



© Michèle Marchi

Les supercentenaires : un modèle de longévité dans le futur ?

Michèle Marchi
Cadre de santé

c/o L'Aide-soignante,
65 rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux
cedex, France

Adresse e-mail :
michele.marchi7@gmail.com
(M. Marchi).

Déclaration de liens d'intérêts
L'autrice déclare ne pas avoir
de liens d'intérêts.

L'Institut national d'études démographiques (Ined) les nomme supercentenaires [1]. Ce sont des personnes de plus de 110 ans. Trente-cinq Français ont actuellement entre 110 et 114 ans – ils étaient cinq dans les années 1990. Cette tendance va s'accroître selon les chercheurs. Au moment où nous écrivons, la doyenne des Français a 114 ans et vit dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Vendée. Le record en France reste celui de Jeanne Calment décédée à l'âge de 122 ans. Ces personnes très âgées sont les témoins vivants d'événements d'un passé que l'on côtoie habituellement dans des récits ou au cinéma, tels que la Première Guerre mondiale pour les plus âgés, l'essor de l'aviation ou encore toutes les évolutions médicales et technologiques du milieu du xx^e siècle jusqu'à ce jour.

L'étude de l'Ined s'est intéressée au profil de ces supercentenaires : pourquoi certaines personnes vivent-elles bien plus longtemps que la moyenne de nos autres contemporains formalisée par l'espérance de vie ?

La grande majorité de ces personnes, environ 90 %, sont des femmes qui ont eu une vie de travail assez dure et ont souvent vécu à la campagne. Elles ont eu une hygiène de vie satisfaisante incluant une nourriture saine sans produits issus de l'industrie alimentaire (produits transformés). Parmi ces supercentenaires, la population antillaise est surreprésentée (huit fois plus qu'en métropole). Outre ces paramètres, nous

pouvons supposer que les progrès dans le domaine de la médecine (la prévention : vaccination, addictions, etc.), les prises en soins médicales et chirurgicales mais également les progrès sociaux ont pu permettre une conséquente augmentation de l'espérance de vie. Ces cas de longévité extrême restent pour le moment rarissimes au regard de la population générale. Mais, si comme le supposent les chercheurs, cette exception devient une banalité, alors, la société sera confrontée à un défi, celui de l'accompagnement et de l'hébergement de ces aînés dont les enfants seront également des personnes âgées. Une vigilance éthique devra également nous pousser à réfléchir

sur la place et le respect de ces supercentenaires dans une société en proie au jeunisme. ●

**90 %
des supercentenaires
sont des femmes qui ont
eu une vie de travail
assez dure**

[1] Meslé F, Vallin J, Camardat CG, et al. Vivre au-delà de 105 ans : quand l'improbable devient réalité. Popul Soc (Paris) 2024;621(4):1-4.

Indemnités de transport : des disparités délétères

Entre en formation d'aide-soignante (AS) peut parfois relever d'un défi, notamment financier. En effet, les périodes de stage représentent la moitié du temps de formation (3 stages de 5 semaines et 1 de 7 semaines). Les apprenants AS doivent financer eux-mêmes leurs déplacements pour se rendre en stage et ne reçoivent, pour la grande majorité d'entre eux, aucune indemnité de transports ni de stage. Seuls quelques établissements octroient une indemnité kilométrique aux agents en promotion professionnelle.

De plus, au regard de la hausse des prix (coût de la vie, prix des carburants), les élèves sont de plus en plus nombreux à réaliser des demandes de fonds de soutien. Ces aides sont parfois difficiles à trouver dans les méandres administratifs et les conditions d'octroi particulières à chaque aide.

Impact du développement des Ifas, des augmentations de quotas et du nouveau référentiel

Au niveau des territoires, le manque d'offres de stages, en lien avec les fermetures de service et les nombreuses ouvertures d'instituts de formation d'aides-soignants (Ifas), oblige ces établissements à étendre le périmètre géographique afin d'obtenir une offre de places de stages correspondant aux exigences et obligations du référentiel, à l'instar du stage dans le domaine du handicap physique ou psychique.

La distance et la fatigue du trajet domicile-stage peuvent donc se révéler plus conséquentes, notamment dans certaines régions rurales où les distances sont importantes et représentent donc un coût plus élevé.

Précarité du public en formation AS et inégalités face aux frais engendrés par les stages

Le public entrant en formation se révèle de plus en plus en situation de précarité : femmes isolées, demandeurs d'emploi en fin de droit, personnes qui viennent d'arriver sur le territoire ou autres situations singulières, parfois dramatiques.

♦ **Or, les stages ont un coût pour les élèves AS** puisqu'ils ne perçoivent pas d'indemnités et doivent se déplacer en s'adaptant aux horaires qui leur sont imposés. À la différence, par exemple, des étudiants en soins infirmiers, masso-kinésithérapie ou même des étudiants manipulateurs en électroradiologie, qui eux, ont droit à une indemnisation. D'autres élèves, comme les lycéens, inscrits dans la section Accompagnement soins et services à la personne pour obtenir le baccalauréat professionnel, sont rémunérés pendant leur stage dès la classe de seconde.

♦ **Enfin, tous les apprenants, en fonction de leur statut, ne sont pas aidés** de la même façon. Un élève en poursuite d'études, un demandeur d'emploi ou encore un agent en promotion professionnelle ne bénéficient pas du même niveau de prise en charge (allant de rien à 100 %).

Inégalité des aides liées aux stages en fonction des territoires

Certaines régions, pleinement conscientes de ce phénomène, prévoient des aides locales.

♦ **Pour exemple, la région Auvergne-Rhône-Alpes** a mis en place une aide exceptionnelle, le fonds pour le maintien en formation sanitaire et sociale. Au sein des Ifas de ce territoire, environ 20 % des élèves en ont fait la demande cette année.

Sans chercher à être exhaustif, nous pouvons citer plusieurs autres régions.

♦ **PACA offre une indemnité** de 100 euros à la rentrée pour que l'apprenant puisse s'équiper ainsi qu'une somme forfaitaire de 26 euros par semaine pour les frais engendrés.

♦ **La région Aquitaine**, quant à elle, a fixé par circulaire la prise en charge des frais de déplacement : voiture et bus.

♦ **La région Grand-Est**, depuis la rentrée de septembre, propose une indemnité de 35 euros par semaine de stage aux personnes dont les frais de scolarité sont pris en charge par la région, sous réserve de présentisme.

♦ **D'autres régions** ont fait le choix d'aider ponctuellement l'apprenant qui en ferait la demande sous condition de ressources.



Prévention des ruptures de parcours

Ce problème financier peut être un frein à la formation. Nos tutelles nous incitent fortement à prévenir les ruptures de parcours. C'est d'ailleurs un critère de qualité du référentiel Qualiopi attestant de la qualité des formations et des dispositifs mis en place avant d'arriver à une rupture de parcours.

♦ **Aussi, nous pouvons nous interroger** sur les missions du formateur : aurait-il une mission sociale ou d'orientation vers des services sociaux ? Nous nous accordons à dire qu'une nouvelle mission s'impose, de fait, aux équipes pédagogiques.

♦ **Le formateur outre l'accompagnement pédagogique** se doit de tout mettre en œuvre pour prévenir les ruptures de parcours, et son accompagnement relève parfois du social. Il peut arriver, par exemple, qu'un apprenant doive s'absenter de cours afin de se rendre à une distribution de la banque alimentaire. D'autres élèves sont contraints de travailler à temps plein alors qu'ils sont en formation à temps complet. Comment les accompagner au mieux dans ce cas ?

Conclusion

Les profondes modifications de l'offre de formation, le public de plus en plus précaire, les différences de financement entre les diverses zones géographiques ont mené le Gérafcas à solliciter les régions de France à ce sujet. Ne serait-il pas plus judicieux de promouvoir une égalité de traitement à l'échelle nationale et de lancer les discussions et échanges afin de pouvoir proposer des aides communes aux régions et octroyées selon les mêmes conditions ? •

Aline Glod, Angélique Gutierrez, Virginie Brelo, Hélène Delahays, Nathalie Ruby et Michèle Marchi (Gérafcas)

Pistes de réflexion pour le repérage précoce des escarres sur les peaux foncées

La majorité des études sur les escarres portent sur des patients à la peau claire. Cela limite la compréhension des lésions chez les patients à la peau foncée et conduit à des retards de diagnostic. En effet, les signes précoces d'escarres (érythème) se manifestent différemment selon la pigmentation cutanée.

Une enquête auprès de patients et de leurs aidants

Des auteurs ont mené une enquête de santé afin d'examiner les expériences personnelles et les perceptions des personnes à la peau foncée et de leurs aidants en ce qui concerne les lésions dues à la pression.

Une approche qualitative descriptive a été retenue pour répondre à l'objectif de l'étude [1].

♦ **Des entretiens semi-dirigés** ont été menés auprès de patients à la peau foncée (n = 14) et/ou de leurs aidants familiaux (n = 8). Les participants, âgés de 18 à 72 ans (6 femmes et 16 hommes), présentaient des comorbidités telles que diabète et hypertension. Leur teint variait de 3 à 6 selon l'échelle de Ho et Robinson [2].

♦ **L'autoévaluation de la couleur de peau** a été réalisée par les participants et les aidants en se basant sur l'outil qui comprend six catégories correspondant à la teinte de la face interne du bras. Les participants à l'enquête étaient suivis par des infirmiers de secteur pour la prise en charge des escarres ou identifiés comme à haut risque de développer des escarres selon l'échelle de Waterlow [3].

Une teinte plus foncée de la peau et douleurs

L'analyse thématique des transcriptions d'entretiens a révélé que la décoloration de la peau vers une teinte plus foncée que d'habitude était le symptôme le plus fréquemment identifié par les participants



comme signe d'altération de l'intégrité cutanée.

♦ **Quatre thèmes principaux sont ressortis :**

• **repérage des lésions de pression.** Une décoloration de la peau vers une teinte noire ou plus foncée que la peau environnante a été la plus fréquemment observée. La couleur habituelle observée était le noir, et cela a été constaté par dix participants. Cependant, des couleurs autres telles que le violet, le bleu et le rouge ont également été signalées par les participants, ce qui les a incités à consulter un médecin ;

• **symptômes ressentis.** La douleur est apparue comme le deuxième symptôme le plus fréquemment ressenti par les participants, et s'est produite avant ou après l'apparition de la modification de la couleur cutanée. Les participants présentaient diverses comorbidités, dont certaines étaient source de douleur. Par conséquent, certains participants ont initialement ignoré la douleur, la considérant comme insignifiante, jusqu'à ce qu'elle s'intensifie ou que d'autres changements soient observés ;

• **confiance dans les professionnels.** Les participants de cette recherche faisaient preuve de confiance envers les professionnels de santé et supposaient que leur formation

initiale incluait la prise en charge des personnes à la peau foncée ;

• **amélioration des soins pour les populations à la peau foncée.** Il ressort de cette étude la nécessité d'une éducation plus inclusive pour les professionnels de santé. Les participants ont également souligné l'importance d'éduquer les professionnels sur les différences de cicatrisation des plaies entre les personnes à la peau claire et à la peau foncée. En plus d'une décoloration de la carnation vers une teinte noire et de la douleurs, certains participants ont observé des modifications cutanées supplémentaires, telles qu'un œdème de la zone touchée. D'autres symptômes ont également été identifiés, comme un changement de température.

♦ **Il ressort de cette enquête de santé qualitative** des pistes intéressantes afin d'identifier, chez des personnes à la peau foncée, des lésions de pression à un stade précoce. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les disparités liées à la couleur de peau et les intégrer aux recommandations de bonnes pratiques. •

Geneviève Perennou

© 2024 WebMD, LLC

[1] Oozageer Gunowa N, Oti KA, Jackson D. Early identification of pressure injuries in people with dark skin tones: Qualitative perspectives from community-based patients and their carers. J Clin Nurs 2024. doi: 10.1111/jocn.17362.

[2] Ho BK, Robinson JK. Color bar tool for skin type self-identification: A cross-sectional study. J Am Acad Dermatol 2015; 73(2):312-3.e1.

[3] Anaes. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Texte des recommandations. Novembre 2001. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf.

2 000 000

de personnes de plus de 60 ans vivent sous le seuil de pauvreté (revenus inférieurs à 1216 €). Plus d'une personne âgée pauvre sur 2 ne bénéficie d'aucune aide, la moitié méconnaissent leurs droits.

→ www.petitsfreresdespauvres.fr/

Pas de sushis pour les femmes enceintes

L'alimentation est une source potentielle importante d'exposition à des contaminants chimiques. Parmi eux le méthylmercure, présent dans les poissons, est associé à un risque de troubles du neurodéveloppement qui a justifié des recommandations concernant la consommation de poissons pour les personnes à risque, comme les femmes enceintes et les enfants.

♦ **De nombreux nutriments très bénéfiques au neurodéveloppement** sont pourtant présents dans les poissons, comme les acides gras polyinsaturés, le sélénium, l'iode et la vitamine D. La diminution de la consommation de poisson prive donc les personnes concernées de ces précieux apports.

♦ **Une équipe américaine a évalué les risques et les avantages** sur le neurodéveloppement [1] en tenant compte de deux paramètres: non seulement la consommation de poisson par la mère, mais aussi son degré d'exposition prénatale au mercure (concentration de mercure dans ses cheveux à 10 jours de post-partum). Ils ont ensuite analysé l'association entre cette exposition et le neurodéveloppement des enfants, à l'âge de 8 ans (n = 361), mesuré par des tests de QI, de langage, de mémoire et d'attention.

Les bienfaits de la consommation de poissons sur le neurodéveloppement varient selon les espèces de poissons, dépendant de leur concentration en mercure et en acides gras oméga-3, avec un effet-dose. Pour exemple, la consommation de saumon d'élevage

pendant la grossesse, serait bénéfique au neurodéveloppement de l'enfant, alors que celle d'espadon serait préjudiciable.

♦ **Rappelons que le mercure** est assimilé sous la forme de méthylmercure, stable, et se propage tout au long de la chaîne alimentaire. Ainsi, les grands poissons prédateurs, comme l'espadon et le thon rouge ont une teneur en mercure plus élevée que les plus petits, et doivent être évités. En revanche, l'aiglefin et le saumon d'élevage ont la plus faible teneur en mercure (Anses). •

Roseline Peluchon

© 2024 WebMD, LLC

[1] Thurston SW, Ruppert D, Korrick SA. A Novel Approach to Assessing the Joint Effects of Mercury and Fish Consumption on Neurodevelopment in the New Bedford Cohort. *Am J Epidemiol* 2024;kwae149.

6

Lutte contre la dénutrition : mettre les bouchées doubles

Le collectif de lutte contre la nutrition organise chaque année une semaine nationale d'information sur ce risque, auxquels s'associent des établissements de santé, des structures médicosociales, entre autres. Elle se tiendra du 12 au 19 novembre 2024 et appelle les soignants à mettre les bouchées doubles.

♦ **En effet, deux millions de personnes** sont en situation de dénutrition. La dénutrition fragilise la santé, en particulier celle des personnes âgées et des personnes atteintes d'une pathologie chronique (30 % des personnes hospitalisées, 40 % des malades de cancer). La dénutrition réduit l'efficacité de l'immunité, affaiblit l'organisme, joue négativement sur le moral.

♦ **Pourtant, la dénutrition peut être prévenue** par des mesures quotidiennes : une hydratation régulière et une alimentation diversifiée, une activité physique adaptée à l'état de santé, une hygiène buccodentaire.

♦ **Le collectif a publié fin 2023 un guide d'action** des familles et des soignants en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Outre la surveillance du poids, des consommations et l'adaptation des textures, certaines recommandations sont rappelées :

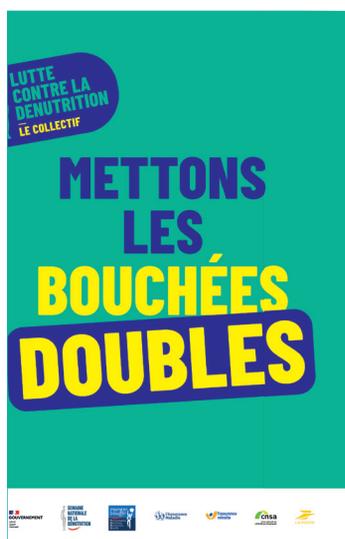
- désacraliser les temps de repas, s'adapter au rythme de vie du résident;
- bien installer le résident et corriger si besoin la position de la tête;

- former les collègues aux risques des régimes restrictifs chez la personne âgée et aux besoins protéinés augmentés chez les seniors.

Le site du collectif propose des webinaires, guides, flyers, toutes ressources utiles pour accompagner au mieux les personnes fragiles. •

Valérie Lequien

www.luttecontreladenutrition.fr/.



Punaises de lit : vers un nouveau traitement naturel efficace

Une étude conduite conjointement par deux spécialistes, l'un parasitologue l'autre entomologiste [1], a testé huit différentes poudres déshydratantes et naturelles dans l'élimination des punaises de lit. Ces produits ont un avantage sanitaire sur les insecticides chimiques, difficiles d'emploi. Trois ont montré leur efficacité : le dioxyde de silicium (uniquement accessible aux professionnels), la terre de diatomée (une marque spécifique issue d'une entreprise de lutte contre les nuisibles, avec une potentielle nocivité pour les poumons), et la terre de Sommières. Cette dernière semble efficace (de 75 % à 100 %) pour tuer les punaises en 24 heures : en effet, une punaise contaminée peut contaminer la colonie. •

V.L.

[1] Oumarou HA, Hima HT, Berenger JM et al. Bed bug control with various dusts: Efficacy comparison between silicon dioxide, diatomaceous earth, and Sommières earth. *Parasite* 2024; 31:41.

Réglementation : les hospitaliers peuvent travailler deux dimanches consécutifs

Les juges de la cour administrative d'appel de Toulouse considèrent que demander au personnel non médical de travailler deux dimanches consécutifs n'est pas contraire à la réglementation [1].

♦ **La cour a rappelé que l'organisation du travail devait respecter certaines garanties :** la durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de sept jours; les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives au minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures

consécutives au minimum; le nombre de jours de repos est fixé à quatre pour deux semaines, deux d'entre eux, au moins, devant se suivre, dont un dimanche.

♦ **En vertu de ces dispositions, le juge a précisé** que, « l'organisation du travail doit comprendre au moins un dimanche de repos par période de deux semaines. Le terme de "semaines" figurant au dernier alinéa de l'article 6 [du décret du 4 janvier 2002] renvoie à une semaine calendaire prédéterminée. Par suite, la période de référence de deux semaines ne pouvant être appréciée



de manière glissante, ces dispositions n'interdisent pas de travailler deux dimanches consécutifs ».

Vanessa Bonet

[1] Conseil d'État. Base de jurisprudence. Décision n° 22TL21490. Juillet 2024. www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CAA/decision/2024-07-02/22TL21490.

Bilan des déclarations des EIGS en 2023

Avec 4 083 déclarations en 2023, la Haute Autorité de santé (HAS) se félicite de la hausse (+71 %) du nombre de déclarations d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) et y voit un signe d'amélioration de la sécurité des soins [1]. Toutefois, elle considère que leur analyse approfondie demeure insuffisante dans près de la moitié des déclarations.

♦ **Les EIGS sont classés en neuf thématiques.** Les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins sont les plus fréquentes (28,5 %), suivies des actions du patient contre lui-même (24,3 %; suicide ou tentative,

sorties à l'insu du service...) et des erreurs médicamenteuses/iatrogénie (12,4 %).

♦ **Dans la perspective d'une augmentation de l'activité d'hospitalisation à domicile,** la HAS rappelle les risques liés à la sécurité de la prise en charge des patients. Dans ce secteur, les EIGS sont surtout associés aux erreurs médicamenteuses; une vigilance doit être portée à la coordination ville-hôpital-hospitalisation à domicile (HAD) dont la défaillance peut conduire à des retards ou des erreurs de prise en charge.

♦ **La HAS émet huit préconisations pour les services des urgences,** dont la

formation des agents aux spécificités du service, le renforcement du partage d'information, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et l'utilisation des dispositifs médicaux (DM).

À noter que lorsqu'il s'agit d'un DM, l'EIGS est lié à une utilisation inadaptée ou à un geste traumatique lors de son implantation. Toutefois, d'autres DM non invasifs peuvent être impliqués tels que des barrières de lit ou un lit, un fauteuil roulant.

V.L.

[1] Haute Autorité de santé. abrEIGÉS. Un rapport synthétique annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2023. Septembre 2024.

Le nombre de cas de cancer chez les hommes en forte hausse d'ici 2050

Une récente étude s'appuyant sur les estimations de Globocan pour 2022 [1] projette une augmentation du nombre de cancers à l'horizon 2050, passant de 10,3 millions à 19 millions. Celle-ci est liée à la prévalence plus élevée chez les hommes de facteurs de risques cancérigènes évitables attribués au tabagisme, à la consommation d'alcool et aussi à une moindre participation aux activités de prévention du cancer (ce qui induit une prise en charge plus tardive et un risque de mortalité supérieur), mais également à des conditions de travail difficiles

avec une exposition supérieure aux substances nocives.

♦ **Le cancer du poumon devrait rester** plus répandu. Néanmoins, les auteurs estiment que le nombre de décès liés à un cancer de la prostate devrait augmenter de 136,4 % entre 2022 et 2050, dans le monde. Le cancer du testicule connaîtrait l'augmentation la plus faible (incidence : +22,7 %). Il existe de grandes disparités, surtout en termes de mortalité où l'évolution est plus importante dans les pays à indice de développement humain (IDH) faible par rapport à ceux où il est élevé.



♦ **Novembre est un collectif** qui porte une opération annuelle de sensibilisation à la santé des hommes, plus particulièrement la prévention du suicide (60 hommes par heure dans le monde soit 525 000 par an) et la lutte contre les cancers de la prostate et des testicules.

V.L.

[1] Bizuayehu HM, Dadi AF, Ahmed KY, et al. Burden of 30 cancers among men: Global statistics in 2022 and projections for 2050 using population-based estimates. Cancer 2024 DOI: 10.1002/cncr.35458.

Agenda

21 et 22 novembre 2024

28^e Congrès francophone Actualités en réanimation

Thèmes : réanimation, surveillance continue et urgences graves

Cité centre des congrès, Lyon (69006)

→ www.aer-congres.com

21 et 22 novembre 2024

24^{es} Journées itinérantes francophones d'éthique des soins de santé

Quinze ans après... Repenser ce qui humanise nos pratiques de soin

Vers un horizon éthiquement désirable

Maison de l'hospitalisation privée,

Castelnaud-le-Lez (34)

→ www.gefers.fr/les-actualites

du 25 au 27 novembre 2024

44^{es} Journées annuelles de la Société française de gériatrie et de gérontologie

Cnit, Paris-La Défense (92)

→ <https://jasfgg.com>

26 et 27 novembre 2024

18^e Congrès national de l'animation et de l'accompagnement en gérontologie (CNAAG)

Palais des congrès du Futuroscope, Poitiers (86)

→ www.congres-cnaag.com/

26 et 27 novembre 2024

3^e Forum européen des professionnels des services à la personne et de l'aide à domicile

Porte de Versailles – Parc des Expositions, Paris 15^e

→ www.salon-services-personne.com

27 et 28 novembre 2024

Autonomic

Grand Palais hall Paris, Lille (59)

→ www.autonomic-expo.com/

du 27 au 29 novembre 2024

24^e Congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur

Grand Palais, Lille (59)

→ www.congres-sfetd.fr

30 novembre 2024

4^e Congrès national de la Resc

Centre de Congrès, Aix-en-Provence (13)

→ <https://resc.fr/inscription/congres-de-la-resc-2024/>

3 décembre 2024

Le syndrome de Diogène et les entassements

100 % digital

→ www.colloquesafar.fr/conference-diogene-2024

La force des femmes

Denis Mukwege, Folio, 400 pages, 9,40 €

Surnommé « l'homme qui répare les femmes », le gynécologue et chirurgien Denis Mukwege a consacré sa vie aux femmes victimes de sévices sexuels en République démocratique du Congo.

Dans une région où le viol collectif est considéré comme une arme de guerre, Denis Mukwege est chaque jour confronté aux monstruosité des violences sexuelles, contre lesquelles il se bat sans relâche, parfois au péril de sa vie. Dès 1999, il fonde l'hôpital de Panzi dans lequel il promeut une "approche holistique" de la prise en charge : médicale, psychologique, socio-économique et légale. Écrit à la première personne, *La force des femmes* retrace le combat de toute une vie en dépassant le genre autobiographique. Dans un vrai cri de mobilisation, le docteur Denis Mukwege, Prix Nobel de la paix en 2018, nous met face au fléau qui ravage son pays et nous invite à repenser le monde. L'auteur rend alors un véritable hommage au courage et à la lutte des femmes. Pour lui, il s'agit d'une lutte mondiale. •

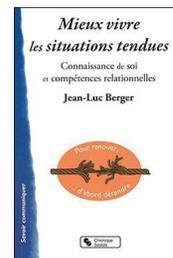


n'est pas sans bouleverser la relation professionnel/personne concernée. À travers cette recherche, l'autrice propose des pistes pour comprendre, comment, au sein d'un service d'accompagnement à la vie sociale-service et médico-social pour adultes handicapés (SAV-Samsah), pourtant très ancré dans des pratiques participatives, le concept d'autodétermination est venu impacter les pratiques professionnelles, managériales et la place de la personne concernée au sein de l'institution. Les résultats de cette recherche montrent un écart entre le nouveau management public, empreint d'une culture du résultat, et la nécessité d'inscrire l'accompagnement dans une temporalité qui laisse à la personne concernée la possibilité de s'autodéterminer. •

Mieux vivre les situations tendues
Connaissance de soi et compétences relationnelles

Jean-Luc Berger,
La Chronique sociale,
78 pages, 10 €

Face aux difficultés relationnelles, le plus souvent nous improvisons, nous tâtonnons et il arrive malheureusement que les conflits dégèrent. Cet ouvrage présente de façon concrète et didactique des démarches favorisant une meilleure connaissance de soi en même temps qu'une meilleure entente avec autrui, spécialement dans les situations de stress et de conflit. Il traite en particulier des moyens à employer pour reconstruire une relation lorsqu'un conflit a éclaté et qu'une coopération entre les protagonistes s'avère toujours nécessaire. Ces démarches sont inspirées en grande partie des principes de la communication non violente avec une insistance particulière sur la nécessité de prendre un temps de recul pour examiner avec une lucidité bienveillante notre propre fonctionnement avant d'être en mesure de communiquer sainement avec autrui. •



Autodétermination
des personnes accompagnées

La relation d'aide comme exhausteur de sens des pratiques professionnelles

Isabelle Dobigny, L'Harmattan-Les Presses de Parmentier, 112 pages, 14 €

Besoin universel par excellence, l'autodétermination est qualifiée, par d'aucuns chercheurs, de bonne pratique qui a pour but d'améliorer le contrôle des personnes sur leur vie. Pour autant, bien que tous s'accordent sur le bien-fondé de la démarche sur le plan de l'éthique, ce changement de paradigme



Le génie méconnu et discret des champignons

Guillaume E. Lopez, Albin Michel, 208 pages, 19,90 €

Chefs d'orchestre de nos écosystèmes (sans eux, pas de vie sur terre !), ces "êtres" de réseaux et de résilience ne cessent de nous surprendre. Par leur structure, leur "fonctionnement" ou leurs propriétés, ils sont sources d'inspiration dans des domaines variés tels que la médecine, la chimie, la logistique, l'ingénierie, l'art ou la technologie. Dans cet ouvrage, l'auteur nous invite à plonger dans l'univers extraordinaire des champignons. Une découverte qui pourrait bien transformer notre monde. •



Des hommes dans une profession aide-soignante très féminisée



© Kzenon/stock.adobe.com

Le métier d'aide-soignant étant féminisé à 90 %, il semblait pertinent de s'interroger sur les raisons qui incitent des hommes à choisir de s'engager dans un métier du *care*, plus souvent associé à l'image maternelle des femmes. Comment ces hommes s'inscrivent-ils dans les équipes de soins, majoritairement composées de femmes ? Rencontrent-ils des difficultés propres à leur genre ? Quels sont les impacts sur la dynamique de l'équipe ? Quelles répercussions ont-elles sur leur santé ? Deux professionnels relatent leur quotidien et témoignent de leur motivation et de leur satisfaction à être aides-soignants.

Déclaration de liens d'intérêts
L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Évelyne Terrat

Rédactrice en chef adjointe
c/o L'Aide-soignante, 65 rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France

Adresse e-mail : e.terrat46@laposte.net (É. Terrat).

Dossier coordonné par Évelyne Terrat

- 10** Homme aide-soignant : quelle place pour les hommes dans un monde de femmes ?
Manon Cerdan
- 12** Plus d'hommes dans les métiers du *care* ? Oui, à condition de bien penser la mixité
Ludovic Viévard
- 14** La santé des hommes professionnels de santé : enjeux et perspectives
Alexis Bataille-Hembert
- 16** Aides-soignantes et aides-soignants, ensemble pour le prendre soin
Évelyne Terrat

Homme aide-soignant : quelle place pour les hommes dans un monde de femmes ?

Manon Cerdan

Doctorante chercheuse en sciences sociales, spécialisée dans les représentations de la vieillesse et de l'Ehpad dans les médias (université Paris-Panthéon-Assas, laboratoire Carism)

c/o L'Aide-soignante, 65 rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France

Les aides-soignants sont essentiellement des aides-soignantes. Néanmoins, la présence des hommes peut être très recherchée dans ces métiers qui nécessitent une véritable force physique. Le risque serait alors de faire peser sur eux des tâches spécifiques, notamment de manutention, les éloignant potentiellement du soin véritable. En réalité, loin d'être cantonnés à ces tâches, les hommes qui s'engagent dans des formations très féminisées se feraient plutôt une place de choix.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – attractivité ; carrière ; condition de travail ; formation ; genre

10

Sans véritable surprise, le dernier rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (juin 2024) [1] vient confirmer que la profession aide-soignante (AS) est largement féminisée puisque les femmes représentent 90 % des AS en 2021. Si cela n'est pas étonnant tant le "prendre soin" est considéré comme une compétence naturellement féminine, il peut être intéressant de se demander comment les hommes se frayent un passage dans cet univers.

Pourquoi s'intéresser à la présence des hommes aides-soignants ?

◆ **D'un point de vue sociétal**, si le rapport montre une augmentation du nombre d'AS en activité depuis 2013 [1], il pointe que cette augmentation a été moins importante que la croissance des besoins en santé due notamment au vieillissement. Les besoins de la population en matière de santé et d'accompagnement au quotidien sont tels qu'il faut être capable de donner envie tant aux femmes qu'aux hommes de s'engager dans ce métier.

◆ **D'un point de vue organisationnel**, que ce soit en formation comme en structure, la mixité professionnelle est souvent perçue comme plus facile à vivre, les compétences "naturelles" des uns et des autres venant harmonieusement se compléter pour une ambiance de travail plus équilibrée. L'affirmation posée ainsi peut être discutable mais l'idée est généralement partagée par les acteurs de terrain, qu'ils soient directeurs d'institut de formation d'AS (Ifas), formateurs ou responsables d'établissement.

Subir le poids des préjugés quand on est un homme soignant...

◆ **De quels préjugés parle-t-on vis-à-vis des hommes soignants ?** Ces schémas de pensée ont été plutôt étudiés dans le milieu infirmier et Kenneth Tillman, (2006) [2] a notamment mis en évidence que ces hommes se lançant en formation infirmière pouvaient être considérés comme non conformes aux attentes genrées de la société. Au-delà, ce serait même au sein des formateurs que les préjugés auraient la vie dure, ces derniers considérant que les apprenants hommes n'auraient pas les « *habilités naturelles pour acquérir les compétences infirmières* » (Graham MacDougall, [1997] et Gill M. Mowforth, [1999] in [2]).

◆ **Néanmoins, la force physique semble être une "habileté naturelle" fortement recherchée chez les hommes qui intègrent ces métiers.** La sociologue Anne-Marie Arborio relève que « *la pression des collègues fait souvent des aides-soignants des manutentionnaires* » et les premiers de cordée pour gérer les patients violents [3]. En d'autres termes, y aurait-il une autre façon de hiérarchiser le "sale boulot" avec pour conséquence d'éloigner finalement ces soignants du soin véritable ?

◆ **Une autre recherche menée au Canada (2002) [4]** vient cependant nuancer cela. Des AS se plaignaient d'une mauvaise répartition des tâches, les hommes accusant les femmes de ne pas faire leur part et les femmes se défendant de ne pouvoir les assumer. Pour étudier cela, il a alors fallu « *comparer le nombre et le partage d'opérations selon leur exigence physique et selon le sexe [et] on constate d'abord des différences dans le nombre d'opérations. Car, contrairement aux opinions exprimées, les femmes*

Adresse e-mail : manon.cerdan2@gmail.com (M. Cerdan).



La force physique semble être une “habilité naturelle” fortement recherchée chez les hommes.

semblent faire plus que leur part. Pour l'ensemble des opérations, elles en effectuent vingt-trois à l'heure, contre seize chez les hommes » [4]. S'il est vrai que les enquêtés ont fourni plusieurs exemples où ils avaient fait appel à des hommes soignants spécifiquement pour leur force physique, « de tels cas seraient peu nombreux, donc peu apparents dans les statistiques, mais ils marqueraient la perception des aides-soignants » [4].

Parfois on ne retient pas l'essentiel, on est conditionné par notre pressentiment ou par ce que l'on a envie de voir confirmé... Et les chercheuses elles-mêmes quand elles présentent leurs résultats en font l'expérience : « Il est donc possible que les hommes prennent trop de risques à cause des stéréotypes voulant qu'ils soient plus forts. Bien que nos données actuelles ne permettent pas de l'affirmer (et tendent plutôt à appuyer l'hypothèse contraire), cette interprétation est de loin celle qui a attiré le plus d'attention pendant les communications de nos résultats dans le milieu. » [4]

...Ou tirer profit des préjugés

Et si être un homme dans un milieu de femmes était plutôt un avantage ? C'est ce que montre, en 2023, la chercheuse Alice Olivier qui a étudié la place des hommes dans les études de sage-femme et d'assistance de service social [5]. À l'inverse des formations masculines où les femmes minoritaires en souffrent, les hommes minoritaires dans des formations féminines ont plutôt tendance à en jouir ! En “sortant du lot”, ils sont en réalité traités différemment et de façon plus personnalisée parfois ; « si ces étudiants bénéficient

rarement d'un traitement de faveur ostentatoire, ils entretiennent souvent avec les enseignant-es des relations personnalisées adaptées à leur situation, dont on peut facilement imaginer les effets bénéfiques, notamment pour leur apprentissage et la consolidation de leur projet professionnel » [5]. Dans ces formations fortement féminisées, ce sont aussi souvent les hommes qui deviennent les porte-paroles de la classe et prennent ainsi une autre place leur donnant « la possibilité de comprendre le fonctionnement de leur établissement, de tisser des liens privilégiés avec les enseignant-es ou encore d'agir sur l'organisation de la formation » [5]. Cela sous le regard bienveillant des femmes qui les poussent à prendre ces positions estimant que bien qu'ils soient minoritaires, ils doivent être représentés.

Conclusion

Ce que semble faire apparaître cette première exploration, c'est qu'il y a une répartition genrée des tâches. Quand un homme arrive dans un métier fortement féminisé comme c'est le cas chez les AS, il sera certainement (et probablement pas si fréquemment) sollicité pour effectuer les tâches où sa force est un atout (manutention, gestion des patients violents). Néanmoins, il pourrait bénéficier aussi d'une place de choix pour une avancée dans sa carrière. •

Références

- [1] Babet C, Donnenfeld M, Kamionka J. Démographie des infirmières et des aides-soignantes. Drees Methodes 2024;15. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-06/DM15.pdf>.
- [2] Roy B, Holmes D, Chouinard V. Contribution à une éthique de la sollicitude – masculinités et genre dans la profession infirmière. Rech Soins Infirm 2011;(107):38–48.
- [3] Arborio AM. Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. 2^e ed. Paris: Economica Anthopos; 2012.
- [4] Messing K, Elabidi D. Aides-soignants et aides-soignantes : la collaboration dans les tâches physiques lourdes. Cah Genre 2002;32(1):5–24.
- [5] Olivier A. Sur le devant de la scène. In: Olivier A, editor. Se distinguer des femmes. Sociologie des hommes en formations “féminines” de l'enseignement supérieur. Paris: La Documentation française; 2023. p. 113–28.

Plus d'hommes dans les métiers du *care* ? Oui, à condition de bien penser la **mixité**

Ludovic Viévard

Directeur d'études,
cofondateur de l'Agence
de sciences sociales
appliquées FRV100

Agence de sciences sociales
appliquées FRV100,
22 rue Jean-Baptiste-Say,
69001 Lyon, France

L'intégration croissante des hommes dans les métiers du *care*, traditionnellement féminins, pose question malgré des défis liés aux stéréotypes de genre. Nous soulignons l'importance d'une approche de la mixité basée sur l'interchangeabilité des professionnels plus que sur la complémentarité des genres.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – *care* ; formation ; genre ; masculinisation ; mixité

12

Les métiers du *care* sont des professions dans lesquelles il est aujourd'hui difficile de recruter. C'est au titre de ses compétences sociales que la Métropole de Lyon¹ s'est interrogée, en 2022, sur la question de leur attractivité. Et, puisque les professionnels du prendre soin sont souvent des femmes, pourquoi ne pas regarder ce qui se passe du côté des hommes ? Ne seraient-ils pas, eux aussi, des recrues potentielles pour ces métiers ? Nous avons donc enquêté [1] pour mieux comprendre comment les quelques hommes qui occupent ces postes² vivent leur expérience professionnelle et quelles pourraient être les conséquences de leur plus grande présence.

Des hommes globalement bienvenus dans les métiers du *care*

Lorsqu'on les interroge, les hommes qui occupent un métier du prendre soin disent avoir été plutôt bien accueillis dans leur formation. Les résistances, ils les ont davantage rencontrées dans leur entourage, familial ou amical, s'étonnant ou s'alarmant d'un choix perçu, *a minima*, comme peu commun pour un homme. Leurs collègues ou leurs enseignants, presque exclusivement des femmes, leur ont en revanche globalement accordé de l'attention et ont mis en valeur leur orientation. Profils et motivations sont divers. Certains hommes arrivent là parce qu'ils portent une conviction forte en la valeur de l'engagement auprès des personnes. Pour d'autres, cela tient davantage au hasard des rencontres et des réorientations professionnelles, de même qu'à la volonté d'entrer dans un secteur qui recrute.

Adresse e-mail :
ludovic.vievard@gmail.com
(L. Viévard).

Une conception de la mixité fondée sur la complémentarité des genres peut nuire aux femmes

♦ **Une fois diplômés, ils témoignent en majorité** avoir eu peu de difficultés à décrocher un premier emploi. Au contraire, « *si t'es un homme, t'as plus de chance d'être recruté* », confie Lilian, conseiller en économie sociale et familiale, embauché sur un poste d'assistant social. Derrière cet effet avantageant, la volonté des employeurs est de renforcer la mixité de leurs équipes.

♦ **Un constat toutefois à nuancer** selon les métiers. Si cela semble singulièrement le cas pour le travail social, des directeurs de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ont en revanche rapporté qu'il pouvait être difficile de placer des

hommes chez les usagers, ce qui contribue à freiner leur recrutement. Ainsi, au-delà du champ générique du *care*, il est nécessaire de s'intéresser à la diversité des métiers, car tous ont des caractéristiques différentes. En commun cependant, demeure une forte prégnance des stéréotypes de genre.

Une persistance de l'essentialisation des qualités du *care*

Le niveau de formation semble jouer un rôle important dans le rapport aux stéréotypes de genre. Plus il est bas, plus l'essentialisation³ des compétences requises pour exercer les métiers du *care* paraît forte, encore renforcée, pour les personnes racisées, par des représentations sur les cultures d'origine. Les hommes n'échappent pas à ces clichés genrés.

♦ **Ils sont souvent dirigés vers des missions valorisantes** une posture d'autorité, pour poser des repères ou gérer les situations potentiellement violentes. Ils sont



Les hommes qui occupent un métier du prendre soin disent avoir été plutôt bien accueillis dans leur formation.

encore mobilisés pour leur force physique ou positionnés dans des situations où les sujets dits masculins (sport, bricolage, automobile, etc.) seront un atout. Plusieurs des hommes rencontrés indiquent que cela leur permet d'installer un rapport de connivence avec les usagers masculins, par exemple en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

◆ **Mais cette perception par le genre est aussi un handicap.** Puisqu'il n'est pas considéré comme "naturel" que les hommes se portent vers ces métiers, certains usagers se méfient. De nombreux hommes rapportent ainsi les suspicions dont ils font l'objet dès lors qu'il s'agit de s'occuper d'enfants ou témoignent de la réticence de femmes, en particulier parmi les plus âgées. Le rapport à l'intime est aussi davantage problématique pour eux que pour leurs collègues femmes. On le voit, l'essentialisation des compétences établie dans les métiers du *care* peut aussi avoir des effets négatifs pour les soignants.

Les métiers du *care* sont d'abord des métiers

Puisqu'ils ne sont pas des femmes, les hommes des métiers du *care* – qui ont donc choisi une voie souvent considérée comme féminine – sont appelés à se légitimer. La plupart mettent en avant que leur profession est d'abord un métier nécessitant une formation. Ils rejettent ainsi les discours essentialisants – réduisant les personnes à des qualités qu'elles auraient par nature – auxquels ils opposent leur diplôme.

◆ **En corollaire, ils expliquent que s'ils exercent ce métier, c'est par choix,** voire par vocation, et non par le fait d'une orientation genrée et quasi mécanique, qui assigne les femmes aux tâches du *care*. Ainsi explique Guillaume, auxiliaire de puériculture en crèche publique : « *Autant je pense qu'un homme qui va dans le métier de la petite enfance, il ne s'est pas perdu [rires]. Autant je pense que certaines femmes – heureusement pas beaucoup – se sont perdues dans un métier, vers lequel on les a orientées parce que c'est un métier très femme.* »

◆ **L'argument de la professionnalité** est aussi celui que valorisent les encadrants de SAAD lorsqu'ils souhaitent placer un homme au domicile d'un usager hésitant. « *On peut se mettre nu devant un médecin, explique un directeur, mais pas devant n'importe quel homme. Là, c'est pareil.* »

Construire la mixité, un véritable enjeu de la masculinisation des métiers du *care*

Il faut très certainement se réjouir de ce que les métiers du *care* voient arriver de plus en plus d'hommes. Il convient toutefois d'interroger les conséquences que cela peut avoir sur les femmes qui occupent ces emplois. En jeu, la conception de la mixité. Si les hommes sont plébiscités dans ces professions, c'est souvent pour la diversité qu'ils peuvent apporter aux équipes, mais aussi aux usagers qui, par exemple, auront davantage de choix quant à l'intervenant placé auprès d'eux. Mais ce qui est attendu de ces professionnels masculins n'est pas toujours clair, au point que des chercheurs se sont questionnés de savoir si un même métier ne cachait pas des réalités pratiques différentes [2]. Ainsi, une vision fortement stéréotypée des genres, portée tant par les milieux professionnels que par les usagers, peut conduire à une diversité de représentations dans l'exercice du métier. Ce qui est alors attendu de la présence des hommes, c'est de la complémentarité. Face à des femmes vues comme sensibles, attentionnées mais aussi cancanières, ils sont censés apporter de la distance et de la rationalité. Au-delà du fait que de moins en moins de professionnels ne semblent se reconnaître dans cette vision, le risque d'une conception de la mixité qui repose sur une complémentarité des genres, c'est qu'elle nuise aux femmes. Certes, ces métiers sont préca-risés et peu rémunérateurs, mais aujourd'hui les femmes y sont relativement protégées des inégalités professionnelles de genre. Or, l'arrivée massive d'hommes pourrait les y exposer, comme dans la plupart des métiers mixtes. De fait, les hommes sont poussés à prendre des responsabilités d'encadrement et de direction et bénéficient de l'effet dit d'« *escalator de verre* » [3] qui favorise leur carrière professionnelle par rapport à celle des femmes. Aussi, ouvrir ces métiers aux hommes doit s'accompagner d'une réelle réflexion sur la mixité. Celle-ci n'a pas d'effet mécaniquement positif. Elle doit s'organiser, notamment en mettant en avant la diversité des personnes – plutôt que celle de leur genre – et leur interchangeabilité. C'est cela que sous-tend la professionnalité : les métiers du *care* sont d'abord des fonctions et s'exercent de la même manière lorsqu'on est une femme ou un homme du fait de référentiels professionnels communs. •

Notes

¹ Le dossier *L'Attractivité des métiers du prendre soin et du lien* compte une série d'études sur la formation, les facteurs d'engagement, l'éthnicité et les parcours migratoires, le turn-over, etc. Toutes sont disponibles sur www.millenaire3.com.

² Nous mobilisons une approche large des métiers du *care*, couvrant les professions féminisées du secteur social et médicosocial : assistant à domicile, aide maternelle, auxiliaire de puériculture, intervenant de service social, assistant social, auxiliaire de vie sociale, aide à domicile, psychologue, technicien en économie sociale familiale, etc.

³ Le fait de considérer que les individus sont entièrement définissables par leurs caractères dits essentiels (sexe, origine ethnique, etc.).

⁴ Antonyme de l'expression *plafond de verre*, l'*escalator de verre* (*glass escalator*) désigne une inégalité de genre qui permet aux hommes un déroulé de carrière plus favorable que celui des femmes [3].

Références

- [1] Gris M, Quérel A, Viévard L. *Attractivité des métiers du prendre soin et du lien. Représentations de genre et pratiques professionnelles.* Direction de la prospective et du dialogue public (DPDP), Métropole de Lyon. Lyon; 2023. www.millenaire3.com/dossiers/2024/prendre-soin-des-metiers-du-prendre-soin-metiers-du-prendre-soin-et-du-lien-representations-de-genre-et-pratiques-professionnelles.
- [2] Arborio AM. *Hommes et femmes aides-soignants : deux métiers différents ? Colloque dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Session genre et professions de santé.* Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-Mission recherche; 2005.
- [3] Buscatto M, Fusulier B. *Présentation. Les "masculinités" à l'épreuve des métiers "féminins".* *Rech Sociol Anthropol* 2013;44(2):1–19.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

La santé des hommes professionnels de santé : enjeux et perspectives

Alexis Bataille-Hembert
Infirmier, conseiller paramédical, corédacteur du rapport sur la santé des professionnels de santé

Mutuelle nationale des hospitaliers, Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 Paris, France

Hormis des pathologies spécifiques de la femme ou de l'homme, les problématiques physiques et mentales des professionnels de santé sont identiques. À la nuance que l'on prête aux hommes des capacités très genrées de force pour la manutention ou dans des situations de conflit, de résistance aux effets de l'alcool par exemple. Il convient de prêter une attention universelle à la santé des soignants et d'établir des politiques de prévention des troubles musculosquelettiques, des habitudes de vie néfastes (malbouffe, sédentarité, addictions), mais aussi de la santé mentale.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – genre ; professionnel de santé ; santé mentale ; trouble musculosquelettique

14

Bien que les femmes soient majoritaires dans la communauté des professionnels de santé, la présence d'hommes n'est plus un fait rare. De façon plus ou moins homogène selon les professions, soit directement après une formation initiale, soit dans le cadre d'une reconversion en formation continue, la blouse blanche se fait également masculine.

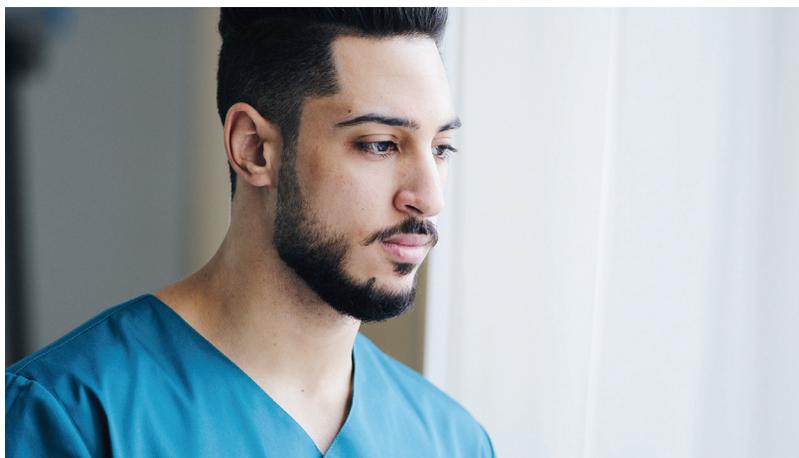
◆ **Depuis la dernière pandémie** et plus récemment par la remise du rapport sur la santé des professionnels de santé en octobre 2023 [1], ce dernier enjeu a pris une place à part entière dans le débat public et politique. La santé des soignants s'installe désormais comme une réponse possible aux défis de l'attractivité et de la fidélisation de ces derniers mais aussi d'amélioration de la qualité et

de la sécurité des soins. En effet, un professionnel de santé qui va bien est a priori un professionnel de santé qui soigne bien.

◆ **Même si certaines situations de santé** sont davantage rencontrées ou spécifiques des femmes (comme le cancer du sein ou de l'utérus), et cela pour différentes raisons (sociologiques, financières, etc.) dépassant le seul contexte de travail, les professionnels de santé masculins ne sont pas en reste de problématiques physiques ou psychiques. Focus aujourd'hui sur les enjeux et perspectives de la santé des hommes soignants.

Le corps, premier outil de travail du professionnel de santé

Le corps du professionnel de santé est soumis quotidiennement à une charge physique importante, tant dans un exercice hospitalier, qu'en structure médicosociale ou à domicile. Dans le cas précis des aides-soignants (AS), la manutention des patients, du matériel de soins, de cartons ou des chariots repas, dans des conditions parfois contraignantes et/ou inadaptées, est une réalité prégnante qui s'exprime par une fréquence importante des troubles musculosquelettiques (TMS) par rapport à la population générale. Tout particulièrement dans le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et des soins à domicile. Nous noterons que le taux d'accident du travail est un tiers plus élevé que pour les ouvriers des bâtiments et travaux publics par exemple [2].



© Yulia Kaveshnikova/stockadobe.com

La santé psychique est aussi mise à mal chez les soignants, sans différences de genre.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aidsoi.2024.08.003>

◆ **La prévention et la promotion de la santé au travail** ont une place fondamentale dans la réduction des TMS passant par, une médecine de prévention et de santé au travail robuste, l'achat et l'adaptation de matériels ou la formation aux techniques d'ergonomie, une acculturation aux risques professionnels auprès des hommes soignants. En effet, pour eux la "force physique" peut être perçue comme un attribut masculin à valoriser au sein d'un collectif de travail féminin. Celui-ci investissant lui-même cette "capacité" induite par le genre afin de faire réaliser par les hommes des activités nécessitant – selon l'expression souvent employée – des "bras", comme les situations de gestion des conflits ou les débordements [3].

◆ **Dans le même temps, il est important d'insister sur le rôle de la prévention** et de la capacité d'autosoins des soignants envers des pathologies masculines (comme le cancer des testicules) et certains comportements malsains de santé (tels que le manque d'activité physique régulière, un tabagisme ou l'alimentation déséquilibrée) qui, pour eux, ne sont pas spécifiques des hommes mais touchent de la même manière l'ensemble des professionnels de santé [1].

◆ **À ce sujet, une capacité simple, la littératie¹ en santé, doit être améliorée** et développée auprès des AS afin qu'ils puissent mieux appréhender les spécificités et les enjeux de leur propre santé comme fondamentale pour sa propre existence et comme outil de travail, donc de soin.

Un esprit sain dans un corps sain

Dans la continuité de la santé physique, la santé psychique est aussi mise à mal chez les soignants, sans différences de genre, allant de l'épuisement professionnel jusqu'au burn-out. La population AS est particulièrement impactée. La consultation nationale menée au cours de la mission ministérielle dédiée à la santé des professionnels de santé a relevé que 61 % d'entre eux déclarent avoir connu un ou plusieurs épisodes d'épuisement professionnel, et cela quel que soit le mode d'exercice [1].

De toute évidence, les troubles de la santé mentale peuvent conduire à l'adoption ou au renforcement d'addictions et à l'automédication, notamment d'anxiolytiques, afin de les aider dans la gestion des émotions et du stress.

◆ **Chez les hommes soignants, la situation est d'autant plus complexe** qu'elle semble relever de comportements soumis aux mêmes

stéréotypes que la santé physique², en particulier dans une société qui, face au diktat de la performance et la compétition [4], considère encore difficilement les troubles mentaux et la santé mentale, ou bien valorise la consommation d'alcool [5] comme d'énormes attributs masculins. En pareille situation, peu d'études le montrent, mais la posture d'homme soignant est difficile à apprivoiser et gérer.

◆ **Même si leur présence représente un atout dans certaines prises en soins [3]**, il ne coule pas de source qu'un homme exerce une activité du *care*, historiquement et culturellement associée aux femmes. Le moment des soins d'hygiène et de confort auprès d'une femme peut être délicat pour un AS. Au-delà du rapport au corps soigné, c'est une confrontation à des stigmates et *habitus* [6] qui régissent, le plus souvent inconsciemment, les rapports femmes-hommes.

◆ **Dans ce cadre, il est sans aucun doute utile de penser** une nouvelle fois au bagage individuel en procurant aux AS des moyens adéquats qui leur permettront d'adopter des stratégies d'adaptation efficaces et pertinentes dans la plupart des situations de la vie.

◆ **Aussi, il apparaît fondamental d'accélérer sur l'acquisition** et le développement des compétences psychosociales à chaque moment de la vie professionnelle.

Perspectives

L'amélioration de la santé des professionnels de santé est un défi global qui doit interpeller les femmes et les hommes qui œuvrent au quotidien des soins. En parallèle de grands besoins généraux qui émergent, non sans difficultés, des besoins de santé spécifiques sont identifiés et doivent également faire l'objet d'une attention particulière.

Il est important de considérer la santé des hommes professionnels de santé avec tout autant de savoirs et de connaissances – restant encore cependant à documenter et à analyser afin d'être le plus pertinent possible dans cette démarche holistique – prenant en compte, mais pas seulement, les subtilités de l'exercice soignant au masculin.

Par conséquent, la véritable question que soulève ce sujet est simple et nécessitera sans aucun doute une véritable politique publique de santé et un engagement collectif demain : en quoi la santé des soignants doit-elle être d'abord une réponse universelle ? •

Note

- ¹ Littératie : Aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/litteratie>
- ² NdLR. Movember souligne que : « *Chaque minute, un homme se suicide dans le monde. Les hommes, quelle que soit leur tranche d'âge, ne sont pas souvent conscients d'être atteints d'un problème de santé mentale et n'osent pas demander de l'aide. Les stéréotypes sur le rapport des hommes à leur virilité les tuent petit à petit.* » <https://fr.movember.com/about/mental-health>.

Références

- [1] Bataille-Hembert A, Crest-Guilluy M, Denormandie P. Rapport sur la santé des professionnels de santé. Paris: Ministère de la Santé et de la Prévention. 9 octobre 2023. <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-sur-la-sante-des-professionnels-de-sante>.
- [2] El-Khomri M. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 29 octobre 2019. <https://solidarites.gouv.fr/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-l-attractivite-des-metiers-du-grand>.
- [3] Olivier A. Des hommes de qualité. Genre et (dé)qualification dans des formations "féminines" du supérieur. Travail, genre et sociétés 2023;49(1):123–40.
- [4] Tostain M, Azoulay S. "Mon inégalité est plus injuste que la tienne" : l'impact du groupe de genre cible de l'inégalité et des appartenances genrées sur l'estimation et les explications des inégalités liées au genre. Bull Psychol 2024;584(2):41–62.
- [5] Déroff MC, Fillaut T. Boire : une affaire de sexe et d'âge. Rennes: Presses de l'EHESP; 2015.
- [6] Lecordier D. "Habitus". In: Formarier M, editor. Les concepts en sciences infirmières. 2^e ed. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers; 2012. p. 199–201.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Aides-soignantes et aides-soignants, ensemble pour le prendre soin

Évelyne Terrat

Rédactrice en chef adjointe

c/o L'Aide-soignante,
65 rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux
cedex, France

Lorsque l'on interroge les aides-soignants sur leur place dans une équipe féminine, il en ressort en priorité leur amour du métier, leur travail auprès des patients. Bien s'entendre avec l'équipe est fondamental.

© 2024 Elsevier Masson SAS.

Mots clés – aide-soignant ; équipe ; exercice ; mixité ; relation au patient

16

La profession d'aide-soignante (AS) demeure majoritairement féminine. Comment les AS appréhendent-ils cette minorité ? Certains voient des avantages à travailler dans une équipe féminine, même si la mixité offre au patient la possibilité de choisir à qui se confier ou de préférer qu'une femme les aide à la toilette

plutôt qu'un homme, et inversement. Rencontre avec Alexandre, 37 ans, qui travaille dans le service de traumatologie-oto-rhino-laryngologie au centre hospitalier de Pau (Pyrénées-Atlantiques), et Julien, 43 ans, qui exerce en service de gériatrie et psychiatrie adulte à Marseille (Bouches-du-Rhône). •

Alexandre, « être aide-soignant au quotidien est un bonheur pur »

J'ai commencé en tant qu'agent des services hospitaliers (ASH) dans une clinique paloise (Pyrénées-Atlantiques). Il y a quinze ans, je me suis dirigé vers le métier d'aide-soignant (AS) pour la proximité avec les populations, la réponse à leurs besoins du quotidien, leurs attentes, leurs angoisses, leurs craintes (ainsi qu'à leurs proches, leurs aidants qui les accompagnent).

◆ **Mon travail me permet de faire le lien entre les différents acteurs** qui gravitent autour de leur prise en charge (médecins, infirmiers, secrétaires, ASH, cadres et infirmières coordinatrices).

Ma position d'homme n'est que bénéfique. Je suis chouchouté et j'ai un rôle protecteur envers mes collègues. Je suis aussi en mesure d'abaisser le niveau conflictuel qu'il peut y avoir par moments en raison de notre charge de travail. Les sollicitations pour les transferts de patients sont plus des moments complices soignants-patient que des contraintes propres. Être AS au quotidien est un bonheur pur.

◆ **L'atypisme des caractères et l'adaptabilité sont les qualités nécessaires** pour persévérer dans ce métier qui peut être lourd au quotidien. Quand je quitte le travail, alors j'oublie tout, et je retrouve ma compagne et mes trois enfants



© A. Diotalleva

L'équipe du service de traumatologie au centre hospitalier de Pau.

qui font, tous les quatre, mon bonheur et la personne épanouie que je suis au quotidien. Mais je n'oublie pas, après une absence plus ou moins longue, de prendre des nouvelles des membres de mon équipe (et de mes anciens collègues).

◆ **En effet, j'ai travaillé auparavant dans les services de gériatrie et de réanimation**, avec lesquels j'ai gardé des contacts. L'hôpital de Pau est une communauté à laquelle je suis fier d'appartenir. Et c'est ce qui fait que, pour rien au monde, à l'heure actuelle, je ne changerai ni de lieu ni de métier.

Adresse e-mail :
e.terrat46@laposte.net
(É. Terrat).

Julien, « quand il y a un problème au sein de la clinique, il est plus facile d'intervenir avec des hommes qu'avec des femmes »

Je travaillais auparavant dans le secteur social et j'ai eu l'impression d'en avoir fait le tour, après avoir accompagné tous les publics : les sans-abris, les femmes isolées, les foyers pour enfants, les foyers tremplins, etc.¹ J'avais envie de me tourner vers autre chose, vers le médical et je suis devenu aide-soignant (AS).

◆ **Travailler en service de psychiatrie était dans la continuité du social** avec beaucoup de relationnel : on peut prendre le temps avec les personnes pour monter des projets et discuter.

À la clinique des Trois-Cyprés de La Penne-sur-Huveaune (Bouches-du-Rhône) spécialisée en psychiatrie, j'ai commencé par des remplacements auprès d'adolescents. C'est un service qui est très compliqué ; on est confronté à des passages à l'acte (des tentatives de pendaison, de grosses scarifications, des intoxications médicamenteuses volontaires [IMV]). Après un an et demi, je me suis dirigé vers les jeunes adultes, avec lesquels il y a davantage de relationnel, beaucoup plus de contacts ; on pouvait vraiment discuter. En secteur adultes, on rencontre des situations de sevrage (alcool, cannabis, cocaïne), des dépressions ainsi que des passages à l'acte. Elles demandent beaucoup d'écoute.

◆ **Aujourd'hui je suis en poste à la clinique des Trois-Lucs à Marseille (Bouches-du-Rhône), en psychiatrie adulte**, où l'on accompagne beaucoup de personnes avec addiction ou souffrant de dépression, et en gériopsychiatrie. En gériopsychiatrie, l'AS aide davantage pour les activités quotidiennes (toilettes), il stimule et mobilise pour préserver l'autonomie.

◆ **Aux Trois-Cyprés, j'étais le seul homme**, hormis les médecins ou les hommes d'entretien. Aux Trois-Lucs, l'équipe est vraiment mixte ; il y a autant de personnel hommes que de personnel femmes. Il me semble qu'il est parfois compliqué de s'intégrer dans une équipe uniquement féminine ; étant le seul homme, on se sent un peu mis de côté selon les discussions. Mais après quelque temps, "ça roule". Dans une équipe mixte, tout le monde se connaît et le relationnel est plus facile.

◆ **De plus, quand il y a un problème au sein de la clinique**, par exemple des personnes qui rentrent complètement ivres, il est plus facile d'intervenir avec des hommes qu'avec des femmes, en particulier lorsque l'on suspecte que le patient a rapporté de l'alcool et qu'on lui demande

de fouiller ses affaires. S'il monte en pression et décompense en voulant frapper tout le monde, il semble plus risqué que des femmes le prennent en charge pour l'isoler dans une chambre et faire des rondes toutes les quinze minutes pour le rassurer et l'hydrater. Dans ce genre de situation, il y a des relais (les étudiants et étudiantes restent à l'écart). En cas de risque d'agressivité physique d'un patient, il apparaît plus logique à l'équipe que des hommes interviennent plutôt que des femmes s'il faut le maîtriser.

◆ **Certaines patientes, en gériopsychiatrie, refusent qu'un homme les aide pour la toilette.** Nous respectons leur pudeur et n'allons pas à l'encontre de leur choix. Comme nous sommes en équipes mixtes, mes collègues féminines prennent la suite. À l'inverse, certains patients, hommes ou femmes, préfèrent parler aux hommes, donc ils viennent me solliciter pour des entretiens, pour me raconter des choses qu'ils ne disent pas au personnel féminin. J'ai de très bons rapports avec les patients et c'est vrai qu'ils se confient beaucoup à moi.

◆ **En psychiatrie, l'AS ne fait pas énormément de soins ; il y a beaucoup d'écoute.** La psychiatrie est un secteur vraiment particulier comparé aux autres services médicaux. De l'extérieur, on pourrait avoir l'impression que l'on ne travaille pas beaucoup. C'est un service qui est aussi dur que les autres, voire plus dur, parce qu'en réalité tout se joue dans le relationnel. Nous travaillons en douze heures ; il faut tout d'abord s'entendre avec l'équipe. Ensuite il faut avoir la fibre relationnelle, aller vers les patients, prendre le temps d'apprendre pourquoi ils sont là, leur proposer des activités et ne pas rester entre professionnels ou étudiants. Je me suis aperçu que souvent les étudiants se regroupent ensemble, ne vont pas au contact avec le patient. Je trouve ça dommage, alors que c'est super intéressant de prendre le temps de connaître son histoire de vie. En douze heures, on a vraiment le temps d'individualiser les soins. Il y a des patients demandeurs, qui risqueraient de ne rien faire de la journée, il faut donc monter des animations pour eux, pour les aider au maximum.

Je compte prochainement passer le concours et entrer en formation infirmière.

¹ D'après les propos recueillis par Marie-Laure Borry.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Ptérygion et pinguécule, deux types de dégénérescence conjonctivale fréquents

Le ptérygion et la pinguécule sont deux formations bénignes qui se développent au niveau de la conjonctive. Parmi leurs origines, la forte exposition à des rayons ultraviolets est souvent retrouvée. Ces deux excroissances sont faciles à observer. Elles n'ont pas de caractère de gravité ; des traitements peuvent être initiés à titre préventif, voire curatif.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – conjonctive ; pinguécule ; ptérygion ; rayon ultraviolet ; sécheresse oculaire

Ptérygion et pinguécule sont deux néoformations (figure 1), en rapport avec une lésion dégénérative élastique de la conjonctive bulbaire [1–3]. Ptérygion signifie, en grec, aile ; cette dénomination est liée aux caractéristiques de son développement comme une voile ou une aile triangulaire. Pinguécule est un terme qui dérive du mot latin *pinguiculus* (grassouillet), car cette formation prend l'aspect d'un lobule graisseux.

Épidémiologie et origines

Ces excroissances sont fréquentes :
 • la prévalence de la pinguécule varie en fonction de l'origine géographique du patient. Elle avoisine en moyenne 22,5 % dans les zones les moins fréquemment concernées (c'est-à-dire les moins chaudes du continent), et près de 97 % pour les autres plus proches de l'équateur (intertropicales) [1,3] ;
 • l'incidence du ptérygion avoisine en moyenne les 10 % [1,3].

Le tableau 1 permet d'évaluer les origines de la formation de ces deux entités.

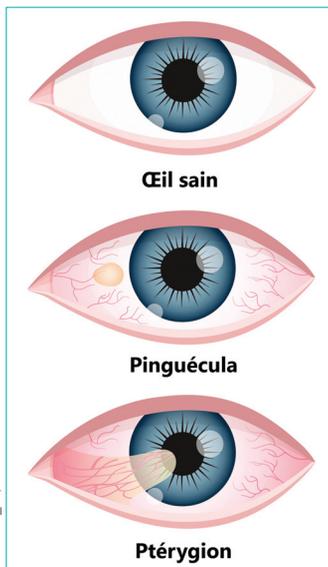


Figure 1. Présentation de la pinguécule et du ptérygion.

Éléments cliniques de distinction

◆ **Les processus de ces formations diffèrent :**

- la pinguécule est en rapport avec des dépôts amorphes sous-épithéliaux. Cette évolution conjonctivale induit une dégénérescence du collagène sous-épithélial ;
- le ptérygion est secondaire à un développement fibrovasculaire au niveau de la partie antérieure de la cornée (figure 2).

◆ **Dans un premier temps, il est important de noter la localisation de ces deux pathologies conjonctivales [1,4,5] :**

- la pinguécule est observée le plus souvent au niveau du limbe sur sa partie temporale ou nasale, et de la zone d'ouverture palpébrale (partie nasale). Elle apparaît sur la zone de la conjonctive bulbaire ;
- le ptérygion se développe au niveau de la partie antérieure de la cornée.

◆ **Cliniquement, la pinguécule prend l'aspect d'épaississement, d'une formation tumorale de couleur jaune ou parfois grise.** Sa taille varie, mais son développement est peu rapide. La base de cette structure épaissie est triangulaire souvent, dont une pointe se dirige vers l'angle de l'œil. La pinguécule reste asymptomatique ; les patients consultent uniquement pour se plaindre d'un inconfort esthétique, ou afin de connaître l'origine de cette formation. Cependant, en cas de traumatisme mécanique (port de lentilles qui se plaquent sur cette excroissance notamment), il est possible d'observer une gêne en rapport avec une inflammation qui siège sur le relief de la pinguécule (la pinguéculite)

Pierre Francès^{a,*}
Médecin généraliste

Vlada Liaschenko^b
Externe

Enzo Lescure^b
Externe

Inès José^b
Interne en médecine générale

^aCabinet médical,
1 rue Saint-Jean-Baptiste,
66650 Banyuls-sur-Mer, France
^bFaculté de médecine
Montpellier-Nîmes,
2 rue de l'École-de-Médecine,
34090 Montpellier, France

Tableau 1. Les différentes causes de la survenue d'un ptérygion ou d'une pinguécula.

- Une exposition sol aire trop prolongée.
- La sécheresse oculaire.
- Une atmosphère dans son lieu d'habitation qui est trop sèche.
- Une exposition récurrente à certains polluants atmosphériques, aux poussières ou certains allergènes.
- Un âge avancé du patient (le plus souvent plus de 60 ans).
- Des facteurs génétiques inducteurs de cette entité (gènes *KRT9* et *TRPV3* notamment).
- Une inflammation persistante lors de la pose de lentilles inadaptées, ou pas régulièrement changées.
- Certaines anomalies métaboliques (hypercholestérolémie le plus fréquemment).

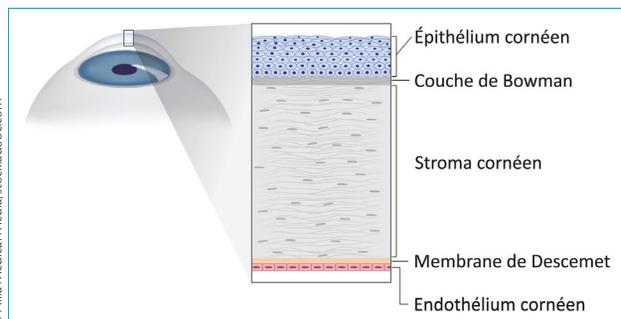


Figure 2. Représentation schématique de la cornée (l'épaisseur des différentes couches n'est pas à l'échelle).

(figure 3). Cette situation peut être responsable d'un larmoiement, ou de sensations de corps étrangers.

◆ **Le ptérygion (figure 4) est une forme de voile de couleur blanc-gris** qui se développe vers le centre de la cornée. Cette expansion semble être due à des anomalies de la structure de la membrane de Bowman qui sépare l'épithélium cornéen du stroma cornéen. Il est, tout comme la pinguécula, tout à fait asymptomatique. Cependant, son développement peut s'effectuer vers le centre de la cornée, ce qui peut induire un astigmatisme



Figure 3. Pinguéculite avec vaisseaux conjonctivaux très apparents chez une patiente de 75 ans.

sévère (ce phénomène est facilité par la pression exercée par cette néoformation) et, dans certaines situations, peut favoriser une modification de la motilité oculaire en générant une diplopie ("vision double" d'un objet unique) lors de la mobilisation du globe oculaire. Le patient peut aussi se plaindre d'une sensation de corps étranger, et présenter un larmoiement dès lors qu'une inflammation à ce niveau apparaît (figure 5).

Il existe aussi une forme qui peut être confondue cliniquement avec un ptérygion : le pseudo-ptérygion, qui est en rapport avec des adhérences au niveau d'une conjonctive cicatricielle, cicatrice qui fait suite à un traumatisme mécanique ou chimique.

La prise en charge

La prise en charge comprend la prévention des complications et les traitements curatifs [1,4,6].

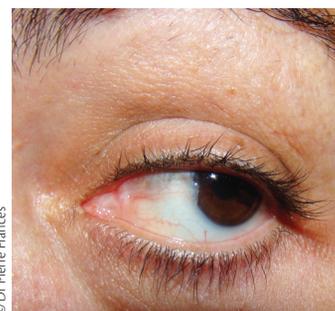


Figure 4. Ptérygion avec une forme de voile de couleur blanc-gris.

À titre préventif

Une protection vis-à-vis du soleil est un impératif pour ces patients, cela pour éviter l'apparition ou l'aggravation de cette pathologie.

◆ **On doit également intervenir pour éviter tout contact avec des allergènes** ou des polluants pouvant favoriser ce développement. Une adaptation du poste de travail de ces patients est également à discuter dès lors que les conditions atmosphériques (vent et poussières) sont présentes.

Il est également important de bien choisir les lentilles (si le patient en a l'habitude ou le nécessite), car le port de lentilles inadaptées ou mal nettoyées peut être à l'origine, en raison d'un contact prolongé avec un ptérygion ou une pinguécula, d'une inflammation. Il est parfois nécessaire de recommander de ne plus porter des lentilles dans ce contexte, et expliquer que la seule alternative dans le cas d'inflammations récurrentes est le recours aux lunettes.

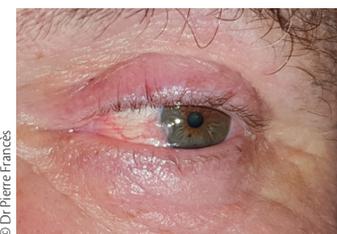


Figure 5. Inflammation au niveau d'un ptérygion qui est secondaire au port de lentilles chez un patient de 62 ans.

◆ En parallèle, il est également important chez les sujets ayant des hypercholestérolémies, familiales ou non, de les prendre en charge.

◆ Enfin, nous devons préconiser le recours à des humidificateurs dès lors que l'atmosphère du lieu d'habitation est trop sèche.

À titre curatif

Le plus souvent, l'abstention thérapeutique est la règle car, dans les deux cas de figure, le patient est asymptomatique.

◆ Cependant, il est possible de recourir à des traitements par collyres anti-inflammatoires, et des agents mouillants (comme la prescription de larmes artificielles) dès lors qu'un inconfort survient, ou une inflammation est mise en évidence.

◆ La chirurgie est parfois indiquée en cas de ptérygion dès lors qu'il menace l'axe visuel. Dans ce cas, on effectue une excision et un lissage à la fraise au diamant ou au laser de la tête et du corps du ptérygion. Cependant, les récurrences sont fréquentes, et peuvent conduire à des traitements par kératoplastie (greffe de cornée). Il est possible également, pour éviter cet écueil de récurrence, d'administrer certains traitements comme la mitomycine (antibiotique à effet antinéoplasique) ou de réaliser une autogreffe. Le traitement chirurgical de la pinguécula est effectué à des fins purement esthétiques, le plus souvent.

Deux cas cliniques

◆ **Josée, 79 ans**, consulte à la demande de ses enfants car depuis quelques années elle présente une sorte de voile qui se développe au niveau de la conjonctive de son œil gauche, voile qui a tendance à croître vers la cornée (figure 6). Outre le fait que cette formation pourrait être une tumeur, la fille de

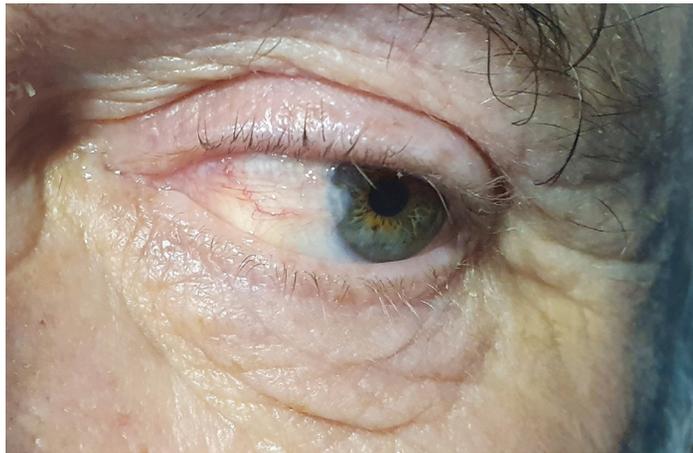


Figure 6. Voile de couleur blanche s'étendant vers la cornée chez une patiente de 79 ans : ptérygion.



Figure 7. Formation de la taille d'un petit pois de couleur jaune au niveau de la conjonctive de l'œil d'une patiente de 56 ans : pinguécula.

cette patiente a peur qu'une évolution en modifiant le champ visuel puisse survenir chez sa mère qui est souvent négligente en matière de santé. En fait, la lésion de Josée est en rapport avec un ptérygion.

◆ **Adeline, 56 ans**, souhaite avoir des explications au sujet d'une formation de couleur jaune qui a la taille d'un petit pois et qui siège au niveau de la conjonctive (figure 7). Cette dernière veut connaître l'origine du développement de cette formation qu'elle juge peu esthétique. Très coquette, elle souhaite également savoir si un traitement chirurgical simple pourrait être réalisé pour la faire disparaître. Les caractéristiques cliniques

observées sont en rapport avec une pinguécula.

Conclusion

La connaissance du ptérygion et de la pinguécula est nécessaire pour tout professionnel de santé, car ces deux pathologies de la conjonctive sont fréquentes. Ces deux entités sont faciles à observer. Souvent, les patients souhaitent avoir une information éclairée sur l'origine, mais aussi la prise en charge de ces deux types de dégénérescence conjonctivale. Si elles n'ont pas de caractère de gravité, leur traitement tant sur un plan préventif que curatif est bien codifié. ●

Références

- [1] Lang GK. Atlas de poche en couleurs. Ophthalmologie. Paris: Maloine; 2002.
- [2] Suarez MF, Echenique J, Lopez JM, et al. Transcriptome analysis of pterygium and pinguecula reveals evidence of genomic instability associated with chronic inflammation. *Int J Mol Sci* 2021;22(21):12090.
- [3] Shields JA, Shields CL. Eyelid, conjunctival and orbital tumors. An atlas and textbook. 3^e ed. Philadelphia (États-Unis): Wolters Kluwer; 2016.
- [4] Mandava S, Sweeney T, Guyer D. Atlas de poche d'ophtalmologie. Le guide de poche du Manhattan eye, ear and throat Hospital. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1999.
- [5] D'Hermies F, Meyer A, Sam H, et al. Inflammation d'une pinguécula ectopique. *J Fr Ophtalmol* 2002;25(9):979-82.
- [6] Ben Rayana N, Fezzani M, Adib S, Ben Hadj Hamida F. Le traitement chirurgical du ptérygion. Comment minimiser les récurrences ? *J Fr Ophtalmol* 2007;30 (Suppl2):25185.



© djfarfower/stock.adobe.com

Michèle MarchiCadre de santé, membre
de la société savante
du Gérafcasc/o L'Aide-soignante,
65 rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux
cedex, France

La charte Éthique et accompagnement du grand âge

La société française comptera bientôt un quart de sa population représentée par des personnes de plus de 65 ans. Dans la période post-Covid, une réflexion majeure s'est fait jour sur la place des aînés dans cette société. En ce sens, les pouvoirs publics ont initié une réflexion qui a conduit à la rédaction de la charte Éthique et accompagnement du grand âge.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – accompagnement ; charte ; grand âge ; pratique professionnelle ; réflexion éthique

En 2020, la France comptait 13,7 millions de personnes de plus de 65 ans, ce qui représentait 20,5 % de la population. Elles seront 20 millions en 2030 [1].

◆ Cette évolution et la révolution de la longévité s'accompagnent également d'une aspiration des aînés à être respectés dans leur dignité, leur autonomie et leur participation à la vie sociale et également en tant qu'acteurs et sujets de droit. En ce sens, de nos jours, nos aînés sont davantage partie prenante des orientations des politiques publiques du grand âge.

◆ Pendant ces dernières années, avec la crise sanitaire due à la pandémie de Covid-19 comme révélateur, un malaise croissant est apparu quant à la place des personnes âgées dans la société. En effet, nos aînés ont payé le plus lourd tribut lors de cette pandémie de par leur vulnérabilité, leur isolement ou le manque de prise en soins adaptée. Les professionnels mais aussi les familles, les aidants sont bousculés dans leurs pratiques et postures. Les séniors d'aujourd'hui bouleversent la culture actuelle et forcent une clarification quant

aux valeurs sur lesquelles reposent les prises en soins des personnes âgées. Il s'agit donc de mieux adapter les pratiques dans une vision éthique.

Une réflexion éthique du grand âge, genèse de la charte

◆ Afin d'apporter des repères communs, en 2020, la ministre déléguée en charge de l'Autonomie, Brigitte Bourguignon, lance un projet de création

philosophe et directeur adjoint de l'Espace de réflexion éthique d'Île-de-France et de l'Espace national de réflexion éthique sur les maladies neuro-évolutives.

◆ Qu'est-ce que l'éthique dans ce domaine ? Il s'agit d'une réflexion sur les valeurs et le sens que nous donnons à nos engagements, actions et positions. Concrètement, en ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées, cela signifie être respectueux de la personne humaine, parfois vulnérable, qu'il faut aider dans son quotidien en tenant compte de sa complexité et de ses proches (famille, aidants).

◆ Qu'est-ce qu'une charte ? Par extension, une charte est une « règle fondamentale ; un ensemble de principes fondamentaux d'une institution officielle » [4]. Même si elle ne relève pas d'un ensemble d'injonctions pour les professionnels ou les aidants, cette charte éthique vise à affirmer des valeurs essentielles et prévenir certains comportements non adaptés. Si elle n'est pas directement opposable d'un point de vue légal, elle fixe un cadre auquel se référer.

Une charte fixe un cadre auquel se référer

d'une charte d'Éthique et d'accompagnement du grand âge (encadré 1 [2]). Elle précise en présentant les objectifs de cet écrit : « La promesse de cette charte n'est pas d'apporter des solutions toutes prêtes, des recettes instantanées, mais bien de répondre – avec nuances – à cette complexité. » [3] La mission de l'écriture de cette charte est confiée à Fabrice Gzil,

Adresse e-mail :
michele.marchi7@gmail.com
(M. Marchi).

Encadré 1. Les dix grands principes de la charte commentés [2]

La charte éthique et accompagnement du grand âge met en exergue dix points d'attention sur lesquels les acteurs du grand âge fondent leur pratique quotidienne de l'accompagnement et du soin. Elle doit être diffusée largement.

◆ **1. Reconnaître chaque personne dans son humanité et sa citoyenneté, dans son inaliénable dignité et dans son identité singulière.**

Lui témoigner solidarité, considération et sollicitude quels que soient son âge, son état de santé, ses capacités ou son mode de vie.

◆ **2. Favoriser l'exercice par la personne de l'ensemble de ses potentialités. Se préoccuper de l'effectivité de ses droits.**

Préserver le plus possible son intégrité, son bien-être, son confort et ses intérêts, tout en réduisant au maximum les restrictions éventuelles à l'exercice de ses libertés.

◆ **3. Être à l'écoute de ce que la personne sait et de ce qu'elle exprime. L'informer de façon honnête, adaptée et respecter ses décisions.**

S'assurer de son consentement ou, à défaut, de son assentiment. Tenir compte de son histoire, de sa culture et de ce à quoi elle attache de la valeur.

◆ **4. Garantir un accès équitable à des soins et à des aides appropriés.**

Faire en sorte que la personne puisse bénéficier, au moment opportun, d'une évaluation de sa situation et de ses besoins. Évaluer l'impact des interventions sur le bien-être global de la personne.

◆ **5. Protéger le droit pour chaque personne d'avoir une vie sociale, une vie familiale, une vie affective et une vie intime.**

Respecter son droit à la vie privée, préserver le plus possible son intimité ainsi que la confidentialité des informations et des données qui la concernent.

◆ **6. Accompagner la personne de manière globale et individualisée, même lorsque des aides ou des soins importants sont nécessaires.**

Tenir compte de l'ensemble de ses besoins physiques, psychiques et sociaux. Favoriser son autonomie de vie et son inclusion dans la société.

◆ **7. Faire en sorte que chacun puisse bénéficier, jusqu'au terme de son existence, de la meilleure vie et de la meilleure qualité de vie possible.**

Permettre aux personnes qui le souhaitent d'indiquer à l'avance leurs préférences et leurs volontés. Prendre soin des mourants et honorer les défunts.

◆ **8. Respecter dans leur diversité les savoirs, les compétences, les rôles et les droits des familles et des proches. Soutenir les aidants familiaux et les proches aidants.**

Si la personne accompagnée n'y est pas opposée, s'efforcer de bâtir avec les aidants des liens de coopération et de confiance mutuelle.

◆ **9. Prendre soin des professionnels et des bénévoles, les considérer et les soutenir dans leur engagement auprès des personnes.**

Faire en sorte qu'ils se sentent écoutés et reconnus dans leurs compétences. Les sensibiliser au repérage et à la prévention des maltraitances.

◆ **10. Prendre des décisions informées, réfléchies et concertées, dans l'intérêt de tous.**

Encourager la production de savoirs et la remontée des informations. Préserver des espaces pour le questionnement et la réflexion. Renforcer la collégialité des décisions en consultant l'ensemble des personnes concernées.

Création, principes et contenus de la charte

Cette charte s'est appuyée sur les témoignages de 4 350 personnes avec un cadre légal

(notamment l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles [5]). Parmi celles-ci, on compte des personnes âgées, des aidants familiaux et proches aidants, des

professionnels du secteur, des bénévoles et citoyens ayant un intérêt pour ces questions du grand âge. Ainsi, il s'agit de celles et ceux qui sont engagés ou impliqués dans le soin

Références

- [1] Institut national de la statistique et des études économiques. Tableaux de l'économie française. Éd. 2020. Insee Références. 27 février 2020. www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291.
- [2] Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Charte éthique et accompagnement du grand âge. 2 septembre 2021. <https://solidarites.gouv.fr/charte-ethique-et-accompagnement-grand-age>.
- [3] Charte éthique et accompagnement du grand âge. 2 septembre 2021. www.espace-ethique.org/charte-grand-age.
- [4] Centre national de ressources textuelles et lexicales. Définition de la "charte". www.cnrtl.fr/definition/charte.
- [5] Code de l'action sociale et des familles – article L.311-3. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294.
- [6] Ancet P. Conflits de valeurs internes aux sujets et aux organisations. Rue Descartes 2017;91(1):106–18.
- [7] Haute Autorité de santé. Manuel. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Version 2024. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf.



La charte éthique et accompagnement du grand âge sert de support d'analyse lors de situations concrètes difficiles à arbitrer.

et l'accompagnement. Cette charte doit favoriser, en tant que support, l'analyse d'un point de vue éthique lors de situations concrètes difficiles à arbitrer sur le terrain. Elle pourrait permettre ainsi d'accompagner les évolutions actuelles dans les pratiques et les organisations.

◆ **Certaines convictions ont soutenu cette charte** comme l'idée qu'il n'existe pas une éthique spécifique des personnes âgées, il s'agit davantage d'une éthique universelle adaptée pour tenir compte des spécificités du grand âge mais également des situations personnelles diverses dans leur complexité (santé, lieu de vie, etc.). Cette charte tient compte de la culture de l'accompagnement des personnes âgées et de son renouvellement.

◆ **Par ailleurs, elle ne doit pas ignorer les tensions**

éthiques qui peuvent surgir entre différentes valeurs. En effet, dans de nombreux métiers, la définition des termes et conceptions risque de créer des conflits entre les personnes. Comme le précise le philosophe Pierre Ancet (2017), le concept même de "valeur" peut avoir des interprétations multiples : « Désigne-t-il une valeur transcendante ou une valeur pratique (un système normatif érigé en valeur) ? La valeur d'un être humain désigne-t-elle ce qui est au-dessus de tout prix (sa dignité intrinsèque) ou sa valeur économique (ce que coûte tel ou tel être humain à la collectivité pour être pris en soins) ? » [6]

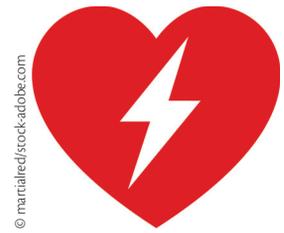
Conclusion

La charte Éthique et accompagnement du grand âge tend à favoriser l'exercice par la personne de l'ensemble de ses potentialités. Elle peut

également servir à la pratique des aides-soignants qui sont souvent les plus proches des personnes âgées dans les structures sanitaires et médico-sociales. En effet, cette charte peut devenir une référence lors des analyses de pratiques professionnelles et ainsi améliorer la qualité de prise en soins des usagers. Elle est, plus globalement, un formidable outil pour les soignants qui souhaitent, en équipe pluriprofessionnelle, mener une réflexion éthique et, de ce fait, améliorer l'accompagnement des personnes âgées dans notre société. Aujourd'hui, la démarche éthique n'est plus optionnelle. En effet, la Haute Autorité de santé a introduit des critères permettant d'évaluer si un établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique pour l'ensemble des acteurs [7]. •

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Le soignant face à un accouchement extrahospitalier



© martialred/stock.adobe.com

Lorsqu'il survient hors de l'hôpital, connaître le déroulement de l'accouchement aide la personne présente à accompagner au mieux la parturiente dans l'attente des secours. Il faut installer la future mère, surveiller le travail et savoir agir pendant l'expulsion. Les soins au nouveau-né pourront être différés s'il n'y a pas de signe de détresse.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – accouchement ; délivrance ; expulsion ; extrahospitalier ; travail

Aymeric Lapp

Cadre de santé paramédical, formateur

c/o L'Aide-soignante,
65 rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux,
cedex, France

La réorganisation de l'offre de soins a vu fermer un certain nombre de services de maternité. Il arrive que l'accouchement se produise en dehors d'un service médicalisé, dans n'importe quel endroit, bien souvent à domicile. Tout le monde peut être confronté à devoir accompagner un accouchement extrahospitalier¹. Dans cette situation, dans l'attente des secours, l'aide-soignant serait amené à agir en tant que citoyen. La nature fait très souvent bien les choses ; néanmoins, l'intervention d'un professionnel de santé peut aider au déroulement plus serein de l'accouchement extrahospitalier. L'accouchement se déroule en trois phases : le travail, l'expulsion et la délivrance.

Pendant le travail

◆ **Afin de définir l'imminence de l'accouchement**, l'intervenant interroge la parturiente² sur :

- la date prévue d'accouchement³.
- En cas d'accouchement prématuré, un renfort éventuel du service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) néonatal sera demandé ;
- le lieu de suivi de la grossesse ;
 - les éléments d'une grossesse à risque : antécédents maternels (diabète, hypertension, trouble de

la coagulation), antécédents de césarienne, grossesse multiple, placenta inséré bas ;

- la description des contractions (début, durée, rythme, intensité) ;
 - la rupture de la poche des eaux.
- Si la poche s'est rompue, demander ou observer l'aspect du liquide amniotique. Un liquide amniotique vert "méconial" doit faire suspecter une souffrance fœtale. Les signes de gravité doivent être identifiés : envie de pousser, panique, hémorragie.

◆ **Avec ce recueil d'informations**, il convient d'alerter un service de secours comme le service d'aide médicale urgente (Samu) (15) ou les sapeurs-pompiers (18). Le score de Malinas (*tableau 1*), qui permet de graduer l'imminence d'un accouchement, est déterminé par le médecin urgentiste qui reçoit l'appel au centre 15 et guidera l'intervenant jusqu'à l'arrivée des secours. Si le score est supérieur à 5, le recours au Smur est nécessaire. En attendant l'arrivée de l'équipe de secours, la parturiente doit être installée sur le dos (en travers d'un lit selon le lieu, les fesses éloignées du bord du lit, en position gynécologique), bassin surélevé, genoux ramenés vers le thorax.

◆ **Au domicile**, une protection pour le matelas est prévue ainsi

qu'une bassine installée à terre et entre les pieds. La température de la pièce est augmentée si possible (radiateurs d'appoint).

◆ **Les paramètres vitaux sont régulièrement contrôlés** : fréquence, amplitude, rythme pour la ventilation et la circulation. Si du matériel est sur place, on prendra aussi une pression artérielle et une saturation en oxygène.

◆ **Si le médecin décide de transporter avant expulsion**, l'équipe veillera à :

- installer la parturiente en décubitus dorsal, ou latéral gauche (le côté gauche évite la compression de la veine cave inférieure par le fœtus) si les contractions deviennent douloureuses ;
- ramener le menton de la femme sur le thorax, tout en expirant pendant les contractions ;
- en cas de saignement ou de tachycardie : décubitus latéral gauche, surélévation des jambes et oxygène au masque haute concentration 9 à 12 L/min.

L'expulsion

◆ **Au moment de l'expulsion**, le soignant doit se protéger au mieux d'éventuelles projections. Selon le contexte, l'équipe de secours aménage une table avec du matériel

Notes

¹ L'article R. 4311-14 du Code de la santé publique dispose : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. »

² Femme en travail, sur le point ou en train d'accoucher.

³ Le calcul du terme se fait à partir de la date des dernières règles + 14 jours + 9 mois.

Tableau 1. Score de Malinas¹.

Cotation	0	1	2
Nombre d'accouchements (parité)	1	2	3 et +
Durée du travail	< 3 h	3 à 5 h	> 5 h
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1 min
Intervalle entre les contractions	> 5 min	3 à 5 min	< 5 min
Perte des eaux	Non	Récente	> 1 h

¹ Si le score est inférieur ou égal à 5, l'accouchement a peu de risque de survenir avant une heure.

d'aspiration, pour aspirer les choanes du nouveau-né, des clamps de Barr, pour clamper le cordon ombilical. Du matériel chaud (serviettes chauffées au four à micro-ondes, champs stériles dans l'idéal) est réservé pour sécher et réchauffer le nouveau-né (prévoir un bonnet).

◆ **Si le bébé se présente par le sommet** (95 % des cas), le soignant doit :

- empêcher une sortie trop rapide de la tête ; il incite la parturiente à pousser uniquement pendant les contractions utérines (trois efforts par contraction) ;
- une main sur le front du nouveau-né qu'il relève, l'autre main placée en sus-pubien (modération) ;
- placer la tête dans l'axe du dos ; si le cordon ombilical est autour du cou, rapidement le dénouer, voire le clamper précocement ;
- dégager l'épaule antérieure (dirigée vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien, puis postérieure) ;

- dégager l'épaule postérieure en se relevant (attention risque de déchirure du périnée). La femme arrête alors de pousser, la main gauche du soignant contrôle la sortie de la tête du bébé, la main droite présente la tête à travers le périnée ;

- saisir fermement le nouveau-né par les aisselles. En effet, le nouveau-né est recouvert de vernix caseosa (matière sébacée blanchâtre) qui le rend très glissant.

◆ **Si le bébé se présente par le siège complet** (assis en tailleur), il convient de suivre les consignes médicales du Samu :

- ne surtout pas tirer sur les pieds ;
- ne pas faire pousser avant que le nouveau-né soit descendu, puis faire pousser fort et longuement à chaque contraction.

◆ **Si le bébé se présente par le siège décompleté** (jambes relevées, avec les pieds à hauteur de la tête), il convient :

- d'attendre l'arrivée du siège à la vulve pour recommander de pousser ;
- de surtout ne jamais tirer mais faire pousser ; se contenter de soutenir l'enfant au niveau du siège, sans exercer la moindre traction ;
- le dos du bébé doit tourner en avant ; si la manœuvre ne se fait pas, le praticien saisit les hanches des deux mains et tourne le dos vers l'avant ;
- de ne jamais tirer sur le cordon.

Pendant la délivrance

La délivrance correspond à l'expulsion du placenta. Elle se produit 10 à 20 minutes après l'expulsion. Il faut expliquer à la mère la reprise

normale des contractions pour effectuer la délivrance. En prévention du risque hémorragique, faire vider la vessie avant la délivrance afin d'éliminer tout obstacle à une bonne rétraction utérine. Le placenta est conservé pour être examiné par un médecin. En cas de saignement, et en l'absence de médecin, appuyer fermement sur l'ombilic de la mère. Une respiration lente est instaurée. Les paramètres vitaux de la mère sont surveillés.

Soins au nouveau-né

◆ **Pour prévenir l'hypothermie**, le corps entier du nouveau-né est minutieusement séché. Sont alors notées sa coloration, ses pulsations cardiaques (pouls huméral, au niveau du tendon du biceps), sa fréquence respiratoire, sa mobilité spontanée et sa réponse aux stimuli. Ainsi, le médecin pourra donner un avis sur l'état de santé du nouveau-né grâce au score d'Apgar.

◆ **Le plus rapidement possible**, éliminer une détresse respiratoire et désobstruer les voies aériennes supérieures (sondes 6 ou 8). Dans de rares cas, une réanimation peut être nécessaire. Le nouveau-né est réchauffé par la technique du peau à peau avec la mère et/ou avec du matériel (serviettes, bonnet sur la tête, etc.) ; cela crée également le lien. Il peut être placé sur la mère alors même que la délivrance n'a pas encore eu lieu.

◆ **Si l'arrivée du médecin n'est pas imminente**, clamper le cordon à environ 20 cm de l'ombilic. •

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

La déclaration de naissance

La déclaration de naissance dans les cinq jours de l'accouchement auprès de l'officier d'état civil est une obligation légale (articles 55, 56, 57 du Code civil), même si l'enfant ne vit que quelques minutes. Y figurent l'heure, le jour, le lieu de naissance, le sexe (si médicalement déterminé), les prénoms, le nom de famille ainsi que les noms, prénoms, âges, professions, domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée.

Le travail de l'aide-soignant en unité de soins de chambre mortuaire

Le métier d'aide-soignant en unité de soins de chambre mortuaire véhicule un cortège d'images qui n'ont, bien souvent, rien à voir avec la réalité du contexte. Les soignants qui ont fait le choix de travailler dans le domaine mortuaire sont confrontés à la souffrance des familles ou des proches mais aussi à la problématique liée à la prise en charge du patient décédé isolé et parfois démuné. Il est d'autant plus important d'aborder le sujet dans les généralités afin d'avoir une bonne compréhension des enjeux que sont les valeurs du soin et la dignité humaine après la fin de vie.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – accompagnement ; chambre mortuaire ; famille ; identitovigilance ; patient décédé ; soins

Véronique Vancutsem

Cadre de santé, responsable de l'unité de soins chambre mortuaire

Unité de soins chambre mortuaire, hôpital Ambroise-Paré, 7 rue des Menus, 92100 Boulogne-Billancourt, France

27

Les unités de soins de chambre mortuaire ont été peu à peu rattachées aux directions de soins et d'activité paramédicale au cours de ces dernières années [1,2]. Cette situation a constitué un vecteur dynamique pour la professionnalisation des activités de soins dans ces unités.

◆ **Le recrutement des aides-soignants (AS)** est devenu une norme dans les hôpitaux d'autant que c'est un secteur où l'AS de par sa formation théorique, pratique et relationnelle a toutes les compétences pour exercer son art soignant dans le domaine mortuaire. Les professionnels exerçant leur activité dans une unité de soins de chambre mortuaire sont tenus de suivre une formation d'adaptation à l'emploi [3] qui leur apporte un complément d'information dans le domaine mortuaire.

◆ **Les missions et les activités de la chambre mortuaire** sont en liens avec celles de l'hôpital de référence, d'ordre général mais aussi spécifiques mettant en avant une expertise en hygiène sanitaire, en recherche médicale ou en secteur judiciaire.

Activités générales Accueil et prise en charge du patient décédé (adultes ou enfants)

◆ **Au niveau de l'accueil, la vérification de l'identité** est une activité importante et sensible étant donné le contexte. Le patient décédé repose sur un chariot de présentation, l'AS commence par vérifier la cohérence identitaire avec les documents suivants : la fiche d'identification collée sur le linceul, la feuille de liaison interunité, les bracelets posés sur le patient et le certificat de décès. L'identité est contrôlée à chaque fois que le patient quitte la chambre froide pour des soins, des présentations aux proches et avant la fermeture du cercueil au moment des obsèques.

L'AS observe l'état du corps et le toise pour la dimension du cercueil.

◆ **Les soins** sont effectués au niveau du visage afin que la première présentation en chambre mortuaire aux proches soit la plus apaisée possible : la fermeture des yeux, la remise en place

de la mentonnière. L'AS juge s'il faut réaliser une suture de la bouche. Les cheveux sont recoiffés, le drap est réajusté de part et d'autre du chariot.

◆ **Dès que les vêtements sont choisis et apportés par les proches**, le patient est habillé, un léger maquillage est réalisé pour redonner un peu de naturel au visage, parfois un soin des mains est demandé par la famille. La famille peut préférer réaliser cet acte elle-même, avec l'aide ou non des soignants. Les pansements sont refaits si nécessaire. Quand le cercueil est livré, les soignants font la mise en bière, mais la fermeture du cercueil ne se fait que le jour du convoi en présence des proches, des opérateurs funéraires ou des fonctionnaires de police.

Accueil et accompagnement de la famille ou des proches

La famille ou les proches sont reçus par l'AS qui est dans une attitude d'écoute et d'empathie à leur égard. C'est un

Adresse e-mail : veronique.van@laposte.net (V. Vancutsem).

Note

¹ Les exigences du Règlement général sur la protection des données sont respectées mais il est prévu des dispositions spécifiques si le patient décédé est une personne publique ; ces mesures ont toujours existé.

Références

- [1] Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2010. <https://igas.gouv.fr/La-mort-a-l-hopital>.
 [2] Note de l'AP-HP, SG D2015 du 3 mars 2014.
 [3] Arrêté du 16 juillet 2009 relatif à la formation à l'emploi des aides-soignants et des agents de service mortuaire chargés du service des personnes décédées. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020900137.
 [4] Dupont M, Macrez A. Le décès en établissement de soins. Règles et recommandations à l'usage des personnels des hôpitaux et des Ehpad. 5^e éd. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021.

entretien où l'AS se rend disponible et où dans la mesure du possible il prendra en compte leurs demandes et leurs souhaits. Quand les situations de fin de vie ont été complexes, les proches sont accompagnés par un soignant (AS, infirmier ou cadre) de l'unité d'hospitalisation jusqu'à la chambre mortuaire.

◆ **Le soignant donne les éléments d'information** concernant la prise en charge dans l'unité du patient décédé et sur l'organisation des obsèques (inhumation, crémation ou transfert possible dans les quarante-huit heures). Il donne aussi la liste des opérateurs funéraires si besoin mais il n'intervient en aucune manière dans le choix de l'entreprise. Il contacte les représentants des cultes à la demande des proches. Il imprime une attestation de mort naturelle si nécessaire.

Le soignant précise les horaires d'ouverture de la chambre mortuaire, ainsi que les coordonnées téléphoniques de l'unité, remet la plaquette décès ainsi qu'un livret d'accompagnement au deuil.

◆ **L'AS demande si les proches souhaitent se recueillir**

immédiatement et le cas échéant, il organise une première présentation dans un salon. Mais il arrive que les proches préfèrent se recueillir quand le patient est habillé. Les proches peuvent rappeler la chambre mortuaire s'ils ont besoin de précisions. L'AS est parfois amené à diriger ces derniers vers l'assistante sociale pour de l'aide administrative ou financière.

◆ **C'est une démarche d'accueil et d'accompagnement** qui va durer jusqu'à la date des obsèques. Elle est nécessaire pour prévenir les risques psychosociaux liés à l'impossibilité de faire le travail de deuil [4].

Traçabilité administrative, juridique et planification des convois et des transferts

L'AS a aussi une grande partie de son activité axée sur l'aspect administratif.

◆ **Les informations liées au patient et à ses proches sont tracées** sur le registre des décès qui est conservé et archivé sans limite de durée¹. Ce registre permet de donner des informations aux familles lors de la recherche des personnes disparues, voire dans la recherche d'éventuels héritiers.

Le soignant planifie les convois selon les vœux des familles mais aussi en fonction de la délivrance des documents officiels de la mairie (la fermeture du cercueil, le permis d'inhumation ou de crémation).

◆ **Il gère aussi les documents administratifs** pour un transfert du corps à domicile ou en chambre funéraire, à l'école de chirurgie ou en institut médico-légal sur réquisition judiciaire.

Entretien du matériel et des locaux

L'AS a aussi la responsabilité du bionettoyage du matériel, des équipements et des locaux dans la zone technique de la chambre mortuaire selon les procédures validées par le cadre hygiéniste. Il assure aussi la traçabilité en référence.

Activités spécifiques

Dans des chambres mortuaires de pédiatrie, il s'agit de la prise en soins des bébés décédés et des fœtus dans les secteurs de maternité.

Dans les services de chirurgie vasculaire ou d'orthopédie, l'AS gère le traitement des pièces opératoires suite à une amputation (bras, main ou doigt, etc.) selon la procédure en vigueur dans l'établissement. Un marché public avec un crématorium est négocié tous les 4 ans.

L'AS participe à l'activité d'assistance aux autopsies médicales à visée de recherche ou de diagnostic, mais également aux autopsies judiciaires avec les médecins légistes en institut médico-légal.

Conclusion

Les activités de l'AS en unité de soins de chambre mortuaire sont très diverses. Elles allient à la fois les activités en rapport avec le référentiel métier de l'AS mais aussi celles plus spécifiques de la chambre mortuaire. L'AS est un soignant qui a toutes les compétences pour exercer dans le domaine mortuaire où il développe sa technicité, son sens du relationnel auprès des familles et des proches mais aussi auprès des collègues des unités d'hospitalisation de par son expertise. ●

Déclaration de liens d'intérêts
L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.



L'aide-soignant gère l'organisation des obsèques en respectant les souhaits de la famille du patient décédé.

Aide-soignant en milieu isolé, une expérience à vivre en Guyane

Les centres délocalisés de prévention et de soins répondent aux besoins des populations vivant à l'intérieur du territoire guyanais. Ils assurent des activités de soins programmés ou non (parfois avant transfert en urgence vers le centre hospitalier de Cayenne), de suivi et de prévention en santé. Polyvalentes, les aides-soignantes de ces petites structures isolées s'adaptent aux spécificités culturelles et linguistiques, avec l'aide de médiateurs en santé au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – aide-soignant ; centre délocalisé de prévention et de soins ; communication ; Guyane ; langue étrangère ; milieu isolé

Colette Ilmany*
Directrice des soins,
coordonnatrice générale
des soins

Yasmina Lina
Cadre supérieure de santé

Centre hospitalier
de Cayenne André-Rosemon,
3 avenue Alexis Blaise,
97300 Cayenne, France

Les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) ont pour mission d'assurer l'offre de soins à l'intérieur du territoire guyanais.

♦ Ils permettent un accès aux soins de base aux habitants des communes isolées. En effet, si une majorité de la population est concentrée sur le littoral, environ 20 % de la population guyanaise résident sur un territoire étendu, tout le long des fleuves frontaliers notamment (figure 1).

♦ Ces populations cumulent des facteurs de vulnérabilités tels que l'isolement géographique, la précarité, les difficultés d'accès aux droits, le manque d'infrastructures sanitaires et les problématiques spécifiques de santé.

Il faut également relever une forte mobilité géographique et des spécificités culturelles et linguistiques. Plusieurs ethnies cohabitent sur l'ensemble du territoire guyanais. Il est peuplé par les autochtones d'origine amérindienne et les peuples issus du marronnage (esclaves fugitifs). Chacun possède son propre dialecte. Il y a également les populations issues de la migration des pays voisins



Figure 1. Une partie de la population vit tout le long des fleuves frontaliers.

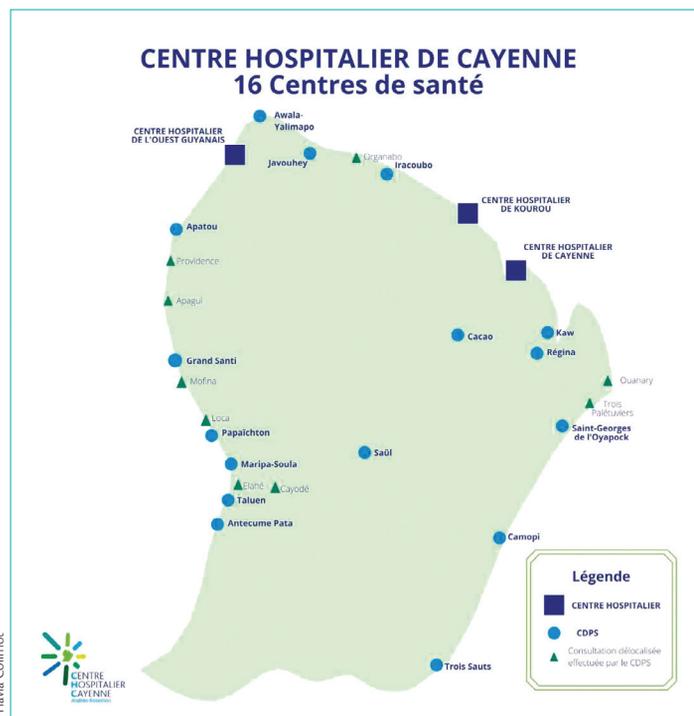


Figure 2. Localisation des centres de santé sur l'ensemble du territoire guyanais.

*Autrice correspondante.

Adresse e-mail :
colette.ilmany@ch-cayenne.fr
(C. Ilmany).

de la grande région caribéenne et sud-américaine. Tous contribuent à la richesse multiculturelle de la Guyane de par leurs apports linguistiques, culturels, culinaires et artistiques.

Les CDPS, un atout majeur de l'offre de soins en Guyane

Depuis 2004, le centre hospitalier de Cayenne garantit l'offre de soins au plus près des populations isolées. Il y a seize centres répartis sur l'ensemble du territoire guyanais (figure 2). La direction de pôle basée à Cayenne coordonne l'ensemble des activités avec l'appui d'une équipe administrative et logistique. La composition des équipes médicales, paramédicales, administratives et logistiques est présentée dans le tableau 1.

L'offre sanitaire sur les territoires de l'intérieur est essentiellement portée par les CDPS. En effet, l'offre libérale est quasi inexistante dans ces différentes zones géographiques.

◆ **Les activités de soins** sont les suivantes :

- consultations de médecine générale programmées et non programmées ;
- accueil et prise en charge des urgences de toute nature. Certains centres sont dotés d'une salle de déchoquage et de lits de mise en observation permettant d'assurer la surveillance des patients le nécessitant avant un retour à domicile ou un éventuel transfert vers un centre hospitalier de référence ;
- suivi des patients chroniques et des patientes en gynécologie-obstétrique ;
- consultations de médecine de spécialité (infectiologie, pédiatrie, dermatologie, diabétologie, etc.) ;
- prévention et promotion de la santé (éducation à la santé, vaccination, dépistage) réalisées par une équipe mobile de santé publique en communes (EMSPEC).

Tableau 1. Composition des équipes assurant l'offre de soins en 2023.

Catégories professionnelles	Équivalents temps plein
Infirmier	82,3
Aide-soignant	23
Agent de service hospitalier	25
Médiateur en santé	15
Adjoint administratif de secteur	9
Agent administratif de coordination	4,5
Logisticien de secteur	6
Logisticien à la coordination	9
Attaché d'administration	2
Technicien supérieur	3
Directeur délégué	0,5
Cadre de santé – Cadre de la médiation	4
Cadre supérieur	1
Assistant social	2
Préparateur en pharmacie	3
Médecin	55,6
Assistant dentaire	1,5
Sage-femme	15,5



Figure 3. Transport hélicoptère vers le centre hospitalier de Cayenne.

◆ **En 2022, les CDPS ont assuré 74 000 consultations, 3 440 mises en observation et réalisé 1 270 transferts urgents, dont 472 hélicoptères par le service d'aide médicale urgente du centre hospitalier de Cayenne (figure 3).**

Depuis fin 2023, les trois plus gros centres sont devenus des hôpitaux de proximité à Maripasoula, Grand-Santi et Saint-Georges. Cette mutation s'est accompagnée de :

- la transformation des lits de mise en observation en lits d'hospitalisation (8 à Maripasoula, 6 à Grand-Santi et Saint-Georges) ;

- le renforcement du plateau technique avec une annexe de la pharmacie à usage interne, l'installation d'un module de radiologie conventionnelle et la dotation de nouveaux appareils d'échographie, l'amélioration de la biologie délocalisée ;

- l'augmentation des consultations de médecine de spécialités ;
- la consolidation des équipes mobiles de santé publique ;
- l'augmentation des effectifs médicaux, paramédicaux, logistiques et administratifs.

- ◆ **Le déploiement des hôpitaux de proximité** a été l'objectif prioritaire de ces trois dernières années, cependant d'autres projets sont en cours, visant à renforcer l'offre de soins des petits et moyens centres comprenant notamment :
 - les projets immobiliers de reconstruction de trois centres à Papaïchton, Apatou et Camopi ;
 - les projets de construction de la maison hospitalière. Lieu d'hébergement d'une capacité de 30 lits pour les patients venant dans le cadre d'une consultation, en pré- ou posthospitalisation, pour les parents accompagnants et les femmes devant bénéficier d'accouchement en milieu hospitalier ;
 - le développement de la coopération transfrontalière avec le Brésil ;
 - le développement d'un schéma aérien ayant pour but de fiabiliser et d'améliorer les conditions de transport de patients et des professionnels ;
 - le développement de la télé-médecine ;
 - les reconstructions ou extensions des hôpitaux de proximité.

Encadré 1. Témoignages de Mélina et Lolita

Nombreux sont les professionnels qui font le choix d'un exercice de courte durée car les conditions restent compliquées à aborder sur du long terme. Le manque d'infrastructures publiques, de commodités et les moyens de transports disponibles y contribuent généralement.

◆ **Mélina, AS, est arrivée depuis un mois à l'hôpital de proximité de Grand-Santi (GRS),** pour un contrat de six mois : « *Je suis diplômée depuis 2011, j'ai exercé dans les hôpitaux militaires auparavant et ensuite j'ai quitté le sanitaire. En métropole, j'exerce dans le social. Je suis venue l'année dernière, avec la réserve sanitaire, au centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG) et c'est pendant cette mission que j'ai entendu parler d'un poste qui s'ouvrait à GRS.*

Ce qui m'a donné envie de venir, c'est le fait que je ne connaissais pas les milieux isolés. Je n'ai jamais travaillé dans ce contexte et c'est quelque chose qui m'a plu d'emblée. Je savais que GRS était un village assez éloigné, où l'on arrivait en pirogue et qu'il y aurait des patients qui ne parleraient pas forcément français avec une autre culture que je ne connaissais pas et un environnement différent. C'est ce qui m'a plu.

Par rapport à des postes hospitaliers, dans des structures où il y a des hospitalisations, l'AS réalise plus tout ce qui est soins de nursing et autres ; c'est plus varié. D'autant que les familles ont l'habitude de venir s'occuper de leurs proches.

Je suis arrivée récemment, je n'ai pas encore tout vu, mais je trouve qu'il y a une belle cohésion d'équipe. J'ai été très bien accueillie, l'équipe est vraiment solidaire. Peut-être qu'être un peu loin et un peu coupé du monde, ça crée une solidarité que l'on ne retrouve pas dans les grandes structures. »

◆ **Certains professionnels sont issus des populations vivant sur place ; c'est le cas de Lolita.**

Elle est en poste depuis six mois à l'hôpital de proximité de Maripasoula. Originaire de la commune, elle a déménagé sur le littoral il y a plusieurs années pour poursuivre ses études : « *Je suis diplômée depuis juillet 2023 à l'Institut des formations en santé de Cayenne. C'est mon premier emploi car avant j'étais étudiante à l'université. Mon père travaillait dans ce centre auparavant et ça m'a permis de voir en quoi consistait le métier. Et je m'étais dit que si j'avais l'opportunité, je reviendrais travailler ici. J'avais observé les difficultés de communication¹. Donc à la fin de mes études j'ai décidé de revenir travailler à Maripasoula. C'était l'occasion de travailler chez moi, je connais la communauté et les différentes populations.*

Le travail n'est pas le même [...] que dans les services où j'ai réalisé mes stages, il n'y a pas autant de personnes à prendre en charge et la manière de travailler aussi change. Par exemple, on a plus de temps pour s'occuper des patients. On participe aux soins en préconsultation. On participe parfois à la consultation médicale pour faire de l'interprétariat. On travaille avec tous les professionnels, on est beaucoup dans la collaboration avec toute l'équipe.

C'est une bonne chose de venir voir ce qui se passe dans les communes de l'intérieur de notre département car c'est moins stressant que de travailler sur le littoral ou dans les grandes structures. »

¹ Lolita fait référence au fait que la plupart des personnes accueillies au centre ne maîtrisent pas le français. Elles s'expriment dans une langue étrangère ou un dialecte local, rendant ardue la communication soignant-soigné. L'intervention des médiateurs en santé ou le recours aux plateformes téléphoniques d'interprétariat sont indispensables.

Aide-soignant(e) en CDPS, une activité enrichissante au quotidien

◆ Travailler dans un CDPS est une expérience professionnelle hors du commun car ce terrain d'exercice permet d'aborder le soin en milieu isolé, qui plus est dans un contexte multiculturel, auprès de populations en situation de précarité. Les infrastructures sont de taille humaine avec des équipes pluriprofessionnelles resserrées. Ces différents points contribuent à l'attractivité du travail en CDPS et hôpital de proximité pour beaucoup de professionnels venus d'horizons divers (encadré 1).

◆ Le rôle de l'aide-soignante (AS) au sein des hôpitaux de proximité est diversifié. Son activité est principalement destinée à la personne hospitalisée, cependant elle collabore avec l'ensemble des professionnels à la prise en charge du patient dès son arrivée. Ainsi, elle réalise les soins de base mais participe également à l'accueil du patient, à la gestion des urgences, aux actes de soins au cours d'une consultation médicale. Cette polyvalence au sein d'un seul et même service est singulière. En effet, les centres assurent à la fois l'accueil d'urgence, des consultations programmées ainsi que la mise en observation ou l'hospitalisation (dans les hôpitaux de proximité uniquement). L'AS est donc amenée à interagir avec les autres professionnels à chaque étape de la prise en charge du patient quel que soit le motif de sa venue.

◆ Elle intervient en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle dès l'accueil du patient et tout au long de la prise en charge en réalisant les activités suivantes :

- l'évaluation de l'état clinique du patient (figure 4), dès son arrivée ;



Figure 4. Dès l'accueil l'aide-soignante évalue l'état clinique de la patiente (Maripasoula).

- la mise en œuvre de soins adaptés ;
- la mise en œuvre d'une communication adaptée entre le patient, son entourage et l'équipe soignante ;
- l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ;
- la transmission des informations pertinentes pour assurer la continuité des soins ;
- l'installation et les déplacements du patient ;
- l'entretien du matériel et des locaux ;
- l'identification et le signalement des anomalies et autres événements indésirables et des situations à risque ;
- l'accueil, l'accompagnement et l'intégration des nouveaux professionnels et stagiaires.

◆ Au contact régulier d'une patientèle d'origine variée avec une approche du soin imprégnée de cultures traditionnelles d'origine amérindienne, noire maron, créole ou encore laotienne, la collaboration avec les médiateurs en santé est essentielle. Le public accueilli est issu majoritairement des pays frontaliers (Suriname et Brésil) mais aussi d'Amérique du Sud, de la Caraïbe, de l'Europe et d'Asie. L'adaptabilité, le sens

de l'observation et de l'écoute, l'ouverture d'esprit, le sens du travail en équipe sont autant de compétences relationnelles à mobiliser continuellement.

Conclusion

Le turnover soignant touche toutes les catégories professionnelles soignantes y compris le corps AS au sein des équipes des CDPS. A contrario, certaines professions sont stables car occupées par des personnes natives de la région. C'est le cas par exemple des agents de bionettoyage ou des agents administratifs. C'est pourquoi l'accompagnement dans l'accession à la formation de personnes issues des populations résidentes est probablement une piste pertinente à envisager afin de fidéliser les professionnels exerçant en CDPS. Enclencher un tel processus pourrait voir se généraliser des "retours aux sources" pour des jeunes diplômés et stimuler l'emploi local, stabiliser les équipes, favoriser la bonne compréhension des spécificités socio-culturelles lors des prises en charge. ●

Déclaration de liens d'intérêts
Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.