



LE BURN OUT

EDITORIAL

« Burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants...

Les transformations du mode de financement, les efforts de maîtrise des budgets hospitaliers entraînant des réorganisations et des restructurations souvent mal comprises des soignants ne sont qu'une partie des facteurs clés entraînant un épuisement professionnel. Le manque de soutien, de gratification, l'augmentation constante des charges de travail, la réduction des effectifs, des conditions de travail difficiles ainsi que l'exigence croissante des patients participent activement à cet épuisement. Bien sûr l'histoire personnelle de chaque agent influe sur le développement d'un Burn out ou non, une vulnérabilité personnelle, une vision idéaliste ou même irréaliste de son travail sont des éléments favorisant un épuisement professionnel.

Le premier symptôme est l'épuisement émotionnel, une fatigue physique et psychique entraînant irritabilité, crises de colère et pleurs. La deuxième phase est la déshumanisation de la relation à l'autre, un désintérêt de l'autre. Le soignant ne perçoit plus le malade comme un être humain mais plutôt comme un numéro de chambre ou un objet. La dernière phase est la diminution de l'accomplissement personnel. A ce stade, la personne n'a plus d'estime d'elle-même, elle se dévalorise et n'est plus motivée à travailler.

La nécessité de comprendre, prévenir, repérer et traiter le Burn out des professionnels de santé est un objectif important de nos établissements de santé, cela afin de maintenir voire d'améliorer la qualité des soins mais aussi de lutter contre l'abandon par les professionnels de santé de leur métier.

Les prochaines journées d'étude organisées par l'AIRR auront lieu à Evreux.

Souffrance / Douleur est le thème des 29^{èmes} journées d'étude. Vous trouverez le programme en dernière page.

**C'était un mal vulgaire et bien connu des hommes ;
Mais, lorsque nous avons quelque ennui dans le cœur,
Nous nous imaginons, pauvres fous que nous sommes,
Que personne avant nous n'a senti la douleur.**

Alfred de MUSSET, Nuit d'octobre

Sylvie JOURDAIN et Delphine KIENLEN

Sommaire

Editorial	1
La prévention des risques psycho-sociaux	3
L'épuisement professionnel chez le soignant	4
Stress, épuisement professionnel, Burn out ou « le mal vivre » au travail	5 → 7
L'épuisement professionnel des soignants	8 → 9
Présentation de la Musse, Journées d'Etudes AIRR	10 → 11
Prise en charge de la douleur par le pôle de rééducation de l'hôpital la Musse (27180)	12 → 17
Programme des 29 ^{èmes} journées d'étude	18
Organisez les journées d'étude de l'AIRR	19
Appel à bourse micro-projet	20
Annonces de recrutement	21



AIRR

17, avenue du Dr Jacques Aimez
61140 Bagnoles-de-l'Orne

Rédaction : Mme Jourdain
Mail : jourdasy@hopale.com

Editeur & Régie publicitaire :
Macéo éditions - M. Kamel TABTAB, Directeur
11, bd Ornano - 75018 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05 - maceoeditions@gmail.com

Fabrication et impression en UE. 1000 exemplaires. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur.
La responsabilité de l'éditeur ne saurait être engagée pour les éventuelles erreurs ou omissions contenues dans cet ouvrage.
Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX

M^e LOPOUKINE, DRH sur les risques psycho-sociaux La Muse

Depuis plusieurs années, les notions d'« épuisement professionnel », de « stress au travail », ou encore de « Burn out » ont fait leur apparition dans la liste des risques professionnels. De nombreux établissements de santé sont concernés par cette problématique mais hésitent à l'aborder par crainte d'ouvrir « une boîte de Pandore » dont ils ne maîtriseraient pas les implications.

La définition de ce risque et un exemple de démarche de prévention pouvant être menée peuvent apporter des éclairages.

Les risques psycho-sociaux, qu'est-ce que c'est ?

Selon le ministère du Travail, les risques psycho-sociaux recouvrent des risques professionnels d'origine et de nature variées, complexes et plurifactorielles, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et qui ont par conséquent un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. Ils sont à l'interface de l'individu (le psycho) et de la situation de travail (le social).

Il s'agit, notamment du stress, du harcèlement, de la violence et de la souffrance au travail, de l'épuisement professionnel, des incivilités et des agressions physiques et verbales.

La démarche de prévention des risques psycho-sociaux à La Musse

Au niveau de l'hôpital La Musse, des actions de prévention des risques psycho-sociaux existent et sont, notamment, la mise en place de formations :

- ↳ depuis 2007, formation sur la gestion de la violence et de l'agressivité (2 à 3 sessions de 4 jours par an), reconduite tous les ans et ouverte à l'ensemble du personnel,
- ↳ depuis 2009, formation sur la gestion du stress (2 à 3 sessions de 4 jours par an), reconduite tous les ans et ouverte à l'ensemble du personnel,
- ↳ en 2010, en projet, formation sur la prévention des risques psycho-sociaux à destination de l'encadrement pour une meilleure appréhension de ce risque.

La mise à jour du document unique fin 2009/début 2010 et l'enquête satisfaction du personnel ont également permis d'interroger les professionnels sur cette problématique et d'identifier et évaluer ce risque.

Néanmoins, l'hôpital évoluant dans un contexte en mutation permanente, où les professionnels doivent faire face à des changements, à des contraintes économiques nécessitant des ré-organisations et au regard de situations d'épuisement professionnel connues dans certains secteurs de l'établissement, la Direction et son équipe de cadres en partenariat avec les instances et plus particulièrement le CHSCT ont décidé d'aller plus loin dans la réflexion et ont souhaité réaliser un **diagnostic sur les risques psycho-sociaux à la Musse**.

L'objectif poursuivi dans cette démarche est de pouvoir recenser de façon objective et détaillée les facteurs de risques psycho-sociaux propres à l'établissement, de faire un état des lieux et de construire un plan d'action concret qui sera mis en œuvre.

L'ensemble de ces informations permettront de définir et mettre en place une politique adaptée de prévention* sur cette thématique au sein de l'hôpital.

Pour ce faire, l'hôpital a décidé de se faire accompagner par un cabinet extérieur.

**La prévention des risques psycho-sociaux s'inscrit dans le cadre général de la prévention des risques professionnels, obligation incombant à l'employeur puisque ce dernier doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses professionnels*

L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LE SOIGNANT

Béatrice HECART, Psychologue

Depuis une dizaine d'années maintenant et de façon plus récurrente depuis 4/5 ans, le terme de « Burn out » occupe une place de choix sur la scène sociale et médiatique. La prudence est de mise quant au risque de vulgarisation de ce concept et sa réduction à des conséquences extrêmes et dramatiques comme le suicide.

En effet, l'épuisement professionnel est avant tout, à mon sens, un processus qui s'installe avec le doute, la frustration, de façon insidieuse d'où l'importance de s'interroger en amont sur les « risques » spécifiques de la relation d'aide.

Pour Maslach (in Health and Medicine, 1997), le syndrome de Burn out comprend 3 dimensions:

- ↳ L'épuisement émotionnel,
- ↳ La dépersonnalisation,
- ↳ La diminution du sentiment de réalisation de soi.

Je développerai principalement les questions d'épuisement émotionnel et le sentiment d'une réalisation de soi perturbée au sein de services de rééducation où le traumatisme et le handicap viennent bousculer l'idéalisation de sa propre relation d'aide.

Le soignant dans sa pratique quotidienne se confronte régulièrement au sens de la Vie, à travers la maladie, l'accident, la souffrance morale et la mort.

La proximité inévitable d'un corps à corps dans le soin expose l'infirmier à des situations attachantes, bouleversantes voire même conflictuelles où chacun joue une partition émotionnelle (peur, colère, dépression...) sans pouvoir toujours attribuer un sens à tout ce vécu.

L'exigence professionnelle amène le soignant à « devoir » écouter et accompagner le malade sans véritablement prendre conscience que cette disponibilité à la personne qui souffre est une réelle prise de risque, celle d'être touché, dépassé et démuni par son histoire.

Peut-on dire à ce jour que les infirmiers sont préparés à recevoir une aussi grande détresse ?

L'épuisement émotionnel apparaît au moment où émergent le sentiment d'être vidé de son énergie, d'être dans l'incapacité ou la grande difficulté à entendre et à rencontrer le patient.

Ces frustrations peuvent également générer un sentiment d'inefficacité, l'impression de ne « pas faire du bon travail ».

Un des mécanismes du Burn out réside dans un décalage entre l'idéalisation de sa profession d'aide, la réalité du patient (son vécu, ses besoins, sa personnalité...) et la réalité institutionnelle (ses attentes, son organisation).

La question de l'épuisement professionnel chez les soignants est un sujet vaste qui nécessite qu'on s'y arrête pour répondre au mieux à cette souffrance du « lien », permettant aussi de donner du sens et d'interroger les limites de la profession.

STRESS, EPUISEMENT PROFESSIONNEL, BURN OUT ou « le mal vivre » au travail.

Annie LAUTISSIER

Des mots traduisent depuis quelques temps une préoccupation dans nos établissements de santé. La plainte des soignants est fréquente et récurrente, amenant quelque fois des réactions et des comportements non attendus par le public, de la part de professionnels engagés dans le soin. Quels sont les facteurs favorisant ce ressenti ? Pourquoi les professionnels actuels, alors que les conditions de travail sont réputées meilleures depuis 25 ans en regard des évolutions technologiques et des procédures mises en œuvre, font part d'une insatisfaction croissante dans leur exercice ?

J'ai eu le privilège de suivre un stage sur ce thème dans le cadre du GEFERS*, animé par Raymond GUEIBE, psychiatre belge exerçant à OTTIGNIES, ce qui m'a ouvert des portes en donnant quelques clés pour mieux comprendre le phénomène, ce que je souhaite à présent vous faire partager, cet article n'ayant pas d'autres prétentions...

Il est tout d'abord nécessaire de définir les termes qui, employés souvent mal à propos, entraînent une confusion des genres.

Le stress est un phénomène naturel qui permet la régulation de la tension et ainsi favorise l'adaptation de l'individu à son environnement. Sans stress, pas de vie. L'origine du mot vient de l'industrie : c'est la capacité d'une matière à revenir à son état initial après avoir subi une déformation. Dans le monde médical, cela se traduit par la capacité d'un organisme à s'adapter à une situation nouvelle. Par exemple, la transpiration est une manifestation du stress pour s'adapter à la chaleur. Le stress est un élément physiologique et il induit la capacité de résilience de l'individu.

A quel moment va-t-il devenir pathologique ?

Prenons l'exemple d'une fièvre occasionnée par un syndrome grippal. Nous savons que cela est normal, lié à la maladie et que cela ne va pas durer. Notre connaissance de ces éléments va permettre de gérer ce stress sans difficultés. Envisageons à présent que cette fièvre dure au delà de ce que l'on peut attendre et que notre état remette en cause notre participation à une manifestation importante pour nous, ce facteur externe à la maladie va augmenter le niveau de stress. Si cette alarme, avec sécrétion d'adrénaline, s'inscrit dans la durée, l'organisme débordé, s'épuise après une phase de résistance. Le stress est donc majoré par des événements extérieurs et personnels. Notre histoire, celle qui nous a construits influence donc notre perception des situations de stress.

Cette notion est importante à garder en mémoire dans le champ du travail : chacun a une responsabilité dans le stress ressenti pour laquelle il est nécessaire de s'interroger régulièrement. Quel impact puis-je avoir et qu'est-ce que je peux changer ? Prenons l'exemple de la chute de neige. Dans les régions de montagne elle ne pose pas de problème, par contre dans les régions méditerranéennes elle provoque panique et accidents. Et pourtant, c'est le même phénomène météorologique...

C'est dans ces conditions que se développe **l'épuisement professionnel**, lorsque le niveau de stress est tel qu'une équipe ou des professionnels ne peuvent plus faire face au quotidien. Le GEFERS a développé une recherche autour des paradigmes qui soutiennent le monde du soin. Je vous invite donc à approfondir le sujet par la lecture d'un article de Raymond GUEIBE paru dans « Perspective Santé ». Le paradigme touche aux valeurs connues ou perçues d'un métier. Ces valeurs, porteuses de sens sont souvent mises à mal au travers des évolutions sociologiques et technologiques. Un travail sur soi est à faire pour repérer quels sont le ou les paradigmes qui nous soutiennent afin de comprendre ce qui nous fait réagir et nous permet de faire face au stress. Le tableau ci après résume par mots-clés les grandes lignes des paradigmes. Ils sont classés par ordre chronologique, montrant ainsi l'évolution au cours des siècles et l'adaptation du concept en fonction des avancées sociétales.

Paradigme maternel Patient : enfant dans les bras de sa mère	Abnégation : faire taire ses besoins pour satisfaire ceux des autres Affectivité, discrétion, disponibilité, générosité, relationnel
Paradigme religieux Patient : Dieu régule la relation en tiers	Assistance bienfaitrice, charité, respect de la vie, obéissance, humilité Vocation
Paradigme scientifique Patient : résumé à ses organes	Objectivité et méthode Fonctionnalité Efficacité et expertise Rigueur Technicité
Paradigme libéral Patient : client présent virtuellement	Rentabilité Productivité Performance Concurrence
Paradigme humaniste Patient : sujet du soin	Souffrance Autonomie Développement personnel Tolérance Empathie

Quel sera le prochain paradigme ? A nous, soignants, de l'enrichir...

Ceci n'est qu'un bref aperçu du travail de recherche effectué mais ces quelques clés permettent déjà d'analyser ce qui se passe en termes d'épuisement professionnel. Par exemple, si votre paradigme principal est le « maternel », doublé d'un peu de religieux et d'humaniste, vous vivrez de la souffrance dans un service de réanimation ou dans un bloc opératoire où la technicité domine. A l'inverse, si vous êtes scientifique, œuvrer dans un service de gériatrie ne vous apportera aucune satisfaction dans vos attentes techniques.

Ce qui nous amène à définir le **Burn out** : c'est une « maladie de l'âme en deuil de son idéal » (Feudenberg), maladie des métiers du relationnel où les idéaux sont forts et donnent naissance à des certitudes peu remises en cause (paradigmes). Outre les soignants, le Burn out touche des métiers comme les policiers, les pompiers et les enseignants.

Quelles sont les caractéristiques ?

Les idéaux forts renforcent un sentiment de toute puissance qui se traduit par le positionnement dans le quotidien des soins : je le fais par amour de l'autre, je suis centré sur la personne, en lien avec la vie et la mort, valorisé par le regard que la société porte sur la fonction. Cette démarche est inconsciente bien évidemment.

Le Burn out surgit lorsque qu'il y a un trop grand décalage entre la toute puissance (perçue) et l'impuissance constatée (réelle) sur le terrain.

Une conclusion s'impose alors :

- Le professionnel doit faire le deuil de son idéal professionnel et de sa toute puissance. On tend vers ses idéaux avec humilité et on s'adapte, sinon on quitte le métier,
- Le professionnel change de secteur d'activité, mais... sans regard éthique porté sur sa pratique, peu de chance que cela change profondément le problème,
- Le professionnel peut se déprimer,
- Le professionnel peut entrer en Burn out.

Comment repérer un professionnel en Burn out ?

- Sentiment d'être le meilleur de son équipe parce que « gardien des valeurs »,
- Ressenti de la transgression des valeurs par les autres professionnels,
- Ressenti d'incompréhension par les autres qui, je pense, se moquent de moi,
- Sentiment de persécution de la part de la hiérarchie qui cautionne et excuse les fautes des autres,
- Amertume pour toutes les choses du quotidien,
- Incapacité à accepter les échecs qui sont imputés volontiers aux autres collègues,
- Absence d'humour,
- Attention : une personne en Burn out continue de bien fonctionner à l'extérieur mais devient réellement desséchée à l'intérieur.

Une rapide analyse de votre environnement avec ces critères peut vous aider à la détection de personnes en souffrance. Vous peut-être ?

Comment le prévenir ?

- En s'interrogeant régulièrement sous l'angle éthique :
 - Dans quel paradigme sommes-nous ?
 - Et la nouvelle collègue, quelles sont ses valeurs ?
 - Avons-nous réfléchi sur nos valeurs en équipe et savons-nous les transmettre aux nouveaux (embauchés et stagiaires) ?
- En interrogeant régulièrement ses idéaux :
 - Les évaluer avec humour en portant un regard « sur »,
 - Accepter les décalages,
 - Faire le deuil de sa toute puissance.
- En ajustant régulièrement pour s'adapter aux nouvelles contraintes qu'elles soient structurelles, réglementaires ou architecturales,
- En prenant soin de ses membres les plus fragiles pour les aider à mieux gérer le deuil de leurs idéaux,
- En mettant en place des lieux de paroles, véritables « espaces éthiques » et un compagnonnage pour les nouveaux, l'ancien transmettant son « savoir inconscient » de la gestion du deuil de ses idéaux.

La souffrance est un élément constant dans les établissements de santé, tant chez les patients et leurs familles que chez les soignants. Mais elle n'est pas une fatalité à partir du moment où chacun accepte la réalité et accepte d'en parler et d'échanger avec humilité et simplicité, dans le souci du « prendre soin de l'Autre ».

Bibliographie :

- Raymond GUEIBE : l'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique
Perspective soignante n° 33 éditions Seli Aslan
- Raymond GUEIBE : le droit, la déontologie, la morale et l'éthique
Perspective soignante n° 37 éditions Seli Aslan

Formation GEFERS 27 rue Villiers de l'Isle Adam 75020 PARIS
www.gefers.fr contact@gerfers.fr

L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS

Article tiré du site : www.meteostress.com/

Source : citations issues d'un ouvrage de Pierre Canoui, Aline Moranges et Anne Florentin « **Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du Burn out aux réponses** », éditions Masson (oct. 1998)

Définition :

« **Burn out** » désigne, dans l'industrie aéronautique, « la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine. Le concept d'épuisement avait déjà été posé en France par Claude Veil dans les années 1950.

« Le terme « Burn Out syndrome » fait son apparition au cours de la décennie 70 aux Etats-Unis, (...) en tant que problème social » (...) des chercheurs comme Christina Maslach et des cliniciens comme Herbert Freudenberger s'y sont intéressés. »

Les chiffres du «Burn out» des personnels soignants

Quelques soient les outils d'évaluation utilisés, grilles ou entretiens cliniques,

- **20 à 40 % des soignants** sont en état d'épuisement professionnel,
- **25 % des infirmières d'hôpitaux généraux**, tous services confondus, souffrent dans leur travail,
- **50% d'entre elles** ont eu l'envie récente de quitter son poste même si **80 % d'entre elles** sont et demeurent **très motivées** par ce qu'elles font (C. Rodary et Coll.-2-).

Définition du syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

« Les mots suggèrent d'eux-mêmes le syndrome. La popularité et la diffusion du terme montrent à quel point il est vécu et ressenti par des professionnels. »

Les signes cliniques

Les signes cliniques sont des « **symptômes somatiques** (...) non spécifiques comme la fatigue, des céphalées, des troubles gastro-intestinaux, des troubles du sommeil, des épisodes répétés et/ou prolongés d'infections rhino-pharyngées, grippales ou pseudo-grippales, ou **psychiques et comportementaux** variés ».

Les comportements face au stress

« Des signes comportementaux **inhabituels** (...) peuvent apparaître, tels qu'une irritabilité, [des] frustrations, (...) une promptitude à la colère ou aux larmes, (...) une méfiance, (...) »

« Des attitudes dites **défensives** ont été décrites comme une rigidité, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives ou pessimistes, un pseudo-activisme masquant une inefficacité au travail. »

« Enfin pour « tenir le coup », le sujet peut être amené à faire usage d'alcool, de café et/ou de psychotropes »

« On observe [aussi] un **absentéisme** progressif et répété, (...) un «présentéisme» paradoxal. « Le syndrome présente une assez grande **contagiosité** ».

« Les signes cliniques n'ont donc en fait rien de véritablement spécifiques. »

S'il fallait le placer dans un cadre diagnostique, c'est la catégorie «**troubles d'adaptation**» qui conviendrait le mieux au syndrome d'épuisement.

La mesure du « Burn Out » et la description du SEPS

Maslach et Jackson en créant un outil d'évaluation, le **M.B.I.** (Maslach Burnout Inventory), ont permis d'isoler une des caractéristiques fondamentales du syndrome d'épuisement professionnel (...) selon trois critères :

- l'épuisement émotionnel,
- la déshumanisation de la relation à l'autre (pathologie de la relation d'aide),
- la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail.

Les facteurs de risque

« Les études sur les personnalités des soignants atteints d'épuisement professionnel **ne mettent pas en évidence de personnalité à risque**. Elles permettent de définir des traits psychologiques (robustesse) ou des types de « coping » (...) qui semblent protéger certains soignants des effets du stress. » (...)

« L'organisation, l'ambiance de travail sont des facteurs très déterminants. »

Approche préventive

On peut envisager trois directions complémentaires.

« **La première direction** est représentée par **la relation d'aide**. » (...) « La relation à l'autre est constitutive de notre humanité mais en même temps elle « ne va pas de soi » et présente des risques. C'est de ces risques dont il faut prévenir les soignants afin qu'ils ne se « brûlent » pas. »

« **La deuxième direction** concerne une réflexion sur le plan de **l'organisation du travail**. » « L'approche organisationnelle du « Burn out » passe par un certain nombre de remises en question du groupe professionnel par lui-même » :

- « Les **objectifs** et les responsabilités du service sont-ils suffisamment clairs ? »
- [Le] « **soutien** » au personnel soignant est-il « suffisant » ?
- « Les rôles et les fonctions de chacun sont-ils suffisamment **définis** ? »
- « L'organisation technique et **l'ergonomie** du service est-elle adaptée ? »
- « Les **moyens** matériels et le personnel sont-ils actuellement suffisants ? »

« **La troisième direction** est **collective et pluridisciplinaire**. » (...) « La formulation d'un certain nombre de valeurs éthiques conduit à modifier des abords psychologiques et des comportements. Des connaissances psychologiques permettent de comprendre les réactions humaines et d'avoir une communication plus adaptée à l'autre. »

Des constats s'imposent

« En devenant de plus en plus scientifique et efficace, la médecine renforce l'inacceptation de ses limites et rend encore moins tolérables la maladie et la mort. »

Une piste de réflexion : « La **vocation**, dans sa double dimension sociale et religieuse, possédait un **fort pouvoir défensif vis-à-vis de l'épuisement émotionnel**. » « Nous ne sommes plus dans des conditions sociales de soignants à vocation. »

« En disparaissant, la vocation a laissé les soignants nus sans protection et sans les bénéfices secondaires qu'elle apportait ne serait-ce qu'en termes d'admiration et de reconnaissance. »

Burn out et éthique

« L'étude du « Burn out » en réanimation nous a conduits à rencontrer la question éthique à plusieurs niveaux. « Les grands thèmes abordés sont des sujets placés sous le signe des limites de la médecine technique et des désespoirs thérapeutiques : la mort, la communication avec les familles. »

« Au niveau individuel, le syndrome d'épuisement professionnel pose le problème de l'éthique de la relation d'aide. » « (...) la question de la responsabilité, de la justice et finalement de l'amour. »

« Avec le problème de la communication avec les familles (...) est apparue la question de la vérité au patient et à sa famille. Il est indispensable que les soignants eux-mêmes s'engagent et participent à l'élaboration de l'éthique médicale. »

En conclusion

Le « Burn out » syndrome

- **préserve la normalité** de la personne sans la suspecter d'un trouble de la personnalité,
- permet de reconnaître que le monde médical devient parfois un **monde d'exception**,
- révèle un **malaise existentiel** singulier et social. En le posant ainsi il pose la question du sens de la vie,
- décrit un phénomène psychologique particulier en décrivant la **pathologie de la relation d'aide**,
- permet d'affirmer qu'**aller vers l'autre ne va pas de soi**,

C'est la relation à l'autre qui fait la **grandeur** et la difficulté de la profession de soignant.

PRESENTATION DE LA MUSSE Journées d'Etudes de l'AIIR

Depuis plus de quatre-vingts ans, La Renaissance Sanitaire participe à l'action médicale, sanitaire et sociale, en Normandie. Fondée en 1928 par le Docteur Almire BRETEAU, sénateur de la Sarthe qui a perdu 2 enfants atteints de tuberculose, elle a pour vocation de lutter contre le fléau qui fait à l'époque 140 morts pour 100 000 habitants.

Dès l'origine, le Ministère du Travail conseille aux dirigeants de La Renaissance Sanitaire de se rapprocher du mouvement mutualiste, lequel aura dès octobre 1928, 4 représentants au conseil d'administration, puis dès 1930 la majorité des sièges. En août 1930 ouvre à Villiers Saint Denis (Aisne) un sanatorium de 742 lits réservés aux hommes et en novembre 1932 le sanatorium de La Musse à Saint Sébastien de Morsent comprenant 830 lits réservés aux femmes.

Heureusement, la thérapeutique antituberculeuse progresse à grands pas et à l'aube des années 60 le nombre de lits devient supérieur aux besoins. La Renaissance Sanitaire engage, jusqu'au milieu des années 70, les actions nécessaires à la reconversion de ses 2 établissements. Cette transformation est complétée par la participation au service public hospitalier accordée par le décret du 03 novembre 1976. Aujourd'hui, les soins de suite et de réadaptation spécialisés sont le domaine d'expertise de la Fondation.

L'Hôpital La Musse est implanté dans un parc boisé de 55 hectares avec 3 pôles d'activités pour un total de 476 lits et 30 places d'hôpital de jour. Il est devenu en matière de soins de suite un établissement de référence sur son territoire. Ses activités sont :

1. Médecine physique et de réadaptation,
Soins de suite de traumatologie, orthopédie, rhumatologie, brûlologie, neurologie, éveil de coma, appareillage et lombalgies chroniques
2. Soins de suite spécialisés et polyvalents,
Cardiologie, pneumologie, vasculaire, diabétologie, alcoologie, nutrition, endocrinologie
3. Soins de Suite d'oncologie, gériatriques et soins palliatifs.

Et également :

- ↳ Hospitalisation de jour toutes disciplines,
- ↳ Consultations externes,
- ↳ Equipe multidisciplinaire hautement qualifiée renforcée par un plateau technique diversifié.

La préoccupation première de la Fondation est de veiller à anticiper l'évolution permanente des services et techniques, afin d'offrir aux patients des soins et des équipements de qualité servis par des professionnels soucieux d'assurer, dans la plus grande humanité, leur prise en charge. Cette évolution permanente de l'activité médicale nécessite une adaptation constante du personnel, à tous les niveaux.

Qualité des soins, volonté d'offrir les mêmes chances face à la maladie et solidarité demeurent les fondements de l'action de La Renaissance Sanitaire.

La Musse a ainsi complété son offre de prestations, en mettant sur son site, au profit d'une structure médico-sociale, ses expertises. En 2006, un Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés, situé dans l'enceinte de l'hôpital (10 places), en partenariat avec l'association « La Ronce » voyait le jour. Il permet aujourd'hui de prendre en charge une trentaine de personnes cérébrolésées sur leur lieu de vie dans le cadre d'un projet individualisé :



- ↳ Continuité des soins après l'hôpital,
- ↳ Evaluation des déficiences et compensations,
- ↳ Bilan des troubles cognitifs,
- ↳ Synthèse de l'état clinique ,
- ↳ Suivi, écoute, soutien et conseil psychologique,
- ↳ Accompagnement individualisé de la personne dans son projet de vie (élaboration, réalisation, réajustement,...),
- ↳ Coordination des différentes interventions et acteurs impliqués dans le projet de la personne.

La prise en charge du grand âge est également au cœur de la préoccupation de l'Hôpital La Musse. Toujours soucieux de proposer une offre de qualité répondant aux évolutions des besoins de santé publique, La Musse ouvre en 2011 une unité cognitivo-comportementale, adaptée aux patients type Alzheimer avec pour objectifs :

1. Un accueil spécifique comportant une évaluation pluridisciplinaire,
2. La réalisation d'un programme de soins individualisé,
3. L'aide à la mise en place d'un projet de vie favorisant le domicile intégrant des activités de stimulation cognitive et de soutien aux aidants,
4. Un chemin d'accès particulier intégré à la filière de soins gériatrique déjà en place.

Située dans le service de gériatrie, elle est aménagée pour accueillir 10 patients présentant des troubles cognitifs dans un espace sécurisé et adapté à la déambulation.

L'absence d'unité spécifique dédiée aux patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est palliée. C'était le maillon manquant à la filière gériatrique de l'Eure.

Sa création au sein du service de soins de suite gériatrique de la Musse permet d'accueillir les patients de notre territoire de santé dans des conditions de sécurité satisfaisante et de réaliser un projet de soins personnalisé plus performant pour chaque patient incluant les aidants.

Parallèlement, c'est aussi la prise en charge des autres malades âgés hospitalisés qui est améliorée. Cette création représente donc un net progrès pour l'ensemble de la filière gériatrique.

Enfin, La Musse est également et ce depuis de nombreuses années, très engagée dans la prise en charge de la douleur. Lors de la dernière certification, le dynamisme de notre CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) a été très remarqué et souligné par les experts visiteurs de l'HAS.

Ainsi sur 2010 c'est par exemple :

- ↳ L'évaluation de l'utilisation des protocoles prise en charge de la douleur dans les services (prescription, application, suivi),
- ↳ Le travail sur le Livret Douleur ; réflexion pour l'améliorer en terme de qualité et de quantité de l'information et mises à jour,
- ↳ La création d'un topo sur la Douleur à destination des non soignants avec temps de formation,
- ↳ Les rappels des outils de l'évaluation de la douleur à disposition des personnels,
- ↳ Poursuite de la mise en place du MEOPA,
- ↳ Poursuite des Formations DOULEUR et ECOUTE en direction du personnel.



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PAR LE POLE DE REEDUCATION DE L'HOPITAL LA MUSSE (27180)

Sous forme d'un abécédaire, chaque lettre correspond à un traitement, un soin ou une méthode, prodigué par un ou plusieurs thérapeutes de l'équipe pluridisciplinaire.

A comme APPAREILLAGE : (8+5)

Appareiller, c'est aussi soulager.

- Soulagement des douleurs morales avec la reprise de l'autonomie, de la verticalisation, de l'intégration sociale,
- Soulagement des douleurs du membre « fantôme », les névromes, les douleurs de décubitus,
- Soulagement en adaptant aux articulations des mains, des appareillages en thermoplastique, permettant un positionnement de détente des structures péri-articulaires.

A comme AMPUTATION : (9+12)

Le bandage de moignon est un acte de soin qui permet de :

- Modeler le futur moignon,
- De chauffer sa prothèse,
- D'éviter l'œdème, donc la douleur.

A comme APPARTEMENT « Renaissance » : (12)

L'utilisation de l'appartement thérapeutique permet au patient de retrouver une certaine autonomie, de tester ses aptitudes et capacités avant d'envisager une sortie, et de proposer des aménagements pour son domicile. C'est l'étape ultime de réadaptation, elle permet de mettre à profit tous les progrès réalisés en rééducation, souvent elle soulage l'angoisse liée à la sortie d'établissement.

A comme ASSISTANTE SOCIALE :

Aider, conseiller et accompagner le patient et sa famille à surmonter les difficultés liées à son handicap, sa maladie, sa vieillesse par des moyens administratifs (droits et aides financières), humains (aides à domicile, associations et structures spécialisées) et relationnels (partenaires sociaux sollicités avec des compétences diverses mais complémentaires) dans le but de favoriser au mieux sa réinsertion, son confort, son bien être et son autonomie de vie à la sortie de l'hôpital.

B comme BACLOFENE : (1)

Médicament utilisé contre la spasticité. Ce n'est pas un antalgique, mais il diminue ou supprime les contractures, donc lutte contre la douleur.

Il peut être administré per os, pour agir sur tous les muscles de l'organisme, ou délivré par pompe implantée, pour réduire la spasticité des membres inférieurs.

B comme BALNEOTHERAPIE – BAINS ECOSSAIS: (4)

L'utilisation du milieu aquatique à 34° ou en bains alternés écossais (15° -35°) fait partie de notre arsenal thérapeutique antalgique.

C comme CRYOTHERAPIE : (4)

L'application de cold pack favorise l'analgésie. En effet, les fibres sensibles C de petit calibre, qui véhiculent l'information douloureuse sont sensibles au froid, en dessous de 10°, elles cessent de véhiculer les influx douloureux.

D comme DE DOLOR : (4)

Dispositif médical qui permet le massage par la technique de pli cutané. La pression appliquée est thérapeutique, elle entraîne une modulation de la douleur en cherchant à remplacer la sensation initiale par une nouvelle, que le patient contrôle, pour rester dans les limites de tolérance. Grâce à ce rétrocontrôle positif, le patient devint acteur de son traitement.

D comme DEPRESSION : (1)

Trouble grave de l'humeur se manifestant par une tristesse permanente, la perte du goût de vivre et des idées noires, associées à des troubles du sommeil et des conduites addictives. La douleur chronique est souvent à l'origine de syndromes dépressifs. Les troubles de l'humeur peuvent influencer sur la perception de la douleur et rendre insupportable une souffrance qui serait mieux tolérée en d'autres circonstances, d'où relation entre la douleur et la souffrance.

E comme ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA) : (1+12)

La difficulté à faire reconnaître et traiter sa douleur se double parfois d'une difficulté à l'évaluer, voire, parfois à l'exprimer pour les personnes souffrant de troubles de la communication. C'est pour cela que l'on utilise maintenant systématiquement les échelles d'évaluation de la douleur. Elles permettent de se faire rapidement une idée de l'intensité de la sensation désagréable, telle qu'elle est ressentie par le patient. Elles intègrent donc la dimension psychique.

La plus répandue est EVA, c'est une échelle subjective d'auto-évaluation.

D'autres échelles, telles que la DOLOPLUS (échelle comportementale pour les personnes âgées ou non communicantes), ou l'échelle de WONG et BAKER pour les enfants (représentation de visages exprimant la douleur sous forme de pictogramme) peuvent être utilisées. Ce sont des hétéro évaluations.

E comme ECOUTER : (3)

Etre en capacité de recevoir, d'accueillir ce que l'autre nous dit sans douter, juger, ni trop vite conseiller. Ecouter, c'est aussi entendre au-delà d'un comportement, mais également être attentif à ses propres émotions, dans une situation donnée ou une relation.

F comme FANGOTHERAPIE : (4)

L'application de boue chaude a une action antispasmodique et analgésiante.

F comme FAMILLE : (9+10+12)

La relation avec la famille est primordiale. L'instauration d'un climat de confiance permet d'envisager avec les proches, le retour à domicile, d'une personne « différente » de ce qu'elle était avant l'accident ou le traumatisme. L'approche systémique auprès des patients cérébro-lésés, permet une meilleure compréhension de l'organisation familiale et de l'inter-relation entre chacun des membres de la famille (réalisation d'un génogramme, rencontre avec les familles). La souffrance vécue par les familles s'exprime lors de ces entretiens et peut être prise en charge.

G comme GYMNASE : (4)

Lieu qui regroupe une grande partie des installations sportives destinées à l'évaluation des capacités des patients et leur prise en charge pour répondre à leurs besoins physiques et psychomoteurs.

H comme HYPNOANALGESIE: (2)

L'hypnose se définit par l'acquisition d'un état de conscience modifiée du sujet à traiter. Après une induction bien menée, le sujet est amené à travailler sur sa douleur à partir de ses propres ressources internes. Plusieurs possibilités sont offertes : apporter une image sur sa douleur et la modifier pour amener une diminution ou une suppression de celle-ci, créer « un espace de sécurité », où il pourra transporter pour « se mettre à l'abri », etc. Au terme de 3 à 4 séances, le patient devient autonome, et peut pratiquer l'autohypnose. Elle permet au patient d'acquérir une technique propre et individuelle, qu'il pourra utiliser à tout moment. Cette technique utilisée depuis quelques mois, a permis d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de rachialgies, des patients en cours d'appareillage et des patients fibromyalgiques, ...

I comme INFILTRATION : (1)

Les infiltrations occupent une place de choix parmi les techniques antalgiques. Dans le cas des articulations périphériques (genou, épaule,...) les pathologies dégénératives bénéficient de plus en plus de viscosupplémentation, radio guidée (hanche, cheville), voire après contrôle arthrographique de la bonne position de l'aiguille. Les résultats sont bons dans 80% des cas environ, avec des soulagements durables, qui peuvent atteindre 18 mois à 2 ans. Les pathologies inflammatoires restent quant à elles le plus souvent soulagées par des infiltrations de corticoïdes.

Pour le rachis, les infiltrations sont systématiquement radioguidées, qu'il s'agisse de gestes concernant les articulations postérieures ou les foramens vertébraux. On utilise également un corticoïde. Les résultats sont fonction des indications, souvent très spectaculaires dans les pathologies aiguës, ils ne dépassent pas 50% de bon résultat, dans les lombalgies chroniques. Le respect des contre-indications, notamment lors de l'injection de corticoïdes, les bonnes pratiques en matière d'asepsie, la formation du personnel sont des garants de la bonne exécution de l'acte. L'information du patient sur les avantages et les risques du traitement doit être claire, complète et tracée dans le dossier.

I comme INSTALLATION : (5)

Les ergothérapeutes recherchent les meilleures solutions matérielles pour installer les patients en position antalgique au lit, au fauteuil, évitant les complications et permettant le confort. Ils s'assurent qu'à leur sortie, chaque patient bénéficie de tout le matériel nécessaire, adapté et confortable.

J comme « JE SOUFFRE » ou « Aie » : (1)

Aie ! est une onomatopée employée pour exprimer la douleur et amener les autres à la reconnaître.

La douleur est une expérience subjective, existentielle et incommunicable à autrui. Lorsque nous pensons à la douleur de l'autre, c'est uniquement en terme d'analogie, et seule une construction intellectuelle nous permet d'approcher, de compatir, de comprendre les sensations ressenties, sans jamais nous les approprier totalement. Ces douleurs peuvent survenir après une intervention chirurgicale, accompagner la rééducation, voire être présentes de façon chronique, pendant de longues années. Leur dimension psychologique doit être connue et traitée. Lorsqu'il s'agit de douleurs chroniques, il importe de faire participer la personne à son traitement, et, si possible, d'éviter les médicaments qui modifient la perception de l'environnement, qui endorment (risques pour la conduite automobile) ou diminuent une spasticité utile (pour certains transferts). Pour quantifier au mieux la douleur, on utilise des échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation. Les résultats servent de base à l'adaptation thérapeutique suivant les paliers de l'OMS et permettent de suivre l'efficacité du traitement.

K comme KINESITHERAPEUTE : (4)

De son vrai nom, masseur-kinésithérapeute.

C'est un paramédical qui effectue des actes thérapeutiques sur prescription médicale. La lutte contre la douleur fait partie de ses compétences.

L comme LOMBALGIE : (Restauration fonctionnelle du rachis) : (4)

La réadaptation physique est considérée comme une composante essentielle de la prise en charge du patient lombalgique chronique. Elle est indissociable de l'éducation thérapeutique, qui vise à comprendre ce que le patient ressent, quelles sont ses convictions vis-à-vis de sa pathologie, de son évolution, de sa gravité, etc. ... Un des enjeux du séjour est de corriger toutes les fausses croyances et a priori pour les remplacer par une vision scientifique et pragmatique, dépouillée des angoisses de l'inconnu. C'est un travail quotidien, relayé par tous les thérapeutes de l'équipe pluridisciplinaire.

M comme MAQUILLAGE : (9+12)

Le patient brûlé, ayant des séquelles physiques et esthétiques, est souvent objet de curiosité, de rejet. Le regard de l'autre, en plus des douleurs physiques subies, est créateur de souffrance.

Le maquillage permet de corriger la cicatrice, et de mettre en valeur les yeux. L'image corporelle est alors réhabilitée, et la réinsertion familiale, sociale et professionnelle en est facilitée.

Le sourire d'une patiente, face à son miroir, qu'elle a longtemps rejeté, est le meilleur symbole du bénéfice du maquillage.

M comme MASSAGE : (4)

Les manœuvres d'effleurages, pressions glissées profondes, pressions statiques, frictions sont antalgiques.

M comme MESOTHERAPIE : (2)

Née de l'observation clinique en 1952 (Docteur PISTOR), la mésothérapie offre une nouvelle voie d'administration des médicaments dans la prise en charge de la douleur et d'autres pathologies. Les médicaments utilisés en antalgie sont : la procaine au titre d'antalgique et de vasodilatateur, un décontracturant type thiocolchicoside, un anti-inflammatoire type pyroxam. Ces médicaments sont utilisés seuls ou en association selon les types de pathologies traitées. Ils sont administrés à l'aide d'un pistolet injecteur (PISTORMATIC) au niveau des sites douloureux, selon un protocole de 2 séances par semaine pendant 3 semaines. Il n'y a pas d'effets secondaires et une nette diminution de la consommation médicamenteuse au terme de cette cure.

N comme NATURE : (5)

Le plateau de marche est un espace bétonné à l'extérieur, de 12m par 12m, sur lequel sont insérés des obstacles à la déambulation semblables à ceux rencontrés dans notre environnement urbain. Il permet aux thérapeutes d'évaluer, puis de rééduquer nos patients en situation réelle, en abordant la problématique douleur/déplacement.

O comme ORTHOPHONISTE : (6)

Professionnel ayant des compétences spécifiques en orthophonie, orientées sur l'acceptation et la revalidation de soi. Ses compétences s'articulent autour de divers champs d'actions afin de réduire la douleur morale qu'entraîne la détérioration ou la perte de certaines capacités :

- L'alimentation,
- La communication,

L'orthophoniste agit en lien avec tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

P comme PSYCHOLOGUE : (3)

Professionnel ayant des compétences spécifiques en psychologie basées en priorité sur l'écoute de la dimension subjective. Sa démarche adaptée à chaque malade douloureux s'articule autour de divers moyens :

- Psychothérapies,
- Groupes de parole,
- Thérapies à médiation corporelle.

Le psychologue a également sa place auprès des médecins, équipe soignante, paramédicale, sociale...

P Comme PSYCHOMOTRICITE : (7)

Discipline ayant pour objectif d'amener le patient à une harmonie corps/esprit.

Son action se fait exclusivement par l'intermédiaire des activités comme la relaxation, le toucher thérapeutique, pour permettre au patient de se réapproprier son corps.

La psychomotricité, par sa recherche constante du bien-être physique et psychique du patient, entre dans la prise en charge de la douleur.

P comme « PAUSE BIEN ETRE » : (9+12)

Organisée par un groupe d'aides soignant(e)s du service de nuit après une formation « toucher-massage », la pause « Bien Etre » est un moment privilégié de détente, de communication par le toucher, à l'attention du patient qui le souhaite, une manière de gérer le stress, l'insomnie et aussi la douleur.

Les membres de l'équipe soignante qui se sont investis dans ce soin, retirent de cette pratique une grande satisfaction personnelle. Ils ont réussi à valoriser leur pratique, optimiser la relation avec le patient, développer l'écoute et l'empathie. C'est une réelle plus value pour le service.

Q comme QUALITE de VIE : (1)

L'absence de douleur est un des critères primordiaux d'évaluation de la qualité de vie, avant même les aspects liés à l'autonomie et à la vie sociale. La douleur n'est pas une fatalité. Le progrès des molécules utilisées et les modes d'administration permettent aujourd'hui, d'atténuer les douleurs chroniques, sans altérer de manière excessive la vigilance et sans effets secondaires exagérés.

R comme RELAXATION : (3)

Technique visant à produire un état de détente musculaire, à réduire la tension, l'anxiété. Elle peut aussi avoir un caractère « restructurant » pour le patient douloureux, lui permettant de passer de la sensation désagréable à un ressenti d'apaisement et de bien être nécessaire dans le réinvestissement corporel.

S comme STIMULATION ELECTRIQUE ANTALGIQUE : (4)

Technique de neurostimulation utilisée contre les douleurs neuropathiques.

Appliquée en transcutané grâce à des électrodes collées, ou implantées sous forme de stimulateur dont les électrodes sont posées sur une racine nerveuse. Il s'agit d'une alternative aux traitements médicamenteux : pas d'effet secondaire, réversibilité, possibilité de moduler le traitement, par le thérapeute ou le patient lui-même.

S comme SIMULATEUR de CONDUITE : (5)

Permet l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile. Le simulateur est une vraie automobile, équipée pour des personnes handicapées, couplée à des ordinateurs et des vidéoprojecteurs. Cet outil permet en plus de l'installation confortable et adaptée, une prise de conscience des aptitudes de la personne, en toute sécurité. Grâce au passage sur le simulateur, on constate une diminution de la douleur morale et des angoisses qui accompagnent la reprise de la conduite après un accident, une amputation ou une maladie.

T comme TENOFIBROLYSE : (4)

Technique de manipulation musculo-tendineuse semi-circulaire profonde réalisée à l'aide de sondes spécifiques pour traiter les tendinopathies, les contractures musculaires et certaines fibroses.

T comme TOXINE BOTULIQUE : (1)

La toxine botulique est une substance dangereuse, fabriquée par une bactérie (le clostridium botulinum). Sa propriété paralysante est utilisée en injection dans le muscle pour l'affaiblir de façon transitoire et lutter contre la spasticité et les contractures dystoniques.

T comme TRANSFERT : (9+12)

Tout transfert peut être douloureux. L'appréhension par rapport à une situation différente, un départ en rééducation, un coucher... peut engendrer des douleurs. L'apprentissage et l'utilisation des techniques de manutention diminuent le risque d'anxiété grâce à des gestes précis et adaptés aux besoins du patient. L'écoute et la participation du patient permettent également d'améliorer cet acte qui fait partie des soins.

U comme ULTRA SONS : (4)

Les ondes vibratoires émises par les appareils d'ultra-sons provoquent une stimulation des terminaisons nerveuses sensibles de gros calibre, dont le résultat est de bloquer la remontée des influx douloureux vers les centres supra-médullaires. Elles peuvent aussi participer à la libération d'adhérences douloureuses ou la destruction de micro calcifications.

U comme UTILISATION du MEOPA : (9+12)

Les pansements douloureux (moignons d'amputés, brûlures...) et aussi les ponctions, ablations d'agrafes, etc ... entraînent des douleurs ou des appréhensions, qui rendent difficiles l'exécution du soin et laissent un souvenir désagréable au patient. L'utilisation du « MEOPA », mélange de protoxyde d'azote et O₂, en analgésie inhalatoire, permet avec la participation active du patient, d'effectuer les soins de façon efficace et de diminuer le temps d'hospitalisation.

L'effet est immédiat et cesse dès l'arrêt de l'administration.

Il n'y a ni accoutumance, ni effets secondaires.

V comme VIBRALGIC : (5)

Cet appareil est dédié au traitement de la douleur et à la rééducation de la sensibilité. C'est un générateur d'ondes sinusoïdales actionnant une sonde dont l'extrémité subit un déplacement axial. Placé au contact de la zone à traiter, la sonde crée une stimulation vibratoire transcutanée. Son action est purement mécanique, notamment dans les zones cicatricielles ou fibrosées.

W comme « WAGON » (de traitements) : (1)

La douleur n'est pas la seule affection dont peuvent souffrir nos patients. A partir d'un certain âge, des problèmes cardiaques, urinaires, peuvent exiger un traitement. Souvent, les médicaments nécessaires occasionnent des effets secondaires gênants, on est alors amené à prescrire de nouveaux médicaments (pour l'hyperacidité gastrique, la constipation...) En fin de compte, on se retrouve avec une véritable pharmacie ! Aujourd'hui, il est possible et souhaitable de remettre régulièrement à plat les traitements. Certaines posologies sont plus intéressantes (deux, voire une prise au lieu de trois ou quatre, une prise par semaine pour certains), certaines formes galéniques sont également préférables, notamment chez les patients qui souffrent de troubles de déglutition (gouttes, formes effervescentes, patchs, voire... suppositoires !) Plutôt que d'augmenter les posologies ou de multiplier les spécialités, en fonction des données de l'interrogatoire et notamment de l'échelle visuelle analogique, il peut être judicieux de changer de palier thérapeutique. Enfin il peut parfois se révéler utile de faire un choix entre traiter et ne pas traiter ; entre faire un régime ou prendre un médicament ; entre un médicament et une opération, la pose d'un stimulateur, une infiltration, de la mésothérapie... Bref, plus que jamais, le traitement de la douleur doit être l'occasion d'une écoute, d'un dialogue entre le thérapeute et son patient.

X comme X-MEN et X-WOMEN: (12)

Surnom donné au personnel qui prend en charge les patients, évalue la douleur, prescrit les traitements et distribue les médicaments. Ce sont des super-héros sur qui on compte pour éradiquer la douleur.

W comme Wii-Hab : (4)

Détournement de l'utilisation de la console Wii pour en faire un outil de rééducation à visée antalgique : les patients absorbés par les jeux oublient leur douleur.

Y comme YOGA :

A prévoir...

Z comme ZERO DOULEUR : (12)

But atteint, bravo, mais restons vigilants...

D'après un article du Dr Liviot (Douleur chez la personne IMC, décembre 2007), avec la participation pour les paragraphes de :

Dr Liviot (1) ; D^r Doërr (2) ; Mme Hécart (3) psychologue ; Mme Adèle (4) kinésithérapeute ; M Prudent (5) ergothérapeute ; Mme Frémaux (6) orthophoniste ; Mme Gomez (7) psychomotricienne ; Mme Routhiau (8) orthoprothésiste ; les équipes de soins IDE+ AS + brancardiers des services jour et nuit (9) ; Mme Lebailly (10) cadre de santé ; Mme Berthe (11) assistante sociale et Mme Poulain (12) cadre supérieur de santé.

PROGRAMME DES 29^{ÈMES} JOURNÉES D'ÉTUDE

Jeudi 22 septembre 2011

08h00 Accueil des participants

08h45 Discours d'accueil

9h15 Douleur versant éthique, philosophique et culturel
M. Gaurier - APF

9h45 Contexte légal et réglementaire
SFED

10h15 Pause et visite des stands

10h45 Aspects physiologiques, cliniques et thérapeutiques
Dr. Liviot - Médecin MPR La Musse

11h15 Mésothérapie, Hypnose
Dr. Doërr - Hôpital La Musse

11h45 PEC de la douleur
M.F. Adele (kinésithérapeute) - La Musse

12h15 Déjeuner

13h45 Douleur de l'enfant et traitements spécifiques en SSR
Dr. L. Gottrand et son équipe - Centre Marc Sautet

14h15 Prise en charge de la douleur liée aux injections de toxine botulique chez l'enfant paralysé cérébral et l'information par le jeu. -- Dr. B. Gosset et son équipe - Centre de l'ADAPT Cambrai

14h45 Intérêt des cathéters péri-nerveux dans la prise en charge rééducative des syndromes loco-régionaux douloureux (SLDC) -- Equipe Dr A. Gueyraud - CSS Les Glamots Angoulême

15h15 Pause et visite des stands

15h45 EVA, pratique pluridisciplinaire
Equipe Dr Beuret Blancquart - Les Herbiers Rouen

16h15 Le jeu de cartes "douleur" comme outil pédagogique
Dr. D. Chauvin - Hôpital La Musse

16h45 Remise des DU.SIRR et Assemblée Générale

17h30 Visite de l'hôpital La Musse

19h30 Soirée de Gala

Vendredi 23 septembre 2011

8h45 Evaluation de la PEC de la douleur physique, travail inter établissement
M. Chiron, M. Jehenne - Centre Marin Pen Bron

9h15 Comment évaluer et tracer la douleur en SSR : Guide de bonnes pratiques à destination des paramédicaux
I. Monclin (Kinésithérapeute) - UGECAM Nord et des Ardennes

9h45 Douleur et polyhandicap
V. Leforestier - APF

10h15 Pause et visite des stands

10h45 Approche psychologique de la douleur rebelle
B. Hecart (psychologue) - Hôpital La Musse

11h15 A la recherche de la juste distance
M. Prayez (psychologue) - Tours

11h45 Le stress au travail et la souffrance des professionnels dans les soins
V. Haberey-Knuessi - Suisse

12h15 Déjeuner

13h30 Souffrance du patient et de sa famille / nouvelle personnalité après un traumatisme crânien
M. De Jouvencel (psychologue) - FAM - Maule

14h00 "Parole de patient"
M. Lambert - Association des brûlés de France

14h30 Ethique de la souffrance entre compassion et empathie
R. Gueibe (Psychiatre, responsable éthique Clinique au GEFERS)

15h00 Expérience sur la mise en place "d'une pause bien-être" pour les patients
Equipes Aides Soignantes - Hôpital La Musse

15h30 Les risques psycho-sociaux à l'hôpital et mise en place de CLACT
B. Blanche-Lopoukine (DRH) - Hôpital La Musse

16h15 Remise du prix "Soins"
Présentation journées d'étude AIRR 2012 à Paris
Discours de clôture par Valérie Poivet, présidente de l'AIRR.

ORGANISEZ LES JOURNÉES D'ÉTUDE DE L'AIRR

**Vous êtes
infirmières,
infirmiers en
rééducation et
réadaptation,**

**Votre ville
a une capacité
d'accueil de 400 à
500 congressistes,**

**Vous
voulez contribuer
à l'enrichissement
des rencontres
interprofessionnelles et des
échanges sur la prise en charge
et la qualité de vie des
personnes en situation
de handicap,**

**Votre équipe
est dynamique et
désireuse de porter
un thème,**

**Vous voulez
faire connaître votre
établissement, votre
région...**



www.airr.info

**ALORS,
ORGANISEZ LES
PROCHAINES JOURNÉES
D'ÉTUDE !**

CONTACT :

Charles MANISE
**Adresse électronique : [charles.
manise@ctrbxl.be](mailto:charles.manise@ctrbxl.be)**



APPEL A BOURSE MICRO-PROJET

www.airr.info

L'Association des Infirmières et Infirmiers de Rééducation et Réadaptation, fondée en 1984, a pour objectif de promouvoir l'Homme, à travers la qualité des soins requis par les personnes handicapées et/ou âgées.

Pour encourager les infirmières et infirmiers exerçant auprès de personnes en situation de handicap, l'AIRR décerne une bourse pour soutenir un projet innovant visant à améliorer leur qualité de vie :

- recherche,
- formation,
- innovation technique,
- parrainage d'une personne dans une activité culturelle ou sportive,
- participation active à un congrès extraordinaire,
- aide humanitaire...

MONTANT DE LA BOURSE

Le montant de cette bourse d'étude est fixé à 2 500 Euros.

ADMISSIBILITE

Le chef du projet doit être un(e) infirmier(e). D'autres personnels de l'équipe inter-professionnelle peuvent participer. Le postulant doit être adhérent à l'AIRR.

Les membres du Conseil d'Administration de l'Association ne peuvent postuler, ni faire partie d'une équipe de recherche pendant la durée de leur mandat.

Un délai de trois ans est nécessaire avant l'octroi d'une nouvelle bourse.

CANDIDATURE

Les personnes intéressées doivent faire parvenir **par mail**, au secrétaire de l'AIRR, en langue française, un dossier contenant :

- un curriculum vitae du chef de projet,
- un dossier de candidature de 10 pages maximum, à double interligne, comprenant :
 - Les motivations,
 - Les objectifs du projet,
 - La population concernée,
 - Les méthodes envisagées,
 - Les résultats attendus,
 - La faisabilité et la prévision des dépenses,
 - Le calendrier,
 - Les modalités d'évaluation.
- le nom, l'adresse de la personne ou de l'organisme bénéficiaire de la bourse,
- le justificatif de l'adhésion.

Les candidats non retenus en seront avisés.

JURY

Les projets soumis seront examinés par un jury composé des membres du Conseil d'Administration de l'Association.

Le chef de projet s'engage à restituer les résultats de son travail lors des Journées d'Etude de l'AIRR, l'année suivante, et autorise leur publication dans la revue de l'Association.

Date limite du dépôt des dossiers de candidature : **1^{er} mars 2012**

Envoi des dossiers : Secrétariat de l'AIRR - Charles MANISE - charles.manise@ctrbxl.be

Pour plus d'informations :

www.airr.info rubrique bourse micro-projet

ANNONCES DE RECRUTEMENT

La Clinique Les Arbelles



Etablissement de soins de suite polyvalents et spécialisés dans les affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, 99 lits, situé à Bourg en Bresse (01), recherche :

INFIRMIERS H/F - Postes de jour

Titulaire du Diplôme d'Etat d'Infirmier, vous justifiez d'une expérience significative dans une fonction similaire, idéalement développée dans le secteur sanitaire.

**Temps plein
Temps partiel**

Merci d'adresser votre dossier de candidature (CV + lettre de motivation) à :
Clinique Les Arbelles - 554 Rue Léopold Le Hon - 01000 BOURG EN BRESSE
Ou par mail : referent-surveillante.arbelles@medicafrance.fr

Clinique MIRABEAU MONT D'EAUBONNE (95)
MEDECINE / SOINS DE SUITE

RECHERCHE INFIRMIERS(ES)

**Temps plein
Temps partiel**

Envoyer CV + lettre de motivation :
37, avenue de Paris - 95600 - EAUBONNE
fbf@cliquemirabeau.fr

**CENTRE MÉDICAL
DE BAYÈRE**

Centre Médical de Bayère

*Spécialisé en SSR et USLD pneumologique
Situé à 20 km de Lyon et 15 de Villefranche sur Saône*

Recrute IDE**en CDI****temps plein ou partiel****CCN 1951**

CENTRE MEDICAL DE BAYERE
69380 CHARNAY

*Pour poste de jour 1 week-end sur 2 travaillé.
Débutant accepté – logement de fonction T1 possible.
Véhicule nécessaire.*

Le Centre Hospitalier Intercommunal Sud-Léman Valserine recherche, pour le développement de son SSR Cardiologique (post-chirurgie cardiaque : 10 places en ambulatoire + 20 lits d'hospitalisation) :

- ➔ 1 Cadre de Santé titulaire du diplôme, expérience en SSR exigée
- ➔ Des IDE avec une expérience en éducation thérapeutique exigée et en cardiologie souhaitée

Postes à pourvoir dès maintenant

Une lettre et un CV complet sont à adresser :

Par courrier à :

Madame Isabelle FILOCHE – Directrice des Soins
BP 14110 – 74164 ST JULIEN EN GENEVOIS cedex

Par mail à :

directionsoins@ch-st-julien.fr

www.ch-st-julien.fr



Fédération APAJH

au service de la personne en situation de handicap

VACANCE DE POSTE

Renseignements Administratifs :

Poste à pourvoir : dès que possible

Candidatures à adresser à :

Monsieur Jean Pierre MERCIER,
Chargé de Mission
Lozelle 63330 PIONSAT

Enoncé du poste :

Infirmier DE (CDD / Temps plein) - H/F

Nature du contrat :

C.D.D. Temps plein – Statut non cadre

Rémunération :

Selon la CCN du 31 octobre 1951

(début : 2205 € + primes dimanches et nuits)

Lieu de Travail :

CMR Pionsat (63)

Missions :

Responsable Hiérarchique : Madame GAGNET Patricia,

Responsable Infirmière

Principale mission : soins prescrits par les Médecins

Profil :

Diplôme : DE Infirmier

Niveau d'expérience : 1 an souhaité

(débutant(e) accepté(e))

Autres critères : connaissance du secteur du handicap
serait un plus.

Pour tout renseignement complémentaire, contactez Madame Nadine TAILLARDAT au service RH – 04.73.85.63.64.



L'ASSOCIATION DE VILLEBOUVET

Accueil de personnes cérébrolésées

recherche infirmier (H/F) DE.

Missions : Sous l'autorité du directeur général et du médecin, dans le respect du projet associatif et du projet de soins, vous aurez en charge les soins et l'accompagnement des résidents dans leur quotidien

Profil : DE infirmier (h/f) exigé

Permis exigé

Lieu : Savigny le Temple 77176

Rémunération : 2200€ + ancienneté conformément à la CCN 51

- 1 CDD du 11 juillet au 7 Août 2011

- 1 CDI à Temps plein

Poste à pourvoir immédiatement

Les candidatures sont à adresser à M. Patrick LIEURAIN,
directeur général de l'association de Villebouvet.

20 rue Marceline Leloup – 77176 Savigny le Temple

Tel : 01.64.89.74.15 – Fax : 01.60.63.98.67

e-mail : direction@association-villebouvet.com

Le Centre de Perharidy de Roscoff

Recherche INFIRMIER(E)S DIPLOME(E)S D'ETAT

en CDI ou CDD

• Postes à pourvoir immédiatement dans les différents services de l'établissement et en hygiène hospitalière pour septembre 2011.

• Expérience souhaitée dans un établissement de santé.

• Hébergement possible.



Merci d'adresser votre candidature par courrier (CV et courrier de candidature)

à l'adresse suivante :

Centre de Perharidy - Mme J. KERNEIS, Responsable des Ressources Humaines
29684 ROSCOFF CEDEX ou ressources.humaines@perharidy.fr



Etablissement de soins de suite et de réadaptation spécialisés (ESPIC) situé sur la presqu'île de Perharidy
255 lits et places – Convention Collective FEHAP 1951

Contact :

M. DESVENT Sébastien, Responsable de la Coordination Générale
des Soins : 02.98.29.39.39.



Centre de Réadaptation
Fonctionnelle
Korian Le Mont Veyrier
475 route des Menthonnex
74 370 Argonay
Tél : 04 50 19 18 22
Fax : 04 50 19 18 25

Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Korian- Le Mont Veyrier, dispose de :

- 25 lits de réadaptation neurologique
- 15 lits de soins de suite
- 20 lits de réadaptation orthopédique et traumatologique
- 20 places d'hospitalisation de jour d'orthopédie et neurologie

L'établissement est équipé d'un plateau technique neuf et performant composé :

- D'une balnéothérapie.
- De 3 salles d'ergothérapie dont une cuisine thérapeutique et un atelier bois.
- De 4 salles de kinésithérapie dont une salle de physiothérapie et une salle de posturologie.
- Deux salles d'Activités Physiques Adaptées avec matériel de renforcement musculaire analytique et modules d'isocinétisme, matériel de réentraînement à l'effort.

Le CRF Korian Le Mont Veyrier RECRUTE des IDE pour les remplacements d'été (personne à contacter : Mme LAPIERRE, cadre IDE, 04 50 19 18 22).

Notre équipe pluridisciplinaire est composée de :

Médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, psychologue, orthophoniste, diététicienne, assistante sociale, infirmières, aide-soignantes, professeurs d'APA.

Centre Médical "LA ROUVIERE"

Rue de l'église 30570 NOTRE DAME LA ROUVIERE

Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé

- Addictologie : Poste cure dynamique d'alcoolologie
- Pneumologie : Maladies Respiratoires

Autour d'une équipe pluridisciplinaire :

- Médecins Pneumologues et Addictologues
- Kinésithérapeutes
- Psychologues
- Assistante Sociale
- Diététicienne
- Infirmier(e)s DE
- Aides soignant(e)s

RECRUTE

Des infirmier(e)s DE

à temps plein ou à temps partiel en CDI/CDD

Pré requis souhaitables :

- DU d'Addictologie
- CLUD / Douleur
- CLIN / Hygiène
- Démarche Qualité

Contact :

Mme Yveline SILVESTRI - Tél. : 04 67 81 65 45

Mail : yveline.silvestri@centremedical-larouviere.fr ou centre.medical@centremedical-larouviere.fr

Envoyer Candidature, lettre de motivation + CV par mail ou courrier à l'adresse du centre.



Hôpitaux de Lyon

LES HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)

Recrutent (H/F) INFIRMIERS DE EN SSR

Sur ses différents Groupements Hospitaliers

Avantages :

- prime d'installation de 2000€ nets à l'embauche
- possibilité de logement à tarif préférentiel
- Possibilité de places en crèche

Accès à la formation et possibilité d'évolution de carrière

Contact :

M. François MARTIN – Directeur Central
Coordonnateur Général des Soins

Téléphone : 04 72 11 52 50

Adresse mail : francois.martin@chu-lyon.fr

Le Centre Hospitalier de VIERZON

(Région Centre- 1h45 de Paris – 1h15 Orléans & Tours-30 mn Bourges)

Renseignements et candidatures :

CH de Vierzon
Monsieur POTOCZEK, DRH
33, rue Léo Mérigot
18102 Vierzon Cedex
Tél : 02 48 52 34 05
e-mail : jmpotoczek@ch-vierzon.fr

Recrute Infirmier(e)s

Notamment pour ses services de soins de suite et de réadaptation (MPR- SSRG-Hôpital de jour – EVEPR) et EHPAD installés récemment dans un bâtiment neuf
Exercice partagé en équipe pluridisciplinaire



EVREUX

> Les 22 et 23
septembre 2011
>> Le CADRAN

Souffrance
Douleur



Design et illustrations B&B, Conception G2 86 02 3333



**Association des Infirmier(e)s
en Rééducation et Réadaptation
29èmes journées d'étude**

organisées par l'Hôpital La Musse, 27180 Saint Sébastien de Morsent



Inscription et programme sur le site www.airr.info