

Syndicat CNI

<http://syndicat-cni.org>



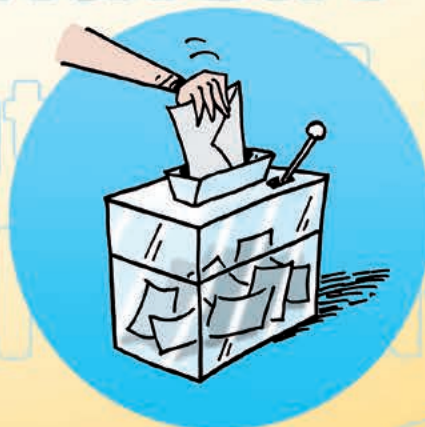
N° 47

Revue d'information du Syndicat CNI - Syndicat professionnel - Octobre 2018

...VOTEZ
ÉLECTRONIQUE...



VOTEZ
CLASSIQUE...



PLUS DE MOYENS,
PLUS D'HUMAIN!



...MAIS VOTEZ CNI !...

LIBRE, INDÉPENDANTE
RESPONSABLE,
PROFESSIONNELLE !...

...COMME
NOUS
EN FAIT ?...



Infirmier en Pratique Avancée

page 8



Droits à l'image, droits d'auteurs
Protection des données personnelles

page 24



Dossier Elections Professionnelles 2018

page 41

CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

SANTÉ MENTALE

Les relations précoces dans la triade père-mère-bébé et leurs dysfonctionnements	26 au 30/03/18	La Rochelle
Thérapie comportementale et cognitive. Fondements théoriques et mise en pratique - Niveau 1	03 au 06/04/18	Paris
Psychiatrie d'urgence, soins spécifiques en urgence psychiatrique - Niveau 1	14 au 18/05/18	Paris
Troubles de la personnalité et troubles du contrôle des impulsions	17 au 21/09/18	Paris
Etat des lieux de la perversion : perversion sexuelle, perversion narcissique, perversion ordinaire	24 au 28/09/18	Lyon
Le développement des images du corps et de la parole chez l'enfant et ses dysfonctionnements	15 au 19/10/18	Paris

ACTIVITÉS À MÉDIATIONS THERAPEUTIQUE, ÉDUCATIVE OU D'ANIMATION

Méthodes de relaxation - Niveau 1	12 au 16/03/18	Nîmes
Atelier de stimulation cognitive pour personnes déficientes (Alzheimer et maladies apparentées)	19 au 23/03/18	La Rochelle
Le conte comme médiation thérapeutique	28/05 au 01/06/18	Paris
Massage toucher-détente du visage, des pieds, des mains - Niv.1	04 au 08/06/18	La Rochelle
La marionnette, outil de médiation	18 au 22/06/18	Paris
Initiation à l'art-thérapie en Dessin-Peinture-Collage - Niveau 1	24 au 28/09/18	Tours

RELATION D'AIDE ET SOIN

La consultation d'ethnopsychiatrie. Une modalité d'approche des migrants	19 au 23/03/18	Paris
Les soins esthétiques dans le cadre de la relation d'aide - Niveau 1	14 au 18/05/18	La Rochelle
Comment communiquer avec les personnes âgées démentes	28/05 au 01/06/18	La Rochelle
La communication non verbale dans l'accompagnement de la personne lourdement handicapée ou polyhandicapée	04 au 08/06/18	Paris
Interventions corporelles spécifiques pour psychotiques	05 au 09/11/18	La Rochelle

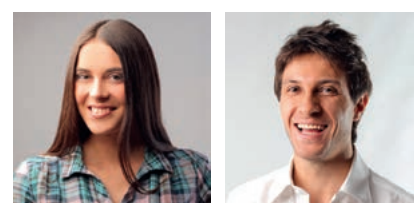
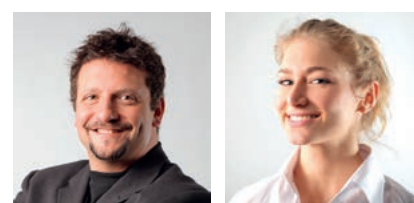
COMMUNICATION, EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE ET MANAGEMENT

La Programmation Neuro-Linguistique (PNL) - Niveau 1	19 au 23/03/18	La Rochelle
L'écriture professionnelle. Comment gagner en aisance et efficacité	11 au 15/06/18	La Rochelle
L'Analyse Transactionnelle (AT) : un outil au service de la relation d'aide - Niveau 1	01 au 05/10/18	Paris
Développer la capacité d'intuition dans sa pratique professionnelle	15 au 19/10/18	Paris
Le raisonnement et la démarche clinique infirmière (référentiel 2009)	12 au 14/11/18 et 10 au 12/12/18	Paris

➤ **Retrouvez l'ensemble
de nos formations et actions de DPC
sur notre catalogue ou www.cerf.fr**



CERF FORMATION SAS
7 rue du 14 Juillet - BP 70253
79008 Niort cedex
Tél. 05 49 28 32 00 - Fax 05 49 28 32 02
www.cerf.fr



N° 1049
odpc
Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC
Retrouvez toute l'offre du DPC sur www.moodpc.fr





SYNDICAT CNI

Hôpital Sainte-Marguerite
270 boulevard Sainte-Marguerite
13009 MARSEILLE
Tél. 04 91 74 50 70 - Fax 04 91 74 61 47
E-mail : coord-nat-inf@hotmail.fr

POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

Groupe DROUIN Maître Imprimeurs
Tél. 04 73 26 44 50
E-mail : contact@groupe-drouin.fr

ÉDITION

Groupe DROUIN Maître Imprimeurs
92 Avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIÈRE
Vous souhaitez qu'un de vos articles soit publié,
n'hésitez pas à le transmettre à l'adresse suivante :
coord.nat.inf@gmail.com

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Nathalie DEPOIRE, Présidente Syndicat CNI

RESPONSABLE

DU COMITÉ DE RÉDACTION

• Éric AUDOUY (Infirmier, Syndicat CNI AP-HM)

COMITÉ DE LECTURE

- Céline DUROSAY (Infirmière, Syndicat CNI HNFC)
- Nathalie PAWLOWSKY (Infirmière, Syndicat CNI Martigues)

PHOTOS

- Céline DUROSAY (Infirmière, Syndicat CNI HNFC)
- Nathalie PAWLOWSKY (Infirmière, Syndicat CNI Martigues)
- Syndicat CNI CHU Angers

DESSINS

Pierre BIZALION

Nous remercions le personnel des différents établissements où les photographies ont été réalisées pour leur accueil et leur disponibilité.

Les dessins, articles et photographies présentés dans cette revue sont protégés par la législation en vigueur. Toute reproduction même partielle sans accord préalable est strictement interdite.

Syndicat CNI - ISSN 2492-4288



<http://syndicat-cni.org>

GROUPE DROUIN
MAÎTRE IMPRIMEUR
groupe-drouin.fr

IMPRIM'VERT*

Le papier utilisé sur cette brochure est issu de forêts certifiées PEFC et gérées durablement.



Editorial



Dans la continuité de la Loi santé de 2016, les textes tant attendus définissant le cadre d'exercice des infirmiers en pratique avancée sont parus cet été. Même s'ils n'offrent pas toute l'autonomie attendue, ils existent et marquent une évolution importante malgré certaines zones d'ombre telles notamment la rémunération à venir (grille salariale / cotation).

Ce numéro 47 met en exergue de belles perspectives avec un focus sur les journées de recherche francophones d'Angers, des présentations de projets de recherches paramédicales ainsi que celle de la Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche en soins (CNCPR).

Ces avancées sont de réelles bulles d'oxygène dans un quotidien soignant bien complexe.

Manque de moyens humains et matériels, mal-être des soignants, la vie des soignants et ce quelque soit leur lieu d'exercice (public, privé, libéral), est bien trop souvent en désaccord avec leurs valeurs et poussent un nombre de plus en plus important d'entre eux à regarder vers d'autres carrières.

À l'opposé de la fuite, les représentants du syndicat CNI se mobilisent pour exiger que les moyens soient donnés aux soignants afin qu'ils puissent réaliser leurs missions et pour obtenir une réelle reconnaissance des professionnels de santé de la filière : infirmière, de rééducation, médico-technique ainsi que celles des aides-soignants, auxiliaires de puériculture, agents de services hospitaliers et psychologues.

Ces professionnels qui concourent tous aux soins et sont essentiels à la prise en charge des patients ont plusieurs points communs : une dégradation des conditions de travail évidente ces dix dernières années notamment, des valeurs humaines fortes, une implication tout aussi vive pour leurs patients mais également un faible taux de syndicalisation...

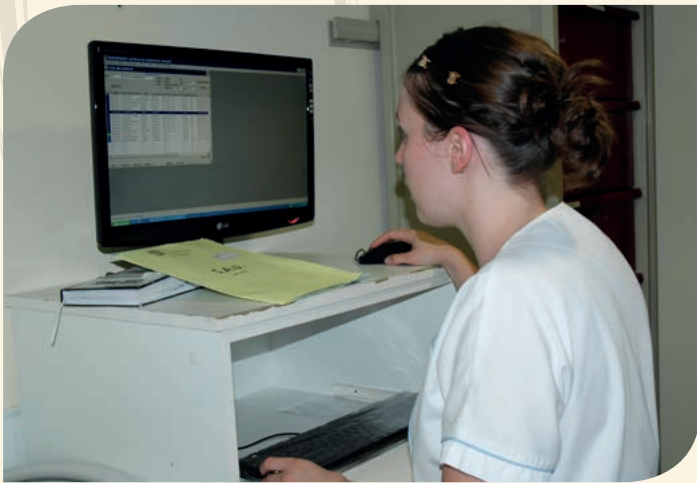
Et si ceci expliquait cela ? Le 6 décembre 2018 auront lieu les élections professionnelles de la Fonction Publique : une réelle opportunité de décider, de choisir ceux qui porteront la voix des soignants, dans les instances hospitalières par exemple (CTE, CAP...)

Vous pourrez dans ce numéro au travers de plusieurs articles et témoignages, découvrir à quoi sert un syndicat, quelles sont les valeurs et les engagements du syndicat CNI...

Certains se souviennent des grandes mobilisations de la fin des années 80, qui sont à l'origine de la création du syndicat CNI / Coordination Nationale Infirmière / Coordination Nationale Interprofessionnelle, d'autres le découvriront. Le plus important étant que tous les soignants se fédèrent pour, ENFIN, se faire entendre !

**Soignants afin d'UNIR NOS EXPERTISES,
Le 6 décembre 2018,
Ne laissez pas les autres choisir pour vous,
VOTEZ CNI**

Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI



Sommaire

Éditorial

3

Création du Syndicat CNI

6

du Groupe Hospitalier Nord Vienne
(Châtelleraut, 86)

Création d'une Coordination

7

dans le secteur privé
en Deux-Sèvres

Infirmier

8

en Pratique Avancée

La réingénierie

22

de la formation
puéricultrice

Billet d'humeur...

21

Dossier :

13

Recherche en soins

« Le cœur entre les mains »

11

Droits à l'image,
droits d'auteurs

24

Protection
des données personnelles

Elections professionnelles

28

2018

Le poids d'un sourire

43

Témoignage de Barbara



Billet d'humeur...

49

Audits, enquêtes,
évaluations et campagne ...

Syndicat CNI Le 12 mai 2018

48

Journée Internationale
de l'Infirmière

Soignant,

46

pause-toi !

Paroles de soignants :

44

des mots et des maux



Mesurer les facteurs psychosociaux

50

de risques au travail
pour les maîtriser

Repérage et prise en charge

54

du syndrome d'épuisement
professionnel ou burnout

Syndicat CNI De la bienveillance

56

au soin maltraitant

Questions / Réponses

64

Focus sur un infirmier

62

passionné par la photo

La thérapie familiale
systémique :

60

Comment la famille soigne-t-elle
un de ses membres ?

L'éducation thérapeutique
du patient

58

Quelle réalité de terrain ?

Téléchargez votre
bulletin d'adhésion



Rejoignez-nous sur
notre application
smartphone et tablette



Création du Syndicat CNI du Groupe Hospitalier Nord Vienne (Châtelleraut, 86)

Le syndicat CNI de Châtelleraut est implanté depuis quelques années au CH de Châtelleraut qui est devenu, suite à une fusion avec le CH de Loudun, le GHNV ou Groupement Hospitalier Nord Vienne.

La section du « Nord » était jusqu'alors dépendante du Syndicat CNI du CHU de Poitiers car elle n'avait pas de statuts ni d'entité spécifique. Cette particularité permettait d'alléger le côté administratif et de se concentrer sur les problématiques purement locales. L'appui du Syndicat CNI départementale a été essentiel car la vie d'une organisation syndicale n'est pas toujours simple. L'obtention de sièges nous a permis de représenter le personnel dans les instances (CTE, CHSCT, CAPL...).

L'équipe en place s'est beaucoup renouvelée ces derniers mois, en fonction des changements professionnels et personnels de chacun (mutations, démissions mais aussi des arrêts pour longue maladie). Les nouveaux représentants ayant des décharges syndicales et des fonctions dans les instances s'organisent pour tenir leurs engagements. La motivation et le dynamisme sont de rigueur. L'ampleur des tâches à accomplir est importante et le défi doit mobiliser les énergies.

Depuis début 2018, nous sommes plusieurs à disposer d'une décharge syndicale. Il faut du temps pour s'occuper d'un établissement de 1370 agents sur deux sites (Châtelleraut et Loudun). Nous sommes présents avec des actions très variées qui nous permettent de rencontrer et informer les agents des différents sites.

Le temps d'écoute des agents est essentiel afin de recenser des difficultés dans les différents services, puis nous faisons remonter les problèmes à la direction soit directement soit lors des instances dans lesquelles nous siégeons.

Nous suivons de manière personnalisée des agents en difficulté ou qui ont des interrogations professionnelles, nous organisons des tournées de services à l'occasion des fêtes de l'infirmière, de l'aide-soignante ou des secrétaires, nous déposons, si besoin, évidemment les préavis de grève et, dans l'autre sens, nous transmettons les informations que nous donne la direction.

Le contexte économique de notre établissement est compliqué: hôpital très déficitaire, proposition de direction commune puis éventuelle fusion avec le CHU de Poitiers, suppressions de postes et restructurations de service. Tous ces changements sont anxiogènes pour le personnel. C'est donc dans une ambiance tendue que notre section locale va évoluer dans les mois qui viennent et que nous allons défendre les intérêts des hospitaliers et les valeurs du Syndicat CNI.

Notre « hôpital périphérique » est précieux et il doit garder sa dimension humaine. ■

*Lyse BEAU
Syndicat CNI du GHNV*



Création d'une Coordination dans le secteur privé en Deux-Sèvres

En décembre 2017, une équipe de plusieurs professionnels se réunissent à Niort pour échanger autour des problématiques et difficultés rencontrées sur l'établissement « Les Terrasses ». Cette initiative n'aurait pas eu lieu sans l'appui du syndicat CNI de Poitiers. La Coordination locale sur la Vienne a entrepris une aide logistique et technique pour que le syndicat CNI des Terrasses puisse voir le jour.



Au-delà de la création administrative de la première Coordination locale sur le département des Deux-Sèvres, cette initiative de développer un nouvel élan syndical sur l'établissement et par la suite sur le département, provient d'un réel besoin de soutien pour les professionnels du secteur sanitaire. La dynamique impulsée par l'arrivée de ce nouveau syndicat sur un établissement du groupe de l'Union pour la Gestion des Établissements des Caisses de l'Assurance Maladie (UGECAM) (appartenant à

l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale, UCANSS), permet aujourd'hui de renouer du lien entre les professionnels dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Particularité du champ d'action de l'UGECAM, le secteur est privé et le syndicat CNI n'est pas connu par les instances de direction. C'est donc une nouveauté dans le paysage syndical que de voir arriver un nouvel interlocuteur dans le champ de la protection des salariés.

Également, nous retrouvons des professionnels issus de domaines différents. Le syndicat CNI « les Terrasses » a donc pour vocation de défendre les intérêts de tous, en tout temps.

Aujourd'hui, le syndicat CNI 79 (entité départementale) s'est étendu avec l'arrivée de deux adhérentes qui exercent en tant qu'infirmières sur l'Hôpital Nord Deux-Sèvres. Ces arrivées sur l'année 2018 coïncident avec le souhait pour l'équipe actuelle de développer son activité sur les deux pôles santé du département que sont le Centre Hospitalier de Niort et le groupement hospitalier du Nord Deux-Sèvres tout juste installés.

En espérant que ce syndicat CNI local permette de nouer à nouveau du lien entre les professionnels de secteur et les directions pour que l'objectif d'amélioration de la qualité de soins reste la priorité, le bureau et les adhérents sont mobilisés pour que la dynamique entamée se pérennise. ■

Aguillé Edouard
IDE coordonnateur ETP
Syndicat CNI 79

Infirmier en Pratique Avancée Publication des textes au Journal Officiel le 19 juillet 2018, une date historique pour la profession infirmière

Mobilisés et impliqués depuis de nombreuses années, à l'instar d'autres organisations professionnelles, les représentants du syndicat CNI sont heureux de voir enfin cette officialisation car même si la rédaction des textes présente une autonomie bien trop limitée, il s'agit bel et bien d'une évolution importante de la profession infirmière et d'une réelle plus-value pour les usagers du système de santé.

Mais avant de vous présenter ces textes et leurs contenus, il me semble important de préciser quelques éléments :

IPA, un « nouveau métier » ?

« Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer ».

*Définition du
Conseil International Infirmier (CII) 2008*

C'est dans un contexte de désertification médicale et face à un besoin croissant de la population que l'on voit naître vers les années soixante les premiers infirmiers en pratique avancée aux États-Unis et au Canada. Publié en octobre 2010, un document de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) intitulé « *Pratique infirmière avancée. Description et évaluation des expériences dans 12 pays développés* » analyse la situation et les implications des nouvelles fonctions des infirmiers dans de nombreux pays. De façon générale, il met en exergue que les pratiques infirmières avancées sont plus développées dans les pays où les soins primaires sont principalement délivrés dans des cabinets de groupe, ce qui facilite le partage des tâches, par exemple en Australie, au Canada, en Finlande, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Le phénomène est plus récent dans des pays comme l'Australie et l'Irlande et le processus de reconnaissance en est encore à ses débuts en Belgique, en France, en République tchèque, au Japon et en Pologne. Il est intéressant de noter que selon ce rapport de l'OCDE, les évaluations montrent que les infirmières de pratique avancée délivrent des soins de même qualité que les médecins, apportent

plus de satisfaction aux patients, améliorent l'accès aux services et réduisent les temps d'attente.

En France, après de nombreux débats parlementaires et modifications de texte, c'est la loi de modernisation du système de santé publiée en janvier 2016 qui porte création de ce nouveau métier. L'article 119 définit l'exercice « *en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.* »

Depuis la publication de cette loi, de longs mois se sont écoulés. L'impatience croissante des organisations infirmières impliquées a été renforcée par les annonces ministérielles d'octobre 2017 dans le cadre du **plan de renforcement de l'accès territorial aux soins** et de celles de la **stratégie de transformation du système de santé**, présentée en février 2018.

Après des travaux de rédaction plutôt confidentiels, une concertation s'ouvre le 8 mars 2018. Mais cette réunion de présentation des textes au ministère demeure là encore très restreinte puisque nombre d'organisations professionnelles syndicales et associatives de la profession infirmière ne sont pas conviées malgré leurs travaux et implication sur le sujet.

Cette version avait suscité de vives réactions tant parmi les rangs des médecins que des infirmiers, les premiers y voyaient trop d'autonomie et les seconds bien trop peu. En avril 2018, la nouvelle mouture des textes semble confirmer une fois encore le pouvoir des lobbys médicaux français au détriment de la reconnaissance de l'expertise infirmière mais aussi et surtout, de l'intérêt des usagers.

Bien loin de poser l'innovation et le cadre annoncé de « ce nouveau métier » tellement affiché ces derniers mois, les rédacteurs paraphrasent pour décrire un

acte de consultation sans poser le terme. En effet, réel point d'achoppement, le mot « consultation » dérange car il représente à la fois une « chasse gardée » et une potentielle cotation. L'objet n'est pourtant pas de revendiquer l'acte de consultation médicale mais bien une consultation infirmière comme il en existe déjà plusieurs en France sans qu'elles soient pour autant reconnues...

Il nous reste d'évidence encore plus que jamais un long chemin à parcourir mais laissons, brièvement, notre combat en suspens pour nous arrêter sur les textes officiels (décret et arrêtés) et donc le cadre d'exercice de l'infirmier en pratique avancée et sa formation.

Que disent les textes ?

Selon l'article R 4301-1 du Code de la santé publique, l'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin.

Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

L'article R4301-2 précise :

Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé,
- Oncologie et hématologie ;
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

La liste des pathologies chroniques stabilisées définies par l'article R.4301-2 sont fixées par arrêté. L'arrêté du 18 juillet 2018 fixe la liste des pathologies suivantes : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et diabète de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie.

En application de l'article R.4301-3 du code de santé publique, un arrêté du 18 juillet 2018 fixe les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée à savoir les listes des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée peut effectuer, des actes de suivi et de prévention qu'il est autorisé à demander, des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire, des examens de biologie médicale qu'il est autorisé à prescrire et des prescriptions médicales qu'il est autorisé à renouveler ou à adapter, sont fixées en annexes I à V de cet arrêté.

Formation

Malgré une parution des textes en juillet, les premières entrées officielles en formation d'infirmier en pratique avancée sont prévues pour... septembre 2018 !

L'accès à la formation universitaire de Master en pratique avancée est ouvert aux titulaires d'un diplôme d'état infirmier (ou équivalence européenne). Ce Master est accessible en formation et continue. Les candidats déposent un dossier auprès d'une université dispensant la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (DEIPA) en précisant la mention de la formation qu'ils souhaitent suivre. La procédure, le calendrier, la composition du jury d'admission sont fixés par chaque établissement d'enseignement supérieur accrédité à délivrer le DEIPA.

La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits



européens. Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier en pratique avancée, prévue à l'article R.4301-2 du code de la santé publique. Il confère à son titulaire le grade de master.

Les enseignements conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée comprennent des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de stages. Ces enseignements comportent un adossement et une initiation à la recherche. Ils tiennent compte des priorités de santé publique.

Parmi ces enseignements sont également prévus :

- 1 - Un enseignement de langue vivante étrangère ;
- 2 - Un enseignement conforme aux référentiels nationaux de compétences numériques en vigueur.

L'organisation et le déroulement de la formation sont fixés par un arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les deux premiers semestres de la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée correspondent à un tronc commun d'enseignement. À l'issue du deuxième semestre, les étudiants confirment le choix de leur mention qui fait l'objet d'enseignements spécifiques des troisième et quatrième semestres.

Durant leur formation, les étudiants accomplissent **deux stages** dans des terrains de stage situés auprès d'établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés ; de professionnels de santé exerçant en pratique de ville ; d'autres services de santé de type réseaux de santé, centres de santé et maisons de santé :

- **un stage d'une durée minimum de deux mois** au cours du deuxième semestre de formation ;
- **un stage d'une durée minimum de quatre mois**, au cours du quatrième semestre de formation, dont les objectifs sont en lien direct avec la mention suivie.

Les étudiants réalisent ces stages dans des terrains de stage en lien avec leur projet professionnel.

Un carnet de stage identifie les objectifs transversaux et spécifiques du stage. Il permet le suivi de la progression de l'étudiant et son évaluation. Celle-ci porte notamment sur des activités adaptées aux compétences transversales et spécifiques à acquérir.

Au cours du quatrième semestre, les étudiants soutiennent **un mémoire** sous la responsabilité d'un directeur de mémoire, désigné par le directeur de la composante ou de la structure assurant la formation, sur proposition de l'équipe pédagogique. Le sujet

du mémoire est validé par l'équipe pédagogique. En fonction de leur projet professionnel, ce mémoire est soit un mémoire bibliographique fondé sur une analyse critique de la littérature, soit une analyse de pratiques professionnelles, soit un mémoire consistant en une analyse critique, s'appuyant sur l'expérience clinique et s'inscrivant dans un champ théorique déterminé, soit un mémoire de recherche. Dans ce dernier cas, le directeur du mémoire est un enseignant-chercheur ou un chercheur.

Attention pour pouvoir exercer dans le champ de la pratique avancée **une expérience professionnelle infirmière de 3 ans est requise.**

En conclusion, il reste encore du chemin à parcourir et des textes à faire évoluer pour répondre aux besoins de la population mais nous pouvons néanmoins acter une étape importante. Il est certain que le syndicat CNI demeure très impliqué et poursuit son combat pour une réelle reconnaissance de l'expertise infirmière, des consultations infirmières et que par ailleurs un sujet non négligeable et incontournable est à présent également d'actualité : la grille salariale des IPA et la cotation des actes... ■

Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI

Pour aller plus loin :

TEXTES LÉGISLATIFS RELATIFS À L'INFIRMIER PRATIQUE AVANCÉE

Infirmier pratique avancée / domaines d'interventions

- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Liste / pathologies chroniques stabilisées

- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique

Infirmier pratique avancée / liste des actes

- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

Infirmier pratique avancée / diplôme

- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

Infirmier pratique avancée / organisation des études

- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

« Le cœur entre les mains »

Je reviens juste du 8^e Congrès Européen du Toucher Massage®, organisé par l'Institut de Formation Joël Savatofski et l'association Soiliance, les 11 et 12 juin 2018 à Dijon. Le thème en était : « La place de l'humain au cœur des soins ».



Ce congrès a lieu tous les deux ans et cette année, 450 personnes y ont participé.

Comment résumer ce congrès avec des mots, seulement des mots ? En deux jours, nombre d'intervenants d'une qualité indéniable sont venus nous parler philosophie, prise en charge différente des patients par le Toucher Massage®, témoigner de leur expérience dans divers services et diverses pratiques. Je ne peux pas citer ici toutes les présentations de ce congrès, mais certaines m'ont particulièrement touchée.

Sandra MEUNIER, à travers son clown Anabelle, a su faire rire, mais surtout faire monter l'émotion lors de sa prestation. Il aurait fallu une distribution de mouchoirs à ce moment-là sans doute, tant la salle était émue... Elle nous a parlé de l'accompagnement des personnes en soins palliatifs, en gériatrie, en oncologie... qu'elle fait depuis 15 ans, en utilisant l'art au sens large. Elle se décrit comme docteur en joie, chercheuse de trésor et souffleuse de poésie.

Elle nous a fait ressentir comment la joie pouvait apaiser. Elle allège ce qui est lourd. Si l'on peut poser des mots sur ce qu'elle fait, le vivre est très profond. Je n'en suis pas ressortie indemne. Elle a réussi à faire danser toute la salle, je dis bien toute la salle. Même moi, c'est dire ! Anabelle est lumineuse, elle « est » son personnage. C'est une fée, une personne exceptionnelle et c'est sous un tonnerre d'applaudissements qu'elle est sortie de scène. Elle nous a cueillis à la pointe des mots, touchés en plein cœur et laissés sans voix.

Michel DUPUY, philosophe et professeur à Bruxelles, a traité le thème du prendre soin d'autrui comme phénomène et comme énigme. Sa voix apaisante et son grand sens de l'humour font passer des notions qui parfois peuvent nous dépasser. Je pense que si j'avais eu un tel prof au lycée, la philo m'aurait parue moins abstraite et que je l'aurais sans doute appréciée... Il nous a dit que nous, soignants, devons faire confiance à nos sens, parce que nous touchons des personnes et non des corps. Je vous laisse réfléchir là-dessus, vous avez 4 heures !

Diane GROBER TRAVIESAS, directrice de l'IFSI de Quétigny, qui a elle aussi un humour certain, nous a parlé de valoriser l'humain chez chaque soignant en apprentissage. Elle a évoqué la responsabilité des formateurs à cet égard et lu un magnifique texte plein d'émotion, qui nous a parlé des fêlures, des espoirs, des ressources des soignants. Un texte qui vous fait réfléchir à vos propres pratiques et vous laisse sonné par sa justesse. J'ai eu l'occasion de pouvoir discuter avec elle à une pause et je pense que les étudiants de son Institut ont beaucoup de chance d'avoir une telle directrice.

Christophe PACIFIC, cadre supérieur de santé et docteur en philosophie, nous a charmés avec son accent chantant d'Occitanie, son humour ravageur et son sens de la poésie. Il a su nous passionner avec la microscopie du soin et le prendre soin des soignants. Un thème qui mériterait sans aucun doute un congrès à lui tout seul !!!

L'intervention de Déborah LABLANCHE, infirmière en réanimation néonatale à Poissy, m'a énormément intéressée. Elle démontre que la pratique du Toucher Massage®, chez les prématurés, peut être réfléchie comme un support dans la relation entre la mère et son enfant hospitalisé et présente des bienfaits

constatés. Bien que non spécialiste des soins de ce genre, ce sujet m'a interpellé.

Nicolas SCHONTZ, infirmier en dialyse à La Rochelle, a clos la première journée par un mini concert avec sa guitare et sa voix douce et sensuelle... Il nous a également fait part le lendemain de son expérience en Toucher Massage® dans son service.

Nombre de participants ont pu bénéficier des Massages Minutes® dispensés par des formateurs de l'IFJS lors de l'Apéro'Massage à l'issue du premier jour, et de tester ainsi une des techniques enseignées dans cette école.

L'après-midi du mardi a été consacrée à des ateliers pratiques, au nombre de 5. J'ai pour ma part, choisi de m'inscrire dans celui intitulé: « au cœur des soins, gestes, touchers, massages ». Nous étions en nombre impair et j'ai donc eu le privilège de servir de « cobaye » à Martine TACCARD, formatrice IFJS. (Martine a été la formatrice des deux premiers modules de mon cursus de formation de Praticien en relation d'aide par le Toucher Massage®).

Vous l'aurez compris, ce congrès a plu, apporté énormément d'émotions, de réflexions et je l'espère, de bonheur aux participants. Je suis pour ma part repartie avec plein d'étoiles dans les yeux, tant ces deux journées ont été riches !

Au-delà des connaissances que l'on peut acquérir lors de telles manifestations, ce sont par-dessus tout,

les belles rencontres que l'on fait qui vous apportent beaucoup.

En tant que soignante et pratiquante du Toucher Massage® (puisque formée), j'aimerais que cette technique devienne une compétence à part entière dans le cursus de formation des infirmiers et des aides-soignants !

Car, comme l'a si bien dit Joël SAVATOFSKI lors de ce congrès, « Il faut mettre de l'humain et des mains dans les soins » !

Alors, à dans deux ans, pour le 9^e congrès sur le thème: « Même pas peur ! ». ■

Nathalie PAWLOWSKI-GROPPI
Infirmière en santé mentale
Syndicat CNI Martigues

Neztoiles.com/sandraneunier.com

Association Soiliance: www.soiliance.art (cette association, dirigée par Jacqueline THONET, a été créée par des soignants, pour les soignants, et travaille à la reconnaissance du Toucher Massage® comme une compétence autonome pour l'infirmier et compétence confiée pour l'aide-soignante).

IFJS: Institut de Formation Joël Savatofski www.ifjs.fr



Dossier: Recherche en soins

Les 4^{es} Journées Francophones de la Recherche en Soins d'Angers: une édition innovante et toujours aussi stimulante

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a organisé les 5 et 6 avril dernier les 4^{es} Journées Francophones de la Recherche en Soins (JFRS). Cette manifestation, qui s'est déroulée au Centre des Affaires de Terra Botanica à Angers sous un magnifique soleil de printemps, a eu pour thématique « Rechercher et innover: relevons ensemble le défi des maladies chroniques ».

Ces journées sont, à ce jour, une des plus grandes manifestations francophones de ce type car, même si la fréquentation a un peu baissé en 2018, près de 350 soignants se sont déplacés. Cela a d'ailleurs été une grande performance pour tous car les 5 et 6 avril combinaient grèves des trains et des avions.

Les trois premières éditions avaient été de véritables succès et la presse professionnelle s'en était fait l'écho. Le n° 41 de la revue du syndicat CNI avait d'ailleurs fait un dossier sur la 2^e édition de 2015. Pour continuer à répondre aux attentes des participants, nous avons souhaité, pour 2018, un congrès qui reste imprégné par l'actualité, les attentes des tutelles et les témoignages des professionnels paramédicaux engagés dans la recherche ou désireux de le faire. Dans un contexte où la notion de pratique infirmière avancée est au cœur des débats qui animent notre profession, la thématique des maladies chroniques nous était apparue évidente. Ce thème a été très apprécié par les congressistes qui nous ont remerciés de montrer des perspectives qui sortent des services hospitaliers de soins aigus pour aborder des questions cruciales de santé publique et d'organisation innovante pour nos systèmes de santé.

Pour cette 4^e édition, la Présidence du Comité scientifique a été assurée par Madame Valérie Berger qui est infirmière, Cadre supérieure de santé au CHU de Bordeaux et docteur en Sciences de l'éducation. Ses travaux de recherche portent principalement sur la collaboration des soignants avec des patients porteurs de maladies chroniques.

La conférence d'ouverture de Sébastien Colson, infirmier et maître de conférences à Aix-Marseille Universités, a permis de planter un décor illustrant les perspectives possibles d'investissement pour les chercheurs paramédicaux en général et pour les infirmiers en particulier. L'évolution des maladies chroniques est exponentielle et génère 70 % des



Julien Bouix-Picasso Prix du meilleur prix scientifique avec Sylvie Solorzano Directrice des Soins et Coordonnatrice générale des écoles du CHU d'Angers

décès dans le Monde. L'impact est majeur dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Au regard de ces maladies en pleine expansion, le rôle des infirmiers est particulièrement important que ce soit pour la prévention ou le suivi. Jacinthe Pépin qui a ensuite fait une conférence en direct de son bureau de l'Université de Montréal, a confirmé que les soignants non-médecins, et notamment infirmières, étaient légitimes pour questionner les pratiques préventives, éducatives ou curatives face aux maladies chroniques. Indirectement, elle nous a incités à nous investir dans ces domaines et à nous mobiliser pour devenir des acteurs de l'innovation.

La session d'ouverture s'est conclue par deux

autres conférences portant sur l'intérêt d'intégrer les patients et les professionnels paramédicaux pour rendre performantes, plus pertinentes et plus efficaces les prises en soin des patients atteints de maladies chroniques.

Pour rester très axées sur la rencontre, le partage d'expériences, l'encouragement à se lancer dans l'aventure de la recherche, ont ensuite été organisés des conférences, des ateliers, des masters-class, des symposiums... Outre le partage d'expériences innovantes, ces sessions privilégient les échanges avec des professionnels reconnus ou pas, mais toujours fortement impliqués et engagés. Le détail du programme est encore sur le site internet du CHU d'Angers (www.chu-angers.fr).

D'un point de plus général, voici quelques chiffres clés de ces 4^{es} JFRS : près de 350 congressistes se sont déplacés. Ils venaient de 8 pays francophones et représentaient 78 établissements de santé. Pendant ces 2 jours, 17 sessions ont été organisées. 55 orateurs et modérateurs ont permis 54 communications orales. 56 projets de recherche ont été partagés et 17 présentations « ma recherche en 180 secondes » ont été réalisées. 11 exposants étaient présents mais 15 partenaires ont concrètement soutenus ces 4^{es} JFRS. Enfin, 4 prix ont été décernés :

- Le prix du Public du meilleur poster scientifique. Il a été attribué à Emilie Bedoussac du CH La Rochelle-Ré-Aunis pour « Toilette le matin ou l'après-midi ? »
- Le prix du Jury du meilleur poster scientifique. Il a été décerné à Julien Bouix-Picasso du Service de Santé de Armées pour « Caractéristique de l'utilisation et l'adoption du glucomètre connecté Freestyle Libre par les patients diabétiques en éducation thérapeutique »
- Le prix de la meilleure communication orale est revenu à François Gernier et Julie Tanquerel du CRLCC François Baclesse de Caen pour la présentation de l'étude CLODIS : « Intérêt de la compression locale par bandage thoracique sur la prise en charge des séromes ou lymphocèles chez les patientes traitées par mastectomie avec ou sans curage ».
- Après un concours très relevé et particulièrement enthousiasmant, le prix de

la meilleure présentation « Ma recherche en 180 secondes » a été remis à Benjamin Pilleron, du CHU d'Angers, pour la présentation de l'étude SOCIAL SORTING : « Identification des processus de catégorisation sociale lors de l'accueil du patient par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) lors de son activité de triage au sein des urgences et impact sur la prise en charge des patients ».

Ces 4 prix, qui récompensent des collègues très engagés, reflètent parfaitement la créativité, l'enthousiasme et l'engagement de la communauté paramédicale pour ces questions de recherche et d'innovation. Au fil des éditions, les JFRS s'installent comme le rendez-vous des professionnels attirés ou fortement engagés dans la recherche. L'enthousiasme qui s'est dégagé de ces 4^{es} Journées nous incite à poursuivre ces rencontres. Ainsi, une 5^e édition est en préparation. Les dates des 28 et 29 novembre 2019 ont été retenues. La thématique centrale reste à affiner mais l'idée d'aborder la recherche comme levier de la prévention en santé apparaît comme particulièrement intéressante. Le format ne devrait pas vraiment changer mais nous allons travailler à des innovations tout en conservant ce qui constitue l'ADN des JFRS : le partage et la convivialité.

Nous vous invitons donc à noter cette invitation à venir à Angers pour la 5^e édition des JFRS. ■

*Pour le Comité d'organisation des JFRS
Laurent Poiroux
Coordonnateur paramédical de la recherche
CHU Angers*

Julie Tanquerel et François Gernier Prix de la meilleure communication orale avec Sylvie Solorzano



TAMTAM: Effet de la Toilette l'Après-Midi quand c'est une Temporalité Adaptée au Malade

« Pourquoi ne pas faire la toilette de certains patients en fin d'après-midi, plutôt que le matin ? » Cette question, posée par un aide-soignant de mon équipe lors de l'entretien d'évaluation annuelle, fit écho à mes propres interrogations de jeune cadre quant à la part de choix que l'on consent laisser au patient dans l'organisation des soins. Cette question est appuyée par l'équipe, qui dit se sentir fatiguée par l'enchaînement un peu déshumanisé de la réalisation des toilettes auprès des patients le matin.

Une idée a alors germé. Il était peut-être envisageable de réaliser la toilette l'après-midi ? En effet dans mon expérience d'infirmière en Réanimation, les soins d'hygiène sont réalisés, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. En Unité de Soins Palliatifs, l'heure de la toilette fait l'objet d'une concertation avec le patient. Il peut choisir, en fonction de son état clinique et de la présence ou non de ses proches, le moment le plus propice aux soins de confort. En pédiatrie, réaliser le bain le soir aurait des vertus relaxantes et favoriserait l'endormissement des plus petits. Par contre dans les services adultes de médecine et de chirurgie, le rituel de la toilette se situe entre sept heures et midi et ce, quelles que soient les habitudes de vie du patient.

En parallèle, les professionnels de l'équipe du pool de remplacement verbalisent des difficultés identiques auprès de leur cadre : « Depuis la réorganisation des fonctions logistiques à l'hôpital, des tâches se sont rajoutées à notre travail aide-soignant, comme servir les petits-déjeuners ou préparer les carafes d'eau. En conséquence, nous commençons les toilettes plus tard, avec très peu de temps à consacrer avant midi, à chacun des dix patients dont nous nous occupons ». Yves Gineste et Jérôme Pellissier font le même constat : « En moyenne, dans un service de médecine, (...) le patient est en relation avec le personnel soignant 45 minutes par jour (24 heures), dont de 14 à 20 minutes pour la toilette¹ ». D'autres professionnels emploient des mots encore plus forts pour décrire la situation : « Le manque de temps nous donne l'impression d'être maltraitants avec le malade, de bâcler les soins », d'avoir le ressenti de devenir « des techniciens de surfaces² ».

Faire la toilette l'après-midi, mais quelle est alors la place du patient dans ce choix ? « Est-il

nécessaire d'évoquer de nouveau l'importance du consentement, désir de la personne, de ses habitudes, de son histoire ? (...) Les toilettes doivent répondre aux désirs de confort des personnes³. » Il est évident pour tous qu'il faut placer le patient au cœur de sa prise en charge alors pourquoi ne pas l'associer et convenir avec lui de la temporalité de ses soins d'hygiène ?

Toilette, le matin ou l'après-midi ? Là est la question !

Lors de notre questionnement initial, nous sommes lancés dans une recherche bibliographique approfondie. Nous n'avons pas trouvé d'écrit sur la temporalité de la toilette mais seulement des articles et ouvrages sur l'aspect technique et relationnel de ce soin. Pour permettre d'avoir une base de données sur laquelle s'appuyer pour élaborer le protocole de recherche, nous avons décidé d'utiliser la technique de l'observation flottante. Cette méthode expérimentée par les anthropologues « ... consiste à rester en toute circonstance vacant et disponible, à ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis, mais à la laisser "flotter" afin que les informations la pénètrent sans filtre, sans a priori, jusqu'à ce que des points de repère, des convergences, apparaissent et que l'on parvienne alors à découvrir des règles sous-jacentes. Cette méthode suppose un *fieldwork*⁴ suffisamment ouvert pour pouvoir enquêter de façon anonyme et suivre les évolutions du terrain en mobilisant toutes ses potentialités⁵ ». Cette observation flottante a été confiée aux élèves de l'Institut de Formation des Aides-Soignants et du GRETA de La Rochelle. Nous

1 - GINESTE Y., PELLISSIER J., « Humanitude », Armand colin, 7 mars 2007, 320p, p242

2 - GINESTE Y., PELLISSIER J., « Humanitude », Armand colin, 7 mars 2007, 320p, p242

3 - GINESTE Y., PELLISSIER J., « Humanitude », Armand colin, 7 mars 2007, 320p, p280

4 - Un « *fieldwork* » signifie, un terrain d'enquête.

5 - MOUSSAOUI A., « Observer en anthropologie : immersion et distance », <https://www.cairn.info/revue-contraste-2012-1-page-36.htm>



Au 1^{er} plan Emilie Bedoussac Prix du meilleur poster scientifique

avons opté pour le choix des élèves afin de disposer d'un regard objectif et indépendant sur le soin. Leur nouveauté dans le milieu devrait permettre un regard nouveau et nous rapporter un témoignage non influencé par l'organisation et les rituels du service. Premier constat, la question de la temporalité des soins d'hygiène n'est jamais posée au patient. Celui-ci est informé du soin et de son déroulement. Ses habitudes techniques sont respectées mais on ne lui demande pas à quel moment il fait sa toilette en temps normal, ni s'il souhaite la faire à ce moment-là. Une analyse qualitative plus approfondie de ces observations est en cours, de même qu'une enquête auprès des aides-soignants de médecine, du Centre Hospitalier de La Rochelle. L'objectif est de sonder les soignants pour déterminer leurs attentes et faire un état des lieux de la toilette complète. Un questionnaire patient sera réalisé par la suite pour recueillir leurs habitudes domestiques (notamment la temporalité de la toilette) et leurs préférences, attentes pendant l'hospitalisation.

La prochaine phase du projet TAMTAM est la réalisation d'une étude interventionnelle randomisée monocentrique dont l'objectif principal est d'évaluer l'impact d'une planification des soins d'hygiène conforme aux habitudes et/ou aux préférences de la temporalité de la toilette sur la satisfaction des patients. L'hypothèse que nous souhaitons vérifier est l'amélioration de la satisfaction et du confort du patient par la réalisation de la toilette l'après-midi conformément à ses préférences tout en répondant aux contraintes organisationnelles du service. Les critères de jugement sont qualitatifs (qualité du sommeil, score de LEEDS) et quantitatifs (scores de satisfaction et de confort).

En conclusion, faire les toilettes l'après-midi est une idée de recherche simple mais taboue. Cette étude a pour but de montrer l'importance de laisser choisir au patient la temporalité de certains soins afin de valider l'utilité d'adapter notre organisation au patient et non pas l'inverse. Il s'agit d'améliorer la prise en soins des patients en personnalisant nos pratiques. La question de recherche bouscule les cultures soignante et hospitalière mais elle fédère aussi autour d'un sujet commun.

Se lancer dans la mise en place d'un protocole de recherche est un vrai défi managérial. L'équipe du projet TAMTAM, dont les membres (un aide-soignant, une infirmière, une cadre de santé) travaillent dans le service investigateur, la cardiologie Hospitalisation complète et Unité de post Urgence Gériatrique, escompte une forte adhésion des soignants à cette étude puisqu'elle répond aux critiques exprimées plus haut et possiblement à leurs attentes. « *Le confort du soignant est bien souvent indissociable de celui de la personne dont il prend soin*⁶ ». La pluralité de la « Team TAMTAM » a permis de dynamiser l'équipe autour du confort du patient et de se reposer la question du véritable sens de prendre soins. Ceci d'autant plus que le projet est soutenu par la direction du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis, lauréat de l'appel d'offre institutionnelle 2017, ce qui va en permettre le financement. Le projet a été également récompensé aux Journée Francophone de la Recherche en Soins en 2018 du CHU d'Angers en obtenant le prix du public du meilleur poster. Cet engouement rassure l'équipe sur le bien-fondé de cette recherche et nous encourage tous à poursuivre cette aventure. ■

Emilie Bédoussac

Cadre de santé

CH La Rochelle – Ré – Aunis

Sébastien Tranchant (Aide-soignant)

Céline Chauveau (Infirmière)

Isabelle Briatte (Biostatisticienne)

Marine Vaux (ARC)

Caroline ALLIX BEGUEC (Responsable URC)

6 - GINESTE Y., PELLISIER J., « Humanitude », Armand colin, 7 mars 2007, 320p, p253

Observations des dynamiques sociales lors de l'activité de triage infirmier des patients arrivant aux urgences.

Introduction et contexte de l'étude

En tant que porte d'accès aux soins, les services d'urgences ont la particularité de devoir s'adapter en permanence. Le flux des patients et les types d'urgences accueillies ne sont pas contrôlables.

L'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) est le premier maillon du parcours de soin. Il doit synthétiser des informations de sources variées et s'appuyer sur un examen clinique rapide pour déterminer le niveau d'urgence de chaque patient. Cette activité de triage, est essentielle à l'organisation des soins, elle se base sur un processus professionnel acquis de « catégorisation clinique » qui permet d'organiser le flux.

Parce que chaque soignant est en premier lieu un individu social, il effectue simultanément au triage clinique une « Catégorisation Sociale » du patient (CS). La Catégorisation Sociale forme un socle d'acquis qui permet à un individu de définir et structurer la nature et les limites de son ou ses groupes d'appartenance ou de non-appartenance. Il influe sur l'appréhension, la réflexion et l'action

portée sur le monde et la relation à autrui. La CS s'exprime à travers les préjugés (dimension affective), les stéréotypes (dimension cognitive) et a pour conséquence la discrimination (dimension comportementale). Ce dernier point peut se focaliser sur des notions telles que l'apparence physique, les origines, la maladie (ou la demande de soin), l'âge, La CS s'appuie notamment sur les représentations sociales de la maladie en général ou d'une pathologie en particulier, d'un groupe déterminé qui consistent en des théorisations naïves « d'objets sociaux ».

Nous avons fait l'hypothèse que des phénomènes de catégorisation sociale marqués existent et qu'ils ont des effets (potentiellement négatifs) sur des aspects qualitatifs de la prise en charge comme le temps d'attente. Nous pensons également qu'il existe potentiellement des liens de causalité entre certains profils d'infirmiers, certains contextes spécifiques et l'occurrence de phénomènes de catégorisation sociale.

Social Sorting est finalement une étude qui s'intéresse à ces phénomènes de catégorisation et plus précisément à la tension psychique qui existe au sein de chaque individu soignant entre ce qu'il est en tant que professionnel (un individu qui doit réaliser des actions liées à ses catégorisations cliniques) et ce qu'il est en tant qu'individu social (un individu influencé par ses catégorisations sociales).

Méthode

L'objectif principal de cette étude est l'évaluation de la présence des phénomènes de catégorisation sociale dans le cadre de l'activité de triage de l'Infirmier Organisateur de l'Accueil lors de l'admission des patients dans un service d'urgences.

Les objectifs secondaires de cette étude sont les suivants :

- Évaluer les impacts de ses catégorisations (la discrimination) sur des champs de la prise en charge (prise en charge de la douleur, triage, qualité relationnelle),
- Identifier des liens entre les profils d'infirmier d'accueil et leur propension à catégoriser socialement certains patients.

*Benjamin Pilleron Prix de la meilleure présentation
« Ma recherche en 180 secondes »*



Crédit photo : CHU d'Angers

Schéma et déroulement de la recherche

L'étude Social Sorting est une étude infirmière multicentrique, mixte, observationnelle financée dans le cadre du PHRIP¹ 2016.

Pour atteindre ses objectifs, trois services d'urgences français (CHU d'Angers, CH Laval, CH Le Mans) ont accepté d'accueillir jour et nuit, en semaine et le week-end des observateurs pendant près d'un mois. L'équipe d'investigation était composée d'un infirmier, porteur du projet et de 3 psychologues recrutées dans le cadre spécifique de cette recherche. Ainsi, plus de 500 entretiens de triages infirmiers ont été observés et enregistrés par micro. Les données issues de ces situations ont ensuite été analysées par trois analystes issus de l'équipe d'investigation. Pour chaque situation de tri, il s'agissait alors d'établir la présence, ou non, d'une ou de plusieurs catégorisations sociales en s'appuyant sur les retranscriptions, les observations, les écrits effectués pendant le triage. Un relevé du profil sociologique de l'infirmier et du patient (âge, sexe, apparence physique,...) était effectué et également réalisé au moment de l'observation.

C'est donc 168 heures d'investigation, réparties sur 28 plages de 6 heures tirées au sort sur une période de 2 mois, qui ont été effectuées dans chacun des 3 centres participants. Six inclusions par sessions ont été réalisées.

Résultats

En 2015, en France, 20.3 millions d'individus ont été accueillis, triés et traités dans les services d'urgence. Des résultats intermédiaires, disponibles après analyse des 100 premiers patients observés, montrent que près de 8 patients sur 10 sont catégorisés socialement lors de son triage.

Retombées attendues et perspectives

L'objectif principal de cette recherche est bien d'affirmer de manière scientifique, l'existence, ou pas, des phénomènes de catégorisation sociale lors du triage des patients effectué par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil. À ce jour, la littérature ne décrit pas ce phénomène dans des services d'urgence. L'enjeu majeur de cette étude réside dans l'apport de données scientifiques nouvelles susceptibles d'impacter positivement les pratiques



des Infirmiers Organiseurs de l'Accueil des services d'urgences. L'étude tend ainsi à l'amélioration de l'accueil des patients et à la promotion de l'égalité de l'offre de soin.

L'évaluation des impacts éventuels sur la prise en charge des patients est aussi un volet important de l'étude Social Sorting. À terme, notre étude pourrait contribuer à l'organisation de sessions de formation, plus spécifiquement à destination des IOA, même si le phénomène de catégorisation sociale est constitutif de chaque individu.

Conclusion

Les résultats de l'étude Social Sorting sont attendus pour la fin 2018 et nous espérons pouvoir les publier en 2019. Si les apports de cette recherche s'ancrent principalement dans le domaine de la santé, nul doute qu'ils enrichiront également le domaine de la psychologie et plus précisément de la psychosociologie qui s'intéresse aux phénomènes de relations de services et de catégorisations sociales. ■

Benjamin Pilleron
Infirmier

Investigateur principal de l'étude Social Sorting
Service d'Accueil des Urgences

CHU Angers

Carole Haubertin

Cadre de Santé

Service d'Accueil des Urgences

CHU Angers

1 - PHRIP: Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale

La Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche en soins (CNCPR)

La recherche paramédicale se développe en France. Les Centres Hospitalo-Universitaires proposent un accompagnement des professionnels désirant se lancer dans des projets de recherche paramédicaux grâce à la mise en place de coordonnateurs paramédicaux de la recherche. Ces derniers se sont fédérés en réseau depuis trois ans et une commission a été créée: La Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche en soins (CNCPR) qui a pour principale mission de promouvoir la recherche infirmière et paramédicale.

La recherche paramédicale

La recherche favorise l'innovation, l'expérimentation de nouvelles approches du soin et constitue un formidable levier d'amélioration de la qualité des soins et de valorisation des compétences. Chercher permet d'avancer dans nos pratiques au travers d'une démarche scientifique rigoureuse à partir d'idées parfois simples qui relèvent de la pratique quotidienne; c'est une démarche dynamique.

En France, elle a été fortement encouragée avec la mise en place du Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI) en 2009¹. Il s'agit d'un Appel A Projet (AAP) national émanant de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) qui permet de financer des projets portés par les paramédicaux. En 2011, le PHRI est devenu PHRIIP: Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale.

Nous pouvons considérer que, fondamentalement, il n'y a pas deux recherches: médicale d'un côté et paramédicale de l'autre. La recherche clinique concerne tous les professionnels qui prennent en charge des patients et les professionnels paramédicaux y ont pleinement leur place. Pour cela un accompagnement est nécessaire. Ainsi, en quasi-totalité, les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) de France ont désigné des coordonnateurs paramédicaux pour structurer, accompagner et promouvoir la recherche paramédicale.

La Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche

Afin de porter, de promouvoir la recherche paramédicale et de partager leurs compétences, la Commission Nationale des Coordonnateurs Paramédicaux de la Recherche en soins (CNCPR) est née en 2015 d'une volonté commune de la Commission des Coordonnateurs Généraux des Soins de CHU et des professionnels paramédicaux en charge de la recherche. La CNCPR s'est structurée autour d'un bureau élu pour

1 - CIRCULAIRE N°DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010

trois ans et animé par un pilote et deux co-pilotes.

Ses enjeux sont les suivants:

- Promouvoir les projets de recherche émanant de professionnels de santé paramédicaux
- Être représentés dans les instances nationales
- Être force de propositions auprès des autorités compétentes notamment dans le domaine de la politique de promotion et de développement de la recherche paramédicale

Les membres (représentant 30 des 32 CHU) se réunissent au moins trois fois par an et à l'occasion de congrès nationaux. La commission souhaite s'ouvrir aussi aux professionnels référents de la recherche paramédicale dans des établissements non universitaires.

Ses actions

Les actions de la CNCPR sont multiples et sont guidées par différents objectifs:

- Favoriser les échanges entre les établissements de santé pour dynamiser l'activité de recherche des professionnels paramédicaux
- Mutualiser les ressources et compétences dans le domaine de la recherche en soins mais aussi le partage d'expériences
- Favoriser le développement de partenariats en vue d'études multicentriques
- Contribuer aux réflexions stratégiques nationales et internationales en lien avec la recherche en soins
- Valoriser la recherche menée par les paramédicaux par la promotion et la diffusion des travaux au niveau national et international
- Soutenir une politique en faveur de l'universitarisation des professions de santé non médicales, notamment en soutenant la création d'une discipline des sciences infirmières à l'Université

Espace posters JFRS Angers 2018



Billet d'humeur...

Bon, voilà, c'est fait ! La France est championne du monde de football... Pendant des semaines, on a chanté : « Allez les Bleus », on a souffert, on a critiqué l'équipe, le sélectionneur, on a chanté les louanges de M'Bappé, d'Umtiti, on a crié « Grisou, Grisou », on s'est habillé en bleu blanc rouge, on s'est affublé de perruques et de gadgets ridicules (mais on s'en foot. ait !), on a vibré, jusqu'au coup de sifflet final. On a déferlé sur les Champs Elysées, sur la Canebière, on a fêté ça jusqu'à plus soif et même au-delà pour beaucoup...

Et ce matin, ce qui a changé, c'est juste une deuxième étoile à broder sur un maillot...

Ce matin, pas de mouvement de foule pour défendre l'hôpital, la santé, la dégradation des conditions de travail, pour dénoncer la précarité, la pauvreté, le taux de chômage et tout le reste..., bref, ce qui fait vraiment la vie de tous les jours.

Ceux qui ont été capables de s'enflammer pour ce qui reste somme toute un jeu, (au financement certes indécent) le seront-ils pour crier NON à toutes les mesures mises en place et qui dégradent leurs conditions de vie ? Seront-ils prêts à s'opposer au gel de leur salaire, à la remise en cause de leurs acquis ? Seront-ils aussi prompts à s'indigner pour tout ce qui ne va pas ?

Cette Coupe du Monde de foot a été une parenthèse enchantée, qui finit bien pour notre pays. Mais le réveil risque d'être difficile... Cependant, rassurez-vous, dans deux ans, il y a le Championnat d'Europe et toute la France pourra à nouveau rêver... et oublier !

Ce n'est que mon avis, mais je le partage ! ■

*Nathalie PAWLOWSKI-GROPPI
Infirmière de secteur psychiatrique
Syndicat CNI de Martigues*



La réingénierie de la formation puéricultrice : un pas vers l'universitarisation grade Master

Le syndicat CNI est impliqué dans la réingénierie de la formation puéricultrice depuis le début de ce projet en 2011. La réforme de cette formation intervient trente ans après sa dernière version. La réingénierie peut se définir comme la restructuration du programme d'une formation incluant un référentiel d'activités, un référentiel de compétences et un arrêté de formation.

La réingénierie de la formation puéricultrice au grade Master constitue une avancée pour la profession infirmière mais surtout l'opportunité d'adapter une formation aux besoins de santé des enfants. Les puéricultrices représentent près de 20 000 professionnels de santé en France.

Un faux départ : Une envie de réforme de la formation arrêtée

Un groupe de travail incluant le syndicat CNI élabore un référentiel d'activités avec son préambule ainsi qu'un référentiel de compétences. Dans une lettre ouverte datée du 21 janvier 2011, les organisations représentatives des puéricultrices annoncent qu'elles suspendent leur participation au Groupe. Une seconde lettre ouverte est adressée au Ministre FILLON le 4 novembre 2011. Cette dernière est signée par les associations et syndicats.

Le groupe de travail précise toutefois ses demandes. Elles sont clairement exprimées par les associations de puéricultrices et soutenues par le syndicat CNI :

- Le leadership, intégré comme une compétence à développer en formation
- La consultation comme une activité prévalente notamment dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques
- La coordination dans les établissements des enfants de moins de six ans, reconnue
- La recherche infirmière puéricultrice développée
- L'expertise puéricultrice au bénéfice d'une collaboration interprofessionnelle, prioritairement avec les pédiatres

Ce travail de réingénierie s'interrompt en 2011 faute d'un arbitrage sur le Master. La formation actuelle dure un an. En juin 2017, la ministre indique « Vous avez l'objectif d'une formation en quatre semestres et de la reconnaissance à un grade master », cette

demande a été « entendue » mais elle attend sa feuille de route, car la reconnaissance master relève du ministère de l'enseignement supérieur, il faut donc un arbitrage du premier ministre. Ces propos sont prononcés lors de la journée nationale d'étude des puéricultrices et des puériculteurs.

Un nouveau départ : Une volonté politique de mener la réingénierie puéricultrice à son terme

Le groupe de travail reprend le 21 mars 2017, avec la demande claire des associations et syndicats dont le syndicat CNI. Ils confirment leur volonté de contribuer à la réingénierie de la formation puéricultrice mais avec deux garanties : une formation au grade Master et une mise en œuvre pour la rentrée 2018.

La DGOS se base sur le compte rendu de la mission d'inspection conjointe IGAS¹-IGAENR². Cette dernière confirme la nécessité d'une formation en 2 ans. Un rétro planning est élaboré afin d'assurer une mise en place du nouveau programme dès la rentrée 2018. Ce groupe de travail se réunit deux mois avant les élections présidentielles. La politique du nouveau président favorise la poursuite de ce travail.

Le syndicat CNI contribue à la réingénierie de la formation puéricultrice en participant à la quasi-totalité des réunions de travail et en réalisant des travaux tels que des fiches d'unité d'enseignement.

L'implication du syndicat CNI soutient et propose des éléments figurant dans le nouveau programme. Le leadership est intégré comme une compétence à développer en formation.

1 - IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

2 - IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche

La coordination dans les établissements des enfants de moins de six ans, est reconnue et le terme de « management » est accepté après une argumentation basée sur une réalité d'exercice professionnel. La recherche infirmière puéricultrice constitue une unité d'enseignement à part entière avec un contenu correspondant à un niveau grade Master. Afin de reconnaître l'expertise puéricultrice au bénéfice d'une collaboration interprofessionnelle, prioritairement avec les pédiatres, il est proposé d'inclure la prescription infirmière.

Seule la consultation demeure une activité prévalente difficile à intégrer alors qu'elle représente non seulement une réalité d'exercice mais une ressource au regard de la loi HPST et de l'organisation en GHT. De par leur formation, les puéricultrices développent l'interdisciplinarité et des compétences en matière de prévention et de promotion de la santé comme préconisées dans la stratégie de santé. Les puéricultrices acquièrent des compétences permettant aussi bien de manager des structures d'accueil que de pratiquer des consultations dans le suivi des enfants patients atteints de maladies chroniques. Le leadership et la recherche sont des indispensables pour promouvoir la profession de puéricultrices. La valorisation d'une profession s'appuie sur une formation se référant à des données probantes.

Le rapport de Sylviane Giampino, psychanalyste et psychologue, incluant 108 propositions pour refonder l'accueil du jeune enfant, rappelle que « La (le) puéricultrice (teur) est une (un) infirmière (er) spécialisée dans les soins médicaux apportés aux bébés et aux enfants. Qu'elle- (il) joue également un rôle de prévention, d'éducation et de conseil auprès des parents. Ce diplôme de niveau 2 est placé sous la tutelle du ministère de la santé. »

Le groupe de travail prend fin en juin 2018 avec la réalisation des référentiels, de l'arrêté de formation et l'annonce d'une mise en œuvre probable pour la rentrée 2019. Les documents sont en cours d'étude pour validation dans différentes instances ministérielles.

Une attente de publication : une détermination syndicale pour un Master

Le grade Master est une étape dans le processus d'universitarisation. En effet, des différences subsistent avec une formation en école parfaitement décrite dans les référentiels d'activités et de compétences.

Tandis que pour les écoles, la Région prend en charge les dépenses de fonctionnement et d'équipements des écoles du secteur public rattachées à un centre hospitalier. Pour les écoles privées, il s'agit d'une décision particulière de la Région. Les écoles doivent bénéficier d'un agrément délivré par la Région pour obtenir le financement régional ; le financement des universités est assuré par le Ministère de l'Enseignement et de la Recherche par rapport à leur activité et à leur performance.

La gouvernance diffère également. Alors que le directeur de l'école de puéricultrices, le responsable pédagogique et le conseiller scientifique seraient responsables conjointement de la conception du projet pédagogique, de l'agrément des stages, en concertation avec le directeur de l'UFR³, du contrôle des études et du conventionnement avec l'université ; la loi Savary (1984) confère au Président de l'université des pouvoirs potentiellement importants. Élu pour trois ans à la présidence des trois conseils dont le conseil d'administration. Il détermine la politique de l'établissement, approuve le contrat d'établissement de l'université, vote le budget et approuve les comptes.

Les universités disposent selon le code de l'éducation d'une autonomie de fonctionnement et sont régies par une démocratie interne voulue. Un Master de la formation puéricultrices conférerait une autonomie. Un rattachement à une UFR « santé » permettrait de développer des enseignements liés à la santé détachée de l'UFR « médecine ».

Les puéricultrices pourraient alors acquérir un statut de Master. ■

Mireille MALAFA-PISSARRO

Infirmière, puéricultrice, cadre de santé

Référente du collectif puéricultrice du syndicat CNI

3 - UFR : Unité de Formation et de Recherche



Droits à l'image, droits d'auteurs Protection des données personnelles

Nous sommes toutes et tous (à quelques exceptions près !) actifs sur Facebook, nous pouvons aussi avoir un site internet pour notre association, notre syndicat, etc....

Mais savez-vous bien ce que vous pouvez ou non publier sur les réseaux sociaux ?

Savez-vous par exemple que publier une photo n'est pas si anodin que cela ?

Vous avez visité un musée et pris des photos, et l'envie vous démange de les publier sur Facebook ? HALTE LA ! Stop, pause ! On prend le temps de la réflexion, et on se pose les bonnes questions !

Vous avez photographié votre voisine en maillot de bain dans son jardin, (elle est charmante la voisine...), mais avant d'envoyer cette photo sur votre mur, faites-lui donc signer une petite autorisation de la prendre en photo et ajoutez donc son consentement pour la publier ! Et dans votre document signé, faites donc mention d'où vous souhaitez faire paraître la photo, pour combien de temps et signifiez bien que ce n'est que pour ce média-là ! Cela vous évitera sans doute d'éventuels ennuis genre procès par la suite...

Depuis l'invention de la photographie, les moyens de diffusion de l'image ont beaucoup évolué et ont explosé avec l'arrivée d'Internet, au mépris souvent de la protection organisée par la loi sur le droit à l'image.

Mais nous bafouons bien souvent aussi les règles de protection des droits d'auteurs, en relayant des œuvres quelles qu'elles soient (peintures, photos, musiques...) sans même réaliser que cette utilisation abusive peut entraîner d'avoir à payer une rémunération pour la cession des droits d'auteurs ! Voire des dommages et intérêts en réparation du préjudice fait à l'auteur...

Ces droits, tant à l'image qu'aux droits d'auteurs, relèvent du droit : civil, pénal, de la propriété intellectuelle, administratif, à la liberté d'expression, de l'information, droits informatiques. Ouf, ça en fait beaucoup ! Comment s'y retrouver dans ce maelström de droits à respecter ?

Je vais essayer de vous faciliter les choses, en vous donnant les grandes lignes à prendre en compte pour être à l'abri de toute sanction !

Le respect du droit à l'image

Définition : le droit à l'image est le droit de toute personne de s'opposer à la captation, à la fixation et à la diffusion de son image par un tiers.

La Convention Européenne des Droits de l'Homme du 4 novembre 1959, dans son article 8, précise que : « toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ». Donc, votre jolie voisine a le droit de ne pas vouloir se retrouver en maillot de bain dans son jardin sur votre mur Facebook ! De même, si vous transférez un mail alors qu'on ne vous en a pas donné l'autorisation à une tierce personne, vous tombez sous le coup de cet article et de ses conséquences... Dans les deux cas, c'est une violation de la vie privée.

Le droit à l'image est incessible et intransmissible. Bon, il y a des exceptions, bien sûr, vous savez que les mannequins, les acteurs, les sportifs cèdent, pour les plus connus, ce droit contre des sommes parfois indécentes pour une utilisation déterminée...

Attention, accepter de se faire prendre en photo ne vaut pas acceptation de diffuser cette photo ! En cas de litige, ce sera à celui qui publie l'image de prouver qu'il en a bien l'autorisation !

Une autorisation expresse doit être précise quant aux modalités de diffusion. Elle n'est donnée que pour le cliché ou la série de clichés concernée et n'autorise pas de photos ultérieures. Elle doit préciser :

- La nature des prises de vues
- La finalité de la diffusion
- Sa durée
- Les supports de diffusion

Pour un enfant mineur, ou un majeur sous tutelle, seul le représentant légal peut donner l'autorisation de diffusion d'image.

Il y a toutefois des exceptions (sinon ce ne serait pas marrant !)

- L'accord tacite : la personne qui pose quand on la photographie ou qu'on la filme est censée avoir donné tacitement son autorisation. De même que les personnes publiques qui sont photographiées dans le cadre de leurs activités publiques.
- Autorisation non nécessaire : le droit à l'information. Si l'image illustre un événement d'actualité, il autorise la publication d'images de

personnes impliquées dans cet évènement. Par exemple, un participant à une manifestation, à condition qu'il ne soit pas le personnage central de la photographie, mais seulement une personne reconnaissable parmi la foule. Donc, si vous participez à une manifestation, si vous êtes pris en photo de groupe... vous ne pouvez pas faire jouer votre droit à l'image ! Et la publication de cette photo sur les réseaux sociaux est donc autorisée sans accord express de votre part. Mais l'image doit bien évidemment respecter la dignité de la personne humaine, sans recherche du sensationnel et en l'absence de toute indécence. (je ne vous donnerai pas d'exemple, je laisse votre imagination que je sais fertile faire le boulot !). Mais dans ce cas, l'autorisation ne doit pas être perpétuelle et automatique.

Les sanctions possibles

L'usage, sans son autorisation, de l'image d'une personne peut mettre en cause la responsabilité civile et/ou pénale de l'utilisateur. La condition pour qu'une victime obtienne réparation s'appuie sur la preuve de trois éléments :

- La faute
- Le dommage
- Le lien de causalité

La condamnation peut prendre la forme de dommages et intérêts, de saisie des biens incriminés, de publication judiciaire dans la presse.

En matière de responsabilité pénale, la faute lourde est celle commise avec l'intention de nuire. Dans ce cas, plusieurs sanctions pénales sont prévues :

- Atteintes à la vie privée: article 226-1 du Code pénal: un an d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. Exemple: votre voisine qui prend le soleil dans son jardin topless est dans un lieu privé. Si vous la prenez en photo, et que vous publiez cela sur votre compte Facebook, vous risquez gros si vous n'avez pas son consentement... Il en est de même si vous faites suivre un document (mail par exemple) alors que son auteur ne vous l'a pas permis... Attention aussi à ce que vous publiez sur vos sites internet, c'est alors le directeur de la publication qui sera poursuivi !
- Atteinte à la représentation d'une personne: article 226-8: un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende. Il s'agit là de publication, par quelque voie que ce soit, d'un « montage réalisé

avec les paroles ou l'image d'une personne sans son consentement, s'il n'apparaît pas à l'évidence qu'il s'agit d'un montage ou s'il n'en est pas expressément fait mention ». Les parodies bien signalées sont donc autorisées.

Les droits d'auteurs

Ce droit concerne les auteurs (écrivains, musiciens, dessinateurs, artistes et autres créateurs) et permet une protection de leurs œuvres. Cela signifie que vous ne pouvez pas utiliser une œuvre sans le consentement de son auteur ! Et que ce dernier a droit à une part de tous les gains résultant de son utilisation par le public.

Il se compose de deux catégories de droits : moraux et patrimoniaux.

Droit moral

- Il permet à l'auteur de défendre sa personnalité, telle qu'elle s'exprime dans l'œuvre qu'il a créée. Il survit à la mort de l'auteur (par exemple, les héritiers de Picasso, St Exupéry, Johnny Hallyday (oui, bon, là c'est sans doute pas un bon exemple, mais...)).
- Il est perpétuel, inaliénable et imprescriptible. Il est transmissible aux héritiers de l'auteur, pendant l'année civile en cours et les 70 années qui suivent. Après ce délai, l'œuvre tombe dans le domaine public et donc son utilisation est libre (sous réserve de respecter les droits moraux de l'auteur). Il peut être conféré à un tiers en vertu de dispositions testamentaires.
- On doit respecter une œuvre, son interprétation, son contexte. On ne doit pas y porter atteinte, la dénaturer, l'altérer. (une atteinte signifie une déformation soit d'un élément constitutif, soit de son esprit).

Droits patrimoniaux

- Ce sont des droits d'exploitation. C'est ce qui permet à un auteur de percevoir une rémunération.
- Ils comprennent le droit de représentation et de diffusion de l'œuvre et le droit de reproduction.

L'autorisation d'utiliser l'œuvre, soit la cession des droits, doit préciser à chaque droit cédé :

- Pour quelle durée,
- Les supports visés,
- La territorialité (monde entier, par exemple, quand la diffusion est sur internet),

- Le type d'exploitation : commerciale, non commerciale, information ou communication sur les activités de l'association.

Si l'une des mentions manque, la cession est considérée comme nulle.

Mais bien entendu, (vous l'aurez deviné !) il y a là aussi des exceptions à la nécessité d'obtenir une autorisation.

Lorsque l'œuvre a été divulguée, (publiée pour un livre, sortie pour un film...) l'auteur ne peut interdire les analyses et courtes citations. Elles sont libres et gratuites. (Par exemple, pour un livre, vous ne pouvez citer que 10 % de la page concernée, vous pouvez reproduire une image ou une scène d'un film, une photo sous forme de vignette). Vous pouvez également les utiliser à des fins pédagogiques ou de recherche. (à condition que cette utilisation ne soit pas commerciale et qu'elle soit compensée par une rémunération négociée sur une base forfaitaire.)

Si vous décidez de faire une parodie, un pastiche ou une caricature, l'essentiel est de ne pas concurrencer l'œuvre, de ne pas créer un risque de confusion et le tour est joué !

À savoir également : la jurisprudence n'autorise la publication de reproductions et les représentations indirectes de monuments et statues, qu'à la condition qu'elles restent accessoires par rapport au sujet principal. (Par exemple, vous faites un selfie devant la Victoire de Samothrace ou la Vénus de Milo, c'est vous que vous voulez que l'on voie et c'est donc vous le sujet principal, tout va bien !)

Saviez-vous que lorsque vous achetez un smartphone, une tablette, un disque dur externe, une clé USB, etc..., une toute petite part du prix d'achat est reversée aux créateurs, artistes, etc... Grâce à cette rémunération, nous sommes autorisés à copier toutes les œuvres légalement acquises (musique, séries, films...) sur tous nos supports de visionnage à usage privé. J'ai bien dit : **LÉGALEMENT ACQUISES** et **À USAGE PRIVÉ**.

Je fais un aparté en ce qui concerne les dessins de notre dessinateur favori pour le Syndicat CNI : Pierre (Biz)alio. Aucun autre syndicat (ni aucune personne d'ailleurs) ne peut reprendre ses créations à son compte ! Donc si vous constatez une infraction, n'hésitez pas à l'en prévenir !

La protection des données personnelles

En mai dernier, vous avez sans doute reçu des dizaines (voire des dizaines de dizaines) de mails, émanant de sites ou autres auxquels vous êtes abonnés, style : mise à jour de notre politique de confidentialité. Cela vous a sans doute énervé, voire bien énervé, mais... ce n'était qu'une mise en conformité avec la loi sur la protection des données personnelles. En tant qu'individu, il vous faut juste savoir que vous avez le droit de faire rectifier ou enlever des données vous concernant par l'organisme qui les utilise.

Le règlement général de la protection des données personnelles est entré en application le 25 mars 2018, faisant suite à la loi pour une République numérique du 7 octobre 2016. Il durcit sensiblement l'utilisation que notamment les associations, les syndicats peuvent faire des dites données. Son objectif est de les sécuriser.

Mais, qu'est-ce qu'une donnée à caractère personnel ? Selon la loi du 6 août 2004, en voici la définition : « toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres ». Voilà, ça c'est fait... Mais encore ?

On peut identifier une personne par son adresse IP, son nom, son numéro de téléphone, l'ADN, et bien d'autres items. Point n'est nécessaire de connaître le nom d'un individu pour l'identifier, on peut le faire par recoupement d'autres informations... que nous-même nous empressons de donner sur des sites souvent de ventes divers et variés... ces données que vous pensiez anonymes ne le sont donc pas !

Les données sensibles sont celles concernant les origines raciales, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses, ou l'appartenance syndicale, la santé ou la vie sexuelle. La collecte et le traitement de ces données sont interdits, sauf si l'intéressé est d'accord ou les a rendues publiques. Une autre exception concerne les associations ou organismes à caractère religieux, philosophique, politique ou syndical, qui peuvent recueillir des données pour la tenue du registre de leurs membres.

Pour terminer, je voudrais évoquer le droit à l'effacement des données recueillies, que vous avez

l'obligation de faire si quiconque vous le demande (Article 17 de la loi 2016). L'article 40 de cette loi prévoit pour les mineurs un droit à l'oubli, avec une procédure accélérée, « dans les meilleurs délais ». (Pas très précis tout de même !)

Voilà, j'espère que cet article n'est pas trop rébarbatif,

vous êtes maintenant informés et comme nul n'est censé ignorer la loi, je vous conseille vivement d'être vigilants, tant certains individus sont devenus friands de procédures... ■

Nathalie PAWLOWSKI-GROPPI
Trésorière nationale du Syndicat CNI



Dossier élections professionnelles 2018

Le syndicat ça sert à quoi?

Voilà une question qui revient régulièrement :

« À quoi servez-vous ? »

Qu'est-ce que vous faites ? »

L'image que la majorité des personnes a des syndicats est celle d'individus dans les rues (de moins en moins nombreux d'ailleurs malheureusement) brandissant des pancartes, des drapeaux et hurlant des slogans divers et variés. Des contestataires jamais contents, revendicateurs à plus ou moins bon escient et dont les résultats semblent bien aléatoires.

Mais permettez-moi de le dire : cette image quelque peu réductrice ne colle pas du tout à celle du syndicat CNI dans lequel je me suis engagée il y a de cela maintenant 6 ans.

Tant que l'on n'a pas besoin d'aide, il est difficile de percevoir l'utilité de quelque chose, comme le gilet de sauvetage pour celui qui sait nager mais qui pourtant sera bien heureux de le porter si le bateau chavire et que le temps s'égrène en attendant que les secours arrivent.

Pourquoi ce parallèle ? Parce que bien souvent je reçois dans mon bureau des agents qui s'adressent à nous comme à un dernier recours, un espoir de trouver une solution à un problème qui dure depuis longtemps et avec lequel ils se démènent sans parvenir à avancer. « Je ne sais plus quoi faire alors je viens vous voir ». Débute alors l'écoute, l'étude du problème, les éventuelles recherches juridiques/législatives qu'il suscite, les rendez-vous avec la direction ou tout interlocuteur susceptible de participer à une évolution favorable de la situation et un accompagnement de la personne jusqu'à ce que la solution soit trouvée. Cela peut prendre 10 minutes comme plusieurs mois, voire 1 an, mais à aucun moment nous n'abandonnons l'agent en demande et un dossier ne reste jamais sans réponse.

Mais notre rôle va bien au-delà encore.

D'un point de vue national, un syndicat, à mon sens, doit défendre les professionnels qu'il représente et participer à l'évolution de leurs métiers que ce soit en matière de formation, de rémunération ou de conditions d'exercice.



À l'échelle locale, dans un établissement, il permet d'avoir des interlocuteurs qui vous renseignent sur vos droits (première mission du syndicaliste) qui vous informent sur les différentes possibilités qui s'offrent à vous en matière d'évolution professionnelle, de formation..., qui doivent être en capacité de vous aider à trouver les réponses à toutes questions qui se posent à vous et qui sont de votre domaine professionnel.

Ce sont des représentants du personnel dans toutes les instances de votre établissement. Ces dernières sont un passage obligé pour la direction lorsqu'elle souhaite revoir les effectifs, les organisations de travail ou toute évolution qui a trait à l'établissement. La direction est dans l'obligation de recenser les avis des représentants du personnel sur le bilan social de l'établissement, sur les projets quels qu'ils soient (projets de soin, projet de travaux...). C'est alors l'occasion pour ces représentants de porter vos voix, de rendre des avis conformes à vos choix et à la législation en vigueur, de défendre vos conditions d'exercice et l'amélioration de vos conditions de travail par tout moyen humain et/ou matériel à disposition. Certes me direz-vous, souvent la direction fait bien ce qu'elle veut de ces avis car en effet ceux-ci sont consultatifs et la décision finale lui appartient toujours. Mais celle-ci engage sa responsabilité lorsqu'elle va à l'encontre des avis émis. Tout est enregistré, archivé et en cas de problème à la suite d'une décision de la direction prise malgré les arguments des représentants du personnel, le chef d'établissement devra en répondre devant l'ARS (Agence Régionale de Santé) et le cas

échéant devant le tribunal. Croyez bien que leur pleine conscience de ce risque fait régulièrement évoluer les dossiers soumis en instance.

Un syndicat c'est avoir une voix pour vous représenter qui permette de restreindre l'exercice du pouvoir en place et de proposer une alternative aux décisions de la direction.

L'essentiel pour vous étant que cette voix soit en capacité d'argumenter ses positions, de faire des propositions réalistes, réalisables, qui tiennent compte des besoins, des ressources et surtout qui soient à VOTRE avantage. En effet, l'opposition systématique ou à l'inverse le consentement quasi automatique n'est pas dans votre intérêt.

Pour rendre des avis qui vous correspondent il vous faut avoir des représentants professionnels, qui maîtrisent les sujets abordés, qui soient consciencieux, méticuleux, qui travaillent leurs dossiers et soient en capacité de défendre vos idées de manière construite et argumentée, c'est la seule manière efficace de travailler, d'avancer et de permettre de voir des évolutions dont vous pourrez bénéficier.

Au syndicat CNI, nous ne ménageons pas nos énergies au service de vos intérêts.

Les élections professionnelles qui ont lieu tous les 4 ans dans la fonction publique hospitalière, ont pour objectif de déterminer vos représentants aux différentes instances des établissements.

Vous devrez voter pour le CTE (Comité Technique d'Etablissement) qui examine notamment les questions relatives aux effectifs, à la formation, aux grandes orientations en matière de politique indemnitaire (prime, indemnité d'astreinte etc....)... Les suffrages obtenus suite au vote pour le CTE déterminent le nombre d'heures attribuées à chaque organisation syndicale qui s'est présentée aux élections, ainsi que le nombre de sièges au CHSCT (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail) de l'établissement.

Le nombre d'agents de l'établissement détermine un nombre d'heures allouées aux représentants des personnels de cet établissement et les élections professionnelles vont permettre de répartir ces heures entre les organisations en fonction des suffrages obtenus. Une fois cette répartition faite, chacune des organisations pourra décider d'attribuer des décharges syndicales à ses membres à hauteur de ce qu'elle aura obtenu et désignera les titulaires et suppléants qui siégeront au CTE, au CHSCT, CAP...

Vous voterez également pour les Commissions Administratives Paritaires Locales et Départementales (CAPD, CAPL), dont le rôle est de donner un avis sur

les évolutions de carrières (avancement de grade, titularisation, disponibilité, détachement...). Là aussi les suffrages détermineront le nombre de représentants de chaque organisation syndicale au sein de chacune des CAP. Ces représentants seront également amenés à siéger lors des conseils de discipline et en commission de réforme (qui rend des avis sur les demandes de congés longue maladie ou longue durée, sur l'imputabilité au service d'un accident, sur un départ en retraite pour invalidité, sur une demande de reconnaissance de maladie professionnelle...).

Cette année a vu la création d'une nouvelle commission : la Commission Consultative Paritaire, qui traitera des sujets propres aux agents contractuels de droit public (CDD ou CDI).

Comme vous avez pu le lire, les rôles et missions d'un syndicat sont extrêmement divers et bien trop souvent méconnus.

Vos représentants sont indispensables dans la vie de votre établissement pour peu, une fois encore, qu'ils aient à cœur de VOUS défendre, de VOUS représenter, de porter VOS voix et qu'ils le fassent de manière sérieuse et consciencieuse, en résumé qu'ils soient suffisamment fiables pour que vous puissiez leur faire confiance.

Pour toutes ces raisons votre vote est primordial, le 6 décembre vous aurez le choix, faites celui d'élire des représentants qui vous ressemblent, qui connaissent vos difficultés, qui soient à votre écoute, bienveillants et qui sachent vous accompagner au quotidien avec réactivité. ■

VOTEZ CNI

Céline Durosay
Infirmière
Syndicat CNI de l'HNFC



Au pied du mur!

La vie de déléguée syndicale élue, c'est se préoccuper au quotidien du bien-être physique et moral des soignants qui viennent à notre rencontre.

Aujourd'hui nous nous posons la question de la qualité de vie au travail mais concrètement comment cette notion est-elle ou peut-elle être mise en œuvre dans les établissements et pour les agents qui arrivent au bout d'un cycle professionnel? Il arrive qu'un agent ne puisse plus supporter d'exercer un métier, contraint « à donner des mauvais soins » par l'inconfort de la prise en charge médicale et paramédicale, pourtant pour lequel il a été formé et diplômé et qu'il ne se reconnaisse plus dans le système de soins au point de le rejeter, où le simple fait de « remettre un pied à l'hôpital » devient une souffrance et devient impossible, un burnout professionnel.

Pour tenter d'illustrer un parcours de réhabilitation, nous allons vous raconter l'histoire vraie d'un agent que nous appellerons ALICE, mais qui est très éloignée du pays des merveilles!

ALICE est infirmière, elle exerce depuis plus de 30 ans, elle a débuté à l'hôpital comme auxiliaire de puériculture, sa carrière s'est déroulée idéalement sans anicroche, elle pourrait être qualifiée d'exemplaire. ALICE a travaillé dans des services de soins hautement qualifiés: réanimation, pédiatrie et psychiatrie, une expérience riche du terrain, c'est durant son parcours que nous nous sommes connus.

Mais aujourd'hui, ALICE n'en peut plus, elle ne veut plus entendre parler de « malades », de « médecins », « d'hôpital », elle est en burnout! Elle entame alors un long processus pour tenter de se remettre et « se met en maladie », espérant un jour peut être pouvoir exercer sereinement. Elle entame le parcours d'un suivi médical adapté pour tenter de se réconcilier avec ce métier qu'elle a exercé avec passion, de cet hôpital qu'elle a toujours respecté. Au cours des mois, ALICE pense pouvoir « récupérer », elle tente de « se poser » et au fil du temps il s'avère que la motivation est cassée, qu'il est évident pour elle qu'elle ne pourra plus exercer le métier d'infirmière.

Le temps de la thérapie sera plus long que prévu et pour espérer guérir, il faut du temps, elle demande via les spécialistes qui la suivent un congé de

longue maladie (CLM), mais la commission médicale refuse de reconnaître sa pathologie comme un burnout professionnel et elle se retrouve en bout de course des possibles de la fonction publique hospitalière, la fin du congé de maladie ordinaire.

Arrivée au bout de ses droits, elle bénéficie d'une mesure exceptionnelle de mise en disponibilité pour raison de santé mais l'échéance « zéro salaire » pointerait au bout de 3 mois, il faut agir et agir vite avant sa radiation définitive. **La voilà au pied du mur.**

Elle ouvre une porte...

ALICE, se tourne vers le syndicat CNI, elle nous connaît à titre professionnel et personnel, elle a poussé notre porte et est entrée dans notre bureau, désespérée, épuisée par son parcours professionnel destructif et les galères de reconnaissance « médicales », pour enfin confier et partager ses problèmes. Au vu de l'urgence et de la complexité de sa situation nous avons rapidement posé un constat dramatique sur son avenir qui au-delà du professionnel entraîne des conséquences personnelles et sociales pouvant aller vers une précarisation certaine. L'important était d'agir au plus vite pour lui restituer sa confiance et une stabilité financière. Nous avons posé ensemble les possibilités qui s'offraient à nous, par rapport à sa situation professionnelle et médicale.

Une porte s'ouvre...

Le parcours d'ALICE a entraîné, comme pour



beaucoup, des pathologies récurrentes et chroniques, ce qui lui permet d'ouvrir un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et de fait, une reconnaissance du statut de travailleur handicapé au sein de l'établissement. Ce qui sous entend des droits simplifiés pour acquérir si besoin de l'aménagement de poste de travail, du temps de travail, un bilan de compétences, des formations,... une porte s'ouvre !

La politique mise en place dans l'établissement sur le volet « social » se doit de maintenir dans l'emploi les agents handicapés soit par le biais de postes adaptés soit par la reconversion vers un autre métier.

Nous avons creusé ensemble ce qui était envisageable en termes de métier et ce sur quoi elle était prête à faire des concessions, même si nous connaissions implicitement la réponse : abandonner les soins pour se diriger vers « quelque chose de plus administratif ».

Un chemin s'ouvre et s'offre à elle

Le rejet de la profession étant avéré et « soutenu » par la médecine statutaire et la médecine du travail, il nous est rapidement apparu nécessaire de travailler main dans la main avec les personnes ressources de l'établissement. Nous avons pris contact avec le secteur DRH de l'établissement et plus spécifiquement l'attaché d'administration hospitalière en charge de la politique handicap et de la médecine statutaire de l'établissement.

Nous avons travaillé ensemble objectivement et raisonnablement sur le cas et le profil d'ALICE en prenant en compte l'urgence de la situation avant une éventuelle radiation des effectifs de l'établissement, tout en tenant compte des recommandations et restrictions médicales.

Nous avons pu établir une cartographie de métiers permettant de conserver le grade infirmier et sortant des soins, des organismes tels que le Comité Local de Lutte contre la Douleur (CLUD), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), les services de Santé Publique et d'Information Médicale (SPIM),... Comme quoi il existe des postes hors des soins pour des infirmières. Ces postes, sous réserve d'acquérir des compétences par rapport à la spécificité, peuvent être proposés aux agents en difficultés temporairement ou définitivement.

Selon les souhaits d'ALICE qui ne peut « plus être en contact avec les patients et les médecins », nous nous sommes dirigés vers un poste très administratif équivalent à un Technicien d'Information Médicale



(TIM) tout en conservant son grade infirmier grâce au choix du service de recruter des soignants ayant l'expertise des soins sur ce type de poste. Pour préciser sa nouvelle mission, ALICE va tracer, à travers des systèmes de codification, l'activité médicale faite par les différents services et les différents professionnels. C'est à partir de ces données que l'hôpital pourra être payé par les organismes d'assurance maladie et que les ressources seront allouées entre les différents services. Fort heureusement il existe des personnes impliquées qui se mobilisent pour le bien des agents, qu'elles soient administratives, médicales et syndicales. **Les valeurs du service public ne sont peut-être pas perdues !**

La route est tracée...

ALICE, a débuté un mois après toutes nos démarches dans sa nouvelle unité, apaisée et en voie de réconciliation avec son établissement. ALICE, qui rejette les soins fait en sorte que les deniers de l'hôpital soient bien récoltés !

Quel tournant dans une carrière bien remplie.

Nous avons pu évaluer par cette expérience la qualité de la politique sociale de notre établissement et concrètement mettre en œuvre une action issue des notions de la qualité de vie au travail, souvent trop théoriques. ■

Marie Do BIARD
Secrétaire Générale Syndicat CNI AP-HM

Retour d'expérience : Conseil de discipline

Les élections professionnelles nous permettent en fonction des résultats et du nombre de suffrages obtenus de siéger dans les instances représentatives de notre établissement.

Pour ce qui me concerne j'ai été élu à la Commission Administrative Paritaire Locale (CAPL).

Un des rôles de la CAPL est de siéger dans sa forme restreinte en conseil de discipline. C'est pour ma part un exercice moralement très difficile et l'un des plus ingrats que l'élu syndical doit accomplir tout au long de son mandat, surtout quand la sanction proposée est un licenciement.

Je vais, à travers un exemple concret, vous relater la procédure de défense d'un agent soumis à un conseil de discipline en vous exposant l'argumentaire de défense.

Il faut savoir que vous pouvez défendre un agent, soit en siégeant au titre d'élu dans la CAPL concernée par le grade de l'agent, soit en qualité de défenseur proprement dit. Dans ce cas-là vous n'avez pas l'obligation d'être élu dans la CAPL de l'agent, votre qualité de représentant syndical CNI suffit.

Bien entendu tous les noms des protagonistes ont été changés.

Enoncé des faits :

Le 5 novembre 2015, la Direction est saisie d'un rapport de Mme VIELLEDENT, Cadre Supérieure de Santé (CSS) du pôle Stomatologie rappelant les divers manquements de Melle Anne ÉVRISME dans l'exercice de ses fonctions d'infirmière ainsi que les différents entretiens et rappel à l'ordre du cadre de santé du service Mme Isadora LAPILULE : le 24 avril 2015, le 26 avril 2015, le 16 mai 2015 et enfin le 5 juin 2015.

Le 6 juin 2015, décision de suspension de fonctions à titre conservatoire est prise à compter du 7 juin 2015 sur la seule parole du rapport du CSS, sans compléments minimum d'enquête.

Le 20 juin 2015, entretien préalable au conseil de discipline en présence du Directeur, de la CSS, d'un adjoint des cadres et des représentants syndicaux CNI de l'agent.

Par la suite, la Direction, considérant les lacunes professionnelles caractérisées et les défaillances en



termes de compétences infirmières, susceptibles de mettre en danger la prise en charge des patients, convoque le conseil de discipline pour statuer sur un licenciement pour insuffisance professionnelle.

Préambule :

Il faut en préambule signaler qu'il existe dans ce service une ambiance particulière et un très haut niveau d'exigence managérial médical et paramédical, ce qui met une certaine pression sur les agents, tous grades confondus.

Cette situation est connue par la Direction, ayant été saisie à ce sujet par tous les syndicats sans concertation préalable. Cela a été abordé lors d'un CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) et une réunion spécifique à ce sujet a été organisée par la Direction.

Un témoignage décrit le process managérial dans ce pôle.

J'aimerais aussi attirer votre attention sur la concentration chronologique des événements et l'extrême rapidité de la décision de suspension à titre conservatoire sur la base d'un seul rapport, sans demande d'enquête supplémentaire.

Analyse du rapport du 5 juin 2015 sur tous les faits reprochés :

• ENTRETIEN DU 24 AVRIL 2015 :

- **Rappel des horaires :** effectivement Anne reconnaît être arrivée en retard deux ou trois fois. Elle invoque la coutume du service de se présenter dans le service à 13 heures, car la relève se fait habituellement à 13 h 30. Elle rappelle qu'une fois la remarque faite elle n'est plus arrivée en retard.
- **Tenue correcte :** a toujours une tenue correcte, le problème semble être sur les cheveux. Anne a les cheveux très longs et s'attache toujours les cheveux pour les soins, il lui arrive effectivement de relâcher ses cheveux dans la salle de repos pour respirer et il se peut aussi, vu la longueur de ses cheveux qu'une mèche retombe. Elle signale que suite à cette réflexion, elle a fait plus attention à la façon de s'attacher les cheveux.
- **Bons de laboratoire :** Reconnaît effectivement avoir rempli un bon de laboratoire au stylo vert. Un week-end, Anne est tombée en panne de stylo noir et bleu sur son stylo 4 couleurs. Elle n'a pas trouvé ni auprès de ses collègues, ni dans le service de stylo noir ou bleu. On lui a dit qu'elle pouvait utiliser le stylo vert en appuyant plus fortement et que cela devrait être bon. Elle sait très bien avec quelle couleur il faut remplir les bons de

laboratoire. Ce problème n'est arrivé qu'une fois, depuis elle prévoit des stylos de rechange.

• ENTRETIEN DU 26 AVRIL 2015 :

- **Traçabilité et gestion des toxiques :** Anne connaît parfaitement la traçabilité des toxiques, quant à la gestion des stupéfiants il en relève de la compétence de l'encadrement. Un soir à 19 heures, l'interne prescrit un Skénan® à un nouveau patient. Ce stupéfiant n'étant pas dans la dotation du service, Anne va se faire dépanner dans l'unité d'Oncologie. Elle note sur une page blanche, mise dans le cahier rose des toxiques, le nom et le prénom du patient, la dose prescrite, la dose prise et signe. En revenant dans le service elle note aussi l'information sur le tableau blanc pour que la cadre du service régularise dès que possible. Il faut noter que l'infirmière de nuit et l'infirmière du matin ont fait de même. Il se trouve que Mme LAPILULE cadre du service, n'a pas régularisé immédiatement et a reproché à Anne de ne pas avoir assuré la gestion des toxiques, ce qui relève pourtant de sa responsabilité.
- **Echange de vacation :** Anne reconnaît qu'elle faisait souvent des après-midi, car elle avait du mal à se lever le matin, un étudiant faisant très souvent la fête dans l'appartement au-dessus d'elle. Une fois la demande faite par son encadrement de retrouver un planning normal et de repasser de matin, elle s'est exécutée sans aucun problème.
- **Rappel tenue et horaire :** rien de nouveau à lui reprocher par rapport à l'entretien seulement 2 jours avant.
- **ÉVALUATION DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP) :**
Faites par Mme LAPILULE cadre du service, sans avoir, au préalable prévenu l'agent.
Un rapport est fait à la suite de cette EPP. Anne reconnaît en tout point tout ce qui est dit dans ce rapport.
 - Effectivement Anne, est partie pour faire ce pansement d'escarre, un peu déstabilisée, venant d'apprendre qu'elle serait évaluée, telle une étudiante au temps des MSP (Mise en Situation Professionnelle). Elle est entrée dans la chambre, oubliant effectivement de mettre la présence et de fermer la fenêtre très peu entrouverte.
 - Elle a aussi laissé un bol à moitié vide restant du petit-déjeuner.
 - En ouvrant le pansement, elle se rend compte que l'état de la plaie n'est pas conforme à ce qui était annoncé.

- Effectivement elle ressort de la chambre pour avoir l'avis de l'interne.
- Elle ressort à nouveau pour aller chercher le bon matériel nécessaire à une scarification.
- Elle reconnaît effectivement le champ stérile imperméable posé sur la couverture pour éviter de souiller le lit.
- Elle reconnaît avoir été obligée d'ouvrir un set à pansement complet pour prendre un champ stérile non disponible en conditionnement à l'unité dans le service.
- Elle récusé par contre totalement l'absence de rigueur dans l'application du pansement. Elle dit effectivement ne pas être allée au terme de la scarification de la plaie, le patient ayant trop mal.

À ce stade, il nous a semblé primordial de faire intervenir à titre d'experte en plaie et cicatrisation, Sarah VIGOTTE, qui peut répondre à toutes les questions, notamment sur le rapport d'EPP de Mme LAPILULE.

Mme VIGOTTE confirme au conseil de discipline qu'un pansement d'escarre n'étant pas un soin stérile, Anne a fait son soin dans les règles de l'art et qu'en aucun cas elle n'a commis la moindre erreur.

• ENTRETIEN DU 16 MAI 2015 :

- **Cheveux mal attachés :** effectivement, Anne a été vue sortant du vestiaire alors qu'elle n'avait pas encore pris ses fonctions et n'avait pas encore correctement attaché ses cheveux.
- **Refus de signature du rapport d'EPP :** Effectivement, vue l'ambiance du service Anne a peur que cela lui porte préjudice si elle signe ce document.
- **Erreur d'étiquettes :** Mme LAPILULE signale qu'on lui a rapporté qu'Anne se serait trompée d'étiquette sur un dossier d'un patient entrant, le 11 mai 2015. Effectivement Anne se souvient de ce fait, mais insiste qu'elle s'est rendu compte de son erreur et a rectifié immédiatement en collant la bonne étiquette par-dessus l'autre. Par contre elle dit qu'elle n'a jamais déclaré : « ho ça, ce n'est pas grave ».

- **Témoignage de M. Claude HIQUANT infirmier de nuit :** signale à Mme VIELLEDENT qu'Anne fait des relèves orales incomplètes l'empêchant de prendre en charge les patients dans leur globalité. Anne prétend que c'est faux, que M. HIQUANT ne l'aime pas et quand elle lui fait la relève, il ne s'y intéresse que très peu. Après sa vacation elle va effectivement à la piscine et effectivement un soir, elle s'est souvenue avoir oublié de noter deux tensions artérielles sans anomalie. Vu la pression du service, elle a préféré retourner dans le service pour les



noter sur les dossiers des patients concernés par peur de réprimande le lendemain, ce qui n'a pas plu à M. HIQUANT. Pour notre part, nous appelons cela de la conscience professionnelle. Nous pouvons fournir des témoignages des personnels de nuit qui attestent de la qualité des relèves d'Anne et de son travail en général.

- **Fait du 31 mai 2015 :** Présente dans la salle de soins, Mme VIELLEDENT constate qu'Anne revient dans la salle de soins avec des hémocultures prélevées mais non étiquetées au lit de la patiente. Anne reconnaît bien volontiers cela, c'est la pratique courante dans le service, comme dans beaucoup d'autres à l'hôpital, idem pour les prélèvements, on pique avec une aiguille sécurisée rétractable que l'on met dans son plateau, puis on vient jeter l'aiguille dans le container dans la salle. Lors de l'entretien disciplinaire, sur ces faits précis Mme VIELLEDENT signale la nécessité de l'application rigoureuse des procédures d'identitovigilance et les règles de bonnes pratiques. Elle insiste sur le fait que tout prélèvement doit être étiqueté au lit du patient. Sur ce point précis je lui demande quelle est la procédure dans le

service pour les bilans sanguins programmés. Elle me répond que les bilans sont préparés par l'équipe d'après-midi, pour être prélevés par l'équipe du matin. Je lui pose donc la question où sont étiquetés les tubes. La réponse est dans la salle de soins, comme les fameuses hémocultures d'Anne, CQFD. Malencontreusement, ce passage a été oublié dans le compte rendu fourni à la commission de discipline. Nous pouvons constater que les bonnes pratiques, les procédures peuvent être à géométrie variable...

- Le 4 juin 2015 : Mme LAPILULE signale un problème sur deux prélèvements sur deux patients d'Anne : un bon de NFS (Numération Formule Sanguine) n'avait pas de tube et la lipasémie n'a pas été prélevée avec le bon tube. Nous rappelons là que les prélèvements sont préparés la veille par l'équipe d'après-midi. Effectivement, il y a bien une sectorisation dans ce service, mais la pratique du service c'est le matin de prendre les bilans et d'avancer les prélèvements sans se soucier si c'est un malade de son secteur ou non. Et il se trouve que les deux patients en question n'ont pas été piqués par Anne.
- Le 5 juin 2015 : Mme VIELLEDENT reçoit Anne dans son bureau pour lui signifier ce rapport et qu'elle va demander une procédure disciplinaire et un arrêt de stage le plus rapidement possible. Jamais Anne n'a dit que les faits reprochés n'étaient pas graves, elle était seulement un peu lasse de ce qu'elle ressent comme un acharnement sur elle et pressée de retourner voir ses patients dans le service.
- Le 6 juin 2015 : En plein milieu de sa vacation d'après-midi, Anne reçoit un appel de la Direction qui lui demande de venir chercher un courrier. C'est sa notification de mise à pied à titre conservatoire. Anne appelle le syndicat CNI, en pleurs, dans un état second ne comprenant pas ce qu'elle avait pu faire pour qu'on la traite comme cela. Vu son état de détresse psychologique, nous lui conseillons d'appeler la cellule d'écoute et d'aller voir dès la fin de sa vacation son médecin traitant, le médecin du travail n'étant plus là.

Commentaires :

Il faut remarquer que les faits se sont déroulés sur un mois et demi ce qui pourrait nous laisser penser à une sanction à titre d'exemple et d'avertissement pour le reste du personnel. En effet en aucun cas une faute grave dommageable aux usagers du service n'est constatée. Au contraire Anne était très appréciée

par les patients et leurs familles. Nous avons en notre possession des témoignages de patients et de leurs familles en ce sens. Tout l'argumentaire de l'encadrement est basé sur de la théorie, sur des guides de bonnes pratiques, sur des procédures, mais jamais en tenant compte des impondérables, des conditions de travail, de la tension et de la pression. Et puis surtout, contrairement aux livres et aux procédures, dans la vraie vie des services, il y a des malades dans les lits avec la grande complexité de devoir s'adapter aux comportements de chacun, à la façon de réagir à la maladie, à la souffrance. Tout le rapport est basé sur des suppositions, sur du subjectif : « cela aurait pu être grave, si... »

Il semble aussi qu'il y ait une contradiction entre les faits cités dans le rapport qui parle de divers manquements et la demande de l'administration de licenciement pour insuffisance professionnelle.

Vu les faits et les témoignages apportés par la défense, nous demandons l'abandon de la proposition de l'administration de licenciement pour insuffisance professionnelle.

À la suite de cela, la décision du conseil de discipline a conclu qu'effectivement Anne a subi une énorme pression psychologique de la part de son encadrement et que tous les griefs retenus sont subjectifs et non fondés. À l'unanimité des membres, aucune sanction n'est retenue. Anne est complètement blanchie de toutes les pseudos accusations et la demande est faite qu'elle soit changée de service avec un report de stage de 6 mois pour une prochaine évaluation avant titularisation.

À l'énoncé du verdict, le conseil de discipline souhaite présenter à Anne les excuses de l'administration pour cette procédure injuste qu'elle a dû subir.

La morale de cette histoire, c'est qu'il faut vraiment faire attention à ce qui peut paraître évident à la lecture, souvent à charge, d'un rapport introductif à un conseil de discipline. En effet très souvent les faits reprochés semblent très graves. Mais en creusant un peu, en faisant un gros travail d'enquête, nous nous rendons compte que c'est en fait souvent beaucoup moins grave que l'administration ne veut bien le laisser entendre, mais malheureusement pas toujours. ■

Eric AUDOUY
Vice-président
Syndicat CNI

Quand les mots s'en mêlent...

U	T	R	X	I	O	H	C	Y	K	H	K	N	I	T	E	L	L	U	B
A	M	S	L	E	N	N	O	I	S	S	E	F	O	R	P	W	Y	K	J
O	S	P	I	C	R	I	N	S	T	A	N	C	E	X	E	D	O	S	Y
G	S	Q	T	E	M	Z	O	O	T	E	J	Z	M	P	R	E	U	H	E
L	T	O	L	Y	A	M	Q	D	H	R	U	O	I	X	S	F	A	D	V
E	N	G	A	G	E	M	E	N	T	J	A	U	L	E	O	E	K	E	O
O	C	E	S	I	T	R	E	P	X	E	Q	V	J	T	N	N	F	C	T
Z	Y	M	N	V	L	N	C	J	G	E	A	G	A	X	N	S	G	I	E
W	T	N	A	T	N	E	S	E	R	P	E	R	S	I	E	E	S	S	U
C	A	P	Y	X	D	V	L	P	Q	H	V	N	E	O	L	B	R	I	T
N	O	I	T	C	E	L	E	H	G	Z	I	C	T	S	F	V	I	O	Q
W	P	P	T	E	U	R	O	Y	N	O	Z	U	B	A	R	S	O	N	W
K	S	T	I	O	R	D	N	Z	S	T	I	C	P	B	S	Q	V	H	T
M	A	E	P	Y	U	A	C	C	O	M	P	A	G	N	E	M	E	N	T
N	A	H	P	S	T	A	B	M	O	C	B	W	R	E	B	A	D	I	O
P	A	L	E	C	N	A	L	L	I	E	V	N	E	I	B	N	L	Y	K
W	I	S	J	S	U	B	O	L	H	L	T	C	N	G	X	E	A	H	U
Q	G	E	L	E	C	T	R	O	N	I	Q	U	E	H	C	L	N	R	Q
S	K	E	T	U	O	C	E	W	O	Y	S	R	U	E	L	A	V	Q	K
F	R	O	Q	O	B	K	Z	O	Q	R	C	U	E	C	N	A	H	C	Q

1. Élection: Choix qu'on exprime par l'intermédiaire d'un vote

2. Représentant: Personne qui a reçu pouvoir d'agir au nom de quelqu'un, qui accomplit un acte au nom et pour le compte de quelqu'un

3. Personnel: Ensemble des personnes employées dans un service, dans un établissement.

4. Instance: Organisme, bureau qui exerce un pouvoir de décision, d'autorité

5. Écoute: Qualité de quelqu'un qui sait écouter les autres... pour peu qu'on lui en donne le temps...

6. Bienveillance: Disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui

7. Expertise: Niveau de compétence élevé dans un domaine précis

8. Professionnels: Qui exercent régulièrement une profession, un métier.

9. Combats: Toute lutte menée par divers moyens contre des obstacles divers, des dangers de toute nature

10. Valeurs: Ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre

11. Soins: Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un. Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps.

12. Équipe: Ensemble de personnes travaillant à une même tâche

13. Travail: Activité professionnelle régulière et rémunérée (et pas forcément à la hauteur du travail effectué et des responsabilités afférentes...)

14. Défense: Fait de lutter pour la protection de quelqu'un ou de quelque chose, action de défendre quelqu'un ou quelque chose ou de se défendre. Ce qui permet de protéger quelqu'un ou quelque chose, possibilité de défendre quelqu'un ou quelque chose ou de se défendre.

15. Droits: Ensemble des règles qui régissent les rapports des membres d'une même société

16. Choix: Action de choisir quelque chose, quelqu'un, de le prendre de préférence aux autres.

17. Vote: Manifestation de volonté, individuelle ou globale, à l'occasion d'une élection ou prise de décision

18. Décision: Acte par lequel quelqu'un opte pour une solution, décide quelque chose.

19. Engagement: acte par lequel l'individu assume les valeurs qu'il a choisies et donne, grâce à ce libre choix, un sens à son existence; Acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose; promesse, convention ou contrat par lesquels on se lie

20. Devoir: Obligation particulière imposée par la morale, la loi, un règlement, les conventions sociales.

21. Bulletin: billet servant, soit par sa couleur, soit par le signe, le nom ou la mention qu'il porte, à exprimer un vote; toute matérialisation du vote.

22. Électronique: Qui se rapporte à l'électronique ou qui fonctionne suivant ses principes.

23. Chance: de pouvoir avoir des représentants choisis. Saisir une opportunité quand elle se présente

24. Accompagnement: Servir de guide; Soutenir

En décembre 2018, faites le bon choix pour vous représenter et vous défendre, choisissez l'expertise de professionnels du soin qui sauront être à votre écoute et agir avec bienveillance.

Par voie électronique, voie postale ou vote physique vous avez le pouvoir d'élire vos représentants CNI dont l'engagement est constant à défendre vos droits dans les instances de votre établissement, à mener les combats pour que nos valeurs communes soient respectées et entendues et que notre travail soit reconnu à la hauteur des compétences et responsabilités qu'il exige.

L'infirmier(e) au cœur du système de santé

Infirmier au Département Anesthésie Réanimation du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier, je suis élu en 1992 représentant du Comité Technique d'Établissement (CTE) pour le syndicat Coordination Nationale Infirmière (CNI).

Ma présence au CTE fut, pour moi, un choc culturel. Il a fallu que je m'adapte aux différentes façons d'aborder les dossiers portant sur des sujets tels que : l'organisation des gardes du bureau de la loi, le point d'étape sur l'audit de la stérilisation, les horaires de fonctionnement du Plateau Technique d'endoscopie digestive... C'est aussi la prise de conscience que notre institution publique est plus complexe que peuvent bien le laisser penser certaines conversations de salle de repos. Pour exemple, le vote du budget du CHU en instance avoisine le milliard d'euros et se décompose en plusieurs « titres » : le titre I correspond aux charges du personnel, le titre 2 les charges à caractère médical, le titre 3 concerne les dépenses à caractère général et hôtelier, le titre 4 concerne les amortissements, charges financières et provisions... La vision globale et comptable d'un tel budget n'est pas innée pour un infirmier en début de mandat.

Mais pourquoi y aller me direz-vous ?

Mon engagement professionnel puis syndical est en lien avec l'Histoire de la profession :

Rappel d'une étape historique :

« 1988 : En manque d'infirmières, le gouvernement ouvre l'accès des études d'infirmières aux non bacheliers¹ »

Les infirmiers à bout de souffle (déjà à cette époque) se révoltent !

Forts de ce mouvement dans lequel j'étais impliqué, nous créons alors une association loi 1901 : la Coordination Nationale Infirmière (CNI). « Ni bonnes, ni nonnes, ni connes ». Nous entraînons

1 - « Décret Barzach ». Décret n° 88-1076 et l'arrêté du 30 novembre 1988 relatifs aux études et au recrutement des infirmiers. Complété par : Arrêté du 30 novembre 1988 RELATIF AUX CONDITIONS D'ADMISSION DANS LES ÉCOLES PRÉPARANT AU DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER ET D'INFIRMIÈRE

200 000 infirmiers² dans les rues de Paris pour exprimer la parole infirmière, puis comme seuls les syndicats « traditionnels » sont acceptés à la table des négociations du ministère nous transformons l'association en syndicat infirmier.



De retour à Montpellier, avec quelques collègues infirmiers, nous déposons des statuts afin de créer une coordination locale au CHU.

En 1992, suite aux élections des représentants du personnel, nous sommes élus. Ainsi notre représentativité syndicale est acquise. Elle l'est toujours à ce jour.

Après plusieurs mandats, je puis dire que les difficultés essentiellement rencontrées consistent à rendre possible, d'une part, les contraintes budgétaires et l'idée d'un « grand service public » et d'autre part, la qualité des soins avec la charge de travail des personnels soignants. Rendre tout ceci réalisable est une vraie gageure.

2 - Article de Sciences Po <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-1-page-43.htm>.

Aujourd'hui, la profession infirmière veut concrètement s'affranchir du corps médical et gagner en autonomie. Il faut faire reconnaître nos compétences et notre fonction sociale incontournable dans le système de santé.

Depuis plusieurs décennies, les avancées professionnelles n'ont pas été linéaires, loin s'en faut.

Hier :

Rappel d'autres étapes historiques :

Le mot infirmier n'était pas mentionné dans la loi portant réforme hospitalière (1970)

Jusqu'en 1991 la direction de l'hôpital était bicéphale avec une gestion administrative et médicale.

La CNI fait voter la création d'une commission infirmière³ pour enfin entendre la parole des infirmiers puis de l'ensemble des paramédicaux ensuite⁴. Enfin les nouvelles gouvernances s'intéressent aux conditions de travail : c'est la réforme des 35 heures et de la Récupération du Temps de Travail.

Le 25 novembre 2016, la publication par décret du code de Déontologie des infirmiers est un signal fort. Disposer d'un code de déontologie engage chacun des professionnels, contrairement aux autres, à des obligations, des devoirs envers les patients, leur entourage et leurs collègues.

La sortie récente du décret⁵ concernant les pratiques avancées est positive pour la profession malgré son manque d'ambition.

Aujourd'hui :

Les professionnels du soin, pris par le travail du quotidien, n'ont pas le temps ou ne souhaitent pas s'occuper du fonctionnement de la « citée Hôpital ». Le syndicat professionnel est là pour créer du lien et répondre à leurs interrogations.

Le syndicat CNI a toujours privilégié la bi appartenance à la fois syndicale et professionnelle. Cela peut paraître prétentieux mais je crois pouvoir dire que nous connaissons bien les dossiers concernant la « vraie vie » des unités de soins. Ce don d'ubiquité est d'ailleurs lié à nos professions qui nous obligent à faire en permanence la synthèse entre les patients, les entourages, les logiques administratives, médicales et qui relèvent souvent d'injonctions paradoxales.

3 - Commission de Soins Infirmiers : Mission Couty 1991

4 - Commission des soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques

5 - Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

L'avenir est basé sur des changements de courant de pensée infirmière. Il faut inventer ou réinventer des modèles cohérents en phase avec la réalité du terrain. Cette approche peut vous paraître illusoire, les débats démocratiques sont là pour nourrir le syndicat CNI : tous les soignants peuvent y participer !

Ne soyons pas dupes, il ne suffira pas de quelques supplétifs pour régler les difficultés de notre système de santé. L'exemple récent des Établissements d'Hospitalisation pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) est là pour confirmer que la qualité de la prise en charge des résidents, au quotidien, passera par une augmentation conséquente des personnels. Le cynisme de certains politiques consiste à faire culpabiliser les soignants, de façon à peine voilée. Vous avez tous remarqué que les mots bienveillance, maltraitance sont souvent employés à propos des soignants : je m'interroge et suis sûr que le problème n'est en aucun cas dans les mains des soignants mais dans les décisions prises à des niveaux supérieurs.

Le syndicalisme professionnel n'est pas le seul moyen pour améliorer la vie des patients et celle de ceux qui les soignent mais il n'en demeure pas moins un levier fort pas assez exploité à mon goût.

Le syndicat CNI, syndicat des professionnels de santé est autonome, apolitique et ne répond pas à des structures pyramidales comme les centrales syndicales inter-catégorielles.

Nous comptons sur vous pour continuer à débattre et à faire vivre nos idées. ■

Marc MEYZINDI

Président du syndicat CNI de Montpellier



Scrutin du 6 décembre 2018

Professionnels de santé, exprimez-vous!

Face à des conditions de travail quotidiennes dégradées qui impactent leur santé, le malaise est profond chez les soignants. Les blouses blanches se sentent oubliées, maltraitées, considérées comme des pions

Et si le scrutin du 6 décembre 2018 était VOTRE opportunité de VOUS faire entendre?

Le 6 décembre et les jours qui précèdent selon les modalités de vote retenu par votre direction (après consultation du CTE), vous êtes invités à voter pour désigner VOS représentants du personnel au sein des instances de votre établissement.

Vous pourrez ainsi désigner vos représentants en **CAPL** et en **CAP D**. Les Commissions Administratives Paritaires sont consultées sur les questions relatives au déroulement de carrière des agents. Il en existe 10, quatre commissions pour les personnels des corps de catégorie A, trois commissions pour les personnels des corps de catégorie B et trois commissions pour les personnels des corps de catégorie C. Ces instances sont consultatives. L'ordre du jour des séances porte, par exemple, sur vos avancements de grades, vos éventuelles demandes de révisions de note.

Ce sont également les représentants de la CAP qui pourront être réunis à l'occasion d'un conseil de discipline.

Les élections professionnelles de 2018 actent l'émergence d'une nouvelle instance: la Commission Consultative Paritaire (CCP).

Cette instance est départementale, elle a été créée pour les agents contractuels de droit public de la fonction publique hospitalière. La CCP sera obligatoirement consultée sur les décisions relatives:

- aux licenciements des agents se trouvant, de manière définitive, atteint d'une inaptitude physique à occuper leur emploi et aux licenciements lorsque le reclassement n'est pas possible ou lorsque l'agent refuse le bénéfice de la procédure de reclassement,
- aux licenciements pour suppression du besoin ou de l'emploi qui a justifié le recrutement de l'agent, pour transformation du besoin ou de l'emploi qui a justifié le recrutement lorsque l'adaptation de l'agent au nouveau besoin n'est pas possible, le recrutement d'un fonctionnaire sur l'emploi de l'agent et en cas de refus par l'agent d'une

- modification d'un élément substantiel du contrat,
- aux licenciements intervenant postérieurement à la période d'essai,
- au non-renouvellement du contrat des personnes investies d'un mandat syndical
- aux sanctions disciplinaires autres que l'avertissement et le blâme.

Vous pourrez aussi désigner vos représentants en Comité Technique d'Établissement, CTE. Cette instance, qui est présidée par le directeur de l'établissement, est consultée sur les questions concernant la vie collective de l'établissement, comme l'organisation du travail, la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social mais aussi la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, le règlement intérieur de l'établissement. Les représentants aux CTE peuvent également émettre un avis sur les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants, les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité, la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire, la politique de formation.

Au regard des missions attribuées à ces instances, vous percevez l'importance de bien choisir VOS représentants car ce sont eux qui sont consultés par la direction et qui vont donc s'exprimer pour vous, il est donc primordial de faire le bon choix!

Ces dernières années, à l'instar de divers autres scrutins (présidentielles, municipales, représentants de parents d'élèves...), les élections professionnelles voient la mobilisation aux urnes décroître. Si par le passé, il fut nécessaire d'avoir un taux de participation supérieur à 40 % pour procéder au dépouillement ce n'est plus le cas aujourd'hui...

Le nombre de sièges ouverts aux représentants du personnel dépend de la taille de votre établissement, du nombre d'agents et est donc prévu par des textes mais la répartition des sièges entre les syndicats de

Comme vous,

Nous sommes des professionnels soignants impliqués et soucieux de travailler avec écoute et bienveillance.

Dans le respect de vos droits et de vos attentes,

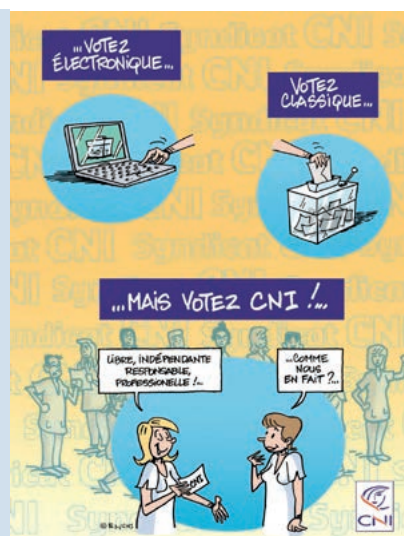
le **Syndicat CNI** vous représente au

Comité Technique d'Établissement

et vous accompagne au quotidien avec réactivité.

Pour que vos conditions de travail et votre vie dans l'établissement s'améliorent faites le bon choix.

Votre participation est primordiale



Le 6 décembre 2018

Renouvellement

de vos représentants

**Au Comité Technique
d'Établissement.**



**Le Syndicat CNI,
30 ans d'expertise**

SANS APPARTENANCE POLITIQUE,
*il rassemble les acteurs du soin
autour de valeurs communes.*

*Le Syndicat CNI ne perçoit
aucune subvention publique
ce qui garantit son **INDEPENDANCE**
et son **AUTONOMIE** afin de remplir
avec neutralité l'ensemble de ses missions.*

UNISSONS NOS EXPERTISES, VOTEZ CNI

**AVEC LE SYNDICAT CNI,
PRENEZ VOTRE AVENIR EN MAIN**

Nos engagements :

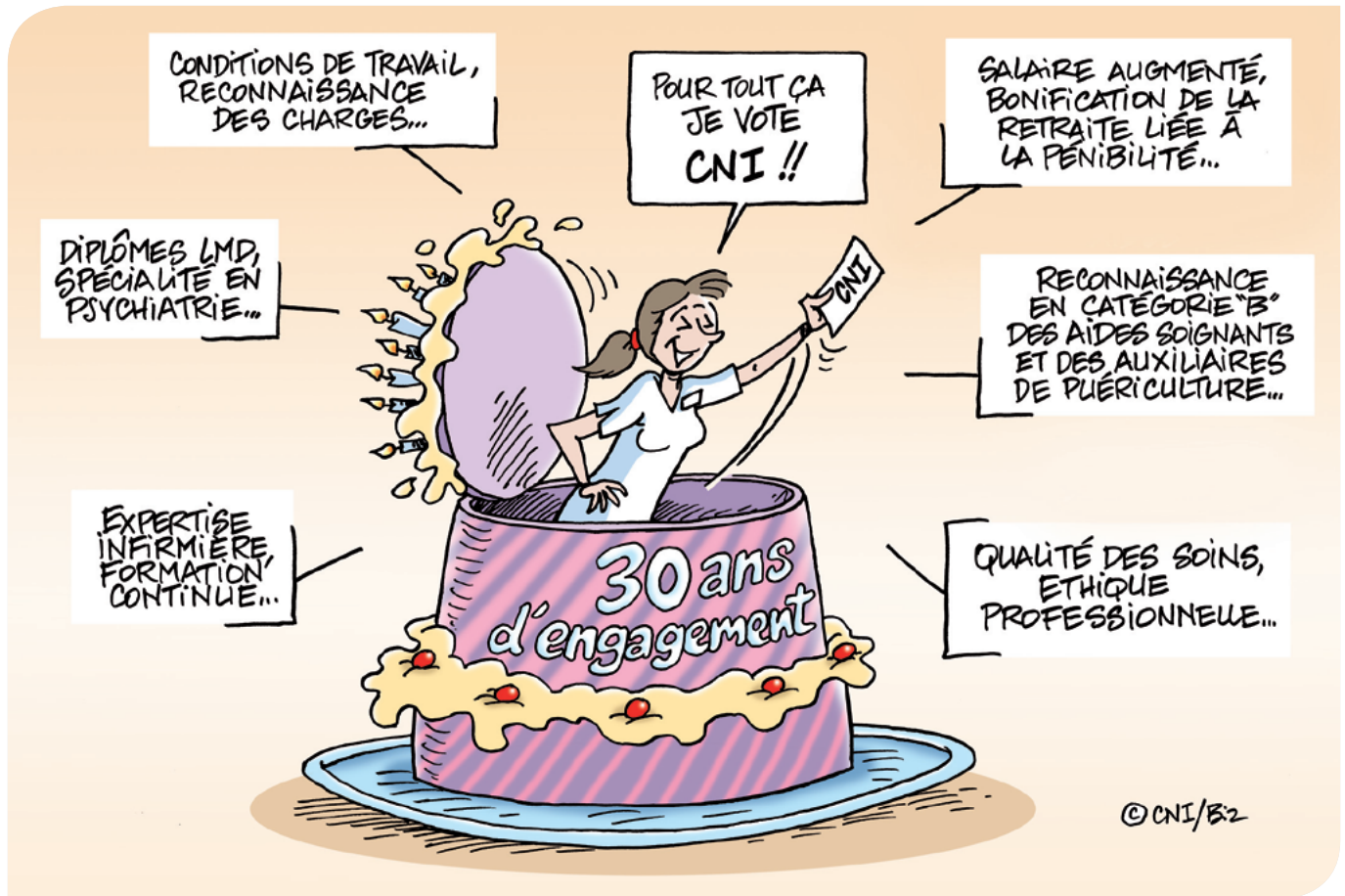
- Veiller au respect et à l'application de la législation tout au long de votre carrière,
- Obtenir la reconnaissance de la pénibilité de nos professions et des revalorisations salariales pour tous,
- Exiger des ratios de personnels en adéquation avec la charge de travail dans tous les secteurs,
- Défendre vos conditions de travail et la qualité des soins,
- Faire reconnaître vos compétences et votre niveau de responsabilité,
- Apporter des réponses fiables à toutes vos interrogations.

CECI N'EST PAS UN BULLETIN DE VOTE

votre établissement dépend des résultats obtenus aux élections professionnelles. **VOTRE** vote contribue donc à la définition de cette répartition.

Il est courant d'entendre parler des syndicats : « va voir les syndicats » « les syndicats ont dit » mais il existe plusieurs syndicats et ils n'ont pas tous les mêmes

positionnements et les mêmes fonctionnements. Il est donc important de s'informer, d'apprendre à les connaître et d'identifier celui dans lequel vous vous reconnaissez le plus pour définir à qui vous donnerez **VOTRE** voix. La période de campagne électorale actuelle peut bien sûr répondre à vos



questions mais vous pouvez également interroger les représentants en place actuellement.

Le syndicat CNI fête, en cette année 2018, ses 30 ans ! Né d'un grand mouvement infirmier spontané et asyndiqué, notre organisation accueillait à sa création des adhérents de la filière infirmière qui depuis 2014 ont été rejoints, suite à une décision de l'Assemblée Générale Nationale CNI par des adhérents des filières de rééducation et médicotextiques ainsi que des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des agents de service hospitaliers et des psychologues.

Chaque profession a un collectif avec un référent issu de sa corporation pour porter les revendications « cœur de métier ».

30 années d'engagement, cela reste très jeune sur une échelle syndicale mais c'est aussi et surtout trente années d'expertise acquises à conjuguer avec celle des acteurs de terrain que nous représentons pour obtenir une reconnaissance légitime et promouvoir qualité et sécurité des soins.

Le syndicat CNI s'est, par exemple, impliqué pour obtenir :

- l'application du protocole DURIEUX,

- la reconnaissance en maladie professionnelle de la contamination par le VIH,
- la formation sur l'expertise juridique infirmière,
- les 32 h 30 de nuit,
- le décret sur les quotas infirmiers et aide soignants en réanimation,
- l'évolution du décret de compétence des infirmiers,
- l'arrêté sur l'exercice illégal de la profession et certification des aides opératoires,
- la réparation pour les IBODE et les puéricultrices pour qui la reprise d'ancienneté avait été oubliée lors des reclassements // droit d'option de 2012 avec le décret 2014- 1023 de septembre 2014
- le reclassement des retraités de la Fonction Publique Territoriale,
- l'intégration de la formation d'infirmier dans le cursus universitaire...

Nos principaux objectifs actuels :

- l'amélioration des conditions de travail et de vie des professionnels de santé,
- la reconnaissance des indicateurs de charge en soins pour mettre en adéquation les effectifs et la charge de travail,

- l'obtention des diplômes LMD adossée à une discipline en science de la santé, science infirmière pour les infirmiers,
- la création d'une spécialité en psychiatrie avec les effectifs adéquats à une prise en soins complète et sécuritaire des patients, du dépistage au traitement et au suivi,
- la promotion de l'expertise soignante,
- le passage en catégorie B des aides-soignants et auxiliaires de puériculture,
- un meilleur accès à la formation continue,
- la promotion de la qualité des soins,
- le respect de l'éthique et des règles déontologiques,
- un salaire correspondant au niveau de compétence et de responsabilité,
- la bonification du 1/5^e pour le calcul de la retraite liée à la pénibilité.

Le syndicat CNI détermine ses positions après consultation de ses adhérents. Il prend ses mandats à l'occasion des Assemblées Générales Nationales (minimum 3 par an) et également par procédure de vote électronique. Pour qu'un mandat soit acté, la décision doit recueillir au moins 50 % + 1 de voix favorables parmi nos adhérents. Nos prises de position n'émanent donc pas d'un groupe d'élus mais

reflètent bien les attentes des acteurs de terrain c'est-à-dire les premiers concernés.

30 ans donc depuis les premières mobilisations de 1988, c'est court, c'est long et vice versa selon l'angle d'analyse et l'avis des uns et des autres mais ce qui est certain c'est que depuis sa création, notre organisation est restée et restera au travers de son évolution mue par l'esprit « Coord ». Celui-ci se caractérise par une éthique professionnelle et une grande rigueur dans le traitement des dossiers indépendamment de toute obédience politique, religieuse et / ou autres groupes d'influence. Les adhérents se reconnaissent au travers de valeurs professionnelles et déontologiques partagées sur la prise en charge globale du patient et la promotion de leurs professions.

Si vous vous reconnaissez dans cet esprit, dans nos valeurs et que vous souhaitez entendre **VOTRE** voix fortement résonner au travers de **VOS** représentants élus, aucune hésitation :

VOTEZ CNI

Nathalie DEPOIRE
Présidente du Syndicat CNI

Extrait statut national syndicat CNI / Article 3

Le Syndicat CNI / Coordination Nationale Infirmière (CNI) / Coordination Nationale Interprofessionnelle de santé / Fédération des Coordinations Nationales Infirmières / Fédération des Coordinations Nationales Interprofessionnelles de Santé est un lieu de rassemblements, d'échanges, de réflexions et d'actions de professionnels de santé, défini à l'article 4 quel que soit le secteur d'activité (public, privé ou libéral).

Elle a pour but :

- d'obtenir une reconnaissance réelle du rôle et de la place des professions de santé dans le système de santé français.
- de sauvegarder et de défendre les professionnels de santé.
- d'améliorer les conditions de travail et de vie des professionnels de santé qu'ils soient étudiants, en activité ou retraités.
- de défendre les droits et les intérêts moraux, tant collectifs qu'individuels des professionnels de santé.
- d'être à l'initiative ou de soutenir tout projet visant à améliorer la qualité de la santé en France.
- d'être à l'initiative ou de soutenir le maintien des acquis sociaux tant en ce qui concerne la protection sociale que la solidarité sociale.

Le syndicat peut agir pour l'un de ses membres à condition d'en avoir reçu mandat.

Le poids d'un sourire

Témoignage de Barbara

Raoul Follereau a écrit : « Un sourire ne coûte rien et produit beaucoup ».

Cela semble léger et pourtant...

Je suis aide-soignante et je ne souhaite plus exercer parce que sourire au travail me coûte cher émotionnellement et me pèse aussi lourd qu'un mensonge.

Aujourd'hui, il m'est difficile de faire face à la mort, la douleur, le chagrin sans que mon regard ne me trahisse face aux patients et aux familles.

C'est déstabilisant de prendre soin d'autrui, d'entrer dans l'intimité d'un patient, de soutenir les siens quand, de l'autre côté, nous devons nous presser de faire des départs (pour mutation) impérativement le matin, finir les toilettes avant midi et, malgré tous nos efforts, s'entendre dire que « nous sommes mal organisés quand nous n'avons pas le temps de manger » et que « nous ne comprenons rien » quand tout ne se passe pas comme prévu.

De nos jours, un bon soignant est celui qui est efficace, pas celui qui prend du temps pour écouter une personne souffrante, alitée, apeurée.

On me dit sans cesse que j'ai un beau métier mais je réponds « NON ». Nous ne prenons plus réellement soin des gens, nous fonctionnons comme dans une usine.

Certains jours, tout cela me dégoûte. Les médecins me donnent envie de hurler. Nous ne nous sentons pas écoutés, épaulés. Ce sont pourtant les aides-soignantes, les infirmières qui encaissent les pleurs, les cris de douleurs et les insultes.

La question qui me hante est « qui m'écoute au travail quand je dis que je vais mal ? ». Oui, on m'entend parfois râler et on me voit pleurer mais on ne m'écoute pas quand je parle et je ne suis malheureusement pas la seule.

Réussir à s'investir dans le métier relève de l'exploit.

Mon boulot m'écrase et pourtant, j'y retourne tous les jours.

Alors, pour ne pas m'effondrer, quand j'arrive dans la chambre d'un patient, j'affiche un beau sourire pour les rassurer, je leur tends la main pour les aider. Parfois, j'oublie ce poids car leur sourire me rassure en retour.

Cher travail, tu nous dévores, tu nous détruis, tu nous fais tomber dans l'oubli. ■



Paroles de soignants : des mots et des maux

« En fait on nous enlève notre rôle propre en nous enlevant le relationnel. On dégage simplement le rôle technique et en fait pour prendre soin de l'autre, il faut le prendre dans sa globalité, dans son environnement et adapter son soin. On ne devrait pas faire des soins en technique mais des soins individuels avec le projet de vie de la personne, centrés sur la personne. »

Sonia IDE

« Il n'y a plus de temps de réflexion, plus de réunion d'équipe. Il n'y a plus de temps où les infirmières et les aides-soignants peuvent se poser en se disant que pour tel patient on a telle problématique : que peut-on mettre en place ? Que peut-on faire ? Et réfléchir ensemble. Cela n'existe plus. Lorsque je suis arrivé à l'hôpital en 2004, il existait des réunions d'équipe tous les mois, des réunions de travail et de réflexions sur des prises en charge de patients. »

Alexandre Aide-soignant



« Lorsque je suis arrivée ici, je venais d'une unité de soins palliatifs sur la région parisienne. J'avais pris un train de route très agréable. On travaillait avec des bénévoles presque 24 h/24 et j'arrive ici et je me retrouve en gériatrie. J'étais arrivée depuis un mois quand ma cadre me dit « alors ma petite Geneviève, comment ça va ? Vous êtes bien habituée ? En m'accompagnant vers le bureau. Je m'assoie et je réponds à sa question. Je lui dis que j'ai l'impression de violenter les gens pour les obliger à boire, pour les lever. Réponse de la cadre : mais Geneviève, vous n'êtes plus en soins palliatifs, vous êtes en gérontologie. Alors je me suis levée et je suis allée méditer une pensée profonde en me disant « qu'est-ce que je fous là ? »

Geneviève Aide-soignante

Je me pose tout de même une grande question, sur mes trois dernières années d'exercice en ORL, que font les usagers pour dénoncer ce qu'ils voient ? Ils s'en rendent compte lorsqu'ils sont dans les lits que nous sommes débordés et que nous courons dans tous les sens. Combien de patients nous ont dit « mais comment arrivez-vous à tenir la journée ? Mais comment vous faites ? » Je me rappelle que l'été dernier, en août il faisait très chaud, 38°C dans le service, c'était insupportable et j'étais d'après-midi, j'avais une grosse trachéite. Je n'arrivais plus à parler et cela me demandait beaucoup d'énergie. J'ai un patient qui remonte de l'USC (Unité de Soins Continus) où il était depuis trois jours après une opération très mutilante au niveau de la gorge. Il est accompagné de sa jeune femme. Ils sont très angoissés tous les deux. A son arrivée, il a encore tous les pousses-seringues, les tubulures, la trachéotomie, il y en a partout ce qui est impressionnant pour le patient et sa famille. Je commence par enlever du matériel qui ne sert à rien. Comme ils sont très angoissés, au fur et à mesure de mon travail, j'explique tout : ce que je fais, pourquoi je retire certaines choses devenues inutiles. Je parle beaucoup avec le peu d'énergie qu'il me reste pour ma voix. Je suis restée quasiment deux heures dans la chambre pour expliquer et j'ai pleuré tellement j'avais mal. A un moment donné la femme m'arrête et me demande « ça va aller Madame vous avez besoin d'aide ? ». Là je me suis dit on vit dans un autre monde, c'est incroyable. »

Céline IDE

« Dans mon service de chirurgie, quand tu commences ton premier tour le matin avec des transmissions de nuit et que la collègue te disait que monsieur Gérard n'avait pas dormi de la nuit, que ça fait 4 jours qu'il a été opéré, qu'il a passé sa première nuit en SSPI (Salle de Surveillance Post Interventionnelle), les deux jours suivants à l'USC, qu'il est remonté dans le service depuis 24 heures, il est épuisé et psychologiquement il faut assumer l'intervention et la dégradation visuelle ; et donc le patient ne dort pas depuis trois nuits, il est donc épuisé et nous à 7h30 du matin on toque à la porte, température, poche de nutrition, médicaments et même si on essaie d'être discret, on est là pour le réveiller et à 8 heures c'est l'aide-soignante qui arrive pour le lever et la toilette. Le patient ne veut pas mais il faut quand même parce que là on a décidé qu'à 8 heures la nuit est finie et vous devez vous lever. Dans ces moments-là je me demande quand est-ce que nous avons arrêté de prendre en compte les besoins des patients ? »

Nadège Aide-soignante



« J'ai pris en charge une dame pour une reconstruction mammaire après un cancer. La chirurgie consiste à prendre un muscle dans le dos pour reconstruire le sein. C'est ce qu'on appelle un lambeau. Pour que la vascularisation se fasse, il faut poser des sangsues. Le problème est que le médecin a prescrit les sangsues toutes les heures et que le soin prenait $\approx \frac{3}{4}$ d'heure et ceci 24 heures / 24. La dame n'avait donc qu'un quart d'heure de repos par heures et ceci a duré 5 jours. Le 6ème jour, lorsque j'ai pris mon service, la dame n'en pouvait plus, elle pleurait et m'a dit qu'elle n'en voulait plus, qu'elle ne le supportait plus. J'en ai parlé à l'interne qui m'a dit « c'est comme cela, c'est prescrit comme cela ». J'ai dit non, je ne le ferai pas cet après-midi. J'ai évalué le lambeau n'avait pas besoin de sangsues toutes les heures et on pouvait lui laisser un après-midi de calme. L'interne n'était pas d'accord et a prévenu le médecin qui est venu et m'a dit « c'est comme ça, c'est moi qui décide ». J'ai dit non et que je ne le ferai pas, que la dame est épuisée, que vous en avez rien à faire. Cela fait 6 jours qu'elle ne dort pas, qu'elle ne se repose pas alors je ne le ferai pas.

J'ai fait le soin une première fois en début d'après-midi, je ne l'ai pas fait pendant trois heures, je l'ai refait en milieu d'après-midi puis à la fin du service à 21h30 et j'ai dit à ma collègue de nuit de ne pas le faire. Le lambeau était joli, il n'y avait pas de problème. Le lendemain, j'ai demandé au médecin de venir voir le lambeau qu'il a trouvé bien. Là je lui ai dit que je n'avais fait les soins que trois fois la veille et qu'ils n'avaient pas été faits dans la nuit. Je lui ai demandé de reprendre son dossier et de faire la prescription (fin 3ème partie) et changer les horaires. Il ne voulait pas. Je lui ai fait remarquer que son lambeau n'avait pas de problème et donc qu'il pouvait changer les horaires et qu'aujourd'hui encore je ne poserai pas les sangsues. La dame m'a remerciée et il a retiré la prescription sans rien dire. »

Véronique IDE

Soignant, pause-toi!

Je m'appelle Jeanne, je suis morte ce matin, dans ce lit d'hôpital, cette chambre sans âme maintenant puisque la mienne en est partie.

Cela faisait longtemps que j'étais ici, des semaines, des mois peut-être, j'ai arrêté de compter, les jours ressemblaient trop aux nuits et les nuits trop aux jours.

La maladie m'a rongé, jusqu'à la dernière cellule. J'ai tenu, tenu et encore tenu, à n'en plus pouvoir, à n'être plus que souffrance et douleur.

Je n'ai pas vu grand monde ces derniers jours, le personnel semble fuir ma chambre. L'approche de la mort ne sent pas bon, JE ne sens pas bon, ceci explique sans doute cela. Un corps décharné rongé par les plaies incite au dégoût plus qu'à la compassion.

Hier matin, toi, la soignante de service, tu as bougonné quand tu es venue dans ma chambre pour ma toilette. Oui, j'ai encore souillé mes draps. La sonnette était posée loin de moi, hors d'atteinte et je n'ai plus la force d'appeler. Ma voix me fait défaut, comme mes sphincters d'ailleurs. Tu n'as pas besoin de crier, je ne suis pas sourde, juste malade, très malade. Je souffre, dans mon corps, dans ma tête. Je sais où je vais, mais ça ne rend pas les choses plus faciles.

Je souffre de n'être plus que l'ombre d'un être humain, de ne voir dans tes yeux que le fantôme lointain de ce que j'ai été. Ce qui est sûr, c'est que j'ai été une personne et que je voudrais bien que l'on me traite encore comme telle et non comme un tas de chair en putréfaction encombrant et peu amène.

Tu as oublié ton sourire ce matin et je sens la colère dans tes mains lorsque tu me laves, elle est palpable, mais moi, je n'y suis pour rien. Quand mon visage se crispe de douleur, tu t'arrêtes, tu t'excuses et tu fonds en larmes. Tu me racontes que ta cadre vient encore de te refuser le jour de congé dont tu avais besoin. Cela fait deux fois que tu reportes ce putain de rendez-vous qu'il te faut trois mois à avoir et auquel tu ne pourras encore une fois pas aller ! C'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase et tu me noies sous un flot de paroles, comme si une vanne s'était ouverte, enfin.



Tu me dis que tu n'en peux plus des changements de repos incessants, des refus de congés, des rappels chez toi pour remplacer au pied levé, du chantage. Tu es en CDD, alors tu ne peux pas refuser.

Tu me parles des cadences de travail trop soutenues, du manque de temps pour faire tout ce qui t'est demandé, du manque de reconnaissance de ta hiérarchie. Tout y passe : les patients impatientes, les familles agressives, le manque de matériel pour travailler correctement, ta peur de faire des erreurs, le CDI promis qui ne vient jamais... Tu souffres de ne pas pouvoir passer plus de temps avec les patients, de ne pas pouvoir t'asseoir et les écouter. Tu ne fais que passer en coup de vent dans les chambres, dispensatrice de soins, de petites pilules. Tu ne peux pas utiliser cette formation en Toucher Massage® que tu as faite, qui pourrait soulager tant de patients, mais que ta cadre considère comme inutile. « Vous êtes ici pour soigner, pas pour perdre du temps ». Alors tu t'interroges : est-ce perdre du temps que de vouloir apporter un peu de bien-être dans cet endroit de souffrance ? Pourquoi ne peut-on pas soigner aussi avec ses mains ? Toucher un patient est-il si incongru ? Cela fait pourtant partie de ton boulot, non ? Tu n'as vraiment pas choisi ton métier pour en arriver à le détester !

Tu dis que tu viens travailler comme un robot, que tu deviens maltraitante envers les patients, mais aussi envers toi-même. Que tu as perdu ton humanité. Les larmes coulent à flots, c'est un déluge, tu me demandes pardon, tu sanglotes, tu t'écroules tu t'effondres, tu es en apnée...

Alors, moi la patiente, je prends ta main et avec le peu de force qu'il me reste, je la caresse doucement. Pas besoin de mots, j'ai compris ta souffrance de soignante au bord du gouffre et les rôles sont inversés pour un moment. C'est moi qui console, qui prends soin de toi. Je voudrais absorber ta peine, te l'enlever pour la faire mienne, l'emporter avec moi loin de toi là où je vais bientôt partir. Je voudrais crier à tous les soignants qui craquent : posez-vous, pausez-vous ! Prenez soin de vous, avant même de prendre soin des autres. Asseyez-vous et réfléchissez au sens que vous voulez donner à votre métier, à ce que vous voulez vraiment. Restez en accord avec vos valeurs, professionnelles et personnelles. Réconciliez-vous avec vous-même et ne baissez pas les bras. Refusez les diktats venus de technocrates qui ne savent pas ce que soigner veut dire. Révoltez-vous !

Tu sais, j'ai été infirmière, j'étais en première ligne sur les manifestations en 1988, j'ai mené le combat pour une meilleure reconnaissance de notre métier. J'ai vu se dégrader les conditions de travail dans les hôpitaux, j'ai vu des collègues craquer et se détruire. Alors oui, révolte-toi, comme moi je l'ai fait !

Tout cela, c'est en silence que je te l'ai dit, juste en tenant ta main, en fermant les yeux.

« L'essentiel est invisible pour les yeux,
on ne voit bien qu'avec le cœur ».

Antoine de St Exupéry, *Le Petit Prince*.

Tu t'es apaisée, tu as fini par me sourire, me remercier et finir ma toilette.

Tu m'as embrassée sur la joue avant de sortir, tu as caressé mon visage. Je me suis à nouveau sentie quelqu'un, je crois bien que j'ai souri moi aussi.

Je m'appelais Jeanne, j'avais 50 ans, je suis morte ce matin et toi, ma fée soignante, tu m'as permis de partir sereine. Alors n'oublie pas de prendre soin de toi... ■

« L'essentiel est invisible pour les yeux, on ne voit bien qu'avec le cœur ».

Antoine de St Exupéry, *Le Petit Prince*.

Nathalie PAWLOWSKI-GROPPI
Infirmière en santé mentale
Syndicat CNI Martigues



Le 12 mai 2018

Journée Internationale de l'Infirmière

Comme tous les ans, le syndicat CNI de l'HNFC (Hôpital Nord Franche Comté) prépare cette journée avec impatience pour rendre hommage aux infirmières et célébrer ce jour avec nos collègues dont le métier est particulièrement difficile, pas assez valorisé et lourd de responsabilités.

En 1965, le Conseil International des Infirmières (CII) a choisi le 12 mai pour célébrer la Journée internationale des infirmier(e)s. Le 12 mai marque en effet la naissance de Florence Nightingale, cette infirmière anglaise (1820 - 1910), pionnière des soins infirmiers « modernes ».

Le syndicat CNI de l'HNFC attache beaucoup d'importance à l'équipe soignante dans sa globalité sans oublier nos collègues ASH, c'est pourquoi lors de nos passages dans les services, il est important que cette journée soit festive pour tous et nous sommes donc attendus chaque année !

Le thème choisi par le CII (Conseil International Infirmier) pour cette journée du 12 mai 2018 était « La santé un droit humain » et pour se rapprocher de ce sujet le syndicat CNI de l'HNFC a décidé de passer cette journée sous la thématique du bien-être. Pour ce faire nous avons démarché des partenaires multiples afin de proposer des lots pour notre tombola gratuite.

Nous avons également préparé pour chaque service un paquet de bonbons. Nous avons décidé d'articuler cette journée autour du bien-être car pour prendre soin des autres, il faut avant tout prendre soin de soi et c'est dans cette optique que cette journée s'est déroulée. Voir le sourire et la joie sur le visage de nos collègues était notre plus grand souhait, nous étions là pour faire plaisir et tous les lots gagnés, massages, parfums, produits de beauté, de soins et bons chez des coiffeurs ou pour des salles de sport, ont égayé cette journée. Nous avons également partagé avec les équipes notre communiqué de presse ainsi qu'une carte postale qui nous avait été envoyée par nos collègues infirmières australiennes pour qui la célébration de ce jour est devenue une tradition par une fête étendue sur plusieurs jours.

Préparée depuis février, nous avons commencé notre tournée ce samedi 12 mai à 8 heures, nous sommes aussi passés dans tous les sites annexes de l'HNFC (Bavilliers, Mittan, Maison Joly) et y avons déposé par la même occasion des paquets surprises pour le personnel de nuit afin que personne ne soit oublié.

Nous avons achevé notre journée, après être passés voir toutes les équipes de nuit de l'HNFC, à 2 heures du matin.

Ce fut une journée très longue mais tellement riche en émotions et pour nous, membres du syndicat CNI à l'HNFC, voir le sourire sur le visage de nos collègues était la plus belle récompense à ce travail de plusieurs mois.

En attendant la prochaine Journée Internationale de l'infirmière, nous voilà tournés vers le 26 novembre et la Journée des aides-soignantes que nous nous emploierons à préparer avec la même ardeur et le même objectif d'apporter une parenthèse agréable à nos collègues. ■

*Isabelle Brun, Aide-soignante
Michèle Fleury, Aide-soignante
Syndicat CNI de l'HNFC*



Billet d'humeur...

Audits, enquêtes, évaluations et compagnie ...

Si l'hôpital public français n'est pas Champion du Monde de foot, il est en tout cas celui des enquêtes, questionnaires d'évaluations et audits en tous genres.

Un dysfonctionnement dans un service ? Paf, une enquête ! Un budget qui coince ? Pif, un audit ! Et que je te fais des tableaux pour ça et que je te ponde des protocoles pour ci ! Et que je te sors des statistiques sur l'absentéisme, sur l'utilisation des solutions hydro-alcooliques, sur les cagnottes RTT, sur le temps de travail passé à remplir des formulaires divers et variés, sur le nombre de rouleaux de papier toilette utilisés sur un mois, sur le nombre de mètres qu'un stylo est capable d'écrire... Bref, on écrit sur tout et on évalue plus encore.

Il s'est ainsi développé tout un tas de boîtes à consultants à audit incorporé (je comprends pas) rien que pour l'hôpital, qui en devient siliconé, lifté, liposucé... mais qui est surtout l'objet d'un super régime financièrement amaigrissant !

Car un audit, une enquête, faits par une entreprise quelconque coûtent de l'argent. Beaucoup d'argent parfois ! Pour des résultats qui frôlent souvent le singulier, voire, oui j'ose, le ridicule, tant il était évident que le bon sens aurait trouvé des solutions aux problèmes sans même faire ce dispendieux audit !

On fait même des audits pour faire des audits, sans utiliser les préconisations qui en ressortent, parce que, finalement et bien... l'audit en question a croqué toutes les finances qui auraient pu être allouées aux dites préconisations ! Sans rire !

Combien d'enquêtes, d'études ont demandé des heures et des heures de temps de travail, une énergie folle, un investissement important d'agents qui n'étaient pas forcément motivés au départ, pour que finalement, elles finissent au mieux dans un tiroir et ne servent jamais à rien ?... Merci Messieurs Dames d'y avoir participé, on vous rappellera !

Et je ne vous parle même pas des « Fiches d'Évènements Indésirables », les FEI donc, que toute administration qui se respecte met en place et dont vous n'avez aucun retour... si ce n'est au mieux un malheureux accusé de réception !

Pendant ce temps-là, les agents continuent à bosser dans des conditions difficiles, le remplacement du personnel absent ne se fait pas, la prise en charge des patients devient un exercice périlleux, tout cela au détriment du repos des gens que l'on rappelle chez eux régulièrement, le matériel de base pour les soins manque, etc. je vous fais grâce de la lecture du catalogue de ce qui ne va pas à l'hôpital !

Ah, je sais ! Il faudrait peut-être une enquête pour comprendre pourquoi ?... ■

*Nathalie PAWLOWSKI-GROPPI
Infirmière de secteur psychiatrique
Syndicat CNI Martigues*

Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser

Cet article s'appuie sur un rapport écrit par Michel GOLLAC et Marceline BODIER, en 2007, à la demande du ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Ce rapport résulte de discussions du Collège d'experts et de chercheurs, de documents élaborés par différents membres du collège et par les auteurs des revues de littérature.

Les risques psychosociaux (RPS) au travail sont un enjeu majeur de santé publique, entendus comme risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels. Les RPS sont analysés de façon différente selon les diverses disciplines, en fonction de leurs propres concepts et théories. C'est un problème de société mais aussi un problème pour les scientifiques.

Ce document liste un certain nombre de facteurs de risques potentiels. Ces réponses émanent des questionnaires déjà existants, utilisés par les experts.

La gravité des facteurs de risques psychosociaux au travail dépend des incidents douloureux de la carrière et de la vie, de leur durée, de la répétitivité et de la chronicité des événements.

Le collège scientifique propose un regroupement de ces risques autour de six grands axes.

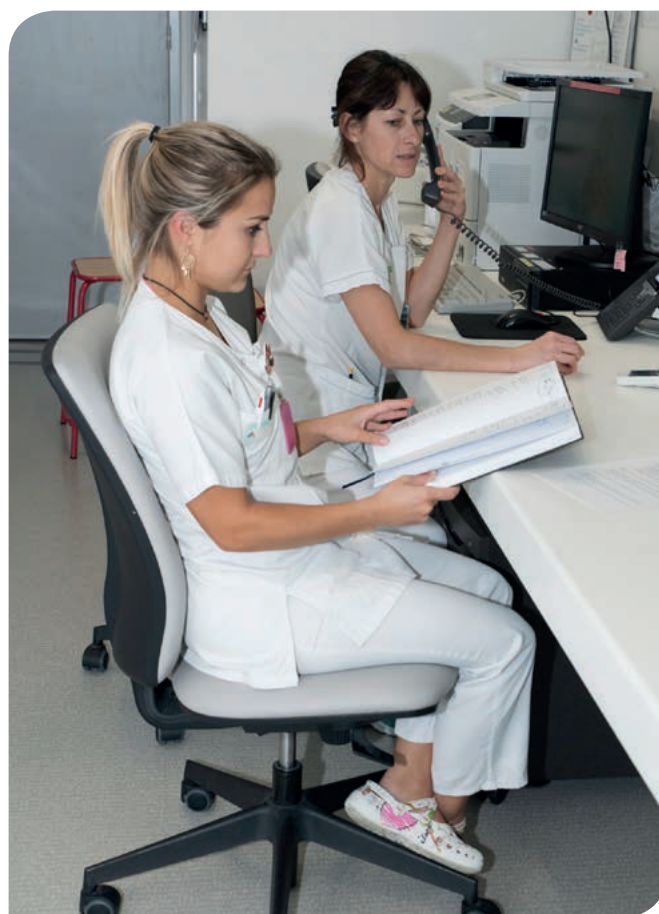
Ils sont relatifs :

- à l'intensité du travail et au temps de travail,
- aux exigences émotionnelles,
- à une autonomie insuffisante,
- à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail,
- aux conflits de valeur,
- à l'insécurité de la situation de travail.

1. L'intensité du travail et le temps de travail

L'intensité du travail peut être définie comme le nombre d'opérations de travail par unité de temps et leur complexité, si le travailleur ne bénéficie pas suffisamment de marge. Elle dépend de l'information reçue, de la coordination des acteurs, de la gestion des aléas, des imprévus et des demandes supplémentaires des patients. Le travail peut devenir incompatible avec la qualité de son résultat.

Il peut y avoir atteinte à l'estime de soi quand « faire vite » entre en tension avec « faire bien ».



Le temps que prend l'utilisation des normes de sécurité est sacrifié au respect des tâches à réaliser. Cette pénibilité est également un facteur de risque pour toutes réflexions. Ces situations majorent les risques d'erreurs, d'oublis, de raccourcis dans la prise de décision et réduisent l'anticipation.

Une autre cause fréquente d'intensité excessive de travail existe quand les objectifs à réaliser sont incompatibles avec les moyens matériels, techniques ou humains fournis.

La **polyvalence** des tâches est un moyen de densifier le travail. Elle entraîne également une charge mentale accrue du fait de devoir occuper plusieurs postes. Les **efforts physiques** dans le travail sont partie prenante.

L'importance des **responsabilités** accroît l'intensité et la complexité du travail parce que cela implique que le travail doit absolument être fait avec des qualités suffisantes. Quand « l'urgent passe avant l'important ». De même l'analyse des moyens de travail est un indicateur de la santé psychologique, exemple, un logiciel convenable pour réaliser une tâche peut se révéler inadapté si la tâche devient plus complexe.

Les dysfonctionnements organisationnels, l'existence d'instructions contradictoires, et les **interruptions de tâches relèvent une forme particulière de complexité** classée parmi les RPS. Le travail dans des centres de surveillance et hospitaliers sont des exemples typiques de tâches affectées par des interruptions multiples et perturbatrices.

Un investissement très fort dans le travail peut être lié à l'organisation dans l'établissement, mais aussi à celle de la profession. Il n'est pas aisé de séparer l'investissement bénéfique du **surinvestissement** facteur de risque. (Questionnaire JCQ, Tores Theorell).

Il existe une abondante littérature épidémiologique qui démontre l'**impact négatif** à plus ou moins long terme du **travail de nuit** et du **travail posté** avec des **horaires variables** d'un jour à l'autre sur la santé psychique et somatique. Les horaires de travail dits « antisociaux » entrent en conflit avec les rythmes de la vie familiale et sociale. Certains moments ont une utilité et une valeur sociale parce qu'ils représentent un moment privilégié.

Une des caractéristiques des horaires de travail qui semble particulièrement perturbante pour les salariés est l'**accroissement de la disponibilité** demandée ainsi que le **caractère imprévisible** des changements d'horaire.

2. L'exigence émotionnelle

Le travail émotionnel est spécifique aux métiers de services. Il consiste à la nécessité de maîtriser et de façonner ses propres émotions avec celles ressenties par les personnes avec qui ont interagit lors du travail « avoir l'air toujours serein pour rassurer ».

Être en contact avec le public peut exposer à des risques d'incivilités, voir des agressions verbales et physiques. Les agents concernés ont rarement la possibilité de les éviter car dans certains cas l'organisation impose la prolongation du contact.

Les métiers qui consistent à intervenir auprès de personnes en situation de souffrance physique, psychologique ou de misère sociale sont relativement exposés aux RPS. Il convient de repérer le contact

avec la souffrance et les exigences qu'il entraîne. La peur de l'accident qui pourrait être constitutif d'une faute professionnelle engendre une appréhension envahissante de même que la peur de l'échec.

3. L'autonomie

Elle désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur vis-à-vis de son travail. Elle inclut la participation à la prise de décisions ainsi que l'utilisation de ses compétences. Un travail qui n'ouvre aucune nouvelle compétence place le salarié dans une situation de dévalorisation. Le travail réel n'est jamais identique au travail prescrit. Cette autonomie inclut toujours la possibilité d'anticiper avec une variable de prévisibilité du travail.

4. Les rapports sociaux au travail

Les rapports sociaux à prendre en compte concernent les relations avec les collègues, la hiérarchie, mais intègrent aussi la rémunération, les perspectives de carrière, les procédures d'évaluation au travail et l'attention portée au bien-être des travailleurs.

La justice organisationnelle reflète le degré de dignité avec laquelle les agents sont traités par leur hiérarchie impliquant le principe de civilité, d'impartialité et d'égalité. La « chasse aux temps morts » néglige la réflexion collective sur les difficultés liées au travail et isole le salarié.

La moitié des absences au travail est liée à un environnement de travail malsain ou au stress. La satisfaction des employés est en relation directe avec la satisfaction des usagers.

5. Les conflits de valeurs

Dans certains secteurs tels que ceux de la santé et de l'action sociale, la demande psychologique et le mal-être ressenti par le travailleur est en étroite relation avec ce qu'on lui demande de faire en opposition avec ses normes professionnelles.

Le travail occupe une place importante dans la façon dont les gens donnent un sens à leur existence. Il en résulte une vulnérabilité quand le travail ne permet plus de construire ce sens. Se sentir écoeuré parce qu'on bâcle le travail ou terrassé par la honte d'avoir accepté de nuire à autrui sont des formes éthiques de souffrance.

Cette souffrance est celle ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition à ses valeurs professionnelles, sociales et ou personnelles. Le travailleur a le sentiment de devoir accomplir des actes immoraux.



L'obligation de travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle représente une contrainte et une pénibilité largement documentée avec des conséquences en termes de pathologies graves.

De nombreux travailleurs se plaignent d'être empêchés, notamment par l'organisation du travail ou par les moyens dont ils disposent, de faire du bon travail.

Cette « qualité empêchée » est utilisée quand il arrive de traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin dans le travail.

6. L'insécurité dans la situation de travail

Cette insécurité comprend l'insécurité socio-économique reposant sur la pérennité de l'emploi, le niveau de salaire et le déroulement de carrière. La sécurité de l'emploi est distincte de la qualité du travail. Cette insécurité, lorsqu'elle est vécue de façon prolongée peut avoir des répercussions sur la personnalité du travailleur et peut se répercuter sur le conjoint de la personne affectée. Cette perception d'insécurité peut amener le travailleur à se passer de soins en cas de maladie afin d'aller au travail (le présentéisme).

Le temps partiel de travail non choisi augmente les risques de RPS et nécessite des recherches complémentaires ainsi que des contrats à durée déterminée.

L'insécurité de la carrière, entendue comme offre de perspectives d'évolution en envisageant des mobilités autres que verticales peut améliorer la santé du travailleur.

Lorsqu'il n'est pas possible de continuer à faire son travail tout au long de sa carrière professionnelle dans les mêmes conditions, cette situation dit « travail insoutenable » doit interroger.

L'accélération des changements, surtout de type managérial, oblige les travailleurs à élaborer de nouveaux compromis ce qui représente une charge supplémentaire et la période où ils ne sont pas stabilisés expose à des risques particuliers. Les salariés ont parfois à peine le temps d'intégrer la dernière réorganisation qu'une nouvelle se met déjà en place, donnant l'impression que dès qu'ils commencent à être « bons », ils sont mis en échec par un nouveau changement.

L'apprentissage organisationnel nécessaire est souvent sous-estimé lors de la conception des processus de changement. Il s'agit d'être en capacité de prendre ses repères et de se familiariser avec le nouvel environnement que crée le changement. C'est le temps nécessaire à l'adaptation de l'homme à son environnement.

Tout changement risque de dévaloriser les compétences développées précédemment. Dans sa carrière, le métier d'un individu peut connaître de profondes évolutions au point d'en perdre le sens pour celui qui l'avait pourtant choisi en début de carrière. Ce déséquilibre psychique peut entraîner une fausse démence sénile chez le travailleur.

Conclusion

Tous les métiers de la santé sont particulièrement exposés aux facteurs de risques cités ci-dessus. Les soignants et les encadrants doivent se saisir de cette problématique pour repenser les organisations de travail et influencer sur les directions pour que celles-ci introduisent ces réflexions dans les futurs projets d'établissement. ■

Christine COUBARD,
infirmière

Céline LAVILLE,
infirmière et vice-présidente du syndicat CNI



Repérage et prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout

Dans le cadre de l'objectif opérationnel du troisième plan santé au travail 2016-2020, un rapport de 147 pages a été adopté et validé par le collège de la Haute Autorité de Santé. Ce document permet d'améliorer la connaissance sur le syndrome d'épuisement professionnel mais aussi d'élaborer des supports à destinations des médecins du travail, des médecins généralistes et autres professionnels de santé.

Afin de permettre une diffusion plus large et plus facile de ce rapport, une lecture attentive a permis d'en extraire l'essentiel.

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie caractérisée dans les classifications de référence. Il se rapproche d'autres situations telles que la souffrance au travail ou les effets du stress lié au travail.

Différents experts tentent de définir le syndrome. De quoi parle-t-on ?

- de souffrance psychique en lien avec le travail,
- de symptômes causés ou aggravés par le travail,
- de stress professionnel (état de déséquilibre entre la perception par la personne des contraintes de son environnement et des ressources dont elle dispose),
- d'efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser ou tolérer les exigences du travail qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu,
- de dissonance émotionnelle (situation dans laquelle le sujet doit réprimer ses émotions, voire afficher une émotion contraire à celle qu'il ressent).

Selon les données épidémiologiques françaises, sur 800 demandes de reconnaissance du caractère professionnel de ce syndrome, 400 avis favorables ont été rendus. Ce nombre a été multiplié par 4 en 5 ans. Le secteur d'activité de la santé est le plus représenté. Les facteurs de risques par ordre de fréquence sont :

- les changements dans l'organisation et les modalités particulières du management (20 %),
- les activités demandant une concentration soutenue (8 %),
- les horaires de travail (7 %),
- la surcharge de travail (5 %),
- la qualité de la relation au travail (5 %).

Les caractéristiques individuelles ne peuvent servir qu'à préconiser une prévention renforcée et ne

sauraient, en aucun cas, constituer un élément de sélection des travailleurs, ni exonérer la responsabilité des facteurs de risques présents dans l'environnement du travail.

Définition du syndrome d'épuisement professionnel

C'est un état de fatigue extrême, un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel attribué à la profession exercée et aux conditions de son exercice.

D'autres caractéristiques sont liées à l'individu lui-même : caractère consciencieux, engagement fait dans le travail, surinvestissement, exigence professionnelle, vulnérabilité émotionnelle.

Dans les cas les plus extrêmes, le travailleur peut se trouver dans un état de santé tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité. Ce syndrome est d'installation progressive et souvent insidieux.

L'OMS¹ souligne que les spécificités de certains services favorisent l'émergence du burnout (prise en charge de patients chroniques, incurables, mourants). Des facteurs environnementaux et organisationnels peuvent être des causes de stress au travail tels que la surcharge de travail, le management inadéquat, la flexibilité, l'exposition répétée aux traumatismes.

Historiquement et jusqu'à ce jour, la première population atteinte par les phénomènes de burnout concerne les professionnels de santé. Les soignants sont particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel lié à la nature même de l'activité : confrontation à la souffrance, la mort, prise en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, charge et organisation du travail.

Différents facteurs rendent ces professionnels vulnérables, demande de performance, image de soignant infailible, situations soulevant des émotions

1 - OMS : Organisation Mondiale de la Santé

très fortes, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, objectifs irréalistes, dispositifs de soins complexes et évolutifs. La prise en charge de l'épuisement des soignants implique une réactivité adaptée, d'autant que la demande d'aide peut être retardée.

En dépit de nombreuses similarités, ce qui caractérise le burnout de la dépression majeure est qu'il ne s'agit pas d'une réponse transitoire qui pourrait disparaître du jour au lendemain, mais bel et bien d'un point de rupture dans l'adaptation de l'individu résultant d'un déséquilibre durable entre les demandes et les ressources spécifiques associées au travail. Cette spirale burnout-dépression peut conduire à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial.

Les outils de repérage

Ces outils selon les recommandations françaises sont :

- Le guide d'aide à la prévention MBI (Maslach Burnout Inventory) mis au point en 1981 est le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé. Cet outil permet de mesurer la sévérité du burnout et sert de guide à l'entretien.
- D'autres guides CBI (Copenhague burnout Inventory), BM (Burnout Measure de Pines), OLBI (Oldenburg Burnout Inventory), SMBM (Shirom Melamed Burnout Measure) peuvent être utilisés en complément.

La prise en charge

De multiples études, évaluations sur de nombreux groupes de personnes n'ont pas permis de clarifier l'efficacité des différentes prises en charge. Néanmoins, les effets positifs de la thérapie cognitivo-comportementale et la relaxation mentale et physique combinées sont retenus. De surcroît le recours à la méditation pleine conscience diminue significativement le syndrome chez les professionnels de soins avec un bon niveau de preuve.

Cependant les auteurs concluent que le recours aux antidépresseurs et anxiolytiques n'est pas à lui seul une prise en charge optimale du burnout. L'analyse du poste et des conditions de travail sont en effet indispensables, ainsi que la prise en charge des aspects médicaux, socioprofessionnels et psychologiques. Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette en contact avec le médecin du travail.

La prise en charge se complète de l'accompagnement pour un retour au travail.

Après une phase de retrait, par un arrêt maladie, le retour à l'emploi doit se faire progressivement, après une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, avec un accompagnement du travailleur, voire de l'équipe de travail et du manager. Différentes dispositions réglementaires peuvent être mises en place, aménagement du poste et des horaires, temps partiel thérapeutique, reclassement, suivi médical renforcé en santé du travail.

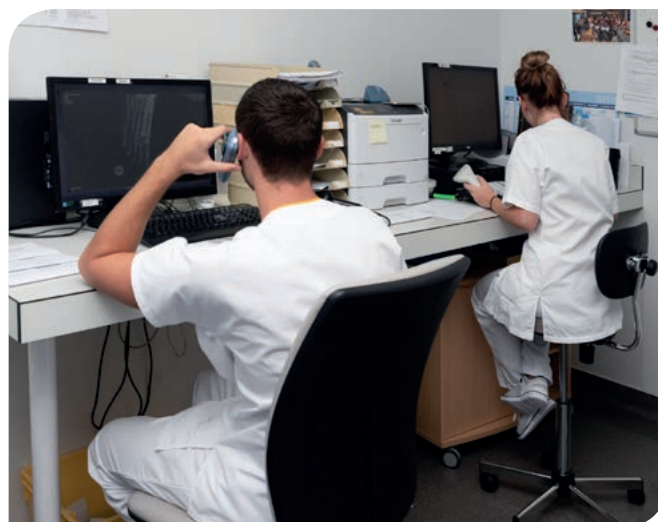
Reconnaissance en maladie professionnelle

Les maladies psychiques d'origine professionnelle peuvent être reconnues en maladies professionnelles indemnisables. Il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle mentionnant l'épuisement professionnel. Le burnout a été exclu du champ des recommandations en 2013 par manque de consensus quant à sa définition.

En revanche, la réglementation en vigueur permet la reconnaissance d'affections caractérisées telles que l'épisode dépressif majeur, les troubles anxieux généralisés, l'état de stress post-traumatique. La décision de faire une déclaration en maladie professionnelle incombe au salarié seul. Le taux d'incapacité permanente pour les salariés doit être supérieur ou égal à 25 % pour que le dossier soit instruit. Pour un agent de la fonction publique, la commission de réforme se substitue au CRRMP pour statuer sur l'imputabilité au service. Pour les autres salariés, le dossier est transmis par la caisse primaire au CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles). ■

Christine COUBARD,
infirmière

Céline LAVILLE,
infirmière, vice-présidente du syndicat CNI



De la bienveillance au soin maltraitant

Définition du soin :

Selon le LAROUSSE, le soin est un acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un. Exemple : entourer son hôte de soins attentifs. Actes de thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, à la santé de son corps.

Dans cette définition, il est aussi question de bien-être.

Définition de bien-être :

Toujours selon le Larousse, le bien-être est un état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit.

Selon Virginia ANDERSON « les soins consistent à apporter à la personne malade, ou en santé, de l'aide dans l'exécution des activités liées à la satisfaction des besoins fondamentaux ». Ces besoins sont classés en 4 dimensions :

- Dimension biologique de la personne, (respirer, boire et manger, éliminer, dormir et se reposer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température de son corps dans les limites de la normale, être propre et soigné, protéger ses téguments).
- Dimension psychologique et sociale, (éviter les dangers, communiquer avec ses semblables).
- Dimension spirituelle et/ou culturelle, (agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser).
- Dimension intellectuelle/coognitive de la personne, au développement de soi, (se recréer, se divertir, apprendre).

Mettons tout cela en lien avec un exemple : les soins d'hygiène et de confort. Ceux-ci demandent un savoir-faire et un savoir-être. Faire une toilette demande une maîtrise technique gestuelle, mais elle demande aussi des compétences relationnelles telles que le regard, le sourire et la parole...

Nous constatons donc que le soin technique n'est pas dissociable de la relation soignant/soigné. La prise en soin est une globalité d'actes techniques et de relation prenant en compte l'utilisateur avec son environnement physique et psychologique. Ce que décrit très bien le CARE « prendre soin de... »



Définition de la maltraitance :

Selon le Larousse, la maltraitance est un mauvais traitement envers une catégorie de personnes.

Eliane CORBET (Docteur en psychopédagogie) écrit « qu'il s'agit de faits inscrits dans une relation dans laquelle l'un des protagonistes exerce une force sur un autre ».

Cette dualité nous la retrouvons dans la relation de soin car le patient est dans une position de vulnérabilité.

Le concept de la relation soignant/soigné est donc très complexe. Dans cette relation, nous pouvons imaginer que le soin crée le lien entre les 2 parties. Nous savons tous que le climat de confiance est primordial pour donner des soins de qualité.

Revenons sur le terme de « soin maltraitant ». La question est : parlons-nous de soin maltraitant ou de soin négligeant tout en sachant que le mot négligeant veut dire « ne pas lier » ? Notons que pour chaque terme la notion de « non intentionnelle » est bien présente.

Nous sommes aujourd'hui dans un contexte économique qui nous demande d'en faire toujours plus dans le même temps. L'augmentation des tâches administratives et de traçabilités demandées aux soignants diminue le temps relationnel auprès du patient. Cela conduit le soignant à un ressenti négatif des soins qu'il a apporté aux patients, qui participe au mal-être du soignant, à l'épuisement professionnel et à des comportements susceptibles d'être négligents ou maltraitants. Ce phénomène est insidieux. Il deviendrait presque la normalité.

Ce mal-être est tout à fait légitime étant donné que lors de la formation professionnelle les apprentissages sont autant sur le savoir-faire que sur la relation soignant/soigné. La relation prend du temps. Elle est nécessaire et importante pour créer un climat de confiance. Nos dirigeants oublient que pour soigner le corps il faut soigner l'âme et que pour cela le temps est important. La prise en soin ne peut être stéréotypée elle doit s'inclure dans un projet de soin personnalisé.

De plus, la bienveillance dans le management et la gestion Ressources Humaines est totalement

inexistante. Nous pouvons peut-être mettre cela en corrélation : « les soignants sont maltraitants car ils sont maltraités » ou « les soignants sont négligents car ils sont négligés » par leur hiérarchie.

Syndicalement, nous avons vu un temps où les soignants appelaient pour dire qu'ils n'en pouvaient plus de leur service ou du travail. À ce jour ils appellent pour dire qu'ils ont peur d'être maltraitants.

L'absence de relation dans les soins est toujours destructrice. Face à cette problématique la solution ne peut être technique. La réponse est forcément humaine. Il s'agit bien de faire en sorte de redonner aux soignants le temps de faire leur travail tout en préservant l'aspect relationnel du soin. ■

Céline LAVILLE

*Infirmière / Vice-présidente du syndicat CNI
Syndicat CNI de Poitiers*



L'éducation thérapeutique du patient

Quelle réalité de terrain ?

La qualité de vie des patients a toujours fait partie des préoccupations majeures des soignants, l'éducation thérapeutique est devenue de fait, l'un des enjeux d'évolution de notre société. Définie comme l'aide apportée aux patients, à leur famille et/ou à leur entourage pour « comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie », nul doute que l'éducation thérapeutique ne peut se réduire à l'instruction, au développement du sujet psychique ou à son formatage culturel et social. Cependant, les pratiques se réduisent encore trop souvent à de l'information, de la transmission de savoirs et de savoir-faire ne prenant que partiellement en compte les facteurs sociaux, environnementaux et personnels qui interagissent dans les problèmes de santé.



Aujourd'hui, force est de constater que la culture de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est désormais bien ancrée dans les politiques de santé qu'elles soient ambulatoires ou hospitalières. En témoignent, les protocoles issus des professionnels ASALEE¹ qui tentent d'amener l'ETP au plus proche des patients. Cette dernière approche fait partie des projets les plus récents pour développer une offre de soin connue des professionnels mais n'ayant que trop rarement été formalisée par le passé dans le contexte des politiques de santé publique.

Lorsque l'éducation thérapeutique a été définie par

1 - ASALEE: Asalee ou Action de Santé Libérale En Equipe, est une association à l'origine d'une organisation des soins primaires en binômes médecins généralistes/infirmiers

la loi HPST du 21 juillet 2009, à l'article L. 1161-1 du code de la santé publique, sa mission fut d'apporter une aide aux personnes atteintes d'une maladie chronique et à leur entourage. Cette mission est donc un pilier des activités infirmières et plus largement, de toute personne formée à la pratique de l'éducation thérapeutique. Cependant, comment composer avec l'ensemble des démarches administratives que comporte la mise en œuvre d'un programme en passant de sa validation par l'ARS jusqu'à l'évaluation quadriennale ? Les équipes qui exercent cette pratique sont globalement convaincues que l'avenir des patients atteints de maladies chroniques se trouve dans les compétences développées pour devenir acteur et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge. Qu'en est-il réellement

lorsque le temps passé par un professionnel est autant dans l'échange direct avec le patient que dans les actes de cotation et autres formulaires visant à apporter les « preuves » que le programme appliqué porte les fruits des objectifs fixés ?

Si la loi a, en effet, dessiné les contours de l'éducation à la santé en y apportant un cadre, des finalités et des moyens de financement, il n'en reste pas moins qu'au quotidien, les professionnels ne sont pas devenus spontanément des éducateurs et les pratiques doivent évoluer dans le temps. La valorisation réclamée par les professionnels dans le champ de l'éducation thérapeutique ne semble pas aujourd'hui être reconnue par les ARS. Les financements alloués à la mise en œuvre des premiers programmes sont désormais épuisés et les missions d'évaluation ont ajouté des tâches administratives qui alourdissent le travail des soignants sans pour autant que l'impact financier ne soit réel pour les établissements. L'organisation législative n'a cessé de faire évoluer le cadre institutionnel, laissant les acteurs des programmes dans des renouvellements organisationnels permanents et les dispositifs d'appui tel que l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé), constatent des difficultés à assurer leurs missions d'accompagnement des programmes et, par là même, des coordonnateurs.

La formation des professionnels dispensant cette offre d'éducation thérapeutique est également mise à mal dans le champ des maladies chroniques. Certes, la formation de 40 heures permet de ressortir avec un bagage de connaissances théoriques qui doit assurer la base d'une pratique adaptée au patient. Ce serait oublier que, dans l'individualité de la prise en charge, une expertise de la maladie chronique du patient que le professionnel accompagne et parfois même, une capacité à s'adapter à la population (Adolescence, Personnes âgées, Patients souffrant de pathologies psychiatriques...) sont des éléments essentiels qui doivent être complémentaires. Les formations continues et autres cursus d'avancées professionnelles sont difficiles à suivre pour ceux qui pratiquent l'éducation thérapeutique tant les conditions de travail des professionnels sont devenues précaires. Comment pouvoir prétendre dispenser une offre de soin adaptée lorsque même formé à une pratique, vous êtes basculé d'un service à un autre et donc bien souvent, d'une spécialité à une autre ?

Dans ce contexte, il faut être conscient que l'éducation thérapeutique est à la croisée de plusieurs tensions. Les équipes sont dans une prise de conscience réelle des nouveaux enjeux de santé

que fait émerger cette pratique et elles témoignent d'un intérêt pour se former et améliorer leurs pratiques professionnelles. Dans une autre mesure, les modalités de mise en œuvre demandent une charge de travail supplémentaire et notamment dans l'évaluation des objectifs du programme qui sont à fournir aux ARS avec des modalités d'organisation propres aux nouvelles régions et qui ne paraissent pas encore uniformisées sur la métropole.

Continuera-t-on à promouvoir des programmes qui ont un sens et un intérêt thérapeutique certains mais dont la mise en œuvre se fera dans des conditions qui ne sont pas satisfaisantes au regard de politiques d'austérité qui touchent les services publics au même titre que les établissements privés ? Les professionnels libéraux accepteront-ils de promouvoir des actions de ce type sans pouvoir valoriser leurs pratiques dans leur nomenclature à la juste mesure du temps passé ?

Ces questions restent en suspens actuellement et elles mériteraient que les pouvoirs publics se penchent sur la question d'autant plus que l'éducation thérapeutique du patient est probablement un des axes d'avenir du parcours de soins du patient. ■

*Edouard Aguillé,
IDE coordonnateur ETP
Syndicat CNI 79*

Bibliographies :

- ETP, Modèles, pratiques et évaluations (INPES, dossiers Santé en action)
- L'infirmier dans l'éducation thérapeutique : une mission à part entière au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour répondre avec efficacité aux besoins des patients. (Position de l'ONI du 7/12/10)
- ETP, Définitions, modalités et organisation (Recommandations HAS, Juin 2007)



La thérapie familiale systémique: Comment la famille soigne-t-elle un de ses membres ?

« Unité de pédopsychiatrie, bonjour... »

« Bonjour Madame, je voudrais avoir un rendez-vous pour ma fille Laura... on n'en peut plus, elle n'écoute plus rien, s'isole toute la journée, refuse d'agir et d'obéir pour quoi que ce soit qu'on lui demande de faire, d'ailleurs elle ne nous parle plus depuis trois jours, refuse de passer à table en notre compagnie, devient grossière lorsqu'elle parle à l'un de nous,... »

« Depuis combien de temps cela dure-t-il Madame ? »

« C'est simple: elle a à ce jour 15 ans, cela fait autant d'années que nous luttons, mon mari et moi, pour avoir le dessus sur elle... c'est une enfant gâtée qui ne supporte pas qu'on lui dise « non »... elle est colérique, cherche constamment à nous pousser à bout, à l'école c'est pareil, ses professeurs n'en peuvent plus de la punir et de l'exclure des cours car elle monopolise l'attention sur elle et vous comprenez bien qu'elle n'est pas seule à gérer, enfin pas LA seule dont ils ont à s'occuper... »

« J'entends que les difficultés ont toujours été, comment avez-vous fait pour résister et tenir jusque-là ? Y a-t-il quelque chose actuellement qui pousse à ce que vous fassiez appel à un tiers professionnel ? Qui souffre le plus de cet état de fait ? Quelle issue voyez-vous à cette situation de tension intrafamiliale ? »

« Petite, nous pouvions la contenir physiquement et l'obliger, maintenant c'est plus compliqué; elle n'est plus aussi docile, l'adolescence aidant, si nous insistons elle nous menace de fuir ou de se scarifier... on a peur de la perdre, seulement la discussion est impossible avec elle, ça tourne court car dès que nous l'entreprenons, elle entre en furie, l'agressivité devient son unique réponse, parfois même elle tente de nous lever la main dessus !! On ne reconnaît plus notre fille et nous en sommes à la limite de l'épuisement, au bord de la rupture... »

« Vous aviez précédemment envisagé de la faire suivre, qu'en a-t-il été ? »

« À l'âge de 8 ans nous l'avions emmené voir une psychologue qui a dit, au bout de 3-4 séances que Laura allait bien, ne voyait pas pourquoi elles se rencontraient, qu'elle n'exprimait pas de souffrance; pourtant Laura lui avait confié en avoir assez que nous parents soyons toujours sur son dos... Cette thérapeute nous avait alors suggéré de nous associer

à sa démarche et proposait de nous recevoir TOUS ensemble ! ? Autant dire qu'elle n'avait rien compris: Laura est manipulatrice, elle lui a servi ce qu'elle voulait entendre, elle nous fait comprendre que c'est nous, parents, qui devons nous remettre en question ? C'est Laura le problème, nous, on va bien, pas besoin de quelqu'un pour nous soigner la tête, on sait ce qu'il en est... avec mon mari parfois on n'est pas d'accord, d'ailleurs c'est souvent à cause d'elle, on en arrive presque à se dire que si vivre à 3 est impossible, autant se séparer ! »

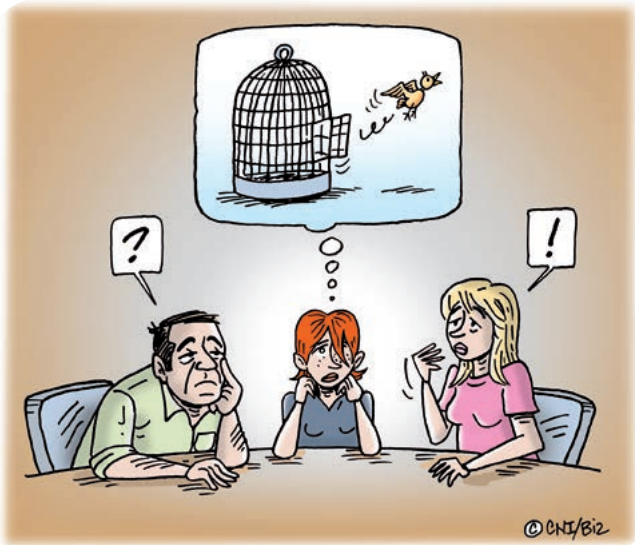
« Vous n'êtes certes pas malades mais j'entends dans vos propos que l'attitude de votre fille à votre égard vous pousse à bout, vous n'en pouvez plus... Ne pensez-vous pas qu'il pourrait être opportun de vous permettre de vous dire les choses autrement ? On pourrait imaginer un espace dans lequel vous pourriez renouer le dialogue avec Laura, tenter de mettre en commun vos ressentis respectifs et faire en sorte que la famille s'apaise. En vous disant cela, je poursuis l'idée de la psychologue qui a déjà reçu Laura, je pense qu'il est temps pour vous de revisiter votre histoire en famille, de vous autoriser à considérer qu'il y ait d'autres façons de répondre à ses comportements, d'autres modes possibles d'exercer conjointement votre autorité, d'autres façons de communiquer »

« Et ce serait quoi ? Vous savez notre famille est ordinaire, nous n'avons pas plus de problèmes qu'une autre, notre fille est difficile, nous avons des disputes dans le couple mais ça va... »

« Je vous propose de vous mettre en relation avec des thérapeutes familiaux qui vous accompagneront dans la recherche d'un nouvel équilibre plus satisfaisant, le but de cette démarche n'étant pas de juger votre fonctionnement ou de vous changer mais de vous permettre d'aborder les choses différemment... »

« Qu'on soit bien clair, c'est Laura qu'il faut aider, c'est elle qui doit changer et redevenir comme avant, gentille, conciliante et docile; en tant que mère, s'il le faut, je viendrai si ma présence peut l'aider, son père dira certainement qu'il veut bien essayer dans l'intérêt de sa fille »

« Je vous propose d'en reparler entre vous de cette proposition de thérapie familiale et si tout le monde est d'accord recontactez-moi afin que nous puissions nous rencontrer »...



Cet extrait d'entretien téléphonique nous ouvre sur des réflexions concernant l'offre de soins psychiques à destination de familles dont l'un ou plusieurs de ses membres souffre(nt) de troubles, situation qui engendre souvent des répercussions sur l'ensemble du système familial. Le contenu de cet appel nous livre le caractère de la souffrance vécue dans une famille en crise, de cette enfant du couple (Laura) présentée par sa mère comme porteuse d'un symptôme. Ce contexte est celui d'une famille, système vivant composé de plusieurs individus en relation avec une histoire et un futur commun. Le but qu'ils visent à atteindre de façon commune serait la sauvegarde de l'intégrité familiale, la conservation d'un certain équilibre (homéostasie) et le changement en cas de transition par rapport aux cycles de vie.

Une famille fonctionne comme un assemblage de pièces organisées selon un équilibre dynamique ; si l'une d'elles, sous l'effet d'événements extérieurs, est déséquilibrée, c'est tout l'ensemble qui s'en trouve menacé. Face à une crise, un trouble porté par l'un de ses membres, c'est toute la famille qui va œuvrer à retrouver son homéostasie (autorégulation), le jeu relationnel consistera à s'ajuster puis à s'adapter.

Dans le cas présent, Laura devient le symptôme mais la dynamique familiale étant une sorte de co-construction, une mise en scène dans laquelle chacun joue un rôle, nous observons un effet de circularité : le trouble altère la relation entre les parties, l'influence sur chacune d'elles suscite un réajustement qui lui-même déséquilibrera l'ensemble. In fine, c'est le symptôme qui va organiser différemment le système familial, le patient-désigné devenant en quelque sorte le porte-parole du système en entier. C'est ainsi qu'en systémie l'on parle de l'importance de

la fonction du symptôme. En quoi le symptôme devient un élément de communication familiale ? Il oblige toute la famille à jouer une autre pièce, chacun devant ajuster son rôle.

Lorsqu'une TF (Thérapie Familiale) est proposée, elle vise à ouvrir un contexte thérapeutique au sein duquel les valeurs de la famille seront accueillies, ses ressources émergeront ensuite afin de trouver des solutions. Les thérapeutes font office de « facilitateurs » : expliciter et définir le problème, observer les interactions communicationnelles de la famille, soutenir le changement dans les représentations de la famille. L'approche systémique contribue à décentrer du problème d'un individu seul pour élargir la réflexion aux relations entre les personnes, observer et réguler la communication entre les différents sous-systèmes (parental, fraternel, intergénérationnel,...). Cela revient à donner du sens au désordre observé, à repérer les règles de fonctionnement du groupe familial et lui permettre une vision multifocale du problème. Il s'agit en quelque sorte de trianguler la relation, de faire en sorte que les tensions relationnelles et émotionnelles s'expriment et que par l'effet des échanges verbaux et non-verbaux la famille mobilise ses ressources pour « faire différemment ».

Partant de ces notions, nous pouvons envisager la TF comme s'appuyant nécessairement sur ces quelques axiomes, garants d'une meilleure communication :

- « on ne peut pas ne pas communiquer » (P. WATZLAWICK),
- toute interaction comporte deux aspects, l'indice (son contenu) et l'ordre (l'information sur la relation),
- une relation se ponctue à partir des séquences émises entre ses partenaires (circularité),
- il existe deux types de langages : le digital (verbal) et l'analogique (non-verbal),
- il existe deux types de relation : symétrique (les partenaires sont en miroir, égalitaires) ou complémentaire (la position « haute » de l'un complète le comportement « bas » de l'autre).

Nous pouvons ainsi conclure par rapport à Laura et sa famille : la proposition de soin visait à accompagner la famille dans cette phase de transition qu'est l'adolescence, en faisant émerger le potentiel familial et ses capacités à réguler ses tensions. ■

Elisabeth MORANTE
Psychologue clinicienne et
thérapeute de couple et de famille
Centre Hospitalier de Béziers

Focus sur un infirmier passionné par la photo



Bonjour Florian, peux-tu nous dire quelques mots sur toi et sur ton parcours professionnel?

Bonjour, en quelques mots... Je suis infirmier, diplômé en mars 2013 en ayant fait mon cursus à l'IFSI de Poitiers. J'ai commencé par l'USC (Unité de Soins Continus) où je suis resté 4 ans ½, puis en réanimation neurochirurgicale où je suis depuis septembre 2017, toujours à Poitiers. En parallèle, bien que ça ne soit pas « professionnel », je suis secouriste bénévole et infirmier « protocolé » à la Protection Civile de la Vienne depuis bientôt 8 ans.

Y a-t-il un point commun entre la photo et ton métier?

En répondant spontanément, je répondrais la relation humaine. On peut y voir une analogie entre la relation avec le patient et/ou sa famille et la relation avec un modèle. Dans les deux cas, j'entre dans la sphère intime de la personne.

Que t'apporte cette passion?

Question intéressante !... La photographie m'apporte beaucoup et à différents niveaux. Un peu de confiance en moi, aller vers l'autre ce qui n'est pas



toujours chose aisée quand on ne connaît pas ou peu son modèle, dans la rencontre avec d'autres photographes aussi, un épanouissement personnel dans ce monde en tout cas. Je photographie ce qui me plaît, de manière spontanée. Spontanée car si je réfléchis trop à une photo en amont, à coup sûr je n'arriverai

pas à la réaliser. Elle m'a permis de m'ouvrir à différents genres photographiques, je suis un touche à tout, mais aussi de rencontrer pas mal de monde. Et, depuis mes débuts dans un club (je vais attaquer ma troisième année), j'ai pu réaliser quelques expositions et ainsi partager mon travail.

Pour la photo, quel est ton domaine préféré?

Je me suis déjà un peu dévoilé précédemment. Aimant les relations humaines, je citerai non pas un mais deux domaines. La photographie de rue et le portrait. En débutant la photographie, j'ai beaucoup flâné dans les rues et pris des photos. Les « paysages » où l'on ne retrouve pas une forte trace humaine ne m'ont jamais vraiment intéressé. Quant à la photographie de portrait, elle s'est imposée d'elle-même dans mon parcours photographique. Mes modèles, exclusivement féminins, n'ont généralement pas de grandes connaissances en photo et ne savent pas « poser ». C'est un challenge supplémentaire, certes, mais je trouve les photos beaucoup plus spontanées. En ce moment, je travaille beaucoup avec mes modèles sur leur image, la façon dont elles se voient (généralement de manière négative) en essayant par la photographie de leur montrer que leur vision n'est pas fondée ! Cela m'a conduit à travailler mon regard et la relation avec le corps avec des shootings lingerie ou peu vêtue. Il m'arrive aussi de faire de la photo grossesse/nouveau-né (je suis tonton depuis 2016), de mariage ou de concert, deux domaines dans lesquels je suis encore novice.

Quelles sont les meilleures conditions pour réaliser un bon « shooting »?

Question délicate. Je dirais que c'est un tout. Il faut que le courant passe entre mon modèle et moi, en amont du shooting. Je shoote plutôt en lumière naturelle et contrairement à ce que l'on peut croire il ne faut pas un grand soleil pour faire de la photo. Et tout dépend aussi du modèle, en février dernier quelques jours après la neige, mon modèle a posé très légèrement vêtue avec 4 °C, elle voulait tellement ce shooting que ni l'un ni l'autre n'avons osé reporter et au final le rendu était sympa. Comme je l'ai dit à la question précédente, je ne cherche pas un modèle sachant poser. Et, si je devais citer une dernière condition, je citerais mon moral, mon envie.

Bizarrement ou pas mes meilleures photographies ont été réalisées soit au meilleur de ma forme, soit tout le contraire. Ne me demandez pas pourquoi, je n'ai pas vraiment la réponse.

Quels sont les messages que tu aimes faire passer par la photo ?

Il n'y a pas de messages vraiment particuliers. J'essaie, à travers mes photos, de raconter une histoire, des émotions, mais parfois aussi « un coup de gueule » ou dénoncer quelque chose. Je n'ai pas d'exemple qui me vienne à l'esprit spontanément.

As-tu des freins qui te limitent pour développer ta passion ?

Comme toute passion, je dirais le temps et l'argent. Faire une bonne photographie ne se limite pas à appuyer sur un bouton. Il y a le avant, pendant et après. Le après car l'appareil ne voit pas ce que l'on voit, donc un travail a posteriori de développement. L'argent, le matériel coûte assez cher, un bon appareil, un bon objectif... Dernièrement je me suis initié à la photographie au flash, avec un minimum de matériel, seulement un flash ! Donc il me manque un peu de matériel. Bon, j'avoue on en veut toujours plus. Un troisième frein, je dirais le lieu. J'aimerais shooter sur mon lieu de travail, les services de soin...

Qu'aimerais-tu photographier dans un hôpital ?

J'ai quelques services qui me viennent à l'esprit... J'aimerais bien faire un reportage en soins palliatifs, à la chambre mortuaire ou encore dans les services de réanimation. La chambre mortuaire notamment car c'est un lieu tabou, méconnu, où le travail des soignants est inconnu et bien souvent même de leurs pairs. Bien sûr des lieux moins noirs m'intéressent aussi.

Et si tu devais retenir 2 photos parmi les milliers que tu as prises, lesquelles retiendrais-tu et pourquoi ?

Choix cornélien, mais je vais respecter la règle et en retenir deux. Photo de la modèle à la bougie, un shooting du mois de juin, un coup de cœur à la prise de vue, j'aime son regard et son sourire, j'aime la mise en scène et la tenue, une émotion particulière. Une photo difficile faite avec peu de lumière, avec un jeu subtil de couleurs (orangée dans les hautes lumières et bleutée dans les ombres).

Photo de la Mariée : j'ai envie de partager cette photo à la symbolique assez forte avec ces trois éléments (bouquet, alliance, robe) dans la même photo, incarnant cet heureux événement. Un close-up (gros plan) que je trouve efficace. Mais la photographie, comme tout art est affaire de subjectivité, on aime ou pas.



Comment fais-tu connaître ton travail et as-tu des projets dans la photo ?

De plusieurs façons. Virtuellement avec Internet par un réseau social Flickr, puis j'ai créé une page Facebook et dernièrement un compte Instagram mais ma page Facebook reste pour moi le moyen privilégié. Et depuis mon adhésion à un club photo proche de Poitiers, par des expositions avec ce dernier. Des projets, oui ! Je cherche à continuer les shootings avec la relation au corps du modèle. Et forcément pouvoir shooter à l'hôpital !

Vous pouvez découvrir mon travail personnel et pour la CNI86 sur ma page facebook : <https://www.facebook.com/florianhattenbergerphotographe/> ou en tapant en recherche @florianhattenbergerphotographe.

Merci à toi d'avoir accepté l'exercice. Un dernier mot ?

Merci ! Merci de m'avoir permis cette interview et de me permettre de partager ma passion. Merci au syndicat CNI 86 de m'avoir fait confiance. N'hésitez pas à aller découvrir mon travail, à le partager et à me citer comme auteur. ■

*Interview de Florian HATTENBERGER,
Infirmier, CHU de POITIERS
Réalisé par Syndicat CNI de Poitiers*

Questions / réponses

Vous êtes de plus en plus nombreux à nous interroger soit au siège social du syndicat CNI soit via les réseaux sociaux et/ou notre site internet.

Il nous a donc paru pertinent de partager avec vous quelques questions récurrentes et surtout nos réponses.

Question de Solange, ASH (35): Je prends le bus pour aller travailler à l'hôpital et une collègue m'a dit que je pouvais avoir un remboursement de mes frais. Qu'en est-il?

Les agents de la Fonction Publique Hospitalière, qu'ils soient stagiaires, titulaires ou contractuels qui utilisent les transports en commun ou un service d'abonnement public de location de vélo pour se rendre sur leur lieu de travail peuvent effectivement bénéficier d'un remboursement partiel de leurs frais de trajet par leur administration dans la limite de la moitié du tarif correspondant au montant de l'abonnement.

Attention cette possibilité de remboursement n'inclut pas le remboursement de frais de carburant pour l'utilisation d'un véhicule personnel.

Nous vous conseillons donc d'adresser une demande de remboursement à votre service des ressources humaines avec copie de votre justificatif d'abonnement.

Question de Corinne, Infirmière (25): Je tente d'accompagner au mieux ma maman malade et vois se rapprocher sa fin de vie. Je travaille en établissement public. J'aimerais connaître mes droits à congés afin d'être présente pour elle.

Les agents de la Fonction Publique Hospitalière, qu'ils soient stagiaires, titulaires ou contractuels peuvent demander à bénéficier d'un congé de solidarité familiale pour assister un proche ou une





personne partageant le même domicile souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou qui se trouve en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

Par domicile, est entendu le domicile de la personne accompagnée, le vôtre ou celui d'un tiers ou l'EHPAD si elle vit en établissement.

Le proche concerné peut être :

- un ascendant ;
- un descendant ;
- un frère ou une sœur ;
- ou une personne qui partage son domicile. Le droit au congé de solidarité familiale bénéficie, dans les mêmes conditions, au salarié qui souhaite assister la personne malade l'ayant désigné comme personne de confiance. La définition et les conditions de désignation des personnes de confiance sont précisées par l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Le congé de solidarité familiale peut être accordé :

- pour une période continue de 3 mois maximum, renouvelable 1 fois ;
- par périodes fractionnées d'au moins 7 jours consécutifs, dont la durée cumulée ne peut pas

être supérieure à 6 mois ;

- sous forme d'un temps partiel à 50 %, 60 %, 70 % ou 80 % du temps plein pour une durée maximale de 3 mois, renouvelable 1 fois.

Ce congé n'est pas rémunéré mais est considéré comme un temps de service effectif. Il est donc pris en compte pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté.

Pour les fonctionnaires stagiaires, le stage est prolongé du nombre de jours de congé pris.

Le congé de solidarité familiale n'a pas de conséquence sur le nombre de jours de congés annuels.

Vous pouvez demander à bénéficier d'une allocation journalière d'accompagnement (Cerfa n° 14555*01)

Pour obtenir ce congé, il faut adresser une demande à la Direction des Ressources Humaines de votre établissement accompagnée d'un certificat du médecin de la personne que vous souhaitez assister attestant que cette personne souffre d'une pathologie mettant en jeu son pronostic vital ou se trouve en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

Question de Monique, AS (63): Je travaille dans un service d'urgences, de jour et de nuit. Ma cousine qui travaille dans le 90 m'a parlé d'une augmentation de la prime de nuit dans son établissement grâce à une action du syndicat CNI. Pouvez-vous m'en dire plus ?

Il s'agit de l'application du décret n° 2017-995 du 10 mai 2017. Ce texte prévoit une majoration de l'indemnité horaire pour travail intensif de nuit pour les personnels affectés dans une structure de médecine d'urgence, une unité de soins intensifs, une unité de surveillance continue ou un service de réanimation et dont l'organisation de travail fait alterner des horaires de jour et des horaires de nuit à 1,26 euro/heure (au lieu de 1,07 euro/heure).

Si le syndicat CNI avait immédiatement déploré le caractère ridiculement faible de cette majoration mais aussi le fait qu'elle ne soit appliquée qu'aux personnels alternants dans les services précités et continue à revendiquer une véritable augmentation de la prime de nuit pour tous les agents effectuant des nuits sans distinction de service ou d'organisation de travail, ce texte est un droit constitué pour les agents qui répondent aux critères et nous demandons effectivement son application. ■



Bulletin d'adhésion 2018

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Etablissement ou secteur d'activité :

N° Tél : Email :

Service : N° Poste : Grade Catégorie / Collège :

Date : Signature :

Cotisation syndicale déductible des impôts à 66%.

Catégorie A Collège A Activité libérale	Catégorie B Collège B	Catégorie C Collège C	Cotisation Retraité	Etudiants (hors Salariés et PPH)
Cotisation 90 €	Cotisation 80 €	Cotisation 70 €	Correspondant à 50% du montant de la cotisation de la dernière catégorie occupée.	Cotisation 15€
après déduction fiscale 30.60 €	après déduction fiscale 27,20 €	après déduction fiscale 23,80 €	Déduction fiscale à hauteur de 66%	après déduction fiscale 5,10 €

Lors de la rédaction de votre déclaration d'impôt :

- ▶ Si vous optez pour les **frais réels**, la **totalité** du montant de la cotisation est déductible des impôts.
- ▶ Si vous ne déclarez pas les frais réels alors la réduction d'impôt est de 66% de la cotisation, cocher la case "cotisation syndicale" de votre déclaration et indiquez le montant réel versé au Syndicat CNI.

Joignez à ce bulletin, un chèque de ... € à l'ordre du Syndicat CNI dont vous dépendez,

CNI de envoyez le tout à la trésorerie locale,

Ou au siège social :

Syndicat CNI

270, Boulevard Sainte Marguerite

13 009 Marseille

Par mon adhésion au Syndicat CNI, en partenariat avec l'AIAS, je peux accéder à une assurance (protection juridique, assistance psychologique et capital main) au tarif préférentiel de 28 € par an. L'adhésion se fait par année civile.

- Je souhaite souscrire à l'assurance. **J'envoie uniquement mon chèque d'adhésion au Syndicat CNI, le formulaire pour l'assurance me sera alors envoyé dans les prochains jours.**
- Je ne souhaite pas souscrire à l'assurance.

Contacts

Tél : 04 91 74 50 70 / Fax : 04 91 74 61 47

Email : tresoreriecni@gmail.com

www.syndicat-cni.org

Ecole européenne du TOUCHER-MASSAGE

INSTITUT DE FORMATION JOËL SAVATOFSKI

STAGES SPÉCIALISÉS
FORMATIONS CERTIFIANTES
INTRAS SUR SITE

■ Le toucher d'accompagnement
en pédiatrie, du prématuré à l'adolescent.

■ Toucher d'accompagnement chez la
personne âgée ou en situation de handicap.

■ Le toucher : soulager la douleur,
accompagner en soins palliatifs.

■ Bien-être à l'hôpital.



NOUVEAUTÉS 2018-2019
CATALOGUE GRATUIT SUR SIMPLE DEMANDE

03 80 74 27 57

www.ifjs.fr

Photos Philippe Chagnon

Syndicat



CNI

Syndicat des Professionnels de Santé

270, boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE

Tél. 04 91 74 50 70 - Fax 04 91 74 61 47

Courriel: coord-nat-inf@hotmail.fr

<http://syndicat-cni.org>



GROUPE DROUIN
MAÎTRE IMPRIMEUR

92, AVENUE ERNEST CRISTAL - 63170 AUBIÈRE

04 78 26 44 50
GROUPEUROUIN.FR

Nous imprimons tout* ...

[All we need.]

VOUS DISPOSEZ DÉJÀ
D'UNE STRATÉGIE MARKETING ET
SOUHAITEZ FAIRE DES ÉCONOMIES...
La solution ALL WE NEED est faite pour vous.

- CONSEIL
- INNOVATION PRODUIT
- PROTOTYPAGE
- SÉCURISATION DE VOS DOSSIERS
- ENGAGEMENT SOCIÉTAL
- PLAN QUALITÉ PREMIUM
- PLANNING EN LIGNE



« ALL WE NEED se différencie par son positionnement dédié aux entreprises désireuses de travailler directement avec un imprimeur disposant d'experts spécialisés dans chaque métier que compose les arts graphiques. »

92, avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIÈRE
Tél. 04 73 26 44 50
www.allweneedfrance.fr



*...ou presque