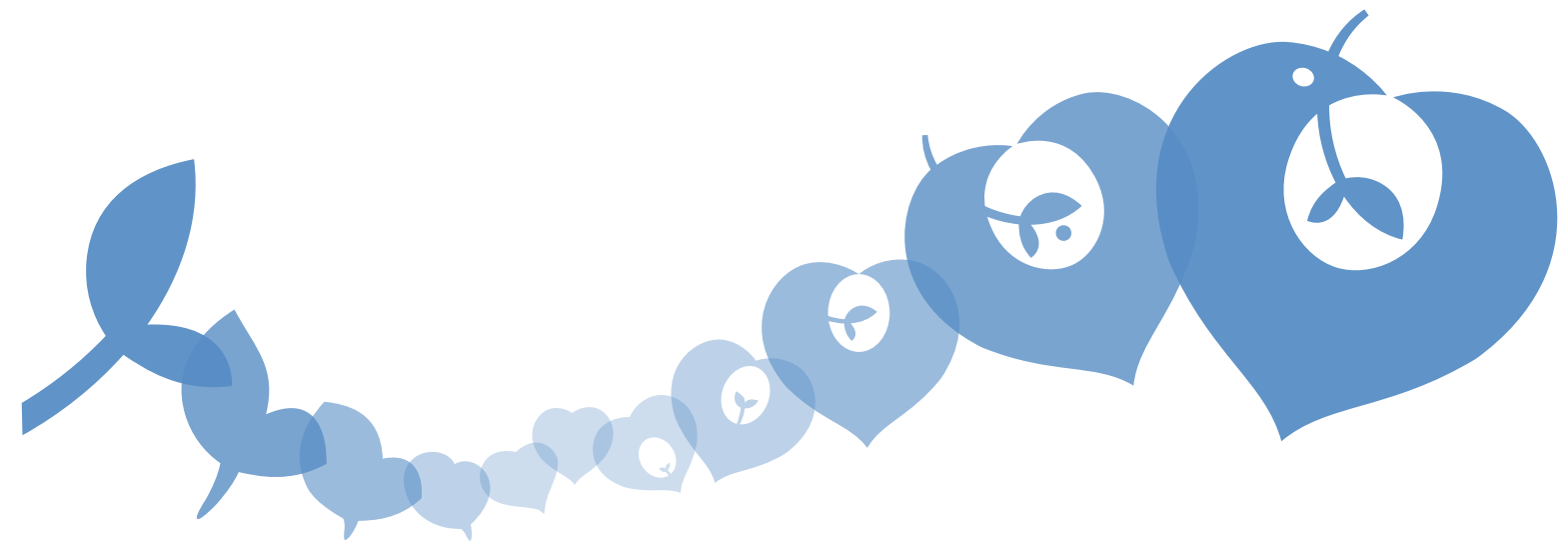




La  **MACSF**,
1^{er} assureur des professionnels de santé,
soutient cette journée
et vous offre la clé USB.



100 rue de Sèvres - 75015 PARIS
01 73 60 00 08

1^{ères} Rencontres Paramédicales

Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades
11 avril 2012

149 RUE DE SÈVRES, 75015 PARIS - AMPHITHÉÂTRE ROBERT DEBRÉ

L'ACCUEIL
une démarche collective
au cœur de toutes les activités hospitalières



© DR Communication Necker - Direction des soins - 2012

Sommaire

1. Quel accueil des nouveaux professionnels pour préparer la pluri-compétence et la mobilité ?

- Myriam FAIVRE, Cadre de santé
- Sandra LEVY, Cadre de santé
- Cécile CHABERT, Infirmière

page 4

2. Référentiel d'intégration et parcours qualifiant : une expérience en kinésithérapie

- Anne-Lise CAMIUL, Cadre de santé
- Julien OSOUF, Masseur kinésithérapeute
- Jérémie REBY, Masseur kinésithérapeute

page 7

3. L'accueil téléphonique : prendre soin du patient avant le soin

- Myriam GUILLOUX, Responsable en organisation
- Guilhem de PAMPELONNE, Responsable du centre de rendez-vous
- Séverine MATIC, Infirmière
- Chantal LEVIER, Infirmière

page 11

4. Les consultations infirmières en hématologie : accueil et suivi personnalisés

- Corinne BENTEYN, Infirmière
- Sophie JACQUET, Infirmière
- Martine O'NEIL, Infirmière

page 16

5. Les donneurs vivants : comment accueillir et accompagner ceux qui vont donner leur rein?

- Catherine Fournier, Infirmière

page 19

6. Accueillir une nouvelle IRM : quels bénéfices pour le patient et le personnel ?

- Mohammed BERHILI, Cadre de santé
- Nathalie LEPETIT, Manipulatrice électroradiologie
- Olivier RELLO, Manipulateur radioélectroradiologie

page 22

7. Accueillir un tube, c'est accueillir un patient ?

- Sandrine MAJOUX, Cadre de santé
- Jean-Claude DARDE, Agent de réception

page 25

8. Par la musique, accompagner et soutenir l'enfant né très prématurément, sa famille et les soignants qui les accueillent (Film)

- Mara CESCHI, Cadre de santé
- Geneviève SCHNEIDER, Musicienne et formatrice à l'association Enfance et musique

page 30

9. La tétée d'accueil

- Marjolaine GRUND, Sage-femme
- Lisa JUHEL, Auxiliaire de puériculture
- Géraldine DOUTEAU, Auxiliaire de puériculture

page 31

10. La poupée plume : préparer un réveil en douceur

- Lydie DEHORS, Éducatrice de jeunes enfants
- Anita FLECHEL, Cadre de santé

page 35

1 Quel accueil des nouveaux professionnels pour préparer la pluri-compétence et la mobilité ?

- Myriam FAIVRE, Cadre de santé
- Sandra LEVY, Cadre de santé
- Cécile CHABERT, Infirmière

Dans un contexte où les organisations de travail sont de plus en plus tendues, l'acquisition et la maîtrise des compétences infirmières prennent une place essentielle. Les cadres de santé ont donc pour mission de fédérer leurs équipes autour de la mobilité comme source d'enrichissement des compétences, ce qui amène à un accompagnement personnalisé, progressif de tout nouveau professionnel depuis leur arrivée dans une unité. L'accueil et l'intégration sont deux phases indissociables. La mise en place de la charte du personnel déplacé et du référentiel d'activité de soins se sont avérés indispensables pour préparer et amener à la pluri-compétence et donc favoriser la mobilité. C'est aussi grâce à la mobilité que l'infirmière construit aussi ses compétences.

L'accueil est une phase primordiale dans l'intégration d'un nouvel agent, essentiel dans le contexte économique actuel.

Depuis plusieurs années, les entreprises du secteur industriel ont pris conscience de l'importance de ce temps initial. Les responsables des ressources humaines et les cadres ont mis en place différentes procédures qui facilitent l'intégration de leurs employés.

Les établissements de santé sont de plus en plus intéressés par la qualité de l'accueil réservé aux professionnels, leur degré d'implication et en cela ils rejoignent les pratiques du secteur industriel, inscrivant ainsi l'accueil dans un réel processus d'intégration.

Tout n'est pas transposable au secteur hospitalier mais il n'en demeure pas moins que l'accueil et l'intégration sont indissociables et primordiaux dans l'accompagnement et le parcours d'un nouveau professionnel. L'accueil est la phase préparatoire à l'intégration, étape cruciale dans ce processus. Cette phase se prépare avant l'arrivée dans le pôle et l'unité où le parcours d'intégration sera organisé.

Le manuel d'Accréditation précise que :

- des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place
- des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité et la gestion des ressources humaines.

Il apparaît la notion d'accueil permettant au soignant de se situer dans l'hôpital.

Le point de départ de la démarche

En 2009, dans un contexte où les organisations de travail sont de plus en plus tendues particulièrement en raison d'une pénurie d'infirmières, les cadres de santé ont été amenés à déplacer du personnel d'un

secteur à l'autre.

Face à la multiplication des déplacements, des questions se sont posées :

- Comment assurer le maintien de la qualité des soins ?
- Comment sécuriser psychologiquement le personnel déplacé ?
- Comment faire face à la peur de l'inconnu, de ne pas savoir faire, de mal faire ?
- Comment accueillir et intégrer un nouveau professionnel pour lui permettre de développer des compétences ?

Accueillir est aussi l'occasion de se questionner sur son fonctionnement, ses valeurs, sur l'organisation des soins, sur ses rapports à l'autre.

C'est aussi débiter une démarche d'amélioration de la qualité des soins, mettre en place des éléments qui vont participer à l'intégration d'un nouveau professionnel «source d'enrichissement».

L'intégration du personnel

Au départ, l'intégration du nouvel agent se fait dans son unité d'affectation au sein d'un pôle, mais il sait qu'il sera amené si besoin à être déplacé à l'issue de sa période d'intégration.

Pour faciliter l'intégration, un «référentiel d'activités de soins», utilisé auprès des nouveaux professionnels recrutés, permet de suivre l'acquisition d'activités de soins et de compétences et ainsi de fixer des objectifs au cours de la période d'intégration.

Au cours de l'intégration, d'une durée de 4 semaines environ pour une infirmière nouvellement diplômée, des temps d'évaluation sont programmés avec le cadre et le «réfèrent». Au cours de ces temps de rencontre, des objectifs sont définis dans le but de progresser et être «autonome» sur les organisations et les soins couramment rencontrés dans le service.

Des temps d'évaluation sont aussi organisés avec le cadre dans les mois qui suivent selon un calendrier défini (fin du 1^{er} mois, 3 mois et 6 mois).

Les déplacements des professionnels et le développement des compétences

Dans un contexte difficile dû à un manque important de personnel infirmier et de la mise en place des pôles, l'encadrement des déplacements est devenu un outil managérial afin de garantir la continuité et la qualité des soins. Face à cette situation, l'acquisition et la maîtrise des compétences infirmières prennent une place essentielle.

On distingue deux types de déplacements :

- Les déplacements qui répondent à un besoin anticipé, dont la durée est de 1 jour à 3 semaines. Ce type de déplacement est mieux accepté par les équipes, car il est préparé, en respectant le roulement et les horaires de l'agent déplacé. Le soignant peut alors prendre contact avec le cadre du service, le personnel pour repérer les lieux et prendre connaissance de l'organisation du service.
- Une adaptation à une situation d'urgence de quelques heures à 1 jour ce que l'on appelle communément «au pied levé».

En 2010, une réflexion a été menée par l'ensemble des cadres du pôle pour organiser ces échanges inter services afin de favoriser la responsabilité, l'autonomie, l'évolution professionnelle et l'homogénéisation des pratiques.

Une charte du personnel déplacé a été élaborée à partir d'entretiens réalisés auprès des professionnels «déplacés» pour mettre en évidence les difficultés rencontrées, mesurer la qualité de l'accueil qui leur est réservé, identifier leurs attentes et leurs acquisitions. Elle aide ainsi à la mobilisation de soignants. La mobilité n'est plus vécue comme une sanction mais comme génératrice de valeurs ajoutées du fait du développement des compétences individuelles, collectives et du transfert de compétences.

Une organisation qui vise à sécuriser la qualité des soins

Le dossier de soins institutionnel, les prescriptions médicales informatisées, les armoires à pharmacie rangées par DCI, l'organisation du chariot d'urgence sont des éléments sécurisants pour le soignant lors des déplacements.

Dans cette politique de déplacement, de mobilité il apparaît clairement que nous devons avoir des règles de fonctionnement partagées, des guides de procédures communes, une démarche d'évaluation concertée avec toujours comme objectif la qualité, la continuité et la sécurité des soins, et un personnel bien accompagné et sécurisé.

Pour bâtir un certain dynamisme, aider à la mobilité et favoriser le décloisonnement des unités, des regroupements saisonniers avec mutualisation des personnels et des compétences, des formations portant sur des actes de soins (gastrostomie, injection insuline...) ou des projets de pôle ou institutionnel (gestes d'urgence, poupée plume, groupe de travail cathéters veineux centraux...) sont mises en place. Dans cette politique de transversalité, de déplacement et de mobilité, il apparaît clairement indispensable de définir des règles de fonctionnement partagées, des guides de procédures communes, une démarche d'évaluation concertée en gardant comme objectif la qualité, la continuité et la sécurité des soins, pour accompagner et sécuriser le personnel en vue de le fidéliser.

“ Construire et développer les compétences d'une infirmière est une démarche individuelle et collective. Le partage d'expériences issu de la mobilité, contribue au renforcement du professionnel. ”

Bibliographie

- Les outils de l'intégration : Cédric ROQUET Management en service de soins.mai 2009
- Prendre soin à L'Hôpital inscrire le soin dans une perspective soignante ED Masson 2000 - Walter Hesbeen et Henri BONNET
- Décret de compétences de la profession d'infirmière du 29 juillet 2004
- Nouveau programme de la formation en soins infirmier : Et si on parlait de la formation des professionnels qui encadrent ? Valérie PILMAN - www.cadredesante.com - Article du mercredi 5 mai 2010
- L'intégration, d'un nouveau collaborateur - Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris - février 2003
- Formation conseil en organisation et management des entreprises www.rh-organisation.fr
- La charte du personnel déplacé - S. Levy cadre de pneumologie
- Le nouveau référentiel des activités de soins : groupe nouveau référentiel NECKER

2 Référentiel d'intégration et parcours qualifiant, une expérience en kinésithérapie

- Anne-Lise CAMIUL, Cadre de santé
- Julien OSOUF, Masseur kinésithérapeute
- Jérôme PRADON, Masseur kinésithérapeute
- Jérémie REBY, Masseur kinésithérapeute
- Pascale VINSOUS, Masseur kinésithérapeute

L'intégration d'un nouveau professionnel représente un enjeu majeur pour la qualité et la sécurité des soins. A l'arrivée dans un service, le professionnel nouvellement recruté est accompagné par un tuteur et suit un parcours d'intégration formalisé dans un référentiel. Celui-ci permet de comprendre l'organisation, de repérer les interlocuteurs et de cibler les objectifs prioritaires à la prise de fonction. En parallèle, des parcours qualifiants sont organisés pour permettre l'acquisition de compétences spécifiques à mobiliser dans des situations complexes ou exceptionnelles. Ces compétences sont complémentaires à l'intégration des professionnels, elles sont les «clés» du bon fonctionnement de l'organisation des soins.

L'hôpital Universitaire Necker-Enfants malades comprend 9 pôles. Le pôle de « Santé Publique et Recherche Clinique » regroupe un ensemble d'équipes transversales sous l'égide des Soins de Support. Les soins de support ont pour mission d'interagir avec les pôles cliniques en contribuant à l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades (et à leur proches). La rééducation fonctionnelle, la diététique, les services socio-éducatifs, les équipes mobiles de douleur, de soins palliatifs, de psychiatrie de liaison et le centre de formation et de traitement à domicile de l'enfant, constituent ces soins de support.

Outre les journées d'accueil institutionnelles mises en place dans l'établissement, la Direction des Soins a défini une politique d'accueil des professionnels nouvellement recrutés. Ainsi, chaque nouveau personnel, quel que soit sa formation initiale, suit un parcours d'intégration formalisé dans un référentiel. Ce référentiel a été conçu pour définir les compétences requises et les objectifs prioritaires à la prise de fonction. Il s'adapte en tenant compte du niveau d'expérience du professionnel. Au sein des soins de support, des compétences collectives sont identifiées pour assurer la continuité et la sécurité des soins. Un besoin complémentaire est mis en évidence : comment répondre aux spécificités de certains patients accueillis dans des secteurs critiques ?

Pour illustrer nos propos, nous présentons les principes de construction, en kinésithérapie, des parcours d'intégration d'un professionnel nouvellement recruté, puis les modes d'élaboration des parcours qualifiants pour accompagner un professionnel intervenant dans des secteurs critiques et devant développer des compétences spécifiques.

L'accueil des professionnels nouvellement recrutés

La cartographie des compétences collectives en rééducation

Chargé de l'accompagnement du professionnel nouvellement recruté, le tuteur doit lui permettre de découvrir l'institution, de comprendre les organisations, d'identifier les interlocuteurs privilégiés, de connaître les circuits de l'information et surtout de développer rapidement les compétences minimales requises.

L'analyse des besoins des patients permet de déterminer les soins nécessaires à une prise en charge de qualité. Cette qualité est conditionnée par les compétences de l'ensemble des professionnels ayant des patients en soins.

En rééducation, nous avons mis en évidence une différence entre le niveau de compétences requis et le niveau de compétences présent au moment de l'intégration du nouveau professionnel. Ainsi, nous utilisons le référentiel d'intégration pour développer ses compétences et répondre aux exigences de qualité de soins.

Le référentiel d'intégration en rééducation

Les référentiels de compétences officiels définissent les compétences acquises par un professionnel nouvellement diplômé. Même si celui des kinésithérapeutes constitue la base de notre travail, il nous a fallu le décliner pour y appliquer les situations de soins que nous rencontrons le plus fréquemment. Ainsi, notre référentiel d'intégration met en évidence les compétences requises dans l'établissement.

6 catégories constituent ce référentiel (et sont déclinées en sous catégories) :

- Généralités (connaissance de l'institution, du pôle, du service),
- Connaissances théoriques impératives (intervention en urgence, interventions respiratoires, interventions motrices, formations impératives),
- Activités de soins directs (communication - relation, interventions respiratoires, interventions motrices),
- Activités de soins indirects (dossier du patient, échanges interprofessionnels - communication, saisie de l'activité, hygiène)
- Activités pédagogiques,
- Gestion des risques.

Le référentiel d'intégration est utilisé tout au long de la prise de poste du professionnel nouvellement recruté. Des entretiens sont planifiés au cours du 1er mois et entre les 2ème et 6ème mois. Au besoin d'autres entretiens peuvent être provoqués.

Ainsi, le référentiel d'intégration permet au professionnel nouvellement recruté d'avoir un repère, des recommandations et conseils et au tuteur d'avoir un guide lors de l'accompagnement.

Les parcours qualifiants

● Le besoin en formation

A l'issue du processus d'intégration ou dans le cadre d'une recherche de développement de compétences supplémentaires, le professionnel peut souhaiter intervenir dans des secteurs spécifiques, justifiant des gestes techniques pointus.

En outre, dans le service de rééducation, nous avons identifié 9 secteurs critiques qui associent la nécessité de produire des gestes techniques pointus et la continuité des soins par un nombre de professionnels compétents dans ces domaines. Pour maintenir ce niveau de compétences collectives, des formations ciblées sont nécessaires. Elles sont définies à partir des situations de soins rencontrées dans les secteurs critiques et sont formalisées dans les parcours qualifiants.

● L'élaboration des parcours qualifiants

- Les pré-requis

Des pré-requis sont nécessaires : maîtriser toutes les compétences décrites dans le référentiel d'intégration, être motivé et disposé à se former dans un domaine spécifique, dans une organisation collective (impliquant polycompétence et mobilité), montrer des capacités d'adaptabilité, de communication (avec les équipes), voire des capacités pédagogiques.

- La construction des parcours qualifiants

Les parcours qualifiants sont formalisés par les tuteurs, experts du soin, dont la mission pédagogique est d'accompagner les professionnels dans l'acquisition des nouvelles compétences. Ils sont construits sur les quatre types de savoirs constitutifs de la compétence : **le savoir théorique** ou la connaissance, **le savoir procédural** ou la technique, **le savoir pratique** ou l'expérience, l'automatisme ou l'habileté. Les parcours qualifiants définissent le contexte d'acquisition : modalités d'apprentissage et critères d'évaluation.

Discussion

Les référentiels d'intégration connaissent aujourd'hui leur deuxième version, en perpétuelle évolution ils s'enrichissent des commentaires des professionnels en formation et des tuteurs experts du soin. Les tuteurs développent des compétences pédagogiques parallèlement au transfert de leurs compétences techniques. La formalisation des référentiels d'intégration permet de clarifier les attentes de l'institution et de contractualiser avec les professionnels sur les axes d'amélioration ou sur les accents à donner dans le développement de compétences.

Ce sont les situations complexes rencontrées quotidiennement par les équipes et l'évolution des besoins des patients qui mènent désormais à la construction des parcours qualifiants.

Référentiel d'intégration et parcours qualifiant autorisent des perspectives favorables pour **les professionnels**, qui développent des compétences élémentaires, spécifiques et pédagogiques. De tels outils, permettent aussi de formaliser les acquisitions et ainsi facilitent la mobilité, chère aux jeunes professionnels souhaitant multiplier les expériences :

- **Les équipes**, ont moyen d'afficher des compétences collectives ce qui induit une reconnaissance professionnelle.
- **L'institution** met en œuvre sa politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels.
- **Les patients** bénéficient de soins organisés, de qualité, réalisés par des professionnels formés et compétents.

“ Pour conclure, les référentiels d'intégration formalisent l'accueil et le suivi de l'acquisition des compétences minimales requises à toute nouvelle prise de fonctions. Les parcours qualifiants permettent de répondre aux besoins spécifiques dans des secteurs critiques, justifiant de compétences pointues. Par ailleurs, ils permettent de valoriser les professionnels et de développer des compétences collectives. Ces outils peuvent aussi permettre aux institutions d'anticiper les recrutements et de s'engager à favoriser les évolutions des professionnels et à garantir la qualité des soins. ”
Peut-être est-ce l'un des leviers de l'attractivité et de la fidélisation des personnels.

Mots clés : compétence individuelle, compétence collective, compétence critique, référentiel d'intégration, parcours qualifiants, formation, tutorat, soins de support, rééducation, kinésithérapie

Bibliographie

Articles de revues

- La gestion des compétences, un exemple en rééducation, Anne-Lise CAMIUL, Kinéscope N°14, Mars-Avril 2009.
- Cartographier les compétences pour mieux les évaluer, XIV^{ème} JNKS, Anne-Lise CAMIUL, Quimper 2010.
- Les référentiels : entre outils et processus, une démarche d'évaluation et d'organisation des pratiques professionnelles, Eric ROUSSEL, Kinéscope N°7, Décembre 2007

Ouvrages

- Catherine GAY, Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières, Marie-Ange COUDRAY, édition Elsevier Masson, Issy les Moulineaux, 2009.
- Construire les compétences individuelles et collectives, Guy LE BOTERF, Éditions d'organisation, Paris, 2003.
- Management de l'entreprise, Raymond LEBAN, Éditions d'Organisation, 2006.
- Manager la Formation, Alain MEIGNANT, Éditions Liaisons, 1997.
- Philippe ZARIFIAN, Objectif compétence pour une nouvelle logique, Édition Liaisons, Paris, 1999.

3 L'accueil téléphonique : prendre soin du patient avant le soin

Le Centre de rendez-vous de Chirurgie pédiatrique

➤ Myriam GUILLOUX, Responsable en organisation

➤ Guilhem de PAMPELONNE, Responsable du centre de rendez-vous

L'hôpital Universitaire Necker-Enfants malades a constaté que les patients avaient des difficultés à joindre rapidement le bon interlocuteur au sein de l'hôpital.

Une réflexion institutionnelle a donc été engagée pour améliorer l'accueil téléphonique d'une façon générale et pour optimiser la gestion des demandes de rendez-vous par téléphone, en particulier.

Une des solutions préconisée a été de mettre en place un centre de rendez-vous composé d'une équipe dédiée. Il s'agit d'une structure spécialisée dans la prise de rendez-vous téléphonique de consultations chirurgicales.

A ce jour, le centre de rendez-vous gère la prise en charge de rendez-vous pour les spécialités chirurgicales pédiatriques : chirurgie viscérale, chirurgie maxillo-faciale et plastie, stomatologie, chirurgie orthopédique traumatologie et ORL. Le service de Neurochirurgie est en cours d'intégration pour la prise en charge des rendez-vous de suivi.

Le management du projet ainsi que les projets connexes liés à l'optimisation de l'accueil téléphonique et de la prise de rendez-vous sont pilotés par la Direction de la Stratégie, des Projets et du Projet Laennec. Ces projets s'inscrivent dans la mise en œuvre du projet prioritaire AP-HP « Amélioration des conditions d'accueil dans la prise en charge au quotidien » où l'hôpital Universitaire Necker-Enfants malades a été retenu comme site pilote.

La conduite des projets a été confiée à Myriam Guilloux, responsable en Organisation qui, en relation avec les acteurs « incontournables » de la Direction Informatique et de la Communication, s'est inscrite dans une démarche de gestion de projet.

Organisation de l'activité du centre de rendez-vous

Le but est d'améliorer l'accès à l'hôpital pour prendre un premier rendez-vous de consultation ou un rendez-vous de suivi de chirurgie pédiatrique en poursuivant les objectifs d'augmentation du taux de réponse aux appels téléphoniques et d'amélioration de la qualité de la réponse apportée aux patients. Ce nouveau mode d'organisation de l'activité « prise de rendez-vous de consultation » entre les services

et le centre de rendez-vous est formalisé et s'inscrit dans une complémentarité de la prise en charge du patient en amont de la consultation. Cette vision claire de la gestion des demandes de rendez-vous améliore la visibilité de l'Offre de Soins proposée aux patients.

Le centre de rendez-vous fonctionne en étroite collaboration avec les secrétariats médicaux des services, les services de consultations et le standard. Ce travail commun crée une complémentarité performante au service du patient. Ainsi, ensemble, nous prenons soin avant le soin !

Un travail d'équipe

Situé au Carré Necker de l'hôpital, le centre de rendez-vous est constitué d'une équipe de cinq personnes. Chacune d'entre elles étant référente d'une spécialité.

Cette équipe est animée, au quotidien, par un responsable opérationnel du centre de rendez-vous, en charge du fonctionnement de la structure.

Chaque référent a des relations privilégiées avec le service concerné ainsi qu'une expertise en termes de connaissances spécifiques de la spécialité. Il est un appui pour l'ensemble des autres chargés de rendez-vous concernant les questions qui se rattachent au service. Il est également garant de la qualité de l'information donnée aux patients.

Régulièrement l'équipe rencontre les chefs de service, les cadres et les secrétaires médicales pour analyser des difficultés et envisager ensemble des solutions d'amélioration. Une dynamique d'ajustements organisationnels permanents est un enjeu majeur du bon fonctionnement.

Dans le cadre d'une prise en charge efficiente de tout appel entrant, les chargés de rendez-vous sont poly-compétents sur l'ensemble des spécialités traitées.

L'équipe est associée à la dynamique du projet et contribue à son développement. Le travail de formalisation écrite des procédures de prise de rendez-vous est mené par les chargés de rendez-vous. Ils créent ainsi leurs propres outils de travail qui sont ajustés et validés par les services cliniques. Le professionnalisme des agents permet l'attribution des rendez-vous dans les bons délais avec la compétence médicale requise à partir de supports d'aide à la prise de rendez-vous. Un nouveau métier émerge : chargé de rendez-vous.

Optimisation de la prise en charge

Il s'agit donc d'offrir aux patients une prestation de qualité et de contribuer à l'optimisation de l'activité médicale de l'hôpital en augmentant l'activité par l'occupation de toutes les plages horaires de consultation offertes. Cette nouvelle organisation s'inscrit dans une démarche globale visant à organiser et professionnaliser la prise de rendez-vous, à améliorer la visibilité de l'offre de soins, à améliorer l'accueil téléphonique et enfin à mutualiser la prise de rendez-vous en fonction des projets médicaux.

L'organisation est associée à un pilotage de l'activité « prise de rendez-vous ». Une mission particulière est liée au suivi des indicateurs liés à la gestion des appels. Les indicateurs significatifs de l'activité du centre de rendez-vous sont communiqués chaque trimestre aux chefs de service.

Ainsi, le pôle médico-chirurgical pédiatrique dispose maintenant d'une organisation innovante, performante et continue de la prise de rendez-vous, 5 jours sur 7 de 8h30 à 17h00.

Déjà d'autres pistes d'amélioration sont explorées, notamment la prise de rendez-vous par mail. Les services Communication, Informatique et la Direction des projets Partenaires travaillent sur un projet de demande de rendez-vous via un formulaire sur internet.

La bonne gestion des rendez-vous est un atout pour l'hôpital en matière de qualité de la prise en charge du patient. Cette bonne gestion se traduit également dans l'optimisation des ressources de l'hôpital par la réduction du taux de non-venue aux rendez-vous. A ce titre, le déploiement du rappel des rendez-vous à J moins 3 par SMS sur l'ensemble de l'hôpital rentre dans sa dernière phase.

3 L'accueil téléphonique : prendre soin du patient avant le soin(suite)

L'accueil téléphonique en chirurgie ambulatoire multidisciplinaire pédiatrique

➤ Séverine MATIC, Infirmière

➤ Chantal LEVIER, Infirmière

Une exigence du parcours patient

La chirurgie ambulatoire révolutionne la chirurgie en s'imposant progressivement comme la norme de prise en charge de la plupart des interventions chirurgicales courantes. Mireille Faugère, directrice de l'AP-HP, a fait une priorité pour l'année 2011 en annonçant fin juin que l'institution devait parvenir à réaliser 30% de son activité chirurgicale.

Création de l'unité de chirurgie ambulatoire

L'hôpital Universitaire-Enfants malades a contribué à cette dynamique en créant en septembre 2010 une unité de chirurgie ambulatoire multidisciplinaire pédiatrique (UCA). Cette unité comprend six spécialités : la chirurgie orthopédique, viscérale stomatologie, plastique, maxillo faciale, et ORL. L'unité ambulatoire comprend 14 places réparties sur deux sites et trois blocs opératoires : la chirurgie viscérale, maxillo faciale stomatologie et ORL au 7ème étage du bâtiment Sèvres et l'orthopédie au 2ème de la clinique chirurgicale infantile.

L'équipe soignante est composée d'un cadre de santé, de 7 infirmières, 4 aides-soignantes et 1 secrétaire médicale. Placée sous la responsabilité du Pr. Yves Aigrain, la structure ambulatoire a été organisée grâce aux compétences d'un groupe de travail pluridisciplinaire (Mme Boinnot, cadre de santé, Dr. Crétolle, médecin et Dr. Gabillet, anesthésiste). Ce groupe de travail, en partenariat avec les cadres du bloc, travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des professionnels amenés à intervenir sur le processus ambulatoire afin de répondre à un parcours patient, base de l'organisation.

Organisation de la prise en charge du patient

Le parcours patient est un mode de prise en charge programmé, organisé en plusieurs étapes :

- une consultation chirurgicale
- une consultation d'anesthésie
- une pré-admission au décours de la consultation d'anesthésie
- un appel téléphonique, la veille de l'intervention
- le jour de l'intervention
- un questionnaire téléphonique, le lendemain de l'intervention

Un appel téléphonique la veille de l'hospitalisation

La prise en charge soignante d'une journée ambulatoire, centrée sur le patient, exige une organisation anticipée, précise, efficiente et professionnelle. Deux appels téléphoniques sont au cœur du processus.

L'appel de confirmation opératoire à J-1 répond à plusieurs objectifs :

- pour l'enfant et sa famille : être rassuré, connaître l'heure précise d'arrivée en fonction de son heure de passage au bloc, se voir rappeler l'ensemble des consignes pré et post opératoires (autorisation d'opérer, arrivée à jeun, consignes d'hygiène...)

- pour l'Unité de Chirurgie Ambulatoire : optimiser son fonctionnement et sa fluidité en précisant les horaires de venues des parents selon leur programmation au bloc, repérer les éventuelles annulations à J-1, valider définitivement les interventions et la programmation opératoire du lendemain, s'assurer des conditions de sortie du patient (pas de transport en commun, présence d'un accompagnant...)

L'appel systématique de tous les patients la veille de l'intervention est réalisé par une infirmière qui utilise une fiche d'appel type conservée dans le dossier patient. C'est une démarche essentielle du parcours patient qui ne garantit pas à elle seule la venue du patient dans de bonnes conditions. Elle doit être envisagée comme une démarche complémentaire de la démarche d'information délivrée au patient.

La remise d'un livret d'accueil personnalisé «mon pass UCA» en consultation de chirurgie améliorera la qualité de la prise en charge, la satisfaction des parents, les conditions de travail du personnel notamment en réduisant le temps d'appel.

Un appel téléphonique le lendemain de la sortie

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la prise en charge du patient, l'équipe de l'UCA a mis en place un appel du lendemain.

Le questionnaire téléphonique du parent à J1 a pour objectifs :

- pour l'enfant et sa famille : d'être rassuré, d'avoir une réponse adaptée par un professionnel en cas de problème

- pour les professionnels : de faire le bilan des suites opératoires, de s'assurer de la bonne observance de la continuité des soins au retour au domicile, de s'assurer de l'absence de complications

Les questions posées lors de l'entretien concernent la fièvre, la douleur, le saignement, les nausées/vomissements, les vertiges et si le parent a dû appeler les urgences.

L'infirmière saisit les réponses sur ordinateur afin que celles-ci puissent être analysées. L'analyse permet de savoir si les protocoles thérapeutiques sont satisfaisants pour les enfants et d'y apporter, si besoin des mesures correctives.

En première analyse, il semble que l'appel du lendemain soit un bon outil d'évaluation du suivi du retour à domicile. Les parents le jugent utile pour la continuité des soins en chirurgie ambulatoire. Ils en gardent une connotation positive et rassurante. Les infirmières ont d'une part la sensation de la continuité des soins, grâce à la connaissance de l'état des patient et d'autre part l'évaluation qualitative des soins apportés lors du retour au domicile. Déjà très impliquées dans l'appel de la veille elles estiment que cet appel est complémentaire pour une prise en charge ambulatoire de qualité.

La chirurgie ambulatoire avec son organisation extrêmement rigoureuse a fait progresser la chirurgie conventionnelle et va nous faire explorer encore bien d'autres voies.

Le développement de ces deux projets prioritaires optimise la prise en charge du patient depuis l'amont jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Ils inscrivent le patient au centre de notre investissement en offrant un parcours patient personnalisé, source de satisfaction pour le patient comme pour les professionnels de santé. „

“ Pour pouvoir atteindre l'objectif en 2013 de 6000 interventions par an, la prochaine étape d'amélioration de la prise en charge des patients en ambulatoire est de construire une unité d'hospitalisation et un bloc opératoire dédiés, un parcours patient clair, défini, ergonomique...”

4

Les consultations infirmières en hématologie : accueil et suivi personnalisés

➤ Corinne BENTEYN, Infirmière
➤ Sophie JACQUET, Infirmière
➤ Martine O'NEIL, Infirmière



Les consultations infirmières, un accompagnement continu pour le patient et son entourage. Au sein du service d'hématologie adultes du Pr Hermine (pôle hémato-immuno-infectieux, hôpital Necker), dans la dynamique du second Plan Cancer (2009/2013), deux consultations infirmières ont été mises en place avec la collaboration de l'équipe médicale :

- une consultation d'accueil en hôpital de jour
- un suivi téléphonique des patients au domicile

La consultation d'accueil, un temps de rencontre avant un premier traitement

Quatre infirmières référentes, formées à la consultation infirmière, se détachent des soins à tour de rôle en hôpital de jour pour proposer aux patients un temps de rencontre avant le premier traitement afin de leur expliquer l'organisation du service, le parcours de soins, les effets secondaires des chimiothérapies et les retentissements sur leur vie quotidienne.

Cette consultation d'accueil est mise en place après le temps médical et l'annonce de la maladie et est généralement proposée par le médecin référent du patient.

C'est un temps d'écoute qui permet au patient d'exprimer ses craintes, son anxiété face à la maladie et au traitement. Cette consultation permet aussi de reprendre avec le patient les explications données par le médecin et de proposer des supports écrits d'information sur les maladies hématologiques et les thérapeutiques. Le patient sait que c'est un temps pour lui, ouvert à la discussion, seul ou accompagné. Un climat de confiance est ainsi créé.

Le suivi téléphonique, un nouveau mode de suivi ambulatoire

Afin d'assurer un accompagnement continu tout au long des traitements, les infirmières du service proposent aux patients des entretiens téléphoniques à domicile pour la durée de l'intervalle entre deux traitements.

Avec la diminution des durées des séjours hospitaliers et le développement des traitements ambulatoires, cette relation d'aide à distance est devenue nécessaire pour répondre aux besoins de sécurité des patients

à domicile et maintenir des liens avec le service d'hématologie référent.

L'annonce d'une maladie grave entraîne un sentiment de vulnérabilité chez le patient et son entourage. Ce sentiment peut être exacerbé chez les patients ambulatoires qui vivent les effets secondaires des traitements seuls au domicile et ressentent plus particulièrement les conséquences de la maladie et du traitement sur leur vie quotidienne.

Rompre l'isolement

Ce constat nous a amenés à réfléchir sur la manière d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient :

- les accompagner tout au long des traitements pour les aider à faire face à cette épreuve de vie qui bouleverse tant de repères établis.
- leur permettre d'exprimer leurs appréhensions loin de l'hôpital.
- les impliquer pour qu'ils deviennent acteurs de leur traitement.
- favoriser leurs capacités d'adaptation quelles que soient les étapes de la maladie afin de les aider à garder une qualité de vie optimale malgré les difficultés.

Le maintien d'un lien continu avec l'hôpital par un suivi téléphonique infirmier permet de répondre au sentiment d'isolement et d'inquiétude souvent ressenti à domicile et favorise une meilleure gestion de la maladie dans la vie quotidienne.

Un travail d'équipe

Le suivi téléphonique est assuré par trois infirmières référentes qui sont détachées des soins à tour de rôle 2 à 3 jours par semaine par le cadre de proximité qui officialise ainsi cette consultation et met à leur disposition un bureau, une ligne téléphonique et un ordinateur en hôpital de jour pour effectuer la traçabilité et les transmissions de leurs évaluations

Les patients retenus pour ce suivi sont pour le moment les patients atteints de lymphomes traités par une série de 6 à 8 cures de polychimiothérapie avec des intercures de 2 à 3 semaines à domicile

Ce suivi s'élargit aussi aux patients traités en ambulatoire pour des traitements de rattrapage dans le cadre d'une rechute avec une intercure longue à domicile. Les personnes âgées ou isolées bénéficient d'une attention particulière.

L'équipe médicale ou infirmière repère au cours d'une hospitalisation les patients qui pourraient bénéficier du suivi.

Les infirmières se présentent au patient et son entourage juste avant la sortie de l'hôpital afin d'établir un premier contact visuel, et de repérer les problématiques qui peuvent se poser à eux. C'est un moment clef de préparation du retour à domicile

Avec l'accord du patient, un jour d'appel et un créneau horaire sont définis en général une fois par semaine. Ces éléments sont modifiables tout le long des traitements. Afin d'inscrire le suivi téléphonique dans un travail d'équipe, les infirmières rendent visite aussi aux patients en salle d'hospitalisation et échangent avec l'équipe sur sa situation. En file active, elles suivent 20 à 25 patients.

Un lien continu avec l'hôpital

Cet accompagnement à domicile ne se substitue pas au recours médical, un bip est toujours disponible pour le patient confronté à une urgence médicale. Ici la démarche est inversée. C'est nous qui venons à la rencontre du patient en lui téléphonant, quelle que soit sa situation médicale. En donnant son accord pour ce suivi, le patient invite en quelque sorte l'infirmière à son domicile. La communication établie est alors beaucoup plus équilibrée qu'à l'hôpital car le patient est chez lui, dans ses repères.

L'entretien téléphonique, une écoute attentive

L'entretien infirmier repose avant tout sur une écoute attentive. Le patient en confiance et dans une relation de proximité avec une infirmière du service exprime volontiers ses inquiétudes, ses questionnements sur le vécu de la maladie.

Ces échanges lui permettent de sortir de son isolement, le rendent plus apte à apprécier sa situation, à demander des conseils ou de l'aide lorsqu'il est confronté à de réelles difficultés. Même chez les patients qui ne ressentent aucun effet secondaire, ce moment d'échange peut aussi être celui d'une requête extra-médicale, psychologique, sociale... ou tout simplement d'une prise de parole qui soulage (une grille d'évaluation permet de repérer les effets indésirables de la chimiothérapie rencontrés, les répercussions de la maladie grave sur la vie quotidienne et d'identifier les besoins du patient, voir annexe).

«Notre expérience du terrain (plus de 10 ans d'exercice en hématologie), l'apport de la formation continue sur la relation d'aide et la clinique infirmière nous est très utile pour nous tenir aux cotés du patient, l'aider à mobiliser ses ressources propres et lui transmettre l'expérience des autres patients que nous avons suivis dans le service» explique l'équipe infirmière.

A l'hôpital, les infirmières se positionnent comme médiatrices auprès de l'équipe soignante et pluridisciplinaire. Lorsque des problématiques de vie pour le patient et son entourage sont identifiées, l'intervention favorise une meilleure coordination des professionnels autour d'eux (médecin traitant, hospitalisation à domicile, réseaux de soins, associations...).

Un lien continu au bénéfice des patients et des équipes soignantes

95% des patients retournent les questionnaires de satisfaction remis à la fin des cures. Ils font apparaître le suivi téléphonique infirmier comme très bénéfique. Les patients apprécient le soutien apporté et le lien continu avec l'hôpital.

Mme Y... traitée par 8 cures de chimiothérapie en hôpital de jour pour un lymphome : «J'ai apprécié ce suivi régulier et la possibilité de poser des questions dans tous les domaines, maladie, moral, problèmes pratiques. L'écoute, les réponses, tout m'a été bénéfique.»

Pour l'équipe hospitalière les consultations d'accueil et les suivis téléphoniques par le lien établi, les évaluations qu'ils permettent, les conseils délivrés et les actions menées, favorisent une réflexion soignante approfondie sur les besoins et les attentes des patients et améliorent la qualité de la prise en charge thérapeutique.

“ La consultation infirmière et le suivi téléphonique des patients permettent un lien continu entre l'hôpital et le patient. Ce dernier n'est jamais seul et bénéficie d'un soutien. Pour le personnel soignant, cet accompagnement est un atout pour comprendre et anticiper les besoins des patients. ”

5 La prise en charge du donneur vivant : comment recevoir celui qui va donner ?

➤ Catherine Fournier, Infirmière

La transplantation rénale à partir d'un donneur vivant est née à l'hôpital Necker à Noël 1952 mais les premiers véritables succès datent de 1959 à Boston puis quelques semaines plus tard à l'hôpital Necker à Paris. Le succès de ces 2 premières transplantations a ouvert la voie à un nouveau traitement de l'insuffisance rénale chronique parvenue à son stade ultime.

Le développement de la transplantation rénale à partir de donneurs vivants s'est accru partout en Europe mais plus timidement en France (9% des greffes rénales en 2010). L'activité de transplantation rénale à partir de donneur vivant représente 20 % des greffes adultes de l'hôpital Necker. Le don de rein de son vivant est un acte généreux et important. Il importe que toutes les étapes soient effectuées avec le plus de minutie possible. C'est un processus long que l'équipe de transplantation essaye de faciliter au maximum.

Aider le donneur dans sa démarche

Le ou les donneurs potentiels sont reçus lors d'une consultation avec le Pr Christophe Legendre, chef de service. C'est un moment incontournable car le médecin a un devoir d'information sur la possibilité de cette thérapeutique et il y engage sa responsabilité. Lors de cet entretien, le donneur reçoit des informations objectives et complètes portant sur les conséquences physiques et psychologiques du don et des répercussions éventuelles ainsi que des risques auxquels il s'expose. Les explications doivent être claires et neutres.

Il est aussi informé des résultats attendus de cette greffe chez le receveur et il est évoqué la possibilité d'échec de greffe ou de mauvais résultat.

Au décours de cette consultation, un livret d'information est remis au donneur. Il lui servira de guide car il reprend les étapes nécessaires avant tout prélèvement d'organe.

Choix du donneur

Lorsqu'il n'y a qu'un seul donneur potentiel, et qu'au décours de sa réflexion il accepte le don éventuel, les choses sont relativement simples. Par contre il est difficile de faire le choix du donneur lorsque plusieurs se proposent. Si au cours de l'entretien ils semblent tous très motivés, le médecin leur parle de la ressemblance HLA (Human Leucocyte Antigen) et leur explique que dans une fratrie, 25 % seront HLA identique, 25 % seront HLA semi identique, 50 % seront HLA différent. Il expose alors les avantages pour le receveur (survie plus longue, moins de traitements immunosuppresseurs donc moins de complications) de bénéficier d'un rein HLA identique. Il rappelle que dans les trois cas la greffe reste possible.

Le choix du donneur n'est donc pas chose aisée. La logique pourrait être de choisir la personne HLA identique avec le receveur mais la pression morale exercée sur celui ainsi désigné, peut devenir très néfaste si la motivation de ce donneur n'est pas réelle. Nous préférons donc choisir le plus motivé quelque soit la ressemblance immunologique.

Entre le choix et le don

Lorsque le donneur est désigné, le «parcours du combattant» commence. Entre ce moment et la réalisation de la greffe, il s'écoulera 5 à 6 mois. Pour certains, cette période paraît trop longue, mais l'expérience prouve que ce temps finalement permet au donneur comme au receveur de prendre conscience de l'acte auquel il se prépare.

Le donneur subira plusieurs explorations permettant d'évaluer son état de santé général et d'apprécier sa fonction rénale. Elles seront pratiquées en plusieurs étapes :

- une journée à l'hôpital de jour avec :
 - une prise de sang (groupe sanguin, recherche d'agglutinines irrégulières, groupe HLA, ionogramme complet)
 - une numération formule sanguine, hémostase complète, bilan hépatique, bilan lipidique, sérologies virales, cross match)
 - des analyses d'urines à la recherche de micro albuminurie et protéinurie des 24 h, examen cytobactériologique des urines
 - un électrocardiogramme et un holter tensionnel sur 24 h
 - radio de thorax et ASP
 - une échographie rénale et une échographie cardiaque
 - un uroscanner rénal
- une journée à l'hôpital de jour de l'Hôpital Européen Georges Pompidou pour réaliser la mesure de filtration glomérulaire avec mesure séparée des deux reins.
- une consultation avec un psychologue
- une consultation avec l'urologue qui réalisera la néphrectomie et la greffe
- une consultation d'anesthésie

Si ces évaluations permettent de confirmer que le don de rein est possible, et conformément à la Loi de Bioéthique, le médecin responsable du service de transplantation saisit le comité donneur vivant compétent de l'Agence de la Biomédecine. Ce dernier examinera l'ensemble des examens réalisés, vérifiera le lien de parenté, procédera à l'audition du donneur et s'assurera qu'il a mesuré les risques et les conséquences du prélèvement au vu de l'information qui lui a été délivrée.

Conformément à la loi, tout donneur vivant doit aussi exprimer son consentement auprès du Tribunal de Grande Instance de son lieu de résidence. Il sera auditionné par le magistrat ou son représentant. Un procès verbal sera dressé et signé. Une copie de ce procès verbal devra être remise auprès du Comité donneur vivant qui délivrera l'autorisation finale de prélèvement d'organe.

Tous ces rendez-vous sont organisés pour simplifier le parcours des donneurs, ils seront regroupés le plus souvent possible afin de limiter leurs déplacements. Ce parcours est très contraignant mais il faut être conscient que ces examens, ces consultations, ces auditions sont nécessaires pour connaître leur état de santé général, apprécier leur fonction rénale, mais aussi pour protéger les donneurs. Chaque visite est l'occasion de les rencontrer, de les mettre à l'aise et de leur laisser le pouvoir de s'exprimer.

C'est souvent lors de ces moments que nous pouvons réitérer les informations, nous assurer que le donneur sait qu'il pourra à tout moment revenir sur sa décision de donner.

Le don et la transplantation

Les greffes à partir de donneur vivant ont toujours lieu un mardi. Le donneur et le receveur sont attendus dans le service de transplantation la veille de l'intervention.

En salle de réveil, leurs lits sont installés côte à côte. Ils ont besoin de se rassurer et pouvoir visualiser leur proche. Ils sont installés dans une chambre seule mais peuvent se voir dès que possible. Les jours suivants ils peuvent s'ils le souhaitent être placés dans la même chambre dans le secteur d'hospitalisation traditionnelle. L'hospitalisation du donneur dure en moyenne 5 à 7 jours. Un compte-rendu lui sera adressé.

Et après ?

L'après greffe est parfois vécu difficilement pour certains donneurs qui, tant qu'ils étaient dans cette dynamique du don se sentaient portés par leur geste. Quelques uns éprouvent un sentiment d'abandon du service de Transplantation même si nous prenons de leurs nouvelles téléphoniquement quelques jours après le retour à domicile.

Le donneur sera revu en consultation quelques semaines après le don, puis tous les ans s'il le souhaite.

“ Le don de rein de son vivant n'est pas un acte anodin. Ce choix est souvent difficile en raison des pressions morales, affectives, culturelles exercées par le receveur, la famille ou le donneur lui-même. Quelles que soient les motivations du don, il ne doit pas être contraint mais généreux et gratuit. Il convient que les donneurs soient accompagnés dans cette démarche et que leur prise en charge soit sans cesse améliorée afin que cet événement soit vécu avec le plus de sérénité possible. ”

6 Accueillir une nouvelle IRM : quels bénéfices pour le patient et le personnel ?

- Mohammed BERHILI, Cadre de santé, Pôle Imagerie
- Jean-Marc DEBAETS, Cadre paramédical, Pôle Imagerie
- Nathalie LEPETIT, Manipulatrice électroradiologie
- Olivier RELLO, Manipulateur radioélectroradiologie

Dans le cadre de la journée paramédicale, nous nous intéressons à l'arrivée d'un nouvel équipement de très haute technologie sur le site hospitalier Necker-Enfants malades et de ses bénéfices pour le patient et le personnel.

Les procédures et le respect des étapes d'installation d'une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) sont indispensables pour permettre son implantation et sa mise en service.

L'enjeu de l'arrivée de cet équipement vise à l'amélioration de la qualité des soins aux patients.

Il affine le diagnostic de plusieurs pathologies et permet ainsi la mise en place de traitements adaptés.

Pour les manipulateurs en électroradiologie médicale, l'arrivée d'une nouvelle technique d'imagerie constitue une amélioration de leur expérience professionnelle. Ils développent ainsi de nouvelles compétences et leur polyvalence.

L'IRM : Technique et contraintes d'implantation

Histoire et technologie

Cette technique d'imagerie permet d'obtenir des images, tridimensionnelles et en coupes, de résolution élevée, en utilisant des ondes de radio fréquence et un puissant champ magnétique présent en permanence.

La Résonance Magnétique Nucléaire (RMN) est en développement depuis une soixantaine d'année (1946-Bloch et Purcell). En 1973, Paul Lanterbur réalise une «imagerie» basée sur la RMN s'inspirant des méthodes de reconstruction du scanner. Les premières images chez l'homme datent de 1979.

Après plusieurs années d'évolution (les années 1980), l'IRM est, aujourd'hui, une modalité indispensable de l'imagerie médicale, toujours en développement aussi bien technologique que dans ses applications cliniques.

Les contre indications, absolues (car dangereuses pour le patient, exemple : le pacemaker) et relatives (car dégradation de la qualité image, exemple : implant dentaire) sont liées à l'utilisation de l'aimant. Cet examen, non invasif et non irradiant, est un atout pour l'imagerie qu'elle soit pédiatrique ou adulte.

Installation du nouvel équipement

Jusqu'en octobre 2010, les examens d'IRM des différentes spécialités pédiatriques et adultes de l'hôpital Necker-Enfants malades étaient réalisées sur un seul équipement, situé dans le service de radiologie pédiatrique, au rez-de-chaussée du bâtiment Lavoisier. Pour mémoire la première installation d'une IRM à Necker remonte à 1986.

Ces dernières années, les indications et les demandes d'examens, que ce soit en imagerie pédiatrique et adulte, ont considérablement augmenté. Au regard du délai des rendez-vous qui était de 8 mois, il devenait nécessaire de bénéficier d'une deuxième IRM sur le site.

Celle-ci a été installée dans des locaux qui ont été créés et qui ont nécessité 10 mois de travaux au sein du service de radiologie adultes, au bâtiment Sèvres. Le principal élément a été la pose d'une dalle de béton, par l'entresollement de l'ancien l'amphithéâtre Hamburger. Cette dalle peut supporter l'aimant d'un poids de 6 tonnes.

Une cage de Faraday, faite de plaques de cuivre, indispensable au bon fonctionnement d'une IRM, recouvre chacune des faces de la pièce (murs, sol, plafond) afin de la protéger des ondes électromagnétiques extérieures (téléphones portables, appareils électroniques...), mais aussi de protéger l'environnement extérieur du rayonnement radiofréquence émis par l'IRM.

Cette seconde IRM a été livrée le 31 août 2011. La partie la plus étonnante, et pour le moins spectaculaire, de cette livraison a été le transfert de l'aimant de son camion de transport vers la salle d'examen.

Pour cette opération «aérienne», extrêmement délicate, une grue de 100 tonnes a été mise en œuvre avec une flèche télescopique d'environ 50 mètres.

Après la mise en fonctionnement, l'aimant a une aimantation de 1,5 tesla, ce qui correspond à 30.000 fois le champ magnétique terrestre.

Le poste d'acquisition des examens est dans l'axe de l'aimant. Ainsi, les manipulateurs ont le meilleur angle de vue sur le patient. A l'autre bout du tunnel une caméra complète cette surveillance.

La salle de préparation est équipée au maximum de matériel amagnétique (brancard, pied à perfusion...). Quatre boxes adaptés aux deux disciplines (berceau pour endormir les enfants, fauteuil de prélèvement pour les adultes) permettent une bonne organisation des examens.

Le 29 septembre 2011, l'IRM était opérationnelle. Les premiers examens pouvaient être réalisés.

Les bénéfices pour le patient

L'implantation d'une nouvelle technologie apporte d'une part, une amélioration de la qualité des soins aux patients, d'autre part de réduire les délais de rendez-vous.

Nous pouvons prendre pour exemple, la vacation d'IRM ostéo-articulaire pédiatrique passée de deux heures à une matinée par semaine. De même, l'activité cardiaque s'est développée : 16 patients par semaine (4 auparavant). De plus, cet équipement de dernière génération permet une optimisation de la qualité des examens.

L'activité adulte a été recentrée sur un seul site facilitant le transport interne des patients hospitalisés. Elle a également pu être augmentée et diversifiée. L'IRM du bâtiment Lavoisier a pu se spécialiser dans la neurologie et la neurochirurgie, et ainsi répondre à une demande toujours plus grandissante dans ce domaine.

L'accès à cette technologie est désormais plus aisé : de nouvelles indications sont apparues, d'autres pathologies sont explorées, des protocoles de recherches dans différentes disciplines ont été mis en place. La nouvelle IRM possède les logiciels et les séquences les plus récents et performants, applicables à l'imagerie fonctionnelle (séquences de perfusion). Quant aux patients adultes, ils bénéficient d'une IRM d'une grande précision pour les pathologies hématologiques et rénales.

L'accueil des patients se fait dans des locaux neufs et modernes, adaptés aux enfants et aux adultes. Cela favorise leur bien-être et leur mise en confiance.

Les patients suivis à Necker peuvent désormais effectuer tout leur bilan d'imagerie à l'hôpital.

Avec cette nouvelle IRM, le patient voit sa prise en charge grandement facilitée et améliorée.

Les bénéfices pour le personnel

La mise en place de ce nouvel équipement :

- constitue une amélioration des activités professionnelles du personnel,
- permet aux manipulateurs de se former et d'élargir leurs compétences professionnelles.

Avant cette installation, une équipe de cinq manipulateurs, dont chaque membre a suivi un parcours qualifiant individualisé, a été formée. Selon leur parcours professionnel, ils ont suivi des cours théoriques à l'I.F.M.E.M. (Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale) de l'A.P.-H.P. et auprès du constructeur, la société General Electric. Des formations pratiques ont été organisées sur les sites Lavoisier à Necker et à l'H.E.G.P. Cela a permis à l'équipe en place de se lancer un défi professionnel, de renforcer sa motivation. Ils ont été accompagnés lors de l'ouverture par un ingénieur d'application qui reste depuis en contact téléphonique permanent et qui intervient sur site à la demande du Pôle. L'implantation de la nouvelle IRM a participé à la collaboration des deux services d'imagerie du Pôle (adultes et pédiatrie). Le rapprochement des deux équipes (médicales et paramédicales) leur a permis de mieux se connaître, renforçant ainsi l'esprit d'équipe.

L'arrivée d'une tel équipement est un atout en terme de recrutement du personnel. Ainsi, l'équipe de radiologie s'est redynamisée par l'arrivée de jeunes diplômés, attirés par ce plateau technique moderne, dans un service de radiologie réaménagé et restructuré. Les manipulateurs en radiologie, professionnels de santé formés après 3 années d'études, peuvent acquérir de nombreuses compétences grâce à la mixité des spécialités (pédiatrie et adulte) et à un large panel d'examen (enrichissement des connaissances techniques et médicales).

“ L'installation d'une IRM, machine de haute technologie en imagerie, nécessite des locaux adaptés et des personnels formés. La prise en charge des patients est améliorée par le raccourcissement des délais de rendez-vous. L'accessibilité à cette technique, pour les patients consultants ou hospitalisés à Necker, est plus aisée.

Les manipulateurs en électroradiologie peuvent développer leurs compétences et leur polyvalence. ”

Bibliographie

- Implantation d'un service d'IRM, Traité de Radiodiagnostic VI - Principes et techniques d'imagerie : 35-273-A-10 (1990), J-E. Lefevre, Ingénieur biomédical à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris France, Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS
- «Imagerie par résonance magnétique : bases physiques et contrastes», R.Felizardo, G Bidange, B. Boyer, Foucard J.M, 2006, EM-consulte, Elsevier Masson SAS
- «Evolution de l'imagerie par résonance magnétique» I. Idy-Peretti,, 2009, EM-consulte, Elsevier Masson SAS
- « Une approche multidisciplinaire centrée sur le patient », D. Fabrega, F. Gosso, M. Decouvlaere, 2011, EM-consulte, Elsevier Masson SAS
- M.Decouvlaere, D. Fabrega, «En temps de crise, le patient importe et la qualité compte», 2010, EM-consulte, Elsevier Masson SAS
- «Imagerie du cancer de la prostate localisé», L. Lemaitre, P. Puech, X. Leroy, B. Renard, A. Villiers, 2010, EM-consulte, Elsevier Masson SAS
- «Circulaire DHOS/SDO/04 relative aux recommandations pour le développement de l'imagerie en coupes en scanner et IRM», Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins, 2003, EM-consulte, Elsevier Masson SAS
- «L'imagerie par résonance magnétique et la tomodensitométrie multi barrettes pour l'exploration du Cœur : applications possibles en réanimation», F. Beygué, A. Furber, G. Helft, J.P. Metzger, 2005, Société Française de réanimation, Elsevier Masson SAS
- «Aïe, ça pique ! Prise en charge des enfants dans un service d'imagerie médical», E. Flamme, P. Lussiez, M.F. Tournay, J.L. Greffe, 2009, Éditions Françaises de Radiologie, Elsevier Masson SAS
- F.A. Hoffer, «Imagerie par résonance magnétique des masses abdominales de l'enfant», 2007, EM-consulte, Elsevier Masson SAS

7 Accueillir un tube, c'est accueillir un patient

➤ Jean-Claude DARDE, Agent de réception, Laboratoire central d'Hématologie

➤ Sandrine MAJOUX, Cadre de santé, Laboratoire à réponse rapide

L'accueil du patient au sein du Pôle de Biologie et Produits de Santé de l'Hôpital Necker-Enfants malades se fait le plus souvent sous la forme de l'échantillon biologique. Cet échantillon traverse différentes étapes pour être transformé en résultats biologiques validés qui permettront la mise en place ou le suivi d'un traitement thérapeutique individualisé à chaque patient.

L'examen biologique est défini : «comme un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain».

Tout au long de cet article, nous mettrons en évidence les similitudes de prise charge, d'organisation, d'actes, de matériels, de vocabulaire qui existent entre la prise en soin du patient au sein d'une unité de soins et la prise en charge de l'échantillon biologique au niveau du laboratoire médical. La première similitude étant la continuité de service 24h sur 24 et la continuité des soins.

Afin de mieux comprendre la prise en charge du patient, il est important de présenter la structure même du Pôle de Biologie et Produits de Santé de l'Hôpital Necker-Enfants malades. En effet, le Pôle 5 est constitué de :

- 11 laboratoires de biologie médicale disséminés sur le site dont 3 assurent la continuité de service (laboratoires de Microbiologie, de Biochimie Générale, et d'Hématologie), d'autres plus spécialisés assurent les spécificités biologiques et la recherche médicale de l'Hôpital Necker-Enfants malades.
- du Service de Pharmacie Clinique (PUI) qui prend en charge la délivrance des ordonnances de médicaments et effectue certains dosages de médicaments et de toxiques, ceci de manière continue. Le Service de Pharmacie Clinique a sous sa responsabilité la Stérilisation Centrale où sont traités tous les instruments chirurgicaux pour les blocs opératoires quelles que soient les spécialités chirurgicales mais également l'ensemble des dispositifs médicaux (DM).
- de la chambre mortuaire, assurant la continuité des soins au delà du décès.

La place de la Biologie Médicale dans le parcours de soins du patient

Les professionnels travaillant dans les laboratoires médicaux sont d'après le ministère de la santé et des sports des soignants issus de la famille soins, pour les agents hospitaliers et les aides-soignants et de la sous-famille soins médico-techniques pour les techniciens de laboratoire médical. Cette appartenance est importante car elle montre bien la culture commune du soin.

Un tournant important pour la biologie a eu lieu avec l'ordonnance du 10 janvier 2010 portant réforme à la Biologie Médicale. Il s'agit de la médicalisation de la biologie. En effet, «cette réforme place la bio-

logie médicale dans le cœur de métier de l'hôpital et dans le parcours de soins des patients». La place de la biologie médicale dans le parcours de soins est déterminante pour la prise en charge du patient. Le technicien de laboratoire est devenu Technicien de Laboratoire Médical (TLM) et tout comme les infirmiers (ères) ils «concourent à une même mission de service public de soins, accessibles à tous, sans discrimination et sans discontinuité» .

La médicalisation de la biologie a permis au biologiste médical de renforcer le dialogue avec le clinicien sur les examens à réaliser ou non, afin d'améliorer la prise en charge du patient, de diminuer sa durée de séjour ou de favoriser l'hospitalisation de jour.

Les techniciens de laboratoire médical participent bien au processus de soin, à la prise en charge du patient, même si celui-ci est le plus souvent invisible pour le technicien.

Cependant, au cours de sa formation au sein de l'IFTLM, le futur professionnel réalise un stage au chevet du patient et peut «ainsi prendre conscience de la portée de ses analyses et de leurs résultats» . Cette proximité avec le patient restera une image gravée dans sa mémoire pendant toute sa carrière professionnelle.

Accueil du patient au sein des laboratoires du PBPS

Tout comme nous parlons du parcours de soins du patient au sein de l'établissement de santé, pour décrire le processus de soin, nous parlons du circuit du prélèvement. Le circuit de l'échantillon biologique se définit en trois phases :

- la phase pré-analytique
- la phase analytique
- la phase post-analytique

La phase pré-analytique

La phase pré-analytique débute au niveau de l'unité de soins avec la prescription médicale qui est transformée en feuille de demande d'examens pour le laboratoire. Le prélèvement est assuré par une personne compétente (infirmier, puéricultrice, technicien de laboratoire en possession du certificat de capacité, médecin...) , l'étiquetage et le remplissage de la feuille relèvent des bonnes pratiques et assurent la qualité de la prise en charge de l'examen biologique. Une fois le prélèvement réalisé et conditionné dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité, le transfert de l'échantillon va se faire par différents modes de transmission :

- un agent de l'unité qui vient déposer le prélèvement au laboratoire s'il s'agit d'une urgence
- un agent du centre de tri qui récupère cet échantillon au moment d'un tour régulier
- le pneumatique s'il s'agit d'une urgence et que le service est relié au circuit.

Cette phase pré-analytique va se poursuivre au niveau de la réception du laboratoire où les agents assurent différentes missions.

La première étape effectuée au niveau de la réception du laboratoire est la vérification de la concordance de l'identité du patient entre la demande et l'examen biologique.. Cette vérification peut être comparée à celle qu'effectue l'infirmier à l'arrivée d'un patient dans l'unité de soins. Cette vérification sera ou verbale ou visuelle grâce au bracelet du patient.

La seconde étape est la saisie des données dans le logiciel informatique du laboratoire (SGL). Cette saisie assure la traçabilité de l'échantillon biologique de son arrivée jusqu'au rendu des résultats au service clinique demandeur, et à l'archivage.

Tout comme l'infirmier réagit face à une urgence, la sonnerie du scope ou d'un saturateur par exemple, le technicien la repèrera grâce à la feuille de demande, le service demandeur (bloc, réanimation) et les renseignements cliniques (choc septique, hémorragie...). Le professionnel saura prioriser l'urgence. Une fois repérée celle-ci déclenche une réaction rationnelle autant chez l'infirmier devant un patient que chez le technicien de laboratoire médical devant cet échantillon biologique qu'il traitera en priorité dans

le secteur technique.

Une fois enregistrés, les échantillons sont acheminés dans les différents secteurs techniques pour y être traités. C'est le début de la seconde phase.

La phase analytique

Le technicien de laboratoire médical prend en charge les examens et va les traiter de manière à transformer le prélèvement en résultats biologiques révélant l'état biologique du patient à l'instant T.

Dès que le professionnel prend l'échantillon entre ses mains, il y pose un regard critique. La couleur d'une urine ou d'une ponction lombaire (limpide, trouble), l'aspect d'un prélèvement de sang (hémolysé, ictérique) tout cela engendre chez le technicien de laboratoire médical l'image du patient et de son état. Quand l'infirmier entre dans la chambre d'un patient pour la première fois, le regard qu'il posera sera le même. Il observera le patient, sa respiration (calme, polypnée), sa somnolence, son état d'agitation. Il repèrera des signes cliniques qui lui permettront parfois d'anticiper certaines actions ou de donner l'alerte.

L'analyse en elle-même débutera seulement si le technicien de laboratoire s'est assuré du bon fonctionnement de l'analyseur. Il ne s'agit pas simplement que «de presser un bouton». Une vérification de l'automate est réalisée plusieurs fois par jour pour s'assurer que les résultats obtenus peuvent être rendus. Il s'agit de lancer des calibrations, de passer des contrôles de qualité, cela revient à la check list qui est réalisée avant d'admettre un patient au bloc opératoire. La liste doit être vérifiée, complète et seulement quand tout a été vérifié, le patient peut être admis. La situation est la même au laboratoire, si les contrôles ne sont pas satisfaisants ils seront «repassés» c'est-à-dire représentés à l'automate pour un second passage et la procédure ne sera pas entravée. Les procédures des laboratoires sont comparables aux protocoles de soins.

D'autre part, tout comme l'infirmier alerte le clinicien de l'état d'aggravation d'un patient, le technicien de laboratoire médical interpellera le biologiste face à un résultat pathologique ou incohérent avec les antécédents du patient. L'alerte donnée sera la même.

La phase post-analytique

Une fois l'analyse réalisée, le technicien de laboratoire médical validera les résultats en fonction de différents paramètres (la qualité du prélèvement, l'antécédent si elle existe..) et imaginera tout naturellement l'état physique du patient au travers les résultats obtenus. En effet, «la vue de constantes très anormales d'un bilan lui permet de se représenter la personne concernée. Le patient surgit ainsi avec l'urgence vitale liée à la présence de paramètres très anormaux» . La communication de ces résultats validés biologiquement se fait dans les plus brefs délais et avec une grande confidentialité, grâce au système informatique interne de l'hôpital. Ceci afin de permettre au clinicien de mettre en place une thérapeutique adaptée, au plus vite. Cependant l'inquiétude peut aller jusqu'à recevoir un appel de l'unité pour que le technicien transmette les résultats. De plus, face à un bilan anormal le technicien attendra avec impatience le résultat d'un bilan ultérieur pour suivre l'évolution de l'état de santé de ce patient. Tout comme l'infirmier passe ses transmissions à «sa relève», le technicien de laboratoire parlera des difficultés rencontrées devant les résultats d'un patient à son collègue. Ces transmissions sont essentielles pour le suivi de la prise en charge des patients. Il est d'ailleurs courant que le technicien de laboratoire se renseigne le lendemain sur l'évolution de l'état de santé d'un patient.

De façon régulière, au sein des laboratoires, des staffs sont réalisés par les biologistes, les internes, les professionnels du laboratoire pour exposer le cas d'un patient dont l'interprétation des résultats obtenus n'a pas été aisée. Ces staffs ne sont-ils pas identiques à ceux réalisés dans un service de soins ? Les échanges autour de l'état clinique du patient avec l'apport des résultats de la biologie montrent bien la cohérence, la synergie et la complémentarité des différentes disciplines au service de la prise en charge des patients.

La prise en charge des dysfonctionnements : les non-conformités

Cependant, il faut reconnaître que tout ne se passe pas toujours de manière aussi fluide et parfois des dysfonctionnements retardent la prise en charge de l'échantillon, c'est ce que l'on appelle la non-conformité. Cette non-conformité peut surgir à tout moment du parcours, sous différentes formes :

- une discordance d'identité dès le prélèvement
- une erreur de tube de prélèvement
- une erreur d'acheminement
- une erreur d'enregistrement
- une erreur d'analyse...

La liste est longue, mais chaque non-conformité (NC) est analysée pour éviter qu'elle ressurgisse mais dans tous les cas elle peut avoir comme conséquence un retard de diagnostic, un retard de prise en charge : «un diagnostic retardé ou erroné constitue une perte de chance pour le patient».

Ce dysfonctionnement génère des conséquences importantes pour tous les acteurs. Pour le patient à qui on va expliquer qu'une erreur a été réalisée et qui va être reprélevé, pour l'infirmière qui va perdre du temps au téléphone avec le laboratoire qui expliquera que l'analyse ne peut être réalisée. Le laboratoire qui aura joint l'unité pour expliquer ce dysfonctionnement. Ce dysfonctionnement entraîne la mobilisation de chaque acteur, une perte de temps pour tous autour d'un acte ou une activité qui a déjà été réalisée.

La complémentarité et la cohésion des équipes au service des patients

Même si les rencontres entre des équipes soignantes des unités et des techniciens de laboratoire médical sont rares, elles existent et apportent à chaque professionnel une grande satisfaction. Un point essentiel est à souligner dans ce processus de prise en charge du patient : c'est la recherche de l'amélioration continue de la qualité du service rendu. La base de cette démarche est la roue de Deming qui permet de planifier, de réaliser, de vérifier et de mettre en place des actions correctives.

Tout comme les unités de soins qui sont engagées dans ce processus d'amélioration continue de la qualité des soins, les laboratoires se préparent également à être accrédités par le Cofrac selon la Norme ISO EN NF 15189. Cette accréditation est devenue obligatoire depuis la loi HPST de juillet 2009 et permet une reconnaissance des compétences techniques. De plus, si le laboratoire n'est pas accrédité, l'hôpital ne pourra être certifié.

“
À l'hôpital, la représentation du patient selon les professionnels est différente, comme nous venons de le voir. L'accueil du patient au sein de l'unité de soins se fait physiquement. Au sein des laboratoires, il se présente le plus souvent sous la forme d'un échantillon biologique mais y a-t-il réellement une différence ?

Le Pôle de Biologie et Produits de Santé accueille le patient le plus souvent sous forme d'examen biologique, les professionnels qui y exercent sont tout à fait conscients que derrière chaque échantillon biologique il y a un patient et traitent cet échantillon biologique avec un grand respect et une éthique professionnelle marquée. En effet, le vocabulaire utilisé, les activités réalisées par ces professionnels sont proches de ceux des soignants dans les unités de soins. L'échantillon biologique est traité en toute confidentialité, en respectant son intégrité et sa singularité, il n'y donc pas de différence de traitement entre l'échantillon biologique et le patient qu'il représente.

La biologie apporte une aide incontestable à la clinique et la complémentarité des équipes, les rencontres pluri-professionnels sont source d'amélioration à la prise en charge des patients.

La recherche d'amélioration continue de la qualité des soins passe par sa reconnaissance par la certification des Etablissements de Santé (par la Haute Autorité en Santé : HAS) et par l'accréditation des laboratoires par le Cofrac.

Cette démarche collective et conjointe marque l'engagement
de tous les professionnels de santé vis-à-vis des soins prodigués aux patients. ”

Mots-clés : patient - accueil - qualité - examens biologiques - prise en charge - continuité des soins - technicien de Laboratoire Médical - confidentialité - accréditation - éthique

Bibliographie

Législation :

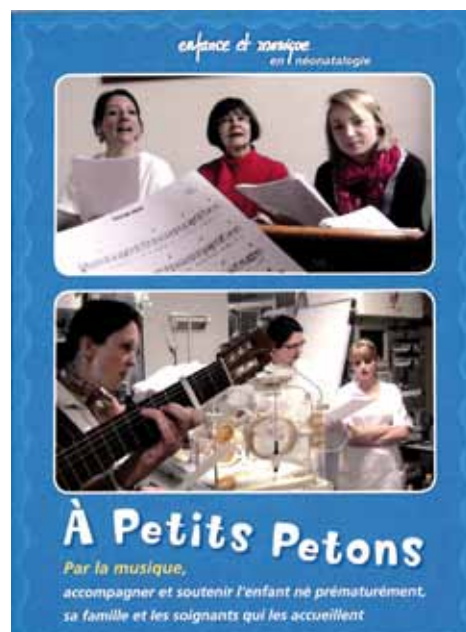
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.
- Discours d'ouverture de la 2^{ème} journée nationale biologie, 13 février 2009, Roselyne BACHELOT-NARQUIN Paris.
- La connaissance du patient, passage obligé pour les futurs paramédicaux, Professions de santé et plateau technique, Hervé FAYARD - 1995/12, n°6, p 6.
- Technicien de laboratoire : l'invisible, Objectif Soins, Chantal. SEIGNERY - janvier 2000, n°82, p 20.
- Techniciens de laboratoire et infirmiers : mieux communiquer, Jean-Pierre SIRVEN, l'infirmière magazine - juillet-août 1999 n°140, p XI-XII.

Sites internet :

- www.cofrac.fr
- www.has-sante.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.sante.gouv.fr

8

Par la musique, accompagner et soutenir l'enfant né très prématurément, sa famille et les soignants qui les accueillent (film)



➤ Mara CESCHI, Cadre de santé

➤ Geneviève SCHNEIDER, Musicienne et formatrice à l'association Enfance et musique

C'est dans le cadre de la convention interministérielle «culture à l'hôpital» avec l'apport du service de formation de l'Institut de Puériculture et de Périnatalité, la Cnaf, la Ddass, la Fondation de France et la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France que le projet «Par la musique, accompagner et soutenir l'enfant né prématurément, sa famille et les soignants qui les accueillent» a été rendu possible. En 8 ans, cette action pilote, l'une des plus longues de ce programme, a pu préserver la spécificité de former les soignants, malgré la conjoncture, pour qu'ils deviennent acteurs culturels auprès de la musicienne professionnelle, mais aussi afin qu'ils puissent donner une réelle place au «prendre soin» aux côtés de leur pratique soignante au quotidien.

Ce documentaire témoigne d'une action sur le long terme, offre la possibilité à tout service de soins, tout établissement de santé, à tous ceux qui souhaitent s'engager dans des actions culturelles, de pouvoir développer un argumentaire sur le sens profondément humain de ce type d'actions afin de créer et de mettre en œuvre un projet culturel soutenant les bébés, leurs parents et les soignants, participant ainsi aux actions de prévention précoce prévenante accompagnant une naissance difficile.

9

La tétée d'accueil

➤ Marjolaine GRUND-POULAIN, Sage-femme

Pratique récente dans l'histoire de l'allaitement maternel, la tétée d'accueil constitue la toute première tétée du nouveau-né dans ses deux premières heures de vie.

Dans les faits, si l'état du nouveau-né et de la mère le permet et si cette dernière le souhaite, l'enfant est placé dès sa naissance en peau à peau pour une durée minimale d'une heure. Ce premier contact indispensable va permettre à l'enfant de développer des facultés et au terme d'«un comportement génétique programmé» d'aboutir à cette première tétée.

Celle-ci présente de nombreux avantages pour l'enfant et facilite le démarrage de l'allaitement maternel.

Au delà, elle influe positivement sur le processus d'attachement des parents. Ainsi, cette première tétée ne doit pas être exclusivement considérée sur un mode alimentaire et ne doit donc pas être réservée uniquement aux nouveaux-nés allaités.

Egalement appelée tétée de bienvenue, elle constitue la toute première tétée du nouveau-né dans les deux heures qui suivent sa naissance.

Il s'agit d'une pratique récente si l'on se réfère à l'histoire de l'allaitement maternel.

Cette fonction, qui nous semble pourtant si naturelle, a largement été influencée au cours des siècles par les avis contraignants du corps médical et des philosophes, par les modes éducatifs, et par le niveau socio-économique de la population.

Longtemps, le nouveau-né a été considéré comme une « bouche à nourrir » ayant peu de besoins et la relation mère enfant a peu été prise en compte. A partir des années 1990 et jusqu'en 2010, de nombreuses études sur le comportement du nouveau-né ont vu le jour dans les pays scandinaves. Il y apparaît clairement que dans ses deux premières heures de vie le nouveau né présente une période d'éveil calme pendant laquelle il est particulièrement alerte et apte aux apprentissages et à leur mémorisation. Parallèlement, les bienfaits du colostrum et du lait maternel ne sont plus remis en cause.

En 1992, l'OMS et l'UNICEF ont publié une déclaration conjointe présentant dix conditions dont le respect permettra de favoriser l'allaitement maternel dans les maternités. La quatrième condition s'intitule «Aider la mère à démarrer l'allaitement dans la demi heure qui suit la naissance».

Le peau à peau : la première étape indispensable

Dans un premier temps, qui précède l'accouchement, il est nécessaire que les parents aient une information sur les capacités du nouveau-né à sa naissance.

Dans un second temps, si la maman le souhaite et que son état le permet, et si le nouveau né présente une bonne adaptation cardiorespiratoire, l'enfant est séché avec un linge chaud. Puis il est placé en peau à peau, après clampage du cordon, face ventrale contre le corps de sa mère. Sa tête est recouverte

d'un bonnet, son corps recouvert d'un linge pas trop serré, son visage visible avec les voies aériennes supérieures dégagées.

Ce contact précoce et prolongé est un continuum olfactif entre la vie intra et extra-utérine et doit durer au minimum une heure. Il est important de différer les soins de routine non urgents (pesée, soins du cordon, administration de vitamine K et de collyre, habillage) après la mise au sein. La désobstruction des voies aériennes et la vérification de la perméabilité de l'œsophage doivent être pratiquées sur des critères individuels et non de façon systématique.

Comportement du nouveau-né et de la mère

Les études portant sur les compétences du nouveau né mis en peau à peau dès sa naissance décrivent un comportement en 9 phases appelle «comportement génétique programmé» (Widström-2010) :

- cri de naissance : secondaire au déplissage alvéolaire et à la première respiration,
- récupération : l'enfant ne montre aucune activité orale ou motrice excepté une possible ouverture des yeux,
- éveil : signe d'activité avec des mouvements de la tête et des membres,
- activation : l'enfant mobilise ses membres et sa tête et a des mouvements organisés,
- action de ramper : l'enfant pousse avec ses jambes et parvient à se déplacer vers la poitrine de la mère,
- détente : l'enfant se détend et montre une activité orale de plus en plus importante,
- découverte et familiarisation du sein : l'enfant rentre en contact avec l'aréole, le mamelon et se positionne pour lécher,
- succion du sein : l'enfant prend le mamelon et initie une tétée (cette étape peut demander une aide active de la part du personnel soignant),
- endormissement : l'enfant ferme les paupières tout en continuant parfois à téter.

Parallèlement à ce comportement dit «comportement génétique programmé» la mère est dans un état de «préoccupation maternelle primaire» et se retrouve ainsi exclusivement et entièrement disponible. Elle a également un comportement caractéristique :

- elle touche d'abord les bras et les jambes de son bébé du bout des doigts puis va commencer à le caresser, le masser,
- elle va mettre son visage en position de face pour qu'elle et son bébé se regardent dans les yeux,
- elle va lui parler d'une voix haut placée, la «voix de mère» particulièrement attirante pour le bébé qui aime les voix situées dans les hautes fréquences.

Bénéfices de la tétée d'accueil

La première tétée est l'un des jalons de cette rencontre. Elle ne peut cependant être considérée comme un accomplissement, une fin en soi, envisagée en termes de réussite ou d'échec. Il est important que la mère comprenne que son bébé va développer petit à petit ses compétences et qu'il est inutile de presser le nouveau né à téter en essayant de lui mettre le sein en bouche (au risque d'inhiber le réflexe de fouissement et de succion). Lorsqu'un nouveau né ne dispose pas immédiatement d'un état d'éveil propice à l'initiation d'une tétée, il est préférable de patienter et de le positionner à nouveau en peau à peau lors de l'installation en suites de couches de la mère.

La tétée d'accueil présente de nombreux avantages :

- elle facilite le démarrage de l'allaitement maternel et prolonge significativement la durée de celui-ci. Elle favorise l'établissement et la durée de l'allaitement exclusif,
- elle stimule la sécrétion d'ocytocine maternelle et favorise la survenue de la montée de lait,
- elle favorise l'adaptation thermique et métabolique du nouveau né (meilleure thermorégulation, glycémie significativement plus élevée après le peau à peau),

- elle améliore le bien être du nouveau né (moins d'épisodes de pleurs, durée écourtée),
- elle permet une meilleure organisation des états comportementaux (prédominance du sommeil sur l'éveil, plus de sommeil profond que léger, prédominance de l'éveil calme).

Au delà, le contact précoce et prolongé influe positivement sur le processus d'attachement des parents. Ces derniers se représentent leur tout petit comme un être de relation et ont pu reconnaître très vite ses compétences. Ils répondent par la suite avec plus de facilité aux pleurs.

De ce fait la tétée d'accueil ne doit pas être exclusivement réservée aux nouveaux nés allaités. De même que le peau à peau est proposé au papa en salle de naissance lorsque l'état de la mère ne le permet pas. L'absence de tétée d'accueil n'empêchera ni l'établissement ni l'instauration du lien mère-enfant mais risquera de demander plus d'efforts à la mère et à son bébé et plus d'aide de notre part.

Attitude à adopter par le personnel soignant

Toute la difficulté, pour nous personnel soignant habitué à une prise en charge active, est de laisser le contact s'établir en intervenant le moins possible. Il nous convient d'observer l'intimité, apportant notre aide pour la tétée uniquement si cela s'avère nécessaire. L'observation attentive et l'accompagnement empathique relève d'une véritable compétence professionnelle. L'accueil du nouveau né en salle de naissance doit donc respecter les besoins physiologiques et émotionnels de l'enfant et de la mère, tout en tenant compte du caractère exceptionnel que revêt cet événement pour la nouvelle famille.

Il est néanmoins fondamental de ne pas négliger la surveillance du nouveau né et de sa mère. Plusieurs cas de malaises graves, dont certains ont conduit à des décès, ont été rapportés en France. L'incidence générale semble faible et a été évaluée de 0,025 à 0,032 cas pour 1000 naissances. Les causes de ces malaises sont mal élucidées. Les circonstances entourant ces accidents ne sont pas suffisamment décrites et il n'y a pas eu d'autopsie systématique. Ces accidents ont en commun la survenue inattendue d'une défaillance cardio-respiratoire. Les seuls facteurs identifiés sont le peau à peau, la primiparité et le fait que la mère et le bébé soient restés seuls en salle de naissance.

Les mesures essentielles qui visent à prévenir la survenue d'accidents consistent à pratiquer une bonne évaluation initiale de l'état de la mère et du nouveau né, à veiller à ce que le visage du nouveau-né soit toujours bien dégagé et bien visible, à surveiller très régulièrement (toutes les 10 minutes) son état clinique (couleur, respiration, activité). Le nouveau-né et sa mère ne doivent pas rester seuls. Une tierce personne doit être présente. Cependant, la responsabilité de la sécurité incombe exclusivement au personnel soignant.

“ Les connaissances sur les compétences du nouveau né et l'incitation d'organisations comme l'OMS et l'UNICEF ont fait progresser le développement de l'allaitement maternel ces vingt dernières années.

Il nous convient de garder à l'esprit que l'accueil du nouveau né en salle de naissance doit respecter ses besoins physiologiques et émotionnels, ainsi que ceux de sa mère.

Nous devons nous préoccuper de leur bien être tout en prêtant attention à leur sécurité : cela n'a rien de contradictoire.

La tétée d'accueil s'inscrit dans le continuum relationnel entre la mère et son bébé et ne constitue pas une fin en soi. Elle présente de nombreux avantages et doit être si possible favorisée. Il est nécessaire de respecter le rythme de l'enfant et de ne pas considérer cette première tétée uniquement sur un mode alimentaire et sécuritaire mais sur celui d'une construction „ d'une relation d'attachement amenée à durer.

Bibliographie

- Accueil du nouveau-né en salle de naissance. G. Gremmo-Feger, Les dossiers de l'allaitement n°51
- Peau à peau précoce et prolongé à la naissance : intérêts, sécurité et pratique. Formations Co-naître
- De la première rencontre à la première tétée : observer l'intimité. Laurence Girard, Les dossiers de l'obstétrique n° 409
- De quoi le nouveau-né bien portant a-t-il besoin en salle de naissance ? G. Gremmo-Feger, V. Laparra, M. Collet, Journées nationales de Néonatalogie.
- Histoire de l'allaitement en France: pratiques et représentations. C. Rollet.
- www.co-naître/histoireallaitement
- Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Who/chd/98.9

10

La poupée Plume : préparer un endormissement, un réveil en douceur



➤ Lydie DEHORS, Éducatrice de jeunes enfants

➤ Anita FLECHEL, Cadre de santé

➤ Fred SOPTA, Cadre paramédical – Réanimation, Urgences, Anesthésie

Même quand tout se passe bien une intervention chirurgicale n'est jamais une expérience agréable dans la vie d'un enfant. Pour adoucir ce moment, l'accueil individualisé en pré anesthésie avec la poupée plume est pratiqué sur le pôle 7. Cela rassure les enfants et leurs familles en valorisant le rôle de tous les professionnels.

Plume est une poupée étonnante, elle est à la fois un support pour s'exprimer, expliquer la réalité, un objet de dialogue, un objet qui fait du bien, un objet de soulagement dans sa douleur .

Malgré toutes ces vertus, plume est avant tout cela un présent de bienvenue de la part d'un professionnel de santé du pôle.

L'accueil des enfants hospitalisés au pôle Réanimations Urgences et Anesthésies est à l'heure actuelle une démarche prioritaire. Une opération chirurgicale est toujours un moment important dans la vie d'un enfant et de sa famille, même quand tout se passe bien ce n'est jamais une expérience agréable. Désormais, il doit quitter le cadre sécurisant de la maison et des habitudes, et côtoyer un monde inconnu. La crainte de la douleur, l'inquiétude liée à sa séparation avec ses parents existent consciemment ou inconsciemment chez l'enfant.

À l'arrivée dans ces locaux, les stimulations peuvent générer du stress. L'accueil est de ce fait un moment crucial pour l'enfant, il permet d'adoucir ce moment. Mais cela peut être aussi une expérience positive au cours de laquelle il apprendra, avec notre aide, à maîtriser l'inconnu. C'est pour tout cela que nous avons mis en place un poste d'éducatrice de jeunes enfants, pour accueillir l'enfant, sa famille ; en partie à l'aide de la **poupée Plume** en salle de musique.

Créée et distribuée par Apache*, la poupée Plume avec le soutien de la Fondation MACSE, a fait son entrée au CH de Necker en 2010, et un début en SSPI, dans la salle de musique au mois d'octobre 2011. L'objectif est de démystifier le passage au bloc opératoire et de les préparer à un endormissement et un réveil en douceur.

Mais qui est Plume ?

C'est une poupée en coton blanc, elle est personnalisable grâce à des feutres de couleurs qui s'effacent au lavage. Plume est donc réutilisable.

L'accueil, partie intégrante du soin

D'un côté, en tant que professionnel, il est souhaitable de guider l'enfant à vivre cette expérience le mieux possible par une attention particulière de son accueil en pré anesthésie. Cette attention permet de le rassurer, d'amorcer un dialogue, et de dédramatiser l'anesthésie. De l'autre côté, cela entraîne de la part de l'enfant ou de ses parents plein de questions et des demandes d'explications sur ce qui va se passer au bloc opératoire.

Les professionnels répondent aux questions des enfants et des parents dans la limite de leurs compétences. Le premier droit du patient est, en effet, l'information, et devient le premier devoir du soignant. Même si le patient paraît rassuré, l'accueil et les réponses aux questions instaurent un climat de confiance, ce qui est essentiel dans la prise en charge anesthésique. Il fait partie intégrante de la démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Démarche d'accueil

En vue de la préparation à l'endormissement et au réveil en douceur, Lydie, éducatrice de jeunes enfants nous explique sa mission. Elle accueille l'enfant et sa famille, instaure un dialogue, observe le climat de stress, écoute le langage non verbal de l'enfant et sa famille. Elle peut ainsi orienter son travail, ses propositions et apaiser ce moment avant le départ au bloc. Dans un premier temps Lydie propose à l'enfant de choisir un feutre au parfum de son choix pour colorier son masque d'anesthésie. Puis, vient ensuite, la proposition de la poupée plume à des enfants de deux à quatorze ans environ.

Drôle de poupée

Lydie nous indique : «Pour moi, c'est un outil fabuleux. En fonction de mon observation, je le propose de différentes manières ; je laisse l'enfant libre de déguiser ou d'habiller Plume. L'enfant va l'utiliser comme support pour exprimer ses émotions (angoisse, colère, refus, peur, douleur...) mais aussi sa créativité, et lui donner vie.

La poupée qui fait du bien

«Ce qui est plus incroyable, c'est de voir ce qui ressort des dessins : Plume devient souvent un super héros, mais aussi un sportif, ..., l'enfant peut parfois y dessiner sa future intervention. L'agression du soin se déplace du corps de l'enfant à celui de Plume. Plume est là pour l'aider, le consoler, le divertir, c'est une «protection» pour l'enfant qui part armé en salle d'opération.

L'objectif final est qu'il s'exprime de façon ludique jusqu'au bloc opératoire et qu'il prenne de la distance face à ses peurs et l'angoisse de sa famille. Le fait de jouer et de s'exprimer jusqu'au départ au bloc opératoire permet à la famille un moment de jeu et une séparation moins difficile.»

Du bloc à la salle de réveil

L'utilisation de la poupée s'inscrit dans une prise en charge globale d'amélioration de la qualité des soins. La poupée suit l'enfant ; il l'emmène au bloc opératoire en salle de réveil et dans sa chambre d'hospitalisation, puis de l'hôpital à la maison. De retour à la maison, s'il le souhaite, il pourra laver sa poupée pour effacer ce qu'il a exprimé à l'hôpital. Le rapport avec l'hôpital évolue. Les enfants sont ainsi davantage acteurs.

Cette initiative innovante est bien accueillie par les personnels du bloc et de la salle de surveillance post-interventionnelle. Grâce à la poupée plume, le dialogue devient plus facile avec les petits malades. Pour les parents et l'enfant, c'est un cadeau qui leur fait plaisir et qui fait retomber l'inquiétude de cette épreuve. Pour nous, c'est un véritable outil de prise en charge.

“ Cette initiative innovante est bien accueillie par les personnels du bloc et de la salle de surveillance post-interventionnelle. La poupée plume est un support de communication entre les enfants et les professionnels. Pour les parents et l'enfant, c'est un présent qui leur fait plaisir et qui fait retomber l'inquiétude de cette épreuve. Pour nous, c'est un véritable outil de prise en charge.

On constate que l'accueil n'est pas un don mais une compétence professionnelle. Quant aux petits malades et leurs familles, ils plébiscitent l'action poupée plume selon les dernières évaluations pratiquées dans le service. Pour les parents, 97% de satisfaction à l'expérience des enfants avec la poupée plume, dont 61% tout à fait satisfaits et 100% de satisfaction pour les soignants dont 56% tout à fait satisfait.

Cette démarche de soins individualisée qui apporte un peu plus d'humanité dans leur prise en charge a une très grande chance de s'installer durablement dans les services du pôle. Désormais, Plume s'est imposée ” comme un véritable outil de prise en charge.

Mots clés : enfant - accueil - rôle - pré anesthésie - poupée - support d'expression- dialogue - douleur

* Apache : Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants

Bibliographie

- Enfants hospitalisés : Plume, la poupée qui «parle» (www.macsfr.fr) - 15-11-2011

- Accueillir les parents en salle de surveillance post-interventionnelle pédiatrique : Un travail quotidien à l'hôpital Necker-Enfants malades de Paris. Soins pédiatriques, Marie Costet , Séverine Ménage - mai/juin 2012 (article à paraître)

Notes

Notes