

n°51

Mai
2015

Transmissions

Le magazine de la Direction des Soins
et des Activités Paramédicales



ÉLECTIONS 2015

**RENOUVELLEMENT
DES COMMISSIONS DES SOINS**

Sommaire

Édito

Françoise Zantman
Directrice de la DSAP 3

Articles & interviews

I - Dossier

Élections des commissions des soins 4-5

- Un lieu où porter les valeurs soignantes 4
- «Allier l'expertise profane du patient à celle des soignants» 4
- Un collectif de professionnels engagés sur des sujets comme la bientraitance et l'évaluation par compétences 5
- «Dans les prises de parole des paramédicaux, le patient est au cœur de leurs pratiques et guide souvent leurs réactions ou questionnements» 5

II - Recherche paramédicale 6

- Pertinence et charge en soins en fin de vie
« Que pourrait-on faire de moins ? Que devrait-on faire de plus » 6

III - Zoom 7-8

- Évaluation de la tenue du dossier de soins 7
- Les rencontres paramédicales de Necker-Enfants malades 7
- L'enquête de prévalence escarres acquises dans les unités de soins de l'AP-HP 8

IV - CCSIRMT 9

- Les urgences 9
- La lutte contre les BMR, en progrès 9

V - Actualités 10

- Nouvelles compétences exclusives pour les infirmiers de bloc 10
- Point sur le VAE pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire 10
- Conférences stratégiques et budgétaires 2015 11
- Développement professionnel continu : 52 programmes enregistrés en 2014 11
- Formation en soins infirmiers : le nouveau portfolio de l'étudiant 11

Calendrier des événements 12

“ Nous comptons sur vous pour faire vivre ce magazine. ”

Édito

Françoise Zantman,
Directrice de la Direction des Soins
et des Activités Paramédicales



Notre revue *Transmissions* - je dis « notre », car elle ambitionne d'être celle de l'ensemble des paramédicaux de l'AP-HP - est en cours d'évolution, que ce soit sur le fond comme sur la forme.

En effet, depuis sa naissance en décembre 1994, chaque numéro traitait d'un thème unique en lien avec l'actualité de l'AP-HP, les pratiques professionnelles ou la politique de santé. Chaque numéro était à la fois porteur d'informations à l'attention des paramédicaux et une mise en valeur de pratiques innovantes et exemplaires de paramédicaux ou d'équipes paramédicales de l'institution.

Les prochains numéros comporteront 6 rubriques :

La première rubrique, que nous avons nommée « Dossier », traitera d'un sujet de fond important pour les paramédicaux et notre institution.

La seconde « Recherche paramédicale » présentera des sujets portés par nos collègues chercheurs. Dans le contexte actuel de l'évolution des pratiques, nous nous devons d'inscrire cette thématique dans *Transmissions*.

La troisième rubrique « Zoom » mettra en lumière un ou deux sujets tels que des expériences ou thèmes présentés lors des journées organisées par la DSAP, des travaux réalisés au sein des groupes hospitaliers (GH).

La quatrième rubrique « CCSIRMT » abordera de façon synthétique certaines présentations faites au cours des réunions de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT) dont les détails pourront vous être communiqués par vos représentants à cette commission.

La cinquième rubrique « Actualités » portera sur les nouveautés dans les domaines de la réglementation, la formation, la vie institutionnelle.

La sixième et dernière rubrique « Agenda » vous informera sur le calendrier des différentes manifestations, les formations organisées par la DSAP du siège, les DSAP de GH et d'autres instances ou directions qui peuvent avoir un intérêt pour les paramédicaux.

Nous comptons sur vous pour faire vivre ce magazine et nous communiquer vos remarques afin qu'il réponde encore mieux à vos attentes.

Ce numéro 51 inaugure cette nouvelle présentation.

Je ne peux terminer mon édito sans faire référence au dossier de ce numéro qui traite des élections pour les CLSIRMT et vous rappeler l'importance de l'échéance du 11 juin 2015 puisque vous allez pouvoir voter pour vos candidats aux CLSIRMT.

Dossier Elections des commissions des soins



Un lieu où porter les valeurs soignantes

Martine Massiani CGS – Directrice adjointe à la DSAP

L'ensemble des 50 000 paramédicaux de l'AP-HP va voter pour élire leurs représentants au sein des seize commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CLSIRMT) de l'AP-HP. Ce vote, exclusivement par correspondance, se terminera le 11 juin à minuit.

Cette commission est une instance importante d'information et d'échanges ainsi que de prise de position au regard des avis qu'elle doit rendre sur les sujets suivants : le projet de soins paramédical, l'organisation générale des soins, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ; les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ; la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et la politique de développement professionnel continu.

Certains paramédicaux ont le sentiment que la CLSIRMT est uniquement une instance rendue obligatoire par la loi et qui assure un rôle administratif. Dans le numéro 50 de *Transmissions* les témoignages de vos pairs, qui siègent actuellement dans les CLSIRMT et à la commission centrale (CCSIRMT) ont exprimé un sentiment tout autre, à savoir que la commission des soins est un lieu où les paramédicaux peuvent s'exprimer, donner leurs avis, porter les valeurs soignantes. Cela est possible si les professionnels élus représentent réellement un nombre de professionnels important et s'ils se font le relais des pairs qui ont voté pour eux.

Pour éclairer différemment sur le rôle de cette commission, nous donnons la parole ici à la fois à deux présidents de CLSIRMT et à un membre invité permanent à la CC-SIRMT : Mme Anne Badoux, représentante des usagers. Nous comptons sur vous : votez !

« Allier l'expertise profane du patient à celle des soignants. »

Patrick Delamare, président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des Hôpitaux universitaires Est Parisien

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est, depuis 1992, l'instance « soignante » représentative des professionnels de santé paramédicaux. Elle est à l'image de ce qu'est la commission médicale d'établissement (CME) pour le corps médical.

La commission des soins est par ailleurs, le fruit d'une lente évolution amenée tout d'abord par les professionnels infirmiers qui réclamaient à la fin des années 80, le droit à l'expression et d'être représentés dans le « concert » des instances hospitalières. En 2002, celle-ci s'ouvrit aux autres filières paramédicales par le biais du décret d'avril 2002 portant statut des directeurs des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Au sein des Hôpitaux universitaires Est Parisien, la commission des soins fonctionne avant toute chose, comme un espace d'échanges et de partage entre les professionnels de santé élus au sein des trois collèges professionnels réglementaires. Les ordres du jour sont choisis et validés par un bureau sur les thématiques réglementaires, mais surtout, sur les travaux réalisés

au regard de pratiques professionnelles paramédicales, au suivi du projet de soins, à la recherche paramédicale et plus globalement, aux travaux valorisant les équipes et les professionnels de santé du groupe hospitalier (GH). La particularité de la CLSIRMT du GH est l'ouverture depuis quatre ans de la commission aux représentants des usagers. Il y a quatre ans, j'avais imaginé que la présence des usagers ou de leurs représentants à la CLSIRMT était une nécessité. Aujourd'hui, la commission ne saurait remettre en cause cette initiative rare. L'intérêt d'allier l'expertise profane du patient ou de son représentant à celle des soignants est réel et bénéfique à plusieurs titres :

- mieux appréhender la prise en charge des malades et améliorer la qualité des prestations de soins ;
- faire évoluer les pratiques paramédicales ;
- entretenir l'efficacité et le dynamisme de la commission ;
- créer du lien et donner du sens ;
- s'enrichir du regard croisé du représentant de l'utilisateur et de celui du soignant.

La mandature qui s'achève de la CLSIRMT du groupe hospitalier est un franc succès reconnu de tous ses membres. La mandature à venir sera organisée dans cette même configuration et dans le même esprit.

Un collectif de professionnels engagés sur des sujets comme la bientraitance et l'évaluation par compétences...

Sylvie Debray, présidente de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des Hôpitaux universitaires Henri-Mondor

La commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des Hôpitaux universitaires Henri-Mondor a mis en évidence le sens des responsabilités et l'engagement des professionnels élus, représentant leur collègue pour l'ensemble du groupe hospitalier.

En 2013, des groupes projets ont été initiés et organisés en sous-commissions. Ils ont travaillé sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance, le choix d'un chariot à médicaments informatisé, l'évaluation des personnels paramédicaux par compétence, l'identification des potentiels des « faisant fonction » de cadres et l'accompagnement de leur parcours d'apprentissage de la fonction et enfin, l'organisation d'une journée d'échanges de pratiques professionnelles au profit des aides-soignants. Chaque groupe projet a été piloté par un directeur des soins. La CLSIRMT, quant à elle, a joué le rôle de comité de pilotage en validant en séance plénière les orientations et axes de travail de chacun des groupes projets.

Trois d'entre eux sont, à ce jour, finalisés ou en cours de déploiement : le chariot à médicaments informatisé, la bientraitance et la prévention de la maltraitance

« Dans les prises de parole des paramédicaux, le patient est au cœur de leurs pratiques et guide souvent leurs réactions ou questionnements »

Anne Badoux, présidente de l'UFCS Famille rurale d'Île-de-France et représentante des usagers

« Membre invité, depuis 4 ans, à la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques (CCSIRMT), j'ai quasiment assisté à toutes les réunions. J'ai pu mesurer la réalité du contexte

et l'évaluation par compétence des paramédicaux.

- Le groupe sur les chariots à médicaments a permis de choisir un matériel ergonomique répondant aux exigences relatives à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.
- Les membres du groupe sur la bientraitance ont élaboré une charte de la bientraitance à visée paramédicale qui fera partie intégrante des réflexions engagées dans les comités éthiques locaux.
- Le dernier travail abouti relève de la qualité des pratiques professionnelles paramédicales conception/formalisation d'un support d'évaluation par compétences pour les IDE. À ce jour, il s'est étendu aux préparateurs en pharmacie hospitalière, aux aides-soignants, aux manipulateurs en électroradiologie, aux personnels médico-techniques et bientôt aux cadres.

À travers ces exemples, les membres de la CLSIRMT ont prouvé l'importance et la force d'un collectif de professionnels élus, le respect des engagements qui ont motivé leur candidature à la commission des soins et surtout la mobilisation et le partage autour de valeurs communes qui font de cette sensibilité soignante un atout incontournable au service de cette instance.

Aujourd'hui, certains membres se questionnent sur le renouvellement ou non de leur candidature afin de « laisser à d'autres professionnels la chance d'être membre de la CLSIRMT ». CQFD

de soins à l'AP-HP ainsi que les actions mises en œuvre dans les domaines de la qualité et de la sécurité des soins. Cette commission est un lieu d'échange libre entre les paramédicaux et les intervenants qui viennent présenter des sujets en lien avec l'actualité de l'AP-HP, dans les domaines de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins. J'ai constaté dans les prises de position des paramédicaux que le patient est au cœur de leurs pratiques et guide souvent leurs réactions ou questionnements. J'ai porté au sein de cette commission la parole des usagers et parfois interpellé les professionnels. De façon générale, j'ai essayé de reporter les sujets qui y ont été abordés, traités et votés à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des Hôpitaux universitaires Paris Centre et du Groupe de travail des représentants des usagers (GTRU) central. C'est avec plaisir que je présenterai ma candidature lors du renouvellement de la CCSIRMT. En attendant, il est important que les paramédicaux, qui sont les professionnels les plus proches des patients, votent afin que les nouveaux élus aient toute la légitimité de porter la parole de tous les paramédicaux, et au-delà, celle des patients. »



Recherche paramédicale

Pertinence et charge en soins en fin de vie « Que pourrait-on faire de moins ? Que devrait-on faire de plus »

Laurence Fontaine, infirmière d'équipe mobile de soins palliatifs, nous livre les résultats de la recherche qu'elle a menée sur le pertinence des soins en fin de vie à l'hôpital et le temps dévolu aux soins de confort. Celle-ci a été financée dans le cadre du Programme hospitalier de recherche infirmière 2010.

La loi promeut des soins réfléchis et adaptés aux besoins et au confort du patient en fin de vie¹. Dans ce contexte, les soignants rapportent un manque de disponibilité et déplorent la priorité donnée à des actes de pertinence discutable. Le contexte économique et l'arsenal thérapeutique croissant encouragent cette réflexion sur la pertinence, facilitée par l'existence des recommandations de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes^{2,3}. C'est ainsi que Laurence Fontaine, infirmière d'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), avait répondu à l'appel à projets du Programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) 2010. Cette étude, financée par le PHRI 2010, visait à évaluer la pertinence des soins réalisés en fin de vie à l'hôpital et le temps dévolu aux soins de confort.

L'étude réalisée dans 6 hôpitaux se fonde sur la relecture de 193 dossiers de patients durant les 72 heures précédant leur décès. Nous avons constitué des tables rondes et mené des discussions pluriprofessionnelles mêlant une équipe experte en soins palliatifs et une équipe référente dans les différents services ayant suivi ces patients. Nous avons discuté pour chaque cas, en fonction de son contexte, la pertinence des actes et soins qui avaient été pratiqués, ainsi que des prescriptions médicales. L'ensemble des actes ou soins paraissant adaptés aux symptômes et aux besoins du patients mais non réalisés, que nous avons listés au cours des discussions, a été chronométré.



Ces données ont ensuite été traitées pour dégager des temps généraux.

L'étude a montré la nécessité d'améliorer la prise en charge en fin de vie : seuls 11 % des patients étaient asymptomatiques ; 65 % des dossiers mettaient en évidence la présence d'au moins trois symptômes (douleur, angoisse et anxiété, encombrement, dyspnée...).

Lors des discussions avec les services, 186/275 lignes de traitement recueillies par l'EMSP (68 %) et 556/876 actes (63 %) sont retenus comme non pertinents : suppression ou modification d'administration de médicament, changement d'une surveillance, soit au total, -107 heures de temps soignant évalué.

Il a été proposé d'introduire 60 médicaments (90 % d'accueil favorable) et 1 672 actes (488 évaluations de la douleur, 469 soins de bouche, 239 fréquences respiratoires), évalués à + 101 heures de temps soignant.

Au total, il n'y a pas de différence significative entre le temps consacré aux actes jugés non pertinents et à l'ajout de soins de confort. Une prise en charge raisonnée, soucieuse du confort des patients, ne nécessiterait donc pas d'investissement supplémentaire en temps soignant.

La valorisation de discussions pluridisciplinaires autour d'un projet commun d'accompagnement pourrait faire évoluer les soins et améliorer le confort en fin de vie.

(1) Loi dite Léonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

(2) Charte soins palliatifs et accompagnement, SFASP.

(3) Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Recommandation de la SRLF 2009.



Évaluation de la tenue du dossier de soins

Richard Agnetti, cadre supérieur paramédical diététicien, direction des soins et des activités paramédicales Siège AP-HP

La DSAP pilote l'évaluation annuelle de la tenue du dossier de soins. Pour la campagne de 2014, près de 5 700 dossiers ont été passés au crible pour l'ensemble de l'AP-HP.

L'évaluation de la tenue du dossier de soins, coordonnée par la DSAP de l'AP-HP et mise en œuvre au niveau des GH par les cadres experts, porte sur les éléments de traçabilité de la prise en charge réalisée par les paramédicaux (infirmiers, aides-soignants et rééducateurs) en lien avec les trois temps fort du parcours de soins : l'admission, le séjour et la sortie du patient. 5 670 dossiers ont été évalués du 6 janvier au 31 juin 2014. Nous ne citerons ici que quelques éléments de traçabilité choisis pour lesquels les professionnels seront amenés à s'améliorer :

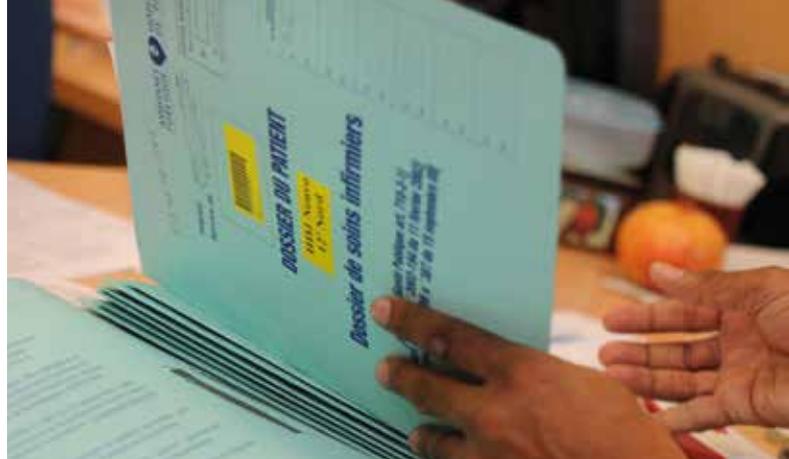
- **Problèmes de santé et/ou cibles et/ou diagnostic :** il est attendu de retrouver les données et les résultats en lien avec le problème posé.
- **Information donnée au patient/entourage :** il est important de tracer l'information que chaque professionnel donne, c'est un attendu réglementaire et une attente forte de la part des usagers.

Les rencontres paramédicales de Necker-Enfants malades

Fabienne Marion, coordonnatrice générale des soins du GH Necker-Enfants malades.

Plus d'une centaine de personnes ont participé aux deuxièmes rencontres paramédicales de Necker-Enfants malades le 31 mars 2015. Elles ont pour objectifs de favoriser les échanges et de promouvoir des actions concrètes autour d'un thème défini : « Pratiques innovantes et recherche paramédicale : partage d'expériences ». Cette année, la thématique retenue fait écho à un des axes du projet stratégique de l'AP-HP 2015-2019 et du projet de soins : la recherche paramédicale et l'innovation. La journée s'est articulée autour de présentations mettant en exergue l'interrogation des paramédicaux sur leurs pratiques et leur volonté de les faire évoluer au bénéfice du patient.

Qu'ils soient infirmiers, infirmiers spécialisés, manipulateurs en électroradiologie, préparateurs en pharmacie, psychomotriciennes, diététiciennes ou



• **Identification du motif en cas de non-administration d'un médicament :** il y a là une vraie marge d'amélioration, en effet la moyenne de l'AP-HP en fonction du type de prise en charge varie entre 20 et 49 % de conformité. En 2016, l'évaluation de la tenue du dossier du patient en MCO (TDP MCO) introduira un critère composite « Administration du médicament » qui pour être validé, devra avoir une réponse à toutes les questions constitutives de ce critère, dont celle portant sur le motif de non-administration. Si les pratiques des professionnels ne s'améliorent pas sur ce point, nous connaissons une chute des résultats.

• **Synthèse infirmière retrouvée, conforme et tracée :** les attendus institutionnels concernant la sortie du patient sont importants. En effet, pour la pratique infirmière sont attendus le résumé de soins infirmiers (RSI) et les modalités de suivi.

Pour en savoir plus sur les résultats de votre GH ou votre site, prenez contact avec votre direction des soins et notamment avec les cadres experts en charge de cette évaluation. Vous pouvez également consulter le rapport global sur le site intranet de la DSAP <http://portail-cms.aphp.fr/dcsirmt/?page=public>

masseurs-kinésithérapeutes, ils ont choisi de traiter de sujets tels que : la mise en place d'une technique d'hypnoanalgie en consultation, la conciliation entre la technologie et la relation au patient dans une réanimation, le bénéfice de l'utilisation d'une « IRM jeu » pour la préparation de l'enfant à l'examen...

Outre cette journée de présentations pluriprofessionnelles, cet événement fut également l'occasion de formaliser par écrit les expériences de chacun. Cet exercice d'écriture inhabituel pour les soignants a donné naissance à un livret qui a été remis à tous les participants et distribué dans les services de l'hôpital.

Du côté du public, sur les 77 questionnaires de satisfaction recueillis, 100 % des participants ont été « satisfaits et très satisfaits ». De quoi réjouir les professionnels qui se sont investis dans leurs présentations et les organisateurs dans leur volonté d'améliorer la prise en charge des patients et de contribuer à l'évolution des pratiques des paramédicaux.

L'enquête de prévalence escarres acquises dans les unités de soins de l'AP-HP

Geneviève Ladegaillerie, cadre supérieur paramédical expert en soins, direction des soins et des activités paramédicales Siège AP-HP.

Depuis 2007, une enquête de prévalence des escarres acquises dans les unités de soins est réalisée chaque année à l'AP-HP. Cette enquête, menée auprès de plus de 18000 patients, a permis d'entraîner tous les services de soins dans une démarche qualité concernant l'amélioration de la prévention des escarres. Rappel des principaux objectifs et des résultats obtenus sur cinq ans.

- Établir la prévalence de l'escarre dans les hôpitaux de l'AP-HP. Les résultats montrent une diminution de 1 % (de 6,8 % à 5,8 %).
- Déterminer le taux de patients ayant acquis au moins une escarre dans l'unité de soins. Les résultats montrent une diminution de 0,7 %, (de 3,1 % à 2,4 %).
- Mesurer l'atteinte des objectifs fixés par la politique qualité gestion des risques de la DSAP concernant la prévention des escarres.
- La formalisation d'un plan d'action concernant la prévention d'escarre dans le projet de soins de chaque groupe hospitalier et de chaque pôle. Sur l'utilisation de protocoles de prévention d'escarre dans chaque unité de soins, les résultats montrent une



progression de 5,9 % (de 70,9 % à 76,6 %).

- L'utilisation d'échelles d'identification des facteurs de risque validées (Braden, Waterloo, Norton) dans chaque unité de soins montre une progression de 23,1 % (de 53,3 % à 75,4 %).

Les résultats sur cinq ans montrent une réelle amélioration dans le domaine de la mise en place des outils de prévention des escarres et une diminution du nombre d'escarres acquises dans les unités de soins de l'AP-HP.

Nous pouvons dire que cette enquête annuelle a montré son utilité, elle a permis d'entraîner tous les services de soins de l'AP-HP dans une démarche qualité concernant l'amélioration de la prévention des escarres.

8



L'ENQUÊTE EN 2015

L'enquête annuelle de prévalence des escarres à l'AP-HP se déroulera du 8 au 14 juin 2015.

La même semaine, l'agence régionale de santé d'Île-de-France réalisera une enquête de prévalence régionale du risque d'escarres à laquelle l'AP-HP participe à hauteur d'un service au minimum par site hospitalier.

Les deux sujets suivants ont été présentés lors des séances plénières du 29 janvier et du 9 avril 2015.

Les urgences

Pr Pierre Carli, directeur médical du Samu de Paris et président de la commission médicale locale (CMEL) d'établissement de Necker-Enfants malades.

La vision des patients vis-à-vis des urgences, y compris celles de l'AP-HP est négative notamment sur l'accueil et le temps d'attente. De plus, lorsque les urgences sont encombrées, le risque d'erreur est plus important. Chaque année 2 300 000 personnes contactent les services d'urgences ou sont accueillies au sein des services d'accueil aux urgences (SAU) de l'AP-HP.

Face à ce constat et au regard du plan national relatif à l'aval des urgences, la direction générale de l'AP-HP a mis en place un plan urgence dont les objectifs sont de réduire de façon significative le temps d'attente des patients, y compris des urgences non vitales, d'améliorer l'information et le ressenti des patients lors de leur passage au SAU ou de leur contact avec le centre 15 tout en renforçant la qualité et la sécurité des soins.

40 actions ont été sélectionnées en raison de leur faisabilité, du temps pour les mettre en œuvre et de

leurs impacts sur le temps d'attente. Nous citerons par exemple :

Pour l'amont : accroissement de la régulation réalisée au niveau du 15 et développement de la réponse fournie par les régulateurs de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

- Au sein du SAU : développement des « circuits courts » destinés aux patients ayant besoin de soins « légers » et favoriser leur accès ultérieur aux maisons médicales et aux cabinets médicaux ouverts jusqu'à 22 heures. Recourir aux volontaires du Service Civique pour contribuer à l'accueil des patients et constituer une interface avec l'équipe soignante.

- Pour l'aval : poursuite des efforts déjà effectués pour améliorer l'aval des urgences, par le renforcement de l'application de la charte de l'aval élaborée par la CME.

- Ce plan constitue une opportunité pour améliorer l'image de service public de l'AP-HP et démontrer l'engagement des professionnels au travers des efforts engagés.

Pour en savoir plus

<http://www.aphp.fr/en-savoir-plus-sur-les-urgences-lap-hp>

La lutte contre les BMR, en progrès

Sandra Fournier, Équipe opérationnelle d'hygiène - Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités.

La lutte contre les bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) et en particulier contre les entérobactéries multirésistantes (EBLSE) est une des priorités de l'AP-HP. Les excréta représentent une source majeure de diffusion de ces bactéries dont le réservoir est digestif. En effet, un patient porteur d'entérobactéries multirésistantes en excrète chaque jour 10 milliards dans ses selles. À la suite d'une enquête menée en 2012 afin de recenser les équipements et d'évaluer les

pratiques de gestion des excréta, des recommandations ont été émises par le Comité central de lutte contre les infections nosocomiales.

De réels progrès sont notés sur les points suivants :

- des formations des personnels à la gestion des excréta ont été réalisées dans 78 % des services,
- les douchettes rince-bassins ont été supprimées dans 81 % des services ; l'utilisation des douchettes rince-bassins doit être abandonnée, car elles sont source d'aérosols de bactéries fécales qui peuvent contaminer la tenue des soignants et l'environnement,
- des solutions hydro-alcooliques sont implantées à proximité de 69 % des lave-bassins,
- des sacs de recueil des excréta pour les bassins sont au marché de l'AP-HP depuis mai 2014.

Parallèlement à ces mesures, la friction hydro-alcoolique des mains est l'autre élément majeur permettant d'éviter la transmission de BMR d'un patient à un autre. Elle doit être utilisée avant et après chaque contact avec un patient. Or, à ce jour, seule une friction sur trois qui seraient nécessaires est réalisée. De plus, pour que cette friction soit pleinement efficace, aucun bijou, ni alliance, ni montre, ne doit être porté.

Nous devons donc poursuivre nos efforts pour améliorer encore nos pratiques en matière de gestion des excréta et d'hygiène des mains.



Actualités

Nouvelles compétences exclusives pour les infirmiers de bloc

En 2015, de nouveaux textes réglementaires donnent aux infirmiers de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) des compétences exclusives assorties d'une obligation de formation relative à ces nouveaux actes et à ces nouvelles activités.

Le décret n°2015-74 du 27 janvier 2015 suivi de son arrêté spécifie les actes et activités que seul-e-s les infirmier-e-s de bloc opératoire sont habilité-e-s à exercer à condition d'avoir suivi une formation.

Dans son article 1, l'article R. 4311-11-1 du Code de la santé publique précise que l'IBODE est seul habilité à pratiquer les actes et activités suivants sous certaines conditions fixées par un protocole écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :

1 - Les actes et activités réalisés par l'IBODE sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- l'installation chirurgicale définitive du patient en fonction de la voie d'abord ;
- la mise en place et la fixation des drains sus aponévrotiques ;
- la fermeture sous-cutanée et cutanée.

2 - Au cours d'une intervention chirurgicale, les actes et activités réalisés par l'IBODE, en présence et sur demande expresse du chirurgien :

- l'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;

Point sur la VAE pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire

Depuis la parution de l'arrêté du 24 février 2014 qui fixe les modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience (VAE), celle-ci est désormais ouverte aux infirmiers diplômés d'état (IDE) « faisant fonction » au bloc opératoire pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire. Cette VAE comporte deux étapes : la phase de recevabilité (livret 1) de la demande de la VAE, la phase de présentation des acquis (livret 2). À ce jour, à l'AP-HP, quatre IDE ont reçu un avis favorable à la présentation du livret 1 et sont en cours de formation d'accompagnement à la rédaction du livret 2. Quatre autres professionnels sont en attente de décisions concernant le dépôt de leur livret 1.



b. l'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre :

- aide aux sutures des organes et des vaisseaux
- aide à la réduction d'une fracture et au maintien de celle-ci ;
- aide à la pose d'un dispositif médical implantable ;
- injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, une artère.

Le décret précise également l'obligation pour les IBODE et les IBO en cours de formation de suivre une formation complémentaire répondant à l'acquisition de ces nouvelles compétences, et, ce avant le 31 décembre 2020. Le financement de cette formation est assuré par l'employeur au titre de la formation professionnelle ou du développement professionnel continu.

Ces dispositions ont été complétées par l'arrêté du 12 mars 2015, modifiant l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire. Celui-ci détaille les modules de formation complémentaire à mettre en place afin de répondre aux évolutions apportées dans le champ d'exercice des IBODE relevant de ces compétences exclusives.

Vous pourrez retrouver les informations relatives à l'organisation de la VAE pour les IBO :

Sur le site du ministère :
<http://www.vae.gouv.fr> et <http://vae.asp-public.fr>

Sur l'intranet de l'AP-HP :
http://portail-cms.aphp.fr/formation/IMG/pdf/Plaque_VAE_IBODE.pdf

Conférences stratégiques et budgétaires 2015

Les conférences stratégiques et budgétaires 2015 de l'ensemble des groupes hospitaliers (GH) et sites hors GH viennent de se terminer. Celles-ci ont eu lieu entre le 19 mars et le 7 mai 2015. C'est un moment majeur où la direction d'un GH présente le bilan de l'année 2014 et les orientations et les projets pour l'année 2015. En effet lors de ces conférences, des décisions importantes, en présence du directeur général, sont prises en ce qui concerne notamment les activités médicales, les travaux, les emplois et le budget prévisionnel. Les activités paramédicales sont également prises en compte au travers du suivi d'indicateurs en lien avec plusieurs

Développement professionnel continu : 52 programmes enregistrés en 2014

L'AP-HP Organisme de développement professionnel continu (ODPC) a été enregistrée auprès de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) en 2014 pour les professionnels de santé suivants :

- médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes ;
- paramédicaux : aide-soignant, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture, diététicien, ergothérapeute, IADE, IDE, IBODE, manipulateur en électroradiologie, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, orthésiste, prothésiste, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière, psychomotricien, puéricultrice diplômée d'État, pédicure-podologue, technicien de laboratoire médical.

Formation en soins infirmiers : le nouveau portfolio de l'étudiant

L'arrêté du 26 septembre 2014 apporte des modifications relatives aux éléments constitutifs du portfolio et aux modalités d'utilisation de celui-ci.

Le portfolio est un outil d'apprentissage qui appartient à l'étudiant. C'est lui qui le remplit et le partage avec les personnes impliquées dans le parcours de formation : tuteur et formateur référent du suivi pédagogique. C'est un outil d'autoévaluation qui sert de support aux différents bilans d'acquisition des compétences infirmières. Il permet d'apprécier l'acquisition progressive des compétences en situation au travers de la mise en œuvre des activités de soins.

Ce qui est nouveau :

- Une fiche de bilan intermédiaire réalisé avec le tuteur comprenant 3 niveaux d'acquisition des compétences. Lors des entretiens de bilan, le tuteur identifie les points forts et les axes d'amélioration de l'étudiant en favorisant l'autoévaluation. Toutes les compétences sont évaluées lors de chaque stage en prenant

orientations du projet de soins (ligne managériale renforcée, démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention, prévention de la maltraitance, informatisation du dossier de soins, les métiers sensibles et les coopérations, la recherche paramédicale, la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) et la collaboration entre centres de formation et GH). Trois actions phares réalisées par le GH et pilotées par les directions de soins sont présentées par le coordonnateur général des soins (CGS) concernant la gestion des ressources humaines, la qualité et sécurité des soins et la prévention de la maltraitance.

En conséquence, l'AP-HP ODPC peut, jusqu'à l'évaluation de la ou des commission-s scientifique-s de chaque professionnel de santé, déposer sur le site de l'OGDPC des programmes, gérer les inscriptions des professionnels de santé et délivrer des attestations de participation à ces programmes de DPC.

Ainsi, pour 2014, 52 programmes dont 1 pluri-annuel au titre de 2013-2014 ont été enregistrés sur l'OGDPC. Sur ces 52 programmes, 51 ont été ouverts au personnel médical, 38 aux sages-femmes et 33 au personnel non-médical.

Par exemple :

- Tutorer et encadrer les étudiants en soins infirmiers,
- Formation continue aux gestes d'urgences,
- CREX et RMM, initiation et perfectionnement.

en compte le niveau de formation de l'étudiant et sa progression. En cas de difficulté d'apprentissage durant le stage, un entretien a lieu entre le tuteur, le formateur et l'étudiant.

- Une fiche de synthèse des acquisitions de compétences permettant à l'étudiant de suivre ses acquis.
- La liste d'actes et activités a été supprimée et remplacée par un tableau d'activités à renseigner par l'étudiant en référence aux activités prévalentes identifiées dans le livret d'accueil et d'encadrement. Il n'existe plus d'exigence d'exhaustivité.

- L'étudiant analyse des situations et des activités en cours de stage et les inscrit dans le portfolio afin de développer sa posture réflexive. Les situations sont travaillées en stage ou à l'institut de formation en soins infirmiers avec les formateurs.

Ces évolutions positionnent clairement les acteurs (tuteur et formateur référent pédagogique) dans leurs rôles respectifs d'encadrement dans le schéma d'apprentissage en alternance.

Prochains évènements

Journée sur le raisonnement clinique partagé

Lundi 16 novembre 2015
auditorium, HEGP

DSAP

Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix journée du CLAN du GH

La diète méditerranéenne :
patrimoine culturel immatériel de l'humanité
Mardi 9 juin 2015
Amphithéâtre de myologie - Bâtiment Babinski
Code stage 041556440
Code session : 5644000001

GH

Formation CFC : MPPPH

« Risques infectieux liés aux liquides biologiques »

Lundi 15 juin 2015
Code session : 5584300001
Code stage : 021555843

Autres

« Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance : responsabilité des managers »

Jeudi 18 juin 2015
Code session : 5345700002
Code stage : 101453457

5ème journée sur l'éducation thérapeutique de l'AP-HP

Mardi 24 novembre 2015
HEGP

Journée annuelle du CLAN central et des CLAN GH « Prévention des risques en alimentation et nutrition »

Mardi 15 décembre 2015
Auditorium, HEGP
Code HR : 0077100013

Abonnement au journal *Transmissions*

Si vous désirez vous abonner au journal *Transmissions*,
version papier ou version électronique, merci d'en faire la demande
en précisant vos Nom/Prénom/Service/Hôpital ou adresse personnelle :
par email à agnes.vilain@sap.aphp.fr



AP-HP



@APHP_Actualites



aphp.fr

Transmissions / Le magazine de la Direction des Soins et des Activités Paramédicales

Directrice de la publication : Françoise Zantman • Chefs d'édition : Richard Agnetti, Martine Massiani

• Secrétaire d'édition : Agnès Vilain • Rédacteur : Direction de la communication

• Conception & réalisation au studio graphique : Stéphanie Aguilar, Micheline Saint-Etienne

• Photos : François Marin (AP-HP) /Getty images • Impression : SMS

• Contact : direction centrale des soins - 01 40 27 34 85