

PARTAGER

# Transmissions

Le magazine de la Direction des Soins  
et des Activités Paramédicales

Numéro 54 / Septembre 2016



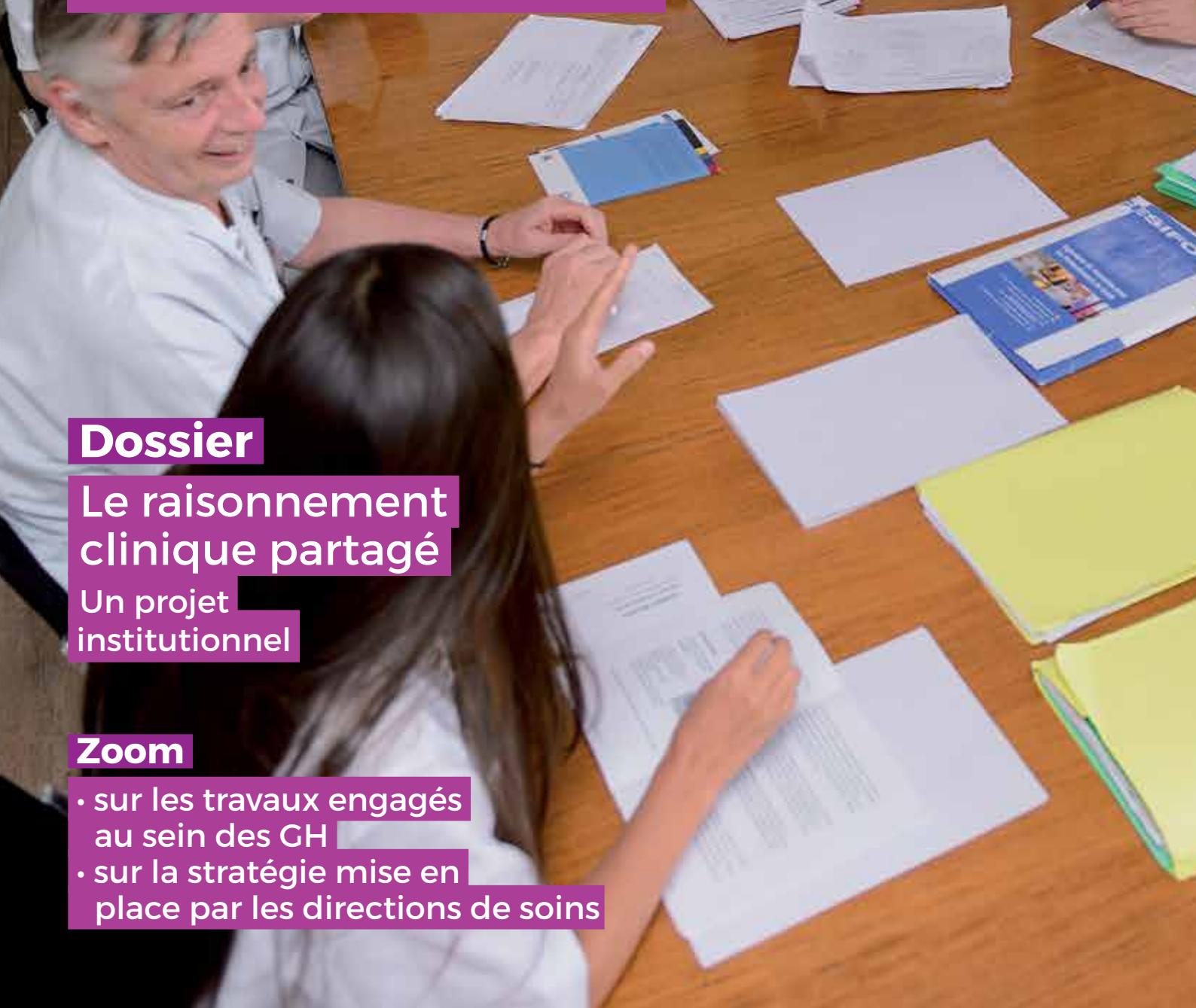
## Dossier

### Le raisonnement clinique partagé

Un projet  
institutionnel

## Zoom

- sur les travaux engagés au sein des GH
- sur la stratégie mise en place par les directions de soins



# Sommaire

## Éditorial

Amélie Verdier  
Secrétaire générale de l'AP-HP

Françoise Zantman  
Directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales

**3**

## Dossier « Le raisonnement clinique partagé »

### L'implication des paramédicaux

**4-6**

### Un projet institutionnel

**4-6**

## Recherche paramédicale :

### Spécial « raisonnement clinique partagé »

**7**

## Zoom

### Sur les travaux engagés au sein des GH

**8-9**

### Sur la stratégie mise en place par les directions de soins

**10**

## Actualités

**11**

## Agenda

**12**

# Éditorial



**Amélie Verdier,**  
Secrétaire générale de l'AP-HP

**« La construction des chemins cliniques à partir du parcours patient contribue au développement d'une intelligence collective médico-soignante. »**

Le plan stratégique 2015-2019 s'attache à promouvoir une AP-HP ouverte, unie et innovante. Les parcours de soins, doivent désormais positionner le patient comme acteur. La qualité et la sécurité des soins sont une exigence pour les professionnels et une attente légitime des usagers, qui doivent animer toutes les organisations. Le processus de certification incite à transformer les organisations hospitalières pour un véritable management de la qualité.

Dans ce cadre, l'engagement de la Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP) dans la construction des chemins cliniques à partir du parcours patient contribue au développement d'une intelligence collective médico-soignante,

à une harmonisation des pratiques et à une réduction des risques dans la prise en charge des patients. C'est un outil d'amélioration de la performance collective.

La traçabilité de la prise en charge des patients au sein de leur parcours doit servir de guide à l'informatisation du dossier patient et l'AP-HP s'est engagée dans cette démarche de conception et d'informatisation de manière volontariste, avec un dynamisme reconnu de tous qui doit se poursuivre.

Amélie Verdier

La DSAP a souhaité promouvoir une démarche institutionnelle sur le management par la clinique au service du parcours patient. L'amélioration de la prise en charge du patient par une démarche mieux coordonnée entre médecins et soignants, qui garantit qualité et sécurité des soins, est un enjeu majeur pour nos organisations hospitalières.

Les cadres paramédicaux ont un rôle essentiel dans cette coordination en lien avec les équipes médicales et paramédicales.

Ce thème s'inscrit dans les 10 orientations du projet de soins 2015-2019 et plus spécifiquement à travers 4 axes :

- développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente,
- s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins,

- développer et formaliser les parcours de soins,
- accompagner l'informatisation du dossier de soins.

La DSAP a saisi l'opportunité de l'informatisation du dossier patient et de la V2014, pour ancrer la collaboration médico-soignante dans une évolution de la culture de l'AP-HP et apporter une vision du changement des pratiques professionnelles.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels et tout particulièrement les cadres responsables du développement du raisonnement clinique partagé ainsi que les directeurs des soins des GH. Votre engagement dans cette démarche, votre expertise, votre créativité et vos compétences se traduisent par de nombreuses productions de qualité au service de la prise en charge du patient.

Françoise Zantman



**Françoise Zantman,**  
Directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP)

**« Ancrer la collaboration médico-soignante dans une évolution de la culture de l'AP-HP et apporter une vision du changement des pratiques professionnelles »**



# Le raisonnement clinique partagé

## Un projet institutionnel

Construire ensemble un nouveau modèle de gouvernance clinique pour garantir l'excellence, telle est l'ambition de la Direction des soins et des activités paramédicales pour assurer au sein de notre institution un parcours de soins lisible, accessible et sécurisé.

Le choix du déploiement du raisonnement clinique partagé a été initié dès juillet 2014 face à différents constats nés de l'informatisation du dossier de soins :

- une formalisation incomplète de la prise en charge des patients basée principalement sur les diagnostics infirmiers,
- une formalisation insuffisante du raisonnement clinique par les paramédicaux,

- une collaboration médico-soignante peu visible et non formalisée,
- un faible positionnement des managers sur la clinique,
- le développement d'autres modèles de soins sur le territoire national.

Les enjeux sont de promouvoir une prise en charge coordonnée entre les professionnels de santé et d'entrer dans une démarche processus autour du parcours de soins du patient. Cette démarche doit contribuer à améliorer la qualité du raisonnement clinique des professionnels paramédicaux à travers l'écriture des transmissions ciblées. Le raisonnement clinique partagé est au service de la pertinence des pratiques, de la coordination de soins pluridisciplinaires, de la convergence médico-soignante et de

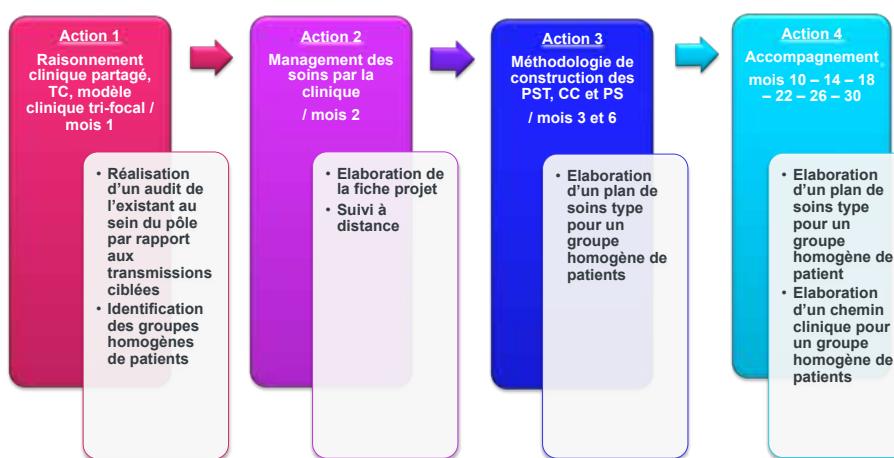
la cohérence de la transmission ou relève clinique. Il se construit dans le partage des savoirs et des connaissances et dans une articulation entre les compétences communes et les compétences spécifiques. Le raisonnement clinique partagé au service du parcours patient représente culturellement une évolution importante dans la prise en charge des patients et une opportunité pour les cadres paramédicaux de conforter leur positionnement dans la coordination des activités de soins en lien avec les équipes médicales et soignantes.

Après une procédure d'évaluation au niveau national, le choix du modèle clinique tri-focal d'Arlette Marchal et Thérèse Psiuk s'est imposé pour la construction des chemins cliniques à l'AP-HP. Ce modèle clinique modélisé en 2002 est issu d'une recherche conduite dans plusieurs établissements de santé en France avec la méthode de la théorie ancrée. Le modèle clinique tri-focal oriente le raisonnement clinique pour un groupe homogène de patients (GHP) dans trois domaines :

1. les signes et les symptômes liés à la pathologie ou au handicap ;
2. les risques liés à la pathologie, aux effets secondaires des traitements ;
3. les réactions humaines physiques et psychologiques et les capacités du malade et des aidants naturels.

Le choix du GHP relève d'une décision médico-soignante et s'appuie le plus souvent sur les données produite par le département d'information médicale (DIM). Dans la majorité des cas, ce choix est lié aux parcours de soins identifiés

### ■ LE DÉROULEMENT





au sein du GH, car le chemin clinique constitue une étape du parcours patient. La construction des chemins cliniques passe préalablement par l'élaboration du plan de soins type, véritable référentiel qualité pour la prise en charge d'un GHP. Le plan de soins type est considéré comme le guide détaillé du chemin clinique. Il se structure en différentes parties : définition et argumentation du choix du GHP, photographie des cibles prévalentes dans les trois domaines cliniques, tableau d'analyse (cibles prévalentes, données, interventions de soins, résultats en attente et les fondements scientifiques). La prise en charge d'un GHP s'appuie sur des références scientifiques, gage de la qualité

des soins et implique la validation médicale à différentes étapes de la construction des outils.

La démarche projet au sein de l'AP-HP s'est structurée en différentes étapes : la validation de la démarche par l'ensemble des coordonnateurs généraux de soins et le soutien de la direction générale ; la mise en place de structures de pilotage au niveau de l'institution et au sein de chaque GH, la nomination et la formation (figure 1) de cadres responsables du raisonnement clinique partagé avec une fiche de mission, véritable promoteurs du management par la clinique, la communication dans les différentes instances en central et au sein

des GH, l'expérimentation sur deux GH pilotes (HUPIFO et HUHM) et la création d'un site intranet.

Les clés de la réussite se situent à la croisée de trois modèles, managérial, organisationnel et pédagogique (figure 2) :

- la mise en place de structures de pilotage pluridisciplinaires en central et au sein des GH,
- la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de communication en central et au sein des GH,

## LES CLES DE LA REUSSITE

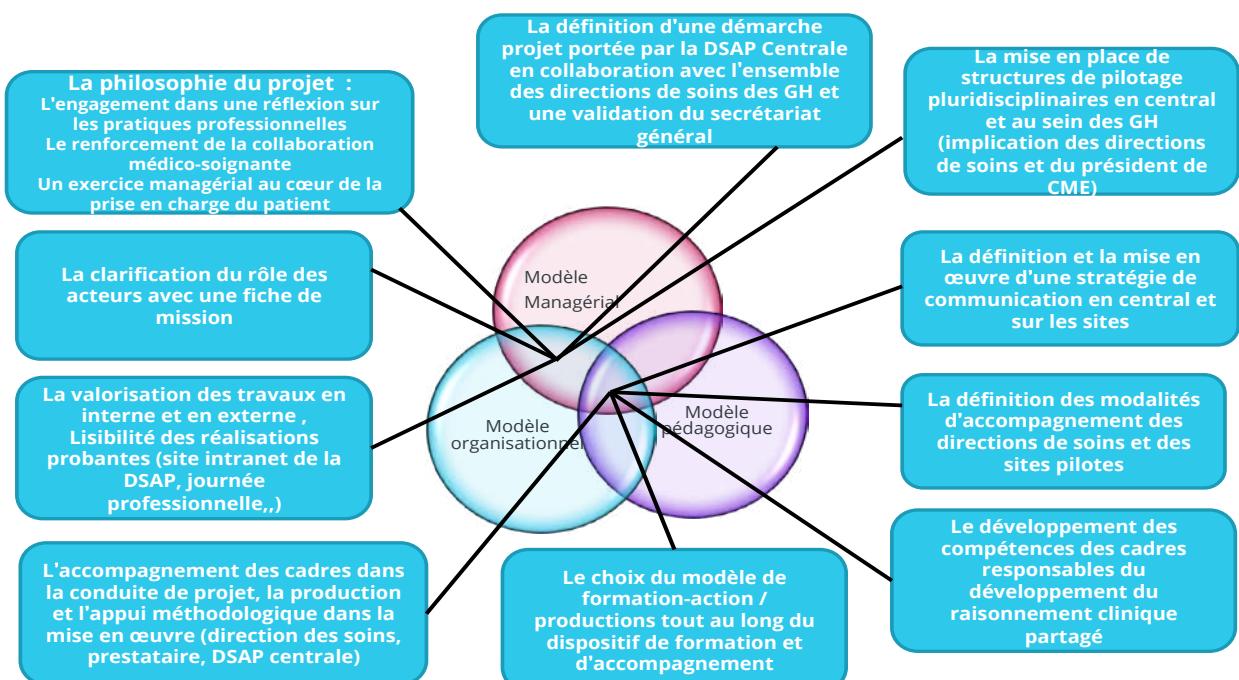


Figure 2

## Le raisonnement clinique partagé Suite

- la définition des modalités d'accompagnement des directions de soins et des sites pilotes,
- la valorisation des travaux en interne et en externe,
- la philosophie du projet : l'engagement dans une réflexion sur les pratiques professionnelles, le renforcement de la collaboration médico-soignante et un exercice managérial au cœur de la prise en charge du patient,
- le développement des compétences des cadres responsables du développement du raisonnement clinique partagé.

Le management par la clinique est replacé au cœur de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des patients. Il promeut le développement d'une collaboration médico-soignante au service d'une prise en charge efficiente du patient garantissant qualité et sécurité des soins.

**Isabelle Beau**  
Cadre supérieur de santé paramédical  
DSAP  
Chargée de mission  
Système d'information et RCP



### Le point de vue du Dr Philippe Le Bras, service de médecine interne & immunologie clinique hôpital Bicêtre, HU Paris Sud



« Déjà engagé à l'hôpital Bicêtre dans le déploiement du dossier patient Orbis, j'ai été sollicité pour participer à la mise en place du dossier de soins basé sur le raisonnement clinique partagé, Bicêtre étant l'un des deux sites pilotes choisi par la DSAP pour son déploiement.

La philosophie de cette approche soignante m'a intéressé du fait de la prise en compte, en plus des problèmes liés à la pathologie, de ceux liés aux risques potentiels pour le patient. Cela est très positif, nous obligeant, nous médecins, mais aussi vous paramédicaux à changer de regard, à voir plus large. Le patient est pris en compte de façon plus globale.

Dans le service, nous avons fait le choix de travailler non sur un GHP en lien avec la pathologie la plus fréquente, mais sur la situation qui posait le plus de problème pour les professionnels. Nous sommes bien là dans une démarche de sécurité des soins puisque des risques liés à la prise en charge avaient été identifiés par les professionnels.

Lors des travaux du groupe pilote, il y a eu une mise en commun des savoirs de chacun, liés à l'expérience de terrain.

Comme médecin, cela m'a également permis d'identifier quels étaient les champs d'autonomie des différents professionnels.

Nous travaillons aussi sur les éléments de transmission avec comme idée directrice permanente de rester centré sur l'essentiel et sur ce qui est le plus important dans le cas de cette pathologie. De ce fait, les transmissions sont plus structurées, plus ciblées. Je pense que l'informatisation des chemins cliniques devrait permettre, à terme, de gagner du temps dans la traçabilité des informations dans le dossier patient tout en augmentant la qualité de ces écrits.

La recherche paramédicale est un point que les paramédicaux ne doivent pas perdre de vue. En effet, il est impossible d'entreprendre la moindre démarche de recherche si les données ne sont pas structurées et facilement identifiables. Cette structuration est la première condition pour faire de la recherche de qualité. Le raisonnement clinique partagé au service d'une pathologie et sa déclinaison au sein d'un chemin clinique doit permettre cela. »

# Recherche paramédicale

## Spécial « raisonnement clinique partagé »



**Dominique Faucou -  
Cadre de santé  
paramédical -  
Hôpital  
Saint-Antoine -  
HU Est Parisien**

Cadre de santé paramédicale, responsable de l'unité de neurologie vasculaire à l'hôpital Saint-Antoine, j'exerce aussi une mission transversale partagée au sein du pôle spécialités, pôle tri-site, en tant que référente qualité-gestion des risques. Je suis actuellement un master 2 en « Qualité Sécurité des parcours de soins » pour lequel je dois produire un mémoire de recherche.

Notre unité est entrée dans l'appropriation de la méthodologie du patient-traceur avec l'élaboration d'un parcours patient. Pour faire suite à cette démarche, j'ai souhaité faire partie des cadres formés au raisonnement clinique partagé pour être un cadre relais auprès des équipes cadres, mais aussi, en tant que cadre d'unité, pour initier ce travail auprès d'une équipe pluriprofessionnelle afin de créer un référentiel qualité.

Si la question du raisonnement clinique comme compétence à développer a enrichi ma réflexion managériale cela a apporté un éclairage à mon travail de recherche initial de Master. En intégrant le raisonnement clinique comme outil au développement

d'une compétence collective pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins cela m'a permis de faire évoluer mon sujet d'étude pour faire un focus sur les acteurs du déploiement que sont les cadres relais et les cadres de proximité. Je me suis alors interrogée au « comment accompagner les cadres pour la réussite de ce projet ». Ce travail de recherche est en cours mais il permet de faire émerger la question de la place de la fonction pédagogique du cadre comme compétence développée ou à développer dans sa stratégie managériale pour favoriser l'appropriation de cette méthode par ses équipes ou par les équipes d'encadrement non formés à la démarche, dans la dynamique de ce projet.

En conclusion, l'institution s'est engagée dans le développement du raisonnement clinique partagé comme démarche d'amélioration de la sécurité qualité des soins et accompagner l'informatisation du dossier de soins. Un groupe de cadres relais référents est formé pour accompagner l'appropriation de la méthode clinique tri-focale avec la construction du plan de soins type par les équipes.

De la conceptualisation à la réalisation, je souhaite par mon travail de recherche apporter un éclairage et pouvoir proposer la modélisation d'une procédure d'accompagnement à l'intention des cadres acteurs de ce déploiement.

**Le déploiement  
du raisonnement  
clinique partagé par  
la méthode clinique  
tri-focale, un axe  
de recherche pour  
le développement  
de la fonction  
pédagogique  
du cadre**

# Zoom sur les travaux engagés au sein des GH

## Prise en charge des enfants de 0 à 6 mois atteints d'une bronchiolite et hospitalisés en pédiatrie générale



**Alison Colliau -  
Cadre de santé  
paramédical -  
Urgence  
pédiatrique -  
hôpital Antoine-  
Béclère -  
HU Paris Sud**

« Le groupe pilote que je coordonne a réalisé aujourd'hui environ les trois quarts des attendus, le plan de soins type est terminé et nous débutons le travail sur la formalisation du chemin clinique. Ce projet est à mon sens très important, nous sommes dans l'amélioration de la qualité des écrits avec la mise en lumière du raisonnement clinique des professionnels qui habituellement est peu, voire pas visible lors de la traçabilité dans le dossier de soins. Ce travail a permis d'une part, de fédérer une équipe médico-soignante et pluriprofessionnelle autour d'une pathologie commune, et d'autre part, de décloisonner, car souvent il n'y a pas assez de collaboration interprofessionnelle. Comme cadre et comme coordonnateur, je me suis recentrée sur mon cœur de métier au travers d'un management par la clinique. »

Tous les professionnels concernés par cette prise en charge ont été volontaires pour intégrer le groupe pilote, leur implication s'est traduit par une restitution vers leurs pairs des échanges et réflexions réalisés au sein du groupe.

Une fois ce travail terminé et la diffusion faite auprès de l'ensemble de l'équipe, nous devrions avoir un outil qui permettra aux professionnels de :

- mieux former et mieux intégrer les étudiants et nouveaux professionnels,
- favoriser la collaboration entre professionnels par une meilleure connaissance de leurs actions et de leurs champs d'autonomie dans la prise en charge de cette pathologie,
- valoriser les compétences cliniques des paramédicaux et ainsi compléter le raisonnement clinique du médecin
- favoriser un discours d'équipe commun qui pourra être tenu au patient. »

## Prise en charge d'un patient colorectal avec iléostomie d



**Colette Blocier -  
Cadre santé  
paramédical,  
Corinne Dehu  
et Eric Castagnet -  
Infirmiers  
et Hélène Vilain  
- Aide-soignante -  
Hôpital Henri-Mondor -  
HU Henri-Mondor**

« Notre groupe pilote est bien avancé puisque nous avons finalisé le chemin clinique. Lors de notre dernière réunion de travail, nous avons identifié qu'il était nécessaire d'élargir le périmètre du groupe homogène de patient à tous les types de stomie : colostomie et iléostomie. Nous allons devoir retravailler notre chemin clinique avant une possible informatisation en fin d'année. »

L'ensemble des travaux et des échanges que nous avons menés a permis de mieux cibler les problèmes du patient dans le cadre de ce GHP ainsi que les résultats attendus. Même si nous n'avons pas encore terminé, il y a déjà un bénéfice dans la pratique quotidienne, car nous trouvons maintenant dans le dossier patient des résultats tracés dans les transmissions ciblées. »



## opéré d'un cancer e protection

La mise à plat de ce que chacun fait et doit faire pour ce type de patient tout au long de son parcours de soins et sa formalisation au travers du chemin clinique sécurise complètement cette prise en charge.

Les cadres ne devraient plus observer des pratiques variables, en fonction des professionnels, souvent sources de non qualité et d'inquiétude pour le patient. Nous devrions également constater une amélioration de l'information délivrée au patient tout au long de sa prise en charge, et ce, par tous les professionnels impliqués. En effet, lors de ce travail, les actes d'informations à réaliser ont été identifiés au même titre que les actes techniques, permettant ainsi d'éviter que certains patients aient, par exemple, la remise d'information sur leur alimentation juste au moment de la sortie, voire devant l'ascenseur. »

Colette Blocier précise également « comme cadre, ce travail m'a fait du bien, car je suis revenue sur des fondamentaux à savoir le management par la clinique. Depuis dix ans, on était devenus des gestionnaires logistiques ».

## Prise en charge de patients adultes en primo rééducation suite à un accident ischémique sylvien total gauche



**Irène Haar et Emmanuelle Normand - cadres de santé paramédicaux - Hôpital Raymond-Poincaré - HU Paris Île-de-France Ouest**

« Nous coordonnons un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'infirmières, d'aides-soignants, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, d'assistantes sociales, de neuropsychologues, de diététiciennes, de cadres paramédicaux. Notre groupe finalise le tableau d'analyse du plan de soins type et débutera ensuite la rédaction du chemin clinique en lien avec le groupe homogène de patient.

La formalisation de ce plan de soins type a été très enrichissante et a permis d'évoluer d'une culture individualiste vers une culture professionnelle inter et pluridisciplinaire = partage de savoirs. Ce travail a fait avant tout l'objet de nombreux échanges et discussions afin d'aboutir à une vision consensuelle et uniforme.

Le groupe a ainsi pu constater que :

- la complexité de la prise en charge nécessite bien l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire au sein d'un service de rééducation,
- la dynamique de travail est avant tout basée sur la coordination des différents corps de métiers fédérés autour d'objectifs communs.

Étant « pilote » du projet, nous avons observé au cours des réunions, qu'il était essentiel de :

- faire un point régulier sur la méthodologie de construction du plan de soins type,
- trouver un langage commun aux différentes professions,
- rappeler les bonnes pratiques professionnelles en recherchant les références scientifiques ou existantes dans le service.

In fine, ce travail a nécessité une adhésion et l'acceptation de produire un travail de réflexion et de recherche en sus des tâches quotidiennes des uns et des autres. Mais il a le mérite d'entretenir une dynamique pluridisciplinaire d'optimiser la prise en charge du patient en rééducation. »

# Zoom sur la stratégie mise en place par les directions de soins

## Une transmission partagée, une écriture soignante commune reposant sur des fondements scientifiques pour une démarche de soins personnalisée



**Anita Foureau –  
Coordonnatrice  
générale des soins –  
HU Robert-Debré**

« Une étude menée par la DSAP de l'Hôpital Robert-Debré en 2015 a montré que seulement, 74 % des infirmiers savent formuler une transmission ciblée au moment du recrutement.

C'est à partir de ce constat qu'un premier projet de formation a été initié en 2014 sur un pôle puis déployée sur l'ensemble des services cliniques du GH en 2015 dans le cadre de la démarche institutionnelle.

L'objectif vise à renforcer la démarche de raisonnement clinique en s'appuyant sur la construction de plans de soins types et de chemins cliniques dans une logique de parcours de soins. Nous avons, avec les équipes médicales, fait le choix de développer 15 parcours complexes.

L'optimisation de la coordination des soins à toutes les étapes du parcours passe par la formalisation en équipe pluridisciplinaire des processus de soins médicalement validés. C'est aussi pour les paramédicaux un chemin vers la conscientisation de leur rôle. L'écriture soignante exige de faire appel à la pensée critique, aux savoirs, pour évaluer les risques et décrire avec pertinence les interventions qui permettent d'obtenir des résultats tracés et évalués.

La démarche de soins fondée sur des données probantes encourage l'harmonisation des pratiques qui réduisent les variations, quand c'est possible, en proposant des plans de soins type pour améliorer la sécurité des soins.

Les cadres paramédicaux ont un rôle à jouer pour encourager les professionnels à faire usage de leur jugement clinique pour formaliser leurs démarches. Cette capacité développée en formation initiale doit s'enrichir au fur et à mesure de l'expérience collective et de la clinique au quotidien. Les cadres doivent concevoir avec les équipes des stratégies qui favorisent le développement de cette culture du raisonnement qui valorise l'expertise soignante et contribue à la sécurité des soins. »

## Une démarche fédératrice au service de la qualité et de la sécurité des soins



**Alain Bentounsi –  
Coordonnateur  
général des soins –  
HU Paris Nord  
Val-de-Seine**

Comme coordonnateur général des soins, j'ai été d'emblée convaincu par cette démarche institutionnelle. En effet, chaque acteur de l'équipe soignante s'y retrouve puisque l'on part de la pratique quotidienne de chaque professionnel, cela redonne du sens à cette démarche collective de soins qui est trop souvent une juxtaposition d'interventions.

Ce projet a permis de re-fédérer les équipes médicales et paramédicales autour d'un projet commun.

Il a fallu faire un peu de pédagogie sur le « modèle tri-focal » qui parlait à très peu de personnes et qui inquiétait un peu les cadres pilotes de ce projet, mais nous n'avons eu aucune difficulté à mobiliser les professionnels de santé, y compris les médecins. Aujourd'hui, les équipes de soins sont dans l'appropriation ou la réappropriation du raisonnement clinique et on constate une amélioration de la traçabilité des soins, qui est plus factuelle, synthétique et centrée sur les problèmes de santé du patient.

La mise en place des chemins cliniques, fil conducteur de la prise en charge du patient, permettra d'anticiper et de planifier les actions de soins nécessaires. Cela améliorera la continuité de la mise en œuvre du projet de soins individualisé du patient avec un accès plus rapide à son autonomie, ce qui se traduira par une réduction de sa durée moyenne de séjour. L'amélioration de la traçabilité des soins et son informatisation devraient éviter que les professionnels posent plusieurs fois la même question au patient et ainsi lui donner le sentiment d'être pris en charge par une « équipe soignante ».

La visite de certification V2014 vient juste de se terminer sur notre GH. Les experts-visiteurs ont perçu cette dynamique d'appropriation par les professionnels du parcours patient. Cela conforte ma vision sur ce projet.

# Actualités

## Des faits marquants

### Journée professionnelle de la direction des soins et des activités paramédicales

Le 24 mars 2016, la DSAP organisait la première journée sur le thème du « Management par la clinique au service du parcours patient – le raisonnement clinique partagé : une démarche médico-soignante pour construire le chemin clinique ».

Le succès de cette journée s'est traduit par la participation de plus de 280 participants et un taux de satisfaction à 86 %. Les projets portés au cours de cette journée ont montré un engagement fort de l'encadrement paramédical, représentant 66 % du public.

Quatre temps forts ont rythmé les interventions et les échanges avec le public :

- les composantes du modèle clinique tri-focal et les enjeux dans la prise en charge du patient notamment lors de la conférence introductory de Thérèse Psiuk,
- les clés de réussite de la conduite de projet pour la mise en œuvre de cette démarche clinique, au centre de l'intervention du coordonnateur général

des soins du GH Henri Mondor. Ce pilotage a été illustré par le témoignage de l'équipe médico-soignante de la réanimation médicale de ce GH qui a conduit avec succès cette démarche,

- l'inscription de ce modèle clinique dans les modalités de la certification V2014 (approche par processus/patient-traceur),
- des retours d'expérience qui ont mobilisé des équipes médico-soignantes au sein des HU Paris Île-de-France-Ouest et Paris Sud, Robert-Debré, l'Hospitalisation à domicile et au sein du CHU de Bordeaux.

La parole des usagers, et leurs places dans l'élaboration et la mise en œuvre des chemins cliniques a été porté par Marie Citrini, représentante des usagers. Son intervention a été un temps fort de cette journée.

L'ensemble des présentations de cette journée sont consultables et téléchargeables sur le site intranet de la DSAP à l'adresse suivante :

<http://portail-cms.aphp.fr/dcsirmt/?page=public&article=154>.



### Raisonnement clinique partagé : un espace intranet à votre service

Pour accompagner le déploiement du « Raisonnement clinique partagé » à l'AP-HP, la DSAP a créé un espace partagé sur son site intranet<sup>1</sup>.

Cet espace est structuré autour de trois rubriques :

[La rubrique « La démarche projet »,](#) destinée plus particulièrement aux cadres de santé paramédicaux et chefs de projet, propose des supports pour la conduite du projet : la présentation du dispositif, la rédaction de la fiche projet, la fiche de missions des cadres formés, la procédure de planification de mise en œuvre du dispositif et l'introduction de la première journée de formation de l'action 1.

[La rubrique « La formation : supports »](#) met à disposition l'ensemble des supports de formation utilisés par les cadres nommés responsables du développement du raisonnement clinique partagé au sein des GH.

[La rubrique « Les travaux des groupes hospitaliers »](#) présente pour chaque GH et chaque site hors GH la liste des GHP étudiés au sein de chacun des pôles. Pour chaque GHP, sont et seront mis en ligne les fiches projets, le plan de soins type et le chemin clinique. Le niveau de production entre les GH diffère selon la date du démarrage du projet.

Consultez régulièrement cet espace afin de vous approprier le modèle clinique tri-focal et d'en voir concrètement l'application grâce aux travaux réalisés par les différents professionnels impliqués.

<sup>1</sup> <http://portail-cms.aphp.fr/dcsirmt/?page=public>

# Agenda

## Évènements

### DSAP

#### 4<sup>ème</sup> journée de Recherche infirmière et paramédicale

Vendredi 18 novembre 2016

8h00 à 17h30

Auditorium de l'ICM

Pitié-Salpêtrière

Inscription à partir du 5 septembre 2016

### Groupes Hospitaliers

#### Hôpitaux universitaires Est Parisien

#### 2<sup>ème</sup> journée du CLAN du GH : La nutrition thérapeutique

Jeudi 29 septembre 2016

Hôpital Trousseau,

Amphithéâtre Sorel

Code HR stage : 031450357

Code session : 5035700002

#### Hôpital San Salvador

#### 1<sup>ère</sup> journée des professionnels paramédicaux de San Salvador « Nutrition et Handicap »

Jeudi 13 octobre 2016

Date limite d'inscription 23 septembre 2016

Contact :

marie-sophie.franc@aphp.fr

### Autres

#### Risque infectieux lié aux liquides biologiques lors des soins aux patients

Lundi 26 septembre 2016

Espace Scipion

CFC MPPH

Code stage : 091558632

Code session : 5863200002

#### Éducation thérapeutique : 6<sup>ème</sup> journée des soignants et des soignés de l'AP-HP

Jeudi 24 novembre 2016

Auditorium HEGP

Code HR formation : 3413900006

#### DU : Risques psychosociaux en pratique soignante Université Paris Sud

Date limite d'inscription :  
15 octobre 2016

Contact :

- Secrétariat DAR : 01 45 21 34 41

- kabedol@gmail.com

### 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](mailto:agnes.vilain@aphp.fr)

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

- Directrice de la publication : Françoise Zantman • Chefs d'édition : Richard Agnetti, Martine Massiani
- Secrétaire d'édition : Agnès Vilain
- Conception & réalisation à la Direction de la communication : Stéphanie Aguilar, Micheline Saint-Etienne, Jean-Michel Forestier
- Couverture : Service de chirurgie digestive et hépatobiliaire, hôpital Henri-Mondor
- Photos : François Marin (AP-HP) / Getty images • Impression : SMS
- Contact : direction centrale des soins - 01 40 27 34 85

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

[www.aphp.fr](http://www.aphp.fr)