

iTransmissions

l'exercice paramédical à l'AP-HP

La prévention des risques iatrogènes évitables liés aux soins au service de la sécurité des patients et des soignants



J'ai été nommée Directrice du service central de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques par M. Benoît Leclercq, Directeur général, pour succéder à Michelle Bressand. Ma prise de fonction, en mars 2009, s'inscrit dans un contexte complexe avec lequel les équipes médico-soignantes composent pour assurer continuité, sécurité, efficacité des soins et accompagnement apportés aux malades et à leurs proches. Malgré un certain manque de lisibilité, la sécurité des soins s'impose dans le plan stratégique 2010-2014 comme la priorité, du point de vue des soignants et des soignés : soins programmés ou en urgence, de MCO, SSR, SLD ou d'HAD, soins courants ou crise sanitaire, l'usager attend le « 0 défaut » !

Cette exigence légitime pèse sur notre exercice *via* le recours à des procédures, protocoles, standards de soin, règles de bonnes pratiques, recommandations qu'il faut homogénéiser, appliquer et tracer d'accréditation en certification.

Si de réels progrès ont été accomplis de façon verticale par spécialité et par unité, la route qui mène à une qualité maîtrisée de l'ensemble des processus horizontaux et des parcours de soins est encore longue. Elle passe par le décloisonnement et le dialogue pluri-professionnel, par la sécurisation des interfaces des processus de soins (du malade et du soignant - ultime maillon de sécurité - au médecin prescripteur), sans oublier les phases administratives, techniques et logistiques. Il faut promouvoir la pédagogie de l'erreur à l'échelle des pôles et unités : la déclaration systématique et déculpabilisée des événements indésirables et ceux précurseurs d'accidents dans Osiris (erreurs d'identité, de médicaments, chutes, infections etc.). Le signalement permet d'organiser des cellules de retours d'expériences pluridisciplinaires multi-professionnelles (CREX), revues de morbi-mortalité médico-soignantes, enquêtes ENEIS, audits ciblés qui permettent d'identifier les faiblesses et de s'améliorer, en considérant les contraintes de chacun selon les risques liés à ses activités plutôt que selon sa profession ou sa position hiérarchique. La traçabilité, la prévention des risques et la culture qualité sont longues à mettre en œuvre ; cela nécessite l'implication individuelle et collective de tous.

Il est indispensable que chacun assume son rôle pour dispenser des soins sécurisés et de qualité au sein de l'AP-HP : il en va de la sécurité des professionnels, ce qui n'est pas anodin à l'heure où l'erreur peut, *via* la pression médiatique, prendre des proportions considérables. Pour ma part, je m'efforcerai de permettre aux paramédicaux, que j'ai l'honneur et la responsabilité de représenter, d'assurer la sécurité des soins afin qu'ils puissent exercer sereinement.

Roselyne Vasseur

Directrice du service central des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP

2 [dossier]

Panorama 2

- La gestion des risques à l'AP-HP : un engagement collectif

Terrain 3-5

- Bichat : sécurisation des soins et traitement de la douleur, une question de pédagogie
- Bichat : des actions modèles
- HAD : une formation pour faire face à l'urgence vitale

6 [commission centrale]

Comptes rendus des Commissions du 5 décembre 2008 et du 6 mars 2009

8 [brèves]

Mouvements
Publications
Manifestations

La gestion des risques à l'AP-HP : un engagement collectif



Marie-Laure Pibarot, médecin responsable de la qualité et de la sécurité des soins à l'AP-HP

[2]

Dans le cadre de son plan stratégique 2005-2009, l'AP-HP a choisi de s'engager dans une démarche continue d'amélioration de la qualité, dont l'enjeu principal est de réduire le niveau des risques auxquels les malades sont exposés à l'hôpital. Si depuis plus d'une dizaine d'années des « vigilances » ont été mises en place pour signaler les incidents sérieux qui pourraient se produire avec notamment les produits sanguins, les matériels biomédicaux, les médicaments ou les infections nosocomiales, *il faut aller plus loin dans notre engagement collectif, pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que cela est possible, les risques encourus par les patients, les visiteurs et les personnels* précise Marie-Laure Pibarot, responsable de la sécurité des soins à l'AP-HP.

Pour cela, il faut accepter que d'une part, nous sommes tous faillibles, ce n'est pas un problème de compétence ou de négligence et que d'autre part, la prévention repose sur la correction des défaillances organisationnelles et du système et non sur la recherche de culpabilité des individus ou des équipes qui ont fait des erreurs. Plus encore qu'une politique, c'est une culture qu'il faut développer et diffuser au sein de l'AP-HP.

Lieu de soulagement des souffrances et de guérison des affections, l'hôpital est aussi celui de tous les dangers, où des patients encourent des risques au-delà de ceux générés par l'évolution de leur propre maladie ou des soins qu'elle implique. *Primum non nocere* ou « d'abord ne pas nuire » s'impose donc comme le principe directeur de la politique de qualité et de gestion des risques de l'AP-HP.

À partir de ces deux constats, la démarche en matière de gestion des risques est essentiellement pragmatique et peut se décomposer en trois axes : favoriser le signalement des événements indésirables, organiser leur analyse, mettre en place des actions et un système de suivi pour éviter qu'ils ne se reproduisent. En un mot, il faut structurer le retour d'expérience, à tous les niveaux. Enfin, pour Marie-Laure Pibarot, *la gestion des risques est un processus dynamique qui doit prendre en compte les bénéfices et les risques de toute action. C'est pourquoi la construction de la sécurité doit se faire, en lien avec les malades.*



Guide AP-HP sur les RMM : Destiné à accompagner les chefs de service, de département ou d'unité clinique et leurs équipes, ce guide, *Optimiser la sécurité du patient - Revues de mortalité-morbidité*, est un exemple des outils mis en place par l'AP-HP pour améliorer la prévention et la gestion des risques.

Sécurisation des soins et traitement de la douleur : une question de pédagogie

De nos jours, la médecine s'est perfectionnée mais, paradoxalement, est devenue plus dangereuse. Prendre soin du patient, c'est prendre en compte, dès son arrivée à l'hôpital, les risques auxquels il est potentiellement exposé : chutes, suicides, escarres, risques nutritionnels etc. Mettre à disposition des équipes soignantes des outils d'aide à la décision, comme les échelles d'évaluation, aide à les mesurer. Analyser avec l'équipe soignante les causes d'événements indésirables à travers les retours d'expériences rend les situations pédagogiques et permet de prévenir leur survenue.

L'EPP : expertiser les pratiques cliniques

Au sein de l'AP-HP, la direction des soins de l'hôpital Bichat-Claude Bernard participe au développement d'une culture de sécurité qui vise à renforcer la compétence professionnelle, favoriser le partage d'expériences et impulser une prise en charge du patient pluri-professionnelle. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est à la fois un outil de formation, de recherche et d'expertise. À l'hôpital Bichat-Claude Bernard, nous évaluons pour la 3^e fois (2005-2007-2009) la prise en charge des plaies sur l'ensemble des services de soins, explique Doris Berdugo. Les plaies posent un problème majeur, génèrent des coûts considérables, induisent des complications infectieuses, nutritionnelles et altèrent la qualité de vie. Selon elle, cette démarche a permis de lutter contre l'hétérogénéité des pratiques, d'améliorer l'adéquation des pansements, de poursuivre la lutte contre l'utilisation des antiseptiques, de prévenir les escarres et de prendre en charge la douleur provoquée par les pansements.



Doris Berdugo, cadre expert à l'hôpital Bichat-Claude Bernard

Perfectionner la gestion des soins douloureux

Risque connu et identifié, la douleur fait l'objet, depuis 2006, d'une attention particulière à l'hôpital Bichat-Claude Bernard. L'une des priorités concerne les soins douloureux en médecine et en chirurgie. *Il est en effet apparu nécessaire de mieux entourer certains actes (ponctions, ablation de drain ou réfection de pansements), par des traitements antalgiques adéquats et par la mise en œuvre d'une analgésie préventive, avant, pendant et après le geste invasif ou le soin douloureux,* précise Doris Berdugo. Dans ce sens, une enquête annuelle, dont les résultats sont transmis aux soignants, est menée pour analyser la prise en charge de la douleur, identifier les bonnes pratiques et les points à améliorer.

Des formations sur l'évaluation systématique de la douleur, son traitement et l'impact de l'écoute soignante, aux effets antalgiques reconnus, sont destinées tant aux infirmières qu'aux aides soignantes. *La qualité des soins dépend de la contribution et de la satisfaction des attentes d'une multitude de partenaires aux rôles différents. C'est pourquoi, le 16 juin dernier, tout le personnel hospitalier était convié à la 3^e Journée du Comité de lutte contre la douleur (CLUD).*

« La culture de l'erreur positive reste à développer. Car, si celle de la faute génère des sentiments de culpabilité, des attitudes clandestines et entraîne, par conséquent, un repli sur soi, l'apprentissage par l'erreur valorise la réussite et favorise la concertation, augmentant ainsi la prévention. »

[3]

Des actions modèles à l'hôpital Bichat Claude-Bernard

Avec pour ligne directrice la politique globale de l'AP-HP, la Direction de la qualité de l'hôpital Bichat Claude-Bernard met en œuvre les axes prioritaires pour identifier et prévenir les risques. Annick Macrez revient sur certaines actions jugées exemplaires.

Signaler les événements indésirables : de la déclaration papier à Osiris

Entraîner la culture du signalement au sein du personnel soignant de l'hôpital est l'un des enjeux principaux de la gestion des risques à l'hôpital Bichat Claude-Bernard. Jusqu'en 2000, la déclaration d'un événement indésirable se faisait via un formulaire papier, ce qui ne favorisait pas la pratique du signalement. *Nous avons donc décidé de concevoir un outil informatique, plus simple et accessible par l'ensemble du personnel via l'intranet de l'hôpital*, explique Annick Macrez. Depuis, le système a été étendu à tout le réseau AP-HP sous le nom d'Osiris et le nombre de signalements est en progression constante.

Prévenir le risque d'identification : le bon soin au bon patient

Une fois le risque identifié, des actions pour le prévenir sont mises en place. Ainsi, pour 2008-2009, l'identification du patient figure parmi les axes prioritaires de la gestion des risques à l'hôpital Bichat Claude-Bernard. Pour Annick Macrez, *il s'agit, d'une part, d'avoir dès l'admission le bon nom pour le bon patient et, d'autre part, de donner le bon soin au bon malade tout au long de son séjour à l'hôpital*. Pour ce faire, une cellule identito-vigilance a été créée et se réunit tous les mois pour décider des procédures à mettre en œuvre, telle que la généralisation du bracelet d'identification, et des progrès à réaliser. Au sein de l'hôpital, une campagne de communication à destination du personnel est également organisée. Affiches et dépliants leur rappellent les bonnes pratiques à adopter.

Analyser les événements indésirables graves : le retour d'expérience

Le rôle de la Direction de la qualité est également prépondérant dans la gestion des événements indésirables graves, et notamment dans leur analyse. Elle est présente pour aider l'équipe soignante confrontée à l'événement à mettre rapidement en œuvre



Annick Macrez, directrice qualité-gestion des risques à l'hôpital Bichat Claude-Bernard

des actions, et notamment à s'organiser pour réaliser un retour d'expérience. À titre d'exemple, Annick Macrez évoque un accident survenu en cours de CEC dans le secteur chirurgie de l'hôpital Bichat Claude-Bernard : *Peu de temps après l'incident, une réunion d'analyse a été mise en place pour revenir chronologiquement sur l'événement et sur le rôle de chacun, ainsi que pour comprendre les causes et évaluer les conséquences. À partir de ce retour d'expérience, l'équipe a rédigé un guide à destination du personnel soignant avec les clés pratiques à connaître et la conduite à tenir lors de ce type d'incident. Enfin, une matinée de congrès ouverte aux personnels concernés nous a permis de réaliser un retour d'expérience.*



Guide de l'hôpital Bichat-Claude Bernard sur la CEC : né d'un retour d'expérience, ce guide, *Circulation extra-corporelle*, donne aux équipes soignantes les conduites pratiques et les clés pour gérer des situations d'urgence.

Initiative à l'HAD : une formation pour faire face à l'urgence vitale

Dans le cadre de l'Hospitalisation à domicile (HAD), les soignants sont confrontés régulièrement à deux types d'événements indésirables : les urgences vitales chez le patient et, au cours de leurs déplacements, les accidents sur la voie publique. À cela s'ajoute la solitude de leur mission : contrairement aux personnels hospitaliers, ils ne sont pas directement assistés d'une équipe médicale. Seuls, ils doivent effectuer les bons gestes, gérer le stress, sécuriser les lieux ou prendre des initiatives décisives en attendant l'arrivée du SAMU.

Genèse du projet

Ce contexte a révélé chez ces professionnels un réel besoin de formation aux soins d'urgence. L'HAD a sollicité le Centre d'enseignement de soins d'urgences de Paris (CESU 75), dit Grégoire Audo, afin qu'il dispense à nos soignants la Formation aux gestes et aux soins d'urgences (AFGSU). Créée en 2006 et destinée à la totalité du personnel travaillant au sein d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale, elle vise à donner les connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge en attendant l'arrivée de l'équipe médicale. Le CESU 75 n'est pas en mesure d'assurer l'intégralité de la formation HAD : Il était nécessaire d'en faire bénéficier nos soignants. Nous avons décidé de créer une équipe de 4 formateurs relais de l'HAD, dont je fais partie, avec l'aide du CESU 75, explique Grégoire Audo. Grâce à l'intense collaboration du CESU 75, de la CGS et du service de formation continue de l'HAD*, le projet a pu voir le jour. Un franc succès puisque l'HAD est le premier établissement de l'AP-HP à avoir développé cette formation en interne conduisant à l'attestation de l'AFGSU.



Grégoire Audo,
cadre expert
en soins à l'HAD
et formateur AFGSU

Pari gagné

Entre janvier 2008 et mars 2009, 14 sessions de formation ont été organisées, auxquelles ont participé 142 professionnels de l'HAD (soit 30 % du personnel). Parmi eux, 40 professionnels administratifs ont pris part à l'AFGSU de niveau 1 et ont été initiés aux gestes qui sauvent dans le cas d'urgences vitales (hémorragie, inconscience, arrêt cardio-ventilatoire) ou d'urgences potentielles (malaise, traumatisme). Les 102 professionnels de santé (infirmières, aides-soignants, kinés) ont quant à eux suivi le programme du niveau 2 qui comprend également les urgences vitales et potentielles, ainsi que d'autres actes tels que l'utilisation du matériel de réanimation, le retrait du casque ou la pose du collier cervical. L'originalité de la formation est qu'elle repose sur la pédagogie de la découverte ; le contenu est donné à partir de situations professionnelles décrites par les participants. Grâce à des exposés, des simulations et des travaux de groupes, ils apprennent les gestes techniques et gagnent ainsi en assurance. Enfin, 15 mois après, le bilan est extrêmement positif : il indique que 100 % des participants se déclarent satisfaits, voire même très satisfaits. Ils apprécient l'ambiance de travail, en petit groupe de 10 à 12 personnes encadrées par 2 formateurs, et reconnaissent se sentir mieux armés pour faire face aux urgences, tant dans leur vie professionnelle que privée.

Le bouche à oreille fonctionne : les sessions prévues jusqu'à la fin 2009 affichent complet, si bien qu'un infirmier et une puéricultrice viendront prochainement renforcer l'équipe de formateurs.

* Béatrice Costes-Henry, responsable de la formation continue de l'HAD, Nadine Gomez IDE-formatrice à l'HAD, Franck Paillard, cadre IADE, responsable du CESU 75, Grégoire Audo, cadre expert en soins, CGS de l'HAD.

Séance plénière du 5 décembre 2008

1. Les structures : Julia SAUTEREY-PALISSIER

M^{me} SAUTEREY-PALISSIER présente les modifications d'organisations des différents sites.

- GHU OUEST *Cochin Saint-Vincent-de-Paul* : le projet de réorganisation recueille 25 votes pour et 1 abstention. La commission centrale des soins suivra le vote de la commission locale (25 votes pour, 2 abstentions).
- GHU EST *Pitié-Salpêtrière* : les modifications sont votées à l'unanimité des membres de la commission.
- GHU NORD *Lariboisière* : le projet de réorganisation recueille 26 votes pour et 1 abstention.
- GHU SUD *Albert-Chenevier, Henri-Mondor* : le projet de réorganisation recueille 24 votes pour et 3 abstentions.

À noter que pour les hôpitaux Paul-Brousse et Henri-Mondor la création d'une UF est prévue.

M^{me} SAUTEREY-PALISSIER informe la commission de l'absence d'informations relatives aux structures lors de la mise en place des groupes hospitaliers. Ainsi, les instances ne siègeront qu'à partir de 2011.

2. La gestion de la dette : Armelle DEGENEVE

(Cf. diaporama)

M^{me} DEGENEVE présente le rapport préliminaire 2009 relatif aux grandes orientations de l'EPRD. Elle rappelle que le gouvernement a accéléré la mise en place totale de la réforme T2A en 2008. L'effort de convergence est chiffré à 300 millions d'euros jusqu'en 2012, les coûts de l'AP-HP sont importants. Un EPRD a été prévu initialement à 10 millions d'euros puis modifié à 37 millions d'euros. Elle indique qu'en 2009, la poursuite des objectifs nationaux s'accompagne d'une meilleure prise en compte des missions EPS afin de mieux les rémunérer à travers les tarifs et les MIGAC.

En outre, elle souligne que le déficit s'accroît et nécessite de consolider les bons résultats sur l'activité, et de mettre en œuvre un plan de transformation ambitieux. En 2009, l'EPRD serait ainsi déficitaire de 230 millions d'euros. Enfin, les leviers d'amélioration du compte de résultat 2009 sont les groupes hospitaliers, la réforme du siège ainsi que le déploiement du NSI.

3. Point sur les consultations externes

à l'AP-HP - Point sur les performances médicales :

Isabelle GASQUET

M^{me} GASQUET rappelle les missions des consultations :

- répondre aux besoins de la population par une adaptation de l'offre de consultation,
- être une activité d'excellence,

Étaient présents

MMES ET MM. ABATAN, AKPLOGAN ANDRIEU, ALIOUAT, BEGUIN, BOULOT, DUBOURDIEU, FRONTINO, HEMERY, HOTON, MARTINEAU, POUESSEL, POUPON, THARCIS, TOURNIER, BERTHE, FROGER, BASTIDE, CANDELIER, CARAMAN, GUÉHEL, JULÉ, LEBON, MAZOUZ, SALAMON, SANDERS, MARCHIX, VIC, DELALIEUX, DUMAS, GAUTHIER, MIATH, TENKORANG, MARIN-LA-MESLEE, NAVIAUX-BELLE.

Invités et participants

MMES LADEGALLERIE, SAUTEREY-PALISSIER, DEGENEVE, GASQUET.

Absents et excusés

MMES ET MM. FARID, FAYE, SAVEL, DUPONT, GUY, LAKOMICKI, BAKHOUM, SAME, AUGUSTIN, LECLERC, PEIGNÉY, BAKHOUM, GALLET, GIRAUD du POYET, ROUSSEAU, TRAN, AHMED-GAID, BEUCHER, JUSTIN.

- participer au recrutement hospitalier,
- participer à la prise en charge des urgences,
- contribuer à la formation,
- participer à l'activité de recherche et être un lieu d'organisations innovantes.

Elle indique que l'activité des consultations externes est, d'une part, importante, avec 3,5 millions de consultations (hors urgences), et d'autre part, complexe et hétérogène. En outre, l'accès téléphonique pour la prise de rendez-vous et le circuit du patient constituent les deux points faibles les plus souvent évoqués par les hôpitaux. Elle note que les consultations faites par des personnels paramédicaux tels que les psychologues ou diététiciens ne sont pas pris en compte.

Par ailleurs, M^{me} Gasquet relève que le nombre de consultations codées C2-C3 a augmenté en 2008. La valorisation de l'activité repose sur l'optimisation du circuit de facturation grâce aux accompagnements DEF et MEAH.

Enfin, elle rappelle qu'un groupe de travail « revue de projet consultation » a été mis en place afin de favoriser et d'accompagner les expérimentations. Il consiste également à identifier et à diffuser les outils et bonnes pratiques.

4. Validation du procès-verbal du 3 octobre 2008

Le procès-verbal est approuvé à l'unanimité sous réserve des modifications demandées en séance.

Séance plénière du 6 mars 2009

M^{me} Vasseur se présente et annonce qu'elle sera en poste le 16 mars 2009. Elle rappelle la méthodologie d'élaboration du plan stratégique et présente une ébauche des orientations de la politique générale de la Direction centrale des soins, ainsi que le contexte actuel avec la loi HPST, les plans nationaux et l'hôpital en 2012, sans omettre les fortes contraintes budgétaires. Elle évoque le vieillissement de la population, les problèmes de démographie médicale et paramédicale.

M^{me} Vasseur insiste sur les exigences des usagers en matière de sécurité des soins et de prévention des risques. Un COPIL « Projet de soins » et 4 sous-groupes de travail viseront à élaborer le plan 2010-2014.

1. Présentation des orientations de la politique générale de la DCS

Du point de vue du patient, la DCS s'attachera à garantir l'évaluation systématique de la douleur, sa traçabilité et sa prise en charge, et à disposer des bonnes compétences pour assurer l'adéquation activité/ressources. Du point de vue de la DCS, il s'agira de mieux entourer les équipes soignantes pour améliorer la prise en charge des malades, de stimuler les activités et les pratiques professionnelles innovantes, d'encourager la recherche paramédicale et les publications.

Les thématiques suivantes ont été développées :

- La formation professionnelle : elle est en pleine mutation de par son intégration au système LMD, la réingénierie des diplômes, la coopération et l'émergence de nouveaux métiers hospitaliers. Le partenariat hôpital/instituts de formation se renforce.
- L'encadrement des personnels paramédicaux : il permettra d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, en privilégiant la prise en compte de l'évolution des pratiques professionnelles, la garantie de la traçabilité des processus de soins, la sécurisation des parcours de soins et la favorisation des réseaux de soins. Il faut dégager les cadres paramédicaux des activités afférentes aux soins et des activités logistiques sur lesquelles ils n'ont pas de plus-value, pour qu'ils puissent réinvestir le temps dégagé au bénéfice des malades et des équipes.
- L'insertion des nouvelles recrues : il s'agira d'organiser leur accueil, leur intégration et l'accompagnement de leur prise de fonction (ou changement de poste) ; également de développer une culture interne AP-HP.
- La collaboration des équipes : en interne et en externe, il s'agira de favoriser les échanges « benchmarking », la complémentarité, la pluridisciplinarité et d'entretenir des collaborations nationales et internationales.

Étaient présents

MMES ET MM. GALLET, GIRAUD DU POYET, LECLERC, POUPON, GUY, DUBOURDIEU, BOULOT, FRONTINO ABATAN, ALIOUAT, FARID, AKPLOGAN, ANDRIEU, CARAMAN, MIATH, LAKOMICKI, JUSTIN, CRISTOFINI, LEBON, AHMEDGAID, SANDERS, NAVIAUX-BELLE, PEIGNEY, MAZOUZ, TRAN, THARCIS, TOURNIER, BEUCHER, MARTINEAU, VERDIER, BEGUIN, SALAMON, HOTON, POUESSEL, MARCHIX, ROUSSEAU, BERTHE.

Invités

MMES LUCIOLLI, SAUTEREY-PALLISER

Direction des Soins

MMES VASSEUR, MARCHALOT, LADEGAILLERIE

Absents et excusés

MMES ET MM. FAYE, SAVEL, DUPONT, BAKHOUM, SAME, AUGUSTIN, FROGER, BASTIDE, CANDELIER, GUÉHEL, JULÉ, VIC, DUMAS, GAUTHIER, TENKORANG, MARIN-LA-MESLEE, MERCHIER.

En collaboration avec la DRH et l'ensemble des directions fonctionnelles, M^{me} Vasseur souhaite structurer et positionner la Direction centrale des soins en complémentarité avec la DPM, développer le rôle et l'implication de la CCSIRMT en parallèle de la CME.

2. Présentation du plan stratégique 2010-2014

M^{me} Luciulli présente l'état d'avancement de l'élaboration du plan stratégique 2010-2014. Une première phase de travail a permis d'analyser l'évolution nécessaire de l'offre de soins. La DPM et la CME ont ensuite articulé la réflexion autour de 13 thématiques. Puis, pour chaque thématique, l'animateur du groupe a reçu une lettre de mission du Directeur général. L'ensemble des travaux et réflexions doivent être finalisés avant l'été pour présentation aux instances du plan stratégique à l'automne et vote par le CA.

3. L'actualité des GHU

- GHU OUEST : la création du pôle 4 à l'hôpital Ambroise-Paré, la création du pôle 6 à l'hôpital Necker, la création de 2 services d'hématologie biologique et de biochimie à l'hôpital Cochin, la création du pôle 2 à l'hôpital Hendaye.
- GHU EST : la création du pôle 4 à l'hôpital Pitié-Salpêtrière.
- GHU SUD : la création de 2 services « Charge » et « Femme - Couple - Embryon - Enfant » à l'hôpital Antoine-Béclère.

4. Validation des procès-verbaux des 6 novembre et 5 décembre 2008.

Les 2 procès verbaux sont approuvés à l'unanimité sous réserve des modifications demandées en séance.



Mouvements

arrivées sur des postes de Directeurs de soins

Nicolas Pruvot à Cochin

mutations des Directeurs de soins

Dominique Champenois

Beaujon → Bichat

Nicole Gatineau-Saillant

Paul Brousse → Louis-Mourier

Roselyne Vasseur

Cochin → Direction centrale des soins (siège)

Danièle Marande

HAD → Paul-Brousse

Marie-Agnès Guéraud

Bichat → HAD

Nathalie Borgne Joubert

Charles-Richet → CH de Creil

Mylène Debernardy

Necker → CH de Bordeaux

Publications



« Événement indésirable grave, parlons-en »
Guide pratique APHP

Manifestations



Salon infirmier 2009

Retrouvez toutes les informations
sur le Salon Infirmier 2009 en ligne :
<http://www.salon-infirmier.com/>

Le journal *Transmissions* est téléchargeable :

www.infirmiere.aphp.fr
Rubriques :
Direction des soins
puis *Transmissions* téléchargeable

demande d'abonnement au journal *Transmissions*

à retourner à AP-HP - BP 95 - Malakoff Cedex

Nom

Prénom

Hôpital

Service

Grade

Fonction

Adresse personnelle

Code postal

Ville

directrice de la publication [Roselyne Vasseur]
chef d'édition [Geneviève Ladegaillerie]
secrétaire d'édition [Agnès Vilain]

Rédacteur : [agence Avec des Mots]
impression [ACTIS]
contact Direction centrale des soins [01 40 27 34 85]

