



 CHL

  Centre Hospitalier
de Luxembourg

CHL ACADEMY
2022



SOMMAIRE

MOT DE LA DIRECTION 3

NOS DIPLÔMÉS



Elsa DO CARMO / Aurélie ADAMSKI / Bob KIRFEL / Arnaud MATHYS 4

› Application de la réalité virtuelle dans la gestion de la douleur et de l'anxiété

Dr Charlotte PIERRON / Dr Catherine PONÇIN 5

› La simulation in situ : prise en charge de l'enfant gravement malade

Méryl PAQUAY / Zoé KABANDA 6

› Apprendre de ses erreurs... mais pas que ! : le projet européen Esafe et les débriefings cliniques

Flora DEVOS 7

› La diffusion des connaissances scientifiques de la recherche à la pratique infirmière

Sophie NEU 8

› L'évaluation des compétences, facteur de performance ?
Quels enjeux pour le cadre de santé ?

Céline PIERRET 9

› En quoi le projet de service permet-il de donner du sens et de mobiliser les individus ?

Martine WAGNER 10

› L'accompagnement du vieillissement du patient atteint de trisomie 21 au Luxembourg

Sabrine LIPPENS 11

› La surveillance de la nutrition en dialyse

Tatjana NILLES 12

› La communication thérapeutique : Un moyen antidouleur non médicamenteux ?

Alexandre ANNOOT 13

› Approche systémique de l'évaluation des impacts d'une innovation :
l'infirmier de liaison

Dr Sophie GORNIEWICZ / Anne-Laure TOFFALONI 14

› Hospitalisation et maintien à domicile

Géraldine LORIN 15

› L'humour au service du manager de proximité

CITATION 16

MOT DE LA DIRECTION

UNE DÉMARCHE DE RECONNAISSANCE DE NOTRE ENGAGEMENT DANS L'INNOVATION ET LA RECHERCHE AU SERVICE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU PATIENT

Cette année est la 10^{ème} édition de notre CHL ACADEMY. Normalement, celle-ci aurait dû se dérouler en 2020. Les contraintes sanitaires nous ont contraints à annuler et reporter à deux reprises cet événement de reconnaissance de notre personnel.

Aussi, cette année, pour fêter, d'une part, cet anniversaire et, d'autre part, la reprise d'une « vie normale », nous avons souhaité revoir l'organisation et le contenu du CHL ACADEMY en le proposant sur une journée entière.

Une journée consacrée au développement des compétences de notre personnel, à l'innovation dans les pratiques, la recherche clinique et la réflexion sur l'amélioration des prises en charge du patient.

Une journée qui fait la part belle aux projets de nos collaborateurs mais aussi qui accorde une place à des intervenants externes, experts dans leur domaine, pour nous apporter une vision différente et/ou des idées de développement.

La construction des savoirs et des savoir-faire, le partage des connaissances, le développement professionnel continu de nos équipes constituent un principe directeur de notre politique de ressources humaines dans notre établissement, principe porté par chacune des directions.

Cette année, les thèmes sont divers et variés pour refléter la richesse de cet engagement individuel et collectif.

Nous vous invitons à consulter les différents abstracts proposés ci-après.

Nous espérons que vous prendrez plaisir à écouter et/ou lire les différentes interventions de cette journée CHL ACADEMY.

La Direction
Le Département RH Formation



[» Retour au sommaire](#)

APPLICATION DE LA RÉALITÉ VIRTUELLE DANS LA GESTION DE LA DOULEUR ET DE L'ANXIÉTÉ



DO CARMO ELSA

DIRECTEUR DU PÔLE 3 CENTRE MÈRE-ENFANT

AURÉLIE ADAMSKI

INFIRMIÈRE EN PÉDIATRIE

BOB KIRFEL

SOIGNANT CHEF D'UNITÉ, URGENCES PÉDIATRIQUES

ARNAUD MATHYS

INFIRMIER, UNITÉ 23

Le domaine hospitalier est un lieu qui comporte des aspects divers et extrêmement variés. Les sentiments que les patients hospitalisés ressentent peuvent être forts et les imprégner à un tel point que ces derniers peuvent se réfugier dans des mécanismes psychologiques orientés vers la peur, le stress allant même parfois jusqu'au développement de phobies.

Ce stress assez particulier pourra s'observer chez les plus jeunes, par des signes comportementaux de stress aigu, d'agressivité parfois, et quelques fois par le développement de phobies hospitalières telles que la peur des soins. Le stress chez les patients est souvent généré par des actes douloureux. La douleur et/ou l'anxiété affecte non seulement les patients, mais aussi les parents et/ou les accompagnants qui se sentent impuissants face à ce que leur enfant ou proche vit.

Notre approche professionnelle et empathique comme soignant a pour objectif de soigner, de soulager les patients de leurs maux et de leurs angoisses. Provoquer de la douleur pour soigner est un paradoxe extrêmement difficile à faire accepter par nos patients, mais également au personnel soignant.

C'est dans ce cadre que nous mettons tout en œuvre pour que nos patients bénéficient de la meilleure prise en charge antalgique, tant au niveau physique que psychologique.

A l'heure actuelle, la prise en charge de la douleur et de l'anxiété est assurée par des stratégies médicamenteuses et non-médicamenteuses. Jouer avec la réalité virtuelle et l'imaginaire du patient a une incidence sur le vécu subjectif du soin et sur la perception douloureuse. Avec la réalité virtuelle, le soignant peut s'appuyer sur un outil concret. Il a été démontré que cet outil peut entraîner

une distraction agréable, voir même une libération d'endorphines endogènes contribuant à son bien-être.

Notre objectif global est de pouvoir améliorer le vécu quotidien des patients peu importe leur âge, leur famille et par la même occasion celui du personnel soignant.

Les objectifs cliniques sont :

- › La diminution de l'utilisation des antalgiques et autres substances médicamenteuses, contribuant à une diminution des effets secondaires de ces derniers.
- › Un meilleur vécu des patients et de leur famille, par le calme et la détente que procure l'utilisation de cet appareillage.
- › La diminution réelle et ressentie de la douleur provoquée par les soins.

Deux projets sont en cours au CHL, l'un concerne la pédiatrie et le second, l'unité d'hémo-oncologie.

En pédiatrie, le projet a été développé avec le support d'une société experte dans le développement de la réalité virtuelle. Différents scénarii sont prévus pour prendre en charge la douleur de l'enfant.

En service d'hémo-oncologie adulte U23 et U26, le projet a démarré en association avec un sponsor externe. Des modules spécialement élaborés pour la gestion de l'anxiété et la douleur du patient oncologique permettent de mieux gérer l'inconfort lié à certaines prises en charges.

L'utilisation de la réalité virtuelle ne nécessitant pas de formation longue pour le personnel soignant, pourra permettre une utilisation aisée et quotidienne.



LA SIMULATION IN SITU : PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT GRAVEMENT MALADE



DR CHARLOTTE PIERRON

MÉDECIN SPÉCIALISTE EN NÉONATOLOGIE ET SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES

DR CATHERINE PONÇIN

MÉDECIN SPÉCIALISTE EN POLICLINIQUE PÉDIATRIQUE

Contexte :

En 2020, nous avons réalisé une étude pour évaluer les compétences des soignants de la Clinique Pédiatrique (KK), infirmiers et médecins, lors de la réalisation des 2 premières minutes de réanimation cardiopulmonaire (RCP) d'un nourrisson.

Dans une première partie, chaque soignant devait réaliser seul, avec un masque et un ballon, le début d'une RCP, puis il devait répondre à dix questions théoriques sur le sujet.

82 soignants ont participé. Seul un a « réussi » les 2 tests, 32 soignants ont eu au moins 8/10 au test théorique.

Les critères d'exigence pour la partie pratique étaient élevés, mais basés sur une étude préexistante (ref) et les actions devaient être effectuées selon l'algorithme de l'European Resuscitation Council (ERC).

Au vu des résultats, nous n'avons pas publié cette étude et nous avons mis en place une formation par la simulation in situ.

Objectifs de cette formation :

Les objectifs identifiés concernent l'amélioration de la prise en charge de l'enfant gravement malade : acquérir ou maintenir les connaissances théoriques et les compétences techniques selon l'enseignement de l'ERC, gérer des situations de crise en équipe, organiser le travail d'équipe, communiquer efficacement, connaître son environnement de travail, et sensibiliser chacun à fréquenter la salle RQI.

Moyens et contenu :

La simulation in situ, avec un niveau de moyenne fidélité, nous paraissait être le meilleur compromis pour réaliser cette formation au sein de nos services, dans un délai rapide.

Cette formation s'adresse aux infirmiers et médecins de la clinique pédiatrique. Elle se déroule une à 2 fois par mois depuis juin 2021. La matinée est consacrée à l'algorithme du Basic Life Support et à l'exécution des gestes

techniques (ouverture des voies aériennes, ventilation, pose intra-osseuse, compressions thoraciques ...). L'après-midi est destinée à la réalisation de scénarii inspirés de cas réels fréquents.

Ces scénarii ont lieu au sein des unités de soin, par groupe de 3-4 soignants avec 2 formateurs. Pour ces simulations nous disposons de mannequins de moyenne fidélité, de scopes simulés et de sacs d'urgence semblables à ceux qui sont présents dans les unités de soins.

Résultats & perspectives d'avenir :

Depuis juin 2021, malgré les annulations liées à la COVID, nous avons pu avoir près de 100 participants dont 10% environ de médecins.

Les évaluations des participants sont toujours très positives.

Ces simulations in situ ont permis des améliorations ou modifications de la pratique au sein de la KK :

- › Création d'une fiche mémo pour la prise en charge de l'enfant gravement malade ou en arrêt cardiorespiratoire.
- › Réorganisation de certaines salles de soin pour améliorer la prise en charge des urgences vitales.
- › Meilleure connaissance entre les équipes et des pratiques et de la réalité de chacun, les apprenants venant à chaque fois de services différents (urgences, réanimation, unité de soins, hôpital de jour).

L'idéal serait de pouvoir faire participer chaque soignant de la KK au minimum une fois par an. Un niveau « 2 » pourrait être mise en place afin d'aller plus loin dans la connaissance des algorithmes et la complexité des scénarii.

La mise en place de matériel de simulation de plus haute fidélité est envisagée, avec notamment du matériel de vidéo pour pouvoir faire des débriefings guidés par la vidéo.

Nous souhaiterions refaire cette étude BLS dans 2-3 ans en espérant obtenir de meilleurs scores.



APPRENDRE DE SES ERREURS... MAIS PAS QUE ! : LE PROJET EUROPÉEN ESAFE ET LES DÉBRIEFINGS CLINIQUES



MÉRIL PAQUAY

CHARGÉE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, CHU LIÈGE

ZOÉ KABANDA

ASSISTANTE ULIÈGE PROJET E-SAFE

Un patient hospitalisé sur 10 est touché par un événement indésirable qui est évitable dans 50% des cas.

Les (futurs) professionnels de la santé ainsi que les dirigeants d'institutions de santé, doivent être formés au management de la sécurité.

La crise Covid-19 a montré à quel point la qualité des soins était nécessaire.

Les formations numériques sont apparues comme indispensables lors de cette pandémie. Les programmes de formation des professionnels de la santé évoluent continuellement pour prendre en compte les nouvelles connaissances et technologies numériques.

Ces apprenants devront savoir comment les systèmes influent sur la qualité et la sécurité des soins, comment une mauvaise communication peut entraîner des événements indésirables et bien plus encore.

Pour répondre à ces nouveaux enjeux, le Centre de Simulation du CHU de Liège s'est engagé dans deux nouveaux projets : Esafe : Get ready for Safety et l'implémentation des débriefings cliniques en fin de pause.



› [Retour au sommaire](#)

LA DIFFUSION DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES DE LA RECHERCHE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE



FLORA DEVOS

CHEF DE PROJET AP-HP HÔPITAUX DE PARIS

L'utilisation des connaissances scientifiques dans la pratique entraîne une réflexion sur le processus de transfert des connaissances aux cliniciens.

Par la présentation de 3 études réalisées, cette présentation propose d'étudier le transfert de connaissances entre la recherche et la pratique infirmière par l'analyse de la qualité méthodologique des études publiées en recherche infirmière, l'exploration de l'influence potentielle de l'enseignement de la recherche en formation initiale.

La première étude a décrit et comparée la qualité du « reporting » des études contrôlées randomisées publiées dans des revues infirmières a montré que la qualité du « reporting » de ces études est similaire à celui des études publiées dans des revues médicales.

La deuxième étude à approcher la validité externe par le niveau de pragmatisme des études contrôlées randomisées publiées dans des revues infirmières a montré que le niveau de pragmatisme était modéré et qu'il dépendait du sujet étudié ainsi que du comparateur utilisé.

Enfin la troisième étude est une enquête internationale sur l'enseignement de la recherche dans les écoles et facultés de sciences infirmières.

Ce travail suggère que l'enseignement de la recherche aux étudiants infirmiers a une influence sur la diffusion des connaissances entre la recherche et la pratique infirmière.



[› Retour au sommaire](#)

L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES, FACTEUR DE PERFORMANCE ? QUELS ENJEUX POUR LE CADRE DE SANTÉ ?



NEU SOPHIE

SOIGNANT RESPONSABLE DE L'UNITÉ MÉDICO-TECHNIQUE DE PNEUMOLOGIE, DE VENTILATION NON INVASIVE ET DU LABORATOIRE DE SOMMEIL

Le développement des compétences, l'efficacité, la qualité des soins et la performance sont au centre des préoccupations. La situation sans précédent générée par la Covid-19 a renforcé et amplifié cette réflexion. La gestion des ressources humaines est au cœur des interrogations de l'univers du soin, caractérisé par l'existence d'un nouvel environnement : les malades changent, leurs attentes sont grandissantes ; le rapport au travail change, et, enfin le progrès médical s'accélère : de nouvelles charges pour le management. Par ailleurs, les enjeux hospitaliers s'inspirent de plus en plus, et non seulement dans le vocabulaire, des modèles de performance managériale et d'innovation technologique issus du monde de l'entreprise pour les intégrer dans les processus de production de soins. C'est dans cet environnement de fortes mutations, que le cadre de santé doit appréhender le sens de son action, toujours dictée par une dimension sociale et humaniste spécifique au monde hospitalier. Dans ce contexte, une réflexion sur l'évaluation des compétences, une composante essentielle de la gestion des ressources humaines, paraît opportune.

Le travail de recherche universitaire présenté dans cet article s'inscrit dans le cadre de nombreux rapports comme « Santé et Prospective » et notamment l'irruption de la pandémie Covid-19, ont mis en exergue pour le management des institutions de santé trois axes essentiels :

- › un management centré sur l'humain,
- › le développement de l'efficacité, l'engagement et l'adaptabilité des acteurs de terrain,
- › et la nécessité de l'encadrement intermédiaire, centre de toutes les tensions organisationnelles.

Ces pistes de réflexion génèrent nécessairement une réflexion sur le sens de l'évaluation, une pratique jugée banale aux contours flous, regroupant des réalités multiples et diverses, sujettes parfois à contestation mais profondément liée aux démarches apprenantes.

Après une brève analyse du cadre conceptuel des notions de performance, de compétences et d'évaluation, le protocole de recherche s'est centré sur des entretiens semi directifs qui ont permis de mettre en évidence la complexité et les zones d'ombre de l'évaluation. Il s'avère qu'un besoin d'informations sur le fonction-

nement concret et l'efficacité du système est important. L'évaluation est un des moyens privilégiés de le combler.

Les résultats, outre leur intérêt pour une meilleure compréhension des pratiques réelles, constituent des ressources pour tenter d'apporter des éléments de réflexion sur une pratique, certes pertinente, mais liée à de nombreux déficits, comme par exemple, le poids du subjectif.

Des propositions font suite à l'analyse des différents corpus de données et des pistes de réflexion sont amorcées pour les formateurs et des lecteurs. Trois options semblent possibles :

- › Le maintien de l'existant équivaldrait au respect formel d'un exercice purement mécanique entraînant nécessairement une vision statique du management. Le statu quo, dans ce cas, même sous couvert de rationalité, ne pourrait guère répondre aux attentes des acteurs.
- › L'option consistant à apporter des améliorations marginales, par exemple analyser de manière détaillée les liens entre cause et effet entre les différentes articulations comme les performances, les compétences et l'évaluation. Il s'agirait dans cette hypothèse de mieux analyser l'action réelle.
- › Cette dernière piste nécessiterait une mise à plat générale de l'évaluation pour en faire un enjeu majeur dicté par la nécessité des transformations en cours dans le management. Cette option dont la mise en application s'avère complexe, après validation par les différentes instances de l'établissement, permettrait certainement de valoriser le potentiel humain par la mise en place de missions évolutives caractérisées par une meilleure souplesse (polyvalence), l'anticipation de la responsabilisation entraînant une meilleure adaptabilité. Ce système pourrait également encourager une dynamique collective en déterminant les facteurs clés de succès à maîtriser, en fixant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour s'adapter au mieux au contexte et aux enjeux de l'établissement. Enfin, il s'agirait par cette forme « d'agilité », de mettre en place un état d'esprit caractérisé par la faculté de tirer parti des incertitudes et renforcer la confiance dans la capacité d'une équipe à s'auto organiser.



EN QUOI LE PROJET DE SERVICE PERMET-IL DE DONNER DU SENS ET DE MOBILISER LES INDIVIDUS ?



CÉLINE PIERRET

RESPONSABLE DE L'UNITÉ MÉDICO-TECHNIQUE DE CARDIOLOGIE

Après quelques mois passés dans un poste de responsable et la nécessité de trouver un sujet à mon travail de fin d'étude (Master MOSS), je me suis interrogée de manière plus particulière sur le malaise chez les soignants...l'idée de perte de sens.

Cette perte de sens pouvait-elle également avoir un lien avec le manque de mobilisation et d'investissement dans un service ?

Le constat étant posé, j'ai pu observer un manque de considération pour l'autre, parfois le patient mais surtout les collègues, ainsi qu'une diminution de l'engagement pouvant être le résultat d'une perte de sens au travail... Cette « démission mentale », pour certains collaborateurs se traduisant par des arrêts maladies de plus en plus fréquents ou un manque d'investissement flagrant. Cela m'a laissé à penser qu'ils percevaient leur travail comme dénué de sens et qu'ils pouvaient délaissé ce métier « vocation ».

Je me suis ainsi demandé comment faire pour que cela n'arrive pas ?

Quelle action, en tant que cadre, pouvais-je réaliser, quel outil managérial puis-je mettre à profit ?

Je me suis aperçue qu'il n'y avait pas ou plus de projet ni d'objectif commun dans l'équipe. Problèmes organisationnels et problèmes relationnels s'entremêlaient.

Comment alors pouvais-je redonner un second souffle à cette équipe en quête de devenir pour certains et en quête de sens pour d'autres ?

J'ai donc décidé d'utiliser l'outil de management Projet de Service pour essayer de donner ou redonner du sens au travail de chacun.

Le projet de service est un guide et un cadre de référence, qui permet de situer le travail de notre service et des agents qui le composent. Il s'agit d'un outil essentiel de la démarche d'organisation : il découle de l'orientation stratégique et du projet politique de l'institution. Cette démarche nécessitait donc de clarifier l'objet, les enjeux, les objectifs et les résultats attendus. Il devait afficher clairement la volonté de faire progresser l'organisation.

En plein doute, l'équipe avait, dans son besoin de reconstruction et à travers son nouveau responsable, la nécessité de trouver des réponses à leurs questions.

J'ai construit mon raisonnement en tentant de répondre aux interrogations suivantes :

- › Quels sont les enjeux de la mise en place d'un projet de service ?
- › Quels sont les intérêts et limites du projet de service pour les professionnels ? Est-ce que tout le monde peut y adhérer ?
- › Quel rôle doit jouer le cadre de santé dans la phase de conception et de diagnostic partagé dans la mise en place de ce projet ?
- › ...

L'ensemble de ces interrogations m'a conduit à formuler la problématique suivante :

En quoi le projet de service permet-il de donner du sens et de mobiliser les individus ?

Pour répondre à cette problématique, l'architecture de ce travail a reposé sur trois parties complémentaires :

- › une partie théorique sur les concepts identifiés en lien avec la problématique dégagée de notre réflexion.
- › un cadre contextuel, qui à travers notre cheminement et par le biais de notre expérience professionnelle, nous a conduit à la question de départ, primordiale à la trajectoire que nous avons choisie de donner à notre travail.
- › un cadre empirique de notre recherche (enquête qualitative menée auprès de plusieurs personnels soignants, échelle de Likert et la question « dessine-moi ton projet »), suivi de nos préconisations, venu appuyer notre propos par l'analyse et l'exploitation de nos outils de recherche.

Un projet de service auquel l'équipe adhère permet de donner du sens et de donner un but commun à un groupe. Cela permet de mobiliser ou remobiliser les individus, facilite la communication, et améliore l'implication de chacun et se concrétise par une diminution de l'absentéisme. Cependant, il ne faut pas négliger le cadre de service qui doit favoriser la construction dynamique positive et qualitative des personnes qu'il encadre.



L'ACCOMPAGNEMENT DU VIEILLISSEMENT DU PATIENT ATTEINT DE TRISOMIE 21 AU LUXEMBOURG



WAGNER MARTINE
INFIRMIÈRE EN GÉRIATRIE CE3A

Etant Infirmière diplômée au Luxembourg depuis une bonne trentaine d'années, mon parcours professionnel m'a amené vers la Gériatrie aigüe où je travaille maintenant depuis 10 ans. Il y a 7 ans, j'ai débuté une nouvelle activité en tant qu'infirmière référente à l'Hôpital de Jour Gériatrique.

Il s'agit d'une continuité de la filière gériatrique qui permet d'assurer un suivi dans le vieillissement des personnes âgées, dans un cadre préventif, ou de suivi après hospitalisation, consultation ou adressage par le médecin traitant.

Cette prise en charge doit couvrir les besoins intrinsèques de l'individu, mais aussi de son environnement. Elle a, donc, besoin pour cela d'une approche pluridisciplinaire.

L'Hôpital de Jour Gériatrique est organisé dans mon établissement hospitalier depuis 2013 et vise une évaluation globale de la personne âgée pendant toute une journée. Cette évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire qui est responsable de la détection et prise en charge de la fragilité liée au vieillissement. L'Hôpital de Jour pour des personnes atteintes de trisomie 21 a été mis en place en Janvier 2021.

Ce diplôme et cette étude m'ont permis de :

- › répondre à un besoin formatif de nouvelles compétences sur la déficience intellectuelle pour ensuite développer une nouvelle prise en charge.
- › de mettre en place un suivi particulier dans le vieillissement des personnes atteintes de trisomie 21 au Luxembourg et régions frontalières.

Le but de ce projet est de pouvoir accompagner, et de prévenir les fragilités liées aux processus du vieillissement, tout en intégrant la déficience intellectuelle. Il vise aussi le soutien aux familles, et être une vraie ressource dans le parcours de vie de ces personnes.

L'évaluation est réalisée par le médecin gériatre, l'infirmier, la neuropsychologue, l'ergothéra-

peute et l'orthophoniste, proposé à un rythme annuel pour assurer un suivi longitudinal.

Les patients sont évalués à une fréquence annuelle, de façon à pouvoir assurer une hétéro-anamnèse (le patient est comparé à lui-même selon son évolution).

Plusieurs dimensions intrinsèques à l'individu sont évaluées par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire : le volet cognitif, physique, social, nutritif, et clinique.

Lors de ce travail, cette évaluation a été présenté selon le Modèle de développement humain

« Le MDH-PPH montre que la réalisation des habitudes de vie peut être influencée par le renforcement des capacités ou la compensation des incapacités par la réadaptation et des aides techniques, mais également par la réduction des obstacles dans l'environnement. Les obstacles sont, par exemple, les préjugés, le manque d'aide ou de ressources, l'absence d'accessibilité du domicile ou de l'école, la difficulté de se procurer de l'information imprimée adaptée ou se déplacer au moyen d'une signalisation accessible. Ainsi, mesurer la réalisation des habitudes de vie, c'est identifier un indicateur de la qualité de la participation sociale : il s'apprécie sur un continuum ou échelle allant de la situation de participation sociale optimale jusqu'à la situation de handicap complète. »

Depuis début 2021, une nouvelle activité a pu être développée au sein du CHL, en assurant un suivi dans le vieillissement des personnes atteintes de trisomie 21. Ceci a aussi permis de répondre au besoin exprimé par l'association de trisomie 21 au Luxembourg.

Cette nouvelle activité apporte aussi une richesse et polyvalence à notre Hôpital de Jour Gériatrique, déjà en place depuis 2013.

Notre attente est de pouvoir continuer à exploiter cette nouvelle expertise dans le domaine de la déficience intellectuelle, avec la vision d'élargir à d'autres handicap mental en plus de la trisomie 21.



LA SURVEILLANCE DE LA NUTRITION EN DIALYSE



SABRINE LIPPENS
INFIRMIÈRE EN DIALYSE

En plus d'être un besoin vital, l'alimentation est synonyme de plaisir, de convivialité et de partage.

Toutefois certaines maladies ou hospitalisations peuvent bouleverser les apports alimentaires entraînant un impact sur les liens sociaux, la qualité de vie.

C'est le cas des patients atteints d'insuffisance rénale chronique et terminale.

Notre expérience en dialyse nous a permis d'observer que la part de l'alimentation était au centre du traitement de la pathologie et une des premières préoccupations du patient. C'est cette constatation qui nous a amené à nous perfectionner dans le domaine de la nutrition en suivant un DU en nutrition et maladies métaboliques.

Nos travaux de fin d'études étaient portés sur 2 axes :

- › La mesure de l'impact du Groupe Nutrition sur la prise en charge et la prévention de la dénutrition des patients dialysés (réalisé avec une enquête de terrain).
- › La mesure de l'impact d'une éducation thérapeutique nutritionnelle, organisée et structurée (réalisé avec une recherche en soin).
- › Les résultats nous ont amené à faire un état des lieux de notre prise en charge et suivi nutritionnel en dialyse.
- › L'enquête de terrain a permis de mesurer le ressenti des patients vis-à-vis du travail du Groupe Nutrition :
- › Les résultats montraient une satisfaction des patients par rapport aux actions mises en place pour lutter contre la dénutrition.
- › Une satisfaction des patients quant à l'efficacité des séances d'éducatives thérapeutiques nutritionnelles, ils estimaient avoir reçu les connaissances nécessaires sur leur alimentation.

La recherche en soin, basée sur la mise en place de séances d'éducatives nutritionnelles de façon structurées et organisées et dans le respect des 5 dimensions, à elle mit en évidence une amélioration :

- › Des résultats biologiques.
- › Des valeurs anthropométriques.
- › Des critères de qualité de vie.
- › D'une satisfaction des patients.

Les domaines où nous devons nous améliorer étaient :

- › Dans la détection des patients nécessitant des séances d'éducation.
- › L'accompagnement des patients à réaliser leur projet de vie.
- › Les séances d'éducation thérapeutiques de groupe.
- › La prise en charge psychologique.

Suite aux analyses de ces travaux, plusieurs objectifs ont été posés :

- › Avec le Groupe Nutrition déjà en place : offrir une prise en charge structurée de la dénutrition protéino-énergétique dans le service de dialyse.
- › Avec des séances d'éducation thérapeutiques : offrir au patient un accompagnement pédagogique structurée (par le biais

d'une l'éducation thérapeutique individuelle / de groupe) avec pour mission d'assurer la sécurité du patient, de renforcer ses compétences et de former des patients ressources.

- › Avec la psychologue : améliorer notre prise en charge psychologique.

IMPACT SUR LES PRATIQUES :

- › Uniformisation de la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique en dialyse : élaboration d'une procédure de prise en charge de la dénutrition des patients dialysés.
- › Planification de staff nutrition (4 fois par an) avec l'équipe pluridisciplinaire (analyses des résultats biologiques et anthropométriques de l'ensemble des patients).
- › Mise en place d'actions correctrices (compléments alimentaires = entérale / parentéral, éducation individuelles sur les apports en protéines, contact famille / institutions / aidants).
- › Elaboration d'un compte rendu individuel sur SAP du staff (accessible à l'ensemble de l'équipe de dialyse).
- › Accompagnement psycho-affectif avec l'intervention de la psychologue. Une psychologue passe régulièrement dans le service pour rencontrer les patients qui le souhaite ou que nous proposons pour un entretien individuel.

Depuis janvier 2020 nous suivons l'indicateur de phosphore/potassium (en collaboration avec le laboratoire / médecin). Des éducations individuelles sont données aux patients en fonction des résultats.

Nous proposons des ateliers de groupe dans les boxes lors de la séance de dialyse sur divers thèmes : Les apports hydriques / le sel / les protéines / les sorties au restaurant / partir en vacances. L'enquête de satisfaction donnée en fin d'atelier montre un réel engouement de la part des patients qui réclament d'autres ateliers.

En février 2020, un premier atelier en néphroprotection a été proposé en consultation néphrologie. Cet atelier a été très bien accueilli par les patients qui ont participé et qui ont émis le souhait d'assister à d'autres ateliers.

Une affiche et des flyers ont été élaborés pour informer les patients en salle de consultation des ateliers proposés. Les médecins informent les patients, lors de leur consultation, de la possibilité de s'y inscrire.

Nous offrons aux patients la possibilité de partager des recettes culinaires avec les autres patients (en collaboration avec la diététicienne / la cellule communication).

Nous projetons de généraliser les ateliers éducatifs à tous les patients du service de dialyse, d'élargir les thèmes d'ateliers avec les ateliers : post transplantation, activité physique...

Nous souhaiterions remettre en place des consultations avec les aidants proches afin d'assurer la continuité des soins en dehors du système hospitalier.



[› Retour au sommaire](#)

LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE : UN MOYEN ANTIDOULEUR NON MÉDICAMENTEUX ?



NILLES TATJANA
INFIRMIÈRE EN ANESTHÉSIE

La communication entre un émetteur et un récepteur est influencée par plusieurs facteurs liés au patient (le vécu, l'origine socioculturelle, la personnalité, les émotions et l'état psychique du patient).

La parole n'est pas le seul moyen de communiquer. Nous communiquons aussi par des gestes, ce qu'on appelle langage non verbal et qui reprend la partie majoritaire dans la roue de la communication (55%).

Ensuite, c'est la modulation de notre voix, qu'on appelle langage paraverbal (38%), qui importe plus que le langage verbal (7%). Chacun d'entre nous possède un moyen de communication privilégié et la façon dont chacun s'exprime en est le reflet.

Il y a des personnes qui sont plus visuels et qui préféreront s'exprimer en favorisant des images, d'autres seront plus auditifs et, enfin, certaines plus kinesthésiques (toucher, mouvements). Le repérage du canal sensoriel préférentiel chez son interlocuteur favorise l'entrée en communication.

Les parasites sont des éléments qui interfèrent dans la relation entre deux personnes. Ils peuvent être liés à l'environnement (bruits, paroles, tenues uniformes,) ou liés à l'individu (convictions, préjugés).

La communication thérapeutique permet une anxiolyse qui contribue à la guérison et à la réhabilitation physique plus rapide ainsi qu'un effet placebo, car elle entraîne des changements positifs de l'état de santé du patient. L'effet placebo est essentiellement lié à la qualité de la relation et participe ainsi à l'amélioration de l'état psychique, émotionnel et physique de la personne.

L'état de conscience du cerveau varie entre l'éveil (la conscience), le sommeil et le coma. Durant l'état d'éveil, la conscience globale oscille en permanence entre deux états : la conscience critique et la conscience hypnotique lorsque nous sommes par exemple dans la lune. Lorsque notre conscience hypnotique prend le pas sur notre conscience critique, nous sommes dans un état physiologique appelé « transe spontanée » qui peut être

déclenché spontanément par une focalisation de l'attention (p.ex. ennui), par un stress ou artificiellement (par un thérapeute).

Sous l'effet du stress (diagnostic, soin douloureux, hospitalisation,) la conscience hypnotique prend le dessus. En conséquence, le patient n'intègre ni les constructions grammaticales compliquées, ni les négations.

Les essentiels de la communication thérapeutique sont :

- › Une alliance entre patient et soignant (sourire, être à l'écoute).
- › Une confiance (croire le patient, proxémie adaptée).
- › Des mots positifs liées au confort et à la sécurité (« rassurez-vous »).
- › Un stop aux mots agressifs, les remplacer par des mots plus doux (fraîcheur à la place de froid par exemple).
- › Un discours avec des mots rassurant et inspirant du confort (chaleur, doux, en sécurité).
- › Un stop aux termes « essayer », car laisse la place à l'échec et à l'anxiété.
- › Redonner un sentiment de contrôle au patient, le rendre acteur du soin (perfuser à droite ou à gauche ?).

Plusieurs études réalisées montrent que le choix des mots influence le seuil ressenti de la douleur.

On peut donc retenir, qu'en appliquant la communication thérapeutique entre soignant et soigné, ainsi qu'en utilisant des mots positifs, la souffrance et l'anxiété diminuent. La douleur perçue diminue et le risque de chronicisation de la douleur diminue également. C'est un antidouleur efficace pour rendre le patient plus confortable, moins anxieux et moins stressé.

C'est une technique simple et facile qui ne nécessite pas plus de temps auprès du patient. Elle demande peu de formation et est applicable dans tous les domaines des soins par tout le personnel travaillant avec des patients et des êtres humains de manière générale.



APPROCHE SYSTÉMIQUE DE L'ÉVALUATION DES IMPACTS D'UNE INNOVATION : APPLICATION À LA MISE EN PLACE D'UN INFIRMIER DE LIAISON AU CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG



ALEXANDRE ANNOOT

SOIGNANT CHEF D'UNITÉ DE CHIRURGIE GÉNÉRALE,
VASCULAIRE ET TRAUMATOLOGIE U46

Pour faire face à l'évolution de l'organisation hospitalière et ses spécificités, le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) décide d'innover en intégrant une nouvelle fonction, l'infirmier de Liaison. Après déploiement dans deux unités pilotes, l'établissement souhaite en évaluer les impacts, en vue de sa généralisation.

Nous avons combiné des analyses qualitatives et quantitatives pour ce travail. L'approche systémique a permis d'identifier de façon la plus exhaustive possible les critères d'évaluation et leur regroupement.

À partir des évaluations de 51 collaborateurs, il a été mis en évidence que le projet était un succès, par la perception d'impacts positifs pour les parties prenantes.

Les recommandations portent sur les compétences du collaborateur au regard de la fonction, la distinction des spécialités médicales et la reconnaissance de la plus-value de l'innovation.»



› [Retour au sommaire](#)

PROJET PILOTE AU LUXEMBOURG : MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE D'HOSPITALISATION À DOMICILE EN SOINS PALLIATIFS AU CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG (CHL)



DR SOPHIE GORNIEWICZ

MÉDECIN SPÉCIALISTE EN SOINS PALLIATIFS

ANNE-LAURE TOFFALONI

INFIRMIÈRE EN UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS

Le projet de création d'une hospitalisation à domicile (HAD) a tout d'abord été initié dans l'optique de suppléer certaines carences du système de santé et notamment au niveau du suivi des patients palliatifs.

En effet, répondre favorablement au souhait des patients, qui souhaitent un maintien à domicile le plus longtemps possible, voir jusqu'à la fin, est primordial aux vues des valeurs que nous souhaitons véhiculer et du respect de la personne soignée.

Dans une démarche de qualité des soins auprès de la patientèle, la remise en question de nos pratiques est essentielle. Dans un pays aussi multiculturel et emprunt des différents modèles sociétaux des pays limitrophes, les possibilités d'adaptabilité du système actuel sont importantes et offrent une réelle opportunité de changement.

Nous avons effectué un diplôme en hospitalisation et maintien à domicile à l'université d'Angers afin de permettre l'élaboration d'un

projet pilote. Nos recherches se sont effectuées à partir d'évaluation des publications concernant le fonctionnement actuel du système luxembourgeois, de l'organisation des structures existantes d'HAD en France, ainsi que sur la base de notre expérience professionnelle actuelle avec l'équipe de soins palliatifs du CHL.

La création d'une équipe d'HAD en soins palliatifs au Luxembourg permettra de garantir une prise en charge de qualité et sécurisera par un cadre légal tous les intervenants impliqués. L'HAD pourra ainsi s'étendre à plusieurs spécialités afin d'éviter les hospitalisations longues et à répétition. Le but étant que le patient puisse bénéficier de la même qualité de soins à domicile qu'à l'hôpital en assurant la sécurité et continuité des soins. A terme, cela permettrait d'apporter une réponse efficiente face à la saturation des lits en permettant de désencombrer les hôpitaux.



[› Retour au sommaire](#)

L'HUMOUR AU SERVICE DU MANAGER DE PROXIMITÉ



GÉRALDINE LORIN

SOIGNANT CHEF D'UNITÉ DES URGENCES ADULTES

Le manager de proximité, tiraillé entre la hiérarchie et les managés, est un acteur clé de nos institutions.

Véritable charnière communicationnelle, le choix de ses modes de diffusion d'informations est essentiel en terme d'impact sur la motivation et la performance de son équipe.

Au sein de nos organisations hospitalières, l'humour revêt une place importante en terme de mécanisme de défense mais aussi en terme d'échanges entre soignants ainsi que dans la relation soignant soigné, et pourtant si peu mobilisé au quotidien par nos managers de proximité.

Notre note de recherche va donc nous amener à répondre à cette question :

« *Dans quelle mesure l'humour peut-il constituer un levier d'actions du manager de proximité dans nos organisations hospitalières ?* ».

Mots clés : manager de proximité-levier d'actions-humour



› [Retour au sommaire](#)

« Si on veut obtenir quelque chose que l'on n'a jamais eu, il faut tenter quelque chose que l'on n'a jamais fait »

Périclès (495-429 av. J.-C., homme d'Etat)

Le monde évolue. Il est aujourd'hui mondialisé, interconnecté et interdépendant. Aussi est-il parfois intéressant, au-delà de regarder notre passé pour s'en inspirer, d'analyser les meilleures pratiques, pour trouver de nouvelles manières de faire dans d'autres organisations et modes de prise en charge.

Inspirez-vous de la maxime de Mark Twain :

« Ils ne savaient que c'était impossible, alors ils l'ont fait ».

Rendez l'irréalisable réel et évident ! Soyez innovants, disruptifs, audacieux, inédits, cassez les codes, hackez les habitudes et les méthodes.

Et ensuite, de la rupture par l'innovation à la recherche de solutions, répondons comme Bernard Werber :

« Ne t'attaque pas au système, démode-le ».

L'innovation montre un chemin possible et invente de nouvelles solutions.

