

Contact

n°4

Journal des Infirmiers Libéraux de Midi-Pyrénées



2^o journée

de l'URPS Infirmiers Midi-Pyrénées

• 1^{er} octobre 2015



Élections URPS infirmiers / 11 Avril 2016

Edito



Le choix du thème «**PLAN CANCER**» a été fait compte tenu du contexte de démarrage et développement de l'**IUCT Oncôpole** dans notre région. Il nous est apparu opportun de participer à cette démarche collective de tous les acteurs hospitaliers et libéraux.

Il était dans nos prérogatives de s'intéresser à ce sujet majeur dans notre activité quotidienne de soignants et de vous en informer largement. Pour toutes celles et ceux qui ont eu la possibilité de participer à la journée le 1^{er} Octobre, organisée par l'**URPS Infirmiers de Midi-Pyrénées**, le ressenti en a été : des intervenants de grande valeur, de nouvelles connaissances à explorer qui serviront à notre exercice professionnel, de nouvelles techniques de soins... vers la prise en charge du patient Cancer à son domicile, avec le suivi thérapeutique en collaboration avec les médecins (*traitant ou spécialiste*).

Le renouvellement des URPS est également source d'information : le mandat électif des 18 infirmiers libéraux siégeant à l'URPS Infirmiers de Midi-Pyrénées se terminera fin Avril. Cette mandature de 5ans aura été la 1^{ère} pour cette instance, mise en place par la loi **HPST** (*Hôpital, Patients, Santé, Territoire*) en même temps que se créaient les Agences Régionales de Santé- ARS. Durant 5 ans, la pluralité a permis un fonctionnement de notre URPS, respectant les diverses sensibilités, laissant l'expression à chacun des 4 syndicats représentatifs. J'ai estimé que le rôle de l'URPS était de représenter la Profession Infirmière, au-delà des guerres syndicales ; j'ai préféré une position consensuelle plutôt que dogmatique. (*Ce qui ne s'est pas pratiqué dans d'autres régions!*). J'espère que la Grande Région suivra cet idéal professionnel.

Nous avons eu à travailler sur la visibilité de l'**Infirmière Libérale** partout où cela était possible, dans un contexte difficile dans notre région : le monde hospitalier public midi-pyrénéen est puissant, fortement représenté à tous les échelons. Dans la nouvelle région **Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées**, la mission des 24 nouveaux élus auprès de la nouvelle ARS dont le siège est fixé à Montpellier, va s'avérer tout aussi difficile.

Cette élection, **tous les 5 ans**, est la seule échéance à laquelle les structures syndicales de la profession se présentent au suffrage de la profession.

Notre seul message, **PARTICIPEZ !**

Christine DARBELET

Présidente URPS Infirmiers Midi-Pyrénées

Contact URPS Infirmier
Midi-Pyrénées

Espace Gaubert
33, route de Bayonne
31300 TOULOUSE
T. 05 62 83 50 76
contact@urps-infirmiers.org
www.urps-infirmiers.org

Comité de rédaction :

Alain BARGUES
Jérôme CALUEL
Didier DOUBAY
Sarah GAMBOA

Brochure imprimée à 5550 exemplaires.

Maquette - Mise en page - Impression :
Imprimerie GraphPrint - 81



Élections URPS infirmiers

L'enjeu est double



**Votez et faites voter
le 11 avril 2016**

Les URPS Infirmiers sont des associations qui fonctionnent sous le régime de la loi de 1901 au service de la profession en contribuant à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du Projet Régional de Santé et à sa mise en œuvre en lien avec l'ARS et d'autres décideurs régionaux. N'oublions pas que le nouveau découpage administratif va s'appliquer à ces élections.

Les URPS sont les seuls interlocuteurs habilités à l'échelon régional à faire reconnaître notre place dans le système de santé face à l'Agence Régionale de Santé. Leur rôle est essentiel pour garantir la pérennité du mode d'exercice libéral et elles sont un rempart pour ne pas voir notre mode d'exercice rayé du paysage ambulatoire.

Élues depuis 2010, financées par vos cotisations, les URPS infirmiers se sont tout d'abord installées et insérées au cœur des toutes les nouvelles organisations mises en place type PAERPA*, MAIA**, CTSIS***, fédération de MSP**** et autres acronymes barbares, mais bien présents sur le terrain.

Demain, les URPS infirmiers vont encore grandir et les axes de travail se développer et se préciser, laboratoires régionaux d'expérimentations qui pourront ensuite être étendues au niveau national.

Pouvoir vous représenter, pouvoir faire avancer une réflexion de façon très concrète et sur le terrain puis vous restituer tout ce travail, voilà leur ambition.

Au niveau national, l'enjeu sera de permettre à tous les syndicats d'être présents dans toutes les régions administratives, afin d'obtenir l'audience nécessaire à la représentativité nationale qui seule donnera les moyens d'être toujours présents en votre nom dans les instances nationales, de négocier les conventions et tarifs avec l'Assurance maladie et d'être présents dans les Commissions Paritaires Départementales infirmières des CPAM. En effet, le système d'attribution de la représentative a changé et depuis l'instauration des élections aux URPS, elle est subordonnée au fait de dépasser la barre de 10 % des votes sur l'ensemble du territoire.

«La prochaine URPS sera constituée de 24 membres élus par vos votes pour représenter la nouvelle région, forte de plus de 12000 infirmiers libéraux. Elle siègera probablement à Montpellier, nouveau siège de l'ARS où Mme Monique Cavalier en est la Directrice.»

Aidez-nous à défendre et faire avancer la profession, aidez-nous à vous défendre.

- **Pour un partage des différences.**
- **Pour des prises de décisions réfléchies et collégiales.**
- **Pour une représentation de tous les infirmiers et toutes les infirmières syndiqués ou pas.**

* Parcours de Santé des Personnes Âgées en risque de Perte d'Autonomie.

** Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer.

*** Comité Tactique des Systèmes d'Information de Santé

**** Maisons de Santé Pluridisciplinaires.

Dans notre revue n°3

nous vous avons présenté l'importance de votre vote aux élections de l'URPS.

Initialement prévue le 7 décembre 2015, cette élection a été reportée par crainte d'une invalidation des résultats, liée au fait que seuls les infirmiers(ères) inscrits à l'Ordre National des Infirmiers pouvaient voter et prétendre être candidats aux élections.

De ce fait, les listes d'infirmiers(ères) conventionnés ont été croisées avec celles de l'O.N.I. afin de clarifier la situation et permettre de suivre un nouvel échéancier.

(Pour information, l'URPS INF MP a adressé une lettre à notre ministre de la santé Marisol Touraine pour l'interroger sur ces conditions restrictives, sachant que chaque infirmier(ère) apporte obligatoirement sa contribution financière à l'U.R.P.S.; nous n'avons pas eu de réponse.)

Ces listes ont été validées par une Commission d'Organisation des Élections au siège de l'A.R.S. fin 2015.

Ensuite, le dépôt des listes de candidats s'est fait en main propre à l'A.R.S. par un mandataire désigné par et pour chaque syndicat fin janvier 2016.

Ces listes sont consultables par affichage aux sièges des A.R.S. et des U.R.P.S., ainsi que dans les préfectures.

Par contre, selon l'instruction N°DSS/13/2015/177 du 22/05/2015, nous ne sommes pas en mesure de les imprimer sur notre revue; vous devrez attendre l'ouverture de la campagne électorale le lundi 28 mars pour en prendre connaissance.



À savoir que chaque syndicat infirmier (Convergence Infirmière / Fédération Nationale des Infirmiers / Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux / Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux) des deux régions (Midi-Pyrénées et Languedoc Roussillon) établit sa liste d'au moins 24 représentants; à l'issue du scrutin, est constituée la nouvelle assemblée de 24 membres proportionnellement aux résultats du vote.

Lors de la première Assemblée Générale, les deux anciennes URPS sont dissoutes pour ne faire qu'une et gérer la nouvelle région de plus de 12000 IDELS.

À ce jour, la localisation de l'ARS n'étant pas définie, le siège de l'URPS se décidera ultérieurement lors de la première AG à la majorité des 2/3 ou bien sera dans la ville où réside l'ARS.

La date limite du vote par correspondance est donc **le 11 avril 2016** et le dépouillement et la proclamation des résultats **le vendredi 15 avril**



2° journée

du 1^{er} octobre 2015

de l' URPS Infirmiers Midi-Pyrénées

L'URPS Infirmier Midi-Pyrénées a organisé une journée régionale à l'Hôtel Palladia de Toulouse autour du thème : Plan cancer 2014/2109 L'importance de l'infirmier(e) libéral(e)



Cette journée a réuni pas moins de 300 participants constitués majoritairement d'IDELs de la région ainsi que d'intervenants de l'ARS, de la CPAM Haute-Garonne et du monde médical et paramédical du secteur oncologique. L'accueil des participants s'est déroulé autour d'un moment café/viennoiserie avec remise d'un porte document garni d'informations, d'un bloc notes et stylos, auquel s'est rajouté un agenda 2016 professionnel.

Débutait la séance plénière en amphithéâtre par un discours d'accueil de **M^{me} Christine DARBELET**, présidente de notre URPS, qui remerciait les futurs intervenants d'avoir répondu favorablement à notre invitation.

Elle rappelait l'importance de ce troisième Plan cancer et le rôle déterminant des IDELS dans la prise en charge de cette maladie considérée de nos jours comme une maladie chronique.

De ce fait, elle insistait sur la nécessité d'approfondir nos connaissances en cancérologie et sur les outils qui nous étaient proposés afin de mieux appréhender cette pathologie ; elle exprimait aussi le souhait d'une meilleure coordination entre l'hôpital et le domicile avec l'espoir

d'un accès au Dossier Communicant de Cancérologie. Quelques mots de **M. Jérôme CALVEL**, secrétaire-adjoint, clôturaient cet accueil avec des précisions sur le déroulement de cette journée, qui serait accompagnée d'un tirage au sort de dix noms d'IDELs présents, à qui serait offerte la possibilité de participer à une formation au Cancéropôle fin janvier 2016, financée par l'URPS.



Florie LACROIX

chargée de mission à la mairie de Toulouse rappelait l'implication et le rôle majeur de l'IDEL dans les prise en charge des patients à domicile et en particulier des malades cancéreux. Elle mentionnait aussi la particularité de notre région d'avoir se site unique en Europe qui est le Cancéropôle.

Jean-Jacques MORFOISSE, Directeur général adjoint de l'ARS MP et directeur de l'offre de soins en charge du Plan cancer intervenait pour une présentation du Plan cancer 2014/2019.

Il rappelait qu'en 2015, 3 millions de personnes étaient porteuses ou atteintes d'un cancer (soit une famille sur 3 confrontée à la maladie dans son entourage) ce qui en faisait une priorité de santé publique.

En 30 ans, les nouveaux cas ont doublés mais le risque de décès est moindre ; si l'on enregistre plus de 355000 cas par an, il faut savoir qu'aujourd'hui, une personne sur deux guérit !

À noter que plus de la moitié des cancers pourraient être évités, d'où l'importance de la prévention.

Le Plan cancer 2014/2019 se décline en 200 actions concrètes avec 4 actions prioritaires :

- Guérir plus de malades.
- Préserver la continuité et la qualité de vie.
- Investir dans la prévention et la recherche.
- Optimiser le pilotage et les organisations.

Des investissements sont faits

- Dans la prévention pour diminuer le tabagisme chez les jeunes et les femmes.
 - Dans les diagnostics précoces des cancers colorectaux et du col de l'utérus.
- À noter qu'un protocole de coopération existe pour que l'IDE puisse faire ce dépistage.
- Pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.
 - Pour un Parcours Personnalisé et Coordonné avec l'établissement d'un Programme Personnalisé de Soins pour 100% des patients et d'un Projet Personnalisé après cancer.

Un des buts à atteindre est d'assurer l'accès aux innovations thérapeutiques à tous les patients de notre région, en sachant que 43 % de cette population est dans l'agglomération toulousaine mais que de nombreuses personnes de + de 75 ans (600000 en 2015 et 1000000 en 2040) résident en milieu rural, ce qui rend cette mission complexe.

Concernant les pratiques de prévention primaires pour limiter le taux de mortalité évitable des cancers ORL/poumons/œsophage, on note une stagnation en MP (augmentation chez les femmes/diminution chez l'homme) même si les résultats sont meilleurs que sur un plan national.

À savoir qu'il existe un partenariat avec l'éducation nationale sur la prévention du tabagisme et les risques liés à l'alcool.

Au niveau de l'offre de soin, nous avons 34 établissements en chirurgie carcinologique, sans oublier le rôle prépondérant de l'IUCT de Toulouse avec son pôle recherche (LRMP 3^o région en terme de recherche) et l'existence du réseau ONCOMIP pour obtenir des informations.



Le Docteur MORFOISSE

abordait ensuite le sujet du 1^{er} Recours et de son importance dans la prise en charge du patient à domicile en précisant que l'évolution n'était plus un sujet hospitalier.

Cela nécessitait un système organisé autour du patient pour assurer les soins et l'orientation, d'où l'inévitable coopération entre les différents acteurs.

Il insista sur l'accès aux dispositifs de prévention et de dépistage, sur le parcours de soin coordonné, sur la prise en charge ambulatoire à domicile, sur l'accès à l'innovation et sur l'amélioration de l'accompagnement et de l'accès aux soins de support.

Des échanges avec la salle s'en sont suivis.



Professeur Henri ROCHÉ,

président du conseil des universités, directeur des affaires médicales à l'IUCT, professeur en oncologie médicale.

Le Professeur ROCHÉ nous fait un état des lieux des cancers aujourd'hui en lien avec l'évolution de cette maladie aux USA qui nous apporte une réponse anticipée de 5 ans, la nouveauté étant la symétrie notable entre l'homme et la femme ; on note, par exemple, le même taux d'incidence pour le cancer du colon et du poumon, ce dernier amenant bientôt une mortalité supérieure à celle du cancer du sein. Il rappelle que notre région est

favorisée en terme de mortalité, mais prend le cas des Pays-Bas où la qualité du dépistage a permis de faire baisser le cancer du col de l'utérus de 95% ; de même en Inde, où les infirmières, très impliquées, ont permis de réduire le nombre de décès de 20000 en un an.

Des actions sont à mener sur l'exposition au soleil, l'alcool, le tabac, les expositions professionnelles, la crainte des vaccins ([prévention du cancer du col de l'utérus](#)).

Il existe aussi des facteurs intrinsèques et favorisants tels que les traitements hormonaux qui peuvent entraîner une baisse de l'immunité et, de facto, augmenter le risque de cancer.

Des facteurs génétiques existent à hauteur de 5 à 10% mais restent encore difficiles à évaluer.

Il rappelle l'importance de la prévention primaire pour agir avant que la maladie ne se développe et de la prévention secondaire (qui survient après l'existence des cellules cancéreuses) qui est une période difficile à détecter puisque la maladie ne se manifeste pas, d'où l'intérêt d'une stratégie de diagnostic précoce par le dépistage.

Une fois la maladie détectée,

l'étape clé est le diagnostic anatomo-pathologique par le microscope.

La seconde est le bilan d'extension

établi en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, devenue indispensable, où plusieurs spécialistes se réunissent afin de proposer les soins les plus appropriés en fonction du dossier du patient.

La troisième étant le choix du traitement

Le patient est alors informé par un dispositif d'annonce de son Plan Personnalisé de Soins qui est remis en réunion et dont l'accès doit être rendu possible à tous les soins de support.

Le Professeur ROCHÉ terminera son exposé sur les traitements anti-cancéreux dont les objectifs sont de permettre la guérison sur les formes localisées et d'atteindre 50% de guérison sur les formes métastatiques ; sur ces dernières, le but étant de rendre la maladie plus durable grâce aux soins palliatifs et à l'intérêt des soins de support.

Il mentionnera les progrès considérables en chirurgie, en radiothérapie et sur les traitements médicamenteux, en particulier sur les thérapies ciblées, qui permettent de parler de révolution thérapeutique.

Suivront des échanges avec la salle où il est dit que la qualité de la coordination reste encore « aléatoire ».

Florent PUISSET

Pharmacien hospitalier

Responsable du Dpt pharmacie à l'Oncopôle et professeur en IFSI.

En introduction, il nous précise que depuis 15 ans, les traitements vont cibler les protéines anormales plutôt que l'ADN d'une cellule, qui conduit obligatoirement à la mort de celle-ci avec l'utilisation des cytotoxiques.

Il faut de même distinguer les traitements hospitaliers ([injectables/cytotoxiques/anticorps monoclonaux](#)) que l'on administre de façon cyclique et les nouveaux traitements oraux, souvent associés aux cytotoxiques, qui sont les thérapies ciblées, où l'on bloque un système présent dans la cellule sans entraîner la mort cellulaire.



En résumé, il existe un classement pharmacologique

- Antimétabolites *5FU/XELODA**
- Antipoisomérases *Modification de la structure de l'ADN*
- Alkylants *Blocage de la réplication*
- Sels de platine *Pont entre les deux chaînes de l'ADN*
- Antimitotiques *Inhibiteurs de la polymérisation des cellules*

Le choix de l'hormonothérapie se fait pour certains tissus qui sont sous dépendance hormonale (*sein/prostate/thyroïde/endomètre*). [ttt long/difficulté d'observance]

L'immunothérapie est un traitement qui vise à "mobiliser" les défenses immunitaires du patient contre sa maladie. Il s'agit d'une piste importante de la recherche cancérologique actuelle.

Les thérapies ciblées, en fort développement, représentent aujourd'hui 38% des chimiothérapies orales. Leur prescription étant en forte hausse, la difficulté rencontrée à domicile pour les IDEls est la méconnaissance de ces molécules.

Elles sont classées en deux familles reconnaissables par leur terminaison orthographique

- Les anticorps monoclonaux ...*mab*
- Les inhibiteurs de tyrosine kinase ...*nib*

Le problème important avec ces traitements anticancéreux est de savoir identifier les effets indésirables et les facteurs de risques lorsque les patients sont chez eux. Le rôle d'information, d'éducation et d'accompagnement par l'IDEL est donc primordial dans le suivi du traitement en ambulatoire. Pour garantir la qualité du traitement, la notion d'observance est capitale : quelle soit intentionnelle (EI/Efficacité) ou non (Oubli/Incompréhension), la quantification de la non observance sur une population générale est de 50 à 60% ! [20 à 30% supposée en oncologie]

On note dans ces interactions médicamenteuses

- Des substrats : (*taxane/bortezomib/alcaloïdes/erlotinib/sumatinib/sorafenib/..*)
- De puissants inhibiteurs : *Anti-infectieux(atazanavir/clarythromicine/azolés/darunavir/..)*
- Médicaments en cardiologie : (*amiodarone/diltiazem/verapamil*)
- Cimétidine

Concernant les effets indésirables, les principaux retrouvés sont

- Les neutropénies *aplasie fébrile - NFS en urgence*
- La photosensibilité *Cobimetinib*
- Les toxicités digestives[diarrhées] *Ibrutinib/idelalisib*
- L'alopecie
- L'atteinte des muqueuses *Mucite*
- Les toxicités unguéales *Hyperpigmentation/dédoublement/hémorragie sous-unguéales (imatinib/sunitinib/sorafenib)*
- L'ostéonécrose de la mâchoire *biphosphonates/sunitinib/bevacizumab*
- La surdité *CisPt/Thalidomide*
- Les toxicités cardio-vasculaires
[*Arythmies*](*nilotinib/dasatinib*)
[*IDM*](*trastuzumab/imatinib*)
[*Microangiopathie thrombotiques : HTA/Thrombo-embolie/Ischémie*]
(*sorafenib/bevacizumab/sunitinib*)
- Le syndrome mains/pieds *Capecitabine/sorafenib*
- Le rash acnéiforme *Erlotinib/gefitinib/lapatinib*
- La xérose
- La paronichie *Erlotinib/gefitinib/lapatinib*

De plus, s'il existe certaines alertes de pharmacovigilance

Sur l'ostéonécrose de la mâchoire, sur des événements tromboemboliques (*Tabagisme/HTA/Hyperlipidémie/EPO THS/Contraceptifs-oraux/..*), sur des effets indésirables hépatiques (*Insuffisance hépatique aiguë/Hépatite toxique, cytolytique, cholestatique : attention à l'association de médicaments hépatotoxiques : PARACETAMOL*!*) et sur des troubles gastro-duodénaux (*Hémorragies digestives/Ulcères*).

Il est important de connaître certaines interactions médicamenteuses qui vont faire baisser l'efficacité du traitement, majorer les effets indésirables, modifier l'efficacité des comédications en augmentant ses EI. D'où, une fois de plus, l'importance de la surveillance qui peut amener à une adaptation de la posologie et des dosages.



- Antidépresseurs (*fluoxétine/sertraline/paroxétine*)
- Des inducteurs : millepertuis
(*attention aux médecines parallèles à base de plantes*)

Penser au pamplemousse qui contient une substance empêchant l'enzyme de métaboliser le médicament, d'où une augmentation de la concentration du principe actif. Pour finir, **Florent PUISSET** nous précisait que ces nouveaux médicaments sont peu connus de nos officines et que face à cette méconnaissance des acteurs du soin à domicile, il était judicieux de consulter le site « Oncomip » pour obtenir les renseignements, et que l'accès aux informations des RCP devrait bientôt être accessible à notre profession.

Il fut l'heure du repas servi en salle de restaurant gastronomique de l'Hôtel où de nombreuses tables rondes étaient dressées afin de permettre à chacun de profiter de ce moment de discussion et de partage entre professionnels de la région.

De retour à l'amphithéâtre, il fut procédé au tirage au sort des dix noms pour le gain d'une formation spécifique aux IDEls à l'oncopôle (Bases théoriques/Chimiothérapie per os à domicile/Toxicités générales et spécificités des toxicités cutanées/Douleurs en cancérologie/Suivi des patients algiques à dom.)



Le professeur Roland BUGAT

ré-ouvrait le débat en séance plénière.

Directeur de l'école des métiers et savoirs en cancérologie, il débutait son exposé avec la question de savoir comment établir des liens opérationnels et performants entre l'Oncopôle, les médecins et les soins ambulatoire à domicile et de cette interrogation, nous rappelait l'intérêt majeur du site web « Oncomip ».

Il donna des informations en oncogénèse pour nous rappeler combien il est important d'intervenir sur un cancer avant la phase métastatique.

Il rappelait que l'incidence des cancers augmentait avec l'âge et qu'il existait des phénomènes délétères environnementaux et comportementaux

(Soleil : mélanome/Tabac : Cancer des bronches (++) chez la femme))

Malgré 380000 nouveaux cas par an, des progrès sont faits grâce aux diagnostics précoces

Même si le cancer est devenu une maladie chronique avec 2.5 millions de personnes touchées en France, le risque augmente mais la mortalité diminue ; de ce chiffre, l'on peut comprendre que l'innovation thérapeutique entre au domicile des patients et que l'importance des IDEls est capitale dans la prise en charge du malade, en particulier l'observance et la pharmacovigilance ; il est à noter qu'un traitement per os coûte entre 5000 et 10000 par mois !

Il informe l'assemblée que le partenariat avec notre

URPS a permis de créer une formation « à la carte », qu'il existe des formations en Master 2 [Bac+5](coordonnateur de parcours de soins) ou en DU, financée par le FIF-PL, sur les effets secondaires des traitements anticancéreux sur la peau et les phanères.

Enfin, il souhaite que nous puissions avoir accès prochainement au dossier des patients pour une meilleure connaissance du PPS du patient avec la possibilité d'être informé par les bilans des RCP.



Isabelle DUMOND

Directrice adjointe de la CPAM Haute-Garonne

(relations avec les professionnels de santé) prend la parole pour préciser le rôle des caisses et leur autonomie avec les professionnels de santé : concernant le financement, il est plus complexe et se décide sur un plan national. De ce fait, une reconnaissance financière des IDEls pour la prise en charge de ces nouveaux patients avec un remboursement et une généralisation de ces actes passe par de nombreuses étapes de validation par l'HAS, l'INCA,... avec le souci de trouver la bonne équation entre les coûts et les avantages pour le patient et pour notre système de santé.



Dominique YERLE

Master 2 d'infirmier coordonnateur du parcours de soins complexes, nous parle de son expérience et rappelle l'objectif 2 du Plan Cancer sur la prise en charge du malade pour en garantir la qualité et la sécurité. Le recueil des informations, la diffusion et la traçabilité sont déterminants puisque cette prise en charge nécessite un traitement complexe. Elle mentionne qu'une amélioration de la coordination hôpital/ville est nécessaire pour un meilleur échange des informations entre professionnels. Elle nous fera ensuite un rappel de connaissances en hématologie et nous précisera l'importance de l'ETP.



Gérard Le DUFF

Responsable de la formation initiale et continue en cancérologie à l'Oncopôle, nous rappelle l'importance de la formation liée à l'évolution des pratiques. Il nous informe de l'existence d'un catalogue des formations que l'on peut consulter sur le site, avec deux nouveautés : l'ETP sur la chimiothérapie orale (qui reste à agréer par l'ARS) et le « patient connecté » qui concerne le suivi du malade à distance pour la gestion de sa douleur (+ en projet, la surveillance des complications post-op en chirurgie ambulatoire dans le cancer du sein). Les formations peuvent se dérouler en visioconférence, in situ, et peuvent être « à la carte ». Pour notre profession, l'intérêt se porte sur les métiers du parcours de soins et de l'accompagnement (Bases en cancérologie/chimiothérapie [2 jours+stage pratique en unité de jour]/Dispositifs d'annonce/ Soins oncologiques de support/..)

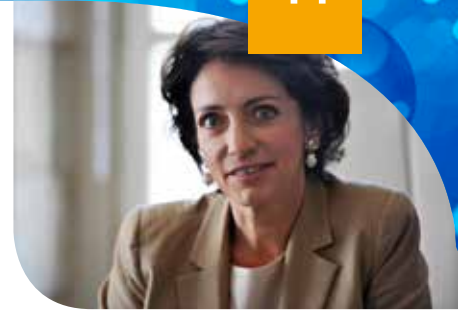
Le reste de la journée se déclinera avec plusieurs ateliers pratiques ou d'informations sur

- Soins palliatifs *Réseau Reliance 31 et Résopalid 81*
- Podologie *Claude HUERTAS Institut de formation en podologie/pédicurie*
- Infuseurs/Chambres implantées/Cathéters veineux
- Soulager autrement *Guite POTIER - Magnétiseuse*
François ROUX - Pharmacien homéopathe



*La
journée*

s'est clôturée par un départ progressif des participants qui, après analyse de notre questionnaire de satisfaction, nous ont gratifié de 99% d'avis positifs sur l'organisation et l'ambiance générale et de 98% sur la thématique et le choix des intervenants. Sur le fond, il est souhaité une amélioration des possibilités d'échanges entre intervenants et participants et que les aspects concrets et pratiques de notre profession soient davantage traités. 97% souhaitent l'organisation d'autres journées.



Loi de modernisation de notre système de santé

Loi n°2016/41 du 26 janvier 2016

La loi de modernisation du système de santé a été votée dans sa dernière mouture le 17/12/2015 par l'Assemblée Nationale. Elle a été promulguée le 26/01/2016.

De prime abord, c'est un texte favorable, qui reconnaît de nouvelles compétences à la profession par la création d'un nouveau métier dans l'exercice en pratique avancée, et qui renforce notre rôle notamment lorsqu'une plus grande autonomie est donnée à l'infirmière scolaire dans le domaine de la santé sexuelle pour des élèves du 2^{sd} degré.

Faisons un tour d'horizon sur les **57 articles** de la loi que l'on peut regrouper sous 4 thématiques :

Prioriser la prévention et la promotion de la santé.

Mieux baliser le parcours de santé.

Innover au service de la pérennité du système de santé.

Renforcement de la démocratie sanitaire et des politiques publiques.

1/ La prévention et la promotion de la santé sont des priorités pour le ministère. La lutte contre, le tabagisme (**Art 5**) avec sa mesure phare, le paquet de cigarettes neutre, l'alcoolisation des jeunes (**Art 4**) et contre l'obésité (**Art5**) avec comme nouveauté l'information facilement identifiable des aliments selon leur valeur nutritionnelles constitue un 1^{er} volet préventif.

La possibilité donnée aux pharmaciens de distribuer des auto-tests pour le dépistage de maladies infectieuses (**Art 7**) complétant celle pour le VIH (*juillet 2015*), la création, d'un cadre juridique (**Art 8**) et de salle de consommation à moindre risque (*SCMR*) ou salle de « shoot » (**Art 9**), pour un public addict à la drogue, sont d'autres mesures préventives.

2/ Un grand nombre d'articles de loi a été prévu pour faciliter au patient l'accès du parcours de santé.

À commencer par l'article 12 qui prévoit la création d'un service territorial de santé reposant sur une équipe de proximité réunie autour du médecin traitant. La prise en charge pluridisciplinaire de patient en situation complexe doit amener ces équipes de proximité à conclure avec ARS un contrat de santé publique ouvrant droit à un financement sur fonds FIR (*Fonds d'Intervention Régional*) donc hors paiement à l'acte.

Art. 15 porte sur la création d'un numéro de téléphone unique sur tout le territoire national pour joindre une permanence des soins.

Art. 18 décrit toutes les étapes pour arriver fin 2017 à la généralisation du tiers payant.

Art. 24 crée l'obligation aux établissements de soins de transmettre une fiche de liaisons à la sortie du patient sous forme électronique ou non, via des réseaux sécurisés.

Art. 25 reprecise les contours du secret professionnel qui sera partagé par tous les membres de l'équipe de proximité y compris ceux du secteur médico-social. Le DMP devient le Dossier Médical Partagé.

3/ Une réingénierie du système de santé constitue notre 3^{ème} pôle de la loi qui regroupe pêle-mêle les articles suivants (**Art 28 ; 29 ; 30 ; 33**). Que traitent-ils ?

Le DPC (*développement professionnel continu*) ne sera plus une obligation annuelle mais triennale.

L'ambiguïté des soins effectués par un stagiaire est levée. Ces soins sont facturables par le professionnel de santé.

Une formation universitaire de niveau master va permettre à une infirmière l'exercice en pratique avancée au sein d'une équipe de soin.

Notre rôle en médecine du travail est renforcé puisque

désormais L'infirmière aura la possibilité de prescrire des substituts nicotiniques.

4/ Ce sont les **Art 41 ; 44 ; 45** qui abordent les questions des politiques publiques et de la démocratie sanitaire.

Art 41. On note ainsi de la faisabilité pour chaque ARS (agence régionale de la santé) d'adapter au niveau régional la convention nationale signée par UNCAM et les représentants nationaux des syndicats infirmiers représentatifs notamment sur des dispositifs régulant l'installation des professionnels de santé.

Les Art 44- 45 exposent les nouveaux droits donner aux usagers comme celui pour des associations de siéger à l'Agence Sanitaire Nationale ou bien pour ces mêmes associations de mener une action de groupe pour faire reconnaître un préjudice corporel consécutif à l'utilisation d'un produit de santé.

Pour conclure sur une note positive l'exposé non exhaustif sur la loi de modernisation du système de soin nous revenons sur les débats préliminaires à l'élaboration de la loi qui auront permis de clarifier certains points :

Les pharmaciens n'obtiennent pas le droit à vacciner.

Le transfert de compétences des infirmiers vers du personnel des établissements médico-sociaux (SSIAD) est supprimé.

Le maintien de l'Ordre Infirmier est confirmé grâce à l'annulation de l'amendement Le Houerou.

Cependant la loi soulève quelques interrogations et les tous les syndicats d'infirmiers ont d'ailleurs souhaité manifester leurs inquiétudes lors d'un mouvement national qui n'aura pas lieu au vu des évènements tragiques du 13 novembre 2015.

Que devient la fluidité du système de soin quand celui-ci se construit à partir de nouvelles formes administratives pilotées par les ARS et qu'il s'organise autour du médecin traitant ?

Doit-on craindre la fin du libre choix des professionnels de santé par le patient qui peut être influencé dans ses choix par l'administration du parcours de soins via les plateformes dites d'appuis ?

[Art 12/12 bis/14/25/26/30/50/51quarter]



Élections URPS infirmiers

Le 11 avril 2016 VOTEZ
La politique de santé peut
et doit se faire avec nous

