

LES MATINALES

**De nouveaux acteurs
pour un parcours
de soins coordonné**

vendredi
13 MARS 2020
9H00 – 13H00

HÔPITAL
DES QUINZE-VINGTS
PARIS

3^e édition

UN ÉVÉNEMENT

adRHess



en partenariat avec



Gh³ Renseignements et inscription
www.gh-formation.fr



PROGRAMME

9h00 **Accueil**

9h30 **Allocution d'ouverture**

Sophie MARCHANDET
Vice-présidente de l'adRHess

9h45 **Conférence introductive**
De l'infirmier général
à l'infirmier en pratique avancée

10h15 **Table ronde 1**
L'évolution des métiers du soin :
l'exemple des infirmiers
en pratique avancée

Nadia PÉOC'H *Directrice de l'IFCS du CHU de Toulouse*
Elisabeth DELETANG *Coordinatrice générale des soins, hôpitaux Confluence Val-de-Marne Essonne*
Claire DEVROEDT *IPA en formation, CHI de Créteil*
Kévin MARCOMBE *Directeur adjoint, pôle RH, ARS Île-de-France*
Noémie SCHOEIBEL *Directrice des ressources humaines, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences*
Échange avec la salle

11h15 **Pause**

11h30 **Table ronde 2**
Professionnels/patients,
le patient formé par pair-aidance

Bernard DENIS *Président de l'université des patients Auvergne-Rhône-Alpes (UDPARA)*

Christian UHRIG *Coordonnateur général des soins*
Fatah SENADLA *Médiateur santé pair*
Sébastien DUPUY *Infirmier*
CH de Rouffach

12h30 **Allocution de clôture**
Francis MANGEONJEAN

Président de l'Association française des directeurs des soins (AFDS)

12h45 **Déjeuner**

UN ÉVÈNEMENT

adRHess

en partenariat avec

afds

Renseignements et inscription
www.gh-formation.fr

Gh³



LIEU DE LA MATINÉE

Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts

28 rue de Charenton
75012 Paris

Transports

MéTRO

Ligne 1-5-8 Bastille
Ligne 8 Ledru-Rollin
Ligne 1-14 Gare de Lyon

RER

A et D Gare de Lyon

BUS

20-29-65-69
76-86-87-91
Bastille

Voiture

Parking payant Opéra Bastille :
entrée par la rue de Lyon
Accès piétons dans l'hôpital

INSCRIPTION

À retourner à GH³ Formation
44 rue Jules-Ferry - CS 80012
94408 Vitry-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 45 73 69 20

Inscription en ligne sur www.gh-formation.fr

● PARTICIPANT

Nom _____

Prénom _____

Fonction Directeur DRH DAM DRH/DAM Médecin
 DS/CGS Cadre santé AAH ACH Autre.....

Établissement _____

Adresse _____

Téléphone pro. _____ **Fax** _____

Mail impératif _____

● PARTICIPATION

INSCRIPTION, DÉJEUNER, DOCUMENTATION 180 € TTC

Serez-vous présent au repas OUI NON

● RESPONSABLE DE FORMATION

Nom _____

Prénom _____

Téléphone pro. _____ **Fax** _____

Mail impératif _____

● ADRESSE DE FACTURATION (si différente de celle indiquée supra)

Service _____

Établissement _____

Adresse _____

Téléphone pro. _____ **Fax** _____

Mail impératif _____

Bon pour accord du chef d'établissement

Date et signature du participant