Numéro 2 - *second semestre 2017*

infimag

Magazine de l'URPS infirmiers des Hauts-de-France

Les grands chantiers de votre URPS

Dans ce numéro

→ **Participation à l'élaboration du PRS**
→ **Le risque de chute**
→ **Enjeux exposés lors de la Première Journée de l'infirmière libérale**
→ **Point sur l'HAD**
→ **Éducation Thérapeutique du Patient**

InfimagNo2.indd 1 10/10/2017 19:00

édito

Marie-Odile Guillon présidente de l'URPS

L'URPS **infirmiers** est l'interlocutrice privilégiée de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une de ses missions est de participer à l'élaboration et la mise en œuvre du Plan régional de santé (PRS 2).

En début d'année, après un diagnostic territorialisé de l'état de santé de la population régionale, l'écriture du PRS 2 a débuté dans des délais très contraints. De nombreuses réunions se sont enchaînées et nous avons décidé de participer à un maximum de chantiers qui nous concernent, mais également d'être force de propositions quant à la place de l'infirmier libéral insuffisamment reconnu. Notre nouvelle Ministre de la santé, Agnès Buzyn a décidé un report calendaire du PRS 2, décision assortie de nouvelles propositions : améliorer la coordination des parcours de soins, soutenir le « virage ambulatoire », anticiper les épidémies, garantir l'égalité d'accès aux soins pour tous… D'autres propositions nous alertent, notamment le doublement du nombre de lits d'HAD et l'exercice coordonné de soins (maison de santé pluri-professionnelle) qui nous impactent directement.

Notre URPS défend les pratiques collaboratives entre professionnels de santé mais ne favorise pas les regroupements physiques « forcés ».

Elle incite au développement du partage d'informations, sujet largement développé lors de la première journée de l'infirmière libérale.

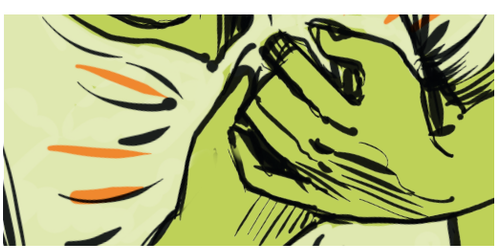
Elle apporte des solutions adaptées en respectant les nouvelles orientations du système de santé pour notre région.

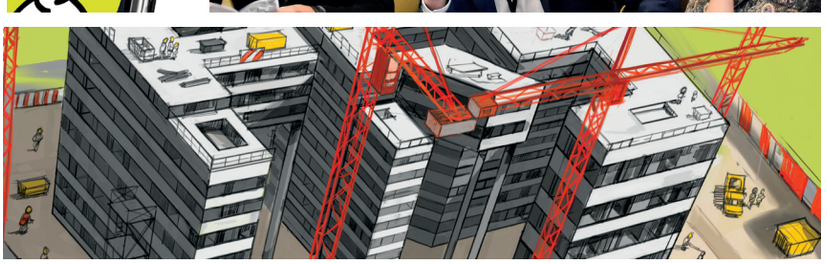
Tous les membres de l'URPS œuvrent pour défendre la place de l'infirmier libéral dans le système de santé.

Infimag numéro 2 - Deuxième semestre 2017 - ISSN 2556-9201 - **Tirage** 8 350 exemplaires. **Directeur de la publication** Marie-Odile Guillon. Ont contribué à ce numéro : **Commission journal** Béatrice BEN, Patrick BLOND, Sébastien CAPDEVILLE, Magalie DEROME, Armand DEVIGNES, Caroline DEWAS, Pauline GHYSEL, Line HANNEBICQUE, Franck PEREZ, Sébastien REGNAUT. **Comité de relecture** Sébastien CAPDEVILLE et Caroline Dewas. **Partenariat** CPIAS, APICEM. **Mise en page & illustrations** claude.guillon@wanadoo.fr **Impression** Impression Directe - 61-63, avenue de la Fosse aux Chênes - 59057 ROUBAIX

InfimagNo2.indd 2 10/10/2017 19:00

Sommaire





Les grands chantiers de votre URPS

Participation à l'élaboration du PRS page 4
Point sur l'HAD page 6
Enquête sur les Accidents d'exposition au sang page 8
Décloisonnement ville-hôpital : exemple de l'insuffisance cardiaque page 9

Coordination pluri-professionnelle

Nouvelles formes de coordination page 10
Solution de l'URPS pour les sorties hospitalières page 11
Enjeux exposés lors de la Première Journée de l'infirmière libérale page 12

Dossiers élaborés en inter-URPS

Le risque de chute page 14
Éducation Thérapeutique du Patient page 20
Messagerie Immédiate Sécurisée de Santé (MiSS) page 21

Brèves

Bilan de soins infirmiers : une avancée... qui avance ! page 22
Nouvel acte infirmier page 22

InfimagNo2.indd 3 10/10/2017 19:01

Les grands chantiers de votre URPS

Participation à l'élaboration du PRS

Le second Plan Régional de Santé appelé PRS 2 est le document régional de référence des acteurs de santé.

Il décline la politique de santé pour les 5 années à venir.

Son adoption devait être effective en janvier 2018 (report avril 2018)

Le PRS doit répondre aux grandes problématiques régionales de santé et être en cohérence avec la stratégie nationale de santé.

Les objectifs du PRS suite au diagnostic territorial :

- améliorer l'état de santé de la population
- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé régionale.
- améliorer les parcours de santé des personnes les plus démunies par le biais du programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes (PRAPS).

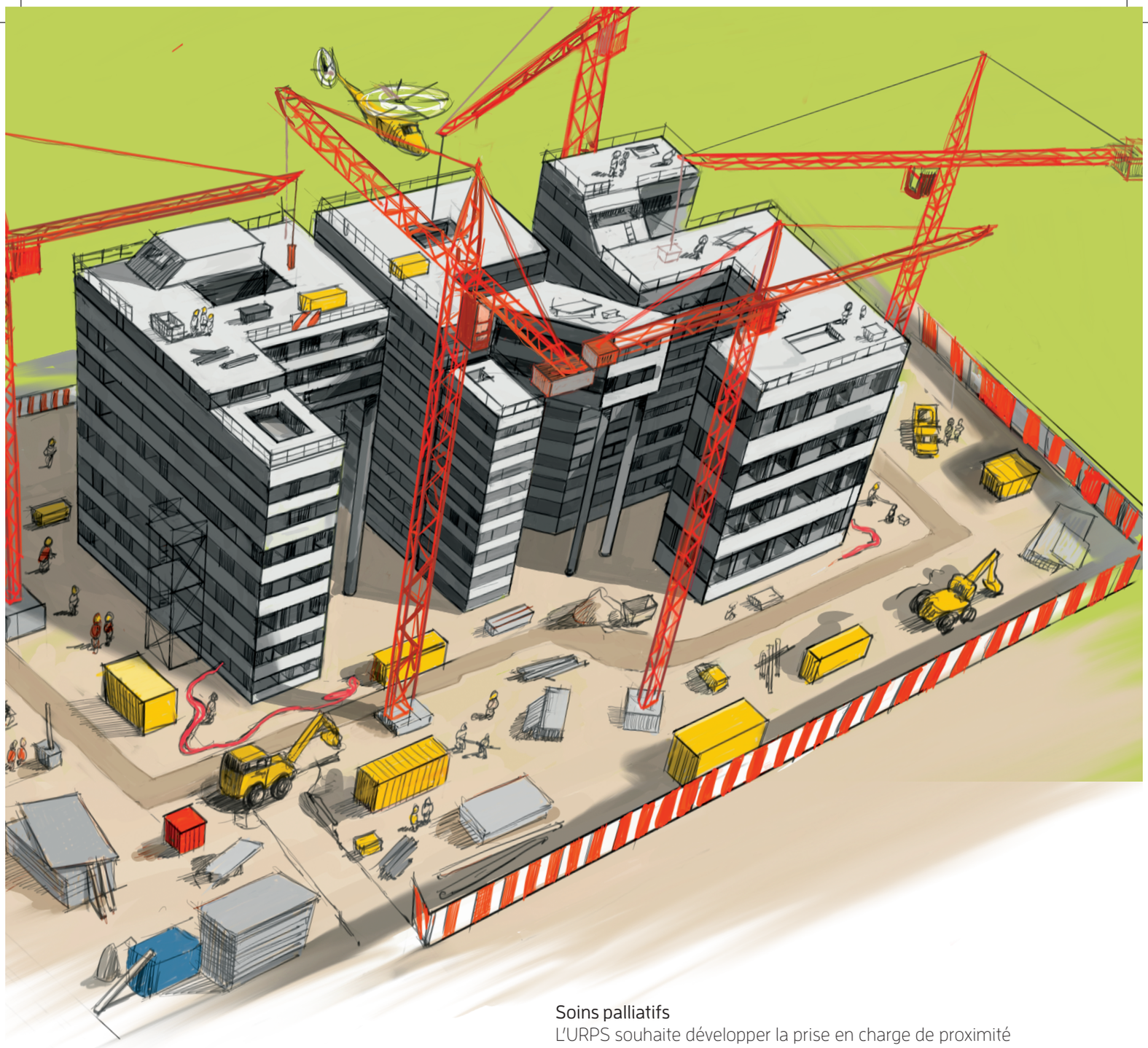
En deux mois, l'URPS Infirmiers Hauts-de-France a participé à 21 chantiers, soit 32 réunions. Elle a élaboré des fiches actions reprenant toutes les compétences des infirmiers libéraux.

Nos propositions

Chantier Accès aux soins spécifiques

L'URPS a veillé à impliquer les idels dans l'organisation de la permanence des soins par la rédaction de protocoles thérapeutiques dans le respect des compétences de chacun.

InfimagNo2.indd 4 10/10/2017 19:01



Chantier Addictions
L'URPS a proposé la formalisation des protocoles de prise en charge et le déploiement de formations.

Chantier Cancer
L'URPS propose d'impliquer les infirmiers libéraux de proximité dans le dépistage des cancers et de créer une consultation infirmière de suivi et d'éducation thérapeutique en ambulatoire. Tout suivi sera transmis au médecin traitant et à l'oncologue par le biais des messageries sécurisées.

Chantier HAD
Lors de ce chantier des propositions de l'URPS ont été retenues, à savoir la réunion de concertation pluri-professionnelle lors de l'inclusion du patient et la communication auprès des professionnels de santé y compris dans les établissements de santé, d'une fiche des critères d'inclusion en HAD.

Lutte contre la désertification des professionnels de santé
L'URPS propose la rédaction de protocoles médecin/infirmier pour libérer du temps médical utile aux diagnostics.

Soins palliatifs
L'URPS souhaite développer la prise en charge de proximité par la mise en place de protocoles anticipés, notamment en cas de douleur.
Elle a veillé à conforter et faciliter les soins palliatifs en ambulatoire en valorisant les infirmiers libéraux qui assurent une permanence et une continuité des soins de jour comme de nuit, y compris les week-ends et les jours fériés et qui sont répartis sur le territoire d'une façon homogène.

Environnement, GT 4 activités-humaines-espaces-professionnels
L'URPS Infirmiers a fait part de son étonnement quant à une éventuelle problématique soulevée par les tutelles chez les infirmiers libéraux lors de l'élimination des DASRI dans les filières adéquates. Il a été rappelé que les infirmiers libéraux sont soumis au code de la santé publique (Article R.4312-11) et qu'ils s'assurent de ce fait de la bonne élimination des déchets de l'activité de soins

Marie-Odile Guillon
présidente de l'URPS
Magalie Derôme
responsable-chargée de mission URPS Infirmiers

InfimagNo2.indd 5 10/10/2017 19:01

Point sur l'HAD

Le fonctionnement des structures HAD

L'hospitalisation à domicile, alternative à l'hospitalisation. «*L'HAD est une hospitalisation à part entière – avec continuité des soins 24heures/24 – au domicile du patient ou dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Il n'est ni un maintien à domicile, ni une forme de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) mais il s'inscrit dans un processus de soins gradés. Toute autre structure ne peut recevoir de malades aussi* ***lourdement atteints*** ».

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) a reconnu l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle et elle en protège l'appellation.

Rappels sur l'HAD dans la région Hauts-de-France

Nombre de prises en charge HAD dans les Hauts-de-France : Selon le diagnostic territorialisé des Hauts-de-France, au 31 décembre 2015, 32 établissements de santé disposaient d'une autorisation d'HAD, soit 1 400 places.
Le nombre moyen de patients pris en charge par jour dans les Hauts-de-France pour 100 000 habitants est de 22,92 contre 19,30 au niveau national, la région est au 3e rang des régions les mieux équipées.
Le taux moyen de journées HAD dans les Hauts-de-France est largement supérieur au taux national (92 pour 1000 habitants contre 68 pour 1000). Quant au taux chez les personnes âgées de plus de 75 ans, il est de 50 % supérieur à celui de la France Ce chiffre est inquiétant sachant que l'HAD sera encore amenée à se développer avec le vieillissement de la population.

Le coût de l'hospitalisation à domicile

Le coût moyen d'une journée d'HAD a été évalué à 196 € contre 703 € pour une journée d'hospitalisation traditionnelle, selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Ce forfait englobe les coûts de fonctionnement de la structure, les soins médicaux et paramédicaux, la pharmacie, le matériel médical et les frais de transport…
Cette forme de prise en charge est censée garantir une maîtrise des coûts dans un contexte de limitation de progression des dépenses de santé.
De nombres études et rapports démontrent que l'HAD est moins coûteuse que l'hospitalisation complète. Mais on oublie de comparer les coûts de l'HAD et ceux de l'offre libérale. Mais pourquoi donc ? Même la Cour des Comptes dans son rapport sur l'HAD le préconisait. Une étude médico-économique réalisée par le cabinet JALMA (mars 2012) démontre que la perfusion à domicile revient, en coût global, 40 % moins cher en prise en charge libérale qu'en HAD.

Coût des différents modes de prise en charge des patients cancéreux : 2 jours de chimiothérapie toutes les deux semaines
(source : étude médico économique pour le Synalam, *Intérêt des PSAD et des professionnels libéraux par rapport aux autres modes de prise en chage à domicile (HAD, Hospitalisation de jour…)*)

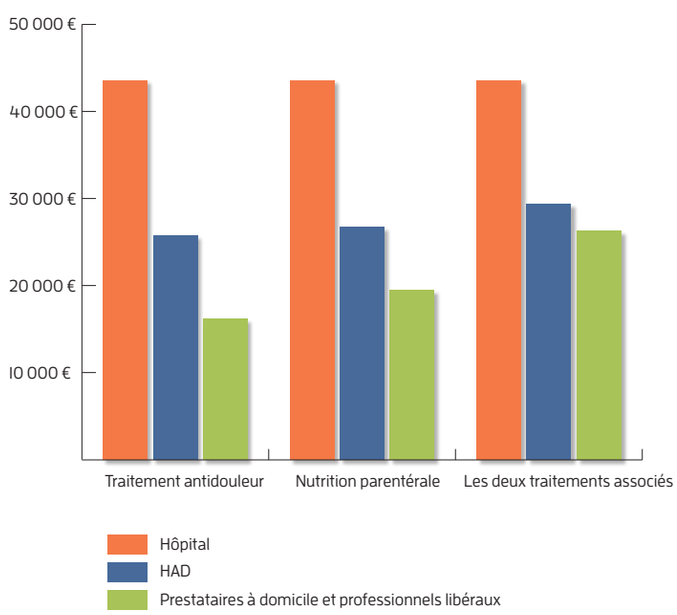
Critères d'inclusion en HAD

L'admission en HAD peut se faire uniquement avec :

- Le respect du libre du choix du patient et son consentement écrit, *Article L1110-8 du code de la santé - Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.*
- L'accord du médecin traitant
  L'admission est effective après avis du médecin coordonnateur, du cadre de soins et du médecin traitant.
- Un état de santé compatible avec les critères d'inclusion
- Des conditions particulières du domicile
- Un lieu de vie dans une zone géographique couverte par la structure HAD.
- Une place disponible au sein de la structure

Critères de prise en charge exclusifs HAD : traitement à délivrance et administration hospitalières, pansements lourds et complexes avec VAC-THÉRAPIE ou MEOPA (non remboursable en ville), transfusion.

Les activités les plus fréquemment citées dans les Hauts-de-France sont les pansements complexes, les soins palliatifs, et les soins de nursing lourds.



InfimagNo2.indd 6 10/10/2017 19:01

Si l'HAD est obligatoirement généraliste, toute structure d'HAD peut développer des expertises sur des activités particulières.

La coordination et le rôle des différents professionnels

Point de rencontre entre la médecine hospitalière et le secteur ambulatoire, l'HAD doit coordonner. Les professionnels de santé libéraux qui interviennent en HAD signent une convention et s'engagent à respecter les pratiques de la structure.

Et les infirmiers libéraux ?

L'HAD est considérée bien trop souvent comme la solution pertinente pour toute prise en charge à domicile, même pour celles qui relèveraient d'une prise en charge libérale traditionnelle.
Les infirmiers libéraux, répartis sur tout le territoire, assurent tous les soins qu'ils soient simples, complexes ou hautement techniques, et prennent en charge les patients de façon continue et coordonnée sur leur lieu de vie 24h/24, 7 jours sur 7.
Ils ne comprennent pas toujours les raisons de l'inclusion de leurs patients en HAD et la pertinence du recours à ce type de prise en charge.

Positions de l'URPS sur l'HAD et débats lors des chantiers du PRS 2

L'URPS infirmiers des Hauts-de-France refuse d'encourager un développement de l'HAD pouvant se substituer aux prises en charges libérales traditionnelles en l'absence d'étude médico-économique comparative entre ces deux offres de soins.

L'URPS infirmiers affirme lors de chaque réunion avec les institutionnels et décideurs en santé:

Ce que veulent les IDEL

Assurer des soins de qualité en toute sécurité et autonomie qui adjoignent humanité, dignité, bienveillance dans la continuité des liens de confiance et des relations privilégiées avec leur patient.

Exercer leur art et prendre soin de leurs patients qui ont besoin de soins infirmiers.

Être systématiquement intégrés dans le projet de soins de leurs patients inclus en HAD pour répondre efficacement à leurs besoins et à leurs choix.

Être rémunérés à la hauteur de leurs compétences et de leur engagement professionnel et non avec un nombre d'AMI limités.

Ce que ne veulent pas les IDEL

Être shuntés du parcours de soins de leurs patients dès lors qu'ils bénéficient d'une HAD.

Être une variable d'ajustement du fonctionnement interne de l'HAD.

Partager les temps de soins infirmiers requis avec les IDE salariés et se voir proposer et confier arbitrairement les prestations infirmières matinales, nocturnes ou les weekends.

Devoir négocier la rémunération de leurs prestations en dessous du tarif conventionnel.

Créer une distorsion de concurrence entre IDEL et l'HAD
Être dénigrés et sous-estimés dans leurs compétences organisationnelles, techniques et dans leur capacité d'adaptation.

L'URPS infirmiers met à disposition des infirmiers libéraux un site internet http://www.urps-infirmiers-hdf.fr/enquete-had.html qui permet tout signalement de prise en charge HAD ne répondant aux critères d'inclusion ou ne laissant pas le choix au patient de son soignant. Le signalement peut également être réalisé auprès de l'URPS par mail ou par courrier.

Les événements indésirables graves liés aux soins ainsi que toutes les informations préoccupantes relatives à la santé ou la sécurité des personnes prises en charge dans les établissements de santé et médico-sociaux doivent faire l'objet d'une déclaration à l'Agence Régionale de Santé (Article L331-8-1 du code de l'action sociale et des familles) ars-hdf-signal@ars.sante.fr

Marie-Odile Guillon présidente de l'URPS
Caroline Dewas vice-présidente de l'URPS

InfimagNo2.indd 7 10/10/2017 19:01

Enquête sur les accidents d'exposition au sang (AES)

État des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles

L'URPS infirmiers Nord-Pas-de-Calais a entrepris, entre avril et août 2016, en collaboration avec l'ARLIN Nord-Pas-de-Calais, une enquête sur les AES destinée à l'ensemble des infirmiers libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais.

Qu'est un AES.... ?

Est considéré comme Accident d'Exposition au Sang : « tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée »*.
*Source : http://www.geres.org/aes-et-risques/

Pourquoi une enquête sur les AES?

L'objectif de l'URPS est d'effectuer un état des lieux sur les pratiques existantes et les connaissances concernant les recommandations de bonnes pratiques des soignants devant ce risque professionnel et ainsi apporter une réponse adaptée aux infirmiers libéraux.

Que disent les résultats ?

1 6445 infirmiers libéraux ont été sollicités, l'URPS a reçu 853 questionnaires exploitables.

2 Les IDEL ont une bonne hygiène des mains
Le port des gants est peu répandu. Près de 7 infirmiers sur 10 portent des gants lorsqu'ils estiment que le soin présente un risque.

3 Et les accidents ?
Plus d'un infirmier libéral sur 2 a déjà eu entre 1 et 5 AES au cours de sa carrière. En grande majorité, les AES surviennent après un soin nécessitant l'utilisation d'une aiguille, lors de l'élimination des déchets. Plus de 8 infirmiers sur 10 ne portent pas de gants lors de la survenue de l'AES.
Plus d'un infirmier sur 4 recapuchonne ses aiguilles.

4 Et après l'accident, quels sont les gestes réalisés ?

Plus de 8 infirmiers sur 10 n'ont pas de document concernant la conduite à tenir en cas d'AES. Ainsi, les résultats observés montrent que 3 infirmiers sur 10 réalisent un trempage et près de 3 infirmiers sur 10 font saigner.

Plus de 6 répondants sur 10 ne connaissent pas le centre hospitalier référent et moins d'un infirmier sur 10 se rend au service des urgences dans les 4 heures.

Plus de 8 infirmiers sur 10 n'ont pas souscrit à l'assurance volontaire facultative « *accident du travail et maladies professionnelles* » de la CPAM.

Les AES sont trop peu souvent déclarés, ce constat est dû notamment à un manque de temps des soignants et à une méconnaissance des démarches à effectuer. Les soignants consultent très peu suite à un AES puisque près de 7 infirmiers sur 10 des interrogés se disent « certains de l'innocuité du patient ».

Enfin, les infirmiers déplorent le manque d'informations sur les AES puisque plus de 8 infirmiers sur 10 se disent « insuffisamment » voire « pas du tout » informés sur les AES.

Marie-Odile Guillon présidente de l'URPS
Magalie Derôme responsable – Chargée de mission de l'URPS
Pauline Ghysel chargée de mission de l'URPS

CONDUITE À TENIR EN CAS D'ACCIDENT EXPOSITION AU SANG

À FAIRE EN URGENCE

PIQÛRE, BLESSURE :

→ Ne pas faire saigner
→ Laver la zone cutanée lésée à l'eau et au savon
→ Rincer
→ Tremper 5 min dans un antiseptique (Dakin, polyvidone iodée ou alcool à 70°)

EN CAS DE PROJECTION SUR MUQUEUSES ET YEUX :
Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (5 min)

AVIS MÉDICAL à prendre dans les 4 heures:
Contacter un médecin référent pour évaluer le risque infectieux : Statut VIH, VHC et éventuellement VHB si la victime n'est pas immunisée ou autres infections

DÉCLARER L'ACCIDENT DE TRAVAIL
Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre site internet : http://www.urps-infirmiers-hdf.fr/aes.html

InfimagNo2.indd 8 10/10/2017 19:01

Décloisonnement ville-hôpital : exemple de l'insuffisance cardiaque

Dans le cadre du Comité Ville-Hôpital du CHRU de Lille mis en place depuis 2012, un projet d'optimisation des parcours de l'Insuffisance Cardiaque (IC) a été initié, à titre expérimental, en partenariat avec l'association de patients, les URPS (Médecins, IDEL, Pharmaciens) et la Faculté de médecine.

À partir de grandes problématiques identifiées par les professionnels de la ville, de l'hôpital mais aussi par les patients et leurs proches, une liste de points critiques a été identifiée tout au long du parcours. Des fiches de pré-préconisations pluri-professionnelles ont été élaborées pour améliorer le parcours des patients insuffisants cardiaques et diminuer les risques de rupture. Ce travail collaboratif a permis de pointer l'obsolescence de la NGAP des soins infirmiers au regard des suivis cliniques possibles par les IDEL

Préconisations opérationnelles

1 Ne pas retarder (voire rater) le diagnostic d'une insuffisance cardiaque

2 Faciliter une concertation de spécialistes pour certains parcours spécifiques

3 Hospitalisation : pour une sortie du patient et un retour à domicile réussis

Afin d'éviter les ruptures lors de la sortie d'hospitalisation et de fluidifier le lien ville-hôpital, l'équipe hospitalière est encouragée à :

→ Indiquer au patient de remettre la lettre de liaison à ses soignants inscrits sur sa carte de coordination de soins.

→ éviter les sorties après 15 h et le week-end qui rendent le retour à domicile problématique

4 Faciliter aux patients IC la bonne compréhension de leur ordonnance, renforcer l'efficacité et la sécurité de la dispensation des médicaments en favorisant les échanges avec le pharmacien d'officine

5 Chaque patient devrait bénéficier d'un cadre annuel de suivi personnalisé

6 Renforcer le suivi de proximité à domicile

Outre le suivi par le médecin traitant, il est préconisé un suivi infirmier à domicile lors d'une modification de traitement ou pour des patients demandant une surveillance rapprochée. Pour cela, il a été réalisé

→ un tableau reprenant les principales variations de paramètres cliniques à surveiller par l'infirmière qui assure le suivi hebdomadaire

→ une ordonnance médicale type pour la prescription d'une DSI pour les patients en situation de dépendance.

7 Mieux annoncer et accompagner le patient et ses proches, dès le stade aigu et tout au long de la maladie

8 Proposer à chaque patient un accompagnement informatif et une éducation thérapeutique personnalisée afin de l'aider à appréhender l'IC et à mieux y faire face.

9 faciliter pour tous une réautomisation et une vie la plus normale possible

Les fiches de préconisations en lien avec les infirmières libérales sont consultables sur notre site internet: http://www.urps-infirmiers-hdf.fr/insuffisance-cardiaque.html

Magalie Derôme
responsable-chargée de mission URPS Infirmiers

InfimagNo2.indd 9 10/10/2017 19:01

Coordination pluri-professionnelle

Nouvelles formes de coordination
Ce que disent les textes

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place de trois niveaux de coordination.

Une coordination clinique de proximité (CCP)

Les professionnels de santé de premier recours assurent des soins de proximité. Ils ont un rôle pivot dans la coordination des parcours patients.
Afin de soutenir l'exercice coordonné en favorisant les évolutions de pratiques et d'organisations, les professionnels de santé de 1er recours peuvent se fédérer en Equipes de Soins Primaires (ESP).

À l'échelle d'un territoire, l'ESP est constitué d'un ensemble de professionnels de santé (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien…) autour d'un médecin généraliste de premier recours.

L'initiative de création d'une ESP peut revenir à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premier recours.

Ces équipes doivent élaborer un projet qui a pour objet de répondre à un besoin de santé identifié auprès de leur patientèle commune.

L'ESP peut prendre la forme d'une maison ou d'un centre de santé, mais aussi revêtir d'autres formes de structuration plus légères.

Une coordination populationnelle

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) visent à renforcer les différentes coordinations existantes entre professionnels.
Elles peuvent rassembler tous les soignants d'un territoire, les intervenants médico-sociaux et sociaux.

Les CPTS élaborent un projet de santé pour structurer le parcours de santé et assurer une meilleure coordination des acteurs du territoire.

Les regroupements de professionnels de santé qui répondaient à la définition de pôles de santé deviennent désormais automatiquement des CPTS, sauf opposition de leur part.

InfimagNo2.indd 10 10/10/2017 19:01

Plateforme de coordination des infirmiers libéraux via une application pour faciliter le retour à domicile des patients

Une coordination de cas complexes

Le travail des professionnels exerçant en ville se complexifie et nécessite de se coordonner avec une multitude d'acteurs. Il est parfois difficile d'identifier les ressources territoriales. Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) viendront en appui aux ESP et aux CPTS.

Ces plateformes auront pour objet de soutenir les professionnels dans la coordination des cas complexes, d'informer et d'orienter les professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire et de simplifier et rendre lisible la coordination.

Elle pourra être portée par les acteurs du médico-social, du social et par les professionnels de santé de ville.
Ces plateformes respecteront les initiatives des professionnels de ville mais sachez que les établissements de santé cherchent à se positionner (notamment les HAD).

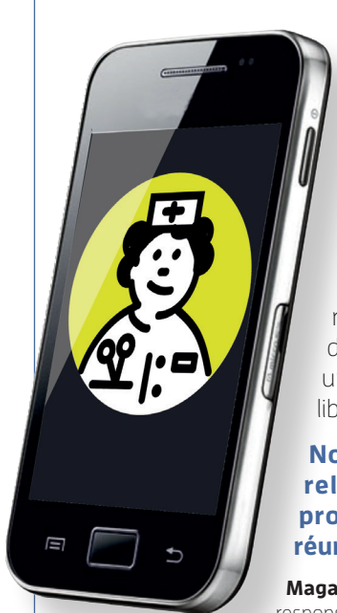
Magalie Derôme
responsable-chargée de mission URPS Infirmiers

Nous avons besoin de connaître les ressources avec lesquelles vous travaillez de manière coordonnée pour identifier les structures qui pourraient être porteuses ou associées aux Plateformes Territoriales d'Appui.

Nous vous remercions de répondre au questionnaire disponible via ce lien : https://goo.gl/3HLvSs pour faciliter la mise en place de ces organisations.

L'URPS infirmiers œuvre au développement d'une « plateforme de mise en relation patient-infirmier ».

Pourquoi ?
Les établissements de soins reprochent aux infirmiers libéraux d'être peu lisibles et difficilement joignables. Par facilité, ils contactent les structures types prestataires, SSIAD, HAD… Ces organisations possèdent un numéro unique ou un site dédié et ne sont pas soumises aux mêmes contraintes réglementaires (publicité et démarchage..).
Aujourd'hui, les libéraux doivent faire face à un nouveau phénomène que l'on appelle « l'ubérisation de la santé ».
« L'ubérisation de la santé » est la mise en place de filières commerciales s'appuyant sur une plateforme de mise en relation soigné/soignant ne respectant pas le libre choix du patient et les règles de déontologie.



Comment fonctionnera-t-elle ?
La solution, grâce à l'outil numérique, permettra aux établissements de santé de contacter un infirmier libéral en respectant le libre choix du patient.

La plateforme apportera une réponse collective aux attentes des établissements de soins par une organisation des infirmiers libéraux en réseau.

Notre plateforme de mise en relation vous sera expliquée prochainement par le biais de réunions locales.

Magalie Derôme
responsable-chargée de mission
URPS Infirmiers

InfimagNo2.indd 11 10/10/2017 19:01

Le thème de la Première Journée de l'infirmière libérale

des Hauts-de-France-organisée par votre URPS : la coordination

Plus de 150 IDEL des Hauts-de-France ont pu participer à notre première « Journée de l'infirmière libérale » qui a été dupliquée sur Lille et Amiens

Nous vous attendons nombreux pour la prochaine édition de la journée de l'infirmière libérale des Hauts-de-France !!

Réservez déjà les dates : le jeudi 29 mars 2018 à Arras (Pas-de-Calais) et le jeudi 12 avril 2018 à Laon (Aisne).

Retour sur ces journées riches en informations et en échanges...

9h00 : ouverture de la journée. Les participants ont été accueillis par M^me^ Marie-Odile Guillon, présidente de l'URPS infirmiers des Hauts-de-France.
M. Daniel Guillerm, modérateur de la journée, a présenté les parcours de soins en ville, la coordination -définition et enjeux-et a rappelé la place essentielle de l'IDEL.
L'intervention a été enrichie par de nombreux échanges avec l'assemblée.
Suite à ces constats et au vu de l'offre de soins sur le territoire, la place de l'IDEL a pu être précisée et les participants ont pu percevoir la nécessité de se coordonner pour faire valoir leurs compétences.

Une table-ronde ayant pour thématique « Les nouvelles organisations de prises en charge : Les opportunités à saisir » a permis aux IDELS d'appréhender l'importance du virage ambulatoire ainsi que le ressenti des différents intervenants, tous acteurs dans le domaine sanitaire et/ou médico-social de la région des Hauts-de-France.

Lors du cocktail déjeunatoire, les IDEL ont pu échanger et rencontrer nos nombreux partenaires – exposants.

L'après-midi, les IDEL ont participé aux différents ateliers présentant les outils de coordination des soins.

- → Les messageries sécurisées avec la présentation d'**Apicrypt** et de **MSSanté**.
- → Le dossier médical partagé où près d'une trentaine de DMP ont pu être ouverts.
- → La carte et l'application pour la coordination des soins.

InfimagNo2.indd 12 10/10/2017 19:01

Entres les intervenants, la compagnie *Maintes et une fois* proposait une pause humoristique

En fin de journée, un mode d'emploi pour formaliser un projet de santé à l'échelle d'un territoire a été proposé.
Ce fût l'occasion d'apporter aux IDEL des informations concrètes sur les différentes structures juridiques possibles ainsi que les obligations à respecter pour formaliser un projet de santé.

Qu'ont pensé les IDEL de cette journée ?

Un questionnaire de satisfaction a été distribué. Il a permis de mettre en avant l'entière satisfaction des participants concernant le choix des sujets abordés et des intervenants.
Plus de 7 infirmiers sur 10 souhaitent que cette journée soit renouvelée.

Encore un grand MERCI !

À M^me^ Catherine Bouquet, Directrice des soins de la Clinique Victor Pauchet à Amiens, M. Yann Briand, Responsable de mission e-santé à l'ASIP Santé, M. Emmanuel Caron, Directeur de l'APICEM, M. Olivier Dauptain, Vice-président du CISS Hauts-de-France, M^me^ Cécile Guerraud, Directrice territoriale de la Somme à l'ARS Hauts-de-France, M^me^ Marie-Chantal Guillaume, Directrice des soins au Centre Hospitalier de Valenciennes, M. Daniel Guillerm, Consultant SCS, M^me^ Valérie Hadet, Sous-directrice prestations et relations clients de la CPAM d'Amiens, M. Victor Hausheer, Accompagnement des professionnels à l'ASIP Santé, M. Pierre-Marie Lebrun, Président du CISS Hauts-de-France, M. Jérôme Maréchal, Juriste SPS à Paris, M^me^ Laure Meyer, Infirmière référente coordinatrice du réseau gérontologique du Compiégnois, M^me^ Axelle Parent, Pilote MAIA du Valenciennois, D^r^ Isabelle Queval, Anesthésiste-réanimateur à la clinique « Les Bonnettes » à Arras, M. Ronan Rouquet, Responsable SICP de l'URPS Médecins Hauts-de-France, pour leur disponibilité et pour la qualité de leurs interventions qui ont largement participé à la réussite de cette journée.
À la Compagnie *Maintes et une fois*, pour la qualité de leur intermède clownesque qui a permis de résumer de manière humoristique la réalité du paysage ambulatoire dans les Hauts-de-France et la nécessité d'agir pour faire valoir les compétences des infirmiers libéraux.
Ainsi qu'aux nombreux partenaires venus exposer lors de cette journée : 3M, Apicem SARL, Banque Populaire, CBA, ConvaTec, Groupe Pasteur Mutualité, Hartmann, Laboratoires Lohmann & Rauscher, LVL Médical, MACSF, Mölnlycke Healthcare, Perf Nut Assistance, RM Ingénierie, URGO et Vega.

Patrick Blond élu URPS
Pauline Ghysel chargée de mission URPS

TÉMOIGNAGE D'UN INFIRMIER LIBÉRAL

« Au courrier, un truc de l'URPS.

Me voilà donc inscrit pour cette journée de l'infirmière et j'aurai un crédit d'impôt.
Après les bouchons sur l'A1, accueil sympathique à notre arrivée, petite collation, rencontre avec d'anciennes camarades de promo, cela s'annonce bien. Les choses sérieuses commencent, le parcours de soins, la nouvelle loi de santé et les changements qui vont avoir lieu dans notre pratique de soins et de prise en charge (pas très réjouissant tout ça, mais c'est dans l'air du temps).

11 h 30 après la pause-café, table ronde sur l'organisation de la prise en charge des patients et surtout chose très importante les opportunités à saisir si on veut continuer d'exercer en libéral… Un peu déroutant tout cela mais combien intéressant pour notre avenir.

En résumé, aucun regret de m'être inscrit à cette journée et je souhaite que l'an prochain de nouvelles journées soient organisées, les informations qui ont été diffusées étaient d'un grand intérêt pour notre avenir professionnel.

Merci mes chers collègues, pour votre travail votre gentillesse et votre dévouement. »

InfimagNo2.indd 13 10/10/2017 19:01

Dossiers élaborés en inter-URPS

Le risque de chute

"J'ai peur de tomber… !"
En 2015, la France compte 12,2 millions de personnes de plus de 65 ans. Quand on sait qu'un tiers des plus de 65 ans chutent au moins une fois par an et qu'il s'agit de la moitié pour les plus de 85 ans, cette phrase devient récurrente.

(Source : prévention des chutes en RHPAD réalisée par l'ARS NPDC).

DOSSIER SPÉCIAL RÉALISÉ EN PARTENARIAT AVEC TOUTES LES UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (URPS) DE LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

Quelques chiffres

- **Plus de 80 % des accidents de la vie courante** avec recours aux urgences chez les plus de 65 ans sont des chutes ; cette tendance concerne deux fois plus de femmes que d'hommes.
- **Le risque de chute est multiplié par 20** après une 1ère chute. Plus de la moitié des personnes récidivent dans l'année.
- **La chute représente la première cause de mortalité par accident** avec environ 9 300 personnes âgées de plus de 65 ans qui décèdent chaque année des suites d'une chute.
- **Les trois quarts des décès** provoqués par des chutes surviendraient chez les plus de 75 ans.

Chutes et conséquences

Les conséquences de la chute peuvent être graves sur le plan psychologique et physique : **hospitalisation, perte d'autonomie, institutionnalisation.** Elles sont également très variées et peuvent aller **de la simple plaie au décès de la personne**.

Dans environ un quart des cas, les conséquences sont bénignes et le patient peut rentrer à domicile sans traitement ni suivi spécifique ; en revanche, plus d'un tiers donne lieu à un traitement avec suivi ultérieur.

Seules 10 % des chutes sont signalées au médecin traitant alors qu'aucune chute n'est anodine et que certaines d'entre elles peuvent cacher une pathologie grave (problèmes cardiaques, neurologiques…).

Traiter la pathologie sous-jacente est primordial.

Le diagnostic peut s'avérer difficile, le médecin traitant aura alors besoin d'une assistance pour la prise en charge.

InfimagNo2.indd 14 10/10/2017 19:01

Les chutes entraînent 9 300 décès par an mais également dans :

- 41 % des cas une ou plusieurs fractures ;
- 38% des cas une hospitalisation (43 % des personnes hospitalisées ont plus de 90 ans et séjournent en moyenne 8, 9 jours) ;
- 34 % des cas des contusions ou hématomes ;
- 17% des cas des plaies ;
- 5 % des cas des luxations ou entorses

Équilibre et vieillissement

Les réactions posturales se maintiennent efficacement au cours du vieillissement physiologique. La vitesse de réaction et les capacités d'adaptation sont moindres.
Les personnes âgées sont plus vulnérables car elles rencontrent une diminution :

- de la vision périphérique et des contrastes
- des capacités liées au système nerveux central (temps de réaction plus lent, diminution de la synchronisation des réponses à des déséquilibres éventuels, danger en cas de changement brusque d'environnement comme le bus ou le métro).

Facteurs pré-disposants et déclenchants

De nombreux facteurs prédisposants aux chutes nécessitent la vigilance des professionnels de santé qui interviennent au domicile des patients et au plus proche des familles.
Certains facteurs sont directement liés à la sénescence comme la diminution de la force musculaire, du nombre de récepteurs de la sensibilité proprioceptive et de la vitesse de conduction nerveuse, un déficit visuel, une diminution de la longueur du pas ou des modifications de la statique.

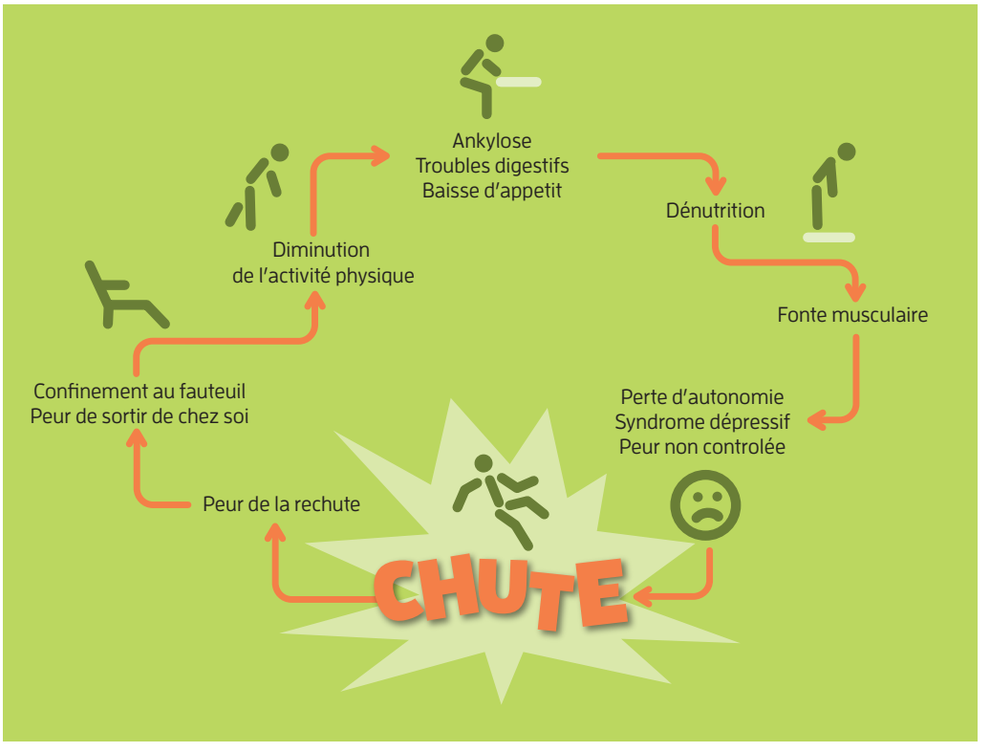
D'autres sont liés à des pathologies comme les affections neurologiques centrales et périphériques, les affections neuromusculaires et ostéoarticulaires ou encore les déficiences sensorielles, la dénutrition, l'anémie, les pathologies cardiaques ou respiratoires, la dépression, les effets des médicaments et de l'alcool.

On recense également des facteurs déclenchants qui peuvent être à l'origine des chutes :

- Les facteurs intrinsèques : les troubles du rythme et de la conduction, l'hypoglycémie, l'hypotension orthostatique, la prise d'alcool ou de certains médicaments, l'incontinence.
- Les facteurs extrinsèques : le domicile (trébuchement), une modification de l'environnement (qui explique souvent les chutes lors des premiers jours en hôpital ou en institution), un chaussage inadapté, un déséquilibre lors de l'habillage ou du déshabillage, ainsi que les sorties hors du domicile (abords extérieurs, voie publique).

Certains facteurs sont aggravants : échelle, escabeau, lit, chaise, tabouret, animaux domestiques, pantoufles, moquette, escalier, etc.

InfimagNo2.indd 15 10/10/2017 19:01



post-fall syndrome ou « syndrome de l'après chute »

Après chute et ses conséquences

L'indice de gravité se détermine par le temps passé au sol.
Le post-fall syndrome ou « syndrome de l'après chute », cercle vicieux de la dépendance, est la 3e cause d'entrée en service gériatrique.
40 % des personnes âgées hospitalisées après une chute entrent en institution.
Ce syndrome provoque une hausse de l'anxiété avec baisse des capacités antérieures, une restriction volontaire d'activité, un cantonnement à domicile qui favorisent le risque de récidives.

Le syndrome post-chute se voit en position assise : la personne âgée n'a pas d'équilibre au niveau du tronc et se laisse tomber en arrière.
En cas d'absence de prise en charge rapide et adaptée, le syndrome de régression psycho-motrice (perte définitive des possibilités de mobilité, d'orthostatisme et de marche) débute, entraînant à terme la grabatisation.

Prévention des chutes

La prévention des chutes et de leurs conséquences nécessitent :
- → une sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé ;
- → une information et une éducation de la population des retraités ;
- → un aménagement de l'habitat (barres d'appui, tapis antidérapants, téléassistance, mobilier adapté, etc.) ;
- → un accompagnement par les diverses aides sanitaires et sociales ;
- → un suivi médical et paramédical régulier ;
- → une éducation des aidants ;

En complément, différents programmes peuvent être proposés aux personnes âgées (atelier d'équilibre, représentation de son corps dans l'espace, apprendre à se relever, gymnastique douce).

Prise en charge de la personne en cas de chute

Prendre en charge les personnes âgées ayant chuté permet de :

- → lutter contre la perte d'autonomie,
- → lutter contre les facteurs de risques (troubles de l'équilibre et de la marche, polymédication, troubles visuels et auditifs, stress, isolement),

À savoir

Les risques et les conséquences des chutes augmentent avec l'âge, il faut donc adapter la pratique aux différentes classes d'âge : les 60-75 ans, les 75-85 ans et les plus de 85 ans.

À ce sujet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations pour évaluer et prendre en charge les personnes âgées.

Il faut expliquer à la personne âgée la nécessité d'aménager son domicile. Si celle-ci souhaite continuer à accéder à l'étage, il suffira de sécuriser l'environnement.

Prévenir = repérer le risque de chute
Alerter en cas de chute = traiter et éviter les récidives

InfimagNo2.indd 16 10/10/2017 19:01

Rôle des professionnels de santé et des aidants

Les professionnels et les aidants doivent être attentifs à la personne âgée et aux alertes des proches :

- → Son équilibre et sa marche
- → Ses pieds et son chaussage
- → Sa nutrition
- → Ses fonctions d'élimination
- → Sa prise de médicaments
- → Sa vision et son audition
- → Sa mémoire, son comportement et son humeur
- → Son lieu de vie

Lors d'une chute, qu'elle ait des conséquences ou non, il est important de transmettre les circonstances de celle-ci au médecin traitant, à la famille et aux professionnels : heure et lieu de la chute, fièvre, repas pris, agitation, aide technique, lunettes, action en cours, obstacles, sol glissant, éclairage suffisant, etc.

Rôle de l'infirmier

1 Évaluation de la situation et de l'environnement
Au détour de ses interventions de soins à domicile et en particulier lors des séances de soins infirmiers ou des séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention, l'infirmier évalue et repère le risque de chute chez le patient. Lorsqu'il décèle une situation à risque, il peut définir un plan de soins qui peut faire intervenir d'autres professionnels et détermine avec la personne et/ou ses proches aidants les mesures préventives-éducatives, la surveillance et un suivi clinique individualisé.

2 Prise en charge globale
Son approche centrée sur la personne humaine fait de l'infirmier libéral formé spécifiquement à la prévention et à l'éducation à la santé un référent naturel pour le patient. Il assure une coordination avec le médecin traitant et les autres acteurs de santé pour assurer la prévention des chutes chez la personne âgée au domicile

Article R4311-3
« *l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ».

Rôle du médecin traitant

1 Repérer les patients à risque de chute

2 Évaluer le patient et ses facteurs de risques :
Antécédents, traitements, répétition des chutes, hospitalisation pour chute, pathologie(s) sous jacente(s), amaigrissement, mode de vie (alcool, nutrition, déplacements…),

3 Corriger les facteurs de risque modifiables :
Vue, dénutrition, évaluation de la iatrogénie,

4 Prescrire le bilan étiologique nécessaire :
Cardiologique, neurologique, ophtalmologique, rhumatologique en fonction des caractéristiques de la chute.
Biologique, infirmier, kinésithérapique, podologique, dentaire, ergonomique, orthophonique, par l'aide soignante concernant l'hygiène et l'habillement,

5 Synthétiser les bilans et mettre en place les actions nécessaires en collaboration avec les spécialistes du 2e recours.

Rôle du biologiste

Les conséquences physiologiques de l'âge peuvent modifier certains paramètres, le biologiste peut ainsi interpréter les résultats en fonction de l'âge du patient.
Il faut également tenir compte de l'anémie qui ne doit pas être considérée comme une conséquence du vieillissement.

InfimagNo2.indd 17 10/10/2017 19:01

La surveillance biologique du patient âgé se fait en complément des bilans cliniques et environnementaux qui sont fait par les autres professionnels de santé ou les proches.
Pour évaluer les conséquences de la chute (en relation avec la durée de séjour au sol), il sera fait un dosage des CPK et de la créatinine sérique.

Il est conseillé de surveiller :

- La déshydratation extracellulaire : élévation hémoglobine, hématocrite, protidémie, urée, créatinine élevée, natrémie normale.
- La déshydratation intracellulaire : hypernatrémie.
- La Glycémie, l'albumine et la pré-albumine dans le cadre de la dénutrition.
- Le dosage de Vitamine D (pris en charge dans le cadre de l'évaluation des personnes âgées sujettes aux chutes répétées).

Rôle du chirurgien-dentiste

La malnutrition et la dénutrition sont des facteurs de risques avérés des chutes et de l'aggravation de leurs conséquences. La santé orale prend alors toute son importance. Le « Bien Manger » participe au « Bien Vieillir », tant dans la qualité de vie que dans son retentissement sur l'état général.

Un mauvais état dentaire, des édentations non compensées, des prothèses mal adaptées, une sécheresse buccale, des gencives douloureuses, sont autant d'éléments néfastes à la mastication, premier acte de la digestion, qui auront donc un retentissement sur les choix alimentaires.

Nos patients âgés, souvent fatalistes face à la dégradation de leur état bucco-dentaire, présentent souvent un besoin en soins non satisfait ; il est donc nécessaire de proposer des soins bucco-dentaires parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle dans la prévention des chutes.

Rôle du Masseur-kinésithérapeute

Les bilans du risque de chute chez la personne âgée sont maintenant bien connus et largement utilisés par les Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs (MKR) et devraient être prescrits. Ils sont remboursés.

Il s'agit au minimum (en fonction de l'autonomie du patient) du TUG modifié, du TINETTI statique et dynamique, du Test Moteur Minimum, d'une éventuelle échelle de Qualité de Vie en auto-questionnaire ainsi que de la mesure de la limitation d'amplitude de flexion dorsale des chevilles, du test d'appui unipodal (yeux ouverts/fermés), de ramasser un objet au sol, d'antécédents de chutes même bénignes et de perte de poids.

Ils permettent de déterminer l'importance des risques et les composantes proprioceptives, vestibulaires et musculaires de ce risque. Ils permettront d'orienter vers une rééducation spécifique et/ou une prévention.

Le MKR devra également évaluer les risques liés à l'environnement du patient et proposer : des modifications ergonomiques dans l'aménagement du domicile (enlever certains meubles, les tapis, les fils…), l'achat éventuel de systèmes d'adaptation (plots de surélévation du fauteuil…, protection des hanches, d'éclairage automatique, modifications de la salle de bain), des aides à la déambulation à l'intérieur et à l'extérieur du domicile (qu'il peut prescrire).

En dehors de la rééducation spécifique incluant un travail de renforcement musculaire, d'entretien des amplitudes articulaires, proprioceptif et vestibulaire, de l'équilibre et de la marche en terrain varié, de doubles tâches, de recherche de compensation des déficits – déficiences – incapacités et du ralentissement psychomoteur, il apprendra obligatoirement à la personne âgée à se relever du sol.

Il diminuera ainsi la crainte de la chute à l'origine de nombreux désordres pratiques et posturaux, sociaux et limitera les risques vitaux liés à une station prolongée au sol.

Il reverra également les transferts (se lever d'une chaise, d'un lit en permettant une adaptation vaso-motrice…). L'éducation thérapeutique est un plus.

Au-delà des aspects techniques, le MKR a un rôle social primordial car il passe du temps avec la personne âgée, il doit redonner confiance et encourager le patient dans sa reprise d'autonomie, proposer un véritable entrainement/entretien et se voit souvent être un coordinateur de soins, le lien avec l'entourage (éducation) et les différents intervenants sociaux.

Possibilité de prescription d'aide à la déambulation (canne, déambulateur, …).

Rôle du podologue

Action de dépistage : déformations (orteils en griffe) pieds plats ou creux, callosités, douleurs, metatarsalgies, talalgies, pied diabétique, vasculaire, arthrosique, neurologique.

Conseils podologiques en prévention : bilan de chaussage, chaussures adaptées : larges pour une bonne stabilité, hautes au bout pour pouvoir loger les orteils, faciles à fermer et tenant bien le pied, éviter claquettes, pantoufles et chaussures pointues ainsi que talons hauts et plats, hygiène des pieds.

Traitements :

- Réalisation d'un examen clinique et d'un bilan podologique sur prescription médicale (chaussures adaptées et semelles orthopédiques suite à l'examen clinique).
- Traitement des affections épidermiques douloureuses et non douloureuses

InfimagNo2.indd 18 10/10/2017 19:01

Rôle de l'orthophoniste

Essentiellement un rôle d'alerte du médecin traitant.
Mais également, maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies dégénératives.

Le médecin peut prescrire un bilan orthophonique ; pas uniquement pour des troubles du langage :

- → Séance de 45 min
- → Recherche auditive et visuelle
- → Questions sur une éventuelle chute
- → On marche en discutant donc on regarde la démarche
- → Repérage des troubles de la déglutition, repérage des fausses routes.

Possibilité de réaliser une rééducation de ces troubles.

Rôle de l'orthoptiste

Les pathologies oculaires de la personne âgée (DMLA, cataracte, glaucome) peuvent entraîner des troubles du champ visuel central et/ou périphérique. Associées à des difficultés d'orientation du regard et de coordination œil/tête, la détection des obstacles (entre autre) devient périlleuse.

Rééducation des troubles de la motricité oculaire, renforcement de la coopération sensori-motrice du capteur visuo-oculaire, renforcement des coordinations oculocéphalique et oculomanuelle, et de la coopération œil / vision / mouvement

Évaluer les répercussions de la sénescence sur les activités quotidiennes

Rôle du pharmacien

1 Repérer les problèmes de la personne et alerter le médecin traitant dans les cas suivants pouvant induire une chute :

- → Difficultés à la marche,
- → Demande de canne, d'accessoires de maintien,
- → Demande spontanée de pansements, de traitement pour la contusion,
- → Problèmes de vertiges,
- → Difficulté à rester debout seule à la pharmacie,
- → Amaigrissement : demande de compléments alimentaires. Logiquement on réalise un bilan nutritionnel avant,
- → Solution Hyper Protéinée,
- → Problème d'absorption, les personnes ne savent plus avaler,
- → Lors d'une visite au domicile : identifier les facteurs de risque de chute.

2 Repérage de risques iatrogéniques via l'analyse des prescriptions médicales (nombre conséquent de médicaments, présence de somnifères). Plus précisément, il s'agit de l'identification sur une même ordonnance ou sur des ordonnances dissociées des classes pharmacologiques suivantes :

- → Psychotropes,
- → Benzodiazépines,
- → Neuroleptiques,
- → Hypnotique + benzodiazépine,
- → Principe actif à effet anticholinergique anti-muscarinique fort (Atarax® +++),
- → ≥ 4 hypertenseurs,
- → ≥ 2 antidiabétiques oraux dont I glinide,
- → ≥ 2 antidiabétiques oraux dont I sulfamide hypoglycémiant,
- → Absence de vitamine D sur les 3 derniers mois.

Il faudrait réaliser une concertation médicamenteuse avec le médecin et l'infirmier.

3 Rôle de conseil.

4 Repérer les difficultés de prise de médicaments et évaluer l'observance.

5 Porter une attention particulière aux demandes spontanées de crèmes pour les pieds.

6 Établir un plan posologique tenant compte de la chrono pharmacovigilance.

Conclusion

Concernant la prévention et la prise en charge de la chute, il est important que l'ensemble des professionnels de santé s'implique de manière coordonnée afin de préserver l'autonomie de la personne âgée et d'éviter la récidive.

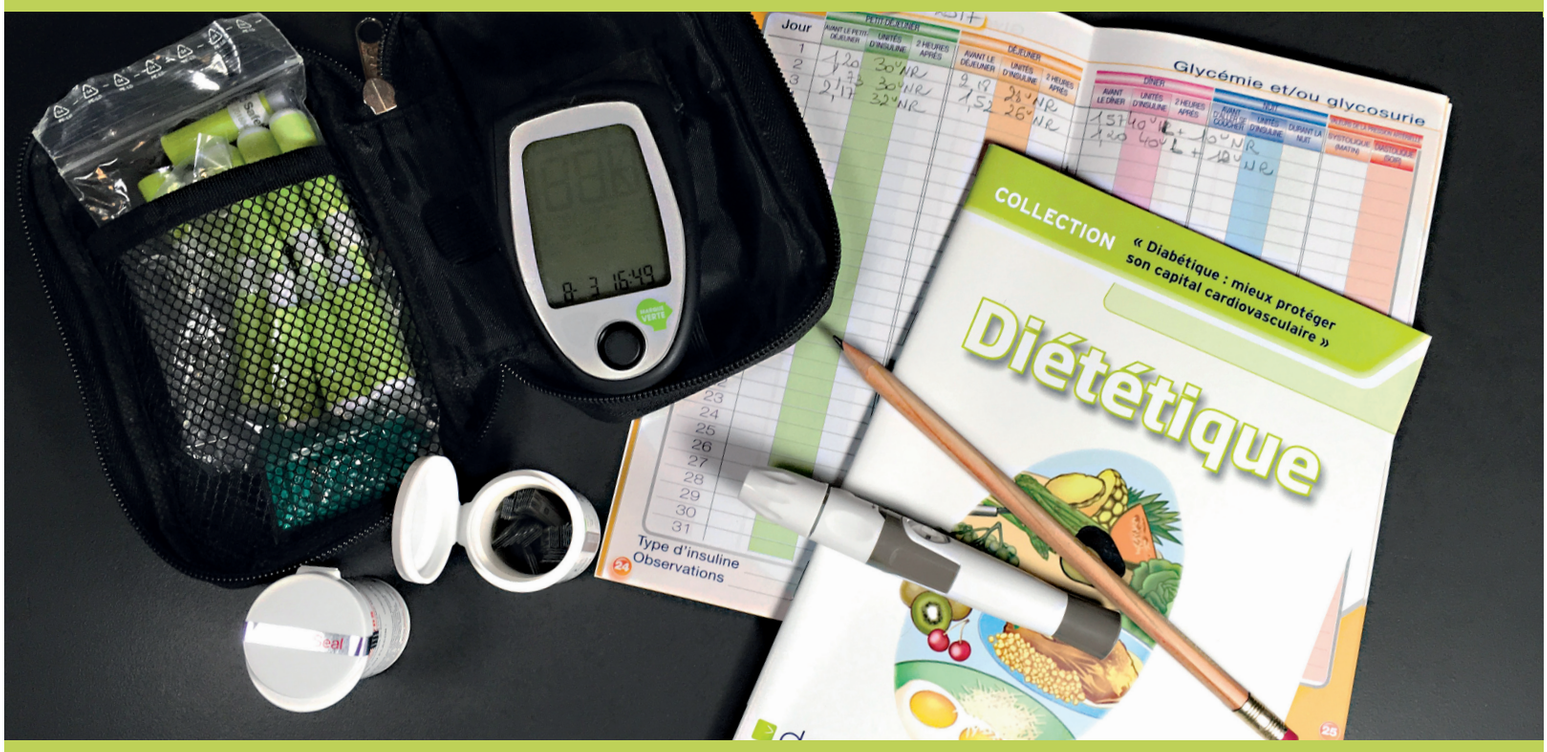
À retenir

Évaluation iatrogénique
Bilan risque de chute
Bilan orthopédique : de chaussage
Évaluation à domicile par l'infirmier :
un patient seul chez lui + facteurs de risques
= alerter le médecin traitant
Bilan orthophonique
Aménagement de l'habitat

↓

Excellente alternative face au PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) hospitalier

InfimagNo2.indd 19 10/10/2017 19:01



Éducation thérapeutique du patient : ETP

L'objectif est d'accompagner les professionnels de santé libéraux dans l'amélioration de leurs pratiques professionnelles et d'éducation apportée aux patients lors des soins.

L'ETP permet aux professionnels libéraux de prendre en charge différemment les patients chroniques en les transformant en « soignants éducateurs » de premier recours. Ces équipes formées à l'ETP accompagnent ces patients pour qu'ils puissent acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer, maintenir et améliorer au mieux leur vie.

L'ensemble des professionnels de santé de premier recours peuvent accéder à ces formations et constituer une équipe d'ETP sur leur territoire.
L'URPS Médecins au titre du collectif inter-URPS (chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, pédicures podologues, pharmaciens et sages-femmes) propose à des équipes pluri professionnelles libérales exerçant en dehors ou en maison de santé de :

Se former à l'ETP
Il s'agit d'une formation à l'ETP de niveau 1 (40 h) qui vise aussi à permettre à ces mêmes professionnels d'intégrer l'éducation thérapeutique dans leur exercice quotidien par l'acquisition d'une posture éducative et de nouvelles compétences (pédagogiques, relationnelles, organisationnelles).

Puis de pratiquer l'ETP de manière structurée en déployant des programmes éducatifs d'ETP autorisés sur différentes thématiques (réalisation du bilan éducatif partagé, accompagnement du patient dans le développement de connaissances et de compétences en lien avec la gestion de sa maladie au quotidien, animation de séances collectives, suites à donner après le suivi d'un programme, etc.) :

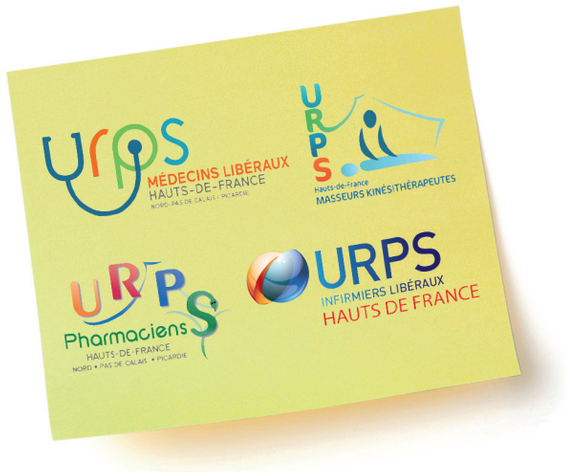
- → « Le diabète… dialoguer, partager, apprendre » pour les patients atteints d'un diabète de type II.
- → « Lib'air » s'adresse aux patients atteints d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) non compliquée en stade I et II
- → « Moi, mon corps et les envies » destiné aux enfants de 7 à 9 ans présentant un surpoids ou un risque d'obésité (obésité de grade I), non compliquée.

Si vous désirez vous former à l'ETP à titre individuel ou dans le cadre d'un projet d'équipe ou avoir plus d'informations, vous pouvez contacter Marine HOULLIER, responsable ETP au sein de l'URPS Médecins par mail marine.houllier@urpsml-hdf.fr ou au 03 22 33 35 53

Magalie Derôme
responsable-chargée de mission URPS Infirmiers

InfimagNo2.indd 20 10/10/2017 19:01

MiSS
Messagerie immédiate
Sécurisée de Santé



Messagerie Immédiate Sécurisée de Santé (MiSS)

MISS, une application de messagerie sécurisée « type SMS », créée par des professionnels de santé pour des professionnels de santé

L'ensemble des Unions Régionales des Professionnels de Santé libéraux anciennement Nord-Pas-de-Calais (URPS), associées à l'Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine (APICEM), ont développé une application « Messagerie Immédiate Sécurisée de Santé (MiSS) » réservée aux professionnels de santé. Ce projet est à l'initiative de l'URPS Médecins Hauts-de-France en partenariat avec les URPS Infirmiers, Kinésithérapeutes et Pharmaciens Hauts-de-France, la MiSS® a été développée par l'équipe de l'APICEM.

Il s'agit d'une application IOS et Android disponible sur smartphone et tablette permettant aux professionnels de santé d'envoyer des messages sécurisés « type SMS » de façon instantanée, sans avoir besoin de connaître les coordonnées de leur correspondant et pouvant être accompagnés de photographies.

Plus-values par raport au SMS (non autorisé)

FONCTIONNALITÉS	Messagerie SMS	Messagerie MiSS®
Sécurité	×	✓
Instantanéité	✓	✓
Indicateur de disponibilité	×	✓
Accusé de réception	parfois	✓
Traçabilité des échanges	×	✓

La MISS se base sur l'annuaire de l'APICEM. Ces messages sont adressés via l'annuaire de l'APICEM.

Le téléchargement de l'application est payant (une seule fois, 0,99 €). Ensuite, vous pourrez utiliser cette messagerie immédiate sécurisée, ouverte à tous les professionnels de santé :

→ Gratuitement si vous êtes utilisateur d'APICRYPT

→ Via un abonnement au tarif préférentiel de 20€/an si vous n'êtes pas utilisateur d'APICRYPT

Pour plus d'information, rendez-vous sur le site : **www.miss-sante.fr**

1. S'inscrire sur le site www.miss-sante.fr

2. Télécharger l'application

Télécharger dans l'App Store

DISPONIBLE SUR Google Play

Magalie Derôme
responsable-chargée de mission URPS Infirmiers

InfimagNo2.indd 21 10/10/2017 19:01

Brèves

Bilan de soins infirmiers : une avancée… qui avance !

La phase expérimentale de remplacement de la DSI « Démarche de soins infirmiers » par le BSI « Bilan de soins Infirmiers » s'est déroulée de février à septembre 2017 sur 12 CPAM dont la CPAM de la Somme. Nous sommes à la phase d'évaluation, 8 000 BSI sont examinés à la loupe par les services de la CNAMTS [1]

Pourquoi un nouveau dispositif ?

La DSI est sous-utilisée par les professionnels. On estime que le circuit complexe et inadéquat entre médecin prescripteur et infirmier et l'absence de visibilité des actes infirmiers requis et effectués par l'IDEL au cours des séances de soins infirmiers en sont la cause. Il est urgent de simplifier la procédure, de valoriser le rôle et les interventions de l'IDEL dans le maintien à domicile des personnes dépendantes et d'améliorer la qualité de l'évaluation des soins et du partage d'informations entre l'IDEL et le médecin.

Une avancée ?

Le BSI ainsi conçu reconnaît les compétences et la responsabilité de l'IDEL à l'égard de l'évaluation clinique de la personne. Il reconnaît la valeur ajoutée du recueil des données cliniques de la personne soignée par l'IDEL au cours de la séance de soins infirmiers. Ce nouveau dispositif identifie clairement la participation effective des IDEL à l'éducation thérapeutique et la mise en œuvre des actions d'éducation à la santé et d'aide à l'autonomisation des soins pour les patients et leurs proches.

Quelle est l'architecture du futur dispositif envisagé ?

Le BSI sera composé d'un support d'évaluation présenté sous forme d'une grille structurée et dématérialisée. Cette grille d'évaluation sera remplie en ligne via Ameli espace Pro par l'IDEL. L'IDEL décrira l'ensemble des interventions infirmières requises, par type de soins (soins de base, relationnels, éducatifs, et techniques). Il établira à partir de référentiels validés une proposition de plan de soins infirmiers personnalisé en cochant ou en saisissant les items proposés. L'IDEL aura la possibilité de rédiger dans un espace libre les points de vigilance ou des informations qu'il juge nécessaire de porter à la connaissance du médecin traitant.

Ce bilan comportera 3 volets : un volet administratif (identification de l'infirmière, du médecin, du patient), un volet médical (situation et environnement du patient, diagnostics infirmiers et interventions de soins, coordination sanitaire et médico-sociale) et un volet facturation (plan de soins infirmiers, facturation des soins)

Une synthèse sera générée automatiquement en fonction des items cochés et envoyée au médecin traitant par l'IDEL via la messagerie sécurisée. Cette synthèse comportera un espace pour recueillir l'avis et/ou les observations éventuelles du médecin traitant qui a 5 jours pour valider et communiquer

(1) Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Nouvel acte infirmier

Paru au Journal officiel et applicable le 28 juin 2017

Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO).

Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient.

Description de la séance

- → l'éducation du patient et/ou de son entourage ;
- → la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements ;
- → la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables ;
- → la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'auto mesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement ;
- → le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée…) et de l'état général ;
- → la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements ;

InfimagNo2.indd 22 10/10/2017 19:01

sa réponse par le biais de la messagerie sécurisée. Le BSI sera alors finalisé et accessible par service médical de la CPAM.

Conseils de votre URPS : Anticipez !

→ Créez un compte Ameli Espace Pro
→ Disposez d'une adresse de messagerie sécurisée compatible avec l'espace de confiance MSSanté
→ Faites une formation (avec votre fonds de formation FIF –PL) sur le BSI pour être actif dès sa généralisation

Caroline Dewas
vice-présidente URPS infirmiers

→ la tenue d'une fiche de surveillance ;
→ la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 heures par voie électronique sécurisée.

Durée

→ Une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours suivant la sortie.
→ Le rythme peut être adapté en fonction du protocole.
→ La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants).

Facturation

Le tarif de la séance est de 5,8 AMI (soit 18,27€).
Le nombre maximum de séances est de 15.
La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation.

Particularités de facturation de la séance de l'article 5 ter

Cet acte ne peut être côté ou cumulé avec :

→ Des majorations de nuit ou de jours fériés
→ Une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au titre XVI, chapitre Ier, article II (AIS4)
→ Une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au titre XVI, chapitre 2, article 5 bis.

Il peut être coté avec :

→ une séance de soins infirmiers cotée en AIS 3 à taux plein (dérogation à l'articleIIB)
→ un autre soin en AMI en application de l'article IIB, soit 50 % pour le deuxième acte

Caroline Dewas vice présidente URPS infirmiers
Magalie Derôme responsable-chargée de mission URPS Infirmiers

Site internet

L'URPS Infirmiers Hauts-de-France met à votre disposition un site web:

www.urps-infirmiers-hdf.fr

N'hésitez pas à vous approprier cet outil qui vous est entièrement dédié, vous y trouverez de nombreux renseignements utiles à votre profession.

Vous pouvez également nous faire parvenir :

1 vos difficultés de coordination HAD/IDEL rencontrées lors de vos prises en charge pour que nous puissions recenser et dénoncer les pratiques abusives et/ou les manquements.
2 vos nouvelles coordonnées si votre cabinet a changé d'adresse postale ou d'adresse mail
3 vos annonces d'offres et de demandes de remplacement
4 toute autre question

URPS
INFIRMIERS LIBÉRAUX
HAUTS DE FRANCE

118 bis, rue Royale - 59000 Lille
27, avenue d'Italie - 80090 Amiens
03 20 14 22 15
contact@urps-infirmiers-hdf.fr

InfimagNo2.indd 23 10/10/2017 19:01

À VOS AGENDAS !

Deuxième édition de la journée de l'infirmière libérale des Hauts-de-France

Le Jeudi 29 Mars 2018
à Saint-Laurent-Blangy (Arras) - Artois Expo

Le Jeudi 12 Avril 2018
à Chamouille (Laon) - hôtel du Golf de l'Ailette

Souhaitant répondre au mieux à vos besoins et attentes, votre URPS a décidé d'axer cette journée autour de l'Actualité sur les pratiques professionnelles.

Cet événement sera l'occasion d'aborder de nombreuses thématiques comme : la dénutrition, l'insuffisance cardiaque, les retards de cicatrisation, ou encore, les Accidents d'Exposition au Sang afin d'échanger avec vous sur votre cœur de métier.

L'après-midi, des ateliers vous seront proposés :

- → sur les nouveaux dispositifs de surveillance du patient diabétique,
- → sur les perfusions avec PiccLine,
- → Sur la nomenclature infirmière.

Et plus encore, vous pourrez découvrir ou redécouvrir les solutions proposées par nos nombreux partenaires (laboratoires, fabricants de matériel médical et paramédical, fournisseurs de solutions informatiques, assurances professionnelles et mutuelles, établissements financiers,...) destinées à faciliter et améliorer votre travail au quotidien !

Réservez dès à présent votre journée en remplissant le formulaire de pré-inscription disponible sur le site internet de votre URPS :

http://www.urps-infirmiers-hdf.fr/journee-scientifique.html

Nous vous attendons nombreux !

URPS
INFIRMIERS LIBÉRAUX
HAUTS DE FRANCE

118 bis, rue Royale - 59000 Lille - 03 20 14 22 15
www.urps-infirmiers-hdf.fr | contact@urps-infirmiers-hdf.fr