

# Journal La Source

ELF  
La Source.  
Institut et Haute  
Ecole de la Santé

Le dossier

## Au cœur de l'urgence

Témoignage

Que sont devenus nos diplômés

130  
ans  
DE FIDÉLITÉ

# Sommaire

## ÉDITO

Au cœur de l'urgence 3

## DOSSIER : AU CŒUR DE L'URGENCE

### Les urgences en question : regards pluriels

Andreia Morais 4

Bastien Jatou 10

Joël de Matos 12

Domenico Pallante 14

### Regards croisés aux urgences du CHUV

Solène Berset 16

Julie Dolt 19

Sarah Bouchard 22

Pour en savoir plus... 25

## AGENDA 26

## NOUVELLES DE L'ÉCOLE

Première demi-journée « Update » du LER Vieillissement & Santé 27

Retour sur la conférence de présentation du projet pour améliorer l'accès aux soins des personnes adultes avec autisme 31

Le senior-lab lance un sondage sur la mobilité des seniors 33

## NOUVELLES DE LA CLINIQUE

La naissance d'un opéra 34

## TÉMOIGNAGE

Le tournant de ma vie 36

## QUE SONT DEVENUS NOS DIPLÔMÉS

Jocelyne Métrailler Al-Sayegh 39

## DES CHEMINS QUI MÈNENT AUX SOINS...

Kim-Mei Ung 44

## EN IMAGES...

Lausanne en mars 47

## LA RUBRIQUE DE TATA DOM'

Et si l'urgence était aussi nutritionnelle? 49

## COUP DE CŒUR

Adam, film de Maryam Touzani 51

## LES RECETTES

Poêlée de cuisses de poulet aux poivrons accompagné de son riz basmati 52

Mousse framboise et fraise 53

## FAIRE-PART

Naissances, décès 54

Au regard de la situation sanitaire extraordinaire, la rédaction n'a pas été en mesure d'assurer la parution du numéro printemps. Aussi, les éditions Printemps/Été ont été fusionnées pour n'en faire qu'un seul numéro.

Nous vous remercions chaleureusement de votre compréhension !

# Edito

## Au cœur de l'urgence

Lors de l'élaboration de ce numéro du printemps 2020, nous étions loin d'imaginer qu'un virus, le Covid 19, allait fondamentalement bouleverser notre quotidien. Du jour au lendemain, nous avons dû affronter la réalité sanitaire en réorganisant nos vies, nos activités professionnelles, et sociales. Les soignants, sur le front, ont mené un véritable combat dans **l'urgence**, thématique de ce dossier.

2020, c'est aussi l'année internationale des infirmières et sages-femmes, le 200<sup>ème</sup> anniversaire de la naissance de Florence Nightingale<sup>1</sup> et les 130 ans du JLS<sup>2</sup>. Qui aurait pu songer que nous allions devoir vivre avec cette pandémie, véritable épée de Damoclès ! Le JLS évoquera le Covid 19 dans un prochain numéro, en considérant ses implications sous différents angles, mais en particulier celui des étudiants et des professionnels<sup>3</sup>...

A présent, laissons la parole à César Turin, le dossier inhérent à l'urgence dans les soins lui tenant particulièrement à cœur !

En salle d'attente, les patients scrutent méticuleusement les infirmières qui se déplacent au pas de course. Ils attendent de croiser leur regard, et souhaitent fébrilement être celui qu'elle appellera. Sportives du soin, elles courent ou du moins marchent à une allure qui ferait pâlir les tenants en titre du Nordic Walking olympique. Vite : il faut prodiguer des soins efficaces, évaluer, aider à respirer, soulager, reconforter, collaborer...

Les urgences sont le thermomètre de notre époque. Leur fébrilité, leurs inquiétudes, leurs imperfections se reflètent dans les questionnements et fantasmes de nombreuses personnes qui foulent quotidiennement ses salles d'attente.

Ensemble franchissons-en les portes ! Qu'éprouvent les soignants, qu'est-ce qui se bouscule dans leur tête ? Ils sont quotidiennement confrontés à la vie, à la douleur, et inévitablement à la mort. Les situations se suivent et s'entremêlent à une allure déstabilisante sans jamais cesser. Champions de la gestion des émotions, de la première à la dernière heure, leur quotidien est fait d'incertitude jusqu'au prochain cas qu'ils accueilleront. Comment font-ils pour tenir le coup et pour gérer les imprévus, le stress, les situations extrêmes ?

Partons à la rencontre d'Andreia, Bastien, Joël, Domenico, Solène, Julie et Sarah qui vont évoquer pour vous leurs expériences vécues et partager, pour certains d'entre eux, leurs plus belles anecdotes au sein de leurs unités respectives.

**Les urgences, porte d'entrée et lieu crucial du soin des premiers instants ô combien singuliers !**

**César Turin**  
Diplômé Source 2016  
Ex-rédacteur Journal La Source  
**Véronique Hausey-Leplat**  
Rédactrice Journal La Source  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source

<sup>1</sup> 12 mai 1820 - 13 août 1910

<sup>2</sup> Journal La Source

<sup>3</sup> Ce qui est écrit au masculin se lit également au féminin (étudiants, professionnels)

# Le dossier

## Les urgences en question : regards pluriels

Propos recueillis par César Turin, diplômé Source 2016 et Véronique Hausey-Leplat, rédactrice Journal La Source. Dans ce dossier ce qui est écrit au masculin se lit également au féminin et vice-versa (patient, infirmier, collaborateur, etc.)

### Andreia Morais

Infirmière diplômée en 2015

**Andreia nous évoque ses débuts, ses questionnements et nous raconte son quotidien aux urgences et la manière dont s'articulent les soins afin de garantir la sécurité des patients.**

J'ai terminé l'école de soins infirmiers en septembre 2015. Au mois d'octobre de la même année, j'ai débuté mon activité professionnelle dans une unité de chirurgie viscérale et j'ai été confrontée à plusieurs situations aiguës. Je me sentais vraiment dépassée et en même temps intriguée. Après une année dans cette unité, j'ai appris qu'il y avait une offre d'emploi pour un remplacement de quatre mois aux urgences alors j'ai sauté sur l'occasion et suis sortie de ma zone de confort ! J'ai rencontré de nombreuses situations de traumatologie, chirurgies viscérale et urologique. Après ce remplacement, même si j'avais encore quelques lacunes en connaissances théoriques et pratiques, je me suis sentie capable d'y rester encore un peu. J'ai prolongé mon contrat, ayant un coup de cœur pour les urgences et depuis j'y suis restée.

Ces quatre mois m'ont permis de démystifier ce service, je me suis rendu compte que j'avais énormément appris. J'ai eu le sentiment de m'être dépassée professionnellement mais aussi personnellement, alors qu'à priori je ne pensais pas avoir les compétences suffisantes. Cette évolution rendait mon expérience aux urgences vraiment intéressante et stimulante à mes yeux. Ma plus grande crainte en arrivant aux urgences était de gérer l'imprévu et le flux, ce qui est le comble puisque cela définit un service d'urgences. Mais petit à petit, la peur de l'inattendu est devenue un sentiment positif, même si certaines situations nous laissent toujours fébriles, malgré nos quelques années d'expérience.

Dans un premier temps j'ai intégré les urgences de chirurgie, et une année plus tard celles de médecine. Globalement mon attitude était identique vis-à-vis de ces nouveautés de prise en soin, je me référais à ma ressource principale : une équipe soutenante. J'ai également investi du temps personnel pour acquérir de nouvelles connaissances et m'améliorer.

Je considère que les caractéristiques principales d'une urgentiste sont : une capacité d'adaptation très rapide, la capacité à gérer le stress, l'anticipation ainsi que la priorisation des soins.

---

**Aux urgences, les journées passent mais ne se ressemblent pas, d'ailleurs le temps est un vrai luxe.**

---

Notre parcours d'étudiant se traduit par des trajets distincts. Je n'avais pas effectué de stage dans des contextes aigus, alors ma priorité, une fois diplômée, était de me sentir à l'aise dans une unité de soins d'hospitalisation et d'acquérir des compétences liées à l'organisation des soins à effectuer, à la gestion de ma journée et ses petits imprévus (entrées, visites, etc.) et au travail en équipe. Aux urgences, les journées passent mais ne se ressemblent pas, d'ailleurs le temps est un vrai luxe. Dans des situations stables nous pouvons consacrer du temps au patient et à sa famille ainsi que prendre du temps pour développer notre réflexion. En revanche dans des situations plus aiguës je dis souvent au patient « nous allons d'abord nous occuper de vous, nous devons faire plusieurs examens mais je vous explique tout dans un deuxième temps ». Je trouve important, malgré l'urgence, de ne jamais oublier qu'il y a une personne au bout de nos gestes, qui ne comprend pas forcément ce qui se passe.

Les prises en charge se font en binôme avec le médecin assistant et/ou le médecin cadre, ce qui est rassurant et enrichissant professionnellement. Au début, j'avais peur de m'occuper des patients dont le pronostic vital était

très critique ou qui pouvait vite le devenir. Je portais le poids de me sentir responsable du devenir du patient à qui je prodiguais des soins. Avec l'expérience, on prend conscience qu'on fait tout le nécessaire pour le patient et cela aide à ne pas se laisser emporter ni tétaniser par l'émotion. Au début je manquais surtout de pratique sur la connaissance des médicaments et du matériel spécifique aux urgences. Les connaissances théoriques ne suffisent pas à elles seules, il faut les mobiliser, les relier entre elles et les contextualiser selon la prise en soin du patient et la réalité des soins. La peur de ne pas être suffisamment rapide, de faire une erreur, plane toujours. Mais avec l'expérience acquise, celle-ci devient une ressource qui permet de garder le cap et de ne pas tomber dans les gestes routiniers. Je dis toujours aux nouveaux collaborateurs que le premier pas vers la réussite est de reconnaître ses limites et de demander de l'aide lorsque cela est nécessaire. Rester humble est pour moi quelque chose d'essentiel. Voilà plus de trois ans que je travaille aux urgences, et je n'ai aucune gêne à demander conseil à mes collègues. Tous les jours j'apprends à me perfectionner et c'est ce qui m'encourage à rester dans cette unité.

Pour rendre compte de la réalité, je vais détailler un trajet type de patient, depuis l'admission jusqu'à sa prise en charge par les soignants dans les différentes zones de soins.

### **Accueil et tri**

Le patient se présente à la réception, il est accueilli par une infirmière pour un *quick look*<sup>1</sup> puis fait son entrée administrative avec la réceptionniste. Ensuite il est admis dans un

<sup>1</sup> Evaluation brève mais élaborée qui permet un jugement clinique adéquat et une prise en charge sécuritaire (CHU Bordeaux : 2008)

box de tri et évalué par l'infirmière d'accueil et d'orientation. Le premier soin consiste à l'accueil, l'écoute du patient, à l'anamnèse, à la mesure des signes vitaux selon la plainte et à l'attribution du degré de tri. Selon moi, ce poste est l'un des plus compliqués. Notre évaluation clinique va déterminer le motif de tri et de là induire le degré d'urgence de la situation du patient. En cas de doute, il est évidemment possible de demander conseil au médecin cadre. Cependant la responsabilité du trieur est incontournable à ce poste. Un infirmier débutant aux urgences ne peut pas assumer le poste de trieur puisqu'il doit avoir une certaine expérience et également une formation spécifique. En principe le tri se fait après une année aux urgences. Dans mon hôpital, il y a une formation théorique en groupe avec des situations de tri simulées à la fin de la demi-journée. Puis le clinicien vient suivre le soignant lors de sa première journée de tri. J'ai été en mesure d'effectuer mes premiers horaires de tri de manière autonome une fois ces deux étapes validées par ma hiérarchie.

Notre évaluation doit être précise et systématique, l'anamnèse se réalise en tenant compte de la globalité du patient (bio-psycho-sociale), de ses paramètres vitaux et de ses plaintes. Dans l'hôpital où je travaille, nous utilisons l'EST<sup>2</sup>. Cette échelle permet de rédiger un texte libre sur les plaintes du patient et d'identifier le motif de consultation. De là, plusieurs questions s'affichent et selon les réponses obtenues, nous pouvons établir un degré de tri précis. Les paramètres vitaux doivent également être notés, toujours en lien avec la plainte du patient, afin que le tri soit cohérent. Ces derniers peuvent en revanche modifier le degré de tri préétabli par le motif de plainte choisi.

<sup>2</sup> Echelle Suisse de Tri

<sup>3</sup> Selon la littérature scientifique, déchoquage ou déchocage

Il existe 4 degrés de tri chez les adultes :

- **Degré 1** : urgence vitale ; prise en charge immédiate.
- **Degré 2** : urgence majeure avec risque vital potentiel ; prise en charge dans les 20 minutes.
- **Degré 3** : urgence non vitale nécessitant des investigations ; prise en charge dans les 120 minutes.
- **Degré 4** : urgence sans risques particuliers ; pas de notion de délai.

Les degrés 3 et 4 doivent être réévalués par le trieur afin d'écartier tout changement de la situation, dès que les délais d'attente sont dépassés.

Le trieur a un rôle autonome dans l'administration d'antalgiques per-os (Dafalgan®, Irfen®, Morphine®, Ondosetron®), selon les indications et contre-indications du protocole antalgique du tri.

---

**Un infirmier débutant aux urgences ne peut pas assumer le poste de trieur puisqu'il doit avoir une certaine expérience...**

---

Une fois le patient trié, il est orienté selon son état directement dans une salle de soins ou dans la salle de déchoquage<sup>3</sup> si la situation est extrêmement critique. Si cette dernière ne nécessite pas une prise en soin rapide, la personne soignée doit patienter en salle d'attente assise ou en salle d'attente couchée.

Il y a également la possibilité de passer par une voie rapide. C'est une filière pour les degrés 3 et 4 qui ne nécessitent pas de longues investigations ni hospitalisation. Traumatismes mineurs, syndromes grippaux, par exemple. Ceci permet de désengorger l'attente de la zone de soins.

## Zone de soins

C'est la zone la plus étendue des urgences. Nous travaillons en binôme avec un médecin assistant et un médecin cadre supervise le déroulement adéquat de toutes les prises en charge. Il est un élément ressource pour les médecins assistants ainsi que les infirmiers.

---

**Identifier une anomalie permet d'écartier une urgence vitale et garantir la sécurité du patient en informant immédiatement le médecin et en anticipant nos gestes.**

---

Les spécialités sont diverses et variées. Nous sommes confrontés à des cas de médecine, chirurgie viscérale, traumatologie, urologie, ORL, entre autres.

Une fois installés, nous devons nous adapter rapidement. Par exemple, anticiper la pose d'un accès veineux afin de réaliser des examens sanguins, administrer promptement des médicaments ou des liquides physiologiques, ou administrer de l'oxygène, réaliser un électrocardiogramme et l'interpréter dans les grandes lignes. Identifier une anomalie permet d'écartier une urgence vitale et garantir la sécurité du patient en informant immédiatement le médecin et en anticipant nos gestes.

Certains soins sont réalisés dans les boxes de soins, comme la pose de sondes nasogastriques, sondes vésicales ou encore assister le médecin lors de drainages thoraciques ou pulmonaires. Il est nécessaire de connaître le matériel à utiliser, les médicaments ainsi que les surveillances associées. L'importance est accordée à l'anticipation et à une réactivité aiguisée. Les urgences nous demandent de pousser notre réflexion au plus loin. La

richesse du travail en binôme avec le médecin se manifeste dans ces petits détails qui permettent d'agir très rapidement et d'acquérir de nouvelles connaissances à chaque prise en charge.

## Salle de déchoquage

Les patients du déchoquage se caractérisent par le risque de péjoration très rapide de leurs fonctions vitales. Une détresse respiratoire extrême, des œdèmes aigus du poumon, des décompensations BPCO<sup>4</sup> ou cardiaques, des polytraumatismes, des bradycardies extrêmes, des troubles de l'état de conscience. Ce sont des situations qui sont prises en main immédiatement dans ce secteur.

Dans la zone de déchoquage un grand nombre de professionnels gravitent autour du patient. Attention néanmoins à veiller à ce que seuls les acteurs de la prise en charge soient présents. La situation de déchoquage est suffisamment stressante, il est important de ne pas avoir d'éléments "perturbateurs" afin de garantir un déroulement optimal de la situation.

Généralement il y a un infirmier leader, responsable de l'équipement du patient à savoir deux voies veineuses et mise en place de l'appareillage qui permet de mesurer les signes vitaux dans un premier temps. Puis ce dernier reste en retrait afin d'avoir une vision d'ensemble lors de l'évaluation médicale. Un deuxième infirmier prépare les médicaments. Si d'autres équipements sont demandés c'est à l'infirmier leader de juger et de répartir le travail, après validation avec ses collègues.

Au niveau médical, le médecin assistant prend en charge la situation et le médecin cadre qui est le leader est responsable du

<sup>4</sup> La broncho-pneumopathie chronique obstructive

déroulement efficace de la prise en charge. Selon la complexité des situations ou les soins à réaliser (par exemple, intuber un patient), les anesthésistes sont inclus dans la situation. Au déchoquage nous disposons d'un plateau technique très complet. Des médicaments caractéristiques, du matériel spécifique (intubation, ventilation, défibrillateur, cathéter artériel, drains, entre autres) et la possibilité de faire appel aux techniciens en radiologie pour que les radios se fassent en salle de déchocage.

Selon la spécificité de la prise en charge un médecin cadre de la discipline est sollicité, par exemple un chirurgien spécialiste. Le point clé d'un déroulement adéquat de prise en charge au déchocage, est que les rôles soient définis et que chaque acteur soit au clair sur les actes qu'il doit accomplir. Pour cela, il est nécessaire que la communication se fasse de façon distincte et précise. Les ordres sont souvent oraux, la validation par la personne qui reçoit l'ordre est alors primordiale. Une fois l'ordre exécuté, il est également important de le souligner, afin que tous les protagonistes sachent où en est la prise en charge.

### **Autres postes spécifiques**

Différents postes sont attribués chaque jour afin de garantir le bon fonctionnement de l'unité ainsi que la polyvalence de l'équipe. L'infirmier responsable de l'organisation (IRO) collabore étroitement avec le médecin cadre afin de désigner les patients qui doivent être pris en charge et définir les priorités. Il répartit le travail infirmier selon la charge de travail et en organise le déroulement journalier (pauses, annonce des déchoquages, annonce de l'arrivée des ambulances, etc.).

Un infirmier est désigné responsable du bip de réanimation de façon journalière. Par exemple, lors d'un arrêt cardiorespiratoire

dans l'ensemble hospitalier l'infirmier responsable endosse le sac de réanimation (où nous disposons de tout le matériel pour intuber et oxygéner ainsi que les médicaments d'urgence) et se rend sur place avec le médecin cadre, l'assistant, le défibrillateur et l'aspiration. Il est important de connaître l'infrastructure de l'établissement ainsi que le matériel, raison pour laquelle, des contrôles journaliers nous sont demandés.

Dans l'hôpital où je travaille il y a également une nouveauté qui est la filière AVC<sup>4</sup> qui permet de réaliser les soins d'urgence afin de stabiliser un patient victime d'un accident vasculaire cérébral et de l'orienter par la suite au bon endroit.

### **En conclusion**

Le service des urgences nécessite de la part des infirmiers la mobilisation de nombreuses compétences et connaissances sur les différents domaines qu'elle touche. Etant actuellement en deuxième année postgrade pour la spécialisation des urgences, j'apprends à peaufiner mon jugement et positionnement clinique ainsi qu'à davantage anticiper et prioriser mes soins. Cette formation est une richesse professionnelle, qui met également en avant le travail pluridisciplinaire et la communication, qui sont les piliers d'une prise en charge optimale et sécuritaire du patient.

Je terminerai en disant aux nouveaux diplômés que malgré les journées difficiles, entourez-vous de vos collègues au travail. Comme dirait Kenneth Blanchard : "Aucun d'entre nous n'est plus intelligent que l'ensemble d'entre nous." Rappelez-vous des remarques constructives mais également positives et trouvez les ressources nécessaires afin de sauvegarder à long terme le plaisir lorsque vous enfiler votre blouse blanche.

<sup>4</sup> Accident vasculaire cérébral

---

## L'anecdote riche en émotions...

Il est 5h du matin et la nuit a été mouvementée. On me demande d'aller chercher une dame à l'entrée qui n'arrive pas à sortir de la voiture. Un collègue me devance et y va avec une chaise roulante. La dame qui se trouve dans le taxi est enceinte, à terme, et n'arrive pas à s'asseoir sur la chaise. Je décide alors d'aller chercher un fauteuil pour qu'elle soit un peu plus allongée et nous l'installons avec mon collègue. Depuis dehors jusqu'à l'entrée des urgences, la patiente hurle, très fort. Nous comprenons rapidement qu'elle devait avoir de fortes contractions, mais la discussion était impossible puisque la personne en question ne parlait pas français. Le service de maternité n'était pas tout près, mon collègue les appelle pour les avertir qu'on allait arriver. J'ai comme un doute, en effet je trouve que le non verbal de la patiente est vraiment très très fort et je me dis qu'il doit y avoir quelque chose de plus qui se passe. Après avoir vérifié que les couloirs étaient vides, avec des gestes à l'appui, je préviens la patiente et décide de lui soulever sa jupe et là, surprise, je vois la tête du bébé dehors ! C'était un accouchement imminent ! Pas le temps d'arriver jusqu'en maternité, j'installe la patiente au déchoc et mes collègues préviennent la sage-femme qui arrive rapidement. La peur que j'ai ressentie face à cette situation inconnue pour moi s'est rapidement mêlée à l'adrénaline liée à la rapidité des gestes que nous devons avoir ainsi qu'au bonheur ressenti lorsque l'accouchement était terminé et que tout s'était bien déroulé pour le bébé et sa maman. J'ai choisi cette situation pour mettre en avant l'importance de faire confiance à nos ressentis, qui sont parfois inexplicables et aussi pour souligner le fait que les situations vécues dans un service d'urgence peuvent vite faire l'objet d'un ascenseur émotionnel.

---



# Retour sur la conférence de présentation du projet pour améliorer l'accès aux soins des personnes adultes avec autisme

Le 22 janvier dernier, en début de soirée, l'auditoire Gailloud-Lusso, situé dans le bâtiment de Beaulieu, affiche complet. Malgré cette affluence, l'ambiance est feutrée, le fond sonore inhabituellement calme, les lumières tamisées.

Jérôme Favrod<sup>1</sup> ouvre la conférence en priant l'assemblée de ne pas applaudir de manière traditionnelle mais d'adopter pour cette soirée, les applaudissements des personnes sourdes muettes. Il explique les différents aménagements prévus pour préserver les personnes avec un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) présentes dans la salle : lumière tamisée, réduction du volume des micros. Les personnes qui en sentiraient le besoin peuvent se rendre dans un salon de repos qui se trouve à l'étage, surplombant l'hôpital simulé, afin de récupérer des sollicitations engendrées par la foule, les lumières, les bruits.

Cette soirée a pour but de présenter le projet de développement mené depuis mars 2019 par le LER SMP<sup>2</sup> et le SILAB<sup>3</sup>, financé par la Fondation Philanthropique Next jusqu'en 2022.

L'objectif est de proposer des réponses aux problèmes d'accès aux soins de base rencontrés par les personnes avec TSA et leurs proches.

Le TSA est un trouble neuro-développemental très hétérogène et complexe qui se traduit par des spécificités qui modifient ou entravent

le rapport à la perception et la manière d'interagir avec l'environnement. Cela affecte donc les domaines de la communication, de la relation, de la sensorialité (tous les sens peuvent être touchés) ainsi que la perception et l'expression de la douleur.

Ces particularités compliquent l'accès aux soins permettant le dépistage de pathologies et de manière plus générale, la prise en soin de ces patients. Les personnes avec TSA sont plus vulnérables à un nombre important de maladies qui, faute d'accès aux soins, peuvent engendrer de graves conséquences.

Lors de cette soirée de conférence, Véronique Barathon<sup>4</sup>, paire praticienne en autisme, partage avec nous son expérience du quotidien dans l'accès aux soins. Elle aborde les difficultés qui précèdent le rendez-vous : savoir quel médecin contacter, pour quel problème. Prendre le téléphone et trouver les mots justes au moment où la personne répondra. Une fois le rendez-vous fixé, il faut identifier le chemin pour s'y rendre, envisager d'être accompagnée, avec le sentiment de déranger et en même temps le besoin de

<sup>1</sup> Professeur à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, responsable du Laboratoire Santé Mentale et Psychiatrie

<sup>2</sup> Laboratoire Santé Mentale et Psychiatrie. Pour le projet de la Fondation Next, Delphine Roduit et Jérôme Favrod sont engagés

<sup>3</sup> Source Innovation Lab

<sup>4</sup> Paire aidante en autisme au Centre référent de réhabilitation psychosociale à Lyon

trouver un repère quelque part, dans tout ce flou angoissant que représente une consultation médicale.

*« Les personnes avec autisme ont besoin de contrôle mais la vie en elle-même est tout le temps incontrôlable. Aller chez le médecin nécessite de lâcher un bout de ce contrôle, pour que la consultation puisse avoir lieu. Pour un moment, c'est donner un bout de notre personne à l'autre, et ça c'est tout ce dont on a horreur »* témoigne Véronique Barathon. Elle poursuit avec précision la description des étapes qui constituent un rendez-vous chez le médecin. Ce qui, pour les personnes neurotypiques (ndlr le nom que les personnes avec TSA utilisent parfois pour exprimer la différence neurodéveloppementale qui réside entre les personnes avec ou sans autisme), sont des étapes. Pour les personnes avec autisme, il s'agit d'épreuves.

Prendre le bus, être confrontés aux bruits, aux odeurs, à la promiscuité avec les autres usagers, c'est une épreuve. Les perceptions sensorielles étant particulières, certaines personnes ressentent les bruits environnants de manière si exacerbée que cela en devient douloureux. Idem pour la luminosité et les odeurs. Au contraire, ces mêmes personnes ont parfois des difficultés à se représenter leur corps, à identifier et traduire leurs sensations. Le moment où le brassard du tensiomètre se met à comprimer le bras peut alors être ressenti comme extrêmement douloureux. Pour les personnes avec autisme, en l'absence d'adaptation, le monde environnant est perçu comme imprévisible, incompréhensible, accéléré, intrusif. Ces difficultés peuvent alors s'exprimer par des crises, aussi appelées comportements défis.

Supporter de patienter dans une salle d'attente lumineuse et remplie, savoir expliquer au médecin la raison d'une demande de

consultation, le début d'un symptôme, son expression, supporter l'auscultation. Tout cela peut s'avérer très difficile et représenter des obstacles consécutifs qui peuvent conduire les personnes avec autisme à renoncer à consulter pour leur santé.

---

**Prendre le bus, être confrontés aux bruits, aux odeurs, à la promiscuité avec les autres usagers, c'est une épreuve.**

---

Pour les personnes dont l'autisme présente un degré de sévérité plus important, ce sont les proches (famille ou personnel éducatif) qui organisent les rendez-vous et accompagnent à la consultation, souvent contraints de réorganiser leur emploi du temps familial et professionnel en prévision des difficultés pouvant être rencontrées avant, pendant et après une consultation médicale.

Aujourd'hui, nous constatons à travers le témoignage des personnes concernées (personnes avec TSA, familles, personnel éducatif et soignant) que l'accès aux soins de base est souvent très compliqué voire impossible. Pourtant certains aménagements simples et peu coûteux, comme ceux proposés lors de cette conférence, permettraient d'améliorer cet accès. De nouvelles perspectives pour répondre aux besoins des patients, de leurs proches mais aussi aux soignants susceptibles d'accueillir ces patients ont été proposées lors de cette conférence de présentation.

**Delphine Roduit**  
Infirmière  
Assistante de recherche  
au LER SMP  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source