



7^{ème} EDITION

Huit prix décernés aux professionnels de la santé par la fondation MACSF

Hier le Professeur André Vacheron, président de la fondation MACSF a remis 8 prix aux lauréats 2016. Chaque année la fondation MACSF met un point d'honneur à valoriser les thèses et mémoires des professionnels de la santé en lien avec la relation de communication patient/soignant. Cette reconnaissance se concrétise par des récompenses allant de 1000€ à 4000€ pour les premiers prix.

Retrouvez l'ensemble des prix décernés [ici](#) et ci-dessous

En s'engageant dans le mécénat, la MACSF souhaite exprimer son identité et ses valeurs mais aussi illustrer sa responsabilité vis-à-vis de ses sociétaires et de la société civile. Créée en 2004, la Fondation d'entreprise MACSF s'est donné un objectif unique en France : contribuer à l'amélioration de la relation de communication patient / soignant.

La réalisation de cet objet passe notamment par une meilleure communication, une meilleure compréhension par les patients et une meilleure pédagogie par les soignants.

La Fondation s'emploie donc à soutenir les initiatives favorisant une diffusion plus aisée des informations relatives aux soins et à la prise en charge, une connaissance partagée des droits et des devoirs de chacun, ainsi que de bonnes explications des actes, des pratiques professionnelles et des traitements, car elles sont autant de passerelles vers une relation de confiance et de qualité.

D'autre part, la fondation appuie et accompagne financièrement ou logistiquement des projets ou des actions, portés par des professionnels de la santé et des associations de patients, afin de contribuer à la qualité des relations entre les professionnels de la santé et la société civile.

A propos de La Fondation MACSF :

Créée en 2004, la Fondation d'entreprise MACSF s'est fixée un objectif unique en France : soutenir et accompagner les professionnels de la santé dans des démarches d'amélioration de la relation de communication patient-soignant. 10 ans déjà d'engagement pour améliorer cette relation de communication ! La Fondation s'est construite sur la conviction que la qualité de la relation patient-soignant est particulièrement liée à la qualité de leurs échanges, de leur compréhension réciproque. C'est aussi la preuve de l'implication du groupe MACSF aux côtés des professionnels de la santé et de sa volonté de les accompagner dans toutes les facettes de leurs métiers.

Contacts presse MACSF :

Marina Ducros, 01 71 23 88 43, 06 98 41 99 77 - marina.ducros@macsf.fr
Annie Cohen, 01 71 23 83 69, 06 71 01 63 06 - annie.cohen@macsf.fr

Prix de la Fondation de thèses et de mémoires



Catégorie professions médicales

1er prix Dr Alix FAUCHERRE, médecin libéral

Pour sa thèse d'exercice en médecine : « Mieux comprendre les ressorts d'apparition d'une kinesiophobie et les freins à la reprise du travail chez les patients opérés de hernie discale pour lomboradiculalgie »

La lomboradiculalgie est une pathologie très fréquente, notamment chez des personnes en âge de travailler. D'autre part, la cause la plus fréquente de ces douleurs est la hernie discale. Ainsi, elles sont responsables d'un coût majeur dans la société actuelle. Malgré les multiples traitements disponibles (médicaux et chirurgicaux), certains patients restent en échec thérapeutique et sont dans l'incapacité de reprendre leurs activités, notamment professionnelles. Selon la littérature, les facteurs psychosociaux, dont la kinésiophobie, se sont révélés être plus prédictifs que les facteurs cliniques dans l'évolution des douleurs. Par ailleurs, la kinésiophobie se développerait très précocement.

Le but de cette étude est premièrement de développer une grille d'entretien en vue d'interviews semi-dirigées. Celle-ci nous a ensuite permis d'étudier les ressorts psychologiques à l'origine de la kinésiophobie et les freins à la reprise du travail, spécifiquement chez les patients en échec thérapeutique précoce après chirurgie de hernie discale.

Une analyse de contenu d'entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 15 patients opérés de hernie discale et n'ayant pas repris leur travail, 3-4 mois après la chirurgie. Une étude quantitative bicentrique sur 120 patients opérés a également été effectuée pour évaluer la représentativité de notre population par rapport à celle généralement décrite dans la littérature.

Le travail est la première cause avancée par les patients comme étant à l'origine de leur hernie discale. Les patients présentent des difficultés à se projeter dans leur reprise professionnelle, en invoquant, premièrement leur gêne pour évaluer leurs capacités, deuxièmement l'inquiétude face au rythme à tenir au travail, troisièmement le manque de volonté à reprendre leur travail et enfin leurs attentes peu ambitieuses. Les patients accordaient une place centrale à leur dos et attribuaient une part de responsabilité importante aux « mauvaises positions » sur l'apparition de leur hernie discale. D'autre part, les possibles conséquences handicapantes des hernies sont présentes dans leur esprit dès l'annonce du diagnostic. Enfin, des soucis psychologiques et événements de vie marquants étaient également abordés par les patients dans la genèse de leur hernie discale. Dans cette étude, la durée de l'arrêt de travail avant la chirurgie est le seul facteur à s'être révélé significatif sur la reprise professionnelle.

Il paraît fondamental que le personnel soignant améliore sa communication gestuelle et verbale afin de poursuivre la prise en charge de ces patients en modulant leur concentration, en encourageant leur motivation, ambition et confiance en eux, en combattant les idées reçues sur le mouvement et les hernies discales, et enfin en dépistant leurs éventuels tourments psychologiques. Pour cela, une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable et une collaboration plus étroite avec le milieu du travail semble nécessaire. Des études supplémentaires quantitatives seraient nécessaires pour valider les facteurs révélés dans cette analyse.

2ème prix **Dr Olivier LESIEUR**, médecin hospitalier

Pour sa thèse de doctorat : « Fin de vie programmée et don d'organes »

La transplantation d'organe améliore durablement la qualité de vie de patients en défaillance organique terminale. Malheureusement le nombre de greffons disponibles est insuffisant pour traiter tous les patients inscrits en liste d'attente. En France, les organes greffés proviennent essentiellement de donneurs en mort encéphalique (donneurs dits "à cœur battant"). En cas de maladie grave, incurable et rapidement mortelle, il est également possible dans certains pays (dont la France) d'arrêter les thérapeutiques qui maintiennent artificiellement un patient en vie et de prélever ses organes une fois le décès par arrêt circulatoire constaté (donneurs dits "à cœur arrêté").

La loi n°2005-370 du 22 Avril 2005 (dite loi Léonetti) autorise l'arrêt des traitements lorsqu'ils apparaissent résolument « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Pour certains, cette fin de vie médicalement planifiée devrait prendre en compte les souhaits du patient en matière de don d'organes et l'intérêt de la greffe pour la société. La position française était néanmoins jusqu'en 2014 de ne pas considérer le patient en fin de vie comme un donneur potentiel afin d'éviter toute confusion entre la décision d'arrêter les traitements curatifs et l'intention de prélever ses organes.

Alors que ce type de prélèvement a débuté fin 2014 dans quelques sites pilotes français, nous avons examiné les aspects pratiques, juridiques et éthiques du

prélèvement d'organe en situation de fin de vie médicalisée, en focalisant notre réflexion sur les droits du patient et de ses proches, la définition de la mort, la temporalité du processus de prélèvement, et les éléments qui déterminent les modalités d'arrêt des suppléances vitales.

Tout au long de notre parcours, une question est restée en suspens : le principe de solidarité interhumaine et le souhait du patient de donner ses organes prescrivent-ils au soignant, tiers absent de la conception maussienne du don, l'obligation de conformer sa pratique de l'accompagnement en fin de vie au projet de prélèvement d'organes ? En d'autres termes, y aurait-il un conflit de d'intérêts entre le patient en attente de greffe et le patient hospitalisé en fin de vie, humanités souffrantes vis-à-vis desquelles le soignant, placé en situation prudentielle, a une égale responsabilité - en plus de ses valeurs propres ?

En considérant à la fois les aspects individuels, communautaires et prudentiels du processus décisionnel, notre questionnement initial (accompagnement du mourant et prélèvement d'organes sont-ils compatibles ?) pourrait trouver sa résolution dans une approche singulière et intersubjective de chaque situation selon une stratégie qui viserait, non pas à hiérarchiser/pondérer des principes éthiques concurrents/convergents (justice distributive, autonomie du patient, bienveillance des proches, libre arbitre du soignant) mais à déterminer au cas-par-cas les modalités d'une fin de vie respectant à la fois les préférences du patient, les attentes des familles et les valeurs des soignants. Un colloque pluriel, en somme.

Catégorie professions paramédicales

1er prix **Etienne CORDIER**, manipulateur en radiologie

Pour son mémoire : « L'humour, inné ou acquis : vers une formation des MER? »

Au travers de nombreux aspects, l'humour se pose comme un outil de communication à part entière. Classiquement, l'humour vise à mettre en valeur avec drôlerie certains aspects de la réalité ; rire et sourire en sont la manifestation physique. Qu'il soit verbal ou non, l'humour revêt de multiples formes, rendant son usage possible dans la plupart des situations. Il représente un véritable langage universel, bâtisseur de relations humaines, basé sur la confiance et l'authenticité.

Diverses formes d'humour peuvent être adaptées en fonction du contexte ou de la personne. Employer l'humour au sein de la relation soignant/soigné semble parfaitement justifié. Rire apporte d'ailleurs de nombreux bienfaits biologiques, psychologiques et sociaux au corps. En tant que possible outil thérapeutique, peut-on envisager de former les manipulateurs ou les étudiants à l'humour ?

L'étude s'est déroulée de novembre 2015 à février 2016. Dans la première phase de recherche, un questionnaire à questions fermées a été adressé aux soignants (641 réponses) et aux étudiants (411 réponses). Puis, dans le cadre de notre seconde phase de recherche, un questionnaire à questions ouvertes cette fois destiné uniquement aux professionnels (91 réponses). Manipulateurs diplômés ou non ont accepté d'évaluer les bénéfices de l'humour sur la santé à travers ces enquêtes, et aussi faire part de leur ressenti quant à la mise en place d'une formation à l'humour.

Faire usage de l'humour dans les soins apparaît comme un mécanisme de défense face au stress, un moyen de lutter contre la dépression, une technique de distraction, ou pour dissiper la peur de l'inconnu – voire même la peur de la mort – et contribuer à notre bien-être. Selon les participants, l'humour rend le soin davantage humain, porté sur la personne, et bien moins protocolaire. La plupart perçoivent l'humour en tant qu'outil thérapeutique nécessaire pour adopter une attitude positive et améliorer la capacité de résilience. Si pour la majorité des répondants il semble indiscutable de favoriser une ambiance chaleureuse au travail, tous ne se déclarent pas favorables à un apprentissage à l'humour. Certains considèrent l'humour comme une prédisposition naturelle innée de l'Homme, tandis que d'autres envisagent la possibilité d'instaurer une formation continue dans la pratique professionnelle, ou initiale dès le cursus étudiant.

Il convient de mettre en place l'humour au cœur de la relation de soin, dans l'optique soignante d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients. Si la question d'une formation peut sembler difficile à mettre en œuvre pour tous les professionnels ou étudiants, n'oublions jamais que le « sourire est le plus court chemin entre deux personnes » (Borge, 1991).

2ème prix **Fernanda SEMEDO GOMES**, infirmière hospitalière

Pour son mémoire : « L'accompagnement de l'aidant naturel »

La population étant vieillissante, et les personnes atteintes de pathologies liées à l'âge, et/ou chroniques, sont de plus en plus nombreuses. On assiste au développement de l'hospitalisation à domicile. Ce mode d'hospitalisation, s'accompagne de l'émergence de la population des aidants naturels; or cette population se révèle être fragilisée, tant elle est happée par le bien-être du proche aidé, et va jusqu'à en omettre de prendre soin de sa propre santé. Quelles mesures sont mises en place afin de prendre soin de l'AN, et comment collaborer avec ceux-ci?

L'objectif de ce travail, était de réfléchir à l'accompagnement des Aidants Naturels, dans la prise en charge de personnes âgées et/ ou en perte d'autonomie. Pour répondre à cet objectif j'ai effectué une pré-enquête auprès de professionnels de santé, qui mettent en avant le rôle crucial de l'aidant naturel. En effet ils reconnaissent une personne ressource, avec laquelle il faut mettre en place une relation de confiance, afin d'optimiser le prendre soin auprès de l'aidé et dont il faut prendre soin également.

Et d'autre part j'ai procédé à des recherches théoriques afin de mettre en relief des concepts en lien avec mon sujet. Ainsi un travail de prévention auprès de l'aidant s'avère être primordial, tant ses tâches et ses rôles sont multiples au chevet du patient. Pour se faire l'équipe pluridisciplinaire, devra adopter une posture qui permette un accompagnement personnalisé aux besoins de l'aidant naturel (autant que possible).

Au terme de ce travail j'en arrive à la conclusion que la notion d'aidant naturel est assez récente, aux yeux de la société; Mais cependant, pendant des années ils ont œuvré dans l'ombre. Aujourd'hui, s'ils deviennent visibles, c'est en parti à cause de la morbidité et de la mortalité dont ils sont victimes. La santé des aidants naturels est un problème majeur de santé publique.

3ème prix **Salomé DUCHE**, infirmière en EHPAD

Pour son mémoire : « Prise en soin de la communauté Sourde : Entendez-vous cette minorité oubliée ? »

Les patients Sourds constituent une minorité de la population dans le système de soin.

Les perceptions de la population à leur égard sont encore actuellement empreintes de leur passé historique. Une considération de leur culture peut amener une meilleure compréhension de leurs modes de vie et de leur langue.

Ce mémoire de fin d'études questionne les difficultés de communication que l'infirmière est susceptible de ressentir auprès du patient Sourd.

Une recherche initiale traite des conflits culturels que rencontrent les infirmières en milieu de soins, des méconnaissances de la culture Sourde et l'incompréhension mutuelle. Ces derniers semblent avoir pour conséquence des difficultés dans l'identification des besoins à cause d'un code langagier ayant des similarités mais menant à une communication restreinte.

Ce questionnement quant à la manière donc chaque infirmier communique avec le patient Sourd vise à penser que les médiations telles que l'apprentissage de la formation à la langue des signes semblent être plus bénéfiques dans la relation de soins avec le patient Sourd.

L'enquête réalisée auprès des professionnels de santé mettra en évidence que l'absence de formation à la langue des signes ne permet pas la personnalisation du projet de soins du patient Sourd, contrairement à la formation à la langue des signes.

Catégorie professions cadres de santé, administratifs et sociaux

1er prix **Charlotte CARDIN**, Directrice d'Hôpital

Pour son mémoire : « De la pédiatrie aux soins adultes : Le projet de l'Hôpital européen Georges-Pompidou pour que les jeunes patients ne soient plus « lost in transition »

Du fait des progrès de diagnostic et de traitement réalisés dans les dernières décennies, l'espérance de vie des enfants atteints de maladies rares et/ou chroniques s'est considérablement accrue. Dans ce contexte, il n'est plus rare de les voir pousser la porte d'un hôpital d'adultes en vue d'y poursuivre leur prise en charge. Obligeant à des changements de conditions de soins à un âge marqué par des bouleversements physiques et psychiques, l'entrée à l'hôpital d'adultes peut être vécue de façon brutale par ces jeunes patients et leur entourage.

Alors que cette phase concerne aujourd'hui un nombre croissant d'adolescents et jeunes adultes, la transition, c'est à dire le processus de passage d'un système médical pédiatrique aux soins adultes, est peu organisée et structurée au sein des établissements de santé.

Consciente des enjeux de santé publique et d'organisation des soins qu'implique la transition, la communauté de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP) s'est mobilisée pour développer un projet transversal visant à accompagner et guider progressivement les jeunes patients vers l'autonomie.

Précurseur dans un établissement de santé pour adultes, ce projet ouvre la voie à un changement global de paradigme pour s'orienter vers un hôpital plus humain, tourné vers le patient dans le cadre de parcours coordonnés avec l'ensemble des acteurs de la cité.

2ème prix **Patrick SUREAU**, Cadre formateur ergothérapeute

Pour son mémoire : « Est-il nécessaire d'être courageux pour signaler une situation de maltraitance ? »

Un homme frappe violemment son fils handicapé. Voilà qui est intolérable. Il faut le punir, cet homme, car c'est indigne !

Un père, fatigué, épuisé d'avoir à s'occuper seul d'un fils lourdement handicapé, en vient à commettre un acte indigne : il a frappé son fils. Quelle doit être sa douleur, à cet homme, pour qu'il en arrive à cette extrémité ! Comment puis-je l'aider ?

Une seule histoire, deux lectures différentes. Sans doute y en a-t-il d'autres encore, il suffit de prendre un moment et nous obliger à regarder différemment le spectacle qui se joue devant nous. Pour cela, nous questionnerons la loi, d'abord, puis les philosophes anciens comme nos contemporains. Nous les écouterons nous expliquer comment le courage, le respect et la dignité sont quelques unes des notions qui peuvent nous aider à savoir ce qu'il convient de faire devant une situation de maltraitance. Sur le chemin de la morale et de l'éthique, nous aurons aussi l'occasion de rencontrer des personnages de bandes-dessinées et de romans d'aventures qui illustrent, souvent avec précision, notre réflexion philosophique.

3ème prix **Clément COUSIN**, juriste en santé

Pour sa thèse de doctorat : « Vers une redéfinition de l'acte médical »

Le Doyen Savatier écrivait en 1956 que "le droit médical se centre autour de l'acte médical. Celui-ci, propre au médecin, doit être défini par le juriste." L'acte médical est ainsi au centre d'une discussion doctrinale. Il est défini par trois éléments: l'auteur de l'acte médical --- le médecin ---, la technique utilisée et le but poursuivi. Ces éléments de définition ne convainquent pas car le critère de l'auteur compétent est en fait un élément de régime, la définition de la technique médicale est fuyante et les buts assignés à l'acte médical sont en perpétuelle évolution.

Nous procédons ici à une redéfinition de la notion en distinguant en son sein les actes médicaux sur le corps de la personne. Après avoir défini l'acte médical comme l'acte enseigné à la faculté de médecine, nous établissons une distinction entre les auteurs de l'acte médical en fonction de leur aptitude à diagnostiquer et donc à agir de manière autonome. Concernant les actes sur le corps de la personne humaine, nous démontrons qu'il est possible de distinguer les actes médicaux sur le corps des actes de biologie médicale avant de démontrer que la notion de "nécessité médicale" de l'article 16-3 du code civil ne reflète pas le fonctionnement actuel du droit puisque celui-ci, après avoir institué une autorisation générale pour les actes thérapeutiques, crée des autorisations spéciales pour les actes non thérapeutiques, ce qui nous a permis de créer une typologie de ces actes.

Une théorie fondée sur l'acte médical permet ainsi de clarifier les différentes professions de santé et de mettre un terme aux incertitudes liées à l'existence de la notion de "nécessité médicale".