

Retour sur les deux journées de l'infirmière 2018



Dans ce numéro

Docteur Émilie Blond
Participer à la lutte
contre la dénutrition
à domicile

**Docteur Karine Blanckaert
et Annie Brenet**
Prévention des infections
lors de soins sur Picc Line

**Docteur Mihaela Muresan,
Docteur Jean-Michel Marcelli, Isabelle Beaudoin**
Les nouveaux dispositifs
de surveillance du patient diabétique



édito

Marie-Odile Guillon présidente de l'URPS

Une des missions de l'URPS infirmiers est de participer à la mise en œuvre du développement professionnel continu. Dans ce cadre, nous avons donc décidé d'organiser des journées régionales de l'infirmière libérale. Notre objectif est d'aborder notre profession de façon singulière, de proposer une vision en lien avec les travaux en cours, le Plan Régional de Santé (PRS) et l'évolution de la profession. Pour faciliter la participation d'un grand nombre d'infirmiers libéraux à ces journées, chaque année nous les dupliquons sur deux des cinq départements de la nouvelle région.

En 2018, plus de 200 infirmiers libéraux des Hauts-de-France se sont retrouvés au cœur de leur métier. Ces journées qui se sont déroulées successivement à Arras dans le Pas-de-Calais et à Chamouille près de Laon dans l'Aisne ont été particulièrement appréciées. Chamouille et son lac, site touristique de l'Aisne a agréablement surpris de nombreux participants. Victimes de notre succès, nous n'avons pu accueillir tous les infirmiers libéraux pré-inscrits et nous en étions désolés.

Les thèmes choisis étaient tous en lien avec les travaux menés au sein de l'URPS : les nouveaux dispositifs de surveillance du patient diabétique, les accidents d'exposition au sang (AES), la prévention des risques infectieux lors des soins sur les PICC Line, le suivi des plaies chroniques, l'insuffisance cardiaque, la dénutrition et les nouveaux rôles reconnus de l'infirmière libérale avec un nouvel acte à la nomenclature. Vous pouvez retrouver sur la plateforme Coordolib une partie des présentations.

Bien sûr, la plateforme Inzee.Care a été ré-expliquée, de nombreux infirmiers présents dans la salle étaient déjà inscrits. Les premières inclusions ont été effectuées dans la Somme et dans le Nord.

En 2019, nous vous proposons de réfléchir ensemble sur le rôle de l'infirmière libérale auprès du patient opéré en chirurgie ambulatoire. Le nouveau plan régional de santé (PRS) de l'ARS des Hauts-de-France promeut le développement des actes innovants en chirurgie ambulatoire et cite l'expérimentation ISIPAD de l'URPS Infirmiers comme outil facilitateur de ce développement.

Nos prochaines journées régionales de l'infirmière libérale auront lieu à nouveau sur des sites remarquables. Les châteaux de Pierrefonds et d'Hardelot seront les décors pour vous accueillir respectivement les 4 avril et 16 mai 2019.

La capacité d'accueil a été augmentée afin de répondre à toutes les demandes. N'hésitez pas à vous inscrire dès maintenant !



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

Infimag numéro 4 - Novembre 2018 - ISSN 2556-9201 - Tirage 9 000 exemplaires. Directeur de publication : Marie-Odile Guillon. Ont contribué à ce numéro, commission journal : Béatrice BEN, Patrick BLOND, Sébastien CAPDEVILLE, Magalie DERÔME, Armand DEVIGNES, Caroline DEWAS, Pauline GHYSEL, Line HANNEBICQUE, Franck PEREZ, Sébastien REGNAUT. Comité de relecture : Sébastien CAPDEVILLE et Caroline DEWAS. Mise en page & illustrations : claude.guillon@wanadoo.fr - Impression : Callingaert - 49, route d'Arras - BP 10012 - 59155 Fâches-Thumesnil Cedex.



| | | | |
|---|------|--|-------|
| Arnaud Vergoote | | Caroline Dewas | |
| Ayez les bons réflexes pour le suivi des plaies chroniques, pensez autrement | p. 4 | Le nouvel article inscrit à la nomenclature : le 5ter | p. 8 |
| Matthieu Dworniczak et Régis Ducatez | | Docteur Karine Blanckaert, Annie Brenet et Sylvaine WAES | |
| Accident d'exposition au sang (AES) | p. 5 | Prévention des infections lors de soins sur Picc Line | p. 9 |
| Docteur Émilie Blond | | Docteur Mihaela Muresan, docteur Jean-Michel Marcelli, Isabelle Beaudoin | |
| Participer à la lutte contre la dénutrition à domicile | p. 6 | Les nouveaux dispositifs de surveillance du patient diabétique | p. 9 |
| Docteurs Daniel Dreuil, Michel Cunin, Marc Bayen et Nicole Bertin | | Journée de l'infirmière libérale des Hauts-de-France | |
| Insuffisance cardiaque | p. 7 | troisième édition | p. 10 |
| Marie-Odile Guillon, Franck Perez | | Guichet Unique | p. 11 |
| Retour sur les grands chantiers mis en place par l'URPS infirmiers Hauts-de-France | p. 8 | Événements indésirables | p. 11 |



Le bureau de l'URPS infirmiers Hauts-de-France ouvre la journée, de gauche à droite : Caroline Dewas, Marie-Odile Guillon, Régis Ducatez, Franck Perez, Line Hannebicque, Magalie Derôme, Pauline Ghysel, Arnaud Vergoote, Béatrice Ben et Armand Devignes

Arnaud Vergoote

Ayez les bons réflexes pour le suivi des plaies chroniques, pansez autrement

Arnaud Vergoote , trésorier adjoint de l'URPS, titulaire d'un diplôme universitaire « plaie et cicatrisation » a évoqué la prise en charge des plaies sous un angle innovant : « ayez les bons réflexes pour le suivi des plaies chroniques, pansez autrement ».

Sa vision experte ouvre de nouvelles dimensions dans l'amélioration de la prise en soins des patients porteurs de plaie. En partant d'un cas concret, il nous a rappelé qu'on ne peut pas soigner sans une posture éducative. Cette posture n'est pas de donner au patient un cours de physiopathologie ni un exposé sur les bons et mauvais comportements. Par exemple : « Si vous ne mettez pas vos bandes de compression vous ne guérirez pas!!! ». Ce projet doit être construit avec le patient avec des objectifs réalisables, adaptés à son style de vie et à celui de son entourage. Il doit être évaluable à court, moyen et long terme.

Pour y parvenir, il est indispensable d'objectiver toutes les dimensions (biomédicale, cognitive, projective, psycho-affective, croyance) de son patient grâce au BEP (bilan éducatif partagé).

Ce bilan permet de prendre en compte les envies, les ressentis, les craintes, les attentes du patient et ainsi de trouver les leviers menant au changement.

L'infirmier se transforme en « coach de santé ».

Les mots clé sont l'écoute, l'échange, le dialogue, l'empathie et l'humilité.

L'infirmier intègre le soin dans une dimension holistique et réalise le pansement dans le cadre d'un véritable projet de santé ayant pour sujet central le Patient, qui redevient dès lors acteur de sa santé et de son bien vivre.

« On ne vit pas pour se soigner mais on se soigne pour vivre »
Cette démarche vise essentiellement l'amélioration de la qualité de vie des patients et redonne tout son sens au soin.

L'important, ça n'est pas ce qu'on veut, mais ce que le patient veut !



Pour information, le bilan éducatif partagé (BEP) effectué par l'IDEL lors de la prise en soins de plaie a été défendu lors des négociations conventionnelles en cours et pourra peut-être s'inscrire en tant que libellé à la NGAP « soins infirmiers » A suivre donc ...

**Matthieu Dworniczak
et Régis Ducatez**

Accident d'exposition au sang (AES)

L'URPS infirmiers Nord-Pas de Calais, en 2016, a effectué une enquête sur les accidents d'exposition au sang. Sur 6445 infirmiers sollicités, 853 questionnaires ont pu être exploités.

Ces résultats qui ont été restitués au Ministère de la Santé par Caroline Dewas, Vice présidente de l'URPS Infirmiers des Hauts de France, ont permis de prouver que nos pratiques respectent la réglementation dans 95 % des cas. L'enquête s'est révélée très importante lors de l'écriture du plan régional de santé 2 (PRS2) puisqu'elle a servi à démentir que les IDEL ne satisfaisaient pas à leurs obligations quant à l'élimination des OPCT (objets piquants, coupants et tranchants). Les données de l'enquête ont permis d'affirmer que 99,9 % des infirmiers libéraux utilisent un collecteur pour OPCT et que 60 % font appel à un prestataire de collecte pour leurs déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

Néanmoins, 2,3 % des infirmiers disent encore éliminer leur DASRI dans une poubelle.

L'enquête a révélé que 9 infirmiers sur 10 se disent concernés par le risque d'AES, mais que les précautions standard sont mal connues : 28,4 % des répondants disent faire saigner la plaie et seulement 30 % des infirmiers effectuent un trempage. 47,8 % disent ne jamais recapuchonner les aiguilles après utilisation.

En conclusion, il n'a pas été superflu de rappeler à chaque infirmier présent lors de ces journées, non seulement les précautions standard, mais aussi leurs obligations en matière d'élimination de leurs déchets d'activité de soins !

La restitution de cette enquête a permis aussi de revenir sur la question de l'accident de travail (AT) des professionnels libéraux et d'apporter des éléments informatifs essentiels pour leur protection assurantielle. En effet, beaucoup de professionnels n'ont pas souscrit auprès de leur caisse d'assurance maladie (CPAM) la dite « assurance volontaire AT -MP » et se pensent protégés. L'accident d'exposition au sang (AES) est à déclarer en AT et si la souscription volontaire de ce risque n'a pas été

réalisée, les frais médicaux inhérents par exemple à son AES seront entièrement à sa charge.

Suite à cette enquête qui a traduit une réelle méconnaissance en matière d'assurance et de conduite à tenir lors d'un AES, l'URPS infirmiers a offert à chaque participant une trousse « d'urgence AES » contenant les produits de premiers recours et une fiche de la conduite à tenir.



Trousse contenant
le matériel nécessaire en cas d'AES

Docteur Émilie Blond

Participer à la lutte contre la dénutrition à domicile.

L'intervention du docteur Blond, Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier, Université Claude Bernard Lyon I, Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Hospices Civils de Lyon a été vivement appréciée par les participants.

Répondre à la question "Comment participer à la lutte contre la dénutrition à domicile", tel était l'enjeu de cette intervention.

La dénutrition se définit comme une inadéquation persistante entre les besoins métaboliques et les apports alimentaires. Cette dénutrition peut être chronique ou aiguë, modérée ou sévère. Les causes sont multiples et regroupent à la fois :

- des causes endogènes telles que la malabsorption des aliments rencontrée au décours des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin, de diarrhées sévères, de pancréatites chroniques, de cirrhose ou de mucoviscidose à titre d'exemple ou encore lors d'exacerbation des besoins au décours des cancers, du SIDA, ou encore de situations d'hyperthyroïdie
- des causes exogènes par carences d'apports liées à l'environnement en particulier chez les SDF ou les personnes en institution ou par carences d'apports liées à des troubles du comportement alimentaire (TCA) ou à des anorexies secondaires en lien avec des pathologies, certains traitements ou le vieillissement
- des causes exogènes et endogènes alliant carence d'apports exogène et augmentation des besoins endogènes comme lors d'intervention chirurgicale par exemple

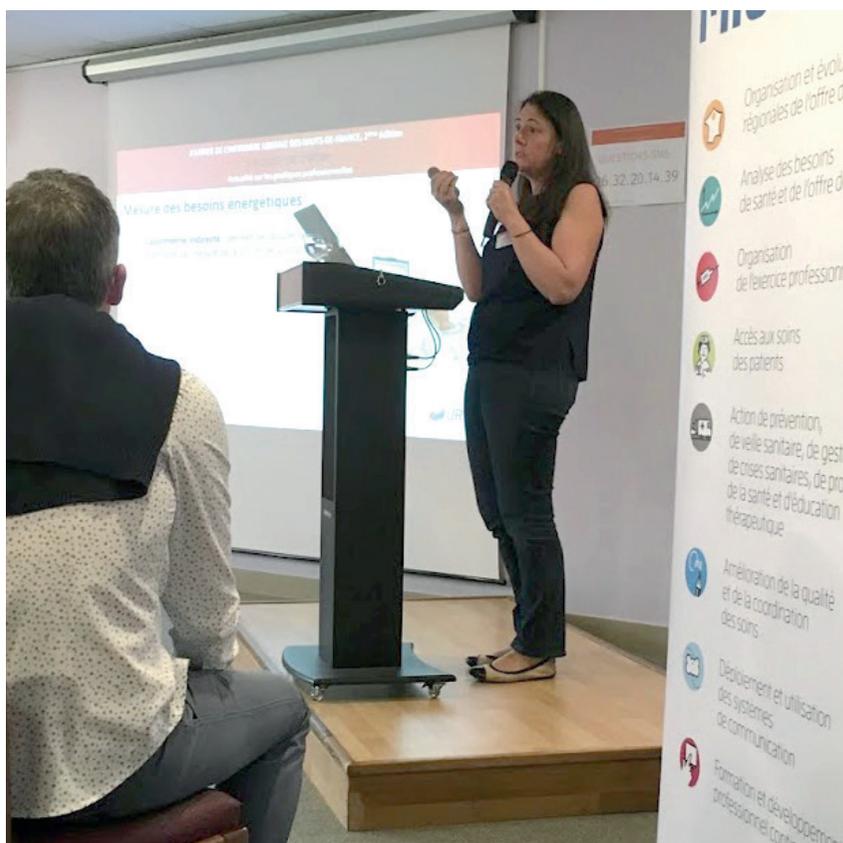
Les conséquences de la dénutrition sont graves et multiples. Les principaux organes touchés sont :

- la muqueuse digestive qui s'atrophie causant une malabsorption des aliments responsable d'une stagnation du bol alimentaire, d'un appel d'eau, et de diarrhées induites amplifiant le phénomène de malabsorption par érosion des microvillosités intestinales et perte des enzymes digestives présentes dans ces cryptes. Ces diarrhées induites majoreront alors l'inflammation et le risque d'infection par translocation bactérienne. La malabsorption induite par l'atrophie de la muqueuse intestinale s'accompagnera également d'une diminution des sécrétions biliaires et pancréatiques essentielles à la digestion des aliments majorant toujours plus le phénomène de malabsorption, diarrhées, inflammation et infection.
- le cœur entraînant une diminution du volume cardiaque responsable de bradycardie et d'hypotension accroissant le risque de chute, de dépendance et de réduction de la qualité de vie
- le cerveau avec des troubles anxio-gène-dépressifs et apparition d'irritabilité
- la peau avec une diminution de la cicatrisation, risques d'apparitions d'escarres et d'ulcères
- les poumons induisant une diminution de la fonction respiratoire majorant le risque de pneumonie
- la thermorégulation induisant une hypothermie.
- les défenses immunitaires ; la dénutrition étant l'une des premières causes d'immunodépression

Les conséquences ultimes sont la perte d'autonomie mais aussi une augmentation du coût de la prise en charge, une augmentation de la durée des pathologies et bien sûr une augmentation de la mortalité. Cette problématique est résumée dans la spirale de la dénutrition définie par le docteur Monique Ferry qui illustre bien que chaque événement (amaigrissement, hypoalbuminémie, risques iatrogènes majorés, déficits immunitaires, récurrence des infections, perte de mobilité, escarres, troubles psychiques) au décours de la vie du patient dénutri augmente toujours un peu plus sa morbi-mortalité.

D'après les dernières estimations, on recenserait 2 millions de dénutris en France. La dénutrition touche ainsi les personnes âgées (4 à 10 %), les patients hospitalisés (20 à 60 %) jeunes ou plus âgés d'autant plus si ces derniers sont atteints de pathologie lourde comme le cancer par exemple. Ainsi pour un même cancer, un patient dénutri présente plus de risque de décès qu'un patient non dénutri ; la dénutrition serait responsable de 5 à 25% des décès de patients cancéreux.

Pour la dépister, un outil simple: la pesée et le suivi du poids des patients. Il est ainsi essentiel de peser régulièrement nos patients pour dépister toute perte de poids et estimer la durée



de cette perte de poids. À l'heure actuelle, le poids figure encore trop peu voire pas du tout dans les dossiers médicaux.

Autres outils d'évaluation : la mesure de l'indice de masse corporelle (poids/(taille * taille)), la mesure de l'albuminémie, les scores obtenus aux questionnaires nutritionnels (MNA, MUST, NRS)

Ainsi un patient présentant une perte de poids de plus de 5% en 1 mois ou 10 % en 6 mois est donc à risque de dénutrition. Idem pour les patients de moins de 70 ans présentant un IMC < 18.5kg/m² ou pour les patients de plus de 70 ans présentant un IMC < 21kg/m², une albuminémie < 35g/L sans inflammation associée, un score au MNA < 17 pour les personnes de plus de 70 ans

Ne pas oublier que la perte de poids peut être volontaire et nécessite une stratégie de prise en charge différente des pertes de poids en lien avec une anorexie secondaire, que la perte de poids peut parfois être liée à une déshydratation ou masquée par un œdème.

Les signes d'alerte d'un risque de dénutrition sont à repérer et comprennent la démence, la dépression, le veuvage, la dépendance, les troubles de la déglutition, une mauvaise dentition, la polymédication, les régimes restrictifs, la perte d'appétit liée à l'âge. Il est également important pour l'infirmière de pouvoir évaluer les quantités alimentaires quotidiennement consommées. Le patient peut suivre les recommandations nutritionnelles mais consommer des rations en deçà de ses besoins, très petites voire insuffisantes.

La prise en charge de la dénutrition est donc à la fois fonction de l'état nutritionnel du patient et fonction du ratio ingesta versus besoins. Elle reposera sur l'enrichissement de la ration alimentaire, la prescription de compléments nutritionnels oraux voire le recours à la nutrition artificielle (nutrition entérale ou parentérale). Cette prise en charge répond à un logigramme bien établi.

Autre aspect de la dénutrition à ne pas négliger:

- La dénutrition péri-opératoire qui représente un risque non négligeable notamment chez la personne dénutrie âgée ou atteinte d'un cancer. Afin de prévenir les complications post-opératoires tout patient dénutri ayant à subir une chirurgie présentant un risque élevé de mortalité devrait se voir proposer une diminution du jeûne pré et post-opératoire et une période de renutrition 7 à 10 jours avant son opération.
- La dénutrition du patient obèse sarcopénique qui après de multiples régimes, peut avoir perdu trop de masse musculaire et présenter malgré un IMC élevé une dénutrition

La dénutrition est donc une réalité de terrain qui touche 2 millions de personnes en France. La dépister est une nécessité pour pouvoir la combattre et éviter de multiples hospitalisations. Elle touche certes le sujet âgé plutôt institutionnalisé ou hospitalisé mais parfois également le sujet jeune et les patients obèses.

Il est indispensable de réaliser régulièrement un bilan sanguin pour les personnes à risque avec une albuminémie, d'avoir un Dossier de soins établissant les scores et traçant les constantes sans oublier une pesée régulière.

Docteurs Daniel Dreuil, Marc Bayen,
Michel Cunin et Nicole Bertin

Insuffisance cardiaque



Suite aux travaux sur le parcours de l'insuffisant cardiaque effectués avec le centre hospitalier universitaire de Lille nous avons reçu à Chamouille le docteur Dreuil, médecin santé publique & médecine gériatrique, délégué au lien ville-hôpital du CHRU de Lille et madame Bertin, IDE coordonnatrice de l'Unité transversale d'ETP - CHRU de Lille et à Arras les docteurs Michel Cunin et Marc Bayen pour venir exposer les résultats de ce travail auquel l'URPS infirmiers a pris part depuis plusieurs années

Les points critiques et les risques de rupture dans le parcours ont été identifiés. Après un bref rappel des phases de l'expérimentation, nous avons pu découvrir les préconisations formalisées qui visent :

- à sécuriser le parcours du patient autour des points critiques,
- à développer des liaisons interprofessionnelles,
- à réussir la sortie du patient d'un établissement de santé,
- à renforcer l'efficacité et la sécurité de la dispensation des médicaments,
- à définir un cadre annuel de suivi de l'insuffisant cardiaque,
- à renforcer le suivi de proximité à domicile notamment par le suivi infirmier,
- à mieux annoncer et accompagner le patient,
- à proposer à tous les patients une information et une éducation thérapeutique,
- à faciliter une ré-autonomisation de tous les patients atteints d'insuffisance cardiaque.

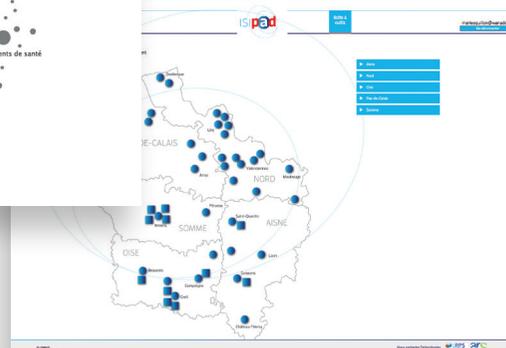
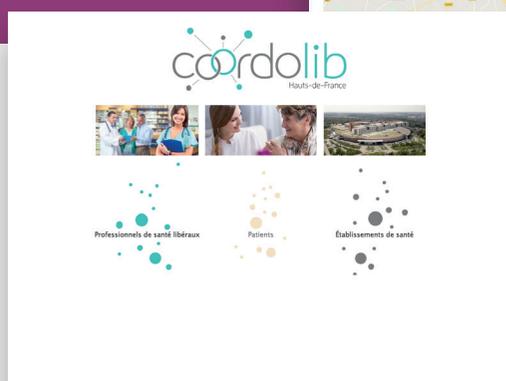
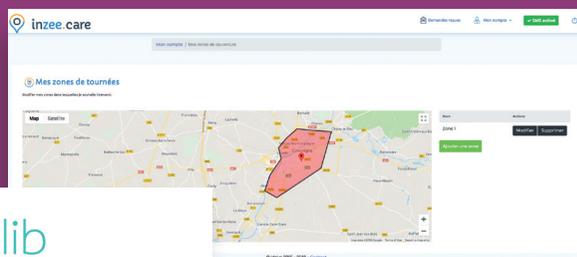
Ce travail a permis au groupe de travail de répondre à un appel à projet national en juillet 2018. Ce projet a été retenu pour le parcours de l'insuffisant cardiaque et du diabétique, l'URPS infirmiers est impliquée. Nous ne manquerons pas de vous informer de la suite qui en sera donnée.

Marie-Odile Guillon, Franck Perez

Retour sur les grands chantiers mis en place par l'URPS infirmiers Hauts-de-France

La plateforme Inzee.care : de nombreux infirmiers libéraux présents sont déjà inscrits (près de 20 % des infirmiers dans les Hauts-de-France). L'objectif de cette plateforme est de répondre à la problématique des établissements : « trouver une infirmière pour assurer la continuité de prise en charge dans le parcours du patient lors du retour à domicile ». Les infirmiers libéraux doivent s'organiser pour faire face aux structures (SSIAD, HAD) ou prestataires qui, eux, sont bien identifiés par les établissements. La plateforme est ouverte à tous les infirmiers libéraux, ceux-ci doivent simplement créer un compte sur : <https://hdf.inzee.care/>. Les premières sorties ont déjà débuté notamment avec la clinique Pauchet à Amiens et Eollis à Phalempin.

La plateforme Coordolib-hdf.fr : elle permet aux infirmiers d'accéder à des informations spécifiques sur différentes pathologies, à des fiches pratiques, et à des rappels de bonnes pratiques.



Le dispositif isipad-hdf.fr

Il recense les protocoles de suivi suite à des interventions effectuées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire au sein d'établissements de soins partenaires et conventionnés.

Caroline Dewas

Le nouvel article inscrit à la nomenclature : le 5ter

Paru au JO le 27 juin 2017, cet acte est une première reconnaissance du rôle propre infirmier.

Il est libellé « 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 ». Cette séance hebdomadaire comporte l'éducation du patient, voire de son entourage, la vérification de la bonne observance thérapeutique, la surveillance des effets des traitements, le relevé des constantes et la participation au dépistage et au repérage des complications éventuelles de la maladie.

La traçabilité des actes infirmiers et des données cliniques et paracliniques de surveillance est réalisée sur le dossier de soins du patient. La prescription est hospitalière mais le médecin traitant ou le cardiologue de ville peuvent l'établir dans les sept jours suivant le retour d'hospitalisation. Le nombre maximum de séances est de 15 qui seront effectuées de façon hebdomadaire dans les deux mois après l'hospitalisation, la durée de prise en charge maximum est de six mois. La cotation retenue est AMI 5,8 soit 18,27 euros par séance. Cet article 5ter se substitue à la clé expérimentale RAD du suivi PRADO insuffisance cardiaque. La cotation en AMI 5,8 est conditionnée à une formation spécifique. Ce DPC validant comporte une session de quatre heures en e-learning et une formation d'une journée en présentiel qui porte sur l'étude de cas cliniques.

**Docteur Karine Blanckaert,
Sylvaine Waes, Annie Brenet**

Prévention des infections lors de soins sur Picc Line

Le CPIas, centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins représenté Karine BLANCKAERT, médecin hygiéniste responsable du CPIAS (Arras) Sylvaine WAES, Infirmière hygiéniste du CPIAS (Arras et Chamouille) Annie BRENET, cadre de santé au CPIAS (Chamouille), est intervenu pour nous parler du Picc-line et de sa surveillance: le picc line est un cathéter central à insertion périphérique. Il existe deux types de PICC, le MIDline cathéter et le PICC Cathéter.

On les différencie par la longueur du cathéter, le Midline correspond à un cathéter veineux périphérique long, une inscription précise le type de cathéter sur l'embout.

Ces dispositifs présentent de nombreux avantages notamment un moindre risque hémorragique, une absence de risque de pneumothorax, un meilleur confort pour le patient. De plus, son utilisation à domicile permet une réduction des durées de séjour en établissement de soins. Les complications liées au picc sont rares. On évoque un risque de thrombose veineuse profonde et /ou superficielle, de rares infections et quelques

complications mécaniques comme une obstruction lorsque le picc est mal positionné, ou lorsqu'il y a déplacement ou retrait accidentel.

Les règles d'hygiène sont celles de tout cathéter central, les soins doivent être stériles, la réfection du pansement est prescrite en général tous les 8 jours.

Petite mise en garde: le picc line ne peut être enlevé par un infirmier que sur prescription médicale écrite et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment lors de la procédure. (Décret 2004-802 du 19 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier)

Rappels sur la traçabilité: chaque patient détenteur d'un PICC doit avoir en sa possession un carnet de surveillance qui stipule les conditions de pause et le type de PICC posé. Sur ce carnet l'infirmière tracera les soins effectués, la surveillance générale, la température, la surveillance locale (signes inflammatoires, écoulement, douleur) et l'intégrité du pansement.



Docteur Mihaela Muresan, Docteur Jean-Michel Marcelli, Isabelle Beaudoin

Les nouveaux dispositifs de surveillance du patient diabétique

Les nouveaux dispositifs de surveillance du patient diabétique avec les interventions de Jean-Michel Marcelli, diabétologue au pôle prévention et éducation du patient diabétique au Centre Hospitalier de Laon, Isabelle Beaudoin, infirmière

au pôle prévention du Centre Hospitalier de Laon, Mihaela Muresan, endocrinologue diabétologue au Centre Hospitalier de Maubeuge.

L'hémoglobine glyquée est actuellement le marqueur le plus utilisé pour l'évaluation de l'équilibre du diabète. Toutefois, cette mesure ne renseigne pas sur les variations du glucose dans la journée ni sur les hypoglycémies symptomatiques ou silencieuses, et est de facto insuffisante pour surveiller globalement un patient diabétique.

Il est donc important de pouvoir effectuer des mesures à tout moment de la journée. Un nouveau dispositif médical existe aujourd'hui: le freestyle.

Vous pouvez retrouver sur coordolib toutes les informations sur ce nouveau dispositif.





JOURNÉE DE L'INFIRMIÈRE LIBÉRALE DES HAUTS-DE-FRANCE - TROISIÈME ÉDITION

L'infirmière libérale, maillon essentiel pour le développement de la chirurgie ambulatoire dans les Hauts-de-France ?

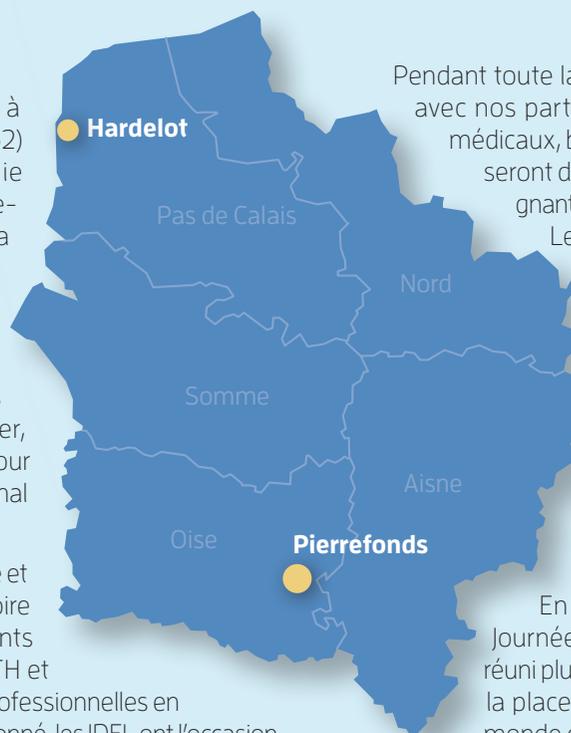
La journée de l'IDEL

En 2019, nous nous réunirons à **Pierrefonds** (60) et à **Hardelot** (62) autour du thème de la Chirurgie Ambulatoire en présence d'intervenants renommés et experts. Ce sera l'occasion de nous interroger collectivement sur le développement de la chirurgie ambulatoire dans les Hauts-de-France mais aussi sur la place de l'IDEL dans le parcours de soins du patient pour sécuriser, coordonner, accompagner son retour à domicile et assurer un suivi optimal et de qualité sur son lieu de vie.

En approfondissant la connaissance et l'évolution de la chirurgie ambulatoire en particulier sur les actes innovants comme la mastectomie ou les PTH et PTG, en actualisant ses pratiques professionnelles en matière de nutrition et de suivi coordonné, les IDEL ont l'occasion de se positionner en maillon essentiel pour le développement de la chirurgie ambulatoire dans les Hauts-de-France.

Sans oublier les communications habituelles sur diverses thématiques portées par l'URPS Infirmiers (e-outils et plateformes destinées aux IDEL) qui vous seront déclinées.

Comme les années précédentes, seront renouvelés les temps en ateliers pour faciliter les échanges sur le sujet d'actualité des nouveaux modes de rémunération au forfait, à l'acte ou à l'épisode de soins ainsi que sur la prévention active des complications péri opératoires.



Pendant toute la journée, un espace vous est dédié avec nos partenaires (laboratoires de dispositifs médicaux, banques, mutuelles ...). Les sessions y seront discutées, certains des orateurs se joignant à nous pour répondre à nos questions. Les temps d'échanges seront ponctués par des moments de convivialité aux tonalités multiples.

A la suite de cette journée, les établissements de santé de la région seront conviés à une présentation d'Inzee.care. Les IDEL des territoires pourront exposer et discuter des axes de travail collaboratif en vue de l'optimisation des parcours patients.

En 2018, à Chamouille et à Arras, la Journée Régionale de l'Infirmière Libérale a réuni plus de 200 infirmiers libéraux montrant la place centrale de cet événement dans le monde des soins infirmiers.

En 2019, soyons encore plus nombreux à Pierrefonds le 4 avril ou à Hardelot le 16 mai, pour nous rencontrer, échanger, sûrement débattre, et contribuer à la vie de notre discipline et de son mode d'exercice (pré inscription ouverte sur le site de l'URPS infirmiers).

Inscrivez-vous sur le site de l'URPS infirmiers : <http://www.urps-infirmiers-hdf.fr/journee-scientifique-inscription.html>

Cordialement vôtre.
Vos élus URPS infirmiers des Hauts de France



Guichet Unique

Le guichet unique pourra accompagner le professionnel tout au long de sa carrière jusqu'à sa retraite.

Le guichet unique est né dans l'Aisne en 2014. Il sera généralisé avant fin 2018 dans toute la région des Hauts-de-France. Dans l'Oise, un guichet unique est opérationnel depuis mars 2018 et assure des permanences les 2^e et 4^e jeudis de chaque mois.

Dans un premier temps, le cahier des charges prévoit d'aider les médecins et les infirmiers libéraux et de faciliter le moment de l'installation avant une extension à tous les professionnels de santé libéraux.

Le guichet unique répond à la problématique soulevée dans le plan d'accès aux soins puisque la région Hauts-de-France rencontre un déficit de professionnels sur certains territoires. L'objectif est d'attirer des professionnels de santé dans les zones déficitaires en facilitant les démarches lors de l'installation.

Pour obtenir des renseignements ou une aide sur un projet d'installation, vous pouvez prendre rendez-vous :

- sur le site internet dédié : <http://www.jeminstalloliberal.fr>
- par téléphone au 03 23 22 45 95
- par mail ARS-NPDCP-GUICHET-UNIQUE02@ars.sante.fr

Le guichet unique en quelques chiffres

Depuis 2014 pour le département de l'Aisne, 175 professionnels de santé ont été rencontrés dont 58 médecins et 117 infirmiers.

- En 2017, 18 permanences ont été organisées débouchant sur 54 installations d'infirmiers et 32 installations de médecins
- Au 1^{er} semestre 2018, 25 rendez-vous ont été assurés dont 19 infirmiers et 6 médecins

De mars à juin 2018 pour le département de l'Oise, 5 permanences ont été programmées pour 25 rendez-vous et 2 projets d'installation

Événements indésirables

Via son site internet ou par mail, l'URPS Infirmiers reçoit de plus en plus de remontées d'infirmiers libéraux rencontrant des difficultés de coordination avec l'HAD ou avec des prestataires de santé à domicile (PSAD) suite à des demandes de prise en charge de cathéters périmerveux notamment.

Nous nous chargeons d'analyser ces événements puis de rencontrer ou contacter les structures concernées si nécessaire. Dans un second temps, nous informons l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Ordre infirmier.

En tant que professionnels de santé, il est de notre devoir de signaler tout dysfonctionnement constaté lors de notre exercice (infections avec des fils résorbables, sorties mal organisées,

erreurs médicamenteuses...) sur le portail national de déclaration des événements indésirables graves.

Nous sommes en première ligne pour identifier, recueillir et prévenir ces événements sanitaires indésirables. Leur signalement est essentiel pour faire régresser les risques liés aux soins et assurer la sécurité des patients.

Depuis la publication du décret du 25 novembre 2016, les professionnels de santé doivent déclarer tout événement indésirable grave associé aux soins à l'aide du formulaire électronique accessible sur le portail des signalements : signalement-sante.gouv.fr ou à l'ARS : ars-hdf-signal@ars.sante.fr

Tout signalement est traité puis adressé à la Haute Autorité de Santé (HAS) sous forme anonyme.

La 1^{re} Messagerie Sécurisée en Santé des Hauts de France



 + de **9 140** utilisateurs actifs**

 + de **12 millions** de messages échangés en 1 an**



Interopérable avec l'espace de confiance MSSanté
(en version beta*)



Coordination des soins
Annuaire fiable



Gain de temps
au profit du patient



Assistance technique
gratuite et efficace



Applications
de mobilité

* La version 2 «bêta» d'APICRYPT est ouverte aux retours des utilisateurs qui souhaitent pouvoir communiquer au sein de l'espace de confiance MSSanté. Ils participeront ainsi à l'amélioration du système et pourront bénéficier d'une assistance rapprochée.

** Chiffres APICRYPT Hauts de France août 2018.

ASSISTANCE TECHNIQUE :

Du lundi au vendredi,
de 8h à 19h sans interruption
et le samedi de 9h à 12h.
(hors jours fériés)

APICEM SARL

3 route de Bergues
CS 20 007
F - 59 412
Coudekerque cedex 2

 **+33 (0) 3 28 63 00 65**

www.apicrypt.org



APICRYPT®
est labellisée



Découvrez nos applications
pour tablettes et smartphones :

