

La gazette des IADES

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Les membres du bureau du CIADE et moi vous souhaitons un beau printemps 2024.

L'un de nos objectifs en reprenant le CIADE est de créer du lien, de transmettre et de partager cette force et l'énergie des IADE. Cette première newsletter sera, j'espère, l'inauguration d'un bel élan d'échanges autour de notre profession, de ses valeurs, avec une dose d'humour.

Les IADE sont des professionnels dynamiques, à l'origine de nombreux projets forts, malheureusement trop méconnus au sein de la population et des structures dans lesquelles nous exerçons. La newsletter est là pour mettre en avant cette dynamique, elle est faite par et pour les IADE. N'hésitez pas à la diffuser autour de vous et à nous contacter pour transmettre les projets au sein de vos structures. Bonne lecture et à bientôt.



SOLIDARITÉ

RETOUR D'EXPERIENCE AU TOGO : MISSION HUMANITAIRE 2023 AVEC L'ASSOCIATION MAIN D'ESPOIR ET SOLIDARITÉ

La population togolaise est fortement atteinte de la drépanocytose, maladie génétique héréditaire très fréquente dans la population afro-antillaise, caractérisée par une anomalie des globules rouges. Elle se manifeste par une anémie chronique, un risque accru d'infections et des crises vaso-occlusives entraînant des douleurs aiguës d'une extrême violence et à terme des nécroses de la tête fémorale avec une réduction de la mobilité des patients souvent très jeunes.

Les implants coûtant très chers, il y a très peu d'interventions de pose de prothèses totales de hanche (en moyenne une vingtaine/an et au CHU de Lomé uniquement). Cette intervention coûte entre 3000 et 4000 € en secteur public et jusqu'à 6000 € en clinique privée.

L'origine du projet est partie de la volonté de 2 chirurgiens orthopédistes (dont un exerçant sur place) et d'un infirmier du bloc d'urgence (Komi Bansah) de développer et former à l'intervention mini invasive de pose de PTH.

Il a donc fallu trouver un hôpital où l'on pouvait opérer pendant 2 semaines sans avoir à modifier le programme opératoire : l'hôpital Bethesda (à caractère social, fonctionnant avec plusieurs missions) à Agou Nyogbo, à côté de Kpalimé, à une centaine de km au nord de Lomé. Il possède 2 salles d'opération ouvertes pour des urgences uniquement.





Les implants et le matériel chirurgical étant donnés (ou prêté pour les ancillaires) par des laboratoires, le prix global de la chirurgie et des suites opératoires (5 à 6 jours d'hospitalisation) a pu ainsi être diminué à environ 250 € (prix du forfait hospitalier comprenant les salaires des personnels sur place). La 1ère mission (en 2022) s'est faite équipe réduite, sans équipe d'anesthésie.

La 2ème mission (en 2023) était déjà mieux organisée, avec 3 chirurgiens ortho, 2 IDE de bloc, 1 AS référente logistique, une IADE et 1 MAR, d'une durée de 10 jours (temps pris sur nos vacances car le CHU a refusé de nous donner des jours de congé humanitaire), avec pour objectif la pose de 20/25 PTH. Nous en opérerons 24.

Nous sommes partis sans trop savoir exactement dans quelles conditions nous allions travailler, ni avec quel matériel. Nous savions juste qu'il y avait au moins un respirateur, 2 IADES sur place et que nous pouvions acheter des morphiniques, des curares et des halogénés sur place, le reste nous l'avions fait venir par container.

DECOUVERTE DE NOTRE ENVIRONNEMENT

La vétusté des locaux et du matériel peut être un choc, personnellement je savais à quoi m'attendre, c'est une Afrique que je connais bien mais professionnellement la différence est énorme, cela fait réfléchir car ici pas de superflu on va à l'essentiel, pas le choix.

Passé ce cap, nous prenons contact avec le personnel sur place et nous découvrons le matériel et leur fonctionnement.

Il y a 2 salles d'opération : une grande salle équipée d'un respi (Datex Ohmeda comme nous avons à l'IRM chez nous) mais sans cuve d'halogéné, d'un vieux scope rafistolé dont seulement la prise de TA fonctionne et un petit oxymètre de pouls (SaO2 et pouls), cette salle sert à opérer des patients sous rachianesthésie (notamment les césariennes) qui est l'anesthésie de 1ère intention car moins coûteuse, et si besoin d'une AG se sera avec du Propofol en bolus car pas de pousse-seringue.

Une 2ème salle, plus petite, équipée d'un ventilateur manuel (type ventilateur utilisé en chirurgie vétérinaire) avec une cuve d'halogéné en inox (Ethrane) que l'on remplit avec l'halogéné disponible (Isoflurane ou Halothane), nous complétons l'équipement d'un vieux scope récupéré à Poitiers que nous avons ramené par container (uniquement TA, SaO2 et FC, pas de capno), d'un curamètre. Dans cette salle on y opère les patients qui ne peuvent pas avoir de rachianesthésie (digestif).

Les 2 respi/ventilateur sont raccordés à des énormes obus d'O2, pas d'analyseur de gaz, pas de circuit d'extraction de gaz, pas de capno, pas de PSE et une seule aspiration électrique portative par salle, peu puissante, et à se partager avec les chirurgiens, pas de système de ventilation de l'air, seulement un climatiseur pour diminuer la température de la salle.

Récupération de tout notre matériel et médicaments envoyés par container et ramenés en amont à l'hôpital, rangement et organisation dans les salles pour être opérationnel dès le lendemain matin (ça nous prendra 5h).

Prise de contact avec les patients qui seront opérés le lendemain, bilans, radio, consultation d'anesthésie (par les IADES sur place).



ADAPTATION

Il va en falloir, c'est aussi ce qu'on est venu chercher ici... Nous avons hâte de commencer et en même temps nous appréhendons.

Nous devons avoir des curares (ils ont sur place du pavulon mais trop long et de la célocurine, rien n'est conservé au frigo), mais nous les recevrons dans la journée, nous avons commandé de l'atracium, nous aurons du rocuronium (et pas énormément), nous avons reçu les ampoules de fentanyl (pas autant que nous aurions voulu, ce sont des ampoules de 100 mcg).

Nous devons récupérer (d'un autre hopital) une cuve d'isoflurane qui s'adapte sur le respi Datex Ohmeda, nous en récupérerons 2 dans l'après midi, la 1ère est vide et nous n'avons pas l'adaptateur pour la remplir, donc inutilisable. La 2ème un peu fissurée, ne fonctionnera pas bien, la bague d'ouverture était décalée par rapport au chiffre (on entendait un clic quand on ouvrait à 3) et nous apprenons trop tard qu'il fallait la remplir au maximum pour que l'iso puisse passer suffisamment dans le circuit. Nous avons passé toute l'intervention à déconnecter le circuit et sentir afin de savoir si l'isoflurane arrivait bien (seul moyen sans analyseur de gaz), tout en réinjectant des bolus de propofol car le patient, réveillé cherchait à se retourner.



Nous avons donc décidé que les PTH faciles (critères déterminés par les chirurgiens) se feraient dans la grande salle sous rachianesthésie, et les plus difficiles (nécessitant une curarisation) se feraient dans la plus petite salle, sous AG au ventilateur manuel.

Le ventilateur manuel, sacrée machine, possède une cuve en inox, avec de l'isoflurane dedans, pour l'ouvrir il faut la dégripper en donnant 3 coups de clé métallique dessus (on prendra le pli très rapidement). Elle a un petit hublot qui permet de voir « très approximativement » le niveau, car lorsque nous n'aurons plus d'isoflurane, nous utiliserons de l'halothane, mais il faudra qu'elle soit vide...ou presque car à part sentir au niveau du circuit de ventilation (déjà ces anesthésies sont complètement shootées diront les chirurgiens) nous ne sommes pas certaines de ne pas avoir fait de mélange d'halogéné. Et pour la remplir cette cuve c'est du bidouillage, les IADES utilisent un très vieux flacon d'Ethrane vide dans lequel ils versent l'iso ou l'halothane, et grâce au raccord adaptateur ils remplissent la cuve, mais il y a beaucoup de fuites et de perte de produit car la bague sur lequel on visse l'adaptateur est totalement fendue. Nous trouverons finalement un autre moyen pour éviter la fuite, en versant l'halogéné dans une seringue à gavage directement au dessus de l'adaptateur.

Qui dit ventilateur manuel dit ventilation....à la main, en ballonnant avec un ballon poreux rafistolé au méfix, système très participatif car ici tout le monde bénéficie de l'anesthésie finalement...surtout celui qui ballonne car il en respire autant que le patient ! Par moment j'avais cette sensation de brouillard à force de respirer les halogénés, nous nous relayions (même les chirurgiens mettrons la main à la pâte) pour ne pas en respirer de trop et finissons par trouver un autre ballon beaucoup moins poreux.

Alors nous avons ballonné afin d'envoyer ce mélange d'air ambiant (circuit plus ou moins ouvert, mais gros consommateur d'O₂), d'oxygène et d'halogénés, sans savoir si nous ventilions suffisamment ou en excès, ni avec quel pourcentage d'iso ou d'halothane, tout le temps de la chirurgie avec des petites pauses pour nos mains quand le patient reprenait sa spontanéité.



Ici la clinique prend donc tout son sens, surveiller l'absence de mouvement du patient malgré une reprise de ventilation spontanée et entretenir l'anesthésie en fonction des seuls paramètres que nous avons, tout en faisant attention à la toxicité, cardiaque notamment, de l'halothane.

Et il a fallu travailler également avec ces nombreuses coupures d'électricité (souvent lors des orages) en attendant que le groupe électrogène prenne le relai ou que le courant revienne, ce qui pouvait prendre 5 à 15 minutes. Cela implique de travailler dans la pénombre (ou à la lumière d'un portable) ou arrêter ponctuellement la chirurgie car l'aspiration et le bistouri sont électriques. Ouf aucun problème pour la ventilation puisqu'elle est manuelle !

Nous n'avons eu aucun souci majeur lors de toutes les anesthésies (AG ou rachi), nous avons essayé d'utiliser les médicaments avec parcimonie car nous n'avons pas beaucoup de stock, nous essayions d'utiliser 1 ampoule de Rocuronium par patient (très peu pour l'induction, voire pas du tout quand c'était possible et nous réservions le reste pour les temps opératoires de réduction de luxation très compliqués), pour le fentanyl, nous injectons 50 mcg à l'induction puis 50 à l'incision, nous en refaisons si nécessaire mais nous utilisons beaucoup de kétamine (plus facile à avoir), comme antalgiques nous leur injectons le cocktail paracétamol/kétoprofène/néfopam/tramadol et ils avaient tous une infiltration chirurgicale de ropi/xylo adré et Kétoprofène. Nous avons prévu de leur faire des ALR mais pas d'appareil d'échographie disponible.

Nous avons utilisé de la morphine IV en post opératoire chez un seul patient qui a fait une crise drépanocytaire.



Nous extubions les patients sur table et les transférons dans une chambre à 2 lits (appelée soins intensifs, rien d'intensif, car même pas d'O₂, mais possibilité d'utiliser un extracteur d'oxygène si besoin, juste une surveillance un peu plus rapprochée que dans la salle commune à 8 lits), ils étaient encore sous l'effet de la kétamine (grosses doses) pendant plusieurs heures.

Je retiendrai beaucoup de choses de cette mission, avoir la chance de participer au fait de redonner une motricité et mobilité à ces patients et les soulager d'une douleur chronique leur permettant de retrouver une vie décente. Voir leur sourire sur leur visage est un remerciement qui n'a pas de prix.

Retrouver le travail en équipe pluridisciplinaire (visite quotidienne des patients en pré et post opératoire et jusqu'à leur sortie, avec réfection des pansements et ablation des redons) . Tous ensemble nous avons pu voir les résultats de notre travail, évaluer la douleur post opératoire et l'évolution de la reprise de motricité. Nous avons tous travaillé ensemble et cherché à comprendre le rôle très différent de chacun, c'était un échange et un partage très enrichissant.

Et professionnellement quelle expérience ! Il n'est pas donné à tout le monde de faire de l'anesthésie comme il y a sans doute 50 ans, sortir de sa zone de confort, retrouver l'essentiel et travailler avec la clinique sont des privilèges à l'ère du monitoring excessif et des logiciels d'intelligence artificielle.

Une 3ème mission, à laquelle je participe, va se dérouler du 4 au 19 mai 2024, dans le même hôpital, avec la même équipe renforcée d'un chirurgien supplémentaire et un objectif de 30 PTH. 2 containers sont partis afin d'y envoyer du gros matériel médical et chirurgical donné par le CHU et autre (5 respirateurs, 2 tables d'opération, scopes type dynamap, une colonne de coelio, un microscope ophtalmo, des couveuses, des lits et matelas....)

Cette fois-ci, après avoir monté un dossier de coopération entre les 2 hôpitaux nous allons pouvoir bénéficier de 8 à 10 jours de congés humanitaires.

Notre engagement a des limites dans le financement de notre projet, donc voici le lien de notre cagnotte en ligne si vous souhaitez nous aider.

<https://www.helloasso.com/associations/mains-d-espoir-et-de-solidarite/formulaires/1>

Alexa Phelippeau



POTINS

DEUX IADES AU RALLYE AICHA DES GAZELLES

Le Rallye Aïcha des Gazelles est une course d'orientation en 4x4 dans le désert marocain, sans GPS, uniquement avec cartes et boussoles et dont le but est de rallier le maximum de checkpoints en parcourant le moins de kilomètres possibles.

C'est une aventure internationale créée depuis 1990, regroupant cette année 200 équipages composés chacun de 2 femmes, car c'est un rallye 100% féminin.

Mais c'est aussi un rallye responsable et solidaire, le seul à être certifié par la norme environnementale ISO 14001 et dont la RSE repose sur 3 piliers : l'engagement pour les femmes, le respect de l'environnement ainsi que les actions positives citoyennes.

Une caravane médicale de « Cœur de Gazelles » suivra la logistique de cette compétition afin d'offrir des aides diverses aux populations locales : soins médicaux, dons, actions pour l'environnement, aides à la scolarisation, constructions d'écoles....

Depuis l'été 2022, deux collègues ont créé l'association « Dessine-moi des Zelles » afin d'y participer cette année. Vous avez pu profiter des opérations agrumes, opérations saucisson, tombola, goûters en sortie d'école, balade en moto, forum bien être, pestacles

Cécile de la Polyclinique de Poitiers et Elodie du CHU de Poitiers prendront donc le départ de cette course le 13 avril à Monaco pour atteindre Essaouira le 27 avril.

Si vous voulez leur apporter votre soutien il est encore temps de les aider via le site Helloasso : <https://www.helloasso.com/associations/dessine-moi-des-zelles/collectes/en-route-pour-le-rallye-aicha-des-gazelles-2024>

Nous leur souhaitons bon courage pour ces 9 jours d'aventure humaine et sportive!



POINT SUR L'AVENIR DE LA PROFESSION



Après plus de trois ans de mobilisation pour une reconnaissance de notre profession à sa juste valeur face à l'apparition des IPA, on ne peut que constater **l'absence de progrès** dans ce dossier. La revendication initiale portant sur l'accès à la Pratique Avancée est devenue aujourd'hui obsolète: c'est **l'existence même des IADE** tel que nous les connaissons actuellement qui semble remise en cause. La création des IPA-MU, la remise en cause de l'exclusivité d'exercice des IADE pour les TIH en sont les prémices.

En effet, **le projet de refonte du métier socle IDE** plonge l'ensemble des spécialités infirmières dans l'incertitude quant à leur devenir, particulièrement notre profession. Les travaux menés par l'ONI pour les spécialisations dans le cadre de cette refonte sont axés sur les IPA. Parallèlement, les instances officielles des IADE (SNIA et CEEIADE) ne communiquent pas sur les travaux préparatoires qui leur ont été demandés, arguant d'une confidentialité demandée par le ministère et la DGOS. Ceci ne permet aucune anticipation pour un contre-projet.

Sur les quelques informations soutirées, on comprend que **l'intégration des spécialités à l'Université est inéluctable**. D'une part, les accords européens l'exigent. D'autre part, le désengagement des régions pour le budget de fonctionnement des écoles est quasiment acté et l'Université est la seule à se positionner sur le financement de ces formations. Une mutualisation partielle dans des champs transversaux pour ces formations est à l'étude pour une part non négligeable des enseignements. Reste que les particularités de la formation des IADE pose de nombreux écueils non surmontés à ce jour, à commencer par la durée de l'enseignement sur deux années pleines.

Malheureusement, les clivages au sein des différentes organisations professionnelles IADE n'aident aucunement à nous défendre. Les querelles de clocher empêchent toute action constructive et concertée, ce qui n'incite pas à l'optimisme.

Patrick Haddad

REJOIGNEZ-NOUS!

Vous pouvez toujours vous inscrire au Ciade86 afin de continuer à recevoir la newsletter et contribuer au lancement de nouveaux projets!

Si vous souhaitez faire paraître un article, n'hésitez pas, envoyez le au ciade86@hotmail.com et nous nous ferons un plaisir de le publier!