus important de valoriser la rapidité que la technicité du geste. Il existe cependant plusieurs exemples de techniques de dégagement d'urgence. Deux d'entre elles sont enseignées au grand public (PSC1). En effet, elles répondent au mieux à l'objectif cité, surtout pour un intervenant seul et pas ou peu averti. Ces techniques sont les suivantes :

■ **Traction par les chevilles :** elle est la plus adaptée lorsque les pieds de la victime sont dirigés vers la sortie. Cette technique consiste à saisir les chevilles de la personne au sol et à tirer celle-ci jusqu'à un endroit sécurisé (photo 1).

■ **Traction par les poignets :** à l'inverse, cette technique est préférable lorsque la tête de la victime est dirigée vers la sortie. Elle consiste à saisir les poignets de la personne et à tirer celle-ci jusqu'à un endroit sécurisé (photo 2).

D'autres techniques sont enseignées lors des formations PSE1. Plus complexes, elles requièrent un entraînement régulier et ne peuvent pas être mises en œuvre de manière systématique en cas de péril imminent :

■ **Traction par les vêtements (photo 3).**

■ **Traction sous les aisselles :** cette technique est à privilégier pour déplacer une victime dans les escaliers car la tête ne risque pas d'être en contact avec le sol. La personne est assise et le sauveteur passe ses bras sous ses aisselles (photo 4).

■ **Sortie d'un véhicule :** la ceinture doit être découpée et les pieds dégagés des pédales. Les mains du sauveteur passent sous les aisselles de la victime. L'une vient maintenir son menton et l'autre, son poignet (photo 5).

Un dégagement d'urgence n'est pas sans risque pour une victime traumatisée puisque l'axe de la colonne vertébrale n'est pas respecté de manière optimale. Cette technique doit donc, en résumé, être réalisée avec une grande rapidité, sans mettre en danger l'intervenant, dans le but de sauver une victime d'un péril imminent et vital. ★

ALEXANDRE ZELLER, INFIRMIER DE SAPEURS-POMPIERS, POUR L'ANISP



Source : Guide national de référence, Premiers Secours en équipe niveau 1, DGSCGR.

Bacteria **survive** on paper

MOTS ET EXPRESSIONS

To handle (v)
manipuler
(avec les
mains)

**To culture/to
cultivate** (v)
Cultiver

**Growth
medium** (n)
Milieu
de culture

Swatches (n)
Coupon,
échantillon (de
papier, tissu...)

Plate (n)
Ici, plaque,
lamelle

Have you held a piece of paper at work today? Whether a patient file, doctor's notes or reports, or a patient's personal books and magazines, you have probably **handled** many papers and their invisible bacteria.

A 2011 study looks at the « Survival of Bacterial Pathogens on Paper and Bacterial Retrieval from Paper to Hands »⁽¹⁾ Four bacteria – Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, and Enterococcus hirae - were **cultured** overnight in a **growth medium**. These cultures were air-dried on paper **swatches** in standard room conditions. They were then sampled and **plate** counted after 48, 72, 96, 144 and 168 hours, to test for bacterial growth. The authors report: « *The four tested organisms showed differences in length of survival... but were stable on paper for up to 72 hours and still cultivable after seven days.* » To test for the transmissibility of pathogens, volunteers' fingertips were inoculated with a non pathogenic strain of E. coli; the inoculum was then pressed onto sterile paper swatches. Other volunteers, whose hands had been moistened, pressed their fingertips onto the contaminated paper swatches. Bacteria transferred to the moistened fingertips were cultivated according to standard laboratory procedures. Quantities of bacteria sufficient to cause infection or disease were found on the volunteers' fingertips, completing the hand-paper-hand bacteria cycle. Further research should examine the efficacy of hand sanitizers and soap in reducing bacterial transfer. ✨

1- By Nils-Olaf Hübner, MD, Claudia Hübner, PhD, Axel Kramer, MD, PhD, and Ojan Assadian, MD, DTMH. Publié dans *The American Journal of Nursing*; Décembre 2011. Vol. 111, No. 12, pages 30-34.

Les bactéries **survivent** sur le papier

Avez-vous touché une feuille de papier au travail aujourd'hui? Qu'il s'agisse d'un dossier de patient, d'un compte-rendu médical ou bien des livres ou magazines d'un patient, vous avez sans doute manipulé beaucoup de papiers, ainsi que leurs bactéries invisibles.

Une étude de 2011 met en évidence « La survie de bactéries pathogènes sur le papier et le transfert de bactéries du papier vers les mains ». Quatre bactéries – Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, et Enterococcus hirae – ont été placées pendant une nuit dans un milieu de culture. Ces cultures étaient séchées à l'air libre sur des échantillons de papier dans des conditions ambiantes standards. Des prélèvements ont été effectués et des lamelles réexaminées après 48, 72, 96, 144 et 168 heures, pour déterminer la croissance des bactéries. Les auteurs notent :

« *Les quatre organismes testés montraient des différences dans leur taux de survie, mais leur état restait stable sur le papier jusqu'à 72 heures, et l'on pouvait encore les cultiver après sept jours.* »

Pour contrôler la transmissibilité des pathogènes, on a inoculé sur le bout des doigts des volontaires une souche non pathogène de E. coli ; ensuite, les personnes inocuées ont pressé leur doigt sur des bandes de papier stérile. D'autres bénévoles, dont les mains avaient été humectées, ont pressé leurs doigts sur ces bandes de papier contaminées. Les bactéries ainsi transférées étaient cultivées selon les procédures de laboratoire standards. Un nombre de bactéries suffisant pour engendrer une infection ou une maladie a été retrouvé sur les mains des bénévoles, complétant le cycle de bactéries « main-papier-main ». D'autres recherches devraient porter sur l'efficacité des gels hydroalcooliques et du savon dans la réduction du transfert de bactéries. ✨

PAGE COORDONNÉE
PAR GWYNETH CAIRNS

QUESTIONS

- Which two tests did the authors carry out ?**
 - How long four different bacteria survive on paper ?
 - Whether bacteria can be transferred from hand to paper to hand.
- For how long were the four bacteria cultivated ?**
They were cultivated (or cultured) overnight, that is, for one night.
- Will this research change your habits regarding paper handling or hand washing ?**