

PARTAGER

Transmissions

Le magazine de la Direction des Soins
et des Activités Paramédicales

Numéro 52 / Novembre 2015

Dossier

Incontinence urinaire

Zoom

**Activité de soins
en chambre mortuaire**

Sommaire

Éditorial

Françoise Zantman

Directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales

3

Dossier

L'incontinence chez la personne âgée

Témoignages d'une infirmière et d'un représentant des usagers

4-5

5

Recherche paramédicale : Retour sur les 2^{èmes} journées francophones de la recherche en soins du CHU d'Angers

Recherche clinique : liens entre chercheurs paramédicaux et infirmiers
de recherche clinique

6-7

6

Atelier pédagogique : quelle réalité et quels projets pour les docteurs
et doctorants issus des filières paramédicales ?

7

Table ronde : rencontre des coordonnateurs paramédicaux
de la recherche en soins

7

Zoom

Pour que le respect dû à la personne ne cesse pas en chambre mortuaire

Des recommandations de bonnes pratiques pour l'organisation
des chambres mortuaires à l'AP-HP

8-9

9

Témoignage d'un aide-soignant

9

Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT) Bilan de la mandature 2011-2015

10

Actualités

11

Agenda

12

Éditorial



Françoise Zantman,

Directrice de la Direction des soins
et des activités paramédicales (DSAP)

« Améliorer la qualité et la sécurité des soins est un défi qu'il faut relever au quotidien. »

Notre revue Transmissions se présente, pour ce trimestre, dans sa version finalisée avec ses 6 rubriques, son dossier principal, un zoom sur une activité de soins et ses actualités.

La revue est à nouveau consultable sur Internet <http://www.aphp.fr/direction-des-soins-et-des-activites-paramedicales>.

Améliorer, toujours et encore, la qualité et la sécurité des soins et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers est un défi qu'il nous faut relever au quotidien.

Nous avons choisi deux situations de soins qui illustrent cet engagement et qui s'inscrivent dans les orientations du projet de soins 2015-2019. La première concerne « la continence urinaire de la personne âgée hospitalisée » et la seconde « l'activité de soins en chambre mortuaire ».

Un groupe de travail pluriprofessionnel a produit un guide de préconisations à destination des professionnels afin d'améliorer la prise en charge médico-soignante, en établissement de santé, des patients de 75 ans et plus, de maintenir la continence ou prendre en charge l'incontinence.

Un travail est en cours pour réaliser une plaquette d'information à destination des usagers.

La seconde situation concerne le travail des agents de chambres mortuaires, car la prise en charge des corps des patients décédés fait partie intégrante de l'activité de soins de nos hôpitaux. Cette prise en charge est un élément crucial de l'amélioration continue de la qualité.

Faire vivre et promouvoir de nombreux projets des paramédicaux, telle est notre ambition.

C'est pourquoi, je vous invite à vous inscrire à la prochaine journée d'échanges professionnels dont le thème est le management par la clinique au service du parcours patient. Je vous attends nombreux pour cette journée qui illustrera une démarche médico-soignante pour construire le chemin clinique.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels soignants de l'AP-HP qui se sont mobilisés suite aux événements dramatiques du vendredi 13 novembre.

Nous avons, toutes et tous, été éprouvés, que ce soit comme soignant ou comme citoyen. Je vous remercie pour votre dévouement, votre engagement et votre professionnalisme qui ont été à la hauteur de la situation.

Sincères remerciements.

Françoise Zantman

Dossier

L'incontinence chez la personne âgée

La prise en charge de l'incontinence urinaire de la personne âgée est une pratique paramédicale inscrite dans la bientraitance, portée par la CCSIRMT et la DSAP.

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance dans les pratiques soignantes, sont pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) un axe important. Celui-ci est décliné dans l'orientation 5 du projet de soins 2015-2019.

Dans le cadre de cet axe, l'AP-HP a mis en place au sein de la Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) un groupe de travail sur la bientraitance. Celui-ci a souhaité que soit traité le sujet de la prise en charge de l'incontinence urinaire en raison des plaintes des patients et des familles et ce quel que soit le type de prise en charge, en soins de longue durée comme en médecine, chirurgie, obstétrique.

Suite à cette demande, la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et medico-techniques (CCSIRMT) en concertation avec la 3CU a réalisé un travail d'analyse des pratiques et de la littérature qui a abouti à la rédaction et la validation en décembre 2013 de douze préconisations à l'attention des professionnels (cf. tableau ci-dessous). L'ensemble du document est consultable et téléchargeable sur le site intranet de la DSAP, <http://portail-cms.aphp.fr/dcsirmt/?page=public>, à la rubrique exercice professionnel.

Ce travail se poursuit. En 2014 la 3CU a souhaité qu'un document d'information à l'attention des patients soit rédigé sur ce sujet. Ce document répond à une dizaine de questions que les usagers se posent. Il va être testé au cours du dernier trimestre 2015 auprès des patients.

En 2016, dans le cadre de la campagne d'évaluation de la tenue du dossier de soins, un nouvel indicateur sera évalué : « Taux de dossiers de patients ≥ 75 ans pour lesquels on retrouve une évaluation de la continence lors des 72 premières heures » et sera suivi au cours des prochaines années.

Ces préconisations institutionnelles aujourd'hui existent et ont été diffusées, mais comment se situe notre pratique soignante par rapport à ces préconisations ? Quel est notre niveau de qualité ? Quels sont nos points forts et nos marges d'amélioration ? Tel est me semble-t-il les questions auxquelles nous devrions pouvoir répondre. Certains établissements nous donnent l'exemple, ils ont déjà commencé à travailler sur leurs pratiques notamment sur le recueil de données, la planification des soins.

Richard Agnetti,
cadre supérieur de santé
paramédical (DSAP)

Douze préconisations pour les professionnels

1. Evaluer par un recueil de données spécifiques la continence de tous patients ≥ 75 ans au cours des 72 premières heures
2. Poser une (des) des cibles si incontinence ou risque d'incontinence
3. Déterminer les actions de soins à mettre en œuvre au regard du (des) cible(s) en tenant compte du bien-être du patient
4. Mettre en œuvre les règles hygiéno-diététiques
5. Choisir une protection ou un étui pénién en fonction du résultat de l'évaluation et dans un souci de bientraitance
6. Réaliser le sondage urinaire selon les règles définies
7. Faire un suivi des consommables
8. Réaliser, sur prescription médicale, une rééducation périnéo-sphinctérienne
9. Faire une évaluation et réévaluation des éléments de la prise en charge de l'incontinence
10. Mettre en place des actions d'éducation du patient et/ou de son entourage
11. Tracer les éléments du soin dans le dossier patient
12. Traiter, en systématique, lors des réunions pluriprofessionnelles le sujet de l'incontinence urinaire du patient





« L'incontinence n'est pas une fatalité »

Anne-Marie Beguin, infirmière clinicienne – urodynamique – HDJ gériatrie – Hôpitaux universitaires Paris Ouest, Corentin-Celton

« L'évaluation de la continence de nos aînés mérite que l'équipe soignante, aide-soignant, infirmier, médecin, pose un regard professionnel exercé. La continence est en effet un besoin fragilisé lors d'une hospitalisation et tout au long du parcours de soins du patient. Quoi de plus désagréable que de devoir dépendre d'une tierce

personne pour réaliser ce besoin intime. Nos routines organisationnelles nous privent parfois de notre esprit critique et nous font adopter des attitudes soignantes inadaptées, comme la mise en place abusive d'une protection absorbante par exemple, au prétexte que c'est pour plus de confort et de sécurité. De confort il n'y en a pas plus, et de sécurité encore moins. Les produits absorbants ne sont utiles et recommandés que lorsque l'incontinence urinaire ou fécale est avérée, après un recueil clinique ciblé, une étiologie recherchée et traitée, un mécanisme clairement identifié. Alors oui, la démarche est

de qualité. Les usagers, patients ou aidants, ont eu raison de venir souligner ces pratiques non-conformes et nous ont invités à plus de réflexion pour améliorer cette situation. Il reste à accroître nos connaissances en ce domaine et à se persuader que l'incontinence urinaire n'est pas une fatalité en lien avec le vieillissement et qu'il existe de multiples traitements susceptibles d'améliorer ou de guérir ce symptôme. »

« Pour le personnel soignant, accompagner le malade aux toilettes, était un surcroît de travail »

Aldo Saluard, représentant des usagers et membre de la Commission centrale de concertation avec les usagers (3 CU)

« C'est le 7 juin 2011 lors de la première réunion de la Commission centrale de concertation avec les usagers que j'ai abordé le problème de l'incontinence provoquée ou la lutte contre l'incontinence. Comme référent de la 3 CU et avec le Dr Marie-France Maugourd, nous avons pris en charge un groupe de travail sur ce thème. En 2013, après douze réunions, nous avons établi un document qui a servi à déterminer les protocoles d'intervention pour lutter contre

l'incontinence. Depuis vingt ans comme représentant des usagers et représentant des familles au sein des hôpitaux gériatriques, il était temps que ce sujet, dont les familles et les malades conscients se plaignaient, soit pris en considération. Pour eux, mettre systématiquement une protection représentait une atteinte à leur pudeur et à leur dignité, donc un acte de maltraitance. Pour le personnel soignant rencontré, accompagner le malade, selon ses besoins, aux toilettes était un surcroît de travail.

A l'hôpital Broca où je siège à la CRUQ-PC, des soignants sont venus témoigner. Contrairement aux idées reçues, une prise en charge de qualité de l'incontinence n'entraîne pas de perte de temps et génère même un gain de temps du fait de la suppression de certains soins inhérents à l'incontinence. Ils nous ont certifié que cette action valorisait leur travail. »



Recherche paramédicale

Retour sur les 2^{èmes} journées francophones de la recherche en soins du CHU d'Angers

Les congrès de recherche axés sur les soins paramédicaux se multiplient et attirent beaucoup de soignants. Celui d'Angers a accueilli, les 9 et 10 avril 2015, un peu plus de 400 participants. A la suite de l'appel à communication pour présenter un poster, 35 propositions ont été retenues sur les 70 reçues. C'est la preuve de l'intérêt de la recherche, que des soignants souhaitent s'y investir pour ensuite présenter les résultats de leurs travaux. Judith Leblanc et Daniel Benlahouès, tous deux doctorants financés par l'AP-HP et Brigitte Rul de la DSAP, nous font un retour sur l'atelier auquel ils ont participé.

Recherche clinique : liens entre chercheurs paramédicaux et infirmiers de recherche clinique

La recherche clinique paramédicale, en pleine expansion actuellement en France nécessite, comme tout projet de recherche, un partenariat étroit entre équipes de soins, professionnels de la recherche ainsi que ceux issus du monde industriel. Lors des JFRS 2015 d'Angers, cet atelier a été l'opportunité d'explorer les liens existants ou en développement.

- Des exemples de collaborations entre chercheurs infirmiers et industriels ont été présentés. Nous pouvons citer celui d'Isabelle

Fromantin de l'institut Curie, infirmière et docteure en sciences qui collabore depuis longtemps avec l'industrie. Christophe Roussel, directeur des affaires médicales à 3M France a confirmé l'intérêt des industriels pour la recherche paramédicale.

- Les compétences des infirmiers de recherche clinique (IRC) qui accompagnent la mise en œuvre de recherches hospitalières, médicales ou paramédicales, ont également été revues sur un plan international (J. Leblanc, infirmière doctorante, AP-HP). Grâce à leur expertise, ces infirmiers spécialisés peuvent inciter au développement de recherches paramédicales grâce à une bonne connaissance du domaine des soins et de la recherche. Ils peuvent accompagner la conception et le suivi

de projets paramédicaux (exemples de projets suivis par des IRC du CRC-Est) ou être eux-mêmes initiateurs de projets (exemple du projet DICI-VIH, J. Leblanc). Les compétences de ces infirmiers doivent dès lors être confirmées au service de projets conjoints de recherche paramédicale et industrielle. Rappelons toutefois que ce soutien n'est qu'un complément de l'implication dans la recherche de chaque paramédical à l'hôpital.

Judith Leblanc,
doctorante Santé publique,
Université Paris-Saclay, infirmière
de recherche clinique, CRC-Est, Paris.





Atelier pédagogique : quelle réalité et quels projets pour les docteurs et doctorants issus des filières paramédicales

Cet atelier était consacré à la nature de la recherche en soins portée par des docteurs et doctorants paramédicaux. Quatre présentations ont montré les liens qui se construisent progressivement entre un projet de recherche, sa concrétisation dans les pratiques et le changement dans le parcours professionnel du chercheur.

Chéryl Hickmann, doctorante à l'Université catholique de Louvain (Belgique), kinésithérapeute formée au Chili, travaille sur la mobilisation précoce des patients. Elle a débuté

son projet au Chili et, lors d'un voyage d'études dans un service de soins intensifs belge, décide d'approfondir le sujet en préparant une thèse. Ce projet de recherche débouchera sur une activité professionnelle désormais centrée sur cette thématique.

Brigitte Rul, infirmière, cadre supérieure de santé et docteure en éthique médicale s'intéresse plus particulièrement à la pédiatrie. Depuis 2015, elle est coordonnatrice de la recherche paramédicale à l'AP-HP et poursuit ses travaux au sein d'un laboratoire en tant que chercheuse associée.

Nicolas Biard, ergothérapeute, réalise actuellement à l'Université de Rennes une thèse en psychologie ergonomique et cognitive. Celle-ci a pour but d'évaluer et de rechercher

des aides technologiques au service des personnes en situation de handicap. Parallèlement, il a construit une activité de formation et d'enseignement centrée sur la santé, la rééducation et la réadaptation.

Enfin, la dernière présentation concernait la thèse en cours, financée par l'AP-HP, de Daniel Benlahouès, cadre de santé formateur (AP-HP), sur la compréhension des erreurs de calcul de dose chez les infirmières avec les médicaments injectables. (Equipe HEGP et l'Université Paris Descartes).

Daniel Benlahouès,
infirmier, doctorant en sciences de
l'éducation, IFSI de l'hôpital Bicêtre.

Table ronde : rencontre des coordonnateurs para- médicaux de la recherche en soins

Une table ronde à laquelle participaient les coordonnateurs paramédicaux de la recherche en soins a clos le congrès d'Angers. Ces professionnels souvent chercheurs eux-mêmes, travaillent en transversal pour le développement et la valorisation de la recherche paramédicale au sein de leur CHU. Environ une vingtaine actuellement, ils se sont organisés en réseau national afin de faciliter les échanges entre CHU et de structurer la recherche

paramédicale sur l'ensemble du territoire. Ce nouveau métier a été impulsé par les directions de soins des CHU. L'AP-HP a intégré ce réseau via la DSAP qui en est l'interlocutrice.

Brigitte Rul,
infirmière, cadre supérieure de santé,
PhD, DSAP.



Zoom

Pour que le respect dû à la personne ne cesse pas en chambre mortuaire

Les chambres mortuaires à l'AP-HP, composées d'une centaine d'agents, accueillent entre dix-huit et dix-neuf mille décès annuels. Même si le terme peut paraître brutal, la prise en charge des personnes mourantes, puis décédées, et l'accompagnement de leurs familles constituent aujourd'hui une véritable activité hospitalière.

Pour la Haute Autorité de Santé, *« la façon dont l'hôpital traite la mort est le traceur fidèle du respect des malades et de la qualité des soins. »*

Comprendre le sens de l'activité de ce lieu portant l'appellation officielle de chambre mortuaire (décret 74-27, article 73.2), mais très diversement nommée (morgue, amphithéâtre, salle de repos, funérarium, etc.) est important. Le rapport au corps mort, et la relation avec les proches et les familles sont au cœur de la construction et de l'identité professionnelle des soignants qui y exercent. L'écoute active dans la relation d'aide, l'adaptation des comportements face à l'angoisse de la mort sont des valeurs qui doivent servir de base aux attitudes et aux comportements des professionnels à l'égard des familles et de leur défunt. Si paradoxale que cela puisse paraître pour certains, une chambre mortuaire peut être un lieu de vie.

À l'AP-HP, notre mission relève certes de l'accueil, de l'attention et de l'écoute, mais plus encore de nos obligations humaines et sociales et du respect des dignités. La chambre mortuaire n'est pas un simple « dépositaire » comme cela se produit parfois, ailleurs qu'à l'AP-HP.

Nous avons un rôle de médiateur entre la sphère publique que représente l'hôpital, et la sphère privée constituée dans la cité par le funéraire et le judiciaire. Nos relations avec le funéraire doivent rester privilégiées, mais pour autant nous devons avoir une parfaite attitude de neutralité et de probité envers les familles dans leur libre-choix de l'opérateur funéraire.

« La chambre mortuaire peut être un lieu de vie. »

Autres liens et autre accueil, ceux qui concernent les différents représentants de cultes. Nous assumons nos obligations liées à la laïcité, dans un souci constant de respect au regard de la libre expression des rites, religieux ou profanes. La chambre mortuaire reste l'espace privilégié pour que les familles et les proches prennent le temps et se retrouvent dans l'intimité nécessaires au recueillement.

Certaines chambres mortuaires sont concernées par l'organisation des autopsies, à visée scientifique ou médico-légale. Elles peuvent être aussi centre « préleveur de tissus » ; maillon indispensable pour l'activité de prélèvements en vue de greffes.

D'autres seront investis dans l'accueil, la préparation et le devenir des bébés confiés par les services de maternité.

En 1996, un groupe de réflexion « éthique des chambres mortuaires » a été créé à l'Espace éthique de l'AP-HP ; il a mené des réflexions

avec d'autres professionnels de santé, sur des sujets tels que le devenir des corps après une mort périnatale, et ceux des personnes indigentes.

Depuis juin 2011 a été fondée la collégiale des professionnels des chambres mortuaires (CPCM) qui a pour but d'être force de proposition ; favoriser les échanges avec l'ensemble des partenaires impliqués dans cette prise en charge ; fédérer les professionnels autour de projets communs et de bonnes pratiques ; valoriser le service mortuaire à l'hôpital et réfléchir à l'évolution des métiers et à l'interprofession, en proposant la possibilité de réaliser un stage en chambre mortuaire dans le cadre de la formation initiale et continue

La chambre mortuaire fait partie des nombreux services de soins, même si elle se situe à ses frontières, où s'effectue une importante partie du travail de deuil. Une des particularités est la grande stabilité des équipes, l'absentéisme y est extrêmement faible.

Jean-Yves Noël,
président de la CPCM,
responsable de la chambre
mortuaire du groupe hospitalier,
La Pitié-Salpêtrière,
membre du comité scientifique
de l'Espace éthique francilien.



Des recommandations de bonnes pratiques pour l'organisation des chambres mortuaires à l'AP-HP

Des travaux menés en 2014-2015 par la direction des affaires juridiques avec la direction des ressources humaines, la DSAP et des professionnels paramédicaux et médicaux des chambres mortuaires de l'AP-HP, ont abouti à des recommandations de bonnes pratiques. Elles ont été présentées, le 10 octobre 2014, au Comité d'hygiène sécurité et des conditions de travail et ont fait l'objet, le 3 mars 2015, d'une note de la direction générale diffusée à tous les groupes hospitaliers, - GH - (cf. <http://portail-cms.aphp.fr/dcsirmt/?page=public>, Rubrique exercice professionnel).

Dans un contexte de 18 000 décès

annuels à l'AP-HP, les soins en chambre mortuaire prennent toute leur dimension dans la prise en charge globale du patient, tout en respectant qualité et sécurité, associée à l'accompagnement des familles et des proches.

Une centaine de professionnels travaillent dans les trente chambres mortuaires de l'AP-HP, en majorité de grades aides-soignants ou agents des services hospitaliers qualifiés. Leur professionnalisme est reconnu.

Les recommandations portent sur :

- le rattachement administratif des chambres mortuaires aux directions des soins des GH, conformément au rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2009, traduisant ainsi la reconnaissance de l'activité mortuaire au sein des activités soignantes, et favorisant un meilleur lien avec les autres professionnels de l'hôpital.

- Les conditions de recrutement avec le rappel de l'obligation de formation d'adaptation à l'emploi (FAE) des agents et responsables, ainsi que la valorisation de ces professionnels.
- La question des actes médico-techniques et la répartition des compétences dans le cadre de la préparation et réalisation des autopsies médicales et scientifiques.
- La prévention des risques professionnels.

À partir de cette réflexion mise en œuvre au sein de l'AP-HP, une actualisation de l'activité d'aide à l'autopsie réalisée par l'agent de chambre mortuaire a été proposée à la Direction générale de l'offre de soins pour le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, après présentation aux instances.

Martine Massiani,
directrice adjointe de la DSAP

Témoignage

Sylvain Raffy, 35 ans, aide-soignant à la chambre mortuaire de Cochin.

« Le respect du patient est le leitmotiv de notre activité et cela commence dès la toilette mortuaire, réalisée par le service de soins, avant la présentation à la famille. Celle-ci est complétée en chambre mortuaire par des soins spécifiques (fermer les yeux, la bouche, habillage, maquillage, ...) visant à restituer une image la plus conforme possible au souvenir, débarrassée du contexte hospitalier. De fait, tous les gestes que nous réalisons visent à assurer la dignité du patient dans la mort.

La relation avec les proches est un autre fil conducteur de notre activité et

probablement le plus important. Nous jouons alors un rôle d'interface, de médiateur, pour veiller au respect des volontés du défunt.

Lors de l'accueil, nous essayons d'engager un dialogue, comme on engagerait une conversation. Personnellement, je ne suis pas dans un inventaire des démarches à accomplir. J'essaye de m'adapter aux personnes que j'accueille. Personne n'a le même rapport à la mort et a fortiori, pas les mêmes questions, ni les mêmes demandes.

Finalement, nous prenons soin de la personne décédée autant que de ceux qui restent, en espérant que nous saurons leur permettre de passer ces moments difficiles dans les meilleures conditions. »



CCSIRMT

Bilan de la mandature 2011-2015

La mandature de quatre ans de la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT), mise en place en octobre 2011, a été riche en échanges, en présentations, en avis remis et en travaux réalisés.

Retour des membres élus

Au cours de ces réunions, les membres élus aux différentes commissions (Commission médicale d'établissement, Conseil de surveillance, Comité central de liaison en alimentation et nutrition, Commission centrale de concertation avec les usagers, Coordination des vigilances et des risques sanitaires...) ont fait un retour à l'ensemble des membres.

Présentations par les experts

Au-delà du nombre de réunion, 21 pour les 4 ans, auxquelles ont assistés ses membres élus, nous souhaitons présenter ici les quelques grands sujets qui ont été présentés selon différentes thématiques. Cela n'est pas exhaustif.

L'administration du médicament.

Ce sujet a été traité à plusieurs reprises au travers notamment de la présentation des « Recommandations de l'administration des médicaments per os en USLD et UHPAD à l'AP-HP » et du film : « La sécurité de l'administration du médicament : l'infirmière un acteur majeur ».

Les évaluations dans le cadre des pratiques paramédicales telles que l'évaluation de la tenue du dossier de soins avec la mise en place d'un nouveau référentiel d'évaluation et les résultats pour les campagnes

2012 et 2014, ainsi que l'enquête annuelle de prévalence des escarres présentée en 2011, 2012, 2013 et 2014.

La certification des hôpitaux de l'AP-HP avec des échanges sur les résultats de la V2010 et la présentation des axes de la V2014.

La formation des paramédicaux avec chaque année le bilan de formation de l'année et les orientations pluriannuelles de la formation de l'année suivante qui donnent lieu au vote de la commission. Le développement professionnel continu (DPC) a marqué cette mandature avec l'instauration du conseil scientifique paramédical du DPC de l'AP-HP dont la composition a été soumise à la CCSIRMT pour avis.

Le plan stratégique de l'AP-HP et le projet de soins. La commission s'est mobilisée à plusieurs reprises pour le bilan à mi-parcours du plan stratégique 2010-2014 comme pour la préparation du plan stratégique et du projet de soins 2015-2019. La CCSIRMT a été consultée au sujet du projet d'établissement 2015-2019 sur les volets : projet de soins, projet social et professionnel, projet de prise en charge du patient, projet gestion des risques et qualité.

Les grands projets institutionnels présentés ont été l'occasion de nombreux échanges avec les porteurs de ces projets. Nous pouvons citer :

- contexte et enjeux/évolution de la gériatrie,
- le projet prioritaire « Sortie du patient »,
- le règlement intérieur de l'AP-HP,
- le projet Hôtel-Dieu.

Le contexte d'évolution des pratiques professionnelles a été abordé sous l'angle du projet « Infirmières cliniciennes » et des coopérations entre professionnels de santé.

Au cours de ce mandat, les membres de la commission ont également voté ou émis un avis sur les sujets suivants : validation du règlement intérieur de la CCSIRMT, Programme d'actions « qualité, sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » de la CME.

Les travaux

Deux groupes de travail créés au sein de la commission ont produit deux documents consultables sur le site intranet de la DSAP :

- La prise en charge de l'incontinence urinaire, projet piloté par madame Martine Massiani, directeur des soins, et présenté dans ce numéro de *Transmissions*,
- Typologie et organisation des soins dans une journée de travail, projet piloté par monsieur Nicolas Pruvot, directeur des soins.

Des échanges avec la gouvernance de l'AP-HP

Au cours de ces quatre ans, la commission a reçu et échangé à plusieurs reprises avec Mireille Faugère, directrice générale, et Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP, sur les grands sujets institutionnels. Avec Christian Poimbeuf, directeur des ressources humaines de l'AP-HP, sur les sujets des conditions de travail. Et avec le Pr Loïc Capron, président de la CME, sur des sujets de la qualité et la sécurité des soins.

Actualités

Des faits marquants

1. Ouverture à l'AP-HP d'une page intranet pour la veille des appels à projets concernant les paramédicaux

La collaboration entre la DSAP, le département de la recherche clinique et du développement, le centre de documentation et d'information de l'institut de formation des cadres de santé (IFCS) a permis l'ouverture sur le portail intranet de l'AP-HP d'une page recensant les appels à projets (AAP) auxquels les paramédicaux peuvent répondre. Les soignants désirant être informés des mises à jour de cette page sont invités à se faire connaître auprès de : nathalie.hoeben@aphp.fr, du centre de documentation et d'information de l'IFCS.

Le chemin d'accès menant à cette veille d'AAP à partir de la page d'accueil du portail intranet est le suivant : Thèmes et métiers/Infos doc/S'informer/Recherche paramédicale/Appels à projets recherche paramédicale et autres.

2. Une formation à l'anglais en e-learning ouverte aux paramédicaux

La première promotion a débuté en septembre 2015. Le dispositif devrait normalement être renouvelé chaque année.

3. Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT)

À la suite des résultats aux élections des commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CLSIRMT) du 15 juin 2015, la nouvelle commission centrale (CCSIRMT) s'est réunie les 1^{er} et 8 octobre 2015.

Présidée par Françoise Zantman, elle est composée de 40 membres élus au niveau des CLSIRMT. Elle a procédé à l'élection de ses représentants dans certaines instances et commissions (Commission médicale d'établissement, Conseil de surveillance, Commission centrale de concertation avec les usagers, Qualité et sécurité des soins & Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, Comité central de lutte contre la douleur et des soins palliatifs, Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles, Coordination des vigilances et des risques sanitaires...).

4. Une application pour favoriser le dialogue et la prise en charge des patients avec des difficultés d'expression et/ou de compréhension

La Mission Handicap a lancé une application web gratuite MediPicto destinée à favoriser le dialogue et la prise en charge des patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension liées à une situation de handicap temporaire ou définitive, à une fatigue extrême, à l'âge, à une maladie évolutive, à une situation de soins, à un accident..., ou encore à une barrière linguistique.



MediPicto est la déclinaison numérique du « Kit de communication », triptyque composé de pictogrammes et de messages multilingues que nous avons créé en 2010.

Cette application est disponible gratuitement sur smartphone, tablette ou ordinateur en utilisant les navigateurs les plus récents, à l'adresse <http://medipicto.aphp.fr/>

Cet outil doit nous permettre d'améliorer nos prises en charge paramédicales dans ces situations de handicap que l'on rencontre au quotidien dans les services.

Pour en savoir plus sur cette application, connectez-vous à l'adresse suivante : <http://www.aphp.fr/medipicto>

5. La formation des masseurs-kinésithérapeutes passe en 4 ans

L'arrêté et le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute fixent le nouveau programme d'études conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et en précisent les modalités.

Le présent arrêté définit précisément :

- les dispositions générales d'accès à la formation ;
- les dispenses de scolarité dont certains candidats peuvent bénéficier ;
- la durée et le contenu du programme de formation ainsi que les modalités de certification ;
- les référentiels d'activités, de compétences et de formation ;
- les unités d'enseignement (UE) à valider conduisant au diplôme.

Agenda Évènements

DSAP

Journée sur le raisonnement clinique partagé

Journée
du lundi 16 novembre 2015
annulée et reprogrammée
pour janvier 2016

**1^{ère} journée d'échanges
des cadres de santé paramé-
dicaux : les métiers de la réé-
ducation à l' AP-HP : Enjeux
et perspectives...**

**Réingénierie de formation,
codage des actes, traçabilité
des prises en charges.**

Mardi 3 novembre 2015

Auditorium, HEGP

Code stage : 061557333

Code session : 5733300001

Groupes Hospitaliers

**Colloque du CLAN HUPNVS
2015 / Comprendre l'obésité**

Mardi 17 novembre 2015

Salle de spectacle,
hôpital Bretonneau

Code stage : 101347432

Code session : 4743200002

Autres

**5^{ème} journée sur l'éducation
thérapeutique**

Mardi 24 novembre 2015

Auditorium, HEGP

Code HR : 3413900005

IFCS

Après-midi portes ouvertes

**Mardi 10 décembre 2015
13h30 – 17h00**

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

Mardi 15 décembre 2015

Auditorium, HEGP

Code HR : 0077100013

Abonnement

Si vous désirez vous abonner au magazine Transmissions, version papier ou version électronique, merci d'en faire la demande en précisant vos nom, prénom, service, hôpital ou adresse personnelle par e-mail à :

agnes.vilain@aphp.fr