

20-21 NOVEMBRE 2018
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

39^{es}

JOURNÉES DE
L'INFIRMIÈRE
EN UROLOGIE

PROGRAMME

AUFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

AUFU Association
Française des
Infirmières et
Infirmiers en
Urologie

URO DIFFUSION

Coloplast

39^{es}

**JOURNÉES DE
L'INFIRMIÈRE
EN UROLOGIE**

20-21 NOVEMBRE 2018

PARIS, FRANCE

PALAIS DES CONGRÈS

Organisées par le Bureau de l'AFIUU

- Séances thématiques → pages 2 à 18
- Forum échanges et vidéos → pages 21 à 27
- Conférences → pages 28 à 40

PROGRAMME Planning journée

09:30 → 10:30

Atelier COLOPLAST Salle 351

Sur pré-inscription, places limitées



10:45 → 12:15

SÉANCES THÉMATIQUES

- ST1** Le BUD pour les « nul(le)s » (réédition) Salle 342 B 4
Rouen - CHU Charles Nicolle - Sandrine BEAUDOIN, Carine JEGO, Jean-Nicolas CORNU
- ST2** Stomies urinaires, parlons-en ! Salle 342 A 5
Lille - CHRU - Sophie VERCLEYEN, Arnaud VILLERS
- ST3** Autosondage, adhésion et pérennité Salle 351 6
Toulouse - CHU Rangueil - Gaétane FOURÈS, Jean-Pierre BASTIÉ, Xavier GAMÉ
- ST4** Formation des IDE/IBODE circulantes et instrumentistes
en chirurgie robotique Salle 352 B 7
Nantes - CHU Hôtel-Dieu - Christelle BLOTIERE, Edwige RIEGLER, Jérôme RIGAUD
- ST5** Je trace et rends compte à l'hôpital Salle 343 8
Paris - Groupe hospitalier Saint-Louis - Sylvie TRIBONDEAU, Nicole TALOT, Fabrice DANJOU
- ST6** La RAAC après cystectomie Salle 352 A 10
Quimper-Concarneau - CH de Cornouaille - Sancline CLERIN, Catherine GESTIN,
Anne LAVIGNE, Valérie PELLAY, Gilles CUVELIER

10:45 → 12:15

TABLE RONDE (limitée à 60 personnes) Salle 353 11

Le sondage vésical : les bonnes pratiques et matériels

Modérateurs : Sandrine CHENET, Claire MOREAU (infirmières expertes en urologie), Antoine FAIX,
Albert SOTTO (chef de service des maladies infectieuses et tropicales) - CHU de Nîmes

Cette table ronde est une initiative qui a pour but de rassembler, sur un thème fondamental de notre activité professionnelle, des médecins, des experts et des infirmières afin de débattre, ensemble, sur les bonnes pratiques du sondage vésical. Toutes les équipes, toutes les expériences en ce domaine sont les bienvenues. Le nombre de place est volontairement limité à 60 personnes afin que le débat se déroule dans les meilleures conditions.

12:15 → 13:45

Pause déjeuner

13:45 → 15:15**SÉANCES THÉMATIQUES**

- ST7** Stomies continentales chez le patient neurologique Salle 342 A..... 12
Paris - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Solenne CHEVANCE, Catherine ANDRÉ,
Emmanuel CHARTIER-KASTLER
Garches - Hôpital Raymond Poincaré - Aurélie-Anna DUBOIS, ergothérapeute et Alexia EVEN
- ST8** Les actes exclusifs IBODE : discussion sur la nouvelle réglementation
À l'adresse des IBODE et IDE faisant fonction d'IBODE Salle 342 B..... 14
Maître Jean-Christophe BOYER, en liaison avec l'Union nationale des associations
des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état
- ST9** Prise en charge des drainages externes de l'hospitalisation
au domicile Salle 343..... 16
Bayonne - Capio clinique Belharra - Sophie BISSEY, Mathieu HUMBERT
- ST10** Des soins attentifs à l'ambulatorio : la néphrectomie partielle,
un exemple d'évolution des pratiques Salle 351..... 17
Bordeaux - CHU Pellegrin - Audrey BARBEAU, Valérie BRUNET, Geneviève CAPITAIN,
Caroline DUBERNET, Françoise PICARD, Cindy POULAIN, Solène RICARD,
Jean-Christophe BERNHARD
- ST11** Dysfonction érectile et implant pénien : prise en charge globale .. Salle 352 A..... 18
Montpellier - Centre d'urologie du Polygone - Hélène BASCOU, Antoine FAIX
- ST12** Transplantation rénale et don du vivant Salle 352 B..... 19
Paris - HEGP - Bérengère FOURNIER, Typhaine NICOLAU-MERICAM,
Céline LOVATO, Marc-Olivier TIMSIT

Le BUD pour les « nul(le)s » (réédition)

Rouen - CHU Charles Nicolle

Sandrine BEAUDOIN, Carine JEGO, Jean-Nicolas CORNU

Confucius a dit : « *Apprendre sans réfléchir est vain. Réfléchir sans apprendre est dangereux* ».

Le bilan uro-dynamique (BUD) explore la fonction du détrusor et la fonction sphinctérienne urinaire à travers l'exploration du remplissage et de la vidange vésicale. Son interprétation doit permettre de faire le lien entre la symptomatologie clinique décrite par le patient et des anomalies objectives détectées lors de l'examen. Pour y parvenir, il est nécessaire de maîtriser l'anatomie du bas appareil urinaire et du périnée masculin et féminin, de connaître les bases de l'innervation du système urinaire (rôle du système sympathique et parasympathique) et d'avoir en tête les caractéristiques du cycle mictionnel avec sa phase de stockage et de vidange.

Le bilan urodynamique comprend une débitmétrie, une profilométrie et une cystomanométrie.

La **débitmétrie** est le reflet objectif de la vidange vésicale. Elle évalue le débit maximal, le débit moyen, le volume uriné et la durée de la miction. L'aspect de la courbe de miction est également interprété (la courbe en « cloche » comme dans les livres, et toutes ses variantes pathologiques).

La **profilométrie** explore la tonicité sphinctérienne.

La **cystomanométrie** est l'étude du comportement de la vessie lors du remplissage.

La phase de remplissage vésical permet d'étudier :

- la compliance vésicale (capacité de la vessie à se laisser remplir) ;
- l'activité du détrusor (le muscle vésical ne doit pas se contracter lors de cette phase) ;

- la pression vésicale ;
- la perception des besoins selon 4 stades ;
- la capacité vésicale (volume de la vessie) ;
- la recherche de fuite à la toux à 200 et 400 ml de remplissage.

Elle est suivie d'une nouvelle débitmétrie « sondes en place » qui permet de caractériser les troubles de la vidange de manière plus précise (obstruction, hypoactivité du détrusor, etc.)

Le BUD permet de préciser le diagnostic des troubles vésico-sphinctériens comme l'incontinence urinaire (IU) d'effort, l'IU par hyperactivité vésicale, l'IU mixte. Il est également utile pour évaluer les troubles de la vidange.

Bref, le BUD ce n'est pas pour les nuls mais pour tous ceux qui veulent apprendre et comprendre...



Stomies urinaires, parlons-en !

Lille - CHRU

Sandrine BEAUDOIN, Carine JEGO, Jean-Nicolas CORNU

Autosondage, adhésion et pérennité

Toulouse - CHU Rangueil

Gaétane FOURÈS, Jean-Pierre BASTÉ, Xavier GAMÉ

Le contrôle de la miction n'est pas simplement une réponse physiologique à un besoin. C'est aussi l'empreinte tangible du contrôle de soi, enseigné depuis la plus tendre enfance, et le préalable à tout contact social.

Changer le mode mictionnel d'un patient c'est bouleverser tout un pan de sa vie intime, la représentation de son image corporelle et le mettre face à un déficit qui impacte son contrôle social.

L'annonce de l'autosondage n'est pas une évidence. Pour le patient, c'est la fin d'une fonction acquise depuis son plus jeune âge et une révolution dans sa prise en charge quotidienne.

L'adhésion à ce nouveau mode mictionnel proposé par le médecin passe par un temps d'accompagnement soignant, qui va permettre au patient de faire le deuil de son mode mictionnel antérieur, et de s'appuyer sur le soignant pour se reconstruire autour d'un drainage vésical devenu nécessaire sinon indispensable.

La compréhension des échecs, enregistrés ces dernières années lors du suivi des patients sous autosondage, a permis de développer de nouveaux outils favorisant l'adhésion et le suivi des patients. Mais pour être efficaces, les soins, l'apprentissage dispensés à ces patients doivent s'appuyer sur de solides réseaux ville-hôpital.

L'information des infirmières libérales et des médecins de ville est un préalable indispensable à la pérennité des autosoins au domicile.

La formation des soignants aux techniques d'entretien est aujourd'hui au moins aussi importante que la maîtrise du soin technique qui, pendant des décennies, a occupé toute notre attention.

Pour emporter l'adhésion du patient et pérenniser les pratiques, il faut savoir écouter et comprendre avant d'enseigner.

Formation des IDE/IBODE circulantes et instrumentistes en chirurgie robotique

Nantes - CHU Hôtel-Dieu

Christelle BLOTIERE, Edwige RIEGLER, Jérôme RIGAUD

Le métier d'IBODE permet encore une belle embellie dans son évolution grâce au décret de compétence qui est paru et qui nous donne la possibilité d'une ascension professionnelle.

Les nouvelles technologies en chirurgie nous poussent sans cesse à être compétentes et performantes.

Malheureusement, la maîtrise de nos gestes ne peut que s'acquérir par la formation en présentiel des techniques opératoires.

Certaines formations restent inconnues, notamment en ce qui concerne cet outil de haute technologie : le robot Da Vinci de la société Intuitive.

Nous souhaitons grâce à cette thématique vous exposer les différentes formations possibles auxquelles nous avons droit pour nous former aux bonnes pratiques professionnelles afin d'acquérir la maîtrise de cette avancée technologique chirurgicale.

Nous développerons les sujets suivants :

- la place du DIU de chirurgie robotique ;
- la formation continue ;
- la formation en interne avec le commercial de la société ;
- la formation à l'IRCAD en binôme avec un chirurgien.

En conclusion, nous vous exposerons notre expérience au sein de notre établissement lors de notre changement de robot, du S au Xi.

Je trace et rends compte à l'hôpital

Paris - Groupe hospitalier Saint-Louis

Sylvie TRIBONDEAU, Nicole TALOT, Fabrice DANJOU

Introduit en France en 1980, le **Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)** a d'abord été présenté comme un outil épidémiologique avant de devenir un outil d'allocation budgétaire. Il est obligatoire depuis la loi du 31 juillet 1991 qui oblige les établissements de santé à procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. C'est en 1994 que les établissements de santé ont eu obligation de transmettre leurs données d'activités hospitalières sous forme de **résumés de sorties anonymisés (RSA)** aux **DRASS** (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Cette pratique est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative contenue dans les **résumés de sortie standardisés (RSS)**.

Depuis 2005, la **tarification à l'activité (T2A)** est mise en œuvre dans les établissements de santé. Cette dernière est régie par des principes de **court séjour MCO** (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), **HAD** et **SSR** (Soins de Suite et Réadaptation) applicables à chaque séjour d'hospitalisation par la saisie informatique, d'une part, des **diagnostics codés d'après la CIM10** (Classification Internationale des Maladies et recours aux services de santé n°10) éditée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et adaptée au contexte français par l'**ATIH** (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation), et, d'autre part, des **actes techniques d'après CCAM** (Classification Commune des Actes Médicaux).

Sous la responsabilité des médecins d'information médicale (**DIM**), les techniciens d'information médicale (**TIM**), éventuellement assistés par d'autres

intervenants, comme les ingénieurs hospitaliers ou informaticiens, produisent les données d'information médicale qui sont groupées et exportées mensuellement vers la plateforme de l'**ATI**H. La validation de ces données par l'**ARS** (Agence Régionale de Santé) déclenche la facturation par l'assurance maladie. Les données générées à cet effet sont organisées et analysées par les équipes d'information médicale qui en garantissent la confidentialité et assistent les intervenants hospitaliers dans leurs besoins (épidémiologie, pilotage, gestion hospitalière, etc.).

La première étape de ce processus, sur laquelle repose tout l'édifice, consiste dans le recueil et l'extraction des données médicales fiables, et se situe dans les services de soins. Il s'agit de repérer, au sein du dossier du patient, les pathologies prises en charge ainsi que les investigations ou thérapeutiques mises en place durant l'hospitalisation. À cet effet, l'activité infirmière tient une place très importante dans le PMSI, car elle produit une grande partie des informations nécessaires au **codage de l'activité médicale**, via le dossier médical et le dossier de soins. De plus, nombre d'autres informations pertinentes au PMSI viennent s'ajouter à cela, comme par exemple la saisie des données de **traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables** (notamment en urologie : prothèses urétérales, urétrales, sphinctériennes, testiculaires) ou la **matérovigilance** par la **déclaration d'évènements indésirables** survenus pendant l'hospitalisation, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un Dispositif Médical Implantable.

Enfin, la saisie informatique de l'activité infirmière en hospitalisation ou au bloc opératoire génère de l'information sur la prise en charge des patients qui contribue non seulement à la production d'informations médicales pertinentes à la T2A, mais aussi à améliorer notamment la qualité des soins, le respect du droit à l'information des patients et la gestion des risques dans les établissements de santé.

MARDI
20/11

Salle 352 A

10:45 - 12:15

Séance Thématique 6

La RAAC après cystectomie

Quimper-Concarneau - CH de Cornouaille

Sanctine CLERIN, Catherine GESTIN, Anne LAVIGNE, Valérie PELLAY, Gilles CUVELIER

Le sondage vésical : les bonnes pratiques et matériels

Modérateurs : Sandrine CHENET, Claire MOREAU (infirmières expertes en urologie),
Antoine Faix, Albert SOTTO (chef de service des maladies infectieuses et tropicales) - CHU de Nîmes

Stomies continentales chez le patient neurologique

Paris - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Solenne CHEVANCE, Catherine ANDRÉ,
Emmanuel CHARTIER-KASTLER

Garches - Hôpital Raymond Poincaré - Aurélie-Anna DUBOIS, ergothérapeute et Alexia EVEN

PROGRAMME (15 minutes par présentation)

Le contexte des stomies cutanées continentales chez le neurologique, l'autosondage

Alexia EVEN

La stomie cutanée continente : technique chirurgicale

Emmanuel CHARTIER-KASTLER

La stomie cutanée continente : Les soins péri-opératoires chirurgicaux et les premiers sondages

Solenne CHEVANCE

La stomie cutanée continente : place de l'ergothérapeute dans une équipe multidisciplinaire

Aurélie-Anna DUBOIS

Discussion (30 minutes) et cas cliniques

En matière de vessie neurologique, le drainage de la vessie reste le premier élément pris en compte pour une bonne prise en charge. Ce drainage est le plus souvent assuré par l'autosondage lorsqu'existe une difficulté de vidange liée à une dyssynergie vésico-sphinctérienne dans le cadre d'une lésion médullaire.

La réalisation de l'autosondage, traitement actuellement parfaitement codifié et dont les éléments médicaux de preuve seront revus, peut être difficile à pratiquer au travers du méat urétral natif. Quelles qu'en soient les difficultés, l'autosondage devant toujours être réalisé, il peut être proposé de réaliser une dérivation cutanée continente. Ce type de montage d'indication multidisciplinaire permet à

un(e) patient(e) de pouvoir se sonder par un orifice abdominal. L'accès est ainsi rendu aisé, le schéma corporel est conservé (pas de sonde ni de poche a demeure). Cet orifice est en fait le point visible d'une pièce de « tube digestif » de petit calibre qui peut être l'appendice (Mitrofanoff), ou un appendice « fabriqué » en cas d'antécédent d'appendicectomie ou d'appendice non perméable. Le montage prend alors le nom de Monti ou de Casales. Quel qu'il soit, ce montage très fragile en période péri-opératoire longue et complexe qui sera détaillée, permet aux patients de trouver une autonomie de vie privée et/ou professionnelle.

La procédure opératoire associe souvent un agrandissement de vessie afin de protéger au mieux le haut appareil urinaire mais surtout de réduire le nombre de sondages à 4 à 6 par 24 heures. L'éducation à l'utilisation de ces montages est particulièrement importante tant pour que le (la) patient (e) ait compris les modalités physiques du sondage et de la vidange vésicale par « siphonage » que pour la qualité du suivi et la prévention des complications comme les lithiases urinaires ou les fausses routes dans le montage.

Aujourd'hui de nombreux patients atteints d'une pathologie neurologique sont concernés par le sondage, qu'il s'agisse d'hypo ou hyperactivité détrusorienne avec dyssynergie vésico-sphinctérienne. Une partie de ces patients ont des difficultés de préhensions (notamment les patients tétraplégiques ou sclérose en plaques), ce qui peut rendre difficile, voire impossible, la réalisation du geste de l'autosondage par les voies naturelles.

La dérivation cutanée continente est le plus souvent proposée à des femmes tétraplégiques. Dans ce cadre, lorsqu'il existe des problématiques d'accès au méat (visibilité, surpoids) ou de déshabillage (limitations fonctionnelles des membres supérieurs), une intervention chirurgicale peut être proposée par le corps médical. Cependant, la manipulation du matériel de sondage et des essais via une « fausse » stomie doivent impérativement être évalués en préopératoire de la chirurgie. Les capacités motrices et cognitives sont considérées ainsi que le temps nécessaire et la motivation du patient. Le service d'appareillage sera également impliqué dans le projet en vue d'adapter la gaine abdominale des patients tétraplégiques et ainsi faciliter l'accès à la stomie. Cette technique améliore grandement la qualité de vie des patients : selon l'étude de Vian (Progrès en Urologie, 2009) à propos de 32 patients dont 26 blessés médullaires, la DCC permettait de réduire de 48% les transferts (surtout chez les femmes) et 90% des patients se disaient satisfaits d'un point de vue fonctionnel et esthétique.

L'ergothérapeute a donc un rôle important dans le bilan préopératoire d'une dérivation cutanée continente via des bilans standardisés et normés, et dans le suivi post-opératoire afin d'améliorer les capacités motrices et gestuelles par une rééducation ciblée, préconiser des aides techniques et aménager l'environnement au vu d'incapacités persistantes et afin de faciliter le sondage au travers de la DCC de façon parfaitement autonome. L'infirmière a un rôle majeur en péri-opératoire. Les médecins travaillant en équipe multidisciplinaire assurent l'indication, l'information et l'organisation du suivi.

Au total l'atelier souhaite répondre aux objectifs suivants :

- Connaître l'auto-sondage et ses difficultés éventuelles de réalisation.
- Savoir placer la stomie cutanée continente dans l'arsenal thérapeutique possible en cas de vessie neurologique.
- Avoir compris les principaux aspects techniques chirurgicaux et leurs principes.
- Connaître la place de l'ergothérapeute dans l'évaluation et savoir en indiquer la consultation préalable à la chirurgie.
- Savoir les principales recommandations internationales sur le sujet.

Les actes exclusifs IBODE : discussion sur la nouvelle réglementation

Maître Jean-Christophe BOYER, en liaison avec l'Union nationale des associations des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état

JORF n°0024 du 29 janvier 2015, Page 1334

Texte n° 38

Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

NOR: AFSH1418637D

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/AFSH1418637D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/2015-74/jo/texte>

Publics concernés : infirmier et infirmière de bloc opératoire, infirmier et infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire au moment de l'entrée en vigueur du décret.

Objet : le présent décret définit les actes et activités que les infirmières et infirmiers de bloc opératoire sont seuls habilités à réaliser à condition d'avoir suivi une formation.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain du jour de sa publication.

Notice : le décret introduit dans le code de la santé publique deux nouveaux articles consacrés à l'exercice des infirmiers et infirmières de bloc opératoire. Il habilite les infirmiers et infirmières de bloc opératoire à réaliser de nouveaux actes et activités et précise les conditions dans lesquelles ils seront réalisés. Il permet également aux infirmiers en formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire

de participer aux activités réservées aux infirmiers et infirmières de bloc opératoire.

Pour exercer ces actes et activités, l'ensemble des infirmiers et infirmières de bloc opératoire en exercice et en cours de formation devront avoir suivi une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020.

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4311-1, L. 4382-1 et R. 4311-11 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 6312-1, L. 6312-2 et L. 6313-1 ;

Vu la loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 9 juillet 2014 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 27 août 2014 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Après l'article R. 4311-11 du code de la santé publique, il est inséré les articles R. 4311-11-1 et R. 4311-11-2 ainsi rédigés :

Art. R. 4311-11-1. L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir les actes et activités figurant aux 1° et 2° :

1° Dans les conditions fixées par un protocole pré-établi, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :

a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- l'installation chirurgicale du patient ;
- la mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotiques ;
- la fermeture sous-cutanée et cutanée ;

b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;

2° Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. R. 4311-11-2. L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire peut participer aux actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 dans les conditions qui y sont définies, en présence d'un infirmier ou d'une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire.

Article 2

I. - Doivent suivre une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020 les professionnels mentionnés ci-dessous :

1° L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire titulaire du diplôme d'Etat, en exercice à la date d'entrée en vigueur du présent décret ;

2° L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire à la date d'entrée en vigueur du présent décret.

II. - Pour pouvoir réaliser les actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique entre la date d'entrée en vigueur du présent décret et le 31 décembre 2020, les professionnels mentionnés aux 1° et 2° du I doivent avoir suivi la formation complémentaire mentionnée au I.

III. - Le contenu, les modalités de cette formation complémentaire et le modèle type d'attestation de formation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les employeurs publics et privés assurent le financement de cette formation au titre des dispositifs de formation professionnelle continue, de formation professionnelle tout au long de la vie ou du développement professionnel continu.

Article 3

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 janvier 2015.

Manuel Valls

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Marisol Touraine

Prise en charge des drainages externes de l'hospitalisation au domicile

Bayonne - Capiro clinique Belharra
Sophie BISSEY, Mathieu HUMBERT

Les drainages externes en urologie se retrouvent à tous les niveaux de l'arbre urinaire.

De la néphrostomie provisoire ou définitive à la sonde vésicale en passant par la cystostomie et les urétérostomies unies ou bilatérales, ces drainages nécessitent des surveillances et soins infirmiers propres à chacun d'eux.

Aussi, quels en sont les caractéristiques et les principes de pose ?

Quels sont les soins infirmiers spécifiques que ce soit des pansements ou des appareillages et quel relais peut-on mettre en place de l'hospitalisation au retour à domicile ?

Comment peut-on aider le patient à gérer son drainage et que peut-on lui proposer pour lui permettre un maximum de confort ?

Des soins attentifs à l'ambulatoire : la néphrectomie partielle, un exemple d'évolution des pratiques

Bordeaux - CHU Pellegrin

Audrey BARBEAU, Valérie BRUNET, Geneviève CAPITAIN, Caroline DUBERNET, Françoise PICARD, Cindy POULAIN, Solène RICARD, Jean-Christophe BERNHARD

La néphrectomie partielle pour traitement des tumeurs du rein peut être considérée comme une chirurgie complexe dont la diffusion à long terme pu être freinée par une morbidité post-opératoire potentielle. Ainsi, dans notre expérience, il y a encore 4 ans, la surveillance post-opératoire initiale se faisait en secteur de soins attentifs.

L'évolution des techniques chirurgicales ainsi que le développement de parcours de soins de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) voire d'ambulatoire, ont permis de transformer le vécu post-opératoire des patients.

Cet atelier, en prenant l'exemple de la néphrectomie partielle, a pour objectif de détailler les facteurs, stratégies et modes d'organisation qui permettent de modifier la prise en charge globale d'une pathologie et de favoriser la réautonomisation du malade.

Nous aborderons :

- l'évolution des techniques chirurgicales, de la voie ouverte à la laparoscopie avec assistance robotique ;
- le développement de protocoles pluridisciplinaires médicaux et paramédicaux ;
- l'évolution des soins infirmiers post-opératoires ;
- le développement de parcours de soins spécifiques RAAC et ambulatoire ;
- la mise en place d'une coordination infirmière.

Chacun de ces points fait appel à une implication d'équipe au sens large et s'accompagne d'un changement des pratiques infirmières.

Enfin, l'impact médico-économique de ces évolutions sera abordé.

MARDI
20/11

Salle 352 A

13:45 - 15:15

Séance Thématique 11

Dysfonction érectile et implant pénien : prise en charge globale

Montpellier - Centre d'urologie du Polygone
Hélène BASCOU, Antoine FAIX

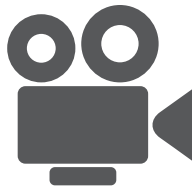
Transplantation rénale et don du vivant

Paris - HEGP

Bérengère FOURNIER, Typhaine NICOLAU-MERICAM, Céline LOVATO, Marc-Olivier TIMSIT

PROGRAMME **Planning journée**

15:30 → 17:30	FORUM ÉCHANGES ET VIDÉOS	Amphi. Bordeaux
V1	Sondes urinaires et biofilm	22
	Nîmes - CHU Carémeau - Albert SOTTO	
V2	Les nuisances sonores au bloc opératoire	23
	Toulouse - CHU Rangueil - Laure CARILLO, Alicia DEVIC, Xavier GAMÉ	
V3	La prothèse pénienne sous toutes ses coutures	24
	Lyon - Hospices Civils, Groupement hospitalier Sud Florence DEALESSANDRI, Alexia RUEDA, Nicolas MOREL-JOURNEL	
V4	Neurostimulation tibiale postérieure	25
	Toulouse - CHU Rangueil - Gaétane FOURES, Jean-Pierre BASTIÉ, Xavier GAMÉ	
V5	Miction impossible ?	26
	Toulouse - CHU Rangueil - Carinne GRANGE, Jean-Pierre BASTIÉ	



17:30	Assemblée Générale de l'AFIIU	Amphi. Bordeaux
	(ouverte à tous les adhérents 2017 de l'association)	

MARDI
20/11

Amphi. Bordeaux

15:30 - 17:30

Vidéo 1

Sondes urinaires et biofilm

Nîmes - CHU Carémeau
Albert SOTTO

Les nuisances sonores au bloc opératoire

Toulouse - CHU Rangueil

Laure CARILLO, Alicia DEVIC, Xavier GAMÉ

Le bloc opératoire est un univers en évolution constante avec l'apparition de nouvelles technologies toujours plus performantes. Mais nous nous sommes rendus compte que technologies de pointe ne rime pas forcément avec « silence ». En effet les niveaux sonores dans les salles d'opérations devraient faire l'objet d'une attention particulière.

Le bruit peut-être significatif d'avertissement, d'un dysfonctionnement, de nuisances sonores ou il peut également permettre une meilleure ambiance dans la salle d'intervention (musique).

Le bruit à forte intensité ou lors d'une exposition prolongée peut avoir des effets néfastes plus ou moins graves sur la santé d'un individu.

Des moyens de prévention peuvent être mis en place afin de limiter les nuisances sonores sans toutefois les supprimer totalement car certains bruits sont utiles et sécuritaires.

La prothèse pénienne sous toutes ses coutures

Lyon - Hospices Civils, Groupement hospitalier Sud
Florence DEALESSANDRI, Alexia RUEDA, Nicolas MOREL-JOURNEL

Des troubles érectiles aux transsexuels, l'appareillage pénien offre un large panel de prothèse.

Riche de notre expérience sur la chirurgie prothétique de verge comme centre de référence, nous vous présenterons nos techniques chirurgicales et nos pratiques infirmières au regard de tous ses implants péniens.

Outre cette diversité de prothèses, l'implant pénien a connu une évolution considérable depuis sa création. Mais quelle sera la prothèse de demain ?

Neurostimulation tibiale postérieure

Toulouse - CHU Rangueil

Gaétane FOURÈS, Jean-Pierre BASTIÉ, Xavier GAMÉ

Miction impossible ?

Toulouse - CHU Rangueil

Carinne GRANGÉ, Jean-Pierre BASTIÉ

08:45 Ouverture de la journée

Françoise PICARD, Présidente de l'AFIIU
 Thierry LEBRET, Président de l'AFU
 Cyrille BASTIDE, Marc GÉRAUD, organisateurs et référents AFU

09:00 → 11:10 BRÈVES**09:00 Pose de sonde à demeure**

Présentation du prototype de la fiche de soin AFIIU validé par l'AFU..... 30

AFIIU

09:20 Prise en charge de la douleur en urologie..... 31

Paris - Hôpital Cochin
 Barbara KRZANOWSKI, Valérie LAMANDE, Martine MENO, Michaël PEYROMAURE

10:00 Pause et visite des stands**10:30 Le DIU nouveau ! 32**

Emmanuel CHARTIER-KASTLER, responsable d'enseignement DIU d'infirmière experte en urologie

10:45 Ponction-biopsie de prostate ciblée..... 33

Grenoble - CHU
 Emeline GUFFROY, Ludivine DELATTRE, Jean-Alexandre LONG

PROGRAMME Planning journée

11:10 → 16:30 CONFÉRENCES**11:10** Le burn out34

Marie-Christine BECQ, médecin anesthésiste à Paris, Groupe hospitalier Saint-Louis
 Pascal CHABOT, philosophe, enseignant à l'Institut des Hautes Etudes en Communications Sociales (IHECS) à Bruxelles

12:30 Déjeuner**14:00** Coordination de soins en uro-oncologie35

Toulouse - CHU Rangueil
 Jean-Pierre BASTIÉ, Xavier GAMÉ

14:35 Protocole de coopération : acte dérogatoire du médecin à l'infirmière36

Rouen - CHU Charles Nicolle
 Sandrine BEAUDOUIN, Carine JEGO

15:10 Remise du prix du meilleur atelier**15:20** Hormonothérapie : prévention et gestion des effets secondaires37

Paris - Groupe hospitalier Saint-Louis
 Malika DJOUADOU, Célia LIRON, Pierre MONGIAT-ARTUS

15:55 Cancérologie et recherche en soins infirmiers38

Paris - Institut Curie
 Isabelle FROMANTIN, infirmière chercheuse

16:30 Fin des 39^{es} Journées

Pose de sonde à demeure
Présentation du prototype de la fiche de soin AFIU
validé par l'AFU

AFIU

Prise en charge de la douleur en urologie

Paris - Hôpital Cochin

Barbara KRZANOWSKI, Valérie LAMANDE, Martine MENO, Michaël PEYROMAURE

Depuis plus d'une année, les infirmières du service d'urologie de l'hôpital Cochin utilisent les pratiques de médecine alternative comme la relaxation, le toucher et l'hypnose. Au regard des nouvelles technologies pratiquées par les médecins urologues, le personnel soignant, sous l'impulsion de l'anesthésiste référent du service, a voulu concilier techniques de soins et bien-être à l'hôpital. Cette nouvelle approche est utilisée pour diminuer l'anxiété et soulager les douleurs physiques et psychologiques. Les mots prononcés par une voix douce, apaisante utilisant un vocabulaire positif « je caresse les veines, je vous libère de votre drain... », évoquant le souvenir d'un instant, d'un lieu agréable, d'une odeur, d'un objet fétiche apaisent et rassurent le patient. Le personnel soignant qui utilise cette méthode constate la diminution de l'utilisation d'antalgiques avant tout acte de soins douloureux ou anxiogène.

Si le personnel est convaincu du bienfait de ces techniques auprès de leur patient, il trouve également un intérêt personnel. Plus détendu, il travaille avec des gestes plus lents, plus légers « je me retrouve dans mon cœur de métier ». A l'heure de la robotisation, le personnel soignant s'attache à préserver les soins personnalisés apportant bien-être et confort pour tous.

Le DIU nouveau !

Emmanuel CHARTIER-KASTLER,
Responsable d'enseignement DIU d'infirmière experte en urologie

Ponction-biopsie de prostate ciblée

Grenoble - CHU

Emeline GUFFROY, Ludivine DELATTRE, Jean-Alexandre LONG

Le burn out

Marie-Christine BECQ, médecin anesthésiste à Paris, Groupe hospitalier Saint-Louis
Pascal CHABOT, philosophe, enseignant à l'Institut des Hautes Etudes en Communications Sociales (IHECS) à Bruxelles

Il fallait établir ce constat : avant d'être un problème individuel, le burn-out est d'abord une pathologie de civilisation. Marquée par l'accélération du temps, la soif de rentabilité, les tensions entre le dispositif technique et des humains déboussolés, la post-modernité est devenue un piège pour certaines personnes trop dévouées au système dont elles cherchent en vain la reconnaissance.

Mais ce piège n'est pas une fatalité.

Face aux exigences de la civilisation postmoderne, il est possible de s'interroger, et de se demander comment créer un nouvel équilibre au milieu du déséquilibre qu'elle organise. Comment, en somme, transformer l'œuvre au noir du burn-out afin qu'il devienne le théâtre d'une métamorphose - et que naisse de son expérience un être moins fidèle au système, mais plus en phase avec ses paysages intérieurs.

Pascal Chabot est philosophe. Il enseigne à l'Ihecs (Bruxelles). Il est notamment l'auteur, aux Puf, de *Les sept stades de la philosophie* et *L'âge des transitions* et *Exister, résister*. Avec Jérôme le Maire, il a réalisé le film *Burning out*. Dans le ventre de l'hôpital.

Coordination de soins en uro-oncologie

Toulouse - CHU Rangueil

Jean-Pierre BASTIÉ, Xavier GAMÉ

Protocole de coopération : acte dérogatoire du médecin à l'infirmière

Rouen - CHU Charles Nicolle

Sandrine BEAUDOUIN, Carine JEGO

Notre métier d'infirmier(e) est encadré par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la Santé Publique dans lequel y est défini notre rôle propre (articles R 4311-1 à R 4311-5) et notre rôle sur prescription médicale (articles R 4311-7 à R 4311-9).

Ce décret ne nous autorise pas à réaliser certains actes liés à notre pratique en urologie.

Dans ce contexte, comment valoriser nos compétences tout en régularisant et sécurisant nos pratiques professionnelles « border line » ?

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 nous permet, à titre dérogatoire, à l'initiative des professionnels, la mise en place de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients sous la forme de protocole de coopération.

En France, la HAS a autorisé 38 protocoles de coopération entre médecin (délégant) et infirmier (délégué).

En urologie, deux protocoles de coopération entre professionnels de santé ont été validés par la Haute Autorité de Santé :

- en 2011 : Réalisation de Bilan Uro-Dynamique (BUD) par une infirmière experte en urologie en lieu et place d'un médecin ;
- en 2016 : Réalisation d'injection intracaverneuse (IIC) d'alprostadil par l'infirmière experte, en lieu et place d'un médecin, interprétation du résultat de l'IIC et mise en place du suivi du programme d'éducation aux IIC par l'infirmière experte.

La procédure d'adhésion à un protocole autorisé n'est pas un long fleuve tranquille. Où trouver les renseignements ? Comment éviter certains écueils ? À travers mon expérience, je vais vous décrire les différentes étapes pour adhérer à un protocole de coopération : accord de l'employeur, demande d'autorisation d'adhésion auprès de l'ARS de votre région, attestation d'assurance de l'employeur, déclaration sur l'honneur, formation demandée, déclaration d'engagement en équipe...

Le but de mon intervention est de réfléchir ensemble à l'évolution de notre profession en urologie.

Hormonothérapie : prévention et gestion des effets secondaires

Paris - Groupe hospitalier Saint-Louis

Malika DJOUADOU, Célia LIRON, Pierre MONGIAT-ARTUS

MERCREDI

21/11

Amphi. Bordeaux

15:55 - 16:30

Conférence 5

Cancérologie et recherche en soins infirmiers

Paris - Institut Curie

Isabelle FROMANTIN, infirmière chercheuse

MERCREDI

21/11

Accent'Aigu - Paris, France



Organisation

Colloquium - AFIIU 2018
2-8 rue Gaston Rebuffat
75019 Paris
Téléphone : 01 44 64 15 15
E-mail : cfu@clq-group.com

