

La recherche en soins infirmiers à l'AP-HP



Les professionnels paramédicaux contribuent au développement de la recherche clinique dans les CHU. Leur implication quotidienne permet l'inclusion de nombreux malades dans des essais thérapeutiques. Des avancées qui donnent lieu à des publications scientifiques dont les soignants restent trop souvent absents.

Les années 2009-2010 signent une réelle évolution dans ce domaine tant au niveau national que dans l'institution. La mise en œuvre de l'universitarisation des études infirmières avec le LMD a ouvert la voie en septembre 2009. Les coopérations entre professionnels médicaux et paramédicaux sont entrées dans une phase active après les deux séries d'expérimentations Berland, la loi HPST

et les masters leur conférant une réelle légitimité.

Le lancement du premier Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI) par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot en 2009 concrétise l'évolution de l'exercice infirmier. Il lui donne ses lettres de noblesse en officialisant la recherche infirmière en France, la plaçant enfin au niveau de ses homologues internationaux. L'AP-HP n'est pas en reste, puisqu'elle a conventionné avec l'École des hautes études en santé publique en 2009 pour créer la première chaire de recherche infirmière et paramédicale. Enfin, l'étroite collaboration entre le département de recherche clinique de la Direction de la politique médicale et la Direction centrale des soins permet de soutenir les projets de recherche infirmiers au même titre que les projets médicaux, en finançant la formation d'infirmières à la recherche (master 2 et doctorat). Ces dispositions seront étendues à l'ensemble des professions paramédicales. S'il ne s'agit pas de faire de chaque infirmière un chercheur, gageons que ces recherches tireront les soins courants vers le haut au bénéfice des malades et de leurs proches, et permettront aux paramédicaux de s'inscrire pleinement dans la dimension universitaire de l'APHP.

Chaleureuses félicitations aux cinq équipes de l'APHP dont les projets ont été retenus malgré des délais particulièrement contraints. La diversité de leurs projets illustre parfaitement la richesse de la pratique infirmière. Nous savons pouvoir compter sur eux pour mener ces projets novateurs à leur terme, tracer le chemin et servir de modèle à tous ceux qui suivront !

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

2 [panorama]

- Structuration de la recherche infirmière à l'AP-HP

3-7 [terrain]

- Standardisation des soins infirmiers pour la surveillance des patients atteints d'encéphalopathie hépatique hospitalisés en réanimation
- Démontrer l'efficacité de la consultation infirmière en médecine du voyage
- Évaluer la pénibilité de la prise en charge d'un patient atteint de la maladie de Huntington pour les aidants familiaux
- Les soins donnés aux patients en fin de vie en question
- Impact de l'hypnose en pré-opératoire avant induction anesthésique sur l'anxiété des enfants de 10 à 18 ans

8 [actualités]

- Les premiers pas de la nouvelle gouvernance à l'AP-HP
- Loi HPST et évolution de la CCSIRMT
- Manifestations

Structuration de la recherche infirmière à l'AP-HP

La recherche infirmière contribue à améliorer les connaissances et les pratiques de soins infirmiers. C'est un domaine fédérateur pour les équipes soignantes, qui nécessite une structuration et un accompagnement. C'est pourquoi, dès l'annonce de l'appel à projets PHRI en septembre 2009, Roselyne Vasseur, directrice du service central des soins, m'a chargée de structurer la recherche infirmière à l'AP-HP.



Geneviève Ladegaillerie
Cadre supérieur infirmier, expert en soins,
direction centrale des soins

Ce dossier a bénéficié de l'aide de la direction de la politique médicale de l'AP-HP et en particulier du département de la recherche clinique et du développement (DRCD). Nous avons diffusé largement l'appel à projets aux directeurs de soins et aux cadres experts des sites hospitaliers afin qu'ils relaient l'information. Nous nous sommes mis à la disposition des équipes pour répondre à leurs demandes d'information. Nous avons, ensuite, collaboré avec la DRCD pour élaborer les avis indispensables à la recevabilité des projets. Les URCL (Unité de Recherche Clinique) des groupes hospitaliers ont apporté leur soutien aux équipes malgré les contraintes liées au temps.

Les projets devaient répondre à des critères d'éligibilité tels que: relever d'une recherche dans le domaine des soins infirmiers, de leur organisation et/ou de leur management avec une justification scientifique; mettre en avant l'hypothèse, les objectifs, les modalités statistiques de l'étude, la population concernée, les critères de jugement et la méthodologie mise en œuvre. Sur plus de 80 dossiers déposés au ministère, 27 ont été présentés par des équipes de l'AP-HP : cinq ont été retenus par le comité désigné par la directrice de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) puis sélectionnés par la ministre (sur les 15 dossiers retenus au niveau national). Pour ces cinq projets, une organisation de suivi a été mise en

place par la DRCD à laquelle la direction centrale des soins a été pleinement associée.

Je suis, aujourd'hui, fière en tant qu'infirmière que des équipes infirmières soient investies dans la recherche et conduisent des projets qui vont contribuer à faire avancer les soins infirmiers et que des projets de recherche en soins infirmiers bénéficient d'un encadrement méthodologique et financier au même titre que les projets de recherche médicale.

Nous savons bien que ces projets, qu'ils aient été sélectionnés ou non – malgré la grande qualité de certains – représentent pour les équipes infirmières un surcroît de travail. Nous savons aussi qu'ils représentent déjà plusieurs années d'investissement en temps et en énergie. Cet appel d'offre a le mérite de mettre en lumière l'implication des infirmières dans les soins au bénéfice des patients et leur investissement dans la qualité des soins. Nous continuerons à suivre les projets sélectionnés et nous nous préparons pour le prochain appel d'offre qui doit paraître en juin 2010.

Je tiens à encourager vivement l'ensemble des porteurs de projets qui ont candidaté l'an dernier à représenter leurs projets cette année car ils ont certainement poursuivi le travail passionnant qu'ils avaient engagé.

Standardisation des soins infirmiers pour la surveillance des patients atteints d'encéphalopathie hépatique hospitalisés en réanimation

En réanimation, la mortalité des patients atteints de cirrhose avec complication grave est très élevée. Par exemple, l'encéphalopathie hépatique et les troubles de la vigilance associés nécessitent souvent une surveillance accrue. Or, il n'existe actuellement aucun protocole spécifique. Pour y remédier, Isabelle Villard, cadre de santé à l'hôpital Beaujon, et Loïc Jain, infirmier, ont souhaité prouver scientifiquement que l'utilisation d'une grille de surveillance à l'usage des infirmières améliorerait la prise en charge de ces patients.

Plusieurs équipes mobilisées

L'idée de standardiser la surveillance des patients atteints d'encéphalopathie hépatique hospitalisés en réanimation revient à l'équipe paramédicale du service: « Nous avons remarqué que les infirmières les plus expérimentées ont développé un savoir basé sur l'intuition et parviennent ainsi à identifier plus précocement les patients dont l'état de santé se détériore, raconte Isabelle Villard. Cela renforce leur crédibilité auprès de l'équipe médicale qui intervient plus rapidement pour juger de la situation. » Afin de rendre ce diagnostic plus objectif et de partager cette expérience avec les infirmières les plus jeunes, il a semblé nécessaire de s'inspirer de cette démarche intuitive pour mettre en place une méthode déductive via l'élaboration d'un outil d'évaluation quantitatif (ou score). Pour Isabelle Villard, « cet outil est le résultat d'une collaboration pluri-professionnelle avec les médecins du service et l'unité de recherche clinique. Nous allons ainsi optimiser la communication avec l'équipe médicale et améliorer la qualité des soins. Notre objectif: diminuer la survenue de pneumopathie chez les patients cirrhotiques atteints d'encéphalopathie hépatique. »



Isabelle Villard,
cadre de santé pôle
UPRM, hôpital Beaujon

Scorer le patient pour adopter la bonne conduite

Les infirmières dites « expertes » des services d'hépatologie des hôpitaux Beaujon et Cochin ont répondu à un questionnaire permettant d'identifier les signes qui, selon elles, sont les plus évocateurs de l'encéphalopathie hépatique: flapping, hypotonie ou hypertonie, modifications du comportement ou de la personnalité. La grille de surveillance comprend également certains paramètres issus du score d'alerte précoce (tension artérielle, température) et du score de Glasgow (fonction cérébrale). À chaque critère correspond un score de 0 à 3. Lorsque l'infirmière surveille le patient, elle coche dans la grille les différents signes observés et additionne les chiffres pour obtenir un score total correspondant à son état. Pour chaque résultat, une conduite à tenir a été prévue.

Un projet qui pourrait être déployé

Dans le cadre du PHRI, l'équipe projet va donc réaliser une étude « avant/après » la mise en œuvre de la standardisation en comparant deux groupes de 121 patients. Il s'agira de mener une étude rétrospective sur un groupe de patients n'ayant fait l'objet d'aucune pratique de soins infirmiers spécifiques et, une étude prospective (26 mois) sur un groupe de patients ayant bénéficié d'une surveillance standardisée. À cet effet, Loïc Jain a formé les infirmières à l'utilisation du nouvel outil lors de mises en situation. « Grâce à ces études rétrospectives et prospectives, nous comparerons la fréquence de survenue de complications (pneumopathies, troubles ventilatoires, état de choc, mort prématurée) dans les deux groupes. Si le taux est inférieur dans le second, nous aurons atteint notre objectif, explique Isabelle Villard. Nous espérons également que l'éclairage offert par le PHRI sur notre projet incite des équipes d'autres pôles hospitaliers à tenter l'aventure. »

Démontrer l'efficacité de la consultation infirmière en médecine du voyage

Infirmière à l'hôpital Avicenne, Delphine Leclerc officie au Centre de conseils aux voyageurs et de vaccination depuis sa création en 2003. En menant une étude dans le cadre du PHRI, elle entend démontrer qu'une consultation du voyage réalisée uniquement par une infirmière peut permettre d'apporter au voyageur la même qualité de prise en charge qu'une consultation médicale.



Delphine Leclerc,
hôpital Avicenne

La médecine du voyage repose avant tout sur la prévention des maladies ou d'autres effets indésirables sur la santé des voyageurs. Les thérapeutiques prescrites au moment du départ (vaccins, antipaludiques préventifs) sont très limitées et très encadrées par des recommandations internationales. En France, environ 350 centres spécialisés accueillent des voyageurs, toujours plus nombreux. À Avicenne, la consultation a été ouverte grâce à l'initiative du Pr. Olivier Bouchaud (chef de service de médecine infectieuse et tropicale de l'hôpital). « À l'heure actuelle, nous recevons en moyenne (de 9 h à 12 h 30) 50 voyageurs par jour, dont 80 % sont des migrants d'Afrique sub-saharienne. Notre équipe se constitue d'un médecin, de deux infirmières et d'une aide soignante. Pour garantir une prise en charge de qualité au plus grand nombre, nous avons mis en place des consultations infirmières. »

Des infirmières plus autonomes

Ainsi, avant chaque consultation, une infirmière analyse la situation de chaque voyageur. Elle répartit les patients, selon leur besoin et leurs éventuels problèmes de santé, entre le médecin pour les situations les plus complexes et l'infirmière pour les cas dits « standards » (personnes en bonne santé). Ces deux consultations se déroulent d'une manière équivalente. « L'équipe soignante a suivi une formation, sanctionnée par un diplôme inter-universitaire en médecine du voyage (universités Paris-7 et Paris-6). Nous sommes habilités à dispenser des conseils de prévention axés sur les risques sanitaires (diarrhée, paludisme), tels que ne pas boire l'eau du robinet, dormir sous une moustiquaire imprégnée, ne pas négliger une fièvre, etc. Puis nous prescrivons, au moyen d'ordonnances pré-imprimées, les vaccinations adaptées, un antipaludique ou des

médicaments de confort selon les cas de figure. La validation de l'ordonnance par le médecin reste obligatoire et systématique. »

Des bénéfices pour tous

Le travail de recherche mené par l'équipe de la consultation des voyages va consister à comparer les deux types de prises en charge, médicale et infirmière, pour déterminer si elles sont de qualité équivalente pour le voyageur. L'étude débutera en septembre prochain pour une durée de 18 mois et portera sur 600 personnes, de plus de 18 ans et en bonne santé, venues consulter avant leur départ. « Les voyageurs seront d'abord accueillis par le médecin enquêteur qui leur présentera l'étude et leur demandera s'ils sont volontaires. La moitié rencontrera une infirmière, l'autre un médecin. Les patients ne seront pas informés du statut professionnel du soignant. » Ensuite, chaque voyageur sera soumis au questionnaire de l'enquêteur, destiné à évaluer son degré de mémorisation de l'information et son degré de satisfaction en fin de consultation. Au sein de ce questionnaire, l'enquêteur donnera également son avis sur l'adéquation des prescriptions proposées par rapport aux recommandations internationales. Enfin, l'analyse statistique des données recueillies sera réalisée par l'unité de recherche clinique de l'hôpital Fernand-Widal.

Pour Delphine Leclerc, l'enjeu du PHRI est de favoriser le développement de la consultation infirmière. « J'y vois trois intérêts majeurs : accueillir un plus grand nombre de patients dans de meilleures conditions, permettre au médecin de se concentrer sur la partie la plus pointue de son expertise et offrir l'opportunité à nous, infirmières, de valoriser nos prestations, ce qui est, sans aucun doute, très motivant. »

Évaluer la pénibilité de la prise en charge d'un patient atteint de la maladie de Huntington pour les aidants familiaux

La prise en charge d'un parent ou d'un proche atteint de la maladie de Huntington peut devenir année après année une véritable épreuve pour les aidants familiaux. Infirmière à l'hôpital Albert-Chenevier, Marie-Laure Bourhis côtoie ces derniers au quotidien. Pour éviter qu'ils ne perdent pieds, elle souhaite mettre en place un outil destiné à évaluer leur souffrance. Objectif : leur proposer à temps les solutions adéquates pour les soulager.



Marie-Laure Bourhis,
infirmière à l'hôpital
Albert-Chenevier

La maladie de Huntington est une affection neuro-dégénérative d'origine génétique, qui évolue pendant 15 à 20 ans à partir de l'apparition des premiers symptômes, aux alentours de 35 ans. En France, environ 6000 patients sont considérés comme cliniquement atteints. Avec le temps, les malades requièrent une prise en charge soutenue. Celle-ci revient le plus souvent à l'entourage, qui doit apprendre à gérer au quotidien les troubles du comportement, de la marche et de l'alimentation, ainsi que les difficultés de communication. Le quotidien des proches s'en trouve profondément bouleversé.

Soutenir aussi les aidants

« Dans le cadre de la recherche clinique au sein du Centre d'investigation clinique, nous accueillons environ 120 malades et leurs proches depuis plusieurs années, patients pris en charge par le Centre de référence de la maladie de Huntington à l'hôpital Albert-Chenevier, raconte Marie-Laure Bourhis. En discutant avec les aidants familiaux, nous nous sommes rendu compte qu'habituellement à apporter leur aide, ils en oublient de demander un soutien pour eux-mêmes. Certains mettent même en péril leur état de santé ! » Or, à l'heure actuelle, rien ne permet de mesurer concrètement les difficultés et les retentissements de l'accompagnement du malade sur les aidants. Pour pallier ce manque, Marie-Laure Bourhis et son équipe ont eu l'idée de recourir à un outil utilisé traditionnellement dans le cadre de la prise en charge des patients atteints d'Alzheimer : l'échelle de Zarit. « Cet auto-questionnaire est rempli par l'aidant familial qui met en évidence son degré d'épuisement

ou d'usure psychologique en fonction du stade de la maladie du patient, explique Marie-Laure Bourhis. Les résultats permettent de détecter plus précocement une personne en situation de souffrance. Également d'appuyer et de justifier les mesures à mettre en place, comme une hospitalisation de jour (HDJ) pour leur proche malade, afin d'alléger leur fardeau. »

Systématiser l'échelle de Zarit

Le PHRI offre à Marie-Laure Bourhis l'opportunité d'expérimenter à plus grande échelle cet outil. Une dizaine de centres collaboreront au projet pendant trois ans, impliquant 300 patients et 300 aidants familiaux. L'étude se déroulera en deux temps. Lors d'une première visite, l'aidant s'entretient avec une infirmière et remplit l'échelle de Zarit. Le score de pénibilité est calculé en fonction des réponses : de 0 à 40, la charge est jugée absente à modérée, au-delà, sévère. Un an plus tard, l'aidant se soumet de nouveau à l'auto-questionnaire. « Nous pourrions ainsi comparer les deux résultats et surveiller l'évolution de la pénibilité de la prise en charge. »

Particulièrement soutenue par sa hiérarchie et les médecins du centre d'investigation clinique et du Centre de référence de l'hôpital dans sa démarche de recherche infirmière, Marie-Laure Bourhis espère voir l'utilisation de l'échelle de Zarit systématisée : « Nous devons davantage accompagner les aidants familiaux. Dédramatiser et leur permettre de souffler, c'est peut-être reculer l'échéance du placement de certains malades dans un centre spécialisé, étape ultime et douloureuse pour tous. »

Les soins donnés aux patients en fin de vie en question

Les soins palliatifs sont, selon la formule du docteur et chercheur Thérèse Vanier, « tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire ». Le projet de Laurence Fontaine, infirmière en équipe mobile de soins palliatifs à l'hôpital Louis-Mourier, vise à répondre aux deux questions qui sont au cœur de la problématique des soins : que pourrait-on faire de moins ? Que devrait-on faire de plus ?



Laurence Fontaine,
infirmière à l'hôpital Louis-Mourier)

[6]

Depuis 2005, la loi Leonetti recommande pour les patients en fin de vie d'éviter toute « obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique », notamment lorsqu'ils paraissent inutiles, disproportionnés ou source d'inconfort sans bénéfice évident pour le patient. Cela ne signifie pas pour autant un abandon des soins. « Ceux-ci doivent être adaptés, réfléchis : la priorité reste l'amélioration de la qualité de vie, explique Laurence Fontaine. Toutefois, quotidiennement, les soignants me rapportent leur manque de disponibilité pour des actes qui amélioreraient le confort des patients, car la limitation thérapeutique n'est pas appliquée. À titre d'acte chronophage d'une pertinence discutable, le scanner reste un exemple récurrent. Il implique des déplacements et des transferts source d'inconfort et de douleurs, peut-être au détriment d'un soin de bouche, d'un massage ou d'un simple moment d'attention. »

Repenser les soins

À l'heure actuelle, il n'existe aucun état des lieux sur la prise en charge en fin de vie, ni d'analyse de pertinence des actes réalisés. Avec l'appui de son équipe et l'aide du docteur Laurence Salomon, chef de service au département de Santé publique, Laurence Fontaine lance une étude d'observation rétrospective qui analysera la pertinence des actes réalisés par l'équipe soignante avant le décès des patients. Le recensement des soins ayant été jugés nécessaires mais n'ayant pas été réalisés fait également partie du programme : « Mettre en évidence cette discordance pourrait faire évoluer les soins de la personne en fin

de vie et participer au mieux être des patients. Les équipes soignantes souhaitent continuer de donner du sens à leur pratique professionnelle dans leur rôle propre relationnel. »

Trois ans de recherche dans cinq hôpitaux français

Menée à partir de juin 2010, l'étude portera sur 200 patients en soins palliatifs, décédés dans un service de court séjour dans les 72 heures avant le décès. 40 dossiers seront sélectionnés dans cinq centres investigateurs (hôpitaux Louis-Mourier et Henri-Mondor, CHU de Rennes et Grenoble; le cinquième est en attente de confirmation) parmi ceux dont le résumé d'hospitalisation comporte le codage soins palliatifs. « Dans un premier temps, une infirmière clinicienne procédera au recueil exhaustif des actes réalisés dans les dossiers des patients de son hôpital », détaille Laurence Fontaine. Des équipes d'experts seront ensuite constituées sur chaque site : « Il s'agira d'un binôme infirmière / médecin exerçant en soins palliatifs et d'un trinôme infirmière / aide soignant / médecin en court séjour. Ils auront pour mission d'analyser la pertinence des actes recensés et de les classer en trois catégories « non pertinents », « discutables » et « pertinents ». Puis ils listeront les gestes et les soins de confort préconisés qui n'ont pas été réalisés. » La dernière étape consistera à évaluer la durée moyenne nécessaire pour effectuer, d'une part, les actes réalisés non pertinents et, d'autre part, ceux recommandés. « Au total, trois ans seront nécessaires pour mener à bien le projet. La finalité : délivrer le juste soin au bon moment aux patients relevant des soins palliatifs. »

Impact de l'hypnose en pré-opératoire avant induction anesthésique sur l'anxiété des enfants de 10 à 18 ans

Depuis plusieurs années, l'hôpital s'ouvre aux thérapies alternatives, utilisées en complément de la médecine classique. L'hypnose en fait partie. Karine Tiberghien, infirmière anesthésiste (IADE) à l'hôpital Robert Debré formée à cette technique, entend démontrer l'impact de l'hypnose sur l'anxiété des enfants subissant une intervention orthopédique (ténotomie, ostéotomie, arthrodèse).



Karine Tiberghien
infirmière anesthésiste diplômée d'état et
Nathalie Duparc-Alégria, infirmière ressource
douleur à l'hôpital Robert-Debré

L'hypnoanalgésie, un champ inexploré en pédiatrie

De nombreuses études ont prouvé l'existence d'une activité cérébrale spécifique à l'état hypnotique, une diminution de la douleur pendant la séance et une action anxiolytique chez les patients adultes. Cependant, très peu de recherches ont été menées en pédiatrie. « *En partageant nos expériences entre soignants, nous nous sommes rendu compte que la littérature médicale n'apporte que peu d'éléments sur les bénéfices de l'hypnoanalgésie chez l'enfant avant une opération. L'hypnose est un état de conscience particulier entre veille et sommeil, que nous utilisons tous plusieurs fois par jour. Cette technique simple, naturelle et facilement accessible par l'imaginaire des enfants peut réduire significativement l'anxiété péri-opératoire, la douleur, les troubles du comportement au réveil, les mauvais souvenirs, etc.* » L'objet de l'étude : évaluer l'apport de l'hypnoanalgésie sur l'anxiété et la douleur des enfants en chirurgie dans le respect des deux principales contraintes organisationnelles de l'hôpital : la charge de travail des soignants et le temps d'occupation du bloc.

Une étude biomédicale randomisée sur trois ans

Le projet de recherche devrait débiter au troisième trimestre 2010 pour une durée de trois ans maximum. Il concernera les équipes de chirurgie orthopédique, du réveil, du bloc opératoire, l'unité anti-douleur et l'unité d'épidémiologie clinique. « *À l'heure actuelle, cinq IADE à l'hôpital Robert-Debré ont bénéficié d'une formation en hypnoanalgésie, souligne Karine Tiberghien. Grâce à ce projet, sept autres pourront être formés par l'Institut français d'hypnose (IFH) et participeront alors activement à l'étude.* »

Une centaine d'enfants, âgés de 10 à 18 ans, devant subir une intervention chirurgicale orthopédique douloureuse (ostéotomie, ténotomie, arthrodèse), sera sélectionnée avec le consentement des deux parents. Les jeunes patients seront répartis de manière aléatoire en deux groupes : au sein du groupe témoin, ils suivront le parcours opératoire classique et bénéficieront d'une consultation infirmière la veille de l'intervention. Dans le groupe expérimental, ils recevront une consultation infirmière pré-opératoire complétée d'une séance d'hypnoanalgésie en pré-induction de l'anesthésie. « *La séance durera une dizaine de minutes avant la pose du masque et de la voie veineuse. L'IADE aidera l'enfant à partir dans un lieu, un souvenir ou une activité qui le reconforte et qu'il aura lui-même choisis lors de la consultation infirmière pré-opératoire.* »

L'anxiété, la douleur et la consommation d'antalgiques seront évaluées à différents temps par un soignant qui n'a pas connaissance de l'appartenance de l'enfant à l'un ou l'autre des groupes. « *Nous nous servons des outils classiques d'évaluation : pour l'anxiété l'EVA, pour la douleur l'échelle numérique (EN) ou l'échelle des visages (FPS-R) et le score comportemental OPS* », précise Karine Tiberghien. Enfin, les résultats seront comparés pour vérifier l'hypothèse que l'hypnoanalgésie avant l'anesthésie diminue l'anxiété post-opératoire. « *Notre ambition est avant tout de trouver un outil supplémentaire simple pour une meilleure prise en charge de l'anxiété des jeunes patients et un meilleur vécu de leur hospitalisation, sans perturbation majeure du déroulement de la chirurgie* », conclut Karine Tiberghien.

Les premiers pas de la nouvelle gouvernance à l'AP-HP

La commission médicale d'établissement (CME) et la commission centrale des soins (CCSIRMT) ont respectivement désigné (le 11 mai et le 6 mai) les deux représentants médicaux, le Pr. Loïc Capron et le Dr. Alain Faye, et la représentante paramédicale, le cadre supérieur de santé Martine Andrieu, qui siègeront au conseil de surveillance de l'AP-HP. La composition de ce dernier sera arrêtée par Claude Évin, directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

Le conseil de surveillance aura plusieurs missions : se prononcer sur la stratégie et exercer le contrôle de la gestion de l'établissement ; délibérer sur le projet d'établissement (« plan stratégique »), les conventions hospitalo-universitaires, le compte financier et l'affectation des résultats ; participer à une communauté hospitalière de territoire, un éventuel projet de fusion avec un autre établissement public de santé, et au rapport annuel d'activité. Dans sa fonction de contrôle de gestion, il pourra entendre le directeur général sur l'EPRD et sur le programme d'investissement, communiquer au directeur de l'ARS ses observations sur le rapport annuel d'activité de l'AP-HP et sur la gestion de l'établissement, opérer les contrôles qu'il jugera opportuns et se faire communiquer les documents nécessaires à ses missions. Enfin, il sera consulté sur la politique d'amélioration continue de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques, sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sur les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat, sur le règlement intérieur de l'AP-HP.

Loi HPST et évolution de la CCSIRMT

Issue de la loi portant réforme hospitalière de 1991, la commission des soins a beaucoup évolué. D'abord groupe infirmier, elle bénéficie aujourd'hui d'une place au sein des autres instances, notamment depuis le décret du 26 décembre 2005 et l'ouverture à l'ensemble des paramédicaux. La loi HPST et le décret du 30 avril 2010 ont précisé ses nouvelles attributions. La commission donne son avis sur l'organisation des soins, la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité, la recherche, les conditions d'accueil et de prise en charge des malades. Elle est informée sur le rapport annuel d'activité de l'établissement et sur le règlement intérieur. Un membre siège au conseil de surveillance et son président à la CME. En 2011, un vote par correspondance de l'ensemble des paramédicaux procédera au renouvellement des commissions. Chaque commission de groupe hospitalier comportera 32 membres. La commission centrale comportera 40 membres issus des commissions des groupes hospitaliers.

[8]

Manifestations

Salon infirmier 2010
3, 4 et 5 novembre

Paris, porte de Versailles, pavillon 3
www.salon-infirmier.com



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]