

**L'infirmière Stomathérapeute,**  
**L'infirmière Libérale**  
**Et**  
**Le patient stomisé.**



**Travail proposé par :**

Me BROUILLOUX Colette

**Travail réalisé par :**

DECHANDON Malaurie  
DELOLME Lucie  
DEMARS Laetitia  
DI-LUOFFO Sonia  
DUBOIS Juliette  
DUMAS Audrey  
DUPUY Claire  
FAURIEL Stéphanie  
FERREOL Marion  
FONTANAY Marie  
FRERY Emilie

## Remerciements:

Nous tenons à remercier toutes les personnes nous ayant accordé de leur temps pour nous aider dans la réalisation de ce projet en nous faisant découvrir leur profession et en partageant leur savoir.

- Mme AUBONNET Pascale, Infirmière stomathérapeute à la Clinique Du Parc.
- Mme GENOT Françoise, Infirmière stomathérapeute à l'Hôpital Nord.
- Mme BOURLIER Françoise, Infirmière stomathérapeute à l'Hôpital Bellevue.
- Mr CHAPUIS
- Mme PAUTY Christine, Infirmière libérale.
- Mme ROCHE Patricia. Infirmière libérale.
- Mme VERDLEX Marie-Noëlle. Infirmière libérale.
- Mme DUCHEZ Martine, employée à la sécurité sociale.

Et nous remercions aussi toutes les personnes qui nous ont chaleureusement accueilli dans les différentes structures hospitalières, pharmaceutiques ainsi que les laboratoires et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

# Sommaire

## Introduction.

## Partie I : La prise en charge du patient stomisé au sein d'une structure hospitalière et à domicile.

### I – Portrait de l'infirmière stomathérapeute :

- 1°- Le diplôme requis.
- 2°- La formation ayant amené à ce diplôme.
- 3°- Les compétences spécifiques.
- 4°- Les législations.
- 5°- Les conditions de travail.
- 6°- Les différents lieux d'exercices possibles.
- 7°- Les évolutions.

### II – Portrait de l'infirmière libérale :

- 1°- Présentation de son métier.
- 2°- Les compétences spécifiques dans le cadre professionnel et personnel.
- 3°- Les législations.
- 4°- L'activité budgétaire de l'infirmière libérale.
- 5°- Les différents lieux d'exercices possibles.
- 6°- Les évolutions.
- 7°- La vie quotidienne d'un stomisé à domicile.

## Partie II : Les coûts engendrés par la prise en charge du patient stomisé.

### I – L'hospitalisation :

- 1°- Financement d'une structure à but non lucratif.
- 2°- Les coûts.

### II – Les soins à domicile :

- 1°- Financement des soins.
- 2°- Les coûts.

## Conclusion.

## Bibliographie.

## Annexes.

## CAS CONCRET

### TD LEDROT SANTE PUBLIC

Monsieur X. 52 ans est opéré en urgence dans une clinique privée à but non lucratif le 11 juillet 2004 pour une perforation du haut rectum ; une intervention de Hartmann est pratiquée.

Les suites opératoires sont simples, Monsieur X. va bien, la stomie est équipée en post-opératoire immédiat d'une poche 1 pièce vidable Coloplast.

La voie d'abord est une médiane fermée avec des agrafes et recouverte d'un pansement (protocole bétadine pour sa réfection).

Le 20 juillet, l'infirmière stomathérapeute rencontre pour la 1<sup>ère</sup> fois Monsieur X. pour amorcer une démarche éducative. Il est à noter que la stomie a été réalisée sous un pli abdominal, rendant la vision difficile. Monsieur X. est très attentif et se montre volontaire.

Le 23, devant une réaction inflammatoire cutanée liée à la transpiration, la colle et le manque de rigueur de Monsieur X. au niveau de l'hygiène, l'IDE stomathérapeute propose un système 2 pièces (support avec pâte intégrée et poche) Convatec, ce qui conduit à une amélioration rapide.

Les jours suivants, Monsieur X. ne peut pas être considéré comme autonome dans les soins de stomie à cause de :

Un manque d'hygiène

Une difficulté à poser le support ; il arrive par contre à poser la poche.

Sa sortie est fixée au 28 juillet avec :

Et pour 10 jours

INNOHEP 3500 UI (antithrombotique) 1 injection sous-cutanée par jour en remplacement de LOVENOX 40 mg à l'hôpital à faire pratiquer par une infirmière libérale.

DAFALGAN 500 mg (antalgique) 2 gélule matin, midi et soir.

SPASFON (antispasmodique) 2 comprimés matin, midi et soir.

L'infirmière libérale prendra aussi en charge les soins de stomie avec la prescription du matériel ci-jointe.

Un rendez-vous avec le chirurgien est prévu le 24 août pour envisager un rétablissement de la continuité après les résultats de la coloscopie.

## ORDONNANCE DE SORTIE

Supports convexe modelable CONVATEC :

Réf. 3723

ACC 7823673 2 boîtes.

Poches fermées Esteem Synergy CONVATEC :

Réf. 3655

ACC 7777648 1 boîte.

Pâte stomahésive de CONVATEC :

Réf. 3070

ACC 6255623 2 tubes.

Poches 1 pièce fermées HOLLISTER :

Réf. 22400 (à découper à 35 mm)

ACC 7879490 1 boîte.

Compresse stériles non tissées 10x10 cm :

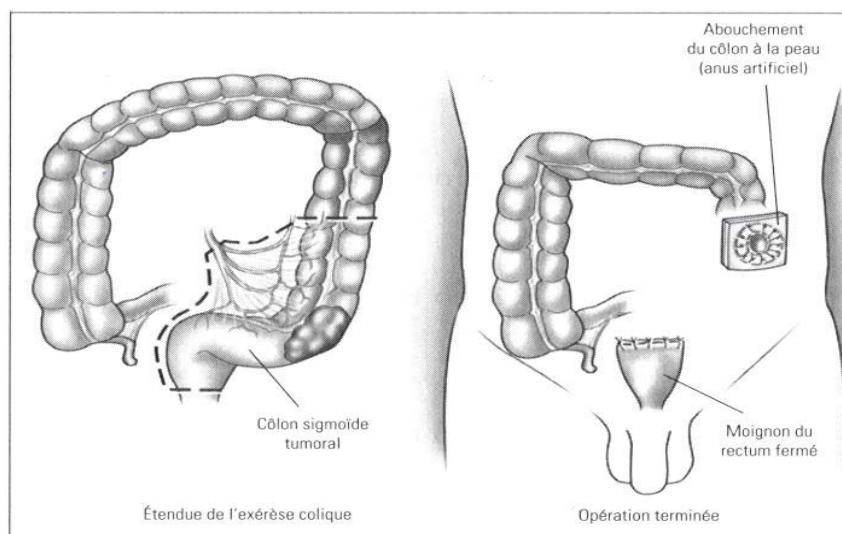
2 paquets de 100.

## Introduction

Nous avons effectué un travail de recherche autour de deux profils de poste infirmier ainsi que la prise en charge d'un patient en nous appuyant sur le cas concret de Mr X, 52 ans, ayant subi une intervention de Hartman et qui est aujourd'hui porteur d'une stomie.

Pour mieux comprendre notre travail, nous allons vous donner quelques définitions :

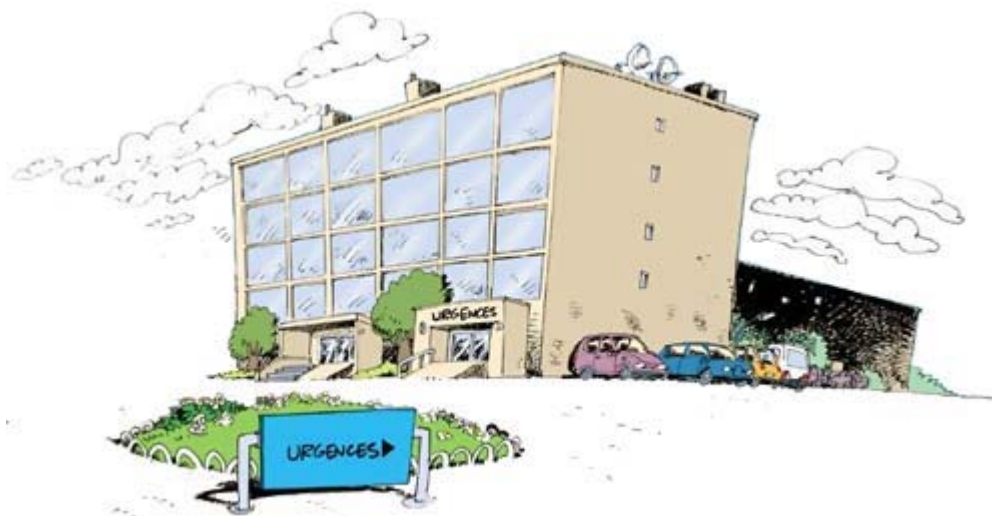
- **Stomie** : C'est l'abouchement d'un organe creux (trachée, estomac, intestin, voies urinaires) à la peau.
- **Stomathérapie** : C'est la maîtrise des connaissances techniques et des principes de la relation d'aide, qui permettent aux malades stomisés, de retrouver leur autonomie après l'intervention, de façon à reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normale. C'est la recherche du confort et de l'autonomie, qui sont les deux fils conducteurs des soins du stomathérapeute et des équipes de soins à prendre en charge un patient stomisé.
- **Intervention de Hartman** : C'est l'ablation du côlon sigmoïde et de la partie haute du rectum. L'extrémité proximale du côlon est abouchée à la peau pour former un anus artificiel. C'est une colostomie terminale où seul le bout supérieur de l'intestin est extériorisé alors que le bout inférieur est fermé puis enfoui dans l'abdomen. Le rétablissement de la continuité par une anastomose colorectale est fait dans un deuxième temps.



Dans un premier temps nous allons vous exposer le profil de l'infirmière stomathérapeute, puis celui d'une infirmière libérale. Nous verrons ensuite quels sont les coûts engendrés par l'intervention et les suites de soins à domicile. Enfin, nous terminerons sur un bilan du travail effectué.

**Partie I :**

**La prise en charge**  
**du patient stomisé au sein**  
**d'une structure hospitalière et à domicile.**



# I – Portrait de l’infirmière stomathérapeute :

## 1 - Le diplôme requis :

Il faut être titulaire du diplôme d'état d'infirmière, qui s'obtient après trois ans et demi d'études alternant théorie et pratique.

Après ce diplôme, l'infirmière doit avoir pratiqué pendant trois ans à l'hôpital auprès de patients stomisés (chirurgie digestive, urinaire ou gastro-entéro). En effet une certaine maturité et des acquis sont nécessaires pour cette formation.

Après cette expérience professionnelle, l'infirmière a la possibilité de suivre une formation d'entéro-stomathérapeute. A l'issue de ce temps, une demande de formation peut-être déposée auprès du service de formation continue de l'établissement. Cette demande doit être motivée et appuyée par le chef du service dans lequel travaille l'IDE.

Devenir stomathérapeute est souvent l'aboutissement d'un projet professionnel mais ce peut être aussi le souhait d'un chef de service, sensible au problème de ses patients.

Nous avons pu constater lors de nos entretiens avec Mme Aubonnet et Mme Bourlier que la décision de faire cette formation a été motivée par un manque de connaissance de la part de ces IDE exerçant en service, ce qui les mettait mal à l'aise face aux interrogations du patient. Ensuite, grâce à des congrès ou des rencontres avec des stomathérapeutes de St Etienne, elles ont été intéressées par cette formation et décidèrent donc de la faire.

## 2 - La formation :

### ➤ Les objectifs :

- Développer une conception et une démarche de soins infirmière centrée sur l'autonomie des malades.

En effet, le stomisé doit survivre aux changements de son image corporelle, l'accepter et reconstruire un futur qui tienne compte des fractures physiques et psychologiques.

- S'initier à un projet de santé qui prend en compte les dimensions physiques, psycho émotionnelles et spirituelles.
- Développer des connaissances cliniques pour soigner des personnes porteuses d'une stomie digestive ou urinaire, d'une fistule, de plaies chroniques ou souffrant de troubles de la continence.
- Apprendre à planifier ses soins en étroite collaboration avec l'équipe médicochirurgicale, les soins infirmiers d'entretien de la vie, une relation d'aide thérapeutique (adaptées aux différentes étapes vécues par le patient à partir du moment de l'indication opératoire), la progressivité dans l'apprentissage de l'éducation du malade et de son entourage.
- Maîtriser les pratiques essentielles notamment, celles qui concernent les techniques d'appareillage.
- Contribuer à la formation de l'équipe (infirmières et aides-soignantes).

### ➤ Le contenu :

#### Actualisation des compétences cliniques et techniques :

- L'anatomie et la physiologie de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire.
- Les pathologies digestives et urinaires entraînant la confection de dérivations chez l'adulte et l'enfant.
- Les techniques chirurgicales chez l'adulte et l'enfant.
- Les soins pré et post-opératoires, relatifs aux différentes stomies et fistules.
- Les soins préventifs et curatifs des escarres.
- Les soins aux malades souffrant de troubles de l'élimination digestive et urinaire.
- Les problèmes sexuels et traitement de l'insuffisance érectile.
- La pharmacologie.
- Les traitements adjuvants : radiothérapie, chimiothérapie, kinésithérapie.
- La diététique : nutrition entérale et parentérale.
- La génétique.

- La gestion et l'organisation d'un centre de stomathérapie.
- La prise en charge de la douleur.
- Les ressources du service social et des associations.

#### **Approfondissement des compétences relationnelles :**

- Les aspects psychologiques des problèmes soulevés par la stomie :
  - Modification du schéma corporel,
  - Altération de l'image du corps, face à soi-même et à l'entourage, concept de crise,
  - Processus de deuil,
  - Difficultés liées aux troubles sexuels.
- Une initiation à la relation d'aide ;
- Une initiation à l'analyse transactionnelle et à la programmation neurolinguistique.
- Les aspects sociaux de la réadaptation.

#### **Travail théorique et pratique sur les soins infirmiers :**

- La connaissance des textes officiels réglementant la profession.
- L'approche d'une perspective holistique de l'être humain, de la santé, de la maladie.
- Les notions d'énergie, de stress, de défenses de l'organisme.
- La mise en place d'un programme éducatif pour le malade et son entourage.

#### **Programme pratique :**

- Des stages pratiques au cours desquels sont suivis des malades porteurs de différentes stomies et dérivations, souffrant de troubles de la continence ou de plaies (d'escarres ou ulcères).
- Des soins réalisés par le stagiaire auprès d'adultes et d'enfants sous contrôle d'une stomathérapeute.
- Des études de cas réalisés par chaque stagiaire.

#### ➤ Les méthodes :

La formation des entéro-stomathérapeutes est fondée sur le principe d'un apprentissage expérientiel, ce qui implique une implication active et personnelle de chaque participant. Dans ce but, elle fait appel aux moyens pédagogiques suivants :

- Alternance entre temps de formation, observation de la pratique professionnelle et mise en œuvre de changements.
- Apports théoriques sous forme d'exposé, conférences de spécialiste, dans les différents domaines traités.
- Documentation écrite.
- Diapositives, films.
- Travaux de groupes, exercices d'intégration.
- Observation de consultation et réalisation de soins.
- Supervision du suivi de la prise en charge d'une personne stomisée pendant la période de formation.

#### ➤ L'évaluation :

- Autoévaluation continue des aspects théoriques et pratiques (questionnaires, tests, fiches).
- Évaluation finale :
  - Questions écrites sur le programme,
  - Questions orales,
  - Étude de cas rédigée et synthèse orale,
  - Pratique d'appareillages et d'enseignement aux malades en présence du responsable de l'enseignement.

#### ➤ Les écoles :

Aujourd'hui, quatre écoles sont agréées par l'AFET (Association Française d'Entérostomathérapeutes) et dispensent un enseignement qui aboutit à l'obtention d'un certificat clinique. Ces écoles sont présentes à Lyon, Paris, Nîmes et Bordeaux (Cf. Annexes).

### 3. Les compétences spécifiques :

« Nous avons plusieurs rôles, un rôle technique, un rôle relationnel et un rôle éducatif. Le rôle éducatif a pour but de rendre son autonomie au patient le plus rapidement possible. » (C. Peyrière et Mi. Edwards)

Suite aux entretiens que nous avons effectués auprès de Mme Aubonnet et de Mme Bourlier, les idées prédominantes concernant les compétences spécifiques développées dans cette profession sont les suivantes :

#### ➤ L'écoute :

Etre porteur d'une stomie ou futur opéré, cela bien souvent dans le contexte d'une maladie grave ou chronique, constitue un traumatisme grave dont la résolution et le retour à la vie normale, intégrée, nécessite une aide spécialisée, adaptée à chacun.

La stomathérapeute cheminera avec le patient, dès la période préopératoire (dès l'annonce de la nécessité ou même de l'éventualité de la création d'une stomie), en post-opératoire, en convalescence et chaque fois que le patient souhaitera. Pour une écoute active, elle tentera de réduire l'anxiété du malade dans les périodes de stress, elle l'accompagnera dans son processus de deuil (perte de continence, bouleversement de l'image corporelle) en utilisant au mieux les ressources personnelles, familiales, ou sociales du patient.

« Bien vivre avec une stomie, c'est possible, mais cela s'apprend », dans cette optique, l'entretien préopératoire est capital.

#### ➤ Le repérage :

Une stomie bien utilisée et bien faite sont des éléments essentiels pour une bonne qualité de vie du patient.

Cela facilite grandement l'appareillage et les autos soins par le patient, cela évite des inconvénients graves (fuites, brûlures de la peau...).

En effet, en préopératoire, le chirurgien ou l'entérostomathérapeute doit marquer correctement l'emplacement de la future stomie : les points de repère doivent être pris sur le patient couché, assis et debout, sur une surface plane d'environ sept centimètres de diamètre au niveau du muscle grand droit, loin des cicatrices, reliefs osseux et plis cutanés. Et surtout, la stomie doit pouvoir être visible par le patient !



#### ➤ L'apprentissage :

L'appareillage d'une stomie digestive ou urinaire est un soin simple. Faire appel à une infirmière à domicile peut entraîner le patient dans une dépendance bien souvent inutile dont il aura parfois difficile à se défaire (mais parfois cette aide est indispensable pour certains patients dans le but de prolonger l'apprentissage et ensuite une meilleure autonomie et des soins appropriés). Dans cet optique, l'apprentissage rapide des soins au patient est essentiel.

Pour cela quelques règles doivent être respectées :

- Le patient doit être prêt physiquement et surtout psychologiquement, et le rythme d'apprentissage du patient sera respecté, « *il faut laisser le temps nécessaire au patient pour que celui-ci se bute et ne consulte plus du tout* » comme a pu voir Mme Aubonnet.

- Cet apprentissage se fera en collaboration avec l'ensemble de l'équipe soignante de manière à profiter de chaque changement de poche,

- Un membre de la famille sera si possible invité à participer aux soins, si le patient le désire (conjoint, enfant...).

➤ **L'appareillage :**

Il y a des critères importants dans le choix de l'appareillage pour une bonne qualité de vie et ceux-ci assurant une bonne protection de la peau: -simplicité

-confort

-sécurité

Il existe plusieurs marques d'appareillage et de nombreux modèles. Le choix de l'appareillage nécessite d'une part une bonne connaissance des modèles qui existent sur le marché, de leurs prix et remboursements... et, d'autre part, une bonne connaissance du patient, de son mode de vie, de sa pathologie...

Le choix sera donc fait par l'infirmière stomathérapeute en collaboration avec le patient et dans le but de répondre aux critères cités ci-dessus.



➤ **La surveillance et le traitement :**

Par sa formation et son expertise, l'infirmière stomathérapeute pourra déceler rapidement une complication chirurgicale de la stomie. Le traitement se fera en concertation avec le chirurgien. Le suivi se fera à la consultation de stomathérapie. Les complications cutanées seront gérées par l'infirmière stomathérapeute, le plus souvent simplement par l'adaptation de l'appareillage. Ainsi les stomathérapeutes précisent bien aux patients qu'ils peuvent les contacter à tout moment car comme le dit Mme Aubonnet : « *il n'y a pas de petits problèmes ou de questions bêtes* ».

➤ **La consultation :**

La consultation de stomathérapie est accessible à tous les patients. Elle a pour buts :

- D'aider le patient à poursuivre son processus de deuil et d'acceptation de la stomie,
- De gérer les « petits problèmes du début » (problème de peau, adaptation de l'appareillage à la reprise des activités et à l'évolution de la stomie),
- L'apprentissage des irrigations coliques,
- Le suivi de complications chirurgicales ou cutanées.

➤ **Prise en charge psychologique :**

▪ **La psychologie du patient stomisé :**

Le patient ne va pas forcément exprimer ou manifester des besoins non satisfaits. Il va aisément exprimer le besoin de sécurité au niveau de l'intégrité physique : en s'interrogeant sur la fiabilité de la poche et son étanchéité aux liquides et aux odeurs.

En revanche, il sera plus discret sur l'insécurité qu'il ressent au niveau psychologique dans sa vie de couple, professionnelle et sociale.

Le soignant devra être attentif à ses interrogations sur le sens de sa vie, au moment où elle lui paraît menacée.

Cette intégrité ayant été gravement perturbée, un profond retentissement au niveau psychologique se manifeste chez tous les stomisés.

Ainsi, tous les stomisés réagissent, lors de l'intervention, à la modification de leur corps, avec des réactions très variables en intensité et en nature, selon le vécu de chacun.

▪ **L'image du corps modifié :**

Devant la brutale transformation de son schéma corporel, chaque stomisé va alors entreprendre une reconstruction de l'image de son corps, elle aussi modifiée.

De même, les stomisés expriment fréquemment leur hantise de sentir mauvais, même si leur entourage leur assure qu'il n'y a pas d'odeur. Leur distance personnelle est alors élargie pour éviter les risques liés à la proximité.

La poche que le stomisé porte collée à sa peau, le stomisé, s'intègre ainsi à lui de même qu'un vêtement ; il est assez étonnant d'écouter la façon dont se présente la plupart des stomisés : ils ne disent pas « *je viens vous voir parce que j'ai une stomie* » mais « *je viens vous voir parce que j'ai une poche* ». Comme si la poche, objet extérieur comparable au vêtement, s'intégrait plus facilement à l'image du corps que la stomie elle-même. Si on laisse le choix à un patient entre plusieurs modèles de poches, il en choisira une pour son confort, sa sécurité mais aussi selon ses goûts : elle lui plaît mieux qu'une autre, ou bien son choix varie selon l'activité : telle poche pour le travail et telle autre pour la piscine.

La relation aux autres apparaît bien dans le problème des odeurs et aussi dans le fait de vouloir ou non dissimuler la poche.

Face à l'ensemble des difficultés, il est important qu'il puisse bénéficier, le plus tôt possible, du suivi et de l'aide de l'entérostomathérapeute.

➤ **Gestion de la pharmacie et des ordonnances :**

L'IDE Stomathérapeute a des liens réguliers avec les laboratoires et les revendeurs. De plus, c'est elle qui rédige l'ordonnance qui sera délivré au patient pour sa sortie après avoir été préalablement validé par le chirurgien.

On pourrait conclure en disant simplement que le but de la stomathérapie est de permettre au stomisé la reprise, le plus rapidement possible après l'intervention, d'une vie professionnelle, familiale et sociale normale.

Cette aide commence, pour l'entérostomathérapeute, dans la phase préopératoire, lorsqu'elle détermine avec le futur stomisé l'emplacement de la stomie ; ce repérage permet de projeter pour le malade une « *trace anticipatrice* », un avenir possible avec la stomie. En période post-opératoire, l'opéré doit réapprendre à vivre, à « *vivre avec* ». Pour ce faire, il a besoin du soutien régulier et de l'apport éducatif, pédagogique se l'entérostomathérapeute.

Ainsi, une relation d'aide très fructueuse accompagne la personne soignée dans différentes phases de deuil, puis de restitution de son autonomie qui va constituer son chemin à tous les niveaux de son être.

**4. Les législations :**

**Le Décret du 11 février 2002 :** Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière place les soins techniques « appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie » dans l'**Article 6** sur prescription médicale les soins relationnels sont définis dans le cadre du rôle propre (**Article 5**) les soins de prévention et d'éducation figurent quand à eux dans les **Articles 2 et 14**.

**Le Décret 1993 – 221 du 16 février 1993 :** Relatif aux règles professionnelles des infirmières précise :

**Article 10 :** « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles.

**Article 26 :** l'infirmière agit en toutes circonstances dans l'intérêt du malade.

## 5. Les conditions de travail :

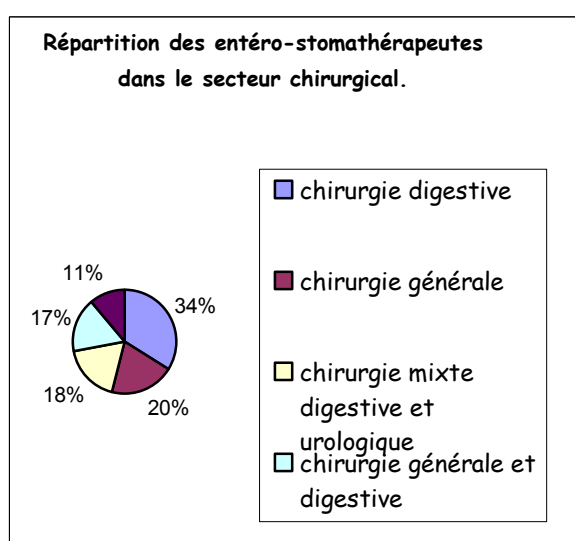
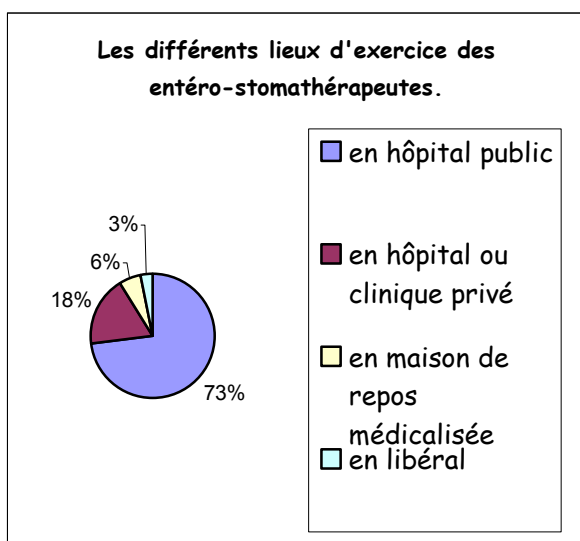
Aujourd'hui, la stomathérapie est aussi implantée dans le privé comme dans le public bien qu'à ses débuts elle prédominait dans les hôpitaux publics. Cette évolution est due à la sollicitation des chirurgiens qui les ont appréciés pour leur travail fourni au sein des services.

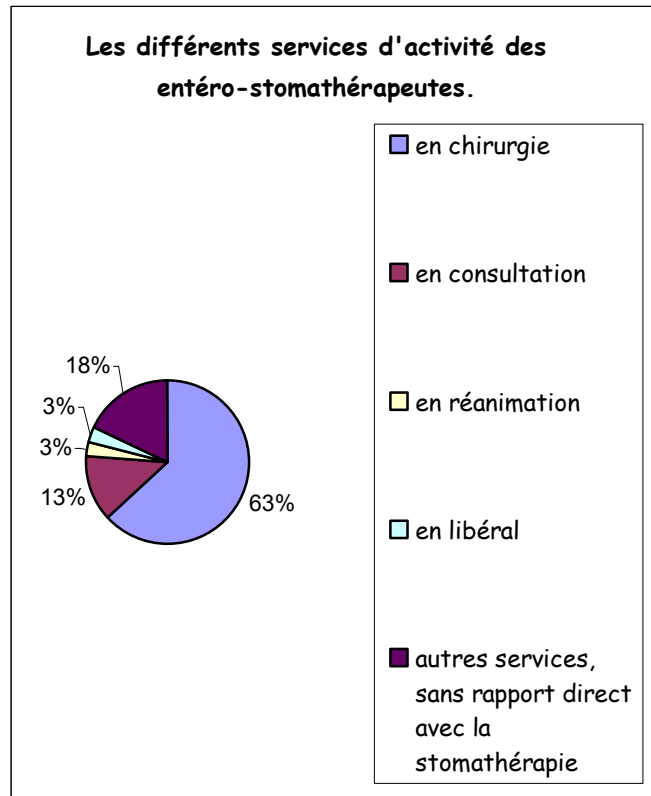
## 6. Les lieux d'exercices :

Si à ce jour 441 infirmières stomathérapeutes sont en exercice en France, peu (moins d'un tiers) ont obtenu un détachement en temps (un quart de temps, mi-temps, temps complet), avec des locaux et des moyens pour assurer une consultation spécifique.

En effet on a pu constater que les stomathérapeutes ne font pas de la stomathérapie à plein temps. Leur organisation de travail varie en fonction du lieu d'exercice. Ainsi à la Clinique Du Parc, Mme Aubonnet à 2 journées par semaine consacrées à la stomathérapie et dont elle gère le déroulement seule. Le reste de la semaine elle travaille dans le service de chirurgie digestive. A l'inverse à l'Hôpital Bellevue, Mme Bourlier assure les consultations de chirurgie et elle consacre le temps excédentaire à la stomathérapie.

Quelques chiffres tirés d'une enquête menée par l'AFET auprès de 600 responsables de services de soins infirmiers (176 réponses):





## 7. Les évolutions :

La stomathérapie n'est pas reconnue comme une spécialité, il s'agit d'une compétence en soins infirmiers sans statut officiel. En conséquent le salaire de l'infirmière stomathérapeute équivaut celui d'une infirmière de service c'est-à-dire entre 1350 et 1700 Euros. Les avantages sont différents selon les stomathérapeutes. Ainsi certaines ont pu négocié de travailler un week-end de moins. De plus les horaires les jours de consultations de stomathérapie sont appréciables (8h-16h). Mais parmi ces avantages les stomathérapeutes insistent sur la reconnaissance et la confiance que leur porte aussi bien les patients que les chirurgiens. « *Ce qui est valorisant* » nous disent-elles.

Il existe une mise à niveau une fois par an. (Cf. Mme Aubonnet et Mme Bourlier)

## II - Profil de l'infirmière libérale :

### 1. Présentation de son métier :

Après l'obtention de son diplôme d'Etat, l'infirmière doit exercer 3 ans en milieu hospitalier avant de pouvoir pratiquer en libéral. Par la suite elle se doit de participer à des formations pour se maintenir à niveau.

Il existe 2 types de formations continues :

- Une formation professionnelle qui est financée par une cotisation spécifique des professionnels libéraux et gérée par le FIFPL (Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels libéraux). L'année dernière, 26 thèmes ont été proposés aux professionnels entre autre, le rôle de l'infirmière dans la prise en charge des patients diabétiques, les soins palliatifs à domicile, la tenue du dossier de soins...

Les jours de formation sont indemnisés à raison de 125 euros par jour mais seulement pour 2 jours par an.

- Une formation conventionnelle qui est financée par la CPAM et qui est réservée aux infirmières sous convention.

Les jours de formation sont indemnisés à raison de 63 AMI par jour pour 5 à 7 journées par an. (2.90 x 63 = 182.7 euros).

## 2. Les compétences spécifiques dans le cadre professionnel et personnel :

Une infirmière doit avoir une grande capacité d'adaptation, elle doit savoir agir en cas d'urgence, apprendre à travailler seule et faire le deuil du travail en équipe. Elle doit aussi éduquer le patient, le surveiller et respecter son milieu. Il faut se tenir au courant des évolutions des protocoles de soins, il faut également être disponible.

Une infirmière libérale doit avoir une attitude différente en fonction des patients, il lui faut une force de caractère pour se faire respecter ce qui n'est pas toujours facile puisque le patient est chez lui. Par contre le fait qu'elle ne porte pas de blouse peut être un plus pour instaurer une relation de confiance.

Ce travail a tout de même des limites à cause d'un manque de formation au niveau des papiers administratifs et de la comptabilité qui demandent beaucoup de temps, et un manque d'aide pour l'accompagnement de fin de vie.

Il existe d'autres contraintes comme le respect des horaires, la gestion du dossier, la distance en fonction des différents lieux d'habitation, les intempéries.

Toutefois les infirmières libérales disposent d'une grande liberté de travail, d'un salaire avantageux si elles s'en donnent les moyens et quelques fois des gestes de remerciements de la part des patients tels que café, chocolats de fin d'année...

Suite à nos entretiens avec des infirmières libérales, l'une provenant d'une zone urbaine et l'autre d'une zone rurale nous avons remarqué qu'elles n'ont pas la même vision de la collaboration dans leur travail.

Pour la première, la collaboration est pauvre avec les autres infirmières du cabinet, et elles ont uniquement des contacts téléphoniques avec le médecin si besoin.

Pour la seconde, l'esprit d'équipe est présent dans son cabinet, elle travaille pleinement avec d'autres acteurs de la santé tels que le médecin, le kiné...

Pour les deux, il ressort que le patient a une grande part de participation en fonction de ses capacités, il doit garder son autonomie. S'il ne peut pas nous aider physiquement, il faudra lui faire exprimer verbalement ce qu'il ressent.

## 3. Législation:

Il existe différents textes de loi qui régissent le métier :

### • Le décret n° 93-221 de février 2002 :

- **Art 40** : L'infirmier peut refuser un patient si elle en explique la raison et si elle peut lui proposer une liste d'infirmier pour la remplacer.

- **Art 2, 3 et 4** : L'infirmier ne peut effectuer que les soins relevant du rôle propre et de l'exécution des prescriptions hors présence médicale. Elle est tenue d'apporter des soins « attentifs, consciencieux et conformes aux données actuelles de la science ».

### - Avenant de février 2002 de l'article du 31 juillet 1997 :

Charge de travail par an : 22 000 AIS par an (toilette surveillance, abstention...), les AMI en sont exclus. Une amende sera versée à la sécurité sociale au dessus de 22 000 actes effectués.

### • Le code civil :

- **Art 1147** : La responsabilité civile peut être engagée sur 30 ans maximum.

- **Art 1382 et 1383** : La responsabilité pénale de l'infirmier est identique à celle de tout citoyen.

Les poursuites les plus courantes : - Coups et blessures, homicides involontaires  
- Non assistance à personne en danger  
- Violation du secret professionnel

## 4. L'activité budgétaire de l'infirmière libérale :

Il est important pour l'infirmière de cotiser à différentes assurances telles que :

- Cotisation assurance maladie, maternité et décès,
  - Cotisation principale :
    - Une part à la charge de l'infirmier
    - Une autre part à la charge de la caisse d'assurance maladie
  - Cotisation solidarité :
    - A la charge de l'infirmier
- Cotisation personnelle d'assurance maladie = 5.4% sur le têt du revenu de l'avant dernière année à l'URSSAF.
- Cotisation pour l'assurance « accident de travail » et « maladie professionnelle » à la CPAM elle est volontaire.
- Cotisation invalidité et décès géré par CARPIMKO (Caisse Autonome de Retraite et de Prévoyance des IDE, Masseurs Kinésithérapeute et Orthophonistes), et cotisation forfaitaire qui s'élève à 604 euros par an. Elle est l'une des 11 sections professionnelles de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales instituées par l'article **L621-3-3e** du code de la sécurité sociale.

### 5. Les lieux d'exercices :

**Art 33 du décret n° 93 221 du 16 février 1993 :** « l'infirmier doit disposer d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisant pour assurer l'accueil et la bonne exécution des soins ».

**Art 34 :** «L'infirmier ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice, elle peut avoir un lieu secondaire si les besoins de la population le nécessitent et sous l'accord du préfet ».

**Art 36 :** L'exercice forain est interdit.

**Art 37 :** Pas de pub, pas de commerce.

Au niveau du territoire géographique, il faut faire attention selon la localisation (ville, montagne,...) et dépend du nombre d'infirmiers installés dans la même région.

### 6. Les évolutions :

Si l'infirmier n'est pas dans une dynamique d'actualisation de ses compétences, elle stagne et régresse.

D'après certains chiffres, on s'aperçoit que le manque de formation à la gestion d'un cabinet provoque sa fermeture avant la fin de la 3eme année d'installation.

Le salaire n'est pas fixe, l'infirmier doit adapter sa charge de travail à ses besoins personnels.

L'évolution dans la profession est entièrement personnelle.

Il faut donc s'engager personnellement avec beaucoup de professionnalisme pour faire fonctionner un cabinet.

### 7. La vie quotidienne d'un stomisé à domicile :

L'accompagnement du patient à son domicile lui permet de reprendre goût à la vie et d'exercer une activité normale grâce à des procédures d'aides efficaces:

- Choix de l'appareillage le mieux adapté
- Apprentissage quotidien des moyens facilitant les changements de poche; cette éducation peut également être élargie au conjoint s'il le désire
- Aide et soutien apporté pendant la période de deuil, toujours présente après une intervention traumatizante

- Etablissement d'une relation d'aide, d'écoute et de disponibilité, adaptée aux demandes et besoins du patient.

Le patient à une grande part de participation en fonction de ses capacités. Il doit garder son autonomie, il faut le faire participer physiquement si il peut et dans le cas contraire, il faut lui faire exprimer ce qu'il ressent.

Dans notre cas, une infirmière libérale prend en charge les soins de stomie de Monsieur X ainsi que son éducation par rapport à ces soins afin de lui permettre son autonomisation.

**Voici quelques conseils qu'elle peut lui fournir:**

- Il faut faire sa toilette de préférence avant le petit-déjeuner et à distance des repas afin de diminuer le débit des selles.
- Pour la toilette, il faut laver la stomie et la peau avec de l'eau et du savon doux à l'aide d'un gant propre. Ensuite il faut rincer à l'eau puis sécher avec des compresses ou des mouchoirs en papier en tamponnant. Une fois la peau sèche, on peut mettre la poche après l'avoir découpée pour l'adapter à la taille et la forme de la stomie.
- Il est tout à fait possible de prendre une douche ou un bain avec ou sans poche car l'eau ne pénètre pas dans la stomie.
- Il ne faut pas utiliser de parfum ni d'eau de Cologne à proximité de la stomie.
- Les habits ne doivent pas comprimer la stomie. Porter une culotte de type "boxer" maintient la poche sans la compresser.
- Pour éviter la constipation, il faut boire beaucoup d'eau, de jus de fruit, de bouillons de légumes et d'infusions. Il faut aussi manger des fruits et légumes, surtout des pruneaux.
- Consommer une glace et un café à la fin du repas permet de déclencher une selle.

On peut conclure en disant simplement que le choix d'exercer en libéral est personnel. Il permet d'avoir une certaine liberté, une autonomie.

Il existe parfois un manque d'informations relatives au patient et un manque du travail en équipe, de personnes à qui parler, partager ses difficultés ...

## Partie II :

# Les coûts engendrés par la prise en charge du patient stomisé.



## **I – L'hospitalisation :**

### **1°- Financement d'une structure à but non lucratif :**

Chaque année il y a une ordonnance qui est fixée au niveau de l'Etat et votée par l'Assemblée Nationale. Cette ordonnance précise le montant qui sera distribué à chaque région en fonction des disparités. Ensuite chaque ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) distribue aux différents centres hospitaliers la somme indiquée qui sera reversée par la Sécurité Sociale.

### **2°- Les coûts :**

Une journée d'hospitalisation dans un service de chirurgie est de 855,45 € pour les non affiliés sociaux, c'est-à-dire les personnes étrangères se faisant hospitaliser en France.

L'intervention de Hartman est un Kc = 120 son coût est de  $120 \times 1,94 \text{ €} = 232,33 \text{ €}$  montant auquel s'ajoute le temps d'occupation au bloc, le temps d'anesthésie et le séjour hospitalier (tarif CHU) et elle est prise en charge à 100% par la sécurité sociale.

Le forfait journalier correspond au tarif par prestations. Celui-ci comprend tout ce qui est repas et hôtellerie, son montant est de 14 € par jour. Il peut être pris en charge en partie ou en totalité par la Mutuelle du patient ou par sa Caisse complémentaire.

Si le patient le désire il peut bénéficier d'une chambre particulière dont le supplément est de 32,78 € par jour (télévision comprise) en fonction des places et sous réserve d'attribution prioritaire pour raisons médicales. Ce supplément peut-être pris en charge en partie ou en totalité par sa Mutuelle ou par sa Caisse complémentaire.

Le patient peut profiter d'autres prestations telles que :

- La ligne téléphonique : Un forfait de mise à disposition de 5,34 €. Communications extérieures en sus de 0,15 €.
- La télévision : un forfait par jour de 4 €.

En post opératoire, Mr X est équipé d'une poche vidable Coloplast (qui coûte ?) . De plus pour refaire le pansement, l'équipe soignante utilisera des sets à pansement qui coûtent à l'unité 0,514 € ainsi que de la Bétadine rouge : 0,74 € (le flacon de 125 mL), jaune : 0,69 € (le flacon de 125 mL) et de l'eau stérile : 0,05 € (l'ampoule de 20 mL).

Ensuite à J 12, suite à une réaction inflammatoire, Mr X optera pour un système 2 pièces Convatec (revenant au prix de ?).

De plus durant son hospitalisation Mr X a chaque jour une injection en sous cutanée de LOVENOX 40 mg qui ne coûte rien aux structures publique (CHU), car il y a des marchés qui sont fait avec les laboratoires.

## **II – Les soins à domicile :**

### **1°- Financement des soins :**

L'infirmier doit informer ses patients des tarifs pratiqués en vue de son traitement, ceux-ci doivent aussi être affichés sur son lieu de travail.

Elle doit aussi être capable de les expliquer.

Il lui est interdit de fixer ses faits sur un forfait d'honoraire, ainsi que l'abus de cotation.

Il ne lui est toutefois pas interdit de dispenser ses soins gratuitement.

Pour les remboursements :

- La facture se fait soit directement au patient qui envoie ensuite sa feuille de soin à la CPAM
- Soit le tiers payant est pratiqué grâce à la carte vitale

- Les frais de transport de l'infirmière seront remboursé seulement si il est inscrit sur l'ordonnance que l'infirmière doit se déplacer à domicile

Pour notre patient son cas relevant d'un KC > 50 il sera remboursé à 100 % pour ses soins et le matériel qu'il va devoir fournir.

## 2°- Les coûts :

Pour assurer les soins de stomie à domicile, Mr X a recours à une infirmière libérale dont la prestation pour cet acte et le déplacement est de 390 Euros pour 6 mois.

Le matériel pour le changement de poche prescrit par l'infirmière stomathérapeute coûte si Mr X l'achète en officine :

- Support convexe modelable CONVATEC. 2 Boites. Prix pour une boîte : 65,19 €
- Poche fermée ESTERN SYNEGY CONVATEC. 1 Boite. Prix pour une boîte : 120,22 €
- Pâte stomadhésive de CONVATEC. 2 Tubes. Prix Unitaire : 11,74 €
- Poche 1 pièce fermé HOLLISTER. 1 Boite. Prix pour une boîte : 125 €
- Compresses Stériles non tissées 10 x 10 cm. 2 Paquets de 100. Prix Unitaire : 3,14 €

De plus, Mr X doit prendre pendant 10 jours :

- DAFALGAN (2 gélules matin, midi et soir) dont la boîte vaut 7,05 €
- SPASFON (2 Comprimés matin, midi et soir) dont a boîte vaut 5,62 €

Et devra recevoir une injection par jour d'INNOHEP 3500UI en sous cutanée dont le tarif est de 9,73 € (boîte de 2 ampoules).

Le total de ce traitement s'élevant à 60 € par jour.

## Conclusion

A travers ce cas concret, nous avons pu prendre conscience que la prise en charge psychologique et éducative est primordiale chez le patient stomisé. Ce travail nous a permis de nous sensibiliser au « prix de la santé » en France dont nous n'avions aucune notion, comme la plus part des français, dû à la prise en charge exceptionnel dont nous bénéficions. C'est pour ces raisons que ce travail a été très intéressant et enrichissant. De plus, il nous a permis de découvrir les profils de poste de l'infirmière libérale et stomathérapeute sur lesquels nous n'avions pas beaucoup de connaissances.

## Bibliographie.

### Sites Internet :

- [www.afet.asso.fr](http://www.afet.asso.fr)
- [www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)
- [www.stoma-ch.com](http://www.stoma-ch.com)
- [www.ulb.be.fr](http://www.ulb.be.fr)
- [www.infirmier.com](http://www.infirmier.com)
- [www.l-idel.net](http://www.l-idel.net)
- [www.sideral.sante.free.fr](http://www.sideral.sante.free.fr)

### Brochures :

- Guide pratique au fil des jours...Edité avec le soutien de la Fondation Coloplast pour la Qualité de la Vie.
- Fiches pédagogiques vers l'autonomie. Edité avec le soutien de la Fondation Coloplast pour la Qualité de la Vie.
- Guide pratique Colostomie distribué par les laboratoires : Hollister.
- Guide pratique Iléostomie distribué par les laboratoires : Hollister.
- ISEO et les stomisés distribué par les laboratoires : Coloplast. Collection Bande Dessinée Médicale.
- ISEO et les urotomisés distribué par les laboratoires : Coloplast. Collection Bande Dessinée Médicale.

### Livres et revues :

- La stomathérapie : une compétence pour l'approche globale des soins aux stomisés. Edition le centurion.
- Les entérostomathérapeutes pionnières de l'éducation. Soins n°675. Mai 2003.
- Qui sont les entérostomathérapeutes. Soins n°632. Janvier 1999.
- 20 ans de stomathérapie. Soins n°632. Janvier 1999.
- Profession santé n°57 (août-septembre 2004.)
- Recherche en soins infirmiers n°74 (septembre 2003.)
- Revue soins n°640 (novembre 1999.)
- Revue soins n°643 (mars 2000.)
- Revue de l'infirmier n°4 (octobre 2000.)
- Revue de l'infirmier n°94 (octobre 2003.)
- Univers santé infirmier n°38 (février 1999.)
- Avenir et santé n°315 (juin-juillet 2003.)
- Avenir et santé n°325 (avril 2004.)

## Annexes.

### Les adresses des écoles de stomathérapie :

#### ***Lyon***

ESFORD (espace de formation recherche et développement)  
250, le Plateau-La Duchère-69009 Lyon  
Tél. : 04 78 47 55 60  
Responsables : Michelle Conge, Suzanne Montandon

#### ***Paris***

Institut national supérieur de formation des cadres de santé  
Département enseignement infirmier supérieur  
162 avenue de Lacassagne 69003 Lyon  
Tél. : 04 72 11 51 15  
Responsable : Michelle Guyot

#### ***Nîmes***

Ecole de stomathérapie  
Hôpital Caremeau  
Rue du professeur Debré 30000 Nîmes  
Tél. : 04 66 68 37 87  
Responsable : Geneviève Bôll

#### ***Bordeaux***

CFPPS-IFCS Xavier Arnozan  
33600 Pessac  
Tél. : 05 56 55 65 65  
Responsable : Jean-michel Marquet

## Les 12 recommandations de bonnes pratiques en stomathérapie.

**La personne future stomisée reçoit une information** loyale, claire et appropriée sur son état de santé et l'évolution de cet état prévisible, avec ou sans traitement. Elle donne son consentement éclairé aux traitements.

**La personne future stomisée bénéficie d'une évaluation** de son état de santé et de ses besoins.

**La personne future stomisée bénéficie d'un repérage préopératoire** du site de la future stomie.

**Une confection chirurgicale sans faille des stomies** est le meilleur garant d'un appareillage efficace et confortable.

**La personne stomisée bénéficie d'un appareillage adapté** et/ou d'une technique de soins nécessaire à son état.

**La personne stomisée bénéficie d'une relation d'aide** adaptée à ses besoins spécifiques.

**La personne stomisée acquiert la connaissance du soin**, en vue de son autonomie et de son retour à domicile. En cas d'impossibilité, une personne de son entourage acquiert cette connaissance.

**La personne stomisée bénéficie d'une surveillance** en vue de dépister d'éventuelles complications précoces ou tardives, ou une reprise évolutive de la maladie initiale. Elle acquiert les connaissances nécessaires pour en reconnaître les principaux signes.

**La personne stomisée bénéficie d'une prise en charge** multiprofessionnelle.

**La personne stomisée bénéficie d'un bilan de sa prise en charge** et d'un relais structuré.

**La prise en charge de la personne stomisée** est organisée dans le cadre d'un réseau de soins.

**La personne stomisée bénéficie**, si elle le souhaite, d'un suivi régulier par un € stomathérapeute proche de son domicile.

## **Entretien d'une infirmière « pionnière » de la stomathérapie : Madame Suzanne Montandon. En 1976, à son retour des USA elle est la première infirmière entérostomathérapeute diplômée française. Une vocation est née, elle en suscitera bien d'autres... Retour vers un parcours professionnel tourné vers l'avenir.**

### 1°-Comment s'est manifesté le besoin de vous former, outre-atlantique, à la stomathérapie ?

J'étais surveillante dans le service de chirurgie du Pr. Guillemin, à l'Hôtel-dieu de Lyon. J'avais été, maintes fois, confrontée à des malades porteurs d'appareillage stomiaux « diaboliques » car totalement inadaptés et entretenant des problèmes cutanés chroniques et extrêmement douloureux. Les produits efficaces, tel le karaya, n'existaient qu'à l'état d'échantillon, ramenés des Etats-Unis et gardés sous clé avec les toxiques !

Le Pr. G. était en contact avec le Pr. Rupert B. Turnbull de la Cleveland Clinic (Ohio), lui-même conscient depuis très longtemps des problèmes que vivaient les stomisés. En effet, un décalage persistait : alors que les techniques chirurgicales s'amélioraient, la qualité des soins restait bien en deçà de ce qu'elle aurait dû être pour permettre aux stomisés de retrouver une vie correcte.

Aux côtés du Pr. Turnbull travaillait l'une de ses anciennes malades qui était iléostomisée : Norma N. Gill. Cette dernière a été en quelque sorte la première stomathérapeute, même si elle n'avait pas suivi une formation d'IDE.

A la demande du Pr. G. qui, en 1974, organisa au sein de l'Hôtel-dieu, une structure de soins aux stomisés, Norma Gill effectua plusieurs voyages en France entre 1974 et 1976. Elle visita également de nombreux pays pour promouvoir la stomathérapie. La rencontre de Norma Gill, encouragée par le PrG, a été pour moi déterminante, et en 1976, je suis partie six semaines pour la rejoindre afin de pouvoir bénéficier de sa formation d'*Enterostomal Therapist* (ET).

### 2°-L'approche américaine des soins est tout à fait spécifique. Avez-vous eu besoin d'adapter ce modèle d'IDE stomathérapeute à votre retour en France ?

Ce que j'ai découvert aux Etats-unis, c'est, bien avant l'heure, un programme d'assurance qualité, l'idée du « zéro défaut ». En effet, il ne suffisait pas de résoudre un problème médical, il fallait également que toutes les précautions soient prises, en amont, pour que le malade ne subisse aucun dommage. Il devait avoir l'assurance qu'après la réalisation de sa stomathérapie, son autonomie lui serait rendue, le « bénéficiaire » en quelque sorte. Pour ce faire, toutes les situations devaient être pensées, analysées et projetées : repérage de la stomie, mode de vie du malade, pratique de sport... Cette approche, qui peut paraître banale, avait rarement été faite. Elle est pourtant la seule efficace. J'ajouterais aussi qu'elle va dans le même sens du mot « malade », qui désigne une personne souffrant d'une altération de son état de santé, au contraire du mot « patient », devenu habituel dans les hôpitaux. En effet, la patience selon la définition du Petit Larousse (1972), est la « vertu qui fait supporter, avec résignation, les coups, les mauvais traitements et les injures » ! Cette définition n'implique donc pas tout le soin et le respect dus à la personne malade/cliente, qui a besoin de la qualité du service rendu par le corps soignant/fournisseur.

Dès mon retour des Etats-unis, je n'ai eu qu'un objectif en tête : tout malade stomisé devait bénéficier, à moins de 100 Km de chez lui, d'une prise en charge adaptée grâce à l'intervention d'une personne initiée ou formée à la stomathérapie. En moins de 2 ans, de 1976 à 1978, les démarches d'aide et d'information affluaient de la France entière. Aidée par le Pr. G. et par Catherine Mordacq, directrice adjointe de l'Ecole internationale de Lyon, j'ouvrais alors la première école de stomathérapie en France. Parallèlement, l'association française d'entérostomathérapeutes (AFET) voyait le jour. Il faudra très rapidement décentraliser la formation, ouvrir d'autres écoles et initier nos collègues IDE à la stomathérapie afin que le niveau de qualité de soins aux stomisés s'améliore. Le chemin parcouru est plutôt positif... en 1998, il y a près de 500 IDE stomathérapeutes.

### 3°-Être stomathérapeute serait-il en quelque sorte la « quintessence » de l'art infirmier ? Les ET ont-elles un profil particulier, une identité qui leur est propre ?

20 ans de recul, d'expérience, de formation d'infirmières entérostomathérapeutes en France me permettent de le penser. Ce sont en général des professionnelles dotées d'une riche expérience antérieure de soins aux malades, qui ont souhaité, d'une part, développer la qualité des soins aux stomisés et, d'autre part, acquérir une certaine autonomie professionnelle, tant dans la prise en charge et le suivi de malades qu'à l'intérieure du cadre de leur institution. Avant de commencer moi-même dans ce secteur particulier de soins, j'avais exercé durant 15 années au Maroc dans des conditions sociales très précaires. Cette expérience m'a donné une vision beaucoup plus large des soins, l'idée que la volonté permet souvent d'améliorer les choses et que, surtout, une IDE, si elle fait preuve de compétence, si elle a confiance en elle-même et dans les autres, peut gagner en autonomie. D'ailleurs, le résultat de la structuration d'un corps d'IDE stomathérapeutes organisé en une association professionnelle nous a permis d'affirmer nos compétences, d'en assurer le haut niveau par des journées annuelles de recyclage et d'obtenir la reconnaissance par le corps médical de l'efficacité d'une collaboration entre chirurgien, médecin, stomathérapeute et laboratoires auprès des malades. Les laboratoires ont concrétisé dans la qualité des matériels la possibilité pour les stomisés d'une vie meilleure. L'IDE stomathérapeute a, en effet, une identité particulière. Grâce à la polyvalence de ses compétences – cliniques, techniques et relationnelles –, elle accompagne le malade depuis l'annonce de la nécessité de pratiquer une stomie jusqu'à l'apprentissage des soins personnels et à l'intégration de la stomie comme élément de sa vie quotidienne.

### 4°-L'IDE stomathérapeute est-elle suffisamment armée pour accompagner le malade sur le chemin de l'autonomie ? A-t-elle, elle aussi, évolué ?

Il nous est apparu très vite que devant la diversité, la gravité des problèmes psychologiques présentés par le malade et nos propres interrogations sur la qualité de notre accompagnement, nous devons acquérir des outils conceptuels. Ces outils, qui sont la clé de voûte d'une relation d'aide réussie, nous les avons cherchés et trouvés dans des formations personnelles (analyse transactionnelle, programmation neurolinguistique, psychanalyse, génogramme) qui nous ont aidés à comprendre les malades autant que nos propres réactions. « *Certains ont perdu un bout de corps mais, n'étant pas ce bout là, il leur reste assez de liberté pour regagner la vie* », dit Daniel Sibony. Une idée qui précise notre rôle de soignant : accompagner la personne malade dans son épreuve et non se battre contre la maladie. L'aide consiste notamment à favoriser l'expression des émotions. Le temps d'accompagnement peut-être long, car chacun évolue différemment, et si le temps d'hospitalisation est souvent très court, le suivi s'effectue en consultation, après la sortie, aussi longtemps que nécessaire. Notre pratique de la relation d'aide a connu bien des apports tout au long de nos vingt années d'expérience auprès des stomisés. Je reprendrai, en conclusion, les propos que m'a transmis, en fin de carrière, une assistante sociale : « *Centrez-vous sur le possible et lorsque le possible est fait, l'impossible devient alors possible ; et pour les miracles, nous juste un délai !* ».

DECHANDON Malaurie  
DEMARS Laetitia  
DUBOIS Juliette  
FAURIEL Stéphanie  
FONTANAY Marie

## **Guide d'Entretien.**

- ✚ Pourriez vous nous donner vos motivations pour entamer la formation de stomatherapeute ?
  
- ✚ Pourriez vous nous expliquer la prise en charge du patient stomisé de l'annonce du diagnostic jusqu'au suivi post opératoire ?
  
- ✚ Selon vous, quelles sont les compétences relationnelles nécessaire à la prise en charge globale du patient ?
  
- ✚ Pourriez vous nous expliquer l'organisation de votre travail au sein du service ? (avec l'équipe soignante et les laboratoires)
  
- ✚ Pourriez vous nous indiquer les avantages salariales ou autres qui découlent de votre compétence, s'il y en a ?

## **Entretien avec Madame Françoise Bourlier, infirmière stomathérapeute du CHU de Saint –Etienne, Hôpital Bellevue.**

### 1°- Pourriez-vous nous donner vos motivations pour entamer la formation de stomathérapeute ?

Oui, c'est simple. Moi depuis que je suis infirmière, ça va faire 24 ans, j'ai toujours travaillé en chirurgie digestive. Dans tout ce cursus j'ai rencontré plein de fois des patients stomisés. C'est un cas qui m'a toujours intéressé car il y a le soin infirmier et tout le côté éducatif et la prise en charge psychologique, le suivi en post chirurgie, préopératoire et pendant l'hospitalisation. Tout ça c'est un côté qui m'intéresse parce que c'est une prise en charge globale du patient. Moi c'est cette prise en charge globale qui m'a intéressé, il y a le soin mais bon n'importe qu'elle infirmière sait coller une poche, c'est tout le reste qui m'intéresse.

C'est après quelques années que j'ai rencontré Françoise Genot qui était la seule infirmière stomathérapeute à l'époque sur St Etienne qui m'en a parlé et qui a vu que j'étais sensible à ce sujet. Elle voulait qu'il y ait une relève. J'ai fait la formation un peu pour ça mais j'ai toujours travaillé en chirurgie digestive, après aux urgences. C'est vrai que j'ai toujours été confrontée plus ou moins à ce type de pathologie. Donc ça été ma motivation.

J'ai fait une formation de 6 mois en alternance avec mon travail. J'allais à Lyon, il y a plusieurs écoles sur la France, un mois à l'école puis je revenais travailler. Pendant ma formation, il y avait des stages en tant qu'élève IDE. Au bout de 6 mois, il y a un diplôme, enfin un certificat parce que ce n'est pas reconnu comme un diplôme d'état. Je suis donc infirmière experte en stomathérapie.

Diplômée de 1979 donc depuis 14 ans, après mes études me retrouver dans la position d'étudiante ce n'est pas non plus choquant. Ce que je trouve bien, c'est de toujours pouvoir se remettre en question tout au long de sa carrière. Je veux dire de se retrouver en position pour apprendre, on a toujours à apprendre. Je vois, même sans faire de spécialisation on rencontre d'autres infirmières, c'est toujours intéressant. Moi ça ne me gêne pas que l'on me dise : « voilà, moi je fais comme ça ». C'est un peu particulier, parce que quand on se retrouve en stage les gens ne vous connaissent pas, et n'ont pas toujours confiance. C'est ça qui est un peu difficile mais ce n'est pas grave, c'est enrichissant.

Le coût a énormément augmenté. Quand je l'ai fait, à l'époque c'était 20 000 FR pour 6 mois. L'hôpital ne m'a pas pris en charge totalement. Je n'ai pas de contrat avec l'hôpital, c'est la différence avec les IBODE ou les IADE. Elles sont financées totalement par l'hôpital mais elles doivent 5 ans. Moi l'hôpital ne m'en a payé que la moitié et l'autre moitié c'est l'association des stomisés de la Loire. Et le reste (trajet, nourriture...) c'est moi, mais je ne dois rien à l'hôpital.

### 2°- Pourriez vous nous expliquer la prise en charge globale du malade stomisé de l'annonce du diagnostic jusqu'au suivi ?

Ca c'est le meilleur cursus pour le patient, ça c'est sûr. C'est quand le patient vient voir le chirurgien, qu'il a un problème ou une pathologie qui va amener à une stomie. Le patient va être vu en consultation de chirurgie, on va lui annoncer le diagnostic et la stomie. Après, il me voit, moi je lui ré explique ce que le médecin lui a dit parce que souvent il n'a rien compris. Je veux savoir ce qu'il sait, avec des mots simples, j'explique ce que c'est qu'une stomie. Comment on s'en occupe, on la prend en charge, comment on vie avec. Après ça moi je le revois dans les jours qui suivent, ça dépend quand est fixée la chirurgie. Si la chirurgie est assez loin, dans un mois, je revois le patient quelques jours avant pour faire le repérage de la stomie. Pour que le patient puisse se prendre en charge de façon correcte. Quand je revois le patient pour le repérage, ça lui permet de revisualiser l'emplacement sur son ventre. A ce moment là je montre les différentes poches envisageables pour l'appareiller. Je leur donne les livrets, qui sont fait pour les patients par les labos.

Ensuite les personnes vont être hospitalisées, opérées, puis je les reprends en mains à ce moment là dans les jours qui suivent. Si vraiment il y a besoin, si j'ai du mal, il peut y avoir une prise en charge psychologique mais ce n'est jamais arrivé. Les gens finissent par s'habituer, à accepter petit à petit, c'est plus ou moins long chez certaines personnes. Le plus difficile à gérer pour les patients ce n'est pas trop d'avoir une stomie, c'est tout le contexte de la pathologie qui les amènent à être hospitalisé. Quand c'est dans le cas d'une pathologie pas trop grave et que la stomie n'est pas définitive l'acceptation est différente. C'est sûr que quelqu'un qui à un cancer, qui est déjà parfois avancé et qui conduit finalement à

la stomie définitive, l'acceptation est d'autant plus difficile. Mais tout dépend de la personne, c'est très particulier. Pour certains, ça se rajoute en plus du cancer, l'âge joue beaucoup, il y a tous les âges, ça n'empêche pas de vivre.

La prise en charge continue pendant l'hospitalisation, au niveau de l'éducation, au niveau psychologique, souvent on rencontre l'entourage (selon l'âge).

Après quand les gens rentrent à la maison, il y a un suivi. Je les revois à la consultation, soit avec la visite du chirurgien, 8 à 10 jours ou 1 mois après, pour revoir l'éducation et l'appareillage ou avant s'il y a un problème de stomie, d'appareillage.

Les patients repartent du service avec une ordonnance renouvelable 6 mois et mes coordonnées si problèmes.

### 3°- Pourriez-vous nous expliquer l'organisation du travail au sein du service, avec l'équipe et les labos ?

J'assure les consultations de chirurgie donc il y a des moments où je ne fais pas de stomathérapie. Moi mon organisation c'est tout l'excédent de temps que j'ai et que je garde pour la stomathérapie. Donc à ce moment là je vais voir les patients dans les services au 2CD quand il y en a. Je prends en charge les patients en dehors de mes horaires de consultation de chirurgie, comme je peux être amenée à me déplacer dans l'hôpital pour voir d'autres patients stomisés ou pour la cicatrisation.

Mes horaires, je fais 8h30 /16h10, parfois des heures en plus.

Au sein du 2 elles savent, je leurs fais des relèves, si j'installe un matériel particulier, je leur montre mais il n'y a pas vraiment de réunion. Normalement en 2005, il est prévu une journée sur la stomathérapie sur l'hôpital de Bellevue. Il faudrait faire des infos pour toutes les IDE et AS car même les AS sont amenées à changer des poches.

Les labos viennent me voir régulièrement pour me présenter les nouveautés, pour que je puisse les présenter aux patients. Ils apportent des échantillons que je ne reçois pas en mains propres mais qui passent par le DMS qui va tout répertorier et après me l'envoie. Les échantillons permettent d'installer l'appareillage avant le départ du patient, pour voir s'il convient et après il va commander ce qui lui faut en ville. Il existe deux façons de s'approvisionner, la pharmacie et des revendeurs qui peuvent livrer à domicile les patients régulièrement comme ça, ça fait un lien avec moi. Et avec les revendeurs, ils sont de ne pas dépenser de l'argent car ils sont remboursés à 100%, tandis que certains pharmaciens n'hésitent pas à demander un dépassement.

En fait, je suis un peu au milieu de tout ça, des fabricants, des pharmaciens, les patients l'entourage et puis aussi d'autres équipes soignantes (maison de retraite, de convalescence), des diététiciennes.

### 4°- Existe-il des cabinets libéraux de stomathérapeutes ?

Non, mais il existe un IDE libéral stomathérapeutes qui ont fait la formation mais pas de cabinet. Pas sur Saint Etienne.

### 5°- Pourriez-vous nous donner les avantages (salaire, autres avantages) ?

Il n'y en a aucun, rien. Ce n'est pas comme les IADE, IBODE ou puéricultrices qui ont un plus au niveau du salaire. Moi je n'ai rien, on n'est absolument pas reconnu à ce niveau là, surtout à l'hôpital. Ma collègue, dans le privé, pourrait vous dire que son patron, une fois par an, lui donne une prime mais nous rien. Mon seul avantage, comme depuis trois ans je ne travaille plus au 2CD, j'ai été détachée pour pouvoir faire de la stomathérapie, je suis à la consultation, donc avantages au niveau privé : j'ai des horaires de consultation et j'ai tous mes week-ends. Mais j'y perds au niveau financier. Il ne faut pas faire ça pour l'argent. Il faut faire ça parce qu'on aime les patients et le côté de prise en charge du patient (éducatif et psychologique).

### 6°- Quelles sont les compétences nécessaires à la prise en charge globale du patient ?

C'est vrai que quand on fait la formation de stomathérapie, on a des cours de toute sorte, techniques chirurgicales, des soins infirmiers qui relèvent de la stomathérapeute et tout ce qui porte sur la relation d'aide. Justement qui nous ouvre à toutes les compétences effectivement psychologiques. Après, ça dépend de chaque personne, enfin on agit chacune en fonction de son vécu personnel aussi. D'une part il y a des gens qui vont être plus sensibles à certaines choses d'autres moins. Bon après c'est comme

n'importe quelle IDE : il y a des IDE qui aiment bien parler avec les patients, je pense que quand on fait la formation de stomathérapeute c'est parce qu'on aime les autres, qu'on aime les patients. Donc forcément quand même la communication, écouter le patient, l'aider donc c'est tout ça. Je pense qu'on aime ça. Après il y a des IDE qui vont choisir d'autre branche comme la réa parce que ça sera plus technique il y aura moins de relationnel (il y en a mais moins). IBODE c'est pareil, moi je n'aurais jamais fais IBODE. Ce n'est pas la même prise en charge, ce ne sont pas les mêmes compétences.

## Entretien avec Madame Pascale Aubonnet, infirmière stomathérapeute à la Clinique du Parc de Saint-Priest en Jarez.

### 1°- Pourriez-vous nous donner vos motivations pour entamer la formation de stomathérapeute ?

Donc la formation de stomathérapeute, mes motivations quand c'est en faite quand je suis sortie de l'école je suis venue directement travailler ici en chirurgie digestive et je me suis trouvée face à des stomies et je ne savais pas quoi répondre aux gens quand ils me demandaient : est-ce que je peux prendre une douche, est-ce que je vais pouvoir travailler est-ce que je vais pouvoir me balader, garder mes petits enfants, aller au resto ? alors je trouvais un peu bizarre de leur dire j'en sait rien, non mais de toute façon c'est quelque chose d'habituelle, alors que les IDE on étaient toute une équipe de jeune. Le malade devait dire je suis un cas rare, qu'est-ce que je vais faire et tout ? donc j'ai fait un premier congrès de chirurgie ou la j'ai rencontré l'association des stomisés et des stomathérapeutes, en retour de ce congrès j'avais donc entendu parler d'une formation courte et la formation après de stomathérapeute. donc j'ai voulu faire la formation courte en accord avec mes chirurgiens qui trouvaient que c'était vraiment important, j'ai fais la formation courte qui se passe en 5 jours qui bien déjà commencée à répondre à des interrogations, à pouvoir un peu expliquer des choses et qui ma mis en lien avec les labos pour avoir des échantillons pour être tenue au courant des nouveautés donc déjà ça m'a un peu aidé et d'un autre coté ça m'a aussi ouvert une porte mais il va falloir encore vraiment pas assez et bon la formation courte je les faits 2 ans après et il faut un peu du temps, de l'expérience et tout par contre j'ai continué à faire des congrès des groupes avec des labos pour avoir des connaissances et tu te relance dans la formation longue qui demande une implication plus importante parce qu'elle est sur 6 mois : 1 mois en janvier 1 en mars et 1 en mai. Mais il y a quand même énormément de travail mais c'est très riche. Le premier mois il y a beaucoup de la psychologie, de l'entretien de la relation d'aide de l'analyse transactionnelle et on refait toute l'anatomie physio et pathologies digestif et urinaire mais vraiment à fond. Il y a des noms qu'il ne me semblait même pas avoir vu mais j'ai repris mes courts et c'est vraiment beaucoup plus poussé.

Le 2<sup>ème</sup> mois : on commence à faire beaucoup plus de pratique et des petits cas concret de relation d'aide et on a pour la dernière session à faire un mémoire basé sur un cas concret et après un écrit un oral. Pour être pris à l'école il faut une lettre de motivation et une lettre de recommandation d'un médecin ou d'un chirurgien qui prouve que l'on peut être utile et un projet professionnel. Mon projet professionnel c'était de monter un petite consultation en fonction donc de mon activité : un jour,  $\frac{1}{2}$  journée, 2 jours et quand je suis revenue donc je l'ais fait en 2000, Mr Balique qui était professeur de chirurgie digestive à Bellevue et sur la clinique du coup notre activité en digestif c'est fortement accru donc sa tombait bien entre temps j'ais été malade donc j'ai eut une interruption et en faite ça c'est vraiment mis en route 2002-2003, j'ais un planning fixe de 2 jours par semaine alors c'est jamais les même jours c'est sur un roulement c'est systématique 2 jours par semaine les secrétaires sont au courant du digestif et de l'urinaire d'un mois sur l'autre la surveillante donne mon planning pour qu'elle puisse me prendre des RDV et pour les malades je trouve que c'est super bien de voir une stomathérapeute c'est vrai que ça les rassures. En urinaire sur le 2<sup>ème</sup> étage elles ont vu une nette différence que je consulte et que je les vois avant.

C'était vraiment enrichir mes connaissances et pouvoir aider le malade et sa famille c'est important.

**SF/JD** : L'entourage est très présent.

**PA** : Ben disons que c'est quand même l'image corporelle qui est modifiée et en couple, l'autre le voit c'est quand même une atteinte qui...

**SF/JD** : Surtout difficile je pense chez les jeunes.

**PA** : Oui enfin, moi je pense que c'est plus difficile pour des jeunes mais en fait c'est peut-être un jugement que l'on porte parce que l'on est plus jeune et tout mais j'ai eut le cas ou la personne était très très motivée sur la plan sexuelle et c'était une personne très âgée ( environ 80 ans ) qui se faisait opérer en urgence et souvent il coupe les nerfs érecteurs et il avait une copine beaucoup plus jeune et l'importait beaucoup plus que la poche à la limite il se serait pas fait opérer si le chirurgien lui avait pas dit qu'il gardait les nerfs érecteurs. Alors comme quoi des fois on a des faux jugement par rapport à l'age. Mais bon ou je pense et je n'en ai jamais eut ce qui doit être encore plus dure c'est chez l'ados qui est en train de se construire et qui n'est pas forcément en couple, la personne qui a déjà vécu couple c'est peut-être pas la même approche et l'ados j'en ais jamais eut et j'espère que j'en aurait jamais. Déjà

le premier copain/copine ce n'est pas simple et avec une poche première...je pense que ce n'est pas évident pour eux.

SF/JD : Et puis le manque de maturité.

PA : Oui voilà

SF/JD : D'accord. Au niveau de l'école c'était sur Lyon ?

PA : Oui sur Lyon je l'ai faite, il y a sur Lyon, Bordeaux, Paris et Nîmes. J'ai fait la formation courte et la formation longue à Lyon.

SF/JD : Nous c'est vrai que quand on a fait nos recherches, en fait on a vu que la formation était de 41 jours.

PA : Voilà c'est la formation longue et il y a une initiation formation courte qui existe.

SF/JD : Donc surtout par le biais de congrès.

PA : Et bien tout au début oui. C'est comme ça que j'ai connue l'association de stomathérapeute et donc après j'ai continué. Parce que par contre en formation j'avais eu le vague souvenir d'avoir vu quelqu'un et qui avait intervenu très très peu.

## 2°- Pourriez vous nous expliquer la prise en charge globale du malade stomisé de l'annonce du diagnostic jusqu'au suivi ?

Donc la prise en charge du patient stomisé : en général en programmé, je sais pas si vous c'est l'urgence ou programmée.

SF/JD : Urgence.

PA : En programmé en digestif il me font venir avant donc dans 1 des 2 jours des C et je sais, le chirurgienne dis pour qu'elle intervention il vient si c'est provisoire ou définitif et je reprends avec la personne on fait asseoir la personne seule ou avec le conjoint comme elle veut. Et je lui demande de me verbaliser ce qu'il a compris de ce que le chirurgien lui a expliqué. Déjà pour voir comment il a compris, ce qu'il a entendu, ce qu'il me redis et ensuite je ré explique avec des mots je dirais un peu plus simple que le chirurgien et peut être un peu plus lentement. Parce que en consultation ce n'est jamais des annonces bien faciles. Ils essaient de prendre leur temps mais c'est vrai que c'est quand même beaucoup plus rapide. Un entretien pré stomie : les gens restent en moyenne 1 heures. Donc j'explique l'intervention dans un premier temps. Je reformule que c'est des selles qui vont changer, enfin que l'orifice va changer de lieux, que les selles vont s'écouler par le ventre, j'essaie d'être très très simple et tout. Alors quand c'est provisoire je dis bien, j'insiste sur le provisoire et que c'est quand même important qu'il le vivent au mieux parce que même le provisoire de 2, 4, 6 mois c'est quand même très long quand c'est sur nous.

Et quand c'est définitif j'essaye d'expliquer qu'on va laisser, qu'il y a des gens, une association qui peut venir avant, après parce que moi j'ai beau dire, j'ai la technique, je peux répondre aux questions mais j'en ai pas de stomies alors les gens je leur fais rencontré si c'est un homme, un homme d'à peu près la même tranche d'âge et le même style de stomies. 1 colostomie, 1 iléo, 1 uro parce que je dis ils ont des petits trucs des \*\*\*\*\*pratiques, et pour montrer que la vie continue et qu'ils font plein de choses, je parle de l'association. il parle pas de maladie, on mange au jour de l'an, en fait la galette des rois, en février on fait les bugnes, y a la partie de carte, c'est pour montrer que s'il y a une association c'est qu'il y a du monde. Et je leur dis aussi qu'il y a 4 labos et qu'il y a plein de poche, je montre les placards pour montrer qu'il y a plein de sorte de gens. Pour essayer de montrer qu'ils sont pas tous seul et je leur explique bien que de toute façon je soigne certes morceau d'intestin mais je les soignes de la tête au pied alors souvent je les fait rire en disant que les pieds il on pas grand-chose mais la tête: tant que cela ne se passera pas bien dans la tête on pourras pas éduquer quelqu'un tant qu'il ne l'aura pas accepter. Je peu bien lui parler tous les jours pendant une heure lui répéter, s'il est pas prêt a entendre c'est pas la peine et je leurs dis bien que j'aime venir les voir régulièrement, que les premier jours opératoire on leur fou la paix s'il ne sont pas bien. On fait les soins. Si c'est moi j'explique a chaque fois j'enlève la poche du haut vers le bas, je nettoie a l'eau et tous je dis mais un jour vous entendez 2 minutes vous retenez on répète on refait au temps de fois que c'est nécessaire. Donc et si c'est en urgence, ya des fois j'ai quand même le temps de le voir juste avant qu'il parte au bloc opératoire donc ça c'est arrivé que je le face  $\frac{1}{4}$  d'heure avant, des gens qui arrivent en occlusion, péritonite.... Mais c'est mieux quand même, même si c'est juste avant.

Psychologiquement de savoir qu'ils vont se réveiller avec une poche plutôt qu'au réveil on soit obliger de leur annoncée qu'ils ont une stomie même provisoire, les gens le prennent toujours beaucoup plus mal

quand ils s'en doute vraiment pas du tout parce que bon nous on est un peu dans le milieu à la limite on sait des qu'on nous ouvre le ventre au niveau digestif cela peut être un risque mes le commun des mortel et heureusement ne s'en doute pas et c'est vraiment le gros choc quand ils se réveillent

Et donc après suivant leur état général je les voie régulièrement on fait les soins. Donc je les prends en charge, j'explique donc oralement d'abord, je leur laisse des livrets. Donc quand c'est programmé s'il ils veulent voir les livrets avant je leur donne, ils peuvent repartir après avec. Pareil en programmé s'ils ils veulent voir des poches, les toucher et tout, je leur en montre je ne les oblige à rien ni à prendre des livrets ni à voir les poches s'ils n'en ont pas envie. Y'en a un qui m'a dit : « j'aurais bien assez le temps après c'est définitif et il faudra que je m'y habitue. » Il n'a pas voulu. Il n'y a pas de règles définies je m'adapte aux malades.

En urgence, pareil sauf que les livrets en général ils n'ont pas le temps de les lire. La poche j'arrive à demander s'ils veulent vraiment voir car parfois ils partent dans des fantasmes, ils se demande à quoi cela peut ressembler et tout et je leur demande rapidement et la ils en voient qu'une mais c'est juste pour avoir une image, que ce n'est pas un truc énorme, bruyant, que ce n'est pas un plastique, un sac poubelle, ça j'arrive à le faire.

Et donc après l'éducation elle est identique au provisoire au définitif sauf qu'au point de vue morale\*\*\*\*\*un peu plus au provisoire que bon c'est du provisoire, il a de la chance par rapport à quelqu'un qui est définitif. Mais bon cela dépend aussi de l'âge des gens en provisoire. On sait que si ils sont trop âgés on n'a pas envie de s'y mettre mais j'essaie quand même que tout le monde l'ait fait au moins une fois devant moi parce que souvent les personnes très âgés peuvent partir avec une IDE. Tout le monde peut partir avec un IDE libéral, mais je leur explique bien qu'ici ils \*\*\*\*\* , même si on est occupés si on arrive pas dans les 5 minutes dans le  $\frac{1}{4}$  d'heure on va y aller quand même alors que chez eux si la poche elle fuit, elle craque, elle déborde, l'IDE libérale ne va pas venir aussi rapidement que nous donc même s'il n'ont pas bien envie de le faire tous les jours, tous les jours c'est bien qu'ils l'aient déjà fait, un faits si vraiment dans le sens propre et figuré ils sont dans la « merde » jusqu'au cou. Il y a des fois vous repeignez vous avez pas très bien envie de le faire je dis si c'est pas plus sale que de s'essuyer les fesses même si pour une fois elle n'est pas bien mise elle est pas bien centré du tout c'est quand même beaucoup plus pratique pour atteindre l'IDE.

Après je leur montre en général en \*\*\* sauf si c'est vraiment une demande que je les laisse tranquille quand même. Et après, il y a des gens qui sont autonomes à J3/J4, très rapidement et il y a des gens il leur faudra 15 jours. C'est pas mais j'essaie bien de leur dire de ne pas se focaliser s'ils ont entendu quelqu'un qui savait faire et que eux ils savent pas faire, que l'on soigne des gens différents. C'est pareil pour le choix de la poche il faut pas faire des \*\*\*\*\* parce que il connaisse quelqu'un qu'à celle là et qui lui va très bien. Le ventre d'une personne --) Mon ventre c'est pas le votre c'est pas celui du voisin. Vous avez votre poids, vous êtes ou trop gros ou trop maigre ou vous avez une cicatrice ou vous avez un pli et tout donc ce n'est pas parce que ça va à quelqu'un que ça ira à vous.

J'essaie d'expliquer qu'ils peuvent avoir des fuites, je vais pas leur cacher que cela peut fuir...enfin moi je préfère leur dire « vous risquer d'avoir des fuites, il vaut mieux que cela arrive au départ chez nous parce que vous voyez ce que c'est et on rattrape le coup, on nettoie et on \*\*\*\*\* ».

J'essaie d'expliquer qu'ils peuvent avoir des fuites, je vais pas leur cacher que cela peut fuir...enfin moi je préfère leur dire « vous risquer d'avoir des fuites, il vaut mieux que cela arrive au départ chez nous parce que vous voyez ce que c'est et on rattrape le coup, on nettoie et on \*\*\*\*\* ». Y a des gens chez qui ont va mettre une poche, elle va bien aller et on a pas un soucis. Je leur dis quand même « bon bah c'est dommage » en rigolant « c'est pas arriver » c'est pas grave si c'est arrivé chez vous cela peut arriver à nous. Y a des fois un coup de transpiration ou un coup d'humidité vous avez mal essuyer et tout, cela arrive à tout le monde même à un IDE pour pas qu'il soit décourager si une fois, pour peut que cela soit la première fois chez eux.

Est-ce que c'est bon est ce que vous voulez autres choses. Et par contre à la sortie je leur donne mes coordonnées quand les voit avant ils ont les coordonnées de l'association sinon je leur donne après s'ils la veulent. Je leur donne mes jours de \*\*\*\* surtout les 8/ 15 premiers jours et je leur explique bien que je suis la 2 jours par semaine que par le biais de la secrétaire de leur \*\*\* ils peuvent m'appeler, qu'un soucis partager devient de toute façon plus petit. Il n'y a pas de question bête, il n'y a pas de petits soucis.

Vaut mieux qu'il me passe un coup de fil et que je voie par téléphone si je peux faire quelque chose, répondre à leurs questions ou les faire revenir mais de ne pas le garder pour eux car après ça prend des proportions importantes autrement par la surveillante qui explique mes horaires en général à part si je suis en repas s'il téléphone entre 13h et 14h je suis toujours là, que du matin ou du soir, c'est rare, en journée ou en poste je suis là il faut vraiment qu'ils n'hésitent pas.

**SF/JD** : donc par rapport aux stomisés en fait vous leur proposer l'association est en fait on se demandait s'il y avait un suivi psychologique avec un psychologue ou si c'était vous qui remplissiez plus ce rôle.

**PA** : là, je sais pas ailleurs comment cela se passe. Non il n'y a pas de suivi avec un psychologue sauf si eux décident de faire une thérapie en extérieure ou ils sont déjà en thérapie pour une dépression, un autre problème ou autre mais non. Mais par contre c'est vrai que dans notre formation on aborde beaucoup beaucoup la psychologie, la relation d'aide, le travail de deuil, l'analyse transactionnelle, c'est vraiment important et cela rejoint du coup la troisième question.

### 3°- Pourriez-vous nous expliquer l'organisation du travail au sein du service, avec l'équipe et les labos ?

Je pense qu'il faut vraiment être à l'écoute des gens en compétence relationnelle. Je pense qu'il faut déjà avoir envie, à la base de le faire parce que ben comme les gens me disent « pourquoi vous avez choisi de travailler dans les selles ? » bon les gens me disent pas dans les selles mais disent la merde mais vous faites ça. Je dis 1°- déjà il en faut, hein ? Et 2°- je pense que quand on se retrouve de l'autre côté ça doit tellement être dur pour les gens qu'il faut que, bah c'est important. Alors je suis très relationnel, j'aime beaucoup déjà et je pense que ça ne s'apprend pas. J'aurais un peu envie de dire que ça s'apprend pas, c'est inné par contre ça se peaufine je pense avec l'âge, l'expérience mais je pense que les cours d'analyse transactionnelle de chose comme ça c'était dure, c'était pas trop agréable au départ mais je pense que ça permet d'être plus souple, je pense déjà qu'il faut pas avoir de jugement, que les gens aient envie ou pas envie. Il faut respecter, après on peut essayer de les faire changer d'avis mais tout en étant consciente et en respectant leurs arguments. J'ai des personnes que je n'ai pas réussies à éduquer enfin qui savait qui avait compris mais qui ne voulait pas, bon il y a un moment où s'est pas la peine de s'entêter, néanmoins j'étais arrivé à lui faire vider sa poche, c'était une poche vidable, on était arrivé à ça, c'était un petit compromis. Il voulait pas, au départ quand je rentrais il levait la chemise carement devant moi, devant sa figure il ne regardait pas du tout le soin donc doucement, il m'écoutait parce que je continuais à lui expliquer et tout et je lui dis : « mais quand même vous êtes très jeune et tout, il faudrait... je comprends bien je me suis pas butée à lui dire il faut alors du coup on va faire venir l'IDE 2 fois/jour par contre vous il faudra arriver à la vider parce que ça par contre vous l'aurez jamais 3 fois/jour vous pourrez pas et vous allez vous retrouver sale et tout. En acceptant, je pense qu'il ne fasse pas le soin, lui à accepter de vider, on se serait braqué et bein... Voilà... J'ai eu un patient l'autre jour que j'ai récupéré de quelqu'un, d'une autre stomathérapeute, le malade ça fait 20 ans qu'il n'a pas vu quelqu'un je crois, 17 ans, oui parce qu'en fait avec la stomathérapeute la première il s'est braqué. C'est dommage ! Et là, quand je suis monté le voir, quand j'ai appris qu'il avait une poche, au deuxième, il m'a dit « A mais vous m'obliger pas à faire comme ci ou comme ça », je lui ai dit « non », et il m'a dit « mais vous dites comment aux autres malades », « Et bien je dis pareil ». C'était juste une histoire de compresses, c'était un truc tout bête parce qu'il voulait faire sa toilette avec des compresses et qu'on lui avait dit non qu'au papier WC ou avec de l'essuie tout. C'était une histoire bête, ils se sont braqués l'un et l'autre. Du coup ce monsieur pendant 17 ans n'a vu personne. Donc c'était impeccable, il n'a pas eu de soucis, de problème, de rougeurs. Bon apparemment, il devait avoir un pharmacien car les poches étaient assez récentes. Alors est-ce que les labos lui avaient envoyé de la pub. Il avait du matériel approprié. Moi je lui en ai proposé d'autre, je lui ai dit qu'il y avait plein de nouveautés et il a voulu essayer. Du coup je lui ai donné des trucs pour les régimes... Mais je ne vais pas dire au gens de ne pas faire alors qu'ici je fais avec des compresses. J'explique avec quoi on peut le faire, je leur dit qu'il n'y a pas d'impératifs, la seule restriction est le coton hydro fibre parce que ça fait plein de fibres puis que difficile à enlever mais je leur dis vous enlever votre poche du haut vers le bas et vous nettoyer à l'eau du robinet. Je leur dit les fesses ne sont pas stériles, vous ne vous les nettoyez pas auparavant avec de l'eau stérile. Je leur dis si vous voulez enlever le plus gros au papier WC et au sopalin de bonne qualité, au mouchoir en papier, il n'y a pas de soucis. Mais si vous le faites avec des compresses, moi je vous en prescrit de tout façon, c'est

parfait avec ça. Mais après si vous avez envie de faire autrement et même une fois si vous le faites avec des compresses ou avec le papier WC si après vous voulez vous donner un coup de gants je vous dis c'est votre ventre, c'est comme vous fesses vous avez tout à fait le droit en tout. De leur laisser le choix et en plus ici on ne le fait pas avec du papier WC, je peux dire que je me vois mal dire aux gens il faut faire comme ça alors qu'ici on fait autrement. Enfin, ce n'est pas bien cohérent. Il faut rester un peu logique dans son discours. En milieu hospitalier j'aurais pas du sopalin, le papier Wc moi je trouve juste en post op immédiat des fois ils ont le ventre un peu, nous c'est du papier de bonne qualité mais pas du papier extra-doux comme on peut en avoir chez soi. Donc moi je ne vois pas... Et puis, moi je leur explique un petit peu les kleenex. C'est plus pratique, quand ils partent, d'avoir toujours une poche découpée et un paquet de kleenex dans la voiture, dans leur poche. C'est discret, ils ne vont pas partir avec des petits morceaux de papier WC découpés. Enfin c'est mon avis. Je sais qu'il y a des gens qui le font. Il n'y a pas de soucis mais moi je laisse le choix. Et du coup, le monsieur il va même revenir me voir. Non mais des fois c'est pas grand-chose donc je pense qu'il faut vraiment être à l'écoute du malades et respecter je veux dire. Bien souvent, je commence à ré expliquer lors du premier entretiens que je fais au gens l'intervention, comment ils vont être en post op., que c'est pas rigolos, qu'ils ont mal, que si, C'est une intervention quand même suivant si c'est une stomie de décharges ils n'ont pas trop de choses mais si c'est pour une occlusion ils ont d'autres orifices. Si c'est pour une amputation périnéale ils se retrouvent avec un gros pansement au niveau du périnée qui est long, qui coule, et qui est douloureux. Je leur dis que cela ne sera pas rigolos, on soignera la douleur je ne vais pas parler que de la poche et j'essaie de ne pas mentir au gens. Je veux dire parfois ils me disent « mais j'aurais mal » « Oui, on mettra les calmants mais ça risque d'être un peu douloureux ».

Je voulais dire autre chose sur le relationnel, et je l'ai perdu en route. Ah oui, du coup j'ai eu un malades qui a voulu commencer par la fin, qui a voulu me parler des irrigations. Quand c'est définitif, au lieu de porter une poche ils peuvent se faire des irrigations tous les 3 jours et après ils mettent des bouchons obturateurs au niveau de la stomie ou des tout petit pansement. Il s'est mis bille en tête ce monsieur en sachant que c'est définitif et l'irrigation... On a tout fait à l'envers, on a parler d'abord de l'irrigation et après je lui ai dis vous ne l'aurais pas tout de suite en sortant de l'hôpital. En premier vous aurez des poches « ah, elles vont être comment les poches » donc déjà je lui ai déjà montrer les poches. « Oui mais après en retour c'est pas ça »vous allez encore avoir ça. Mais en fait il était tellement focalise sur l'irrigation, l'irrigation ! Que si j'avais commencé de manière traditionnelle il aurait rien entendu donc on a fait dans le désordre. Je leur explique bien aussi quand post opératoire ils ont une poche qui est une poche de drainage qui sert a tout : elle sert aux lames, au sherley donc elle n'a pas de filtre, elle est plus bruyante. Je leur explique bien que ce n'est pas une poche de stomie. Donc qu'il ne s'inquiète pas si au départ il trouve que sa sente mauvais parce que c'est la 1<sup>ère</sup> impression qu'ils ont de la poche et je leur dis bien que c'est pas du tout une poche définitive et que c'est pas une poche de stomie et ça leur redire je pense c'est vraiment très important parce que c'est le 1<sup>er</sup> contact avec une poche. Eux on leur a dit poche et poche de drainage ou de stomie pour eux, ils font pas la différence. Donc je dirais qu'il faut être patiente dans les compétences relationnelle, il faut dire, redire, répéter, voir écrire, y a des gens qui demande, j'en ai un qui\*\*\*\*\*parce qu'il avait besoin que je lui écrive tout, ça le rassurait. Donc pas de jugement, \*\*\*partielle.

Voilà je sais pas vous avez d'autre questions.

Bien maîtriser les processus de deuil, reconnaître un peu les phases parce que c'est pas la peine de s'entêter s'ils sont dans le déni ou dans la colère, ce n'est pas s'entêter enfin à ce moment la, il faut jamais laissé tombé, mais si c'est le jour je veux dire bon bah c'est pas de pot c'est mon jour de consultation, c'est mon jour ou je suis la, c'est le jour ou ils craquent et tout bon il faut respecter. Bon bah ce jour la bah tant pis je fais rien on n'y arrivera pas bah on fera le lendemain on fera le jour d'après. Il faut respecter les pleurs, il faut savoir leur dire aussi qu'ils ont le droit de craquer pas pour moi. Homme ou femme parce que les hommes souvent, un homme ça pleur pas. C'est bête mais ils sont comme tout le monde, que ce soit le ventre d'un homme ou le ventre d'une femme l'annonce : ça peut être de la colère, des cris. Alors je veux bien prendre, je leur dis des fois, vous avez droit d'être en colère de dire que je vous énerve, que si que ça. On le fait une fois ou deux et la après stop on descend au fond du trou mais après on remonte. Je dis mais par contre je dis vous craquerez tous je les avertis. Cela peut être chez nous, cela peut être avant quand c'est programmé chez vous ce soir demain, suivant, chez nous cela peut être en

sortant ça peut être dans longtemps, je dis il y aura peut être un jour un détail style quelqu'un chez qui cela va très bien se passer, elle va être de mariage et c'est un femme, je dis n'importe quoi et le petit tailleur qu'elle voudra mettre il va le trouver trop moultant, trop ci, ça va pas. Il y a toujours un petit quelque chose qui risque un jour mais que c'est normal. Par contre il ne faut pas non plus se laisser envahir, ça ce n'est pas évident. C'est pas évident et l'autre fois je suis tomber sur un Mr qui m'écoutait sans m'écouter, qui était agressif et au bout d'un moment j'ai dis stop maintenant on arrête je lui ais dis je veux bien voire, c'est pas rigolos, je suis bien d'accord, j'ai jamais dis que c'était marant j'ai jamais dis que cela allait être rose mais j'ai dis que j'allais tout faire pour que cela se passe au mieux. Je lui dit alors que vous soyez en colère c'est un fait mais la j'y suis pour rien je lui dis y a des choses sur lesquelles maintenant faut qu'on travail ensemble pour pouvoir avancer. Je lui ais dis » maintenant moi je vous ais tout dis et maintenant je m'en vais ». Quand vous aurez besoin on verra mais je, y a des moments faut savoir clarifier, gentiment je dis stop. Le lendemain il m'attendait quand j'ai ouvert la porte il m'a dit « mais vous venez déjà » et je l'ai vu embêter. D'habitude je venais plus tard et il me dit » bah je voulais vous faire la surprise, je voulais la changer ». je dis bah vous m'avez pas vu, je suis repartie, je reviendrai tout a l'heure. Bon il a bataillé c'était pas comme il faut et tout mais c'est l'intention mais le fait d'avoir été faire je lui dis stop je veux bien qu'on crie une fois ou deux qu'on dise, il faut rester quand même...il y a des choses que je peux pas prendre sur moi. Je lui dis attendez je peux pas non plus m'asseoir a coté de vous et me lamenter on va pas s'en sortir. Je veux dire il y a des moments par contre quand les gens pleurent et craquent, il y a des moments ou j'ai bien que il faut pas, on nous parle toujours de l'empathie, être a cote machin... oui bah c'est pas évident. Il y a des moments, je dis bien que je ne vais pas prendre toute la misère du monde et des malades sur mon dos, ça je suis bien consciente que non. Mais il y a des gens avec qui on a plus d'atome crochu, que je connaîtrais pas plus ou qui sont plus proche de mon age ou qui sont beaucoup plus gentils. Eh ben quand on les vois craquer moi je suis désolé mais il y a des moments, moi je suis pas de réalité de bois je veux dire c'est pas. Quand il faut pas chacun fait pas comme il peut avec son cœur, ses sentiments, son passé enfin son vécu. Donc et je dirais qu'ici et pas que pour les stomies mais quand il y a des décès, quand il y a eu digestif évidemment il y a beaucoup de cancers et tout et ben l'équipe a pas honte de pleurer et l'autre fois il y a un chirurgien qui nous a dis mais vous pleurez ? Et il a dis bah c'est bien. Et on lui a dit nous on a des moments ça fait peut être soupape de sécurité puis bon c'est humain, je veux dire il y a des gens si on les a depuis longtemps et tout et qu'on a éprouvé quelque chose même si on les a eu que 8 jours et bah et puis on a des gens qui restent très longtemps chez nous bah oui on est content de voir les gens guérir, on est content de leur faire la bise, qu'il s'en aille et tout mais triste quand ça se passe mal. Et tout les gens m'appelle par mon prénom par contre les autres filles le disent bien. Les gens que je vois donc personnellement comme stomathérapeute déjà je me présente Pascale Aubonnet et je leur dis si vous me rappelez vous demandé pascale, ou Me poche enfin c'est comme ça que l'on m'appelle. L'autre jour il y a un patient qui m'a appelé Me Boyau au téléphone au standards il ne savait pas qui il fallait passer « mais si vous savez je veux pascale » « mais quelle pascale » « mais vous savez la Me Boyau » et au standard ils étaient mort de rire. Donc c'est pour ça que je leur dis passez par les secrétaires car à la limite au standard si jamais la personne ne me connaît pas , les secrétaires par contre voient tout de suite qui je suis. Mais elles trouvent ça rigolos quand même. Mais je leur dis de m'appeler pascale quand même. Et c'est vrai pratiquement tous le jour au départ il me font la bise ils reviennent me voir très régulièrement.

#### [4°- Pourriez-vous nous expliquer l'organisation de votre travail au sein du service, \(avec l'équipe soignante et les laboratoire\)](#)

Je prends en charge l'éducation et systématiquement si je suis là le changement de la poche. Bon par contre, mes collègues savent changer les poches, plus ou moins bien suivant les fois, les nouvelles, les intérimaires. Mais donc du coup, on essaie de faire régulièrement des minis formations. D'ailleurs, j'en ai fais une il y a un mois aux filles du deuxième pour ré expliquer les différences entre les poches, pour pas qu'on mette une poche de colostomie à une urostomie et une poche de drainage, des choses comme ça, ou qu'on les mette à l'envers parce que régulièrement on les vit qui remonte un petit peu, on rigole un peu. Je pense qu'il ne faut pas non plus agresser les autres et que sur le ton de la plaisanterie cela marquera mieux plutôt que d'aller dire « *tu as mis la poche n'importe comment !* ». Je pense que par

le dialogue, un petit peu d'humour, on peut arriver à faire passer quelque chose. Mais si c'est la même qui me fais ça plusieurs fois, je vais aller lui dire stop. Mais cela se passe plutôt bien.

On a une deuxième fille qui a fais aussi la formation courte là maintenant, donc c'est vrai que depuis quelques temps j'essaie de lui faire rencontrer les laboratoires quand ils viennent, mais elle est à mi-temps.

Sinon après les laboratoires, je les reçois uniquement les jours de qui parce que les jours où je suis dans l'équipe, je pense que mes collègues n'ont pas à répondre aux sonnettes, me remplacer pour recevoir le laboratoire alors que j'ai deux jours fixes. Donc les laboratoires ne sont au courant que c'est ces jours là et qu'autrement ce n'est pas la peine qu'ils viennent, je ne les reçois pas. Pareil, pour les revendeurs. Parce que maintenant il y a des gens qui livrent à domicile. Il n'y a que pour le malade que je fais une exception : le malade peut venir n'importe quand. Les filles le comprennent tout à fais bien, si c'est une urgence, si c'est un soucis, il n'y a aucun problème.

C'est moi qui gère les commandes de pharmacie, de tout le matériel. Le choix de la poche, c'est le patient avec moi et on a la chance d'avoir quatre laboratoires donc je leur montre, je conseille, bon c'est vrai ils me demande toujours la meilleure poche. J'ai beau leur expliquer 15 fois qu'il n'y en a pas une mais ils me disent *« mais vous savez bien qu'es-ce que les gens prennent le plus »*. Alors suivant les plis...j'explique que moi j'aime mieux celle-ci pour tel avantage mais que les malades aiment mieux celle-ci pour tel autre, que suivant si c'est moi qui le fait, celle-ci va bien sinon quand c'est les malades qui le font eux même , il yen a une qui a un gros filtre qui est en plein milieu et si il le font face à une glace, c'est les malades qui m'ont fais ce retour, cela gêne quand eux le font car ils se retrouve avec le filtre qui gêne pour viser. Alors que quand moi je le pose, il n'est pas au même endroit donc moi je n'ai pas le soucis et ça je leur dis *« regardez celle-là je l'aimais bien mais on dis que... »*. Je dis bien les avantages et les inconvénients de toutes. Je n'ai pas d'action dans les laboratoires ! Je leur dis bien *« Moi on me dis que celle-là est bien pour ça, celle-là elle n'est pas bien... »*. Je trouve un petit plus et un petit moins à toutes parce qu'il faut être objectif. Je leur laisse, dans leur chambre, ils regardent un peu, ils ont toujours deux, trois modèles qui leur *« plaisent »*. Je leur laisse toucher, manipuler sans moi. Je leur laisse dans la chambre et je m'en vais pour qu'ils puissent en faire ce qu'ils veulent avec : les tordre, les toucher, voir eux-mêmes.

Je gère par contre aussi les ordonnances avec l'équipe de secrétaire parce qu'il faut penser à la sortie. Donc les chirurgiens me laisse libre choisis de mettre ce que je veux et c'est moi qui fais l'ordonnance. Je ne la signe pas car on n'a pas le droit, c'est signé par le chirurgien. Donc en fait moi je fais mon ordonnance, je la descends à la secrétaire qui la tape et elle est validée par le chirurgien mais j'ai autonomie pour marquer ce que je veux

**ST/JD** : Justement tout à l'heure vous parliez de prescription de compresses et on attendait e moment pour savoir justement (Par rapport à l'ordonnance)

**PA** : les compresses, on les prescrit stériles et ce n'est pas pour une question de santé, c'est une question de remboursement. Elles sont remboursées si elles sont stériles sinon elles ne sont pas remboursées. Maintenant ça y est, on est en train de changer, il y a une marque qui est remboursée et qui est non stériles mais c'est pour cela qu'on fais très attention. Donc en fait on marque celle remboursée par la sécurité sociale, on n'a pas besoin qu'elle soit stérile mais on les marque pou être sur que les gens, suivant les pharmacien, ne se fassent pas avoir et qu'il n'y ait pas de dépassement. Et donc les secrétaire me font cela très gentiment car, nous, les ordonnances sont tapées à la machine pour que ce soit plus lisibles. Donc c'est vrai

que c'est sympa.

Ca vous va pour l'organisation ou pas ? (SF/JD : cela devrait être bon)

On avait essayé de mettre en place 1 feuille pour savoir ou j'en étais dans la relation d'aide et en fais on ne fait pas. On avait mis *« regarde sa stomie : oui / non*

*« Décolle sa poche : oui/non*

*« Découpe sa poche : oui/non*

*« Recolle sa poche .....mais en fait j'étais pratiquement la seule à la remplir et tout. Donc en fait c'était pour elles, moi je sais, j'ai mes petites feuilles, j'écris ce que je fais ou j'en suis et c'était pour les autres .Mais c'est vrai que c'était pas pratique et faut qu'on*

retrouve ; on a un diagramme de soins faut qu'on retrouve une autre formule que cette feuille supplémentaire. Donc en fait c'est surtout de l'oral et de l'écrit en disant elle fait ci elle fait ça nous on a du mal à l'incorporer dans notre diagramme de soins. Voilà...

#### 5°- Pourriez-vous nous indiqué les avantages salariales ou autres qui découlent de votre compétence, s'il y en a ?

Pas tellement. C'est surtout moi, j'ai négocié mes 2 jours de temps détaché ou je fais ce que je veux, comme je veux, je suis libre de mon temps. Et j'ai négocié 1 week-end de moins par mois donc en fait pour moi c'est un avantage.

Et autre c'est la reconnaissance, c'est le fait qu'on me fasse confiance, je veux dire et dans le choix du.... Enfin dans l'éducation on me laisse libre avec le malade de faire comme je veux, comme je l'entends, et dans le choix de l'ordonnance et en stomathérapie je m'occupe des pansements aussi. Je veux dire je fais de la prescription de pansement.

Encore l'autre fois le chirurgien m'a appelé en me disant « j'ai une plaie qui n'est pas belle au niveau d'un genou, je vous l'envoie et tu vois ce que tu veux mettre. Tu dis à la secrétaire de te faire l'ordonnance et tu le re-convoquer quand tu veux. » Cette liberté d'action c'est génial par contre ça s'acquiert pas du jour au lendemain. Je pense qu'il faut d'abord établir une part de confiance avec le chirurgien. Je veux dire je ne me prends du tout pour un docteur ou un médecin. Je n'ai pas du tout les même connaissance, je veux dire il faut savoir dire : je ne sais pas, je veux pas du tout.... Mais quand on sais dire « c'est pas moi, je ne peux pas, je peux rien faire j'y connais rien, venez voir » Quand je les appelle et que je leur dis de voir un pansement, ils viennent sans problème. Ils savent que ça me pose problème, que je ne veux pas faire n'importe quoi. Mais c'est quand même valorisant. Je veux dire quand il parte, là j'ai un chirurgien qui partait en vacance il y avait une dame qui posait problème il a dit Pascale surveillera. D'un autre coté c'est aussi de la responsabilité c'est pour ça que j'ai fais l'année dernière le DU »plaie et cicatrisation pour valider un peu des connaissances que j'avais en cicatrisation que j'avais en ou mais pour ne pas faire n'importe quoi quand je prescris un pansement pour être quand même sur que je ne me plante pas pour le malade et pour ma responsabilité « juridique : ça c'est vrai oui et non parce que l'ordonnance est faite au nom du médecin mais ma responsabilité morale. Moi je ne peux pas j'ai une conscience professionnelle. Moi par rapport au malade lui faire perdre du temps ou risquer de lui faire du mal ça je peux pas. Ce n'est pas possible. Et c'est vrai la reconnaissance professionnelle et du malade. La reconnaissance des malades , des avantages, je veux dire par rapport à des malades qui sont contents et qui viennent vous voir avec un grand sourire en disant « Si vous saviez comme vous nous avez aidé », je crois que c'est une des plus belles récompenses. Je ne dis pas que le salaire ce n'est pas important mais on l'a à la base mais cette reconnaissance là, je crois qu'elle vaut chère. Elle vaut très chère.

**SF/JD** : Quand on a des patients qui nous renvoie tout le bien qu'on peut leur apporter...

**PA** : Oui, quand ils nous disent « Si je ne vous avais pas eu, je ne sais pas comment j'aurais fais. Vous ne m'avez jamais laissé tomber. Vous êtes là et tout ».

**SF/JD** : Donc, une fois que vous avez fait cette formation vous ne pouvez pas faire de formation en plus.

**PA** : Si, il y a des mises à jour, enfin des mises à niveau une fois par an. Donc j'en ai fais deux, je crois. J'en ai fais une à Bordeaux l'année d'après et une à Lyon. Et comme après j'ai fais le DU et que le DU c'est énormément de travail donc je n'ai rien fais à part le DU. C'est très très enrichissant mais c'est très très dure. Parce que c'est ouvert à tout le monde et on s'est retrouvé sur 60, 12 infirmières, le reste c'était des médecins. Donc le niveau était un petit haut. Je veux dire que je ne me prends pas pour un médecin, les cours d'anatomie on n'a pas les même. Il faut être lucide, nous on n'a pas la même manipulation des recherches, d'Internet et tout. Enfin il fallait en référence bibliographique minimum 15 et pas en anglais. Et ils nous ont donné des tonnes de documents à lire mais eux ils pensent, synthétisent beaucoup plus vite. Moi j'ai tant lu. Mais par contre c'est très très intéressant. Si une année vous avez l'occasion d'en faire un, pas forcément plaie et cicatrisation mais c'est vrai qu'il faut toujours viser plus haut. Ils ne peuvent pas le faire le cours le plus bas mais y en a qui se mettait mieux à la portée de tout le monde alors qu'il y en a qui était d'entrée très très haut. Mais c'était bien avec beaucoup de recul.

Et je fais partie d'un groupe. Je vais à l'association pour continuer à avoir contact avec des gens qui sont sortis, qui sont plus malades. STOMISES=NE SONT PLUS MALADE. Il y a des gens quand ça fait 30 ans que vous avez été opéré....bon ça va bien. Donc j'essaie d'aller à l'association assez régulièrement il y a une année j'y suis aller 8 fois sur 11 c'est tout les 2<sup>e</sup> vendredi du mois mais cette année entre le DU et ils ont changé la date de mon roulement, du coup j'ai pu y aller qu'une fois et une fois à l'assemblée générale. Donc je continue à participer à des congrès. J'ai fais le congrès de plaie et cicatrisation internationale l'année dernière et par un laboratoire je fais parti de Stomanet, c'est un projet sur internet.

**SF/JD** : On a vu mais apparemment nous on ne peut pas non plus accéder à celui qui est professionnel.

**PA** : Voilà !il faut le code et vous avez pas encore le code. Mais autrement c'est assez riche. Il y a 3 parties :

-partie grand public à la quel vous avez pu accéder

- partie professionnelle IDE en général

-partie stomatherapeute pour les congrès, ça permet de lier aux stomatherapeute.

Mais par contre ça demande beaucoup de travail, de créer un site.

Moi je ne m'imaginai pas que .... Mais pour le nourrir pour qu'il soit vivant et qu'il change, que les témoignages que les trucs et astuces....bah ça demande du travail !!!

**SF/JD** : Oui et il y a les mises à jour....

**PA** : Bah oui si on le fait 1 fois et qu'il reste....on va aller le voir 1 fois ou 2 mais au bout de 6 mois il n'intéressera plus personne.

**SF/JD** : Est-ce que vous pourriez nous donner une fourchette, c'est vrai que c'est un peu indiscret, par rapport au salaire.

**PA** : C'est le même salaire que les IDE, ça ne change pas du tout ici. Mais bon, moi je fais un week-end de moins.

**SF/JD** : On s'en doutait vu que c'était plus une compétence qu'une spécificité. Donc on pensait que les avantages seraient plus au niveau du week-end, des horaires....

**PA** : C'est tout à fait ça. C'est vrai que 8h /16h c'est agréable. C'est moi qui est choisi mes horaires parce que je voulais venir un peu plutôt pour m'organiser, savoir s'il y avait de gros pansement dans le service et en général les labo je leur dis plutôt en fin de matinée, comme les gens qui viennent en externe, à la moins qu'il y ait une urgence et ils viennent quand ils veulent. De 8h /15h30. Après 15h30 je prends personne parce que si je veux lui consacrer un minimum de temps je vais pas le faire venir à mois quart. Et les labos viennent plus en fin de matinée les externes pareils en fin de matinée début d'après midi. C'est pour ça que j'ai choisi cet horaire là et pour être disponible pour en avoir matin et soir sur les consultations des chirurgiens pour pouvoir les avoir sous la main quand même, si j'ai besoin d'un conseil où qu'ils jettent un œil. C'est pour ça avec 2 jours par semaine comme il change et tout il y e a toujours 1 ou 2 qui consulte donc c'est pratique. J'ai aussi demandé aussi d'aller au bloc, pour voir pas servir mais regarder pour mieux comprendre. On le fait pendant la formation mais je voulais revoir chez nous avec nos chirurgiens pour voir exactement comment ils faisaient. On comprend mieux et on peut mieux expliquer aux gens pourquoi ils ont mal à tel endroit alors qu'en fait il y a rien. On peut leur expliquer qu'il y avait des écarteurs que si que ça sans être trop dans les détails pour pas qu'ils paniquent et qui disent « oh là là mais qu'est ce qu'on m'a fait » je trouve qu'avoir un aperçu plus global....

**SF/JD** : Oui puis après on est impliqué différemment quand on a assisté

**PA** : Et c'est pareil avec l'équipe, l'organisation avec l'équipe du bloc. On a fait le choix des poches de drainage un peu ensemble pour qu'il mette tel ou tel matériel. On n'arrive pas encore à mettre directement une poche de stomie au bloc pas systématiquement. Y en a qui des plus anciens je pense le font mais en urinaire c'est non car le chirurgien veut du stérile au bloc parce qu'il y a pas encore terminé son intervention. Il veut du stérile, il veut du stérile point. En digestif ils sont moins pénible parce que de toute façon c'est sale le digestif. Mais suivant les équipes des fois ils vont me mettre une poche de drainage et des fois ils vont me mettre directement une poche de stomie vidable et tout. Peut être qu'un jour on arrivera à le faire systématiquement. Mais on essaie de faire des protocoles en commun ou d'en parler du moins. Déjà sur le choix des poches on a changé une marque parce que ça ne leur allait pas. Donc on a trouvé quelque chose qui allait au service et qui allait au bloc, donc j'ai fait le lien. Et j'ai fais le lien aussi avec le pharmacien. Et il y a le lien avec les pharmaciens extérieur, enfin les officines, et les revendeurs parce qu'il y a beaucoup de malades qui partent avec des revendeurs. C'est-à-dire un système de livraison à domicile gratuit du matériel. Alors, je n'ai pas non plus d'action avec eux, je leur explique

que c'est gratuit mais ce n'est pas philanthropique, ils sont payés par les laboratoires. Et par contre, par rapport aux pharmaciens, ils ne prennent pas de dépassement d'honoraire. Et j'ai eu beaucoup de malades qui se sont plaint du dépassement d'honoraire. Alors un : on vous annonce ou non une maladie parce que ce n'est pas forcément lié à un cancer une poche. Donc on va partir du plus facile : pas de maladie et une stomie et en plus il faut payer de sa poche. Pauvre malade, en peu de temps cela lui fait beaucoup quand même, alors pour peu que ce soit greffé sur une annonce de cancer, il se retrouve en arrêt de travail pour une longue durée, mine de rien sur du long terme cela peut faire des sommes importantes donc je n'oblige personne mais j'avertis. Par contre, j'avertis qu'il y a des pharmaciens qui sont adorables et qui font tout leur possible pour les gens : un, qui ne font pas de dépassement et deux qui les ont rapidement. J'ai un malade qui a attendu 5 jours ses poches. Alors moi, j'en donne bien des poches quand ils partent en échantillon, mais en général une pharmacie en 24 heures elle peut les avoir, en 48, 72 heures mais alors 5 jours... Donc il est revenu me voir parce qu'il allait vraiment être dans le caca. Bon j'étais là, mes collègues donnent aussi mais on ne peut pas non plus subvenir aux besoins de tout le monde. Puis il y a le côté discrétion. Il y a des gens qui n'ont pas envie que cela se sache, pareil ce n'est pas à juger, il y a des pharmaciens qui sont plus ou moins discrètes. Je veux dire même nous quand on va dans une pharmacie souvent en tendant l'oreille on arrive à savoir de quoi la personne souffre, en entendant le pharmacien répondre machin et compagnie. Donc je dis qu'il y a un nouveau système et que s'ils veulent ils peuvent en profiter. S'ils sont un peu intéressés, je leur laisse une brochure et s'ils sont vraiment catégoriques, je leur dis, ils le savent et si un jour ils ont un souci ils reviennent ou il me rappelle parce que je ne leur laisse pas systématiquement, s'ils sont braqués, s'ils sont pharmaciens-pharmaciens, ils vont le jeter. Ils ne vont pas le garder. Mais il faut qu'il le sache comme le fait qu'il y ait d'autres modèles de poche même s'ils ont voulu en voir qu'une. Vous savez je dis « Je vous en laisse en échantillon quelques unes. Quand ce sera vraiment fini, vous saurez bien faire, si vous avez envie de réessayer vous revenez me voir. Et s'ils veulent vraiment un revendeur, il y a des fois c'est moi qui les appelle parce qu'il y a des fois cela les rassure de les avoir directement. Ils partent avec leur poche et ils savent qu'ils ne vont pas en manquer ; parce que le manque c'est une angoisse qui est vraiment beaucoup ressentie et par mes collègues et par moi. C'est vrai cela doit faire peur. Et en maison de convalescence par contre, c'est là où j'insisterai un petit peu plus quand ils partent, s'ils veulent vraiment un modèle précis, en maison de convalescence souvent elles n'ont qu'une marque, c'est pas forcément la même d'un établissement à l'autre, après ils commencent juste à savoir faire avec un modèle, un découpe si on leur rechange cela les perturbe. Donc je leur dis « Si vous voulez vraiment telle marque il vaut mieux que vous arriviez avec votre matériel et que vous le preniez par un revendeur ». C'est le seul cas où j'insiste un petit peu plus. S'ils ne veulent vraiment pas, je leur dis « Si l'autre poche vous va vraiment très bien, on n'a peut-être pas les mêmes ou on n'a peut-être pas essayé celles qu'ils auront là-bas ». Moi je n'ai pas d'action. Pourvu qu'il n'y ait pas d'allergie. Mais c'est vrai que j'ai eu un monsieur, on avait eu du mal, on avait trouvé une poche, cela allait à peu près. Il est allé dans une maison, et ils lui ont mis une autre poche, cela ne lui a pas plu et il n'a pas fait de soin pendant un mois. Puis il est revenu pour faire une fois avec moi. Parce que celle-là, elle ne lui plaisait pas il s'est braqué aussi. C'est pareil. Ou elle était peut-être un petit peu plus compliquée pour lui, des fois ce n'est pas grand-chose.

**SF/JD** : C'est vrai que dans ces instants là il leur facilite les choses au maximum.

**PA** : Mais bon, c'est vrai que s'ils n'ont pas le marché, ils ne l'ont pas. Ce n'est pas non plus la faute des soignants. Bon les labos sont sympas quand même, si on les appelle ils fournissent des échantillons.

DELOLME Lucie  
DI-LUOFFO Sonia  
DUMAS Audrey  
DUPUY Claire  
FERREOL Marion  
FRERY Emilie

## Guide d'Entretien.

- ✚ Quelles ont été vos motivations pour exercer en milieu libéral ?
  
- ✚ Comment avez-vous vécu la transition entre le milieu hospitalier et le milieu libéral?
  
- ✚ Quelles sont selon vous les compétences requises pour exercer en milieu libéral et d'après vous, quelles en sont les limites ?
  
- ✚ D'après votre expérience, quels sont les contraintes et les avantages que vous rencontrez dans votre métier ?
  
- ✚ Comment collaborez-vous avec les autres professionnels de santé (médecin, collègues, kiné...) ?
  
- ✚ De quelles manières participe le patient pendant le soin ?
  
- ✚ Pouvez-vous nous apporter des précisions sur vos quotas à respecter et sur votre territoire géographique ?

## **Entretien avec Mme ROCHE Patricia, infirmière libérale**

### 1°- Quelles ont été vos motivations pour exercer en milieu libéral ?

Mes motivations pour le milieu libéral sont le fait de voir le patient chez lui, dans son contexte, dans son cadre; de ne pas le côtoyer en milieu hospitalier donc c'est vrai que les attitudes, les réactions sont différentes du patient, de la famille mais aussi de l'infirmière; de ne pas être en blouse blanche, je pense que c'est important par rapport au milieu hospitalier. Se déplacer en milieu rural et urbain était aussi une de mes motivations. Le fait de ne pas être en équipe peut être bien aussi pour ne pas avoir à supporter le milieu hiérarchique et puis l'équipe.

### 2°- Comment avez-vous vécu la transition entre le milieu hospitalier et le milieu libéral?

Assez bien. C'était au début une question de vie familiale. C'est vrai qu'on a un manque par rapport au dossier, on ne sait pas par rapport à la pathologie du patient donc on ne sait pas beaucoup de choses. Si on veut vraiment savoir, on téléphone dans les services mais c'est vrai que quand on arrive il est 19h on ne peut pas prendre en charge un patient, on ne peut pas avoir de support, de dossier à part par exemple une prescription de Lovenox mais c'est tout et c'est vrai que ça c'est un petit peu difficile mais sinon j'ai bien vécu la transition.

### 3°- Quelles sont selon vous les compétences requises pour exercer en milieu libéral et d'après vous, quelles en sont les limites ?

Les compétences, comme toutes celles des infirmières je pense, il faut beaucoup de patience parce que quand on est à l'hôpital on peut peut-être plus imposer sa volonté entre guillemets de dire aux gens vous sortez pendant les soins tandis que quand on est chez les gens c'est pas toujours évident, les gens comprennent bien mais ce n'est pas toujours évident. Donc beaucoup de patience, de disponibilité parce que c'est vrai qu'on est quand même à la disposition du client car ce ne sont plus seulement des patients mais des clients aussi. Il faut aussi de l'énergie, ça fait partie des compétences requises pour l'infirmière mais c'est vrai que nous on commence très très tôt, parfois 5h30 le matin parce qu'avec les kilomètres, les distances donc voilà et puis tard le soir aussi puisqu'il faut repartir à partir de 16h pour les tournées du soir donc c'est vrai que pour des injections on repasse après, quand elles sont espacées, vers 19h30 – 20h. Donc quand on fait une journée, c'est vrai que même si on a un petit moment une pause l'après midi il faut quand même se lever tôt le matin et se coucher tard le soir. On a beaucoup de contraintes de papier, de paperasse donc c'est vrai que quand on a des moments de disponible, en plus de la vie familiale on doit s'occuper des papiers.

Les limites, je pense que c'est la santé de l'infirmière et puis les limites c'est par rapport à la vie familiale, il faut essayer d'arriver à se cadrer et de conserver des jours de repos, de s'imposer une vie familiale car sinon on se laisse "bouffer" donc il faut s'avoir s'arrêter. Donc les limites, je pense que c'est une histoire de santé et de vie familiale.

### 4°- D'après votre expérience, quels sont les contraintes et les avantages que vous rencontrez dans votre métier ?

Les contraintes, c'est toujours le client en fait puisque bon c'est une question d'horaire par rapport par exemple aux injections d'insuline, il faut respecter les horaires. Les contraintes, c'est aussi par rapport au lieu d'habitation, de résidence des clients donc si on va sur Montbrison on essaye de cumuler plusieurs actes pour ne pas être obligé de revenir, de perdre du temps sur les routes. Les contraintes ce sont aussi les intempéries comme la neige. C'est vrai qu'on est obligé de se plier à tout ça.

Pour les avantages, on est quand même patron entre guillemets c'est-à-dire que si on veut prendre le temps de boire un café, on en prendra un chez un client. Tout en ayant des contraintes horaires, on a quand même certains avantages.

Au niveau des contraintes, on a aussi les contraintes des papiers, des formulaires même si maintenant on est informatisé. Il faut courir pour les DSI, rappeler les médecins, passer chez le pharmacien parce qu'il manque un paquet de couches et que le papi ou la mamie ne peut pas aller le chercher parce qu'il est tout seul et qu'il n'a pas de voiture. Ils nous attendent un peu comme le messie donc c'est vrai que pour eux on est très très important mais ça il faut le gérer aussi. Moi, j'ai même vu des gens qui me demandaient de les

aider pour des déclarations d'impôts parce qu'ils avaient vraiment personne, des enfants loin. Il ne faut pas qu'on se laisse déborder par notre gentillesse et notre patience. Il n'y a pas qu'un rôle de soins techniques mais il y a beaucoup de relationnel qui est très important.

Au niveau des avantages, comme on est très important pour ces gens là, on a beaucoup de choses en retour. Ils nous attendent, parfois si on a un petit peu de retard, ils sont inquiets, ils téléphonent, c'est des petits cafés, des petits gâteaux. Il y a beaucoup de lien qui se créent avec les gens chez qui on va plusieurs fois par jour depuis des années, ce sont des patients chroniques donc il se crée des liens privilégiés, ils nous demandent des nouvelles de nos enfants qu'ils ont vu grandir, de notre maison, etc. donc on arrive à bien se connaître le relationnel est super important.

#### 5°- Comment collaborez-vous avec les autres professionnels de santé (médecin, collègues, kiné...) ?

Dans notre travail, il n'y a pas beaucoup de collaboration justement, on est très isolé les uns par rapport aux autres. On s'entend bien entre collègue mais c'est vrai qu'on est souvent dans notre petit coin donc c'est pour ça qu'on est intéressé quand on a des stagiaires car c'est une bonne remise à niveau, elles nous posent des questions, nous embêtent parfois mais c'est bien. Car sinon on est bien isolé dans notre petite routine. On croise parfois les kinés chez des clients mais on n'a pas tellement de lien. Avec les médecins, quand on a besoin de quelque chose ou d'un renseignement, ils nous reçoivent toujours bien mais bon c'est plutôt des coups de fils rapides par le biais du téléphone sinon il n'y a pas de courrier.

#### 6°- De quelles manières participe le patient pendant le soin ?

Ça dépend du patient, des capacités de se mouvoir du patient. Si il peut participer on lui demande de nous aider à faire le transfert du lit à la chaise pot. On essaye de leur laisser un maximum d'autonomie pour qu'il n'en perde pas. Ils peuvent aussi nous aider verbalement en nous disant qu'ils ont mal de ce côté où qu'ils ne faut pas les attraper par ce bras... En général, ce sont des gens qui sont très demandeurs et qui ne peuvent pas faire beaucoup de choses mais on leur laisse faire tout ce qu'ils peuvent

#### 7°- Pouvez-vous nous apporter des précisions sur vos quotas à respecter et sur votre territoire géographique ?

Le territoire géographique est délimité par rapport aux infirmiers installés à côté parce qu'on compte 2 € d'indemnité forfaitaire de déplacement à partir du moment où on sort de notre cabinet donc par exemple sur Montbrison, si on va sur Champdieu, on ne compte pas de kilomètres supplémentaires puisque des infirmiers y sont déjà installés. Par exemple, quand on va en montagne, on compte les 2 € et des kilomètres supplémentaires pour nous indemniser. Quand des infirmières sont déjà installées on ne compte pas ce qui fait que l'on ne va pas par exemple à Saint Romain le Puy qui n'est pourtant pas très loin mais ce n'est pas intéressant pour nous, ce n'est pas rentable puisqu'il ne faut pas oublier cette notion de rentabilité.

Pour les quotas qui nous ont été imposés, ils ont été modifiés, on aurait 18 à 20000 actes annuels qui seraient tolérés et on devrait payer une amende à la Sécurité Sociale ou à l'Urssaf au-dessus de 22000 actes mais je ne sais plus trop car ça change un peu

Je voulais rajouter par rapport à la motivation, donc c'est vrai qu'il ne faut pas négliger l'aspect rentabilité et l'aspect financier. On fait beaucoup d'heures mais on est bien payé aussi.

Quand on se met en société ça nous permet d'avoir des horaires et des jours de libre et un planning assez intéressant. C'est très lourd physiquement et mentalement car on a beaucoup de responsabilité aussi.

La transition a été difficile au début car l'équipe me manquait, j'aimais bien être avec des collègues pour quand on a besoin d'un coup de main, pour lever un patient ou quand c'est dur moralement on peut en parler. Là, on est seule donc d'un côté c'est bien parce qu'on peut gérer son travail mais d'autre part on est obligé de prendre la responsabilité toute seule, physiquement d'être là toute seule car les gens ne peuvent pas nous donner un coup de main. On doit assumer la responsabilité et prendre des décisions quand on doit les prendre.

## **Entretien avec Mme VERDLEX Marie-Noëlle, infirmière libérale.**

### 1°- Quelles ont été vos motivations pour exercer en milieu libéral ?

- Motivation principale est le côté relationnel, le contact avec les personnes et le fait de les voir à leur domicile (à l'hôpital les personnes sont déracinées, elles ne sont pas les mêmes qu'à domicile)
- Autonomie dans son travail, liberté par rapport aux horaires, liberté d'organiser son travail.

### 2°- Comment avez-vous vécu la transition entre le milieu hospitalier et le milieu libéral?

La transition a été rapide car c'était un choix très personnel, pour son côté pratique par rapport à l'organisation de mon quotidien et du fait que la ville où j'exerce est loin des structures hospitalières qui auraient pu m'accueillir. De plus, à mon époque il n'était pas nécessaire de faire 3 ans en milieu hospitalier donc je n'ai pratiquement pas exercé dans ce milieu.

Mais il a fallu créer sa clientèle, adapter cette nouvelle façon de travailler à ma vie de famille puisque j'ai eu 2 enfants par la suite.

### 3°- Quelles sont selon vous les compétences requises pour exercer en milieu libéral et d'après vous, quelles en sont les limites ?

A l'école on apprend un certain nombre de choses mais on s'aperçoit que si on ne les applique pas régulièrement on les perd vite. En libéral notre clientèle est si diversifiée de par l'éventail des âges et des pathologies que l'on a à prendre en charge que l'on perd moins toutes nos connaissances.

Par contre ces dernières sont à remettre à jour régulièrement à cause des évolutions dans le milieu médical.

Les limites se porteraient plus sur le fait que lorsqu'on est chez une personne on est seule et qu'on ne peut appeler la collègue si on a besoin d'aide car elle se trouve sûrement à des kilomètres de là où je me trouve. De plus il faut avoir un mental très fort car il est parfois difficile de gérer les patients en fin de vie qui sont à domicile et en libéral, on côtoie des personnes que l'on connaît plus facilement et il existe un attachement personnel dont on ne peut se détacher. Quand on est en libéral on a pas de suivie psychologique comme on peut le trouver à l'hôpital.

### 4°- D'après votre expérience, quels sont les contraintes et les avantages que vous rencontrez dans votre métier ?

#### Inconvénients :

- Gérer l'imprévu, souvent seul et si ça arrive à la fin de notre journée et bien il n'y a pas d'équipe du soir qui prend le relais donc on part quand tout est fini même si c'est 22H.
- Gérer les intempéries : exerçant dans une zone montagneuse il faut vivre avec l'hiver qui commence en octobre et se termine parfois en avril avec tout ce qu'il comporte : neige, verglas ...
- La comptabilité. Ça nous prend beaucoup de temps et on n'est pas forcément formé à ça donc j'ai fait appel à un comptable qui gère mes comptes.

#### Avantages :

- Liberté de gestion du temps de travail : on s'organise et on gère son temps comme on le veut.
- Indemnités kilométrique : 0.45 euros le kilomètre en montagne (on est assez favorisé !) plus un forfait déplacement qui s'élève à 2 euros.
- Un salaire avantageux si on s'en donne la peine.

Il ne faut pas choisir le milieu libéral pour la paye mais il faut être très motivé et aimer conduire.

### 5° - Comment collaborez-vous avec les autres professionnels de santé (médecins, collègues, kiné,...) ?

#### Avec mes collègues :

Six ans après mon installation une autre infirmière m'a rejoint et depuis trois ans nous sommes trois. On retrouve l'esprit d'équipe que l'on perd en quittant l'hôpital et qui commençait à me manquer. Quand on a un doute sur un geste on hésite pas à partir à 2 pour pratiquer le soin en toute sécurité. Quand l'une va à une formation elle revient et nous explique ce qu'elle a appris. Nous sommes très complémentaires.

#### Avec les médecins :

Très bonne relation

Avec les kinésithérapeutes :

On doit s'organiser avec eux pour ne pas se trouver au même moment ensemble chez un patient et ceci demande un gros travail de collaboration.

#### 6°- De quelles manières participe le patient pendant le soin ?

On en revient toujours au côté relationnel si c'est pendant une toilette la priorité est de le laisser faire le maximum et d'observer en même temps si il ressent une gêne ou une douleur et une émotion qu'il ne faut pas rater pour la prise en charge du patient.

L'infirmière doit s'adapter au patient car chacun est différent et vie le soin d'une manière particulière même si il s'agit d'un soin courant pour nous.

#### 7°- Pouvez-vous nous apporter des précisions sur vos quotas à respecter et sur votre territoire géographique ?

Le quota à respecter par an est de 18000 actes si il y a un dépassement trop important une somme doit être verser à la sécurité sociale car elle considère que au delà les soins ne peuvent être réalisés correctement. Dans mon cas je parcours beaucoup trop de kilomètres pour réaliser tous ces actes.

Nous avons un secteur géographique très important mais ce n'est pas pour cela que nous avons plus de patients qu'une infirmière libérale qui exerce en ville car elle a plus de patients au kilomètre carré que nous, en général. De plus elle peut voir une 50ème de patients en une matinée alors que nous nous passerons une heure chez une personne.