

LE MAGAZINE DE L'HÔPITAL NEUCHÂTELOIS



DOSSIER

LA NUIT À L'HÔPITAL

Du soir au petit jour en compagnie
des professionnels de l'HNE

N° 06 / 2013

01

L'HNE PARMIS LES PREMIERS HÔPITAUX SUISSES À OBTENIR L'ACCREDITATION ERAS

Depuis octobre 2012, l'HNE applique le programme ERAS de prise en charge des patients chirurgicaux pour ses interventions dans le domaine de la chirurgie colorectale. Ce programme permet de réduire la durée de séjour hospitalier et les complications postopératoires. Après six mois de pratique, l'Hôpital neuchâtelois vient d'obtenir l'accréditation. Cette approche implique de grands changements, puisque le patient devient partenaire actif de sa prise en charge.

Depuis le début de l'introduction de cette approche dans le domaine de la chirurgie colorectale, 45 patients en ont bénéficié. Le résultat de l'audit a mis en évidence un impact indéniable sur la durée de séjour des patients concernés (qui passe de 12,8 à 6,3 jours) et sur les complications postopératoires (principalement infectieuses, chirurgicales et gastriques). A souligner que les patients se sont exprimés de manière très favorable à ce programme à l'issue de leur prise en charge.



PRISE EN CHARGE DES AVC À L'HNE

L'Hôpital neuchâtelois vient d'obtenir l'accréditation pour son unité cérébrovasculaire chargée de prendre en charge les personnes qui font un AVC. L'HNE et son service de neurologie s'étaient mis sur les rangs pour devenir l'une des unités régionales spécialisées. L'Hôpital neuchâtelois œuvre en étroite collaboration avec l'un des centres nationaux de prise en charge des AVC, l'Hôpital de l'île à Berne. Actuellement, 300 patients ayant fait un AVC sont hospitalisés à l'HNE chaque année. La création de l'unité cérébrovasculaire permet d'améliorer la qualité et la rapidité de la prise en charge, ce qui peut réduire d'une façon importante la mortalité et le degré de handicap.

NOUVELLES SALLES D'OPÉRATION À LA CHAUX-DE-FONDS

Trois salles d'opérations neuves seront disponibles dans le premier trimestre 2014 sur le site de La Chaux-de-Fonds. Les fondations et la réalisation des piliers ont débuté à la mi-août. Il s'agira ensuite d'installer les salles modulaires, construites en Allemagne, sur les piliers, de raccorder le tout aux bâtiments existants et d'équiper les salles pour que les premières opérations puissent y être pratiquées au début 2014.

(Photomontage)



L'Hôpital neuchâtelois poursuit son projet d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains. Pour prévenir la transmission de germes au patient, les soignants doivent se désinfecter les mains dans des situations précises. Depuis septembre 2012, le taux d'observance de l'hygiène des mains est passé de 61% à 79,2%. L'Hôpital neuchâtelois aimerait atteindre 80% d'observance de l'hygiène des mains dans chaque unité, puis pérenniser cette performance.

A noter que les hôpitaux vaudois ont récemment décidé de lancer un tel projet en se fondant sur les méthodes développées à l'HNE. Ils ont demandé à l'infirmier responsable de l'Unité de prévention et contrôle de l'infection de l'HNE de siéger au sein de leur comité de pilotage.



Une fourmilière silencieuse

C'est une nuit d'arrière-été qui s'annonce belle, le calme s'installe progressivement sur la ville. Les activités humaines se font plus discrètes, moins effervescentes. Les espaces de loisirs et les lieux publics voient s'en aller les derniers clients. Le bus vient de passer pour sa dernière ronde devant l'hôpital où tout semble endormi. Seules quelques lumières scintillent ici et là à travers les fenêtres du bâtiment. Est-ce un patient qui veille encore? Ou est-ce une infirmière qui passe dans une chambre pour apaiser un patient agité et pour calmer des douleurs qui l'empêchent de dormir? Il s'agit probablement de l'un et de l'autre. En franchissant la porte d'entrée, nous aurions également pu y découvrir de nombreux autres professionnels prodiguer des soins, réaliser un examen, effectuer une radiographie ou encore procéder à une analyse de sang.

L'hôpital ne dort jamais, il ne peut même pas se permettre de s'assoupir. Si l'ambiance devient plus feutrée la nuit, l'hôpital n'en demeure pas moins très actif. Les soignants présents la nuit y travaillent un peu comme des fourmis silencieuses. Ici, une infirmière administre à un patient sa dernière dose de médicament de la journée et là une sage-femme accompagne une future maman dont les contractions montrent qu'elle

accouchera bientôt, probablement dans une heure ou deux. Ces personnes de l'ombre accomplissent des tâches essentielles, parfois par des gestes techniques, parfois par un mot qui rassure, souvent les deux à la fois.

C'est aussi un service des urgences qui bouillonne encore d'activités après une soirée qui aura vu affluer la foule de patients habituelle venus pour une affection parfois bénigne, parfois plus grave. Des patients pressés de pouvoir être soignés, d'être soulagés de leurs douleurs et désireux de rentrer au plus vite chez eux.

La nuit, tout semble exacerbé. Le temps paraît s'écouler de manière interminable et l'attente en devient d'autant plus pénible. La chaleur ambiante rend plus nerveux. Le silence devient pesant. Pourtant, ce silence n'est qu'apparent au sein de l'hôpital, il ne peut couvrir toute l'effervescence qui s'y déploie, cette effervescence de l'ombre que l'on préfère cent fois ignorer lorsque l'on est en bonne santé.

Laurent Christe
Directeur général

SOMMAIRE ...

p02
ACTUALITÉS

p04
DOSSIER
La nuit à l'hôpital



p03
ÉDITORIAL

IMPRESSUM ///

UNE PUBLICATION DE
L'HOPITAL NEUCHATELOIS
Muriel Desalles,
Secrétaire générale

RÉDACTION
Microplume sàrl,
Marie-José Auderset,
Vucherens

GRAPHISME
additive,
Aline Jeanneret,
Saint-Blaise

PHOTOGRAPHIE
Walery Osowiecky,
Neuchâtel

TIRAGE
3000 exemplaires

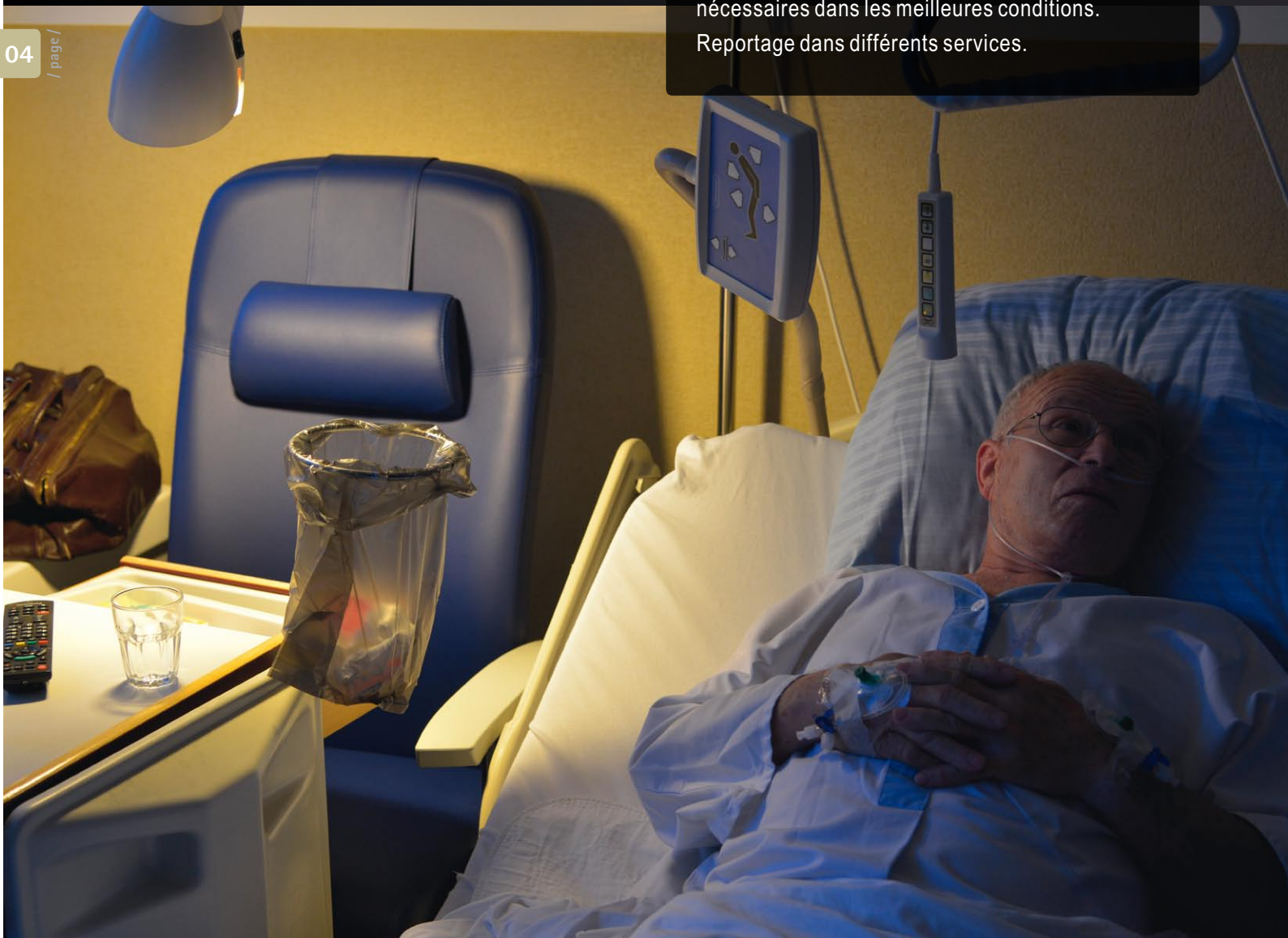
IMPRESSION
Europ'Imprim Swiss,
Bevaix

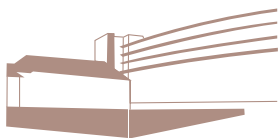
La nuit à l'hôpital

Début de soirée à l'Hôpital neuchâtelois. Sur chacun des sept sites de l'HNE, l'atmosphère devient peu à peu plus calme. Les visites médicales, les examens, les séances de physiothérapie et ergothérapie, les discussions avec la diététicienne sont terminés. Les bruits s'estompent. La sonnerie du téléphone se fait plus rare. Les patients se retrouvent seuls, après les visites de leurs proches. L'heure est au repos. Les veilleuses de nuit viennent d'arriver. Il est temps de passer le relais: les infirmières qui terminent leur service leur transmettent les informations importantes concernant chacun des patients.

L'ambiance est tout autre aux urgences de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds. Le téléphone et l'alarme retentissent à tout moment. Depuis 17 heures, les patients affluent. Médecins et soignants s'affairent pour leur apporter les soins nécessaires dans les meilleures conditions.

Reportage dans différents services.





AUX URGENCES PÉDIATRIQUES

Une des deux infirmières de nuit tente de rassurer une maman qui a appelé la hotline de pédiatrie (032 713 38 48). Son enfant a de la fièvre depuis le matin et mal à la tête depuis la fin de la journée. La soignante lui pose une série de questions spécifiques pour cerner le problème et pour lui donner ensuite les conseils nécessaires. Elle lui propose de rappeler une heure plus tard, afin d'évaluer l'évolution de la situation. «A la hotline, il est essentiel de bien écouter la plainte, explique le Dr Fabian Spigariol, et de chercher tous les signes de gravité. S'il y a le moindre doute ou si les parents restent inquiets malgré nos propos, nous les faisons venir sans hésiter.» Mais tous n'ont pas l'intention de se déplacer jusqu'aux urgences pédiatriques. Parmi les quelque cinquante appels que nous recevons en moyenne entre 20 heures et minuit, certains parents veulent avant tout qu'un professionnel soit à l'écoute, qu'il leur donne quelques conseils et qu'il les rassure.»

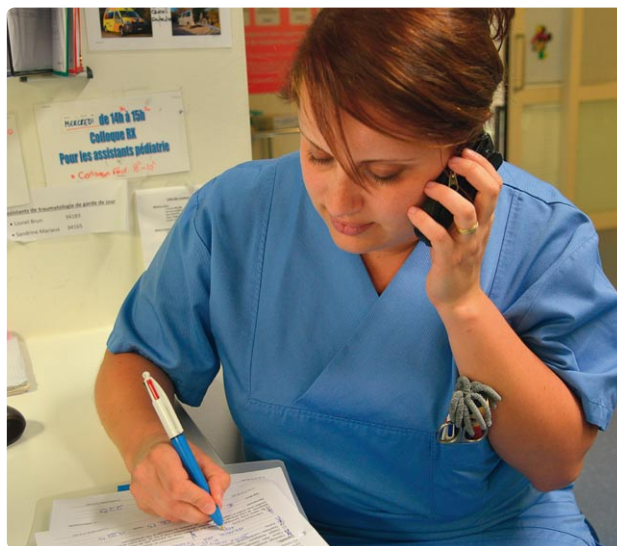
Il faut dire qu'avec la tombée de la nuit, les symptômes sont plus difficiles à supporter, ils s'accroissent souvent et l'enfant pleure davantage. L'inquiétude des parents se renforce. Ils craignent de perdre le contrôle de la situation. Tout prend des proportions plus grandes. Beaucoup choisissent ainsi de venir aux urgences avant de coucher leur enfant.

Parmi ceux-ci, il y a régulièrement des étrangers. «Ces personnes sont probablement un peu isolées, estime Elisa Humbert, infirmière. Ils n'ont pas de famille sur place. Du coup, ils ne peuvent pas téléphoner à leur maman, à leurs proches, comme on aurait tendance à le faire.» De son côté, le Dr Fabian Spigariol voit dans la population migrante une autre approche des urgences. Au Portugal par exemple, le médecin est là pour les contrôles et le suivi de développement; dès qu'il y a urgence, c'est l'hôpital qui prend le relais.

Dans la salle d'attente, le temps semble s'être arrêté. Deux familles viennent consulter pour leur enfant: tout près de l'entrée, un jeune garçon joue avec une petite voiture. Il souffre d'une éruption de boutons sur le corps; un peu plus loin, une adolescente a les yeux rivés sur le sol; elle est tombée de son vélomoteur et s'est blessée à la main. A leur arrivée, une infirmière les a accueillis et leur a posé une série de questions pour évaluer la sévérité de la maladie ou de l'accident et le degré d'urgence: «Nous prenons au sérieux ce que les parents ont à nous dire, explique Monika Zwahlen, infirmière-chef de l'unité de pédiatrie ambulatoire et urgences. Quand ils sont angoissés, ils sont soulagés de pouvoir raconter ce qui les inquiète. Nous leur faisons confiance. Ils savent que quelque chose ne va pas chez leur enfant, même s'ils n'ont pas tout de suite les mots pour expliquer la situation.»

Une fois que la discussion a permis de cerner le problème, l'infirmière avertit les uns et les autres qu'ils doivent patienter: le pédiatre est à la maternité pour une césarienne.

Parfois la consultation débouche sur une hospitalisation de l'enfant. C'est déjà difficile la journée, mais la nuit, c'est encore plus angoissant. Les parents sont fatigués, ils ont déjà une journée



derrière eux. Ils veulent être présents pour leur enfant malade ou accidenté, mais, s'il y a des frères et sœurs, ils doivent organiser leur prise en charge. Ce genre de situation nécessite une écoute très attentive et des explications circonstanciées de la part du médecin et des soignants.



DANS LE SERVICE DE PÉDIATRIE

Dans le service de pédiatrie, les couloirs sont déserts. Les jeunes patients sont dans leur chambre avec, souvent, un parent ou un proche qui prend soin d'eux jour et nuit. Environ 90 % des enfants sont accompagnés de leur maman ou de leur papa. Une présence importante lorsque la nuit tombe. A ce moment-là, les enfants se sentent moins en sécurité dans leur chambre. En effet, l'ambiance accentue les craintes: les bruits se font plus rares, les lumières sont éteintes, les soignants se font plus discrets.

Dans la chambre 2413, Céline Fauguel est avec sa fille qui aura bientôt une année. Louann a fait une crise d'asthme sévère il y a trois jours; demain, elle pourra probablement rentrer à la maison. En début de soirée, toute la famille était réunie ici pour partager le repas du soir: Louann était entourée de ses deux frères, de son papa et de sa maman. Un peu comme à la maison. Les infirmières sont restées discrètes pour ne pas perturber la vie de famille. Elles peuvent effectuer une surveillance de l'enfant à distance, car le monitoring de Louann est relié à une centrale placée dans le bureau des infirmières. Elles sont prêtes à intervenir en cas de nécessité, ou pour toute aide sollicitée par les parents.

A son arrivée, Louann était très déséquilibrée. Elle avait des difficultés respiratoires nécessitant chaque heure une inhalation de Ventolin (médicament qui pénètre directement dans les poumons et soulage les problèmes respiratoires) et une administration d'oxygène. «Ma fille hurlait de panique, se souvient Céline Fauguel. Elle ne comprenait pas ce qui lui arrivait. Nous faisons tout pour la rassurer. Elle était tout le temps dans nos bras, ceux de son papa ou les miens. La nuit, elle avait de la peine à dormir. Je restais à ses côtés. Quand elle s'assoupissait, je me couchais dans le lit installé près d'elle. Heureusement, depuis lors, ses difficultés respiratoires se sont atténuées et elle se sent mieux. La nuit dernière, ma fille et moi, on ne s'est même pas réveillées quand la veilleuse est venue lui administrer du Ventolin.»

Le personnel soignant fait le maximum pour respecter le rythme du sommeil de l'enfant, chaque fois que c'est possible. Durant la nuit, les veilleuses entrent dans la chambre à pas de loup, la lampe de poche pointée vers le sol. «De nombreux soins peuvent se faire sans réveiller l'enfant, constate Nicole Muller, infirmière-chef de service. Autant l'enfant en bas âge s'endort facilement, autant il est perturbé s'il se réveille brusquement. Il se rend compte qu'il n'est pas dans son lit, il n'a pas ses affaires, il n'a pas de repères. Ce qui peut l'angoisser. Tout est plus simple s'il a un parent ou un proche près de lui, qui peut le soulager. Il se rendort plus facilement.»

Dans certaines situations, les soignantes sont obligées de réveiller l'enfant à plusieurs reprises durant la nuit. Il en va ainsi pour les surveillances neurologiques. Par exemple si un enfant est tombé, il faut le réveiller chaque heure pour examiner son état de conscience. Ce genre de situation est pénible tant pour l'enfant que pour son parent accompagnant. A chaque fois, le réveil est difficile et l'un et l'autre peinent à se rendormir.

«Les parents font partie intégrante de notre travail, constate Fanny N'Dondo, infirmière. C'est une relation à trois. Nous prenons le temps nécessaire, encore davantage la nuit, pour être à l'écoute des angoisses. Si nous expliquons clairement la situation au parent, s'il se sent en confiance, il peut mieux trouver des mots rassurants pour son enfant.» Cette réalité se confirme aussi avec les bébés. «Avant de commencer un soin, relève Floriane Beaucourt, infirmière, nous expliquons ce que nous allons faire et pourquoi on le fait. Il ne va peut-être pas comprendre les mots, mais l'essentiel passe au travers d'une communication non verbale.» Le parent participe aussi aux soins. Il peut tenir son enfant dans les bras d'une certaine manière pendant que le pédiatre examine ses oreilles ou sa gorge. Si l'enfant est plus grand, médecins et soignants interagissent plus directement avec lui, et donnent des informations aux parents. Il arrive aussi que le parent fasse lui-même certains soins, le soignant restant à côté. Ainsi la maman de Louann a appris à administrer le Ventolin; c'est elle qui le fera à domicile.

Si l'enfant passe la nuit seul à l'hôpital, les soignants s'informent auprès des parents des habitudes de vie de l'enfant. Ils veulent notamment connaître les rituels qui entourent l'endormissement. Ils peuvent ainsi reprendre quelques coutumes familiales, afin de perturber le moins possible les repères de l'enfant: lire une histoire comme à la maison, laisser une petite lumière allumée près du lit ou encore poser le doudou sur le coussin. De quoi favoriser au maximum le bien-être et le sentiment de sécurité du jeune patient.



EN NÉONATOLOGIE

En néonatalogie (unité prenant en charge les nouveau-nés et les prématurés), quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, on parle doucement, la lumière est faible, les gestes sont calmes. Les soignants ont à cœur d'éviter au maximum les nuisances sonores et lumineuses pour protéger l'environnement direct du bébé. Ils sont attentifs à entrer délicatement en contact avec lui. On sait aujourd'hui que les hyperstimulations sont néfastes pour le nouveau-né. La nuit, la tranquillité est encore plus importante. Seules des petites lampes sont allumées.

Ce soir, trois nouveau-nés sont en couveuse. Leurs parents sont les bienvenus quand ils le souhaitent. Ils peuvent parler à leur enfant, le caresser délicatement, participer d'une manière ou d'une autre aux soins. « Nous privilégions les moments d'intimité entre le bébé et ses parents pour favoriser ou mettre en place le lien entre eux, comme cela se ferait à la maternité ou la maison. Par moments, nous nous effaçons pour favoriser cette intimité », explique Marie Frutiger, infirmière. Cette dernière est avec sa collègue auprès d'Océane, née le matin même. Elles font les soins, sous l'œil attendri des parents. « Tu es super sage. On va te faire belle. Quand nous aurons fini de te soigner, nous te mettrons près de ta maman. » Il est primordial de parler au bébé : « Avant chaque geste, on lui explique ce qu'on va faire. On intègre aussi les parents par la parole. Ils peuvent ainsi se sentir partie prenante. C'est une tripartie avec le bébé, les parents et nous. »

Après les soins, l'infirmière amène Océane dans les bras de sa maman. Le contact physique peut s'établir. Ce n'est pas toujours possible, si le bébé est trop petit ou trop instable. Lorsqu'Océane retournera dans la couveuse, l'infirmière veillera à ce qu'elle soit installée de façon confortable et conseillera aux parents d'aller se reposer. Difficile pour la maman de rejoindre la maternité qui n'est pas sur le même étage. Demain, elle fera elle-même une partie des soins à son enfant.



EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

Le début de soirée est calme en salle d'accouchement. Un bébé vient de naître. Il se porte bien. Après les premiers soins, les soignantes se sont retirées, laissant la maman et le papa profiter de ce moment d'intimité avec leur enfant. Pendant ce temps, une sage-femme discute avec un papa au téléphone: sa femme a de fortes contractions. Une autre soignante accueille un couple pour un accouchement.

Lorsque les contractions ont lieu de nuit, la maman a une journée bien remplie derrière elle. Elle est fatiguée. Le papa l'est aussi. Si la parturiente a une péridurale, il arrive que par moments ils somnolent, elle sur le lit, lui sur un fauteuil. Les sages-femmes se font alors plus discrètes pour respecter leur repos. Elles font régulièrement des allers et venues dans la salle d'accouchement pour suivre l'évolution de la situation et soutenir la maman. Malgré la fatigue, la femme a de grandes ressources. «De jour comme de nuit, nous devons l'aider à garder cette belle énergie, la soutenir, l'accompagner, la remotiver, explique Gaëlle Mamin, sage-femme. Lors d'une naissance, la sage-femme fait l'accouchement, le médecin assistant est présent, prêt à intervenir si nécessaire, la nurse accueille l'enfant et prodigue les premiers soins. En cas de problème, une équipe entière est mobilisable: chefs de clinique et médecins-chefs d'obstétrique, anesthésistes, pédiatres. Nous travaillons ensemble, nous avons besoin les uns des autres. Nous nous épaulons.»

Les sages-femmes ont à cœur de permettre au papa d'être partie prenante de l'accouchement. Elles font tout leur possible pour lui donner une place. C'est important, car il se sent souvent peu à l'aise. D'une part, c'est un domaine qu'il ne connaît pas et d'autre part il se sent impuissant face aux douleurs que peut ressentir son épouse ou sa compagne. «Nous lui montrons volontiers comment il peut la soulager, relève Marielle Mourgeon, sage-femme responsable adjointe; il peut lui faire des massages, l'aider à se détendre ou lui montrer comment respirer. Mais si le papa n'a pas envie de prendre un rôle aussi actif, nous respectons sa manière de voir les choses. Nous nous adaptons.» Lorsque l'accouchement se fait par césarienne, chaque fois que c'est possible, le papa peut accompagner son épouse au bloc opératoire. Il peut aussi entrer en salle de réveil pour présenter leur bébé à la maman.

Après l'accouchement, le couple profite d'être en intimité avec le bébé, puis généralement le papa repart pour se reposer avant de retourner au travail. «La maman a souvent de la peine à voir son mari ou son compagnon s'en aller, constate la sage-femme. Cette séparation peut être désécurisante, tandis qu'elle doit souvent faire face aux pleurs de son bébé. Peut-être a-t-elle des soucis d'allaitement.» Dans ces moments, la parturiente sait aussi qu'elle peut sonner pour avoir de l'aide. Les soignantes prennent alors le relais et la soutiennent: «La nuit, nous avons généralement davantage de temps, nous sommes moins sollicitées pour les autres tâches, remarque Christiane Crevoiserat, nurse. Pour respecter le sommeil de la maman et de son bébé, nous intervenons à la demande, sauf si nous devons faire des soins après une césarienne. Nous avons de beaux échanges; une sorte d'intimité se crée entre nous, autour du bébé. C'est pour cela que j'apprécie le travail de nuit.»

Il arrive de temps à autre que le couple demande une chambre privée avec un lit supplémentaire pour que le papa puisse rester

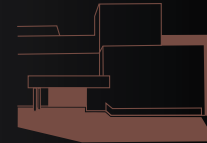
sur place. Dans ces circonstances, il accompagne son épouse, la soutient. Les soignantes se mettent alors volontiers en retrait, tout en restant disponibles et vigilantes.

Durant la nuit, les femmes viennent spontanément lorsque les contractions se font insistantes ou lorsqu'elles perdent les eaux. Il y a aussi d'autres urgences, notamment lorsque les femmes viennent pour des pertes de sang ou lorsqu'elles ne sentent plus leur bébé bouger. «Quand je dis que je suis sage-femme, on me dit que je fais le plus beau métier du monde, relève Julie Tisserand. C'est effectivement un privilège de participer à des événements d'une grande intensité dans la vie des gens. Mais nous nous confrontons aussi à des réalités très dures, lorsque les choses se passent mal. Dans ces circonstances, toute l'équipe médico-soignante se doit de rester aidante et professionnelle, même s'il est cinq heures du matin. Heureusement, nous sommes soudés, nous nous entraïdons et nous prenons le temps de parler de ce que nous avons vécu dans ces circonstances difficiles.»



Certaines nuits sont paisibles, d'autres sont chargées, voire surchargées. Il peut y avoir un seul accouchement et le lendemain une dizaine. (En tout, il y a eu 1571 accouchements en 2012 à l'HNE.) Dans les moments de calme, les soignantes peuvent se reposer sur un transat. Certaines s'assoupissent quelques minutes d'un sommeil de chat, prêtes à intervenir. Une patiente sur le point d'accoucher peut arriver à tout instant. «En l'espace de quelques secondes, relèvent les deux sages-femmes, nous devons à nouveau être dans l'action. C'est à nous de faire un travail sur nous-mêmes pour rester éveillées et positives, pour être complètement dans notre rôle, malgré la fatigue et la nuit».

Il peut aussi arriver qu'un accouchement se passe hors de l'hôpital. Dans ce cas, une sage-femme et un médecin du SMUR se rendent sur place rejoindre les ambulanciers. La sage-femme prend avec elle un gros sac à dos contenant le matériel pour faire un accouchement à l'extérieur de l'hôpital - un petit appareil pour écouter le cœur du bébé, des gants, une couverture chauffante, un bonnet pour le bébé. Elle est formée à l'urgence. Après l'accouchement, l'ambulance transporte le bébé, sa maman et son papa à l'hôpital.



AU CTR DU VAL-DE-TRAVERS

Il est vingt heures. Au CTR du Val-de-Travers, centre de traitement et de réadaptation spécialisé en gériatrie et soins palliatifs à Couvet, les deux infirmières et l'aide-soignante entament leur tournée, passant d'une chambre à l'autre. La plupart des patients sont dans leur lit ou prêts à se coucher. Seule une dame marche dans le couloir avec sa fille et un monsieur regarde la télévision dans l'espace séjour.

Les trente lits sont occupés. Heureusement, la soirée commence dans le calme. Les soignantes veillent à ce que chaque patient soit confortablement installé pour la nuit et qu'il se sente en confiance. Elles font les soins nécessaires et donnent les médicaments. Elles discutent avec chacun, plaisantent, rassurent. Elles tentent de créer une ambiance sereine, car avec la tombée de la nuit, l'inquiétude, voire l'angoisse vespérale grandit.

«Le soir, c'est souvent le meilleur moment dans le service pour prendre le temps de dialoguer avec les patients, explique Christine, infirmière. En effet, la journée est mouvementée avec la visite médicale, la physiothérapie, l'ergothérapie, les soins et les visites des proches. Le soir, elles sont contentes de se retrouver dans une atmosphère chaleureuse et reposante. Lorsque nous manquons de temps, nous restons moins longtemps auprès de chacun d'eux. Ils sentent que nous sommes moins disponibles. Parfois cela les désécurise, si bien que, durant la nuit, ils sonnent plus souvent.» Les soignantes entrent dans une chambre. Une dame est couchée dans la pénombre. L'infirmière s'approche d'elle, un gobelet à la main, contenant une pilule.

- Bonsoir Madame, comment allez-vous?

- Bien.

- Je vous donne un médicament. Du potassium. Ma collègue vous a fait une prise de sang cet après-midi et il en manquait un peu. Pendant quelques jours, nous allons vous en donner.

- C'est pour ma santé?

- Oui. Je vais encore vous prendre la tension.

Une fois la prise terminée, elle poursuit:

- En voilà une belle tension!

Martine, l'aide-soignante s'approche et propose à la patiente une tisane de fleurs d'oranger. Elle en profite pour vérifier que tout est à portée de main, ses lunettes, sa tisane, la sonnette pour appeler. Puis, les soignantes poursuivent leur tournée. Dans la chambre d'à côté, un patient est assis sur une chaise. Il tourne la tête vers l'entrée, lorsqu'il entend la porte s'ouvrir.

- Voilà mes trois étoiles qui arrivent. Bonsoir.

- Bonsoir jeune homme, répond l'infirmière.

- Vous savez, j'ai 87 ans.

- Mais vous ne les faites pas. Qu'est-ce que je peux faire pour vous? Dès que vous serez couché, je vous passerai votre chemise de nuit. Ca peut être maintenant ou je reviens dans un moment, si vous le souhaitez. Qu'en dites-vous?

- Vous savez, chez moi, les nuits sont très mouvementées. Vous me donnerez une pilule à 23 heures, et je risque bien d'être de nouveau réveillé à 3 heures du matin.

A l'hôpital, les personnes âgées ont tendance à se mettre au lit tôt. Elles sont fatiguées de la journée. Et comme elles ont une mobilité réduite, certaines personnes ont besoin de plus de stimulation. Or, physiologiquement, elles ont besoin de moins d'heures de sommeil. Elles peinent donc à s'endormir, se réveillent très tôt ou restent éveillées de longs moments. La nuit peut alors sembler longue. Il leur est proposé de prolonger la soirée avant d'aller se coucher.

L'aide-infirmière apporte au patient une petite collation ou une boisson protéinée. «Comme les personnes âgées ne mangent souvent pas assez de viande, poursuit l'infirmière, elles risquent de perdre des forces et de la musculature. Si les apports protéinés sont insuffisants, elles reçoivent des suppléments nutritionnels sur prescription médicale en dehors des repas.»

La sonnette retentit dans le couloir. Une aide-soignante sort pour savoir qui appelle. En fait, c'est une patiente à l'équilibre fragile, qui a voulu se lever. Au moment où elle a posé le pied à terre, le tapis sonnette qui retentit à la moindre pression, s'est enclenché. La soignante a pu intervenir rapidement, elle l'a aidé à se réinstaller, limitant ainsi le risque de chute.

«Avec l'arrivée de la nuit, les patients qui ont des troubles cognitifs perdent tout ou partie de leurs repères visuels et temporels, remarque Corinne, infirmière-chef adjointe d'unité de soins. Certains sont désorientés et peuvent devenir agités. Ils présentent alors un risque de chute accru. Sans parler des risques de fugue. Ces situations rendent le travail souvent difficile.» En effet, ils peuvent se mettre en danger. Quand ils sont confus, ils ne savent plus ce qu'ils font. Dans ces circonstances, les soignantes doivent souvent parer au plus pressé. En premier lieu, elles rassurent ces personnes, car elles sont souvent angoissées. Même si elles sont désorientées, elles peuvent avoir des moments de lucidité. «Nous devons souvent les recadrer en répondant toujours aux mêmes questions: Où suis-je? Qu'est-ce que je fais ici? Qui êtes-vous? Pourquoi ne suis-je pas chez moi? Pourquoi suis-je ici? Nous ne devons pas craindre de répéter souvent les mêmes réponses.» explique Lucille, infirmière.



Dans la chambre voisine, un patient qui a fait un AVC (accident vasculaire cérébral), est assis sur une chaise roulante. Paraplégique, il ne peut pas se mouvoir seul. Les soignantes lui parlent calmement, lui demandent comment il se sent. Il répond lentement et avec difficulté. Elles l'installent et lui tendent sa brosse à dents.

- Vous pouvez vous laver les dents. Nous revenons dans quelques instants.

Elles sortent de la chambre. «Nous essayons de conserver au maximum l'indépendance que le patient a encore, relève Christine. Si c'est possible, nous tentons aussi de lui faire retrouver une indépendance supplémentaire. Nous l'encourageons à faire ce qui est possible par lui-même tout en gardant un œil sur lui.»

Quelques minutes plus tard, elles retournent auprès du patient pour lui prodiguer les soins de nursing. Puis elles le couchent avec une cigogne, un appareil de transfert qui permet aux soignantes de lever et de déplacer une personne grabataire. Durant tous ces gestes, elles lui parlent, maintiennent le lien, le rassurent.

Tout à coup, le téléphone sonne. Une dame s'est blessée à la main ce matin. Comme elle travaillait, elle n'a pas pu venir avant. Elle veut passer à la polyclinique pour une consultation médicale. De vingt heures jusqu'à huit heures, ce sont les infirmières du service qui assurent la permanence de la polyclinique avec le médecin du SMUR présent sur le site. Elles accueillent les patients et font les premiers soins. «A la tombée de la nuit, constate Christine, infirmière, des douleurs se réveillent, des angoisses surgissent. Nous pouvons écouter et rassurer tout en prenant en charge le problème à l'origine de la consultation.»

Bientôt, les veilles arrivent pour prendre le relais. C'est le moment de la transmission des informations. L'équipe qui termine sa journée passe en revue chaque patient et donne les informations essentielles le concernant. Ainsi, l'équipe de nuit peut assurer le suivi. Puis vient le temps de la tournée de 22 heures 30. L'infirmière et les deux soignantes entrent ensemble dans chaque chambre, sans faire de bruit. Elles laissent la porte entrouverte pour profiter de la lumière du corridor sans réveiller les patients qui dorment. Parfois, au contraire, elles doivent en réveiller certains pour donner un médicament, prendre la tension ou déterminer le taux de glycémie. Quand l'infirmière aura fini sa tournée, elle téléphonera au médecin afin d'avoir les directives thérapeutiques: la tension d'une patiente est trop haute.

Les trois soignantes entrent dans la chambre située en face de la salle des infirmières. Sur la porte, à hauteur des yeux, le nom du patient est écrit en grand sur une feuille blanche, pour permettre à celui-ci de retrouver sa chambre. Il est désorienté. «Quand je m'approche, je suis très attentive à me placer de façon à ce que la personne désorientée me voie, explique Ingrid, infirmière. Si elle est réveillée, je lui parle. Je m'assieds de temps à autre à côté d'elle et je lui tiens la main. Je l'écoute, je fais oui de la tête, je lui souris. Un autre point important, c'est d'être calme à l'intérieur. Elle ne comprend pas forcément ce qu'on lui dit, mais elle perçoit ce que l'on est à l'intérieur. Elle a déjà tendance à ressasser ses problèmes, à rester dans le négatif. J'essaie de mon côté d'avoir des propos légers, de plaisanter. Si ça ne lui convient pas, elle me le fait vite comprendre.

Je pourrais proposer cette image: je crée une petite maison autour du patient. Je lui donne un cadre avec des murs, c'est ce qu'il sent, ce qu'il voit. Ensuite, je lui parle de moi, de ce que je ressens par rapport à lui. Ça fait une petite toiture et il se sent protégé. Ce n'est pas toujours facile à mettre en place. Mais, quand la petite maison est bien construite, c'est très efficace.»



La Dresse Yolanda Espolio Desbaillet, responsable du département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs, accorde une attention particulière au sommeil des personnes âgées. Elle prend en compte les différents aspects qui peuvent les perturber. Elle sensibilise les personnes âgées aux risques liés aux médicaments pour dormir.

Elle nous explique les dangers pour les personnes âgées de consommer des somnifères.

Un bon tiers de la population de plus de 75 ans prend des médicaments pour dormir, en particulier des benzodiazépines. Or, on sait aujourd'hui que la prise de somnifères augmente le risque de chute et donc de fracture. Et qui dit chute et fracture chez une personne âgée dit aussi morbidité et mortalité. Si une personne âgée se fracture le fémur par exemple, le risque qu'elle se retrouve en EMS augmente, car elle perd de son autonomie. De plus, les médicaments pour dormir induisent des troubles de la mémoire et de l'attention. Enfin, des études récentes laissent à penser que prendre des somnifères pourrait augmenter le risque de développer la maladie d'Alzheimer. Cette hypothèse demande toutefois à être validée par d'autres recherches.

Quand une personne a des risques de chute importants, parce qu'elle a un mauvais équilibre et qu'elle prend des médicaments pour dormir, quelle attitude avez-vous?

Précisons d'abord que les somnifères ne sont pas les seuls médicaments qui favorisent les chutes. Il n'en reste pas moins qu'en réduisant leur consommation, les risques diminuent grandement.

S'attaquer au problème de sommeil du patient exige du temps. Lorsqu'une personne âgée qui prend régulièrement des somnifères est hospitalisée à Couvet, il est essentiel de faire des investigations pour cerner le problème. Elle peut souffrir de pathologies associées qui perturbent le sommeil, comme de l'anxiété, de la dépression, de l'apnée du sommeil ou encore des troubles urinaires. En identifiant et en prenant en charge la pathologie de base, nous améliorons la qualité de son sommeil.

Parallèlement à cette prise en charge, nous expliquons au patient les dangers qu'il encourt avec ce genre de médicament. Nous lui proposons de diminuer le dosage, voire d'entreprendre un sevrage. Souvent il nous explique qu'il prend des somnifères depuis si longtemps qu'il ne réussira pas à dormir sans. Nous essayons de



négoier avec lui et de trouver ensemble une solution. Souvent il aimerait une solution minute. Il n'est pas simple de le convaincre de l'intérêt d'acquiescer des comportements qui favorisent l'entrée dans le sommeil. S'il accepte de modifier quelque peu son traitement, par exemple de diminuer la dose, c'est déjà une grande victoire.

Quels comportements peuvent favoriser le sommeil ou au contraire le perturber?

La personne âgée a un sommeil plus court, plus fractionné et moins profond. Il n'est pas rare qu'une femme ou un homme de 80 ans n'ait besoin que de 6 à 7 heures de sommeil par 24 heures. Si elle fait une sieste l'après-midi et qu'elle va se coucher à 20 heures, elle aura assez dormi à une heure du matin. Il est donc essentiel que nous l'aidions à mettre en place des stratégies pour organiser son sommeil.

Si le patient accepte d'entrer dans une démarche de sevrage, a-t-il la possibilité de le faire durant son hospitalisation au CTR du Val-de-Travers?

A Couvet, les patients sont hospitalisés pour 15 jours, éventuellement 3 semaines. C'est une période trop courte pour effectuer un sevrage lorsqu'une personne prend un médicament depuis plusieurs années. Il faut y aller progressivement, à cause des risques liés au sevrage. Il peut en effet y avoir une aggravation de l'anxiété, de l'agitation, de la confusion, des symptômes digestifs notamment. Le sevrage devrait durer plusieurs semaines ou plusieurs mois, notamment en fonction du dosage.

Il est donc possible de commencer le traitement, mais il doit se poursuivre sous l'égide du médecin traitant et avec l'appui de l'entourage du patient.







DANS UNE UNITÉ DE CHIRURGIE

La nuit tombe sur La Chaux-de-Fonds. Une patiente fait les cent pas le long du couloir d'une unité de chirurgie. Elle marche lentement dans un sens, puis dans l'autre, en tenant à la main la potence sur laquelle est suspendue une perfusion. Elle espère se fatiguer suffisamment pour lui permettre de dormir. «Le soir et la nuit, ce n'est pas évident, car je dors très peu. Je cherche le sommeil, mais il peine à venir. C'est extrêmement long. Je refuse pourtant de me laisser envahir par des idées noires sur lesquelles je n'ai aucune prise. Et puis, je n'aime pas déranger les soignants durant la nuit. Ils sont si occupés! Il est vrai que si je les appelle, ils sont très attentionnés. Parfois même ils me massent le dos. Ça fait tellement de bien!»

Dans le bureau vitré, l'équipe de nuit, composée ce soir d'une infirmière et d'un infirmier, prend connaissance des nouvelles concernant les patients. Ils ont chacun la responsabilité de 12 personnes. La transmission des informations est plus brève ce soir, car les veilleurs ont déjà assuré la nuit précédente; ils connaissent les différentes situations. Reste donc à mettre l'accent sur les changements intervenus ces dernières heures.

- Madame X a passé une bonne journée. On a refait son pansement et la plaie cicatrise bien. Elle est autonome. Mais elle a tendance à vouloir en faire un peu trop. Elle risque d'arracher sa perfusion, il faut rester attentif.
- Il n'y a pas de changement chez Monsieur Y. Toujours la même médication. Les examens ont montré qu'il a des calculs dans la vésicule. Son hémoglobine est en baisse.
- Beaucoup de patients auront de la peine à s'endormir, ce soir. Il fait trop chaud dans les chambres. Mais on a été obligé de fermer les fenêtres à cause du vent.

et, si nécessaire, contrôler la température, le pouls, la tension, la saturation. Ils le feront plusieurs fois ces prochaines heures chez les personnes qui viennent d'être opérées.

Dans ces moments, les soignants se rendent vite compte de l'état d'esprit des patients. Ils peuvent être stressés, angoissés, découragés, désécurisés: «Il suffit souvent de discuter avec eux quelques minutes pour qu'ils soient réconfortés», note l'infirmier. «Deux de mes patients seront opérés demain, poursuit Marielle Chabod, infirmière. J'ai senti qu'ils étaient anxieux. L'un d'eux m'a dit avoir peur de l'opération et surtout des douleurs postopératoires. J'ai alors interpellé son voisin de chambre qui avait été opéré la veille. Celui-ci lui a expliqué qu'il pouvait déclencher lui-même l'injection d'antalgique grâce à une pompe, dès qu'il ressentait des douleurs. Du coup, le patient a pris confiance, il s'est apaisé.»

L'infirmier poursuit ses visites et s'approche d'un patient opéré la veille. Tout en discutant, il arrange le coussin, relève les couvertures; il aimerait qu'il se sente à l'aise pour la nuit. Puis, il lui fait un massage du pied pour éviter les escarres. Le patient est serein. La veille, le chirurgien lui a dit que l'opération s'était bien passée. «La première fois que je me suis fait opérer de la hanche, je me suis senti diminué, se souvient le patient. J'ai eu un coup de blues. Je me sentais vieux. Depuis lors, j'ai constaté qu'on vivait très bien avec une prothèse. Je suis donc venu me faire opérer en toute confiance pour cette deuxième prothèse. Non, la nuit n'est pas pénible pour moi. Il est vrai que je prends beaucoup de calmants contre la douleur, je suis un peu dans les vapes. Alors je dors beaucoup. Demain, je vais me lever et je commencerai à faire des exercices.»

Son voisin de chambre, lui, est stressé. L'infirmière commence à discuter avec lui; elle lui propose une tisane. Puis elle lui pose des questions pour comprendre ce qui l'angoisse. Il y a quelques



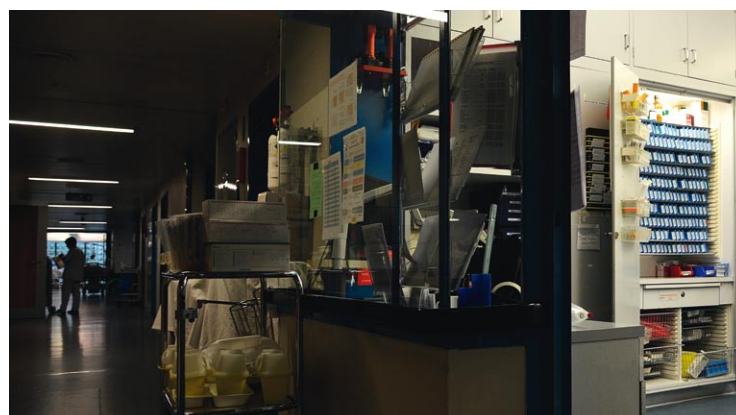
Les transmissions terminées, les deux veilleurs contrôlent les médicaments préparés par l'équipe de jour. Cette manière de faire permet de limiter au maximum le risque d'erreur. Puis ils passent auprès de chaque patient. «Pour cette première tournée du soir, je frappe avant de rentrer dans la pièce, relève Didier Tuffal, infirmier. A minuit et à trois heures du matin, ce sera différent. Je me ferai le plus discret possible, afin de ne pas perturber leur sommeil. Je m'éclairerai à la lampe de poche. Mais, si je dois faire un soin ou prendre la tension, je ne pourrai pas éviter que la personne se réveille.» Ils passent ainsi auprès de chacun pour préparer la nuit

heures, il a appris le diagnostic de sa maladie. «Quand un patient est inquiet, j'essaie de le ramener au moment présent, relève Marielle Chabod, infirmière. Nous parlons de tout. On en vient souvent à évoquer la mort, sans tabou. Ce n'est pas inné d'oser discuter de sujets aussi graves. En tant que soignants, nous suivons des cours pour être plus à l'aise dans ce genre de conversation. Nous pouvons ainsi être plus aidants pour le patient.» Finalement, l'infirmière décide de téléphoner au médecin de garde des urgences; c'est lui qui intervient la nuit, si nécessaire. Elle estime qu'un tranquillisant aiderait sans doute le patient à passer

une bonne nuit. «La plupart du temps, les veilleurs appellent le médecin de garde parce qu'un patient n'arrive pas à dormir ou qu'il a des douleurs, explique Carla Janota, infirmière-cheffe d'unité de soins dans le service de chirurgie. Dans ce cas, il arrive que le médecin transmette une prescription par téléphone et qu'il passe chez le patient un peu plus tard. S'il y a une situation d'urgence vitale à l'étage, soit il vient immédiatement, soit il appelle son chef. Ça dépend de la gravité des situations qu'il doit traiter en même temps aux urgences.»

La première tournée est terminée. Tout est calme pour l'instant. Les veilleurs se retrouvent dans le bureau. Ils ont d'autres tâches qui les attendent: préparation des médicaments pour la nuit, commande de pharmacie, préparation des dossiers pour les entrées du lendemain. Dans le couloir, les lumières sont tamisées. Au moindre bruit, l'un d'eux se lève pour voir ce qui se passe. Il arrive qu'un patient déambule dans le couloir. Il pourrait être agité ou risquer de chuter. Le silence est aussi entrecoupé du bruit de la sonnette. Un patient appelle; un des soignants se lève pour aller à son chevet.

Puis la nuit se poursuivra, rythmée par une collation pour les soignants, la tournée de trois heures, puis celle de cinq heures. Cette dernière tournée est conséquente. Les médecins et les soignants, qui prennent le relais en début de journée, auront besoin d'un maximum d'informations pour chaque patient. «Nous entrons le plus discrètement possible dans les chambres. Puis nous les réveillons calmement pour leur prendre la température, la tension et les autres paramètres vitaux. Nous leur donnons leurs médicaments. A 6h30, nous devons accueillir les patients convoqués le matin même pour être opérés. Nous les installons dans leur chambre, nous faisons les prises de sang et les autres contrôles. Ils doivent être prêts pour rentrer au bloc opératoire à 7 heures. «Lorsque le service est plein, toutes les minutes sont comptées, conclut Didier Tuffal. Il faut un petit coup d'adrénaline et d'énergie à la fin de la nuit pour mener à bien ces nombreuses tâches tout en restant vigilant.»



«Lorsque le service est plein, toutes les minutes sont comptées, conclut Didier Tuffal. Il faut un petit coup d'adrénaline et d'énergie à la fin de la nuit pour mener à bien ces nombreuses tâches tout en restant vigilant.»



DANS UNE UNITÉ DE MÉDECINE

La soirée est chargée à l'unité de médecine de soins aigus de La Chaux-de-Fonds. Peu avant vingt heures, un patient est arrivé du bloc opératoire. Les veilleuses doivent assurer une surveillance rapprochée et, en même temps, faire la tournée auprès des autres patients. Elles doivent distribuer les médicaments, faire des soins et tranquilliser les uns et les autres pour qu'ils passent une bonne nuit. S'ils sentent que l'infirmière est stressée, ils ne seront pas en confiance, peineront à dormir et activeront la sonnette.

Comme une partie des patients sont âgés et dépendants, le travail est exigeant. Les deux infirmières ont chacune 12 personnes sous leur responsabilité, avec des pathologies diverses et variées. Elles travaillent de façon indépendante tout en comptant l'une sur l'autre. « Si un patient a des difficultés de mobilisation, remarque Delphine Houg, infirmière-cheffe de l'unité, la veilleuse ne peut pas le réinstaller toute seule. Elle a besoin de sa collègue. Elles vont s'épauler, s'entraider. »

Ce soir, la tournée se fait au ralenti. Les infirmières doivent à tout moment interrompre leur activité pour aller voir un patient qui a sonné: « On a beau s'organiser, mais rien n'y fait, nous devons sans arrêt courir au plus pressé, constate Paulette Parisi, infirmière. Quand ça sonne, nous sommes obligées d'y aller rapidement. S'ils se lèvent seuls, bien des patients se mettent en danger et risquent de tomber. Il y a diverses raisons à cela: chute de pression, Parkinson, problème d'équilibre, confusion. »

Une patiente vient justement de tomber. Elle n'a pas sonné pour demander de l'aide et s'est déplacée dans l'obscurité pour ne pas déranger ses voisins de chambre. Elle a glissé et elle est tombée. Heureusement sans gravité. La soignante l'a secourue et l'a aidée. « Quand un patient chute, la soignante avertit le médecin assistant de garde qui fera une consultation, et si nécessaire prescrira des examens complémentaires, explique Marie-Laure Jacquot, infirmière-cheffe de service. Parallèlement, les deux professionnels remplissent un formulaire de déclaration de chute obligatoire. Ils relatent notamment les circonstances de la chute et l'anamnèse du médecin. Les informations collectées permettent au bureau Qualité clinique et sécurité des patients d'avoir une vision globale de la problématique et de proposer des mesures d'amélioration. Parmi celles-ci, les tapis de chute, qui sonnent quand le patient se lève, ont permis de diminuer le nombre d'accidents.

Certains patients sont perturbés par leur hospitalisation. Ils n'ont plus de repères, peuvent devenir anxieux et incohérents. « Il arrive que les patients désorientés sonnent à tout moment, se souvient Paulette Parisi. Et quand nous arrivons vers eux, ils disent qu'ils n'ont pas appelé. Et pourtant le témoin lumineux est allumé au-dessus de leur lit. Ils ont tout simplement oublié. Dans ces situations qui se répètent souvent à quelques minutes d'intervalle, la patience est mise à rude épreuve. » Il arrive aussi que des patients s'agitent, arrachent leur cathéter, déambulent dans les couloirs ou encore aient des accès de violence. « Heureusement, nous sommes deux, poursuit Elsa Faivre, infirmière. Nous nous arrangeons entre nous. Nous y allons chacune à tour de rôle. C'est moins pénible. Cela nous permet de pouvoir respirer. »

Les soignantes ont suivi des formations pour savoir comment réagir dans ces situations difficiles. Elles ont appris des techniques de communication pour apaiser le patient. Si le stress et l'agitation



ne diminuent pas, elles peuvent appeler le médecin. Dans les situations extrêmes, elles téléphonent au gardien de sécurité qui se trouve aux urgences.

Souvent les patients dorment mal. Ils sont anxieux. S'ils se retrouvent à quatre dans une chambre, ils doivent se supporter les uns les autres. Entre celui qui ronfle, celui qui écoute la télévision à fond et celui qui aimerait dormir, des tensions peuvent survenir. Si une personne se lève cinq ou six fois durant la nuit pour aller aux toilettes, les autres peuvent être perturbés. Il est déjà arrivé que les soignants doivent séparer deux personnes et qu'ils doivent déménager de chambre l'un d'eux durant la nuit. Une situation qui reste exceptionnelle, heureusement.

Les deux infirmières poursuivent leur tournée. Parfois, elles cherchent à rassurer les patients, d'autres fois elles parlent de la pluie et du beau temps, d'autres fois encore elles plaisantent. « J'aime bien rire avec mes patients, affirme Paulette Parisi. Si je peux être un petit rayon de soleil de temps en temps, je suis contente. Ça leur fait un peu oublier ce qu'ils sont en train de vivre. Surtout que certains patients ne sont pas très entourés. L'humour permet aussi parfois d'ouvrir des discussions. Mais on ne peut pas le faire avec tout le monde. »

Vingt-deux heures. Dans le couloir, les lumières se mettent en mode veille. La pénombre et le calme règnent. Avant de commencer la deuxième tournée, une veilleuse passe dans une chambre actuellement dévolue aux soins palliatifs. Chez ces patients en fin de vie, l'angoisse arrive souvent aussi avec la tombée de la nuit. « Le soir, je me demande si je serai encore là demain matin, confie une patiente. Je sais qu'avec ma maladie, je peux m'attendre à partir à tout moment. Je me dis que je dois accepter ce qui vient. La nuit, les veilleuses passent vers moi pour savoir si tout va bien; je peux aussi les appeler si nécessaire. Mais je ne veux pas les embêter tout le temps. » Pour les veilleuses, ces situations engendrent une charge émotionnelle importante, ce qui rajoute à la pénibilité de leur travail.

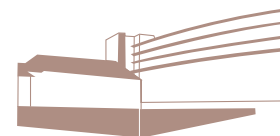
La nuit se poursuivra avec des tournées auprès des patients à 22 heures, minuit, 2 heures et 5 heures du matin. Avec à chaque fois, des soins à donner et des paramètres vitaux à contrôler. Comme actuellement les patients sont souvent hospitalisés moins longtemps, tout est condensé. Le travail est ainsi plus dense pour ces soignantes de la nuit qui ont à cœur d'accompagner tous les patients; ceux qui sont en souffrance et ceux qui sont inquiets, ceux qui seront là quelques nuits et ceux qui resteront plusieurs semaines.



La centrale d'alarme du 144 40 % des entrées aux urgences s'effectuent de soir et de nuit, alors que les équipes médico-soignantes sont restreintes. Les patients se succèdent avec des problèmes de santé, allant de petits bobos à des urgences vitales. Or, l'Hôpital neuchâtelois a un problème de gestion du flux des patients qui n'ont pas besoin d'une structure hospitalière. Ils viennent le soir, en dehors de leurs heures de travail alors qu'ils pourraient être pris en charge durant la journée par les médecins de ville. La direction médicale de HNE attendait beaucoup de la révision de la centrale du 144, retardée par un référendum.

Actuellement un appel au 144 est réceptionné par la police. C'est elle qui transmet l'information au SIS, Service d'incendie et de secours. Le problème, c'est que la police n'a pas de formation médicale pour distinguer les cas bénins des problèmes plus graves.

«Nous mettions beaucoup d'espoir dans le projet de tri téléphonique, prévu par la révision de la centrale du 144, explique Anne-Françoise Roud, directrice médicale de l'HNE. Animée par une équipe de professionnels de la santé, la centrale peut lancer une intervention d'urgence ou proposer au patient de se rendre aux urgences. Elle peut aussi identifier des problèmes bénins, donner des conseils téléphoniques et proposer des solutions plus appropriées. Les expériences menées dans d'autres hôpitaux montrent une diminution de 30 % des entrées aux urgences. Cette organisation permettrait donc de réguler la surcharge de travail.»



AUX URGENCES

20 heures. La salle d'attente des urgences de Pourtalès est vide. Seule la télévision laisse défiler les images météo qui prévoient un temps agréable pour cette nuit du samedi au dimanche de la fin juin. L'agent de sécurité vient d'arriver. Il s'est installé à la réception, prêt à accueillir les patients. S'il y a un souci aux urgences ou dans un autre service, par exemple lorsqu'un patient ou un visiteur est agité ou violent, les soignants peuvent l'appeler. Il se rendra alors sur place et prendra la situation en main.

Derrière la porte coulissante se déploie le cœur des urgences avec les différents box où sont pris en charge les patients. Une infirmière du service de chirurgie vient chercher une patiente qui s'est fracturé le bassin. Juste à côté, médecins et soignants préparent un patient pour son transfert aux soins intensifs. A part cela, le calme règne. Un calme inhabituel. «Le week-end, entre 17 heures et une heure du matin, c'est généralement tendu, explique un infirmier. Hier soir par exemple, c'était une soirée classique. Quand nous sommes arrivés pour assurer la nuit, les six box étaient pleins, avec plusieurs patients sérieusement touchés dans leur santé. Et, dans la salle d'attente, il y avait quatre personnes qui attendaient depuis deux ou trois heures. Nous avons pris la relève et avons travaillé non-stop jusqu'au milieu de la nuit.»

Dans le bureau vitré, le téléphone sonne. Une soignante répond. Un homme appelle pour sa femme qui a mal à la tête depuis trois jours. Elle lui pose quelques questions:

- Elle a pris des médicaments?
- Elle les a pris régulièrement depuis qu'elle a vu son médecin traitant?
- Et ça ne change rien?
- Vous lui avez pris la température?

La discussion est difficile. L'homme parle mal le français. Dans ces conditions, l'infirmière a de la peine à évaluer la situation. Elle propose de venir en consultation. Ce sera plus facile de cerner le problème. «Lorsqu'on ne comprend pas la langue du patient, la nuit, on doit se débrouiller, relève la soignante. Souvent, les gens d'autres cultures viennent avec leur famille. Et ce sont les enfants qui assurent la traduction. Durant la journée, c'est plus simple. Nous disposons d'une liste de collaborateurs de la maison qui parlent une langue étrangère. Nous pouvons faire appel à l'un d'eux pour assurer le rôle de traducteur.»



Un jeune homme arrive aux urgences avec sa mère. L'agent de sécurité s'occupe des formalités administratives avec elle tout en gardant un œil attentif sur la salle d'attente. Un infirmier accueille le patient et lui pose une série de questions qui lui permettent de cibler le problème et de déterminer le degré d'urgence de la prise en charge entre 1 et 4. L'urgence 1 concerne les situations aiguës qui peuvent entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe si la prise en charge n'est pas immédiate. A l'opposé, l'urgence 4 ne nécessite pas de soins d'urgence. Dans ce cas, il n'y a pas de délai pour la consultation médicale.

Le jeune homme a eu un coup de soleil il y a trois jours. Son dos est rouge, mais il n'a pas de cloque. Il ne supporte pas la douleur. Comme il a demandé une consultation, le médecin va l'ausculter. La soirée est calme, il est pris en charge dans les dix minutes qui suivent. «Si le service avait été chargé, relève l'infirmier, il risquait d'attendre plusieurs heures, selon la gravité des autres situations. Nous lui aurions fait comprendre qu'il pourrait revenir durant la journée ou aller chez son médecin traitant.»

L'ambulance arrive avec une dame qui a eu un accident de moto. Elle a percuté un chevreuil et a mal aux genoux. Elle est emmenée sur un brancard. Les ambulanciers transmettent leurs observations, le médecin arrive et prend en charge immédiatement la patiente.

Peu après, la police arrive avec un homme à la réception. Il a menacé de se suicider, alors qu'il était chez son amie. Cette dernière a appelé la police qui est allée le chercher et qui l'a

emmené aux urgences. L'infirmier organisateur de l'accueil évalue la situation. L'homme affirme n'avoir pas consommé d'alcool ni de médicaments. Le soignant l'emmène juste à côté, au CUP, Centre d'urgences psychiatriques. Sa collègue, une infirmière en psychiatrie, l'accueille pour un entretien et une évaluation.

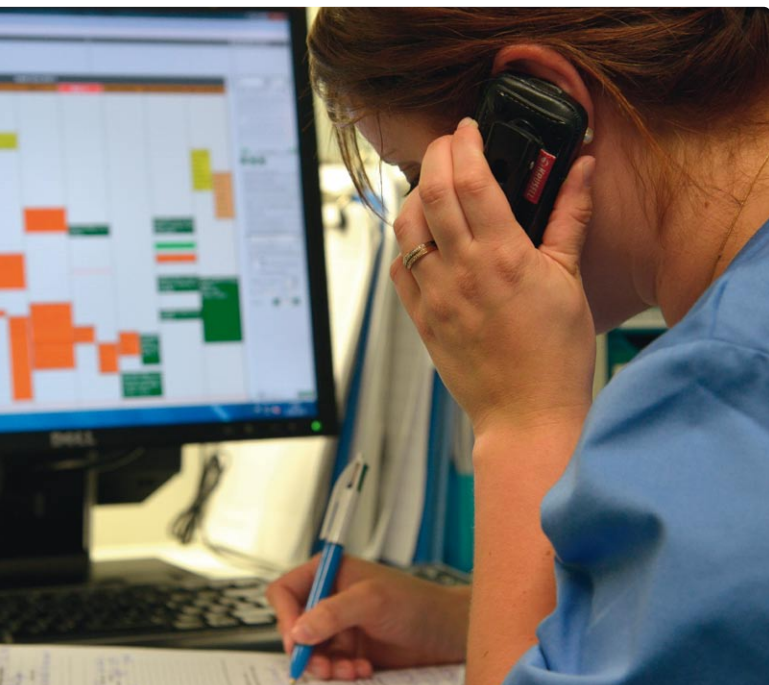
La soirée se poursuit et les patients de succèdent.

Vers une heure du matin, l'ambulance arrive avec un jeune homme alcoolisé sur un brancard. Il était étendu par terre devant un bar de Neuchâtel. Arrivés dans un box, les soignants le déplacent sur un lit, le retournent, le déshabillent, le calent pour l'empêcher de se mettre sur le dos. Aucune réaction. Il ne se réveille pas. Ils lui soulèvent les paupières, éclairent avec une lampe de poche pour voir si ses pupilles réagissent. «Etat de conscience: 4 sur 15». Un des infirmiers regarde dans les poches du pantalon et de la veste du patient. Il aimerait connaître l'identité du jeune homme et son âge. S'il avait moins de seize ans, il devrait être pris en charge par les urgences pédiatriques. Pas moyen d'avoir le moindre renseignement, il n'a pas de porte-monnaie. Rien qu'un smartphone. Le patient sursaute, puis essaie de se mettre sur le dos. Un des infirmiers l'en empêche, il pourrait avoir de graves lésions, s'il avale son vomi.

Les ambulanciers sont choqués. Ils racontent comment s'est déroulée leur intervention. «Quand nous prenions en charge le jeune homme, il y avait cinq ou six personnes, complètement agitées autour de nous. Nous étions obligés de les éloigner avec nos bras. Quand nous avons mis le patient sur le brancard, ils le tiraient en bas.»

Pour le moment, le patient est endormi. Mais comment sera-t-il à son réveil? Lorsqu'ils commencent à reprendre conscience, ces jeunes qui arrivent avec un coma éthylique ne sont pas forcément collaborants. Ils s'agitent, ont tendance à vouloir entrer dans les salles d'à côté et ennuyer les autres patients. Ils injurient les soignants et peuvent même devenir violents physiquement, surtout s'ils ont consommé certaines substances. «Dans ces circonstances, relève l'infirmière, je me sens vraiment démunie. Je me demande à chaque fois ce que je pourrais faire pour les aider et empêcher cette escalade.»

«Il arrive qu'on doive les contenir pour leur protection, celle des autres patients et la nôtre, précise un soignant. Nous pouvons aussi demander de l'aide au personnel du centre de psychiatrie. Dans les situations plus graves encore, nous pouvons appeler la police. Il suffit d'une personne agitée pour bloquer tout le service. Nous sommes pourtant quatre infirmiers. Mais si un patient hurle, s'il se contorsionne sur le brancard au point de faire beaucoup de bruit, les autres patients sont déséquilibrés. On leur explique la situation, ils comprennent, mais la tension reste palpable.»





LE SERVICE DE MAINTENANCE EN ALERTE DE NUIT COMME DE JOUR

A l'hôpital, une panne technique, même petite, peut avoir des conséquences déconcertantes. Imaginez: si une ampoule lâche dans une chambre et que le patient doit aller aux toilettes dans la pénombre, il risque de chuter. Si la ventilation ne marche pas dans une salle d'opération, il n'est simplement plus possible de l'utiliser. Si le système des sonnettes ne fonctionne pas, les patients ne peuvent plus appeler les soignants. Pour éviter au maximum ce genre de désagréments, le service de maintenance de l'HNE veille au grain sur les bâtiments et les infrastructures, telles que le chauffage, la ventilation, les installations sanitaires et électriques. En cas de problème, ils interviennent de nuit comme de jour, que ce soit l'équipe nord (La Chaux de Fonds, La Chrysalide, Le Locle) ou l'équipe sud (Pourtalès, Landeyeux, La Béroche, Couvet).

«Nous voulons éviter au maximum qu'une installation tombe en panne, explique Pierre Geiser, responsable de la maintenance pour les sites de Pourtalès, Landeyeux, La Béroche et Couvet. Depuis plusieurs années, nous pratiquons une maintenance préventive plus soutenue qui porte ses fruits. Dans le domaine de la ventilation, nous avons diminué de moitié les interventions de nuit.»

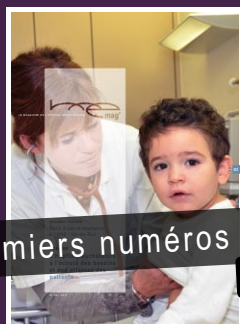
Malgré tout, entre les différents sites, les agents de maintenance de piquet interviennent 4 à 5 fois par semaine entre 16h30 et 7h30. Ils sont alertés par les alarmes générées par les systèmes informatiques et par des appels de collaborateurs sur place.

ORDINATEURS ET TÉLÉPHONES

Sur la plupart des sites, la gestion du bâtiment se fait en grande partie par ordinateur, notamment tout ce qui est lié à la ventilation, la climatisation, la température. S'il y a un problème, une alarme se met automatiquement en route. L'agent de piquet peut se connecter au système sur son ordinateur portable depuis son domicile. En lien direct avec l'automatisme du bâtiment, il peut détecter le problème et agir en conséquence. Si la température n'est pas adéquate à un endroit particulier, il peut corriger les consignes.

Patrick Schreyer, agent de maintenance, assure les piquets avec cinq collègues. Il explique: «Quand un orage éclate, il y a des microcoupures de courant. L'électronique supporte mal ces ruptures; le système de ventilation s'arrête, parfois il redémarre sans autre, d'autres fois nous devons intervenir.»

Parfois, c'est le personnel qui alerte l'agent. Les soignants qui font les veilles et l'agent de sécurité appellent pour des problèmes aussi divers qu'une panne d'ascenseur, une porte bloquée, des téléphones en panne, la barrière du parking bloquée, une inondation. «Un soir j'ai dû intervenir dans un service où les sonnettes, les alarmes réanimation et les «appels malades» ne fonctionnaient pas, se souvient l'agent de maintenance. Le système ne permettait plus aux patients en difficulté de faire appel aux veilleuses de nuit. Il ne permettait plus non plus d'appeler une équipe de réanimation. C'était un problème urgent, car l'appel malade est un des piliers du fonctionnement de l'hôpital. Il a fallu agir au plus vite.»



Téléchargez les premiers numéros de HNE mag' sur notre site internet
www.h-ne.ch > communication/médias > publications > HNE Mag



D'autres situations peuvent sembler plus anodines à première vue. Récemment, l'agent qui était de piquet a reçu un appel d'une infirmière. Lorsqu'elle a voulu rentrer dans une chambre, la poignée de la porte lui est restée dans la main. Il a fallu intervenir au milieu de la nuit pour revisser la poignée sur la porte, car des courants d'air gênaient les patients.

LES CRITÈRES D'INTERVENTION

La rapidité d'intervention répond à des critères précis. «Notre première priorité est la sécurité et le confort des patients, relève Pierre Geiser. Un exemple: un agent de maintenance se déplace au milieu de la nuit pour changer une ampoule dans les w.c. d'une chambre, mais il attendra le matin pour une ventilation tombée en panne dans un vestiaire. Ce dernier cas n'est pas vital, alors que l'absence de lumière peut avoir de graves conséquences.»

SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Il arrive parfois que l'agent de piquet doive faire appel à des renforts. «Il y a des situations exceptionnelles, comme celle vécue le 20 juin dernier, précise Pierre Geiser. L'orage a été d'une telle intensité qu'il a provoqué une inondation conséquente sur le site du Val-de-Ruz. Sur appel téléphonique, nous avons réussi à mobiliser 6 agents de maintenance. Ils ont pompé l'eau, enlevé les grêlons et remis les locaux en état.»

Autre situation exceptionnelle qui, cette fois-ci, n'a pas pu être résolue rapidement. Une nuit d'hiver, tout le quartier de la Maladière à Neuchâtel était privé de chauffage. Le fournisseur d'énergie a très vite constaté une fuite, mais n'arrivait pas à savoir d'où elle provenait. Il ne savait pas non plus combien de temps allait durer la panne. «Il s'agissait alors de s'organiser sans attendre le lendemain matin, raconte Patrick Schreyer. L'agent de maintenance a appelé des renforts. Nous avons averti tous les services de l'hôpital. Nous avons ensuite cherché des couvertures, des chauffages d'appoint pour les chambres des patients et les endroits stratégiques.» Heureusement, comme le bâtiment est grand et massif, la baisse de température ne commence qu'après deux ou trois heures. Finalement, la panne a duré douze heures. «Dans ce genre de situation, conclut Pierre Geiser, nous devons organiser une solution provisoire qui permette de corriger le problème et de maintenir la fonctionnalité de l'hôpital à tout point de vue. Il est important que le dysfonctionnement reste au niveau technique, qu'il n'ait pas d'influence sur le patient. Nous devons trouver le geste qui sauve... la situation».



Notre journal, votre journal

Vous aimeriez réagir à un article, vous avez une information qui peut intéresser les lecteurs, vous aimeriez que la rédaction traite d'un sujet particulier...

N'hésitez pas à en faire part à Muriel Desaulles à l'adresse suivante:

hne.mag@h-ne.ch ou HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds.

Ce journal paraît trois fois par année. Il est à votre disposition dans le hall d'entrée des 7 sites de l'HNE, dans les salles d'attente, dans les cabinets médicaux et sur notre site internet, à l'adresse suivante: <http://www.h-ne.ch>

RECEVOIR HNE mag'. Si vous désirez recevoir HNE mag' personnellement, contactez-nous:

HNE, Direction générale, Chasseral 20, 2300 La Chaux-de-Fonds, 032 967 24 08, hne.mag@h-ne.ch

Début de soirée à l'Hôpital neuchâtelois. Sur chacun des sept sites, l'atmosphère devient peu à peu plus calme. Les patients se retrouvent seuls, après la visite de leurs proches.

A la hotline, il est essentiel de bien écouter et de chercher tous les signes de gravité. S'il y a le moindre doute ou si les parents restent inquiets malgré nos propos, nous les faisons venir sans hésiter.

La nuit dernière, ma fille et moi, on ne s'est même pas réveillées quand la veilleuse est venue lui administrer du Ventolin.

La nuit, après l'accouchement, le couple profite d'être en intimité avec le bébé, puis généralement le papa repart pour se reposer avant de retourner au travail. Cette séparation peut être désécurisante pour la maman, tandis qu'elle doit souvent faire face aux pleurs de son bébé.

A l'hôpital, les personnes âgées ont tendance à se mettre au lit tôt. Or, elles ont besoin de moins d'heures de sommeil. Elles peinent donc à s'endormir, se réveillent très tôt ou restent éveillées de longs moments.

Lorsqu'ils commencent à reprendre conscience, les jeunes qui arrivent avec un coma éthylique sont souvent agités. Ils injurient parfois les soignants et peuvent même devenir violents physiquement.

A l'hôpital, une panne technique, même petite, peut avoir des conséquences déconcertantes. Des agents de maintenance de piquet interviennent le soir et la nuit pour la sécurité et le confort des patients.