

Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org



N° 36

Printemps Blanc

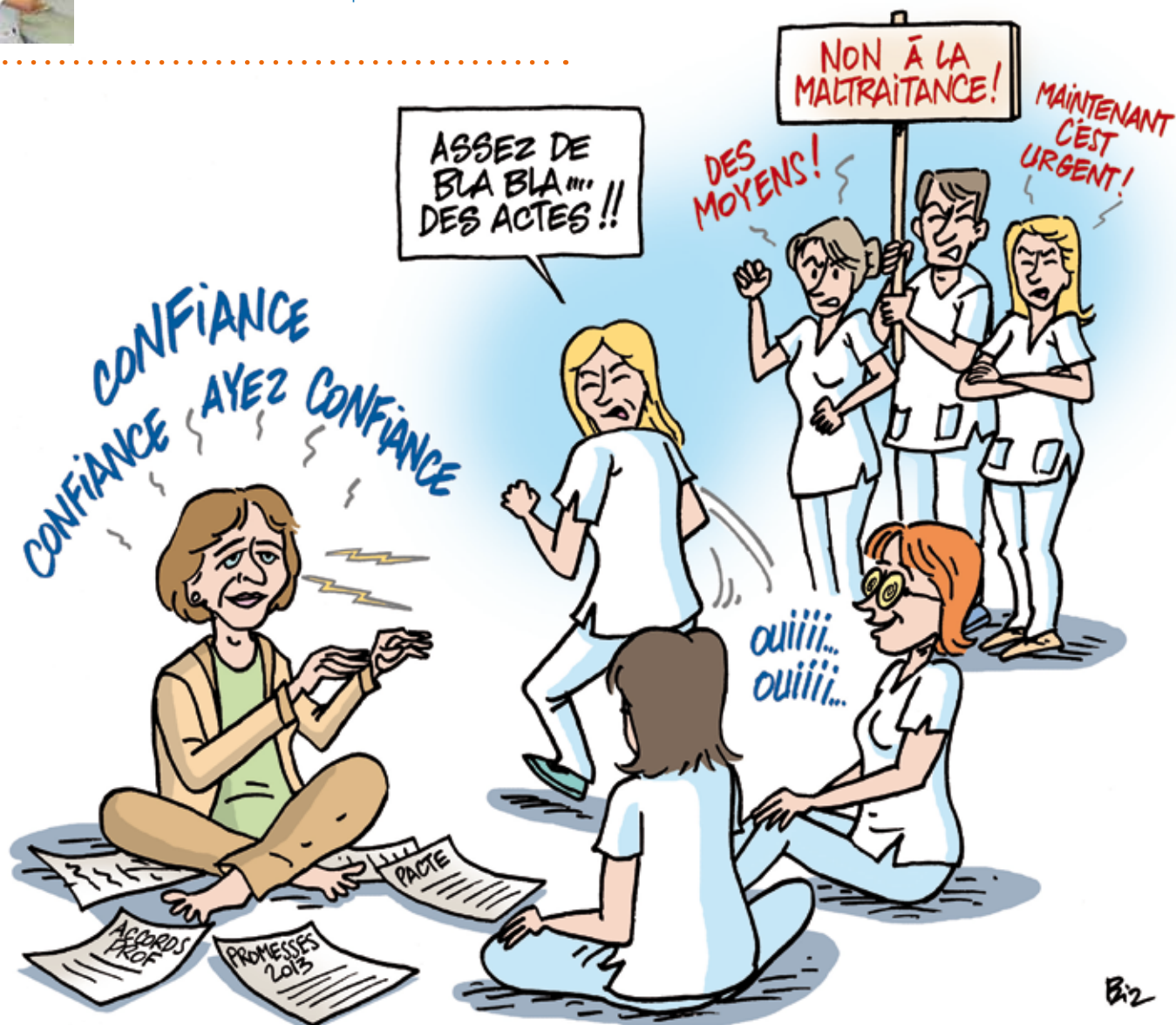
Syndrome du mal-être soignant,
de la réflexion à l'action

Flash Actu

Droit d'option des infirmières territoriales...
Le décret tant attendu !

Cadres de Santé paramédicaux

Le texte cachait une surprise !



Enregistré
comme organisme de DPC
(période transitoire 2013)

FORMATION

Sylvie N.
Infirmière

Pour vos
programmes DPC
Contactez nous

Être mieux formé pour mieux aider les autres

Depuis plus de 30 ans CERF participe à l'effort commun de formation continue des salariés en transmettant les savoirs, savoir-faire et savoir-être propres aux spécificités des métiers de la santé, du social et de l'éducatif.

Nous dispensons 400 modules de formation au niveau national. Chaque année, plus de 4 500 personnes nous font confiance pour progresser professionnellement et personnellement.

Alors pourquoi pas vous ?



Retrouvez nos offres de formations sur notre site : www.cerf.fr et/ou demandez notre catalogue !

7 rue du 14 Juillet - BP 70253 - 79008 Niort Cedex - Tél. 05 49 28 32 00 - Fax 05 49 28 32 02

Sommaire

Éditorial	5	Salon infirmier, un rendez-vous incontournable ...	50
Un syndicalisme singulier	6	Enquête CNI 2012 : stress des personnels soignants	54
Lettre ouverte à Mme Marisol Touraine	9	Psychiatrie : entre robe noire et blouse blanche, de 1838 à 2011, qu'est-ce qui change ?	59
Syndrôme du mal-être soignant, de la réflexion à l'action	10	Témoignage de Cathy	67
Billet d'humeur	14	Une formation « bientraitance », pour qui ?	69
Coopération des professionnels de santé	16		
Droit d'option des infirmières territoriales... Le décret tant attendu !	20		
Cadres de santé paramédicaux, le texte cachait une surprise !	23		
Le « CET nouveau » est arrivé	26		
La mutualisation de tous les dangers	32		
Le SSIAD, un service de proximité	36		
La spécificité de la prise en charge de la douleur en santé mentale	40		
Trophée Roses des Sables	44		
La CNI, partenaire de la première étude de la MIPS	46		
Pénibilité ou carrière longue, conditions pour un départ anticipé	48		

COORDINATION NATIONALE INFIRMIÈRE

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

Imprimeries DROUIN
Tél. 04 73 26 44 50
E-mail : contact@dediton.fr

ÉDITION

Imprimeries DROUIN
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 CNI

RESPONSABLES DU COMITÉ DE RÉDACTION

- Régine WAGNER (Infirmière, CHG CNI Aix-en-Provence)
- Éric AUDOUY (Infirmier, CNI Hôpital Sainte-Marguerite - Marseille AP-HM)

PHOTOS

Laurent FAIVRE (IDE, CNI Belfort Montbéliard)

DESSINS

Pierre BIZALION

Photos réalisées dans les services de réanimation, urgences et médecines du Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard. Nous remercions le personnel pour son accueil et sa 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.



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

L'imprimerie Eco-Responsable

La Certification PEFC - FSC

Le **bois**, principal composant, est constitué essentiellement de cellulose et de lignine.

La **cellulose** est la base de la fabrication de la pâte à papier.

La certification **PEFC** et **FSC** qui se traduisent par la **chaîne de contrôle**¹ est le suivi de l'origine et de l'exploitation de la cellulose depuis la forêt jusqu'au consommateur final y compris chaque étape de transformation, de fabrication, et de distribution.

Le but de la certification est de garantir la provenance des fibres de bois utilisés dans la fabrication du papier des **forêts durablement gérées**² et authentifie ainsi la traçabilité des papiers certifiés PEFC ou FSC.

¹ La chaîne de contrôle est le système mis en place par une entreprise d'exploitation, de transformation et de distribution du bois, lui permettant de suivre les flux de bois provenant de forêts certifiées et de garantir à ses clients l'utilisation de bois certifiés dans ses approvisionnements.

² Gérer durablement la forêt, c'est la mettre en valeur tout en préservant la diversité biologique, sa productivité, sa capacité à se renouveler et son potentiel pour les générations futures.

La production certifiée FSC ou PEFC pour une gestion forestière durable

FSC (Forest Stewardship Council) :

Le label FSC témoigne de la provenance d'une forêt correctement gérée, il est né aux États-Unis en 1993 pour œuvrer en faveur de la préservation des forêts tropicales. Le premier but du FSC est d'encourager de manière constructive les initiatives de gestion forestière socialement, écologiquement et économiquement responsable, en les rendant visibles et crédibles par un label apposé sur les produits issus de forêts certifiées.

Il impose aux exploitants diverses contraintes :

- le respect des populations autochtones, la préservation de la biodiversité et la régénération des forêts ;
- un contrôle multipartite de l'activité des forestiers.

PEFC (Program for the Endorsement of Forest Certification schemes) :

La marque PEFC a été créée en 1999 à l'initiative des forestiers français et finlandais. Cette certification assure une identification claire de l'origine des pâtes à papier, et atteste que le bois employé dans la fabrication de la pâte achetée provient de forêts gérées durablement sur un plan environnemental, économique et social.

Les pâtes ne sont pas fabriquées avec des bois provenant de forêts où vivent des populations aux droits bafoués, ni de forêts à haute valeur de conservation, ni d'arbres génétiquement modifiés, ni enfin de forêts primaires converties en plantation.

FSC / PEFC, chaque label a ses avantages

Ces deux systèmes de certification se rejoignent sur les faits suivants :

- il s'agit d'une démarche volontaire du gestionnaire forestier ;
- ils se réfèrent aux principes de la gestion durable des forêts : respect des ressources, multifonctionnalité, gestion à long terme, renouvellement des plantations ;
- ils intègrent une progression dans le temps vers cette gestion durable, étant donné qu'une forêt ne se transforme pas du jour au lendemain ;
- ils certifient la bonne gestion grâce à la mise en place de contrôles réguliers réalisés par des organismes indépendants agréés ;
- ils prévoient la mise en place d'une chaîne de traçabilité soumise à certification pour s'assurer qu'un produit marqué d'un logo est bien issu d'une forêt certifiée ;
- ils ont instauré un système de contrôle externe et une participation des milieux concernés par la forêt dans le processus de certification.

La Coordination Nationale Infirmière participe activement à l'Eco-Responsabilité en confiant l'impression de son magazine au Groupe Drouin Imprimeries, certifié PEFC, FSC et Imprim'Vert.





OUVRAGES
LOGICIELS & WEB



LOGICIELS
APPLICATIONS / WEB



APPLICATIONS
MOBILE



SOLUTIONS
HÉBERGEMENT

VOS APPLICATIONS MÉTIERS SUR MESURE

Logiciels médicaux, génération de documents, automatisation de tâches, sites internet haut de gamme, hébergement, ...

OUVRAGES - 9 rue Philippe Marcombes 63000 Clermont-ferrand - 09 50 97 89 53 - contact@ouvrages-web - www.ouvrages-web.fr



**2013, nouvelle année mais bien peu de changements...
Les soignants sont nombreux à se déclarer « abandonnés »
face au manque de moyens humains et matériels.
Le discours économique demeure omniprésent, la qualité des soins
est en passe de devenir un vœu pieux.**

Le gouvernement déclare travailler à restaurer la confiance chez les hospitaliers, la concertation autour du « pacte de confiance » se termine. Le traitement sera-t-il palliatif ou curatif ? Le mal est tellement profond.

Alors même que la reconnaissance salariale n'est pas au rendez-vous, que les conditions de travail ne permettent plus de garantir des soins tels que les soignants les conceptualisent, que l'absentéisme poursuit sa croissance, il est paradoxal de voir naître un chômage infirmier. Et pourtant de jeunes collègues en témoignent.

Attendu depuis le protocole d'accord de février 2010, le décret officialisant la revalorisation cadre est enfin paru pendant les fêtes de fin d'année mais point de cadeau sous le sapin ! En effet, si la grille annoncée est respectée, l'effet rétroactif promis au 1er juillet 2012 est oublié... Ne serait-ce pas le camouflage de trop pour des cadres de santé déjà bien malmenés entre un quotidien professionnel de plus en plus dégradé et une refonte de la formation qui piétine ?

Pourtant au cœur de cette tempête, un phare semble percer avec l'officialisation du département de Sciences Infirmières à la Faculté de médecine d'Aix Marseille. Ce dernier n'a pas, selon le Doyen Léonetti, vocation à se substituer aux structures existantes mais plutôt celle d'être une aide à la mise en place des réformes. Il a également souligné le choix de la Faculté d'Aix Marseille de désigner un vice-doyen dédié aux professions paramédicales. Lors de la présentation aux représentants de la filière infirmière le 11 janvier dernier, l'annonce de perspectives vers la création d'une unité de recherche clinique, d'un doctorat en Sciences Infirmières et de l'ouverture d'une discipline en Sciences Infirmières augurait d'avancées positives.

Pourtant, paradoxalement, des discussions s'ouvriraient au parlement européen pour abaisser le niveau requis pour l'entrée en IFSI...

Formation, conditions de travail, salaires : un tryptique de revendications qui fut le socle du mouvement infirmier de la fin des années 90.

150 000 infirmières se retrouveront-elles dans la rue 25 ans après ?

Ce qui est sûr c'est que nous ne sommes : « Ni nonnes, ni bonnes, ni connes ! » A nous de le démontrer...

*Nathalie DEPOIRE
Présidente de la CNI*

Un syndicalisme singulier

La Coordination Nationale Infirmière est un syndicat qui fédère étudiants infirmiers, infirmiers, infirmiers spécialisés, cadres de santé et directeurs des soins. Notre organisation professionnelle est issue des mouvements infirmiers de la fin des années 80. La CNI privilégie les échanges et les débats et ses représentants se réunissent en Assemblée Générale Nationale au minimum 4 fois par an. C'est l'Assemblée Générale Nationale qui est l'instance souveraine et décisionnelle de la CNI. Elle élit en son sein son Bureau National tous les deux ans. Le Bureau National a pour mission d'organiser l'activité régulière de la Coordination et de coordonner l'activité des collectifs (collectif psychiatrie, collectif cadres, collectif IADE, collectif IBODE, collectif IPDE). Il dispose d'un pouvoir décisionnel dans les situations d'urgence, entre les Assemblées Générales, et exécute toutes les décisions prises par son Assemblée Générale Nationale.

Nous sommes très heureux de vous présenter, dans ce numéro 36 de la revue CNI, les membres du Bureau National de la CNI pour le mandat 2012-2014.

L'équipe du bureau national



Nathalie DEPOIRE, présidente Infirmière DE au Centre Hospitalier de Belfort - Montbéliard
« J'ai choisi la CNI, voilà déjà plus de 10 ans pour son engagement apolitique, éthique et professionnel pour faire reconnaître la filière infirmière. Plus que jamais motivée à poursuivre ce combat, je m'engage dans un 3^{ème} mandat... »

« La liberté n'est pas l'absence d'engagement mais la capacité de choisir. » Paulo COELHO

Eric AUDOUY, vice-président Infirmier DE de l'AP-HM

« Adhérent et actif à la CNI depuis 1990, je continue à croire à la défense et à la reconnaissance de la profession infirmière. »

« On ne subit pas l'avenir, on le fait. » Georges Bernanos



Laurette MIRA, vice-présidente Cadre Formateur à l'IFAS au Centre Hospitalier de Cavillon
« De l'art de soigner... à l'art de défendre les soignants. »

Régine WAGNER, trésorière Infirmière DE au Centre Hospitalier du Pays d'Aix

« Défendre, promouvoir et informer : une autre facette de ma profession qui est intellectuellement très enrichissante. »



Thierry ALBERTI, trésorier adjoint Cadre de Santé au Centre Hospitalier Montperrin-Aix en Provence

« Me reconnaître dans des valeurs a été la raison de mon engagement comme adhérent à la CNI, l'envie de les faire vivre au sein d'une équipe est celle de mon engagement dans le bureau. »

Le secrétariat national



Sandrine BOUICHOU, secrétaire adjointe
Infirmière DE au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers

« Mes responsabilités à la CNI m'engagent pour demander une réelle reconnaissance de nos professions de soignant, des conditions d'exercice décentes car l'intérêt du patient et le nôtre sont indissociables. »

Stéphane DERES, secrétaire
Infirmier DE au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers

« Mon premier engagement à la CNI, c'est avant tout de faire reconnaître nos professions dans un système de santé en constante évolution. Mon second est de fédérer l'ensemble des soignants derrière une même cause, le service rendu au patient. »

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas.
C'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. »
Sénèque

Marie-Dominique AUTEXIER, secrétaire adjointe
Infirmière DE au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers

« Par ces temps de crise et de restriction budgétaire, il faut redoubler d'effort et de motivation pour défendre la cause des soignants. »

**Si comme nous, vous souhaitez faire reconnaître la filière infirmière...
rejoignez nous !**

www.coordination-nationale-infirmiere.org

« Qui a dit qu'une vie sans engagement est une vie sans substance ? Un phraseur pompeux quelconque sûrement...
Mais ce gars a quand même touché la vérité du doigt. » Douglas KENNEDY

MERCI

Entre les projets professionnels, parfois personnel, la CNI est en perpétuel mouvement, à l'image de la composition de son Bureau National. Avec ce nouveau mandat, c'est le constat de 3 départs et de 3 arrivées ...

Au nom de tous nos adhérents, je tiens tout particulièrement à remercier Josy Calas (CNI de La Ciotat) et Pierre Bertaud (CNI de Poitiers) qui ont souhaité faire valoir leurs droits à la retraite en 2012 après toutes ces années de bons et loyaux services. Leur investissement et leur fidélité dans le temps au sein de la CNI sont à l'image de leur implication lors des mouvements de la fin des années 80 et de leur attachement à la défense de nos professions de santé. Ils resteront des pionniers dans le domaine qui ont également su transmettre leur détermination pour faire reconnaître l'ensemble de la filière infirmière, son cursus de formation et ses conditions d'exercice. Je leur souhaite belle et longue route sur ce nouveau chemin et de prendre (enfin !) soin d'eux. Et d'aventure, s'il leur reste encore un peu de disponibilité, je serai ravie de les retrouver à mes côtés dans un collectif retraité CNI.

Je tiens également à remercier Marie-Dominique Biard (CNI de l'AP-HM) qui a choisi de passer le flambeau national après avoir rempli, avec beaucoup de professionnalisme et d'abnégation, le poste de Secrétaire Nationale à mes côtés pour s'impliquer plus encore dans la « vie locale » de la CNI APHM.

Et enfin, je souhaite la bienvenue aux nouveaux élus du BN qui vont relever le défi à savoir Marie-Dominique Autexier (CNI de Poitiers), Sandrine Bouichou (CNI de Poitiers) et Thierry Alberti (CNI d'Aix en Provence).

La CNI va poursuivre le combat dans le même esprit et avec pugnacité car, si le contexte politico-économique est particulièrement difficile, il n'entame en rien notre engagement !

Nathalie DEPOIRE

Votre vocation fait votre fierté, la nôtre est de vous assurer.



SPÉCIAL AGENTS DES SERVICES PUBLICS

Exercer son talent au service des autres est une mission que nous partageons. C'est pourquoi, **la GMF, 1^{er} assureur des agents des services publics** en fait toujours plus pour vous assurer dans votre vie personnelle (assurance auto, habitation, complémentaire santé, épargne) et vous accompagner dans votre vie professionnelle. À votre tour, rejoignez nos 3 millions de sociétaires pour profiter **des offres privilégiées** que nous vous réservons.

► Renseignez-vous au **0 970 809 809** (numéro non surtaxé) ou sur **www.gmf.fr**

Pour les moins de 30 ans

50 € OFFERTS*
sur votre assurance AUTO

*Offre réservée aux agents des services publics de moins de 30 ans, la 1^{re} année, à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2013.

LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Paris 775 691 140 - Siège social : 76, rue de Prony 75857 Paris Cedex 17 et ses filiales GMF Assurances, La Sauvegarde et GMF Vie.

ASSURANCES MUTUELLES DE FRANCE - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Chartres 323 562 678 - Siège social : 7, avenue Marcel Proust 28932 Chartres Cedex 9 - Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.



Assurément Humain

Lettre Ouverte à Madame Marisol Touraine

Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

29 novembre 2012

Madame la Ministre,

Depuis le 20 janvier 2012, le syndicat Coordination Nationale Infirmière a interpellé la DGOS à de multiples reprises pour dénoncer l'injustice dont sont victimes les Infirmières de Bloc Opératoires Diplômées d'Etat et les Infirmières Puéricultrice Diplômée d'Etat. Nos interventions avaient pour but de dénoncer une situation unique dans tout le dispositif du droit d'option général, à savoir l'échelon 6 et l'échelon 7 de la classe supérieure se reclassant sur un même échelon 9 dans la nouvelle grille du 3^{ème} grade et sans reprise d'ancienneté.

La situation pour ces spécialisées est pour nous très injuste, car les IBODE et les Puéricultrice venant de passer au 6^{ème} échelon classe supérieure ont été reclassées au même 9^{ème} échelon qu'une IBODE ou Puéricultrice au 7^{ème} échelon classe supérieure, échelon terminal de l'ancienne grille.

Ces IBODE et Puéricultrices qui sont au 7^{ème} échelon de la classe supérieure depuis de nombreuses années, entre 5 et 10 ans d'ancienneté pour la plupart, et qui sont souvent des professionnelles en fin de carrière, ne peuvent pas se permettre d'attendre entre 4 et 8 ans pour avoir une augmentation significative.

Même les services des carrières des DRH des hôpitaux trouvent cette situation ahurissante et nous recevons de nombreuses réclamations sur notre messagerie nationale concernant ce problème spécifique.

Ce constat traduit une pénalisation incontestable pour la fin de carrière et la future retraite de ces professionnels.

Qu'il s'agisse là d'une malencontreuse erreur ou d'une volonté purement comptable, il est urgent et légitime que cette action regrettable soit corrigée afin de rétablir une équité entre les agents.

A cette demande prioritaire, s'ajoute bien sûr celle d'une réelle revalorisation de notre filière en adéquation avec nos compétences et nos responsabilités.

Nous nous permettons également de vous rappeler l'attente des cadres de la Fonction Publique Hospitalière puisque, contrairement à l'accord de février 2010, la revalorisation annoncée au 1^{er} juillet 2012 n'a fait l'objet, à ce jour, d'aucune parution de décret.

Vous comprendrez aisément, Madame la Ministre, que ces manquements répétés soient perçus par les professionnels comme une absence totale de reconnaissance au regard des compétences, des responsabilités et des contraintes.

En conséquence, nous sollicitons votre intervention rapide pour remédier à cette situation.

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma considération distinguée.

Nathalie DEPOIRE
Présidente

Syndrome du mal-être soignant, de la réflexion à l'action

Si simple et si complexe, il est l'évidence qu'on oublie. On côtoie ce mal-être comme on accompagne les souffrances. Il touche aujourd'hui nombre d'entre nous et est propre à chacun. S'il impacte individuellement, c'est ensemble qu'on peut le vaincre. Des données aux actions... décortiquons ce mal soignant afin d'y remédier !

La CNI d'hier à aujourd'hui

L'histoire commence par un arrêté sorti en décembre 1987 qui brade la formation et les compétences infirmières. En réaction, la profession se mobilise peu à peu. De 20 à 50 000 infirmières défilent le 29 septembre 1988. Le ministère refuse de recevoir la délégation de la Coordination Infirmière Ile-de-France et négocie avec les syndicats qui refusent également de la reconnaître. Le 8 octobre, la Coordination Nationale Infirmière naît sous forme d'un collectif associatif en Assemblée Générale à La Sorbonne et appelle immédiatement à amplifier le mouvement. Le 13 octobre, c'est 100 000 infirmières qui battent le pavé parisien, le ministère ne peut les ignorer et reçoit la délégation. Reconnaissance, revalorisation et amélioration des conditions de travail sont déjà nos revendications.

Le 16 décembre 1989, la CNI devient syndicat professionnel afin de pouvoir rentrer dans les instances nationales et locales et y porter nos revendications.

Déçue par le manque d'avancées, la CNI relance le mouvement en 1991, suivie par les autres syndicats. Les infirmières campent devant le ministère. Excédé par l'immobilisme ministériel, un cortège qui se dirige vers l'Élysée est bloqué par les canons à eau et les gaz lacrymogènes. Les sit-in se multiplient, des opérations zéro infirmière sont menées. Contraint, le gouvernement négocie, c'est la signature du protocole Durieux. Revalorisation, augmentation des primes, 35h de nuit payées 39h, création de postes, c'est une victoire pour les infirmières et la CNI !

Les élections professionnelles de 1992 sont un succès pour la CNI qui devient représentative et obtient un poste au CSFPH (Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière). Elle représente dès lors une menace pour les autres syndicats qui n'auront de cesse de vouloir la faire disparaître.

Les années qui suivent sont marquées par quelques acquis de la CNI (reconnaissance du VIH comme maladie professionnelle, bonification au 1/10^e...) et le recul de l'engagement syndical des infirmières qui entraîne la disparition de nombreuses sections locales. Le taux global de syndiqués dans la profession passe de 8% dans les années 1980 à environ 4% dans les années 2000.

En 2010, le droit d'option de catégorie A issu de la bascule dans le système LMD et la création du « grade licence » se télescopent avec la réforme des retraites. En perdant la catégorie active, les infirmières de la FPH enregistrent un recul du départ en retraite à taux plein de 7 ans, mais malgré les appels de la CNI, la mobilisation n'est pas là. Seuls les IADE continueront le mouvement jusqu'à bloquer les trains gare Montparnasse faute de RDV au ministère et obtiennent une prime. Ce reclassement, issu de la reconnaissance de nos trois années d'études supérieures, nie la pénibilité de notre métier, crée une grille « A », bien en-dessous de la grille « A type ». Ce marché de dupes est un affront à la profession, une déception pour la CNI au vu de la faible mobilisation, et pourtant...





Pourtant les infirmiers sont mécontents. Les revendications sont les mêmes qu'il y a 25 ans ! Dans un monde qui change, soumis à la pression financière, notre métier évolue ; plus de technique, plus de responsabilités, plus de polyvalence, plus d'efficacité, mais toujours moins d'effectifs et de reconnaissance. Partout où elle est présente, la CNI est pertinente au sein des instances où sont élus ses militants. Nous y apportons un regard professionnel et sommes une force de proposition, au plus près des réalités du quotidien. Mais nous ne sommes pas assez nombreux, pas présents partout, et donc peu écoutés sur le plan national. Il faut réagir et massifier !

laire qui voudraient faire tant et qui n'ont obtenu qu'un statu quo. Situation dégradée et partagée par tout le monde soignant, notamment par nos binômes de tous les jours, nos collègues aides-soignant(e)s.

Alors que le discours ministériel se veut rassurant (cf le « pacte de confiance » de Marisol Touraine prononcé le 7 septembre dernier), sur le terrain rien ne bouge. Interpellée lors du salon infirmier, elle n'a apporté aucune réponse aux revendications portées par les organisations syndicales et associations professionnelles représentatives de la filière infirmière. (Lettre ouverte cosignée par la CNI, le SNIA, le SNICS, l'AAEIBO, l'ANPDE, la CEEPAME et l'UNAI-BODE - cf page 49 article complémentaire salon infirmier.) Que peut-on attendre de la mission « Pacte de Confiance » piloté par Edouard COUTY quand la santé n'est pas considérée comme un objectif gouvernemental prioritaire ?

Le constat

Un bouleversement mondial

Dans un monde qui s'accélère tant qu'on ne peut plus le penser, la contrainte budgétaire est devenue prépondérante. Médecin du Monde a déclaré s'occuper désormais plus des Grecs étranglés par la dette que des migrants qui viennent s'échouer sur les côtes de notre monde. A l'heure où j'écris, des milliers de soignants espagnols défilent en scandant « la santé publique ne se vend pas, elle se défend ».

Un ministère en panne sèche

Qu'elles sont loin, les victoires de 88-91 ! La reconnaissance de la pénibilité de la filière infirmière acquise en 2003 a été balayée, troquée contre quelques euros et 7 ans de plus. Dans le privé, les conventions collectives sont dénoncées, les libéraux travaillent au pas de course, les territoriaux sont oubliés. Que dire des infirmières sco-

Une profession dans le brouillard

Nos métiers évoluent, se technicisent, des horizons s'ouvrent. L'entrée de la profession dans le système LMD entraîne des réflexions nouvelles, des voies à explorer. Les pratiques avancées pourraient être l'occasion d'une reconnaissance de notre savoir faire : elles sont mises en place comme palliatifs médicaux. Pourquoi les Diplômes Universitaires ne sont-ils pas valorisés ? Efficacité sans reconnaissance ! L'ordre infirmier, censé être facteur de cohésion, végète agonisant, tantôt renfloué, tantôt menacé de démembrement. Alors que la bienveillance est maintenant conceptualisée, enseignée et exigée, nous éprouvons trop souvent ce douloureux sentiment de nous en éloigner.

La fatalité de l'impuissance

Face à l'implacable réalité du terrain avec laquelle nous composons tous les jours, le sentiment d'isolement est



grand. La hiérarchie, même quand elle est bienveillante est tenue par ses objectifs et des moyens inadéquats. Or les impératifs sont là, les patients ont besoin de nous ! Il faut donc faire, et, faute de mieux, avec les moyens du bord. Modifier un fonctionnement aberrant ? Vous n'y pensez pas ; pas de temps à perdre, pas d'argent à dépenser ! Et nous faisons. Nous donnons tant que nous pouvons, avec toute la bonne volonté du monde, quitte à prendre sur nous. Et quand on souffle un peu, il y a toujours un collègue à remplacer... Prendre soin de moi ? Je ne demande que cela, mais qui prendra soin des autres pendant ce temps-là ? Je n'ai pas le choix. Face à tout cela, le discours syndical semble parfois d'un autre âge, bien éloigné des réalités du quotidien et ses moyens d'actions inefficients, la grève notamment...

Pourquoi écrire ces banalités ? Non pour ressasser mais pour poser les données du problème, afin de le cerner, d'en prendre acte et de tenter d'y remédier. Je demande à chacune, chacun de croiser ce que vous venez de lire avec votre expérience personnelle et celle de ceux qui vous entourent dans le but d'identifier les causes communes et individuelles du malaise avant de voir comment y remédier.

Quelle(s) solution(s) ?

Le départ

Parfois seule solution salutaire, il peut prendre plusieurs formes et être plus ou moins adapté. Il peut s'opérer par le choix d'une spécialisation, d'un changement de ser-

vice ou de mode d'exercice ou encore d'une réorientation professionnelle. Il peut être un véritable épanouissement s'il est réalisé en conscience, choisi et planifié. Il peut être difficile à vivre s'il est subi, s'il s'agit d'une fuite en avant. Cela dépend évidemment de chacun et des conditions qui lui sont propres. Cette stratégie doit évidemment être respectée en tant que liberté de choix. L'évitement présente néanmoins le double inconvénient de ne pouvoir être choisi par tous en même temps et de ne pas agir sur les causes générant du mal-être (Il est évident qu'il n'est pas nécessaire d'être en situation de mal-être pour décider de se réorienter, bien au contraire !).

Se protéger

C'est tout d'abord séparer sa vie professionnelle de sa vie personnelle. Marquer les contours de l'une et de l'autre, tracer des lignes rouges qu'il convient de respecter et de faire respecter. La capacité à dire non est fondamentale, elle suffit dans certains cas. Nos métiers nécessitent bien évidemment une certaine adaptabilité mais ne doivent en aucun cas menacer notre équilibre personnel. Quand les conditions de travail nous mettent et/ou mettent en péril les patients, il faut en dénoncer objectivement les causes par l'écrit et en référer au CHSCT via ses délégués (Il en existe dans toutes les structures, renseignez-vous !). Ce positionnement, fondamental et fondateur, est nécessaire mais souvent pas suffisant, difficile à tenir individuellement, d'où le passage à l'action collective.

Le recours au collectif

Il est la somme des prises de position individuelles qui démultiplient alors le champ des possibles. Au-delà de

la simple parade contre la spirale infernale, il permet de renverser la vapeur, de canaliser et de renvoyer la pression ! Sous quelle forme ? Toutes celles qui existent... et d'autres encore. Tout d'abord, ce que nous faisons quotidiennement, échanger avec les collègues. Mettre des mots sur les maux. Prendre le temps de la réflexion collective analytique permet d'établir une prise de position écrite, consensuelle et pertinente qui pose les choses (Hé hop, un collectif est né !). Cette position doit être ensuite soutenue auprès de son (ses) destinataire(s). Libre au collectif de faire appel (ou non) au(x) syndicat(s) afin d'être soutenu. Appel qui sera nécessaire si la situation bloque et nécessite un recours aux instances, recommandé si le collectif souhaite d'autres moyens d'action (grève, blocage, manifestations ou toute autre action directe...).

Pour cela, la CNI est à vos côtés, c'est l'utilité du statut syndical ! Et s'il n'y a pas de section locale CNI là où vous êtes et que les autres syndicats ne vous soutiennent pas, appelez-nous, nous vous aiderons à en monter une. On n'est jamais mieux représenté que par soi-même ! C'est pourquoi je ne

peux que vous recommander de vous syndiquer afin de faire valoir vos revendications et vos pensées dans la durée.

Ce mode d'action, le recours au collectif est modulable à l'infini. Ses principes de bases sont :

■ **L'horizontalité.** Pas de chef, c'est l'assemblée qui est décisionnaire. Une personne égale une voix. L'assemblée peut néanmoins donner des mandats (porte-parole, négociateur...) révocables par celle-ci.

■ **La recherche du consensus en son sein.** On est uni et on le reste. Au droit de s'opposer s'adosse le devoir de proposer une alternative dans le but de rechercher une solution qui satisfasse tout le monde.

■ **Le caractère non pérenne.** Un collectif se crée dans un but défini et n'a pas vocation à durer. Soit il atteint son but, soit il change de statut ou disparaît.

S'il est tout à fait approprié pour agir localement, ce mode d'organisation est également pertinent pour une action globale, comme cela a été fait en 1988.

Vers un printemps blanc

Comme nous l'avons vu, le mal-être soignant est multifactoriel. Le combattre nécessite la prise de conscience individuelle puis le recours au collectif.

Si nous pouvons trouver des parades à petite échelle, il faut un mouvement d'ampleur nationale pour atteindre les causes profondes.

Dans ce but, je propose la création, dans toutes les structures de soins de collectifs soignants.

Ces collectifs regroupant infirmières, spécialisés, AS et tous nos partenaires de soins qui le souhaiteraient, auraient pour but d'organiser localement un mouvement global afin de faire valoir nos revendications et de contraindre le gouvernement à réagir sur :

- nos conditions de travail,
- la reconnaissance de la pénibilité,
- la revalorisation salariale.

Les données sont posées. Vient le temps de l'action car nous ne pouvons ni ne devons plus accepter ces situations mettant en péril soignants et soignés.

Le changement pour tous viendra de l'engagement de chacun !

Adrien DOUTREIX
IDE du CHU de Bordeaux



Podoréflexologie Kinésiologie Digitopuncture

Méthode Holistique Therdyns

Applications Respiratoire Endocrine
Cardiaque Urinaire Génitale
Appareil locomoteur Digestive Sensorielle

Synthèse de différentes techniques pour libérer, en profondeur, les traumatismes physiques et psychiques inscrits dans la mémoire du corps. Donner à celui-ci la capacité de s'auto-réguler et de se régénérer.

Formation
Par Didier Crévenat, podothérapeute-énergéticien
À Marseille, 3 sessions du 18 janvier au 9 mars, 31 mars, 1^{er}, 27 et 28 avril 2013

www.leonard-therdyns.com Renseignements Incriptions
83, Bd du Redon - 13009 Marseille 09 54 73 19 49



AMAÉ-SANTÉ
organisme de formation
conseil et évaluation de la qualité

Amaé-Santé organise ses programmes autour des thématiques transversales : douleur, bientraitance, travail avec l'entourage du patient, éthique, EPP, tutorat, ETP, recherche en soins..., intégrant les dernières avancées des travaux de recherche et les exigences des recommandations de bonne pratique. Ces programmes sont construits au regard de l'évaluation de la qualité des établissements de santé (HAS) et des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Consultez notre site internet : www.amae-sante.fr

Contact : Pascale THIBAUT
06 15 32 05 91
pthibault@amae-sante.fr

Amaé-Santé - 4, rue Pierre Brossolette - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Numéro d'organisme de formation : 11 92 17236 92

Billet d'humeur

En 2012, le souhait était de prendre soin de soi, en priorité.

Les pouvoirs publics et nos dirigeants nous ont oubliés,

Et si l'on rêvait un peu.....

Moi, Président de la République,
je reconnaitrai le rôle primordial de l'infirmière dans notre système de soins,

Moi, Président de la République,
je leur attribuerai le diplôme Licence à la place du grade,

Moi, Président de la République,
je revaloriserai tous les salaires des soignants,

Moi, Président de la République,
je reconnaitrai la pénibilité professionnelle de la filière infirmière en instaurant une bonification au 1/5^{ème},

Moi, Président de la République,
j'augmenterai les effectifs soignants,

Moi, Président de la République,
j'améliorerai les conditions de travail afin d'éviter le burn-out , les démissions...

Moi, Président de la République,
je réviserai la loi HPST et redonnerai aux partenaires sociaux, le pouvoir de négociation,

Moi, Président de la République,
j'accorderai la spécialisation en psychiatrie,

Moi, Président de la République,
j'octroierai une bourse à tous les étudiants selon des critères définis en association avec leurs représentants,

Moi, Président de la République,
je faciliterai la recherche infirmière,

Moi, Président de la République,
je prendrai soin des infirmières comme elles prennent soin des patients,

En 2013, il serait temps !!!

Danièle Hengen
CNI Martigues





Coopération des professionnels de santé

Définie en France par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) en 2009, la coopération entre professionnels de santé a deux objectifs. Le premier est d'opérer un transfert d'activité qui conduit à redéfinir le périmètre d'intervention de chaque profession et le second de réorganiser les modes d'intervention auprès des patients notamment par le regroupement des professionnels.

Quelles appellations ?

Le transfert de compétences signifie que des compétences, des actes vont être confiés à d'autres personnes qui ne les réalisaient pas jusqu'alors. Pour les transferts de tâches ou d'actes, il s'agit de transférer des actes au sens stricto sensu inscrit dans une logique d'exécution.

Pour qualifier ces transferts de compétences dans les textes, le législateur utilise le terme de « coopération entre professionnels de santé ».

Pour qui ?

Les professionnels de santé concernés par les protocoles de coopération sont exclusivement ceux inscrits à l'article L.4011-1 du Code de la Santé Publique à savoir : aide-soignant, audioprothésiste, auxiliaire de puériculture,

chirurgien-dentiste, conseiller génétique, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur kinésithérapeute, médecin, opticien lunetier, orthophoniste, prothésiste et orthésiste, orthopédiste, pédicure-podologue, pharmacien, sage-femme et enfin psychomotricien.

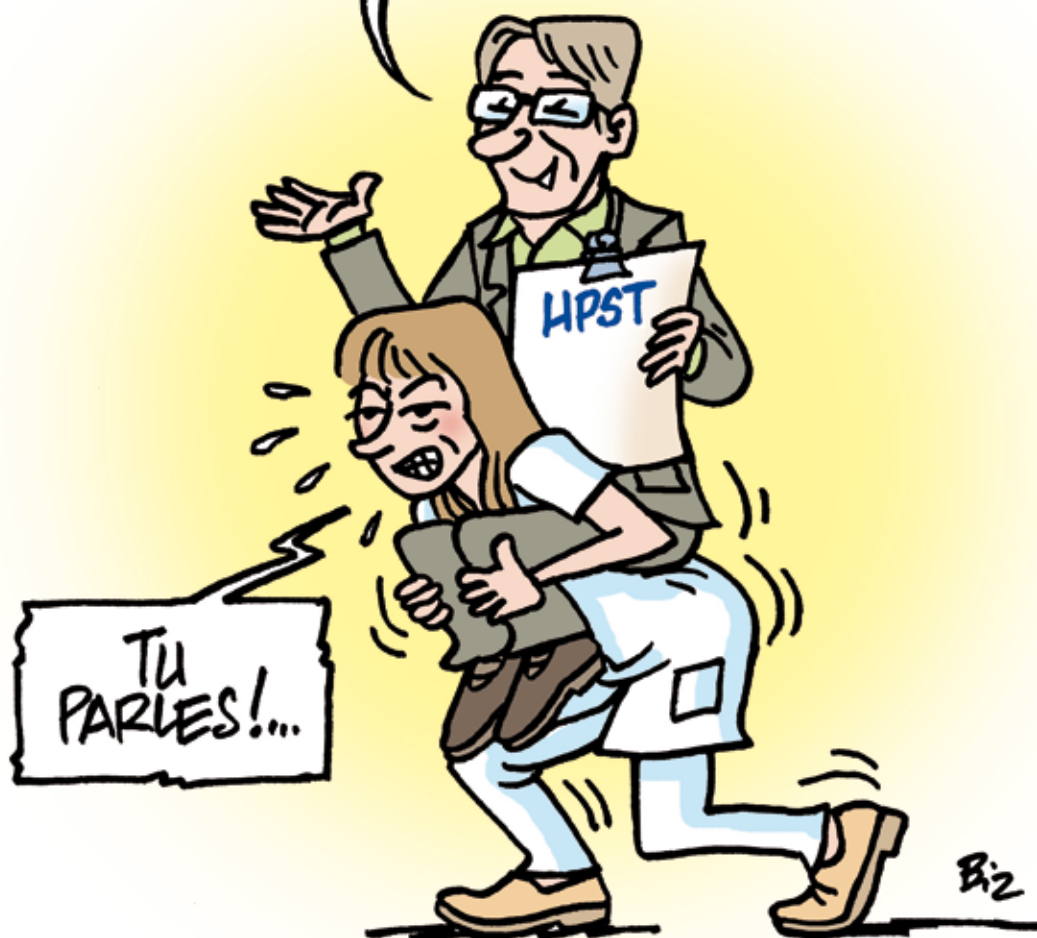
Pourquoi ?

La coopération entre professionnel de santé » voit le jour parce que :

- les besoins de prise en charge sanitaire liés au développement des maladies chroniques et des polypathologies vont croissant dans un contexte de vieillissement de la population,
- l'évolution de la démographie médicale est plutôt défavorable,



LA COOPÉRATION
C'EST L'AVENIR!



- les progrès technologiques médicaux facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels.
 - il est nécessaire d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé,
 - les professionnels aspirent à une évolution de leurs activités et leurs compétences.
6. Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile
 7. Suivi de patients à risques élevés de mélanome par une infirmière en lieu et place d'un dermatologue
 8. Consultation du voyage
 8. Prise en charge des échocardiographies
 9. Ponction de lymphocèle
 10. Consultation infirmière de pré-admission pour hospitalisation en addictologie
 11. Prélèvement de cornée
 12. Prise en charge des stomies
 13. Pose de voie veineuse centrale par l'infirmière au bloc opératoire
 14. Coopération pour suivi des patients diabétiques type 1 sous pompe à insuline externe
 15. Mesure de l'élasticité du foie par Fibroscan

Quels types de protocoles pour la filière infirmière ?

1. Suivi des patients porteurs d'une hépatite C chronique
2. Suivi du patient hémodialysé par télésurveillance
3. Réalisation de ponction en crête iliaque
4. Réalisation de bilan urodynamique
5. Consultation de dépistage de rétinopathies diabétiques via télésurveillance

Comment ?

Le protocole, à l'initiative des professionnels de santé, est soumis à l'ARS (Agence Régionale de Santé) en précisant l'objet et la nature de la coopération, le lieu d'exercice et le champ d'intervention des professionnels concernés. L'ARS vérifie que le protocole répond à un besoin de santé de la région. Si le protocole répond aux critères, l'ARS peut le transmettre à l'HAS (Haute Autorité de Santé). Le Directeur de l'ARS autorise ensuite sa mise en œuvre par arrêté après avis conforme de l'HAS. Celle-ci peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. L'engagement du professionnel se fait sur 12 mois. L'ARS peut décider de mettre fin à un protocole.

Assurance et responsabilités

L'autorisation ne peut être donnée que si le demandeur justifie d'une garantie assurantielle. Le demandeur doit fournir à l'ARS « une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré qui ont vocation à être effectuées par le professionnel de santé exerçant à titre libéral ». Pour le salarié, il doit transmettre un document fourni par son employeur attestant de la souscription d'un contrat d'assurance au titre de l'article L.1142.2 du code de la santé publique.

Tout porte à croire en effet que les rédacteurs des textes, dans leur souci d'éviter au maximum les risques de mise en cause de la responsabilité des ARS (Cf. arrêté du 31 déc. 2009), souhaitent que les sociétés d'assurance vérifient,

en amont, la compétence et l'expérience des demandeurs, alors qu'en toute logique, la garantie assurantielle ne devrait pouvoir être souscrite qu'après l'autorisation donnée par l'ARS au professionnel de santé souhaitant participer au protocole.

L'autorisation ne sera donnée par l'ARS que si le demandeur peut justifier d'une expérience dans le domaine considéré. N'est-ce pas là demander de justifier d'un exercice antérieur illégal, puisque précisément, seule l'autorisation est de nature à rendre licite le transfert de tâches.

L'arrêté du 21 juillet 2010 a instauré un suivi de la mise en œuvre des protocoles par les professionnels concernés qui doivent communiquer annuellement à la HAS et aux ARS le résultat d'un certain nombre d'indicateurs définis dans chaque protocole et alerter en cas de survenance d'un événement indésirable (analyse MACSF).

Sur un plan juridique

Introduit par l'article 51 de la Loi HPST, la coopération est un outil juridique très encadré. Le régime des responsabilités est simple. **Sur un plan civil**, chaque membre de l'équipe, s'il est salarié, bénéficie du principe de l'immunité civile, c'est à dire que s'il commet une faute, c'est son employeur (et son assureur) qui en assumeront les conséquences financières tant qu'il exerce dans les limites de ses fonctions. **Sur un plan pénal**, chacun reste responsable de ses actes et **au plan ordinal**, le professionnel de santé soumis à un Code de déontologie sera éventuellement sanctionné par son ordre professionnel.



Point de vue de la CNI

Si les coopérations entre professionnel de santé ouvrent de nouvelles perspectives pour notre profession, de nombreuses interrogations demeurent. Ces nouveaux actes transférés ne figurent pas dans notre décret de compétences. C'est donc à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels que leur mise en place est possible. Cette dérogation ne permet aucune revalorisation statutaire et salariale pourtant, les responsabilités augmentent. Le ministère de la santé réfléchit aujourd'hui aux moyens de mieux rémunérer les professionnels de santé, par exemple sous forme de primes pour les infirmiers hospitaliers, primes non prises en compte pour le calcul de nos pensions de retraite.

Autre point de discordance, les coopérations ont un cadrage régional et seront difficilement transposables à tout le territoire national si les collaborations médecin-paramédicaux ne sont pas pérennes. Si le médecin part, le protocole est annulé. Si l'infirmière souhaite exercer dans une autre région, elle devra trouver un médecin qui accepte de « coopérer ». Il est donc essentiel de reconnaître ces protocoles au niveau national. Pour cela, l'acquisition de ces nouvelles compétences doit s'inscrire dans la formation initiale et/ou continue avec des outils et des instances validés sur le territoire national (ANFH...).

Une autre interrogation demeure, quel sera le coût assurantiel ? Les primes ne vont-elles pas augmenter ?

Ces protocoles ne comportent aucune garantie pour les usagers sur les qualifications et les compétences des professionnels impliqués, ainsi que sur la régularité et les modalités de leur exercice. Autre point de critique, l'autoévaluation requise par le législateur est-elle suffisante ?

Si des facteurs économiques et des facilités d'accès aux soins entrent en jeu, la qualité du soin ne doit pas être dégradée.

Mais ne serait-il pas plus opportun de revaloriser et de reconnaître une profession en grande souffrance où l'infirmière a tout juste le temps d'exécuter son rôle propre et délégué ? N'occultons pas nos savoirs, nos compétences et notre expertise déjà présents au service de la population.

La baisse de la démographie médicale a été pensée en haut lieu. Mais qu'en est-il réellement de la démographie médicale en France ? S'agit-il d'une carence en médecins ou d'une problématique de répartition sur le territoire ? Pour les infirmiers libéraux, des règles de répartition ont été imposées. S'agissant des médecins, Madame Marisol Touraine rejette cette idée et préfère une démarche d'inci-

tation à la coercition. Tout en affirmant cette position lors de la présentation de son plan de lutte contre les déserts médicaux le 11 décembre 2012, notre ministre de tutelle a déclaré qu'il fallait accélérer les transferts de compétences et notamment infirmiers...

Mais a-t-on pensé à la démographie infirmière, aux restrictions budgétaires sur les personnels dans les établissements de santé ?

La consolidation de nos rôles et la nécessité de développer une filière universitaire en sciences infirmières complète (LMD) sont indispensables pour l'avenir de la profession. Les pratiques avancées, dans un cursus de « masterisation », en sont un exemple. Ne seraient-elles pas plus appropriées ? Interrogée sur ce point, Madame Marisol Touraine répond « cela ne dépend pas que de moi »... Comment traduire ce propos ? S'agit-il d'un renvoi de cette question vers le ministère de l'Enseignement Supérieur ou à une réelle volonté politique ?

Ce qui est certain, c'est que la profession infirmière est en pleine mutation et elle doit être actrice de son évolution.

Aller plus loin ?

Article 51 de la Loi HPST du 21 juillet 2009.

Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin.

Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé.

Arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Ne bricolons pas avec la santé

Demain se prépare aujourd'hui,

il ne tient qu'à vous de vous informer, d'agir ou de subir...

Droit d'option des infirmières territoriales... Le décret tant attendu !

Le décret n° 2012-1420 du 18 décembre 2012 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers territoriaux en soins généraux est paru au Journal officiel le 20 décembre dernier.

Ce décret, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013, a pour objet de créer le cadre d'emplois de catégorie A des infirmiers territoriaux en soins généraux. Il fixe les conditions d'intégration des infirmiers territoriaux (catégorie B) dans le nouveau cadre d'emplois des infirmiers territoriaux en soins généraux (catégorie A).

Il prévoit l'intégration immédiate des fonctionnaires appartenant à la catégorie sédentaire départ en retraite possible suivant l'année de naissance à 62 ans. Les infirmiers territoriaux bénéficiant de la catégorie active disposent, quant à eux, d'un droit d'option leur permettant, soit d'intégrer ce nouveau cadre d'emplois de catégorie A en bénéficiant d'un reclassement plus favorable que les sédentaires, soit de conserver la catégorie active en restant dans le cadre d'emplois de catégorie B des infirmiers territoriaux.

Au premier janvier 2012, les effectifs totaux de fonctionnaires dans la fonction Publique Territoriale, infirmiers et



autres personnels paramédicaux, étaient de l'ordre de 8 000⁽¹⁾. Le personnel infirmier des collectivités territoriales comptait environ un quart de fonctionnaires hospitaliers en détachement.

15% des infirmières territoriales seraient en catégorie active⁽²⁾, soit environ 900 sur 6000.

Dans le cadre de ce droit d'option, ils ou elles pourront choisir soit :

- rester en catégorie B (nouvel espace statutaire : petite revalorisation indiciaire) et de conserver le classement en catégorie « active » avec un départ possible suivant l'année de naissance à 57 ans.
- ou bien intégrer le cadre d'emplois des infirmiers en soins généraux (Cat. A) : avec de nouvelles grilles de rémunération et un classement en catégorie « sédentaire ». Le Décret n° 2012-1420 du 18 décembre 2012 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers territoriaux en soins généraux en son article 25 permettra un avancement plus favorable pour les infirmières de catégorie active choisissant d'intégrer la catégorie sédentaire. Suivant l'article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, l'âge d'ouverture du droit à pension est fixé à soixante ans et leur limite d'âge à soixante-cinq ans.

Ce droit d'option est ouvert durant une période de six mois à compter de la date d'entrée en vigueur du décret. Il est exercé de façon expresse par chaque fonctionnaire. Le choix ainsi exprimé par le fonctionnaire est définitif.

A compter du 1^{er} janvier 2013, les recrutements s'effectueront uniquement dans le cadre d'emplois de la Catégorie A (fin des concours en catégorie B) ; celui de la Catégorie B sera à terme en voie d'extinction.

La mobilité inter-fonction publique entre les corps et cadres d'emplois (détachement ou intégration directe) s'effectuera de A vers A et de B vers B.

La nouvelle grille des infirmiers en soins généraux de la catégorie A conservent trois grades (pour une période maximale de 10 ans) :

IDE en soins généraux classe normale :

9 échelons allant de 370 à 618 Indices bruts en 2012 (379 à 620 en 2015)

IDE en soins généraux classe supérieure :

7 échelons allant de 478 à 680 indices bruts en 2012 (491 à 680 en 2015)

IDE en soins généraux hors classe :

11 échelons allant de 439 à 700 indices bruts en 2012 (444 à 730 en 2015)

A terme, ce nouveau cadre d'emplois médico-social de catégorie A comprendra deux grades (infirmier en soins généraux et infirmier en soins généraux hors classe), le premier grade comportant deux classes (classe normale et classe supérieure).

⁽¹⁾ Chiffres ministère de la FP janvier 2012

⁽²⁾ L'instruction générale de la C.N.R.A.C.L. et l'arrêté ministériel portant classification des emplois en catégorie active du 12/11/1969 précisent que les infirmiers territoriaux peuvent bénéficier au titre de leur emploi d'un classement en catégorie « active » lorsqu'ils exercent leurs fonctions dans les services de santé des collectivités territoriales et à la condition qu'ils soient en contact direct et permanent avec les malades.

La liste est la suivante:

- Les centres d'action médicale précoce et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile.
- Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et adultes handicapés.
- Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées et handicapées.
- Les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées.

- Les centres de santé.
- Les centres de cure ambulatoire en alcoologie.
- Les centres de planification ou d'éducation familiale lorsqu'ils assurent, dans le cadre de leur activité le dépistage et le traitement des maladies transmissibles.
- Les établissements pour personnes âgées dépendantes.
- Les dispensaires d'hygiène mentale.
- Les dispensaires antivénéériens.
- Les dispensaires antituberculeux.
- Les maisons d'accueil spécialisé.
- Les foyers d'accueil médicalisés (anciennement foyer à double tarification pour adultes lourdement handicapés).
- Décret n° 2012-1419 du 18 décembre 2012 modifiant le décret n° 92-861 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers territoriaux.
- Décret n° 2012-1420 du 18 décembre 2012 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers territoriaux en soins généraux.
- Décret n° 2012-1421 du 18 décembre 2012 portant échelonnement indiciaire applicable aux infirmiers territoriaux en soins généraux.
- Décret n° 2012-1422 du 18 décembre 2012 portant échelonnement indiciaire applicable aux infirmiers territoriaux.

Régine WAGNER
CNI Aix en Provence

Grille salariale

Infirmier de catégorie active choisissant de rester en catégorie B

Ancienne grille		Nouvelle grille		Classe normale	
Echelon	IM	Echelon	IM	Durée mini	Durée maxi
1	314	1	327	1 an	1 an
2	324	2	332	2 ans	2 ans 2m
3	343	3	346	3 ans	3 ans 3 m
4	367	4	370	3 ans	3 ans 3 m
5	390	5	394	4 ans	4 ans 4m
6	416	6	420	4 ans	4 ans 4m
7	446	7	450	4 ans	4 ans 4m
8	481	8	483	4 ans	4 ans 4m
		9	515	-	-
Ancienne grille		Nouvelle grille		Classe supérieure	
Echelon	IM	Echelon	IM	Durée mini	Durée maxi
1	411	1	423	2 ans	2 ans 2 m
2	442	2	448	3 ans	3 ans 3 m
3	466	3	471	3 ans	3 ans 3 m
4	490	4	494	3 ans	3 ans 3 m
5	515	5	519	4 ans	4 ans 4 m
6	535	6	540	4 ans	4 ans 4 m
		7	560	-	-

Infirmier de catégorie sédentaire intégrant la catégorie A

Classe normale

Echelon	IM au 1/12/13	IM au 1/7/2015	Durée de carrière mini maxi
1	342	349	1 an
2	355	363	1 an 10 m à 2 ans
3	379	382	2 ans 9 m à 3 ans
4	399	402	2 ans 9 m à 3 ans
5	423	424	2 ans 9 m à 3 ans
6	454	454	2 ans 9 m à 3 ans
7	486	486	2 ans 9 m à 3 ans
8	501	505	3 ans 8 m à 4 ans
9	518	520	-

Classe supérieure

Echelon	IM au 1/12/13	IM au 1/7/2015	Durée de carrière mini maxi
1	355	363	1 an 10 m à 2 ans
2	379	382	2 ans 9 m à 3 ans
3	399	402	2 ans 9 m à 3 ans
1	423	424	2 ans 9 m à 3 ans
2	456	457	2 ans 9 m à 3 ans
3	487	488	2 ans 9 m à 3 ans
4	505	509	3 ans 8 m à 4 ans
5	524	529	3 ans 8 m à 4 ans
6	548	549	3 ans 8 m à 4 ans
7	566	566	-

Hors classe

Echelon	IM au 1/12/13	IM au 1/7/2015	Durée de carrière mini maxi
1	387	390	1 an
2	400	403	1 an 10 m à 2 ans
3	416	420	1 an 10 m à 2 ans
4	436	440	1 an 10 m à 2 ans
5	456	460	1 an 10 m à 2 ans
6	478	483	2 ans 9 m à 3 ans
7	501	506	2 ans 9 m à 3 ans
8	524	529	3 ans 8 m à 4 ans
9	546	552	3 ans 8 m à 4 ans
10	570	578	3 ans 8 m à 4 ans
11	581	604	-



Cadre de santé paramédicaux Le texte cachait une surprise !

Trois décrets et un arrêté portant statut particulier des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière (FPH), attendus depuis six mois, sont enfin parus au Journal officiel le vendredi 28 décembre 2012. Ils résultent du protocole d'accord du 2 février 2010 qui portait, sur l'évolution statutaire des professionnels infirmiers dans le cadre du système licence-master-doctorat (LMD).



Comme pour les infirmiers et infirmiers spécialisés, les nouveaux textes instaurent un droit d'option permettant à l'agent de se maintenir ou non en catégorie active. Le droit d'option concerne aussi les cadres de santé stagiaires.

Le choix ainsi exprimé sera définitif et irréversible.

Le droit d'option prévu par les dispositions de l'article 37 de la loi du 5 juillet 2010 est ouvert pour six mois, jusqu'au 28 juin 2013, aux membres du corps des cadres de santé régi par le décret du 31 décembre 2001 pouvant faire valoir, à la date d'ouverture de ce droit d'option, une durée de services effectifs dans un emploi classé dans la caté-

gorie active, telle que prévue au chapitre III, article 6 du décret du 30 décembre 2011 :

« Chapitre III : Dispositions relatives au relèvement des durées de services

Article 6 :

En application du II de l'article 35 de la loi du 9 novembre 2010 susvisée et de l'article 88 de la loi du 21 décembre 2011 susvisée, les durées de services des fonctionnaires et des militaires mentionnés au I de l'article 35 de la loi du 9 novembre 2010 susvisée ainsi que la durée des services des ouvriers de l'Etat relevant du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 susvisé sont fixées, à titre transitoire, comme indiqué dans les tableaux suivants : »

FONCTIONNAIRES ET OUVRIERS D'ÉTAT DONT LA DURÉE DE SERVICES était antérieurement fixée à quinze ans	
Année au cours de laquelle est atteinte la durée de services de quinze ans applicable antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi du 9 novembre 2010 susvisée	Nouvelle durée de services exigée en application du II de l'article 35 de la loi du 9 novembre 2010 susvisée et de l'article 88 de la loi du 21 décembre 2011 susvisée
Avant le 1 ^{er} juillet 2011	15 ans
Du 1 ^{er} juillet 2011 au 31 décembre 2011	15 ans et 4 mois
2012	15 ans et 9 mois
2013	16 ans et 2 mois
2014	16 ans et 7 mois
A compter de 2015	17 ans

L'ancien corps des cadres de santé, mis en extinction, continuera d'accueillir ceux restés en catégorie active à l'issue du droit d'option. Ils pourront bénéficier d'un départ anticipé à la retraite et d'une majoration de durée d'assurance (1/10ème). En revanche, ils ne recevront pas de revalorisation indiciaire. (Cf grille salariale ci-jointe)

Les cadres restent en catégorie A, à laquelle ils appartiennent déjà.

Un nouveau corps est créé, nommé «corps des cadres de santé paramédicaux», il comprend deux grades, cadre de santé et cadre de santé supérieur. Il concerne les cadres nouvellement recrutés, ainsi que ceux ayant renoncé, au titre du droit d'option, à la catégorie active d'ici le 28 juin 2013. (Cf grille salariale ci-jointe)

Le cadeau de Noël du Ministère

Le ministère a préféré laisser planer le doute pour que les cadres de santé passent un agréable Noël. Mais les fêtes de Noël étant passé le couperet est tombé : la rétroactivité de la nouvelle grille salariale promise au 1^{er} juillet 2012, a disparu du texte, et la revalorisation indiciaire promise en application du protocole d'accord Bachelot du 2 février 2010 est repartie dans le traîneau du Père Noël.

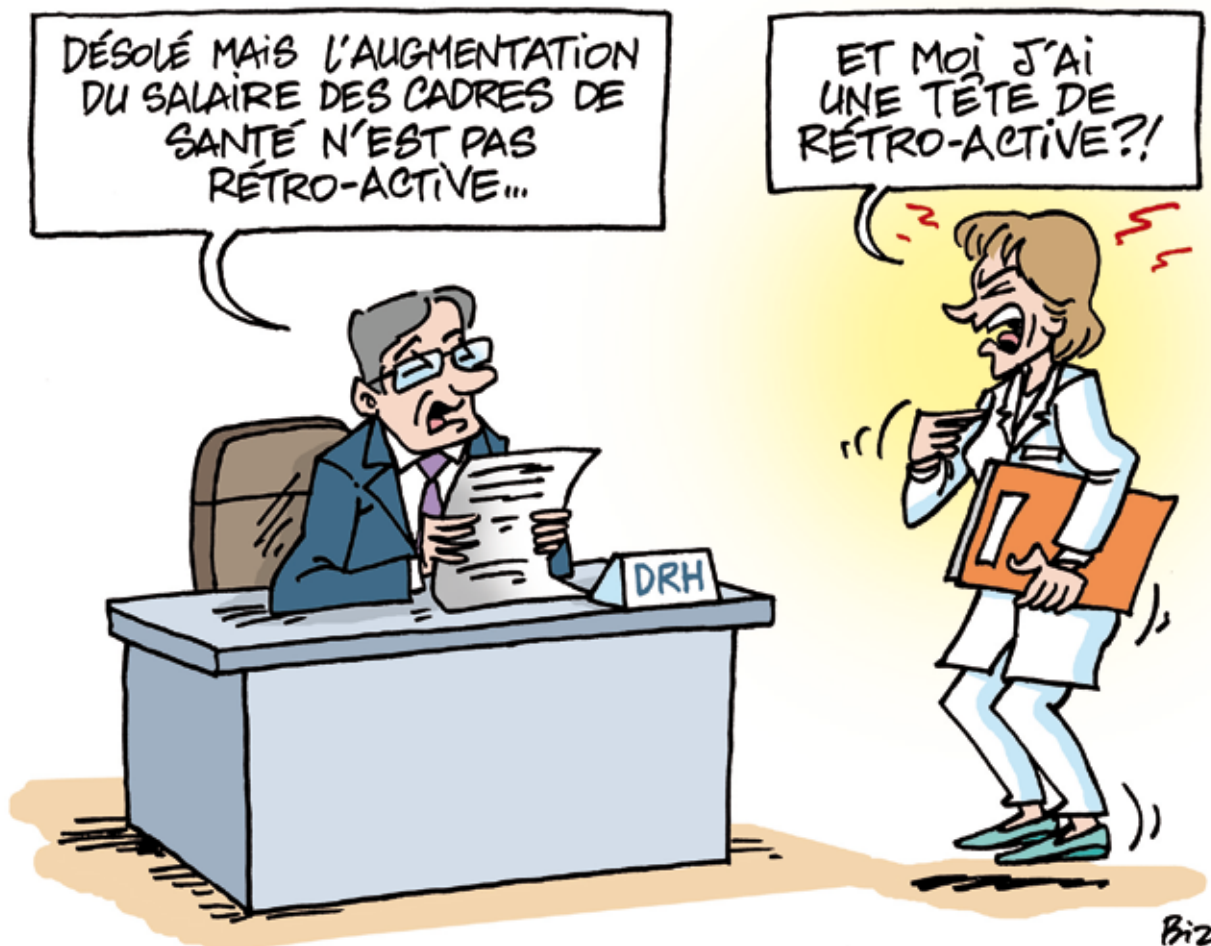
Ce retard de parution, sans aucune rétroactivité, fait donc perdre six mois de revalorisation aux cadres.

Attention :

les agents qui n'ont pas exprimé leur choix dans la période des six mois prévue pour exercer leur droit d'option sont automatiquement maintenus dans leur corps et grade régié par le décret du 31 décembre 2001.

- Décret n° 2012-1465 du 26 décembre 2012 modifiant le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière (NOR : AFSH1232595D)
- Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière (NOR : AFSH1232607D)
- Décret n° 2012-1467 du 26 décembre 2012 relatif au classement indiciaire du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière (NOR : AFSH1232617D)
- Arrêté du 26 décembre 2012 relatif à l'échelonnement indiciaire du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière (NOR : AFSH1239125A)

Eric AUDOUY
Vice-président CNI
Laurette MIRA
Vice-présidente CNI



Ancienne et nouvelle grille indiciaire

Cadre de santé et Cadre Supérieur de Santé

Echelons	Cadre Supérieur de Santé Ancienne grille	Durée moy.	Conditions de passage	Echelons	Cadre Supérieur de Santé paramédical nouvelle grille						
	Indice brut / Indice majoré				29 décembre 2012	Gains	1 ^{er} juillet 2015	Gains	Durée moyenne	Gains Totaux	
					IB / IM		IB / IM				
				7	820 / 672			901 / 734			
6	780 / 642	3 ans	Ancienneté Acquise	6	800 / 657	69,45 €	854 / 698	189,84 €	3 ans	259,29 €	
5	752 / 621	3 ans	Ancienneté Acquise	5	771 / 635	64,82 €	807 / 662	125,01 €	3 ans	189,83 €	
4	700 / 581	3 ans	Ancienneté Acquise majoré d'1 an	4	728 / 602	97,23 €	765 / 630	129,64 €	3 ans	226,87 €	
3	680 / 566	3 ans	Ancienneté Acquise	3	701 / 582	74,08 €	723 / 598	74,08 €	3 ans	148,16 €	
2	651 / 544	3 ans	2/3 Ancienneté Acquise majoré de 6 mois	2	668 / 557	60,19 €	688 / 572	69,45 €	2 ans	129,64 €	
1	625 / 524	2 ans	Ancienneté Acquise	1	642 / 537	60,19 €	659 / 550	60,19 €	2 ans	120,38 €	

Echelons	Cadre de Santé Ancienne grille	Durée moy.	Conditions de passage	Echelons	Cadre de Santé paramédical nouvelle grille					
	Indice brut / Indice majoré				29 décembre 2012	Gains	1 ^{er} juillet 2015	Gains	Durée moyenne	Gains Totaux
					IB / IM		IB / IM			
				11	770 / 634			801 / 658		
8	740 / 611		Ancienneté Acquise	10	747 / 617	27,78 €	773 / 636	87,97 €	3 ans	115,75 €
7	664 / 554	4 ans	Si + 3 ans : Ancienneté Acquise	9	712 / 590	166,69 €	742 / 613	106,49 €	3 ans	273,18 €
			Ancienneté Acquise	8	686 / 570	74,08 €	712 / 590	92,60 €	3 ans	166,68 €
6	627 / 526	4 ans	3/4 de l'Ancienneté Acquise	7	646 / 540	64,82 €	682 / 567	125,01 €	3 ans	189,83 €
5	589 / 497	3 ans	Si 1 an et 6 mois : 2 fois l'Ancienneté Acquise	6	614 / 515	83,34 €	649 / 542	125,01 €	3 ans	208,35 €
			2 fois l'Ancienneté Acquise	5	593 / 500	13,89 €	617 / 518	83,34 €	2 ans	97,23 €
4	558 / 473	3 ans	2/3 Ancienneté Acquise	4	562 / 476	13,89 €	584 / 493	78,71 €	2 ans	92,60 €
3	520 / 446	2 ans	Ancienneté Acquise	3	524 / 449	13,89 €	558 / 473	111,12 €	2 ans	125,01 €
2	480 / 416	2 ans	Si + 1 an : 2 fois l'Ancienneté Acquise	2	505 / 435	87,97 €	527 / 451	74,08 €	2 ans	162,05 €
			Ancienneté Acquise	1	490 / 423	32,41 €	516 / 443	92,60 €	1 an	125,01 €
1	430 / 380	1 an	Sans Ancienneté	1	490 / 423	199,10 €	516 / 443	92,60 €	1 an	291,70 €

Valeur point d'indice : 4.6303 €

Le « C.E.T nouveau » est arrivé

Le décret relatif aux Comptes Epargne Temps dans la Fonction Publique hospitalière est paru le 8 décembre 2012 au journal officiel.

Ce texte introduit des règles différentes pour la gestion des CET.



En effet, à présent deux formules se cumulent :

- **une pour la gestion des CET en « stock »**
- **une pour celle des CET « nouvelle formule »**

Les établissements devront donc, dans certains cas, gérer deux CET par agent dès lors que ce même agent aurait ouvert un CET avant le 31 décembre 2011.

CET « nouvelle formule »

Jours épargnés à compter du 1^{er} janvier 2013 au titre de l'année 2012 dans le nouveau CET

Alimentation du CET par :

- Le report des congés annuels (cinq jours au maximum).
- Le report d'heures ou de jours RTT sans limitation.

- Les heures supplémentaires non récupérées et non indemnisées, sans limitation.

Peuvent ouvrir un CET :

Un agent titulaire et un agent contractuel employé depuis au moins un an de manière continue dans la Fonction Publique Hospitalière. Le fonctionnaire stagiaire ne peut pas ouvrir de CET sauf s'il était auparavant titulaire ou contractuel et disposait d'un CET. Cet agent conserve ses droits mais ne peut pas les utiliser pendant son stage.

Lorsque le nombre de jours comptabilisés en fin d'année sur le CET est inférieur ou égal à 20, l'agent **peut utiliser les droits ainsi épargnés sous forme de congés**.

Lorsque le nombre de jours inscrits sur un CET est supérieur à un seuil de 20 jours, le décret ouvre la possibilité, pour le nombre de jours excédentaires, d'opter :

- pour un maintien sur le CET dans la limite d'un plafond de 60 jours. Le nombre de jours à maintenir à ce titre ne doit pas excéder 10 par an.
- pour une indemnisation de tout ou partie des jours excédentaires à hauteur d'un montant forfaitaire par caté-

gorie statutaire (125 € brut pour la catégorie A, 80 € brut pour la catégorie B et 65 € brut pour la catégorie C) ;

NB : aucune revalorisation de ces CET depuis l'Arrêté du 14 mai 2008 fixant les modalités et les montants d'indemnisation des jours épargnés sur un compte épargne-temps par les agents de la fonction publique hospitalière.

- pour un abondement de tout ou partie des jours excédentaires en points d'épargne retraite additionnelle si le titulaire du compte est un fonctionnaire.

Pour l'utilisation de ces jours excédentaires, l'agent doit exercer un droit d'option au plus tard le 31 mars de l'année suivante et son choix est irrévocable. S'agissant des jours de CET épargnés au 31 décembre 2011 et au titre de l'année 2012, cette option doit intervenir avant le premier jour du sixième mois suivant la publication du présent décret (avant le 1^{er} juin 2013).

En cas de mutation, ce passif, correspondant au nombre de jours restant sur le CET, est transféré au nouvel établissement d'affectation.

En cas de décès du titulaire d'un CET, les ayants droits bénéficient d'une indemnisation des jours épargnés non utilisés.

CET « stock »

Les agents auront à se prononcer sur deux options, au plus tard le 1^{er} juin 2013 pour leur « stock » supérieur à 20 jours au 31 décembre 2011 :

- Les 20 premiers jours demeurent inscrits au CET sous forme de congés.
- Pour tous les jours inscrits à compter du 21^{ème} jour :

1^{ère} Option :

■ **L'agent doit opter dans les proportions qu'il souhaite, pour :**

- La prise en compte des jours au régime de la **Retraite Additionnelle de la Fonction Publique** (option uniquement réservée aux personnels fonctionnaires).

Valeur du point RAFP 2012 : 1,0742 Euros

Nombre de points acquis par cette cotisation :

Cadre A :
119,80€ : 1,0742€ (valeur du point d'achat RAFP) = à environ 111 pts

Cadre B :
76,64€ : 1,0742€ (valeur du point d'achat RAFP) = à environ 71 pts

Cadre C :
62,28€ : 1,0742€ (valeur du point d'achat RAFP) = à environ 58 pts

Montant du supplément de la rente RAFP annuelle brute envisageable sur la base des valeurs au 1^{er} janvier 2012 pour une journée* :

Cadre A : 111 points X 0,04378€ (valeur de service du point) = 4,85 €

Cadre B : 71 points X 0,04378€ (valeur de service du point) = 3,10 €

Cadre C : 58 points X 0,04378€ (valeur de service du point) = 2,53 €

NB : La valeur du point RAFP augmente chaque année (indexée sur le coût de la vie). La valeur de service du point baisse chaque année suite à la réforme des retraites de novembre 2010.

*Calcul similaire RAFP pour le CET nouvelle formule.

- L'indemnisation des jours :

Catégorie A : 125 Euros brut

Catégorie B : 80 Euros brut

Catégorie C : 65 Euros brut

Qu'il s'agisse du RAFP ou de l'indemnisation, le versement s'effectue à hauteur de 4 jours par an ou si la durée du versement est supérieure à quatre ans, en 4 fractions annuelles d'égal montant.

En cas de cessation de fonction, le solde éventuel est versé à l'agent à la date de la cessation des fonctions.

- Le maintien de tout ou partie des jours inscrits sur CET au 31 décembre 2011.

Absence d'option au 1^{er} juin 2013 : Seuls les 20 premiers jours demeurent sur le CET. A compter du 21^{ème} jour, s'appliquent uniquement le transfert sur le RAFP (titulaire) ou l'indemnisation (titulaire ou non titulaire CDD/CDI).

2^{ème} Option :

- Choisir de rentrer dans le nouveau régime du CET.



Articulation entre CET « stock » et jours de l'année 2012 :

L'agent pourra, au titre de l'année 2012 demander l'enregistrement de jours, dans le cadre des nouvelles modalités.

Cet agent conservera un CET « stock » et un CET « nouvelle formule ».

Congés annuels des agents

Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 modifie le décret 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents de la FPH.

Ce décret introduit la possibilité d'utiliser les RTT et les jours issus du CET.

Ainsi, l'article 2 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'autorité investie du pouvoir de nomination ou son délégataire arrête le tableau prévisionnel des congés annuels, après consultation des agents concernés et **sous réserve des nécessités de service**, et met ce tableau à la disposition des intéressés au plus tard le 31 mars de l'année considérée.

« Sur la base de ce tableau, la même autorité organise la prise des jours de congés sur certaines périodes de l'année ou, le cas échéant, au sein des cycles de travail arrêtés en application de l'article 9 du décret no 2002-9 du 4 janvier 2002.

« Pour cette prise de congés, **l'agent peut utiliser des jours de congés annuels ou des jours de réduction du temps de travail. Il peut également y adjoindre des jours accumulés sur son compte épargne-temps.**

« L'autorité mentionnée au premier alinéa permet à chaque agent de bénéficier de trois semaines de congés annuels

consécutives durant la période d'été, sauf contrainte impérative de fonctionnement du service.

« Les agents chargés de famille bénéficient d'une priorité pour le choix des périodes de congés annuels. »

Pour aller plus loin

CET, un placement à taux d'intérêt fluctuant

Aux jeux des questions/réponses, la complexité du texte sur les comptes épargne temps va entraîner une liste non exhaustive d'interrogations, c'est pourquoi l'équipe CNI va tenter, ci-après, de vous éclairer à partir de situations concrètes.

La première règle reste que l'ouverture d'un CET est uniquement une démarche volontaire des agents et il ne doit pas être une alternative à la pénurie de personnels et à un défaut d'organisation des services ne nous permettant pas de prendre nos CA et/ou RTT.

Il doit correspondre à un projet personnel.

Le stock, c'est quoi ?

Ce sont les jours épargnés avant le 31 décembre 2011... Mais attention car la solution sera différente que vous ayez plus ou moins 20 jours de capitalisés.

- CET « stock » supérieur à 20 jours : Les 20 premiers jours demeurent inscrits au CET sous forme de congés.
- Pour tous les jours inscrits à compter du 21^{ème} jour



vous pouvez opter pour (**Option à formuler avant le 01/06/2013**) :

- La prise en compte des jours au régime de la Retraite additionnelle de la fonction publique.
- L'indemnisation des jours.
- Le maintien en jours de congés.

QUESTIONS / RÉPONSES

Question : J'ai 70 jours en CET, puis je panacher selon les 3 possibilités offertes ?

Réponse : Oui, vous avez l'obligation de maintenir en congé 20 jours minimum. Les 50 jours restants peuvent être indemnisés pour une partie, convertis en points retenir à concurrence de $\frac{1}{4}$ par an et sur 4 ans pour une autre.

Question : Je suis titulaire et je n'exprime pas mon droit d'option au 1^{er} juin.

Réponse : Dans ce cas de figure, si vous êtes titulaire vous serez relancé afin de vous positionner pour une conversion sur le RAFP ou une indemnisation. Les contractuels (CDI, CDD) seront systématiquement informés qu'ils seront indemnisés. En tout état de cause, vos droits à en bénéficier en congés seront perdus.

Question : Sur quelle base seront établies mes cotisations ?

Réponse : Si vous choisissez l'option retraite additionnelle de la fonction publique, sur la base de la catégorie à laquelle vous appartenez à la date de l'option.

La Valeur du point RAFP 2012 est de : 1,0742 Euros

- Catégorie A : environ 111 points par jour,
- Catégorie B : environ 71 points par jour,
- Catégorie C : environ 58 points par jour.

Ces points ne sont pas imposables lors de la souscription ni soumis à l'impôt sur le revenu.

Question : Sur quelle base serais-je indemnisé ?

Réponse : Si vous choisissez l'option paiement, l'indemnisation des jours sera réalisée sur la base brute de la catégorie à laquelle vous appartenez à la date de l'option.

Soit :

- catégorie A : 125 Euros,
- catégorie B : 80 Euros,
- catégorie C : 65 Euros

Ces sommes seront soumises à cotisations et à l'impôt sur le revenu.

Elles seront payées à hauteur de 4 jours par an jusqu'à épuisement du solde, ou $\frac{1}{4}$ de la totalité de votre CET Stock sur 4 ans.

Question : Je pars à la retraite en 2015 et j'ai un CET ayant dépassé les 60 jours. Puis-je en bénéficier en congés dans sa totalité au moment de mon départ ?



Réponse : Oui, vous pourrez à condition de vous positionner au 01/06/2013 et de renouveler votre option au moment de vos démarches. De même, vous pouvez cumuler vos deux CET.

Question : Je pars à la retraite en 2015 et j'ai un CET ayant dépassé les 60 jours. Puis-je en panacher le bénéfice au moment de mon départ ?

Réponse : Oui, vous pourrez à condition de vous positionner au 01/06/2013 et de renouveler votre option au moment de vos démarches. Le solde sera régularisé au moment du départ dans sa totalité en fonction de votre option.

Question : Mon père est en soins palliatifs, puis-je débloquer mon CET ?

Réponse : Oui, vous pouvez le demander à l'issue d'un congé de solidarité familiale.

A l'issue d'un congé de maternité, paternité, adoption, solidarité familiale, le bénéfice des droits à congé est exercé de plein droit.

Question : Je mute, vais-je percevoir la totalité de mon CET ?

Réponse : En cas de mutation, 2 possibilités s'offrent à vous : Vous devez cependant respecter le cadre réglementaire :

- 1^{er} cas : vous décidez de tout écouler et formulez votre option au moment de vos démarches : 20 jours sont à écouler en congés, le reste selon votre choix vous sera soldé en une seule fois.

- **2^{ème} cas** : versement de la totalité à votre établissement d'accueil où vous pourrez exercer vos droits acquis le moment venu.

L'agent conserve les droits acquis en cas de changement d'établissement, de détachement ou de mise à disposition.

Question : Je démissionne

Réponse : Dans ce cas, 20 jours seront à positionner en congés, le solde au-delà vous sera versé en une seule fois.

2012 - année transitoire : deux CET pour le prix d'un !

Les CET provisionnés au titre de l'année 2012 seront un CET « nouvelle formule » et se cumuleront avec l'ancien. Ils seront différenciés seulement par la date.

QUESTIONS / RÉPONSES

Question : J'ai placé un objectif de 15 jours au total sur mon CET 2012, vais-je perdre 5 jours ?

Réponse : Non, mais la question de l'abondement au CET Stock est posée à la DGOS.

- Ces jours CET seront bien entendu pris en compte dans un cadre non encore déterminé, mais ne devons en aucun cas être perdus.

CET « Nouvelle formule » à compter de 2012

Le droit d'option est identique à celui du stock à la date butoir annuelle fixée au 31/03 de l'année N+1 avec de nouvelles règles : un maximum d'épargne à 10 jours / an et un plafond à 60 jours dans la totalité du CET. Les 20 premiers jours demeurent inscrits sous forme de congés.

QUESTIONS / RÉPONSES

Question : Puis je cumuler mes deux CET et combien de jours de congés suis-je obligé de conserver ?

Réponse : Oui, 40 jours seront à écouler en congés.

20 jours du « stock »

20 jours de la nouvelle formule.

Question : Est-ce que je peux changer d'avis car j'ai des problèmes ?

Réponse : Non, votre droit d'option est irrévocable quel qu'il soit. Vous le modifierez l'année suivante avant le 31/03.

Question : Mon cadre me refuse le mois d'août en CET à la suite de mes congés annuels de juillet ? Est-ce normal ?

Réponse : Vous pouvez effectivement cumuler des jours CET aux congés annuels mais votre encadrement peut émettre une réserve pour nécessité de service.

Question : J'ai effectué des heures supplémentaires, combien puis-je en déposer sur mon CET ?

Réponse : Vous pouvez placer ces heures si elles n'ont pas déjà fait l'objet d'une récupération ou d'une indemnisation.

Question : Je souhaite ouvrir un CET à compter de 2013. Quand pourrais-je me le faire payer ?

Réponse : Par exemple : vous y déposerez maximum 10 jours en 2013, maximum 10 jours en 2014 ; ceux-ci vous ne pourrez les récupérer qu'en congés. En 2015 vous continuerez à déposer 10 jours, puis avant le 31/03/2016 vous pourrez faire la demande de vous faire payer **10 jours et seulement 10 jours**, et ainsi de suite toutes les années si vous le souhaitez.

Un décret une fois de plus très attendu, un battage médiatique conséquent, pour aboutir à un texte qui apparaît bien complexe et décevant.

La rémunération des jours épargnés est loin d'être à la hauteur de la valeur de notre travail, la valeur forfaitaire n'a même pas été révisée depuis 2008 !

Mais derrière les difficultés de lecture, la réalité reste très visible.

Les moyens ne sont pas au rendez-vous !

Les nouvelles modalités du compte épargne-temps

Publication au journal officiel du 8 décembre 2012 :

- **du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012** modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels dans la fonction publique hospitalière,
- **de l'arrêté du 6 décembre 2012** pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière
- **RAFP** : Dans le cadre de la réforme des retraites menée en 2003, il a été institué en faveur des fonctionnaires des trois fonctions publiques (d'Etat, territoriale et hospitalière) un régime obligatoire, par points, permettant d'acquérir une retraite à partir de cotisations acquittées sur la base des rémunérations accessoires au traitement indiciaire : le régime de Retraite Additionnelle de la Fonction Publique (RAFP).

Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites

Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

Décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique

Décret n° 2008-327 du 7 avril 2008 modifiant le décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique

Décret n° 2008-964 du 16 septembre 2008 relatif aux modalités de prise en compte dans la retraite additionnelle de la fonction publique de l'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat

Arrêté du 26 novembre 2004 portant application du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique

Arrêté du 5 janvier 2005 fixant les modèles de formulaires, guides d'utilisation et notice explicative des déclarations annuelles des données sociales pour l'année 2004

Arrêté du 20 décembre 2005 relatif aux règles comptables applicables à l'établissement de retraite additionnelle de la fonction publique et modifiant l'arrêté du 26 novembre 2004 portant application du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique

Arrêté du 18 août 2006 modifiant l'arrêté du 26 novembre 2004 portant application du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique

Décret n° 2012 du 6 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne temps et aux congés annuels dans la Fonction Publique Hospitalière.

Arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 et 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne temps dans la Fonction Publique Hospitalière.

Le « C.E.T. nouveau » est arrivé



La Mutualisation de tous les dangers

Les hôpitaux, étreignés par les contraintes budgétaires, multiplient les restructurations pour économiser, rentabiliser le service rendu au patient. Dans cette jungle de réorganisations, certaines structures hospitalières se sont transformées en véritable laboratoire pour tester des « modèles de fonctionnement » à l'échelle humaine. Au CHU de Poitiers, l'expérimentation porte le nom de « mutualisation ».



L'annonce d'une mutualisation

La mutualisation, un terme nouveau qui sonne l'inconnu. Réunir des spécialités aussi différentes que la chirurgie viscérale, l'urologie et l'endocrinologie représente un choc pour les équipes soignantes. Suite à l'annonce de ce bouleversement, de nombreuses réactions s'en suivent : questionnements divers, colère, rébellion, phases de déprime. Entre l'auto-persuasion de nos managers et le scepticisme des soignants, l'acceptation d'un tel changement relève bien du défi pour certains et de l'absurdité pour d'autres. C'est bien le mélange de la chirurgie et de la médecine qui est au cœur des débats, 2 disciplines totalement opposées avec peu de points communs en termes d'organisation. Il est donc décidé de faire une aile d'hospitalisation traditionnelle et une aile d'hospitalisation de semaine et d'y mélanger les 3 disciplines sur lesquelles le personnel évoluera. Toute l'organisation est à penser, l'équipe soignante chamboulée dans ses effectifs doit faire preuve d'une

adaptabilité de taille pour se former aux autres disciplines. Cet éclatement a pour conséquence de déstabiliser les soignants habitués à leurs équipes et leurs spécialités respectives.

Le coaching au service du choix « imposé »

Des entretiens individuels sont mis en place pour connaître les desideratas de chacun (adhésion au projet de mutualisation, demande de mutation ou autres souhaits), laissant croire à une certaine considération pour constater que les choix sont déjà plus ou moins faits en amont. En effet, pour constituer une nouvelle équipe, il faut prévoir du personnel expérimenté dans chaque discipline afin de mélanger et d'équilibrer les savoirs. Bien entendu, ce projet est imposé au personnel qui doit s'investir activement pour un bon déroulement, sans connaître au préalable sa



viabilité. A travers ce changement, il est donc attendu de l'équipe soignante une adaptation à toute épreuve. De ce fait, un coaching quasi journalier a été effectué par les cadres. Les arguments les plus cités étant les grandes qualités professionnelles de chacun, la nécessité de « lâcher prise », la patience parce que l'adaptation va être longue, la « chance » de vivre cette expérimentation unique. Et qu'importe, si dans la période d'adaptation « un soignant oublie un soin ou manque de temps pour en effectuer un autre... du moment que l'erreur ou la faute ne porte pas préjudice au patient » ! Comme si ce préjudice était programmable ou évitable ! En réalité, ce coaching, plus proche de la méthode Coué, a pour objectifs de déculpabiliser les soignants et de limiter ainsi les arrêts maladies qui augmentent. La hiérarchie peut ainsi se rassurer ou peut-être essaie-t-elle simplement de s'auto-persuader du bien fondé de cette mutualisation.

De la théorie à la pratique

L'encadrement accompagne le personnel des 3 spécialités pour acquérir les compétences dans ces 3 disciplines. Des cours dispensés par le corps médical et paramédical sur 4 mois sont proposés pour « sensibiliser » les soignants. Sur un plan pratique, les professionnels sont également sollicités pour se former entre eux, sur le terrain, avec le peu de temps alloué dont ils disposent. Le timing pour s'approprier ce changement est des plus serré. Une énergie et un investissement supplémentaire sont donc demandés aux agents pour qu'ils se forment à ces disciplines « imposées », leur demandant une disponibilité sans faille. Une

pression est exercée par la Direction qui reporte sa propre responsabilité sur l'encadrement qui elle-même transpose cette pression sur l'ensemble des agents. De ce fait, tout défaut de prise en charge sera imputable à l'agent s'il n'a pas assisté aux formations dispensées... peu importe ses raisons, les difficultés professionnelles ou personnelles qu'il a rencontrées. Les informations les plus diverses circulent et de nombreux questionnements émergent pendant cette phase latente de mise en place. Le fait qu'il s'agisse d'un service « pilote » en la matière est exprimé. L'expérimentation de l'encadrement concernant cette fusion est très palpable et génère chez les soignants des moments de doute, d'angoisse et potentialise le stress.

Des groupes de travail se créent ensuite mettant en commun les différentes pratiques afin de pouvoir définir une organisation commune. Comme pressentie, cette nouvelle organisation s'avère difficile, le travail entre chirurgie et médecine étant très différent, tant dans l'organisation que dans la prise en charge des patients. Quel est le point commun entre une éducation diabétique et un retour de bloc de chirurgie viscérale ? Dans les faits, la polyvalence demandée par cette restructuration s'apparente davantage à un grand écart. Il faut travailler vite car le temps est limité pour la réflexion. Le travail est bien différent entre ces deux situations, ce qui demande de surcroît des compétences bien distinctes. Mais qu'importe, il faut se lancer... Le mot d'ordre est à présent la polyvalence. Chaque soignant doit être capable d'intégrer une spécialité avec le peu de formation qu'il a suivi et de travailler avec une cadence bien plus importante.

Que devient le soignant ?

Le constat à travers cette mutualisation est que le personnel se retrouve « mutualisé » dans une grande souffrance. De nouvelles disciplines sont imposées aux soignants sans tenir compte de leur projet professionnel. Quant à la charge de travail, elle se révèle très déséquilibrée. L'activité se répartie sur une aile d'hospitalisation de semaine (avec les 3 spécialités) où sont regroupés géographiquement tous les patients les moins « lourds » (en termes de soins et de pathologies). Concernant les patients les plus « lourds », ils se retrouvent concentrés dans l'aile d'hospitalisation traditionnelle laissant une charge de travail insupportable. Antérieurement, chacun des services assurait indifféremment l'hospitalisation traditionnelle et de semaine équilibrant ainsi la charge de travail. A la demande des médecins et chirurgiens et pour une meilleure organisation des soins, une sectorisation par spécialité est créée. Le nombre de lits d'une spécialité à l'autre s'en trouve complètement différent : par exemple, 12 lits de « viscérale » contre 9 lits d'endocrinologie dans l'aile d'hospitalisation traditionnelle, la charge de travail se trouvant ainsi mal répartie. Mais, au final, cet aménagement n'est pas respecté car il dépend de l'activité de chacune des spécialités. Les 3 disciplines sont inévitablement mélangées au sein d'un même secteur imposant une polyvalence permanente avec une activité de chirurgie viscérale prédominante. Chaque équipe médicale organisant sa propre visite, la planification des soins est constamment perturbée. Ce

dysfonctionnement impose donc une adaptabilité à toute épreuve, majore le stress et génère un sentiment d'insécurité au travail au regard des responsabilités engagées.

Qu'en est-t-il de la qualité de prise en charge des patients ?

La non-maîtrise des soins et des connaissances concernant les 3 spécialités expose le personnel à des difficultés d'exercice et le patient à une prise en charge défectueuse. Comment peut-on éduquer un diabétique lorsqu'on ne connaît pas soi-même spécifiquement les tenants et les aboutissants de cette pathologie ? Les défauts de prise en charge, les erreurs ou les oublis sont réels et inévitables compte tenu des circonstances. L'éducation thérapeutique en subit clairement les conséquences. Le suivi du diabétique au sein de l'établissement n'est plus assuré avec sécurité.

Un travail parasité qui nuit à la concentration

Cette fusion occasionne également des bruits environnants quasi-permanents au sein des unités de soin (sur-tout l'hospitalisation traditionnelle) avec des va-et-vient

du personnel médical, des soignants et des différents intervenants. Comment peut-on, dans ces conditions, garder toute la concentration nécessaire à une prise en charge efficiente du patient ? La pression et la fatigue sont ainsi permanentes pour les soignants avec des risques encourus pour les patients. Enfin, sur le plan de la « circulation », les chariots et autres matériels encombrant les couloirs, nuisent, faute de place, à la sécurité des lieux, des personnels et des patients. Effectivement, lorsque 3 disciplines sont regroupées, le matériel inhérent à chacune d'elles s'en retrouve multiplié.

Conditions de vie au travail ou bien conditions de survie ?

Indépendamment de la prise en charge désastreuse du patient, l'insécurité se reporte sur le personnel qui n'a plus les moyens d'assumer sa responsabilité. Les soignants travaillent avec la peur au ventre, peur de commettre l'erreur de trop et de devoir faire face à l'irréparable. Comment garder sa motivation dans de telles conditions ? Le patient et la patience ont leurs limites...

Chacun déplore avec agacement le manque de personnel en poste, en repensant au discours des cadres, relayant le message de la Direction, faisant miroiter les moyens humains à la hauteur : « On a mis le paquet ! ». Mais, au chevet du patient, le nombre d'infirmières et d'aides-soignantes



82



s'avère insuffisant. L'encadrement a, cependant, bien constaté de réelles difficultés de fonctionnement avec une importante charge de travail. Le manque d'expérience légitime dans certaines disciplines, le défaut d'organisation transitoire ou encore le temps d'adaptation ne sont plus des arguments recevables car cette expérimentation est en place depuis déjà plus de 6 mois.

Du fait d'un turn-over important, l'équipe, fraîchement en place, est obligée de former les nouvelles recrues sans avoir, elle-même, l'expérience adéquate. Cette équipe mutualisée est donc devenue une simple association de soignants anonymes. Une « cohésion » est de ce fait très difficile. A ce stade, parler de la souffrance ne résout pas la souffrance. La prévention n'a plus sa place car le mal est installé. Le seul traitement est à présent curatif et le remède, tout le monde le connaît... C'est l'arrêt immédiat de cette expérimentation.

Où est passée la reconnaissance ?

Enfin, arrivent les remerciements de la Direction... Lors des notations annuelles, l'annonce d'1/4 de point supplémentaire est faite à tous les agents afin de les remercier d'avoir adhéré à cette fusion et de s'être investi avec beaucoup d'énergie. Une bien maigre reconnaissance quand on pense que ce quart de point représente seulement 30 euros pour une telle galère !

La fuite des compétences une issue inéluctable

Le résultat est sans appel. L'association médecine-chirurgie ne fonctionne pas. L'endocrinologie, la « bête noire »,

est pointée du doigt. Les difficultés pour éduquer les patients diabétiques se font ressentir par manque d'expérience de la part de l'équipe en place et les tests sanguins spécifiques s'avèrent très complexes. Les professionnels rodés à l'exercice ont quitté pour la plupart le navire. Comment retrouver le niveau d'expertise antérieur après cette fuite de compétence ? La polyvalence n'a-t-elle tout simplement pas atteint ses limites ? La spécialisation ne concerne-t-elle que les médecins ?

Mutualisation, suite et fin ?

Suite à tous ces dysfonctionnements (le mot est faible), l'annonce d'une éventuelle « démutualisation » est à présent évoquée pour remettre la spécialité d'endocrinologie dans un environnement moins « hostile ». En attendant, il est décidé de créer un poste d'éducation thérapeutique afin de pallier aux effets aussi indésirables... que prévisibles. Ce poste est, pour le moment, en attente de création car une évaluation de la charge de travail va être mise en œuvre courant janvier 2013 (par l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, à la demande du CHSCT). La mutualisation entame sa phase d'agonie en attendant les résultats de l'enquête. Si « gouverner, c'est prévoir », s'entêter c'est peut-être mourir avec ses prétentions.

Sophie BERLAND
Stéphane DÉRÈS

IDE CNI de la Vienne

Le SSIAD, un service de proximité

Définition et missions¹

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont des services médico-sociaux qui apportent, aux personnes âgées et aux personnes adultes handicapées, des prestations de soins, à domicile. À ce titre, les SSIAD sont soumis aux droits et obligations de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, notamment au regard de l'autorisation de création et des modalités de tarification.

Un SSIAD est une structure gérée soit par une association, soit par une fondation, soit par une mutuelle (en 2008, 63 % des gestionnaires de SSIAD sont des organismes privés à but non lucratif), soit par des organismes ou établissements publics (37 %). Il participe, sur prescription médicale, au maintien à domicile des personnes en offrant des prestations paramédicales (infirmières et/ou aides-soignantes) coordonnées avec celles des autres intervenants à domicile. La catégorie de patients pris en charge par le service, nécessite sur le plan des soins une aide pour effectuer les actes essentiels de la vie courante (hygiène, mobilisation, prévention et parfois des actes infirmiers (pansements, injections,...)).

Leur mission est de prodiguer des soins

- aux personnes âgées de plus de 60 ans,
- aux personnes adultes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de certaines pathologies chroniques (sclérose en plaque, maladie de Parkinson ...) depuis 2004.

Les SSIAD interviennent pour le maintien de l'autonomie des personnes en situation de dépendance ayant fait le choix de rester à leur domicile. Mais, ils interviennent parfois dans des établissements non médicalisés pour personnes âgées ou pour personnes adultes handicapées.

Le service a pour objectif

- d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation ou une admission en institution,
- de prévenir ou de retarder la dégradation progressive de l'état de santé et de dépendance des personnes âgées,
- de permettre à la personne malade ou dépendante de bénéficier dans son cadre de vie habituel, des prestations d'une équipe pluridisciplinaire et de permettre le choix de vie au domicile,



- de faciliter un prompt retour à domicile après hospitalisation,
- de répondre au souhait de passer ses derniers jours au milieu des siens.

Pour assurer ces missions, les SSIAD ont recours à des personnels salariés

- au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins,
- des aides-soignants ou des aides médico-psychologiques qui assurent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins d'hygiène et de confort. Ils apportent un soutien psychologique au patient et à son entourage et l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

A cela peut s'ajouter d'autres auxiliaires médicaux-sociaux, en fonction des besoins (kinésithérapeute, podologue, aides ménagères...).

Les infirmiers intervenants sont soit salariés du service, soit des infirmiers libéraux conventionnés ou de centres de soins infirmiers qui facturent leurs interventions aux SSIAD.



des patients souffrant de maladies neuro-dégénératives. Ainsi, de nouveaux métiers sont apparus comme les assistants de soins en gérontologie.

Le rôle de l'infirmier coordonnateur²

L'infirmier coordonnateur est un infirmier diplômé d'état. Il est garant de la qualité et de la continuité des soins et de la mise en œuvre du projet d'établissement et/ou de service. Il n'existe actuellement aucun diplôme reconnu d'infirmier coordonnateur. Les SSIAD ont l'obligation de salarier un infirmier coordonnateur sans que la qualification de cadre de santé en santé publique soit exigée pour exercer cette fonction.

Le Code de l'action sociale et des familles spécifie que son rôle est d'assurer les activités de coordination telles que l'accueil des bénéficiaires et de leur entourage, l'évaluation des besoins de soins au moyen de visites au domicile des bénéficiaires afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins, la coordination des professionnels de santé du SSIAD (infirmiers, aides-soignants et autres), les activités de gestion et d'administration du service, la coordination avec les acteurs locaux intervenant dans la prise en charge des populations cibles. En tant que de besoin, l'infirmier coordonnateur peut également exercer des activités de soins auprès des usagers du service (article D. 312-3).

Dans le cadre du Plan Alzheimer, les SSIAD développent également depuis 2009 des « Équipes Spécialisée Alzheimer », afin de prendre en charge les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Des places « renforcées » ont pu être mises en place dans certains SSIAD pour permettre de recruter du personnel formé spécifiquement aux soins et à l'accompagnement

Un travail en réseau avec les autres acteurs du maintien à domicile

L'une des caractéristiques majeures de la réalisation des soins au domicile du patient est le lien nécessaire qui existe entre la prise en charge soignante, la dimension sociale et familiale et le travail en réseau avec d'autres acteurs médico-sociaux, sanitaires ou sociaux.

Parmi les partenaires avec lesquels se coordonnent les SSIAD lors des prises en charge de patients, sont identifiés

- les hôpitaux (par exemple lors des sorties de Soins de Suite et de Réadaptation,
- les Services d'Aide à Domicile (avec lesquels la prise en charge soignante se coordonne souvent),
- les services d'Hospitalisation à Domicile (HAD),
- les Médecins Généralistes (notamment lors de la première prescription et pour le renouvellement),



- les infirmiers libéraux,
- les assistantes sociales,
- les responsables des dossiers d'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie),
- les kinésithérapeutes, podologues, ergothérapeutes,
- les Centres Médico-Psychologiques (CMP),
- les filières gériatriques (comme les réseaux gérontologiques ville hôpital ou les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination),
- les prestataires de matériel médical.

Les modalités d'intervention

Les SSIAD interviennent sur prescription médicale. Les soins sont assurés 7 jours sur 7. Le nombre de passages et le contenu des interventions sont définis selon les besoins de chacun et traduits en un projet de soin individualisé. Le créneau d'intervention horaire est variable selon les structures mais se divise en général par une session de visites en matinée et une session de visites en soirée. Certains SSIAD de nuit ont été créés de manière expérimentale.

Lors de la prise en charge, les professionnels des SSIAD utilisent les documents suivants

- un règlement de fonctionnement,
- un document ou un contrat individuel de prise en charge,

- la charte des droits et liberté de la personne accueillie,
- des questionnaires de satisfaction,
- des documents de transmissions d'informations médicales et paramédicales, sociales et familiales,
- un livret d'accueil,
- des dossiers de soins dans lesquels sont inscrits les informations de suivi de l'état de santé du patient et qui permettent une communication entre les différents intervenants.

Les SSIAD sont majoritairement des services de petite taille (en moyenne 50 places installées en 2008, contre 40 en 2002). Ils ont une capacité comprise entre moins de 10 places et plus de 300 places.

Environ 30 % sont de statut public, gérés par des établissements d'hospitalisation publics ou des centres communaux d'action sociale. Mais le découpage géographique SSIAD, ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ou autre n'implique pas de concurrence territoriale. Chaque structure ayant son territoire propre.

État de santé et perte d'autonomie

Selon le modèle AGGIR³, (Autonomie-Gérontologie-Groupe-Iso-Ressources), dans plus d'un cas sur deux, les patients sont grabataires ou déments.

Les patients indépendants (GIR 6) ou ne nécessitant au plus qu'une aide ponctuelle pour la toilette ou les activités domestiques (GIR 5) ne constituent, comme on pouvait s'y

attendre, qu'une fraction très faible de la population prise en charge par les SSIAD. La quasi-totalité des patients sont donc dépendants. Ils se répartissent à parts égales entre les deux GIR les plus lourdement dépendants (1 et 2) et les GIR intermédiaires (3 et 4).

Le financement et la tarification

Le coût financier d'un SSIAD est entièrement pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie, dès lors que la demande de soins, prescrite par le Médecin, est acceptée.

En comparaison, on peut ramener le prix de journée en SSIAD entre 30 et 32 euros, alors que celui de l'HAD (hospitalisation à domicile) est estimé en moyenne à 186 euros (CHU de Poitiers).

Les frais afférents aux soins à domicile dispensés par les SSIAD sont pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins qui tient compte des charges relatives

- à la rémunération des infirmiers libéraux,
- à la rémunération des salariés du service,
- aux frais de déplacement de ses personnels,

- aux charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical,
- aux autres frais généraux du service.

L'allocation et le contrôle des financements dépendent des Agences Régionales de Santé (ARS). L'autorité qui fixe les tarifs des SSIAD (l'ARS) est donc distincte de l'autorité qui verse les crédits (les caisses d'assurance maladie).

La modification de la tarification, qui suit la logique de tarification à l'activité (T2A) développée dans le secteur sanitaire aura un impact sur les missions et le fonctionnement des SSIAD. Celle-ci sera suivie au long cours puisqu'il est prévu que la nouvelle tarification soit appliquée par cinquième. Elle devrait donc être pleinement effective 5 ans plus tard. Les textes réglementaires relatifs aux modifications du modèle économique de fonctionnement des SSIAD auraient dû paraître en 2011 pour une application de la nouvelle tarification au 1er janvier 2012. Cependant, l'ex Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Roselyne Bachelot avait annoncé au congrès de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP) en octobre 2011, que du fait du report de décision sur le financement de la Dépendance, la réforme des SSIAD ne serait pas mise en œuvre en 2012, afin de mettre en place des approfondissements et des ajustements complémentaires⁴.

Marie Dominique AUTEXIER
IDE CNI Poitiers



Bibliographie

1. *Textes de référence : Code de l'action sociale et des familles, notamment les articles : L. 312-1, 6° et 7° du I, R. 314-105, R. 314-137, R. 314-138, R. 314-139, D. 312-1 à D. 312-7-1.*
2. *Le Code de l'action sociale et des familles (article D. 312-3).*
3. *La description des états de santé caractéristiques des différents groupes iso-ressources est issue du modèle Guide d'utilisation du modèle AGGIR, publié par la CNAMTS en janvier 2007.*
4. *Congrès de la FEHAP 5-7 octobre 2011.*

Source :

- Rapport « Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants, sous la direction de Karine Chevreul - URC Eco IDF - Unité de recherche en économie de la santé d'Ile-de-France.
- SSIAD de la Mutualité française Vienne.

La spécificité de la prise en charge de la douleur en santé mentale

« Sois sage, ô ma douleur,
et tiens-toi plus tranquille »

Charles Baudelaire, *Les Fleurs du Mal*

En psychiatrie, la vision des soins somatiques et des soins psychiatriques reste plutôt dualiste : l'approche est parfois morcelante, à l'image de la pathologie des patients. La douleur renvoie pourtant à une notion chère aux professionnels œuvrant en psychiatrie : la subjectivité. Longtemps ignorée, la prise en charge de la douleur est difficile dans une situation où la pathologie psychiatrique occupe le devant de la scène clinique. Cependant, l'existence d'une diminution de la réactivité à la douleur chez le patient atteint d'un trouble psychiatrique peut constituer un facteur de gravité lors de pathologies organiques car elle peut induire un délai de prise en charge et mettre en jeu le pronostic. Nous aborderons l'historique de la douleur en santé mentale, la définition et les mécanismes de la douleur, le contexte législatif et ensuite l'évaluation de la douleur et ses traitements.

1. Historique de la douleur en santé mentale

Sur le plan historique, les observations de la diminution de la perception douloureuse par Pinel, Esquirol et Kraepelin sont nombreuses depuis 1789 : insensibilité au froid, à l'automutilation, aux brûlures. En 1955, l'étude de Marchand affirme qu'il n'y a pas de plainte douloureuse pour 21% des patients ayant un ulcère perforé, 37% des patients présentant une appendicite aiguë et 41% des patients ayant une fracture du fémur. Les hypothèses posées ont été les suivantes : incidence des psychotropes sur la perception douloureuse, perte du sens de la douleur liée à l'évolution de la schizophrénie, la liaison de la molécule de l'haldopéridol aux récepteurs endorphiniques.

De plus, l'angoisse peut constituer un facteur de distorsion de la perception douloureuse. Dans la psychose, les perceptions, les sensations et le vécu de la douleur peuvent être altérés. Certains patients s'automutilent sans présenter de signes de douleur, ou vont même décrire cette expérience comme un soulagement. Des études récentes affirment que les patients schizophrènes ressentent bien la douleur, ayant un système endogène d'inhibition normal, mais qu'ils ne réagissent pas ou que l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou un comportement qu'il faut décoder. Le soignant a parfois l'impression qu'il existe une dissociation dans l'expression de la douleur du patient schizophrène : tantôt il l'ignore, tantôt il l'exprime intensément avec bruyance et insistance auprès de l'équipe.



2. Définition et mécanismes de la douleur

*La souffrance, c'est être mal (émotion),
la douleur, c'est avoir mal (sensation)*

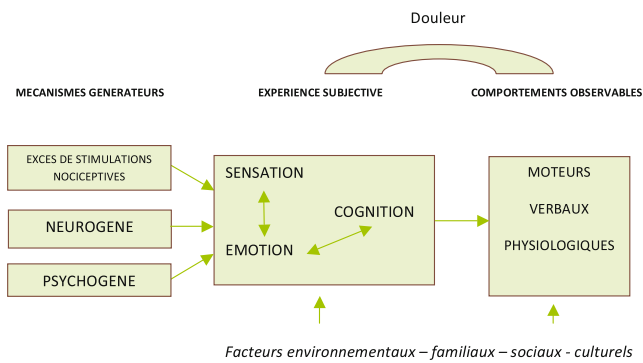
Le consensus actuel représenté par l'IASP (International Association for the Study of Pain) préconise que « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage ». Cette définition légitime les douleurs sans lésion et met sur le même plan les dimensions sensorielles et affectives.

Les différentes composantes de la douleur = notion de souffrance globale ou total pain : « je suis souffrant »

- Composante sensorielle : elle nous informe sur l'intensité, la localisation et la qualité de la douleur,
- Composante affectivo-émotionnelle : elle charge le vécu de la douleur de sa tonalité désagréable,
- Composante cognitive : elle permet de comprendre et d'interpréter la sensation douloureuse,

- Composante comportementale : elle représente l'ensemble des manifestations verbales et non verbales de l'expression de la douleur,
- Composantes socio-économiques, culturelles, ethniques et religieuses.

Modèle pluridimensionnel de la douleur



3 - Contexte législatif

Depuis 1998, différents plans ont décliné les modalités de prise en charge de la douleur.

« Le soulagement de la douleur est un droit fondamental » (loi du 4/3/2).

L'article L.1110-5 du code de la santé publique définit que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ». D'autre part, le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 (article R.4311-2) relatif à la profession d'infirmier précise que l'infirmier « participe à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur, de la détresse physique et psychique des personnes » (compétence d'évaluation de la douleur située dans son rôle propre, sans oublier la mention indispensable dans le dossier de soins infirmiers des résultats de cette évaluation et des suites données au niveau de l'instauration ou de l'adaptation d'un traitement). Dans ce cadre, l'infirmier peut appliquer les protocoles préétablis, écrits, datés et signés par le médecin, le plus souvent somaticien.

La Loi du 9 août 2004 exige que les établissements s'engagent dans une politique de prise en charge de la douleur.

De plus, la certification des établissements de santé (V2010) dégage un certain nombre de pratiques exigibles prioritaires qui doivent être satisfaites dont la prise en charge de la douleur (PEP 12)*.

Cette référence reprend les 4 axes du programme national de lutte contre la douleur : améliorer la prise en charge des populations vulnérables, améliorer la formation des professionnels de santé, améliorer les modalités thérapeutiques, structurer la filière des soins de la douleur, et assurer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient.

4 - Evaluation de la douleur

4.1 Ecoute, observation, échange et communication

La prise en compte de la dimension douloureuse physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être

une préoccupation constante de tous les intervenants. L'évaluation de la douleur repose à la fois sur l'observation clinique mais aussi sur l'utilisation d'instruments d'évaluation.

L'évaluation de la douleur en santé mentale est difficile pour les raisons suivantes :

- comment le patient exprime-t-il son message douloureux (contexte délirant, présence d'hallucinations, hyper expressivité...)?
- comment identifier une situation complexe quand il n'y a pas de verbalisation de la douleur (rôle de l'entourage)?
- y a-t-il une altération des perceptions et du schéma corporel?
- l'équipe est-elle suffisamment formée dans ce domaine?

La première manière d'évaluer la douleur, dans le cadre du recueil de données, est de demander au patient s'il a mal (où, depuis quand, comment?).

L'observation infirmière du langage verbal et non verbal est en effet essentielle car elle définit :

- ce qui se voit (expression faciale, position, mouvements, changement de comportement et d'habitudes),
- ce qui s'entend (vocalisation, verbalisation),
- ce qui se touche (crispation, chaleur),
- ce qui se mesure (TA, FR, FC).

L'infirmier examine régulièrement le corps du patient (prise de constantes, soins d'hygiène), il est de ce point de vue-là l'interlocuteur privilégié dans l'évaluation de la douleur.

4.2 Les échelles d'évaluation de la douleur

A ce jour, il n'existe pas d'échelle d'évaluation spécifique de la douleur en santé mentale.



En revanche, on distingue les échelles d'évaluation pour les patients communicants et celles pour les patients non communicants.

Pour les patients communicants verbalement, on propose une auto-évaluation :

- Schémas topographiques,
- EVA (échelle visuelle analogique), EVS (échelle verbale simple),
- Faces pain scale.

Pour les patients non communicants verbalement ou présentant des troubles de la communication, il s'agit alors d'hétéro-évaluation :

- Doloplus 2,
- EDAAP : évaluation de la douleur adolescent ou adulte polyhandicapé,
- Echelle construite à partir des échelles de San Salvador.

5- Les moyens thérapeutiques : les traitements médicamenteux et non médicamenteux

Concernant les traitements médicamenteux :

- Antalgiques périphériques,
- Antalgiques centraux faibles,
- Antalgiques centraux puissants,
- Anesthésie de contact (pour les ponctions veineuses par exemple),
- Utilisation du mélange Equimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène en inhalation (douleurs induites par les soins type sutures, soins d'escarres, soins dentaires).

Les traitements non médicamenteux :

- Kinésithérapie, ergothérapie
- Approche cognitivo-comportementale (relaxation, sophrologie)

En santé mentale, la réponse thérapeutique est graduée et personnalisée : après l'évaluation et l'analyse mises en perspective avec les éléments de compréhension psy-

chiatriques, la douleur est prise en compte par l'équipe soignante et médicale de l'unité de soins. En outre, il est indispensable d'effectuer la liaison avec les médecins somaticiens et les spécialistes de la douleur.

Conclusion et perspectives

La douleur est une expérience subjective et purement personnelle. Dans l'approche globale en santé mentale, la douleur est un phénomène multidimensionnel et multifactoriel et sa prise en charge est donc nécessairement pluridisciplinaire. La douleur fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient en santé mentale, au même titre que la nutrition, la prise en compte des facteurs de risque (syndrome métabolique), l'examen clinique. Cette approche participe de la disparition de la dichotomie psyché/soma. Ainsi, la prise en charge de la douleur en psychiatrie s'inscrira résolument comme un marqueur de la qualité des soins.

N'oublions pas que « seule la douleur de l'autre reste supportable »

Corinne BOUCHET-PAUL
Cadre Supérieur de Santé
CH Montperrin – Aix en Provence
Novembre 2012

**Prise En charge du Patient page 47 chapitre 2 du manuel de certification des établissements de santé V 2010*

Bibliographie

Ouvrages :

J. D. NASIO « La douleur physique » Petite bibliothèque PAYOT 6 sept 2006

Serge MARCHAND « Le phénomène de la douleur » Comprendre pour soigner MASSON 2009

Le BRETON Anthropologie de la douleur
METZGER-MULLER-SCHWETTA WALTER : Soins infirmiers et douleur : évaluation de la douleur modalités de traitement psychologie du patient MASSON 2001

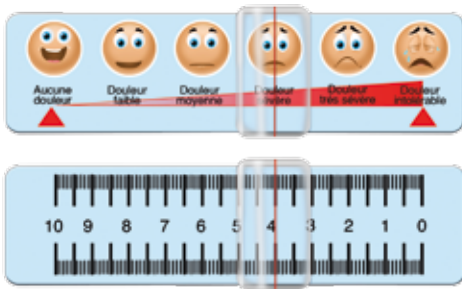
Revue :

Douleur et analgésie : Dossier thématique : douleur et santé mentale Septembre 2011



Les échelles d'évaluation

1. Echelle visuelle analogique



2. L'échelle verbale simple ou EVS

Elle permet d'apprécier la douleur ressentie du patient par paliers. Chaque palier correspond à un score que le soignant demande au patient :

- Absence de douleur : 0
- Douleur faible : 1
- Douleur modérée : 2
- Douleur intense : 3
- Douleur atroce : 4

3. L'échelle numérique : EN

L'échelle numérique consiste à demander au patient de donner une note allant de 0 à 10 à sa douleur ressentie : la note 0 correspond à « pas de douleur » tandis que la note 10 à « douleur insupportable ».

4. Faces pain scale ou échelle des visages



5. Doloplus

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :	Prénom :	DATES		
Service :				
Observation comportementale				
RETENTISSEMENT SOMATIQUE				
1. Plaines somatiques	pas de plainte plaintes uniquement à la sollicitation plaintes spontanées occasionnelles plaintes spontanées continues	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle position antalgique permanente et efficace position antalgique permanente inefficace	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Protection de zones douloureuses	pas de protection protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Mimique	mimique habituelle mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Sommeil	sommeil habituel difficultés d'endormissement réveils fréquents (agitation motrice) insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR				
6. Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Mouvements	possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL				
8. Communication	inchangée intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) diminuée (la personne s'isole) absence ou refus de toute communication	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation refus partiel de participation aux différentes activités refus de toute vie sociale	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Troubles du comportement	comportement habituel troubles du comportement à la sollicitation et itératif troubles du comportement à la sollicitation et permanent troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
SCORE				

6. EDAAP

		Date :	
		Heures	
RETENTISSEMENT SOMATIQUE			
PLAINTES SOMATIQUES	1. Emissions vocales (langage rudimentaire) et/ou pleurs et/ou cris :		
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle	0	0
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris...	1	1
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations...	2	2
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	2. Attitude antalgique :		
	pas d'attitude antalgique	0	0
	Recherche d'une position antalgique	1	1
	Attitude antalgique spontanée	2	2
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	3. Zone douloureuse :		
	Aucune zone douloureuse	0	0
	Zone sensible localisée lors des soins (visage, pieds, mains, ventre...), nommer :	1	1
	Zone douloureuse révélée par la palpation	2	2
SOMMEIL	4. Troubles du sommeil :		
	Sommeil habituel	0	0
	Sommeil agité	1	1
	Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne)	2	2
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL			
TONUS	5. Tonus :		
	Tonus normal, hypotonique, hypertonique	0	0
	Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	1	1
	Accentuation spontanée du tonus au repos	2	2
MIMIQUE	6. Mimique douloureuse, expression du visage traduisant la douleur :		
	Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle	0	0
	Facies détendu ou facies inquiet habituel	0	0
	Facies inquiet inhabituel	1	1
EXPRESSION DU CORPS	7. Observation des mouvements spontanés (volontaires ou non, coordonnés ou non) :		
	Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle	0	0
	Peu de capacité à s'exprimer et/ou agir de manière habituelle	0	0
	Mouvements stéréotypés ou hyperactifs (si possibilité motrice)	0	0
INTERACTION LORS DES SOINS	8. Capacité à interagir avec le soignant, modes relationnels :		
	Acceptation du contact ou aide partielle lors des soins (habillage, transfert...)	0	0
	Réaction d'appréhension habituelle au toucher	0	0
	Réaction d'opposition ou de retrait	1	1
COMMUNICATION	9. Communication verbale ou non verbale :		
	Peu de capacités d'expression de la communication	0	0
	Capacité d'expression de la communication	0	0
	Demandes intensifiées : attire l'attention de façon inhabituelle	1	1
VIE SOCIALE INTERET POUR L'ENVIRONNEMENT	10. Relation au monde :		
	Intérêt pour l'environnement limité à ses préoccupations habituelles	0	0
	S'ennuie peu à l'environnement	0	0
	S'intéresse et cherche à contrôler l'environnement	1	1
TROUBLES DU COMPORTEMENT	11. Comportement et personnalité :		
	Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle	0	0
	Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypé, auto ou hétéro-agression) passagère	1	1
	Déstabilisation durable (cris, fuite, évitement, stéréotypé, auto ou hétéro-agression)	2	2
TOTAL			



La spécificité de la prise en charge de la douleur en santé mentale

Trophée Roses des Sables

Le trophée Roses des Sables, un défi sportif et humanitaire que nous nous sommes lancées il y a 2 ans lors d'une pause déjeuner au bloc central de l'hôpital nord de Marseille.

Nous, nous sommes 2 infirmières, Alice infirmière de bloc opératoire et Aurélie infirmière tuteur de stage.

Le trophée, 12^{ème} édition cette année, est une compétition 4X4 dans le sud Marocain, 100% féminine. L'objectif étant de rallier l'étape du jour à l'aide d'une carte, d'un road-book et d'une boussole, dans la plus grande tradition des grands raids africains (GPS interdit). Nous avons un véhicule atypique, une Berlingo 4X4 Dangel, gracieusement prêté par le service des transports de l'AP-HM.

En parallèle de ce rallye, des actions humanitaires, de solidarité, d'entraide et de partage sont menées.

Pour participer à ce rallye, mise à part l'inscription, chaque participante doit amener au minimum 25 Kg de dons humanitaires (produits d'hygiène, fournitures scolaires, matériel de puériculture...) au profit de l'association « Enfants du désert ».

A bord de notre Berlingo, nous avons amené environ 100 Kg de dons. Parmi ces dons, se trouvaient des vêtements, du matériel scolaire, mais aussi du matériel médical (un défibrillateur, des pousses seringues électriques et des chauffes sérum).

Au total, grâce à la générosité de toutes les Roses, l'association a récolté 35 tonnes de dons, répartis en fonction des besoins des populations isolées.



Une autre action à laquelle se rallie le trophée, « action solidaire, Croix-Rouge Française », qui a permis de récolter plus de 2000 Kg de denrées alimentaires.

Tout au long du rallye, nous portons les couleurs de l'association : « Cancer du sein, parlons-en ! » une cause, qui touche toutes les femmes de près ou de loin.

Pour la lutte contre le cancer du sein, les 360 Roses du rallye ont formé, au milieu des dunes, un ruban rose humain géant.

Durant 10 jours, les étapes se déroulaient entre dunes, pistes, fesh-fesh, cailloux, rochers, poussière et tempête de sable. La chaleur, la fatigue mais aussi le partage, la solidarité, l'entraide et l'amitié ont été notre quotidien.

Pour résumer notre course, nous n'avons pas eu de galères importantes mais des petits tracassés de tous les jours.

Les pelles, les plaques de désensablage et le compresseur ont été nos fidèles compagnons. Notre plus grosse frayeur, une fissure dans le carter d'huile à 80 Km de l'arrivée. Une réparation de fortune a été confectionnée par les mécanos de l'organisation. Notre plus grande satisfaction est d'avoir terminée l'épreuve avec le véhicule le moins équipé et le plus petit alors que personne ne croyait à notre challenge.

Nous revenons de notre trophée avec des étoiles pleins les yeux, des images pleins la tête et avec une seule envie : repartir... !

Aurélie et Alice
IDE et IBODE AP-HM



LICENCE PRO LOGISTIQUE HOSPITALIERE

Tronc commun 201h

Option au choix

**LOGISTIQUE
HOSPITALIERE**

167h

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
LOGISTIQUE APPLIQUEE
AUX BLOCS OPERATOIRES**

167h

Lieu IUT de Chalon sur Saône
Durée 368h pour le parcours complet
Rentrée Janvier 2014
Rythme 3 jours par mois pendant 18 mois
Pré-requis BAC +2 ou Validation des acquis
Public Professionnels de la santé
Validation Les titulaires du diplôme universitaire de Logistique Appliquée aux Blocs Opératoires suivent uniquement le tronc commun (201h)

Renseignements et inscriptions

Pédagogie agnes.basaille@u-bourgogne.fr
Administratif martine.bailly@u-bourgogne.fr
Toute l'info www.u-bourgogne-formation.fr
Tel : 03 80 39 51 93
Diplôme universitaire : <http://goo.gl/QNBbl>
Licence pro : <http://goo.gl/9JwMN>

DIPLOME UNIVERSITAIRE LOGISTIQUE APPLIQUEE AUX BLOCS OPERATOIRES

167h (Tronc commun 139h + option au choix 28h)

Lieu Université de Bourgogne (Dijon) et CHU (Dijon)
Rythme 3 jours par mois durant 8 mois à partir de janvier 2014 (167h)
Pré-requis BAC +2 ou Validation des acquis professionnels et personnels
Options Deux options sont proposées selon le public
Public 1 Coordonnateurs de blocs ou de plateformes, Cadres de santé, IBODE, IADE, AS, Logisticiens, Assistants Logistique.
Public 2 Régulateurs ou Logisticiens de blocs ou de plateformes, Anesthésistes, Chirurgiens, Ingénieurs Logisticiens, Ingénieurs organisation et méthodes.
Validation Diplôme universitaire de niveau 2 permettant de valider la licence professionnelle « Logistique hospitalière » en suivant uniquement le tronc commun (201h)

UNIVERSITE DE BOURGOGNE



CESEGH

Centre d'Etudes Supérieures en
Economie et Gestion Hospitalière

LA RÉFÉRENCE EN FORMATION POUR LA GESTION HOSPITALIÈRE

- MASTER 2**
Gestion des Établissements de Santé (Niveau 1)
Parcours Management des Établissements Sanitaires Privés
Parcours Management des Établissements Médico-sociaux
- 1 **Diplôme d'Université**
Qualité et Gestion des Risques en Établissements Sanitaires et Médico-sociaux
 - 2 **Diplôme d'Université**
Management Infirmier
 - 3 **Certification Professionnelle**
Gestionnaire de SSIAD (Niveau 2)
 - 4 **Diplôme d'Université**
Management en Imagerie Médicale Libérale
 - 5 **Diplôme d'Université**
Management Stratégique des pôles d'activité hospitaliers **NOUVEAU**
 - 6 **Diplôme d'Université**
Droit et santé **NOUVEAU**

Depuis plus de 20 ans,

le CESEGH est une structure de référence, qui associe enseignants universitaires et professionnels du secteur hospitalier pour répondre aux besoins de formation spécifique à la gestion hospitalière.

CESEGH : Arche Jacques Cœur • 222, place Ernest Granier • CS79025
34965 Montpellier Cedex 2 • Tél : 04 99 13 60 30 • Fax : 04 99 13 60 34
Email : contact@cesegh.fr • Site : www.cesegh.fr

EN PARTENARIAT AVEC :



La CNI, partenaire de la première étude de la MIPS

En mars dernier, la Mutuelle Interprofessionnelle des Professions du Soins et du Social (MIPS), a lancé en partenariat avec la CNI et le SNIA (Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes) son premier sujet d'étude sur « le glissement de tâches et le transfert de compétences dans le milieu infirmier ».



Le glissement de tâches se définit comme l'exécution de certains actes médicaux par des professionnels ne disposant pas des qualifications nécessaires pour les prendre en charge. Il est assimilé à un exercice illégal de la profession et peut être sanctionné pénalement. Le transfert de compétences (ou coopération entre les professionnels de santé) est explicité dans l'article L.4011 – 1 du code de la santé publique. Cette démarche est formalisée par un protocole transmis pour vérification auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) puis auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS). Les infirmiers étant particulièrement concernés par ces modes de fonctionnement, nous nous sommes intéressés à votre vécu afin d'identifier les risques auxquels vous et vos patients peuvent être confrontés. La finalité : faire évoluer votre profession et plus particulièrement les pratiques à risques.

En tant que partenaire historique de la MIPS, l'AIAS (Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soins et du Social) a naturellement apporté sa contribution à cette étude. Ce sont plus de 350 infirmiers adhérents de l'AIAS qui ont participé à cette enquête. Nous les remercions pour leur mobilisation.

Les résultats

- 13 % des professionnels interrogés ne connaissent pas le cadre légal qui régit leur profession ;
- 22 % des infirmiers au fait de la réglementation considèrent qu'ils assument des tâches qu'ils ne devraient pas au regard des textes ;
- les Infirmiers Diplômés d'Etat sont les plus concernés par le glissement de tâches ;
- le glissement de tâches survient principalement dans des situations d'urgence, d'effectif réduit ou lorsque les médecins ou cadres de santé ne sont pas présents (la nuit par exemple) ;
- 14 % des professionnels interrogés sont ou seront concernés par un transfert de compétences ;
- dans 6 % des cas, ce transfert fait l'objet d'un protocole validé par l'ARS ou l'HAS. Dans 71 % des cas, il fait l'objet d'une délégation non formalisée ;

- moins de la moitié des infirmiers concernés par un transfert de compétences a reçu une formation pour assumer ces nouvelles responsabilités ;
- le transfert de compétences est jugé risqué par les infirmiers non concernés par cette pratique ;
- à l'inverse, il est perçu comme une reconnaissance des compétences pour les infirmiers inscrits dans cette démarche.

La limite entre le glissement de tâches et le transfert de compétences est floue dans l'esprit des infirmiers. Or, les

conséquences dans l'une ou l'autre des situations sont bien différentes. Prévenir les risques et favoriser l'exercice serein de votre profession, tels sont les engagements de la MIPS, de l'AIAS et de la CNI.

Pour télécharger le rapport complet de l'étude, rendez-vous sur notre site Internet www.aias.fr.

L'équipe AIAS

Le partenariat entre la CNI et l'AIAS, c'est aussi une garantie Protection Juridique Professionnel à un tarif préférentiel.
Pour plus d'information, contactez-nous au 04 50 45 10 78
(email : aias@wanadoo.fr)

La CNI, partenaire de la première étude de la MIPS



Capital Main Active

Comment travailler sans l'usage d'une main ?

En cas d'accident grave de la main ou d'un membre supérieur, l'AIAS vous protège et vous verse jusqu'à 10 000 € (suivant le barème de prise en charge AIAS)

Protection Juridique

Une garantie en cas de :

- litige avec un employeur ;
- différend avec un organisme social, de prévoyance, de retraite ;

TARIF SPECIAL CNI

28 € / an
 (Protection Juridique et Capital Main Active)

Informations et renseignements :

AIAS - 30, route des Creusettes
 74330 POISY (Annecy)
 Tél : 04 50 45 10 78 - Fax : 04 50 52 73 64
 email : contact@aias.fr

L'AIAS c'est également une responsabilité civile professionnelle adaptée à vos besoins. Contactez-nous. www.aias.fr

Pénibilité ou carrière longue

Conditions pour un départ anticipé

La Loi de réforme des retraites du 9 novembre 2010⁽¹⁾ a modifié le droit à la retraite anticipée pour travail pénible. Désormais, il faudra attendre d'être en incapacité permanente de travail pour prouver individuellement le caractère pénible d'une tâche. Un vieil adage dit pourtant qu'il vaut mieux prévenir que guérir !



Pour bénéficier d'un départ à la retraite anticipé, il faut avoir 60 ans et démontrer que l'agent a eu un travail pénible avec pour preuve :

- soit d'une incapacité permanente d'au moins 20%,
- soit d'une incapacité permanente de 10 à 20%.

Le taux d'incapacité permanente inférieure à 10% n'ouvre pas droit à la retraite pour pénibilité à 60 ans.

Une exposition d'une durée de 17 ans est requise pour que ces facteurs de pénibilité soient pris en compte :

- les manutentions manuelles de charges (R 4541-2 du code du travail),
- les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations,

- les vibrations mécaniques (R 4441-1).
- les agents chimiques dangereux (R 4412-3 et R 441260), y compris les poussières et les fumées,
- les activités exercées en milieu hyperbare (R 4461-1),
- les températures extrêmes,
- le bruit (R 4431-1),
- le travail de nuit (L 3122-29 à L 3132-31),
- le travail en équipe successives alternantes,
- le travail répétitif, caractérisé par la répétition d'un même geste à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

Depuis le 1^{er} novembre 2012, le «Décret Hollande»⁽²⁾ réaménage le dispositif pour les carrières longues. C'est l'application de l'engagement pris par le candidat alors en campagne présidentielle.

Partir à taux plein dès l'âge de 60 ans sera désormais possible si deux conditions sont remplies.

Première condition

Vous pouvez partir dès l'âge de 60 ans si vous avez débuté votre activité avant l'âge de 20 ans. Plus précisément, vous devrez avoir travaillé au moins 5 trimestres avant la fin de l'année civile des 19 ou 20 ans (4 pour ceux nés en fin d'année).

Pour un départ avant 60 ans vous devez avoir débuté votre activité avant l'âge de 16 ou 17 ans.

Seconde condition

En fonction de votre date de naissance, vous devez totaliser le nombre requis de trimestres en durée d'assurance cotisée (41 ans pour la génération née en 1952, 41 ans et 3 mois pour celle née en 1953 et 1954 et 41,5 ans pour la génération née en 1955 et après).

Pour compléter le dispositif, aux 4 trimestres de service national et aux 4 trimestres au titre de la maternité et des accidents du travail (introduit par la réforme du 9 novembre 2010), s'ajoutent désormais 2 trimestres de chômage et 2 trimestres supplémentaires liés à la maternité⁽³⁾.

Les mesures annoncées pour l'application du «Décret Hollande» seront financées par une hausse de 0,1% des cotisations retraites (salariales et patronales) dès le 1^{er} novembre 2012 et de 0,25% au total d'ici à 2017.

Avant la réforme de novembre 2010, les infirmiers de la Fonction Publique Hospitalière pouvaient partir en retraite avant 60 ans. Une majoration d'assurance de 1 an tous les 10 ans leur était accordée depuis la réforme Fillon de 2003 au regard de leur pénibilité professionnelle.

Ceux ayant optés pour le maintien d'une catégorie active maintiennent ce droit à majoration.

Les professionnels ayant fait le choix de la revalorisation salariale intègrent la catégorie sédentaire. Ils perdent le droit à majoration pour un départ en retraite à partir de 60 ans...

Les infirmiers entrant dans la Fonction Publique Hospitalière depuis 2010 n'ont plus accès à la majoration et leurs droits à la retraite ne s'ouvriront qu'à partir de 62 ans. Or, qu'ils aient optés pour une catégorie active ou sédentaire ou qu'ils aient intégrés la FPH après la fin 2010, tous ces professionnels ont toujours les mêmes contraintes d'exercice.

Ces deux réformes permettront à certains, s'ils ont les conditions requises, de partir dès l'âge de 60 ans avec une retraite à taux plein. Mais qu'en sera-t-il pour les autres ?

Des éléments ont été identifiés et permettent d'apprécier objectivement le caractère pénible ou non d'un métier. Parmi eux, figure la fréquence du travail de nuit, la manipulation de produits cytotoxiques comme les chimiothérapies, la manutention de «charges lourdes» ou les horaires décalés. Personne ne conteste le fait que ces éléments caractérisent un travail pénible et sont indissociables de notre profession. Ces critères ne justifieraient-ils pas un départ en retraite anticipé de droit ?

Quelque soit le secteur d'activité, la pénibilité professionnelle infirmière devrait être reconnue tout comme le salaire devrait être en adéquation avec les compétences et les responsabilités. Partir plus tôt et en bonne santé avec une pension de retraite correcte n'est-ce pas une juste reconnaissance ?

Malgré la réforme 2010, l'équilibre financier des régimes de retraite ne sera pas atteint.

(1) Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 : Réforme des retraites.

(2) Décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de vieillesse.

(3) Jusqu'ici, les congés maternité étaient considérés comme «cotisés» à hauteur de deux trimestres par enfant et pour au maximum de quatre trimestres. Les femmes mères de trois enfants se voient attribuer deux trimestres cotisés additionnels.

(4) RTL du 19 décembre 2012.

Régine WAGNER
CNI Aix En Provence

Pour rétablir les comptes, le gouvernement envisage une nouvelle réforme au cours de son quinquennat. Encore un recul de l'âge de départ ? Des cotisations plus élevées ?

Les paramètres choisis devront « être justes » déclare M. Moscovici ministre de l'économie et des finances⁽⁴⁾. Justice sera-t-elle rendue aux professionnels de la filière infirmière ?

**Pénibilité ou carrière longue
Conditions pour un départ anticipé**

LFP INTERIM, EXPERT DANS LES METIERS DE LA SANTE, VOUS PROPOSE DE NOMBREUX POSTES EN INTERIM-CDD-CDI SUR TOUTE LA FRANCE.

I.B.O.D.E. - I.A.D.E. - I.D.E. h/f

- Plateau technique (bloc opératoire, anesthésie, réveil, USIC, SSPI, réanimation, hémodialyse...)
- Soins généraux (chir, ambu, conv, gér, psy, sad...)

Infirmiers D.E. libéraux remplaçants h/f

Elèves infirmiers h/f



LFP - PARIS
01 55 31 90 30

LFP - NICE
04 93 82 48 57

www.lfp-interim.com



Ecole européenne du TOUCHER-MASSAGE

Joël Savatofski

www.ifjs.fr

Pour une relation de soins de qualité, Toucher-massage de bien-être, de confort et de communication.

STAGES SPÉCIAL SOIGNANTS

SOINS GÉNÉRAUX / SOINS PALLIATIFS / PETITE ENFANCE
DOULEUR / BIEN-ÊTRE A L'HOPITAL...

FORMATIONS CERTIFIANTES

FORMATIONS SUR SITE

CATALOGUE GRATUIT SUR DEMANDE

03 80 74 27 57



Salon infirmier, Un rendez-vous incontournable...

En tant que professionnel, nous étions déjà nombreux à considérer l'importance de ce rendez-vous annuel qu'est devenu le Salon Infirmier au fil des ans. Mais, entendre la Ministre de la Santé le qualifier, dans son propos introductif, de « première manifestation paramédicale en Europe » et « de rencontre incontournable du monde de la santé » est plutôt valorisant, tant pour les organisateurs que pour la profession elle-même.

Oui, les infirmiers ne se limitent pas à panser, ils leur arrivent de penser et de se réunir pour partager leur passion et cette 25^{ème} édition du Salon Infirmier qui s'est tenue à Paris, Porte de Versailles du 24 au 26 octobre 2012, en a été la brillante démonstration. Trois journées denses et riches en échanges qui se sont succédées à toute allure.

Salon Infirmier 2012 Quelques chiffres :

90 conférences,
25 ateliers techniques,
200 exposants,
20% de visiteurs en plus !

Le 24 octobre 2012, première journée, a été marqué par la très attendue inauguration du Salon Infirmier par Mme Marisol Touraine. Toute chose étant perfectible, l'équipe CNI décerne pour cette visite ministérielle la mention « en progrès, peut mieux faire » ! En effet, si l'on compare au passage éclair et formel, en fin d'après-midi, de Monsieur Xavier Bertrand pour l'édition 2011, la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales a fait preuve d'une attitude beaucoup plus respectueuse. Arrivée en fin de matinée, elle a pris le temps de s'arrêter sur plusieurs stands, dont celui de la CNI, et d'échanger aux détours des allées au risque de contrarier ses nombreux « bodyguards »...



Elle s'est ensuite rendue à la salle FORUM pour un discours. Son départ fut alors différé par de multiples sollicitations. Nous pouvons cependant déplorer qu'aucun temps d'échanges avec la salle n'ait pu être organisé. Peut-être l'an prochain ?

Focus sur le discours ministériel

La ministre souligne et salue en préambule « l'excellence » de notre travail « qui apporte tant, chaque jour, à la qualité des soins ». Si nous partageons le propos, nous ne pouvons écarter une certaine amertume, un goût de déjà vu... N'étions nous pas, pour l'ancien Président Nicolas Sarkozy, « les héroïnes du quotidien » ? Cette « reconnaissance » qui reste au stade de l'affichage pourrait presque raisonner comme une nouvelle forme de provocation.

Quelles sont les limites du supportable et de la « résistance » infirmière ? Plus personne n'est dupe : la filière infirmière jugera concrètement les actes !

La ministre annonce alors la rénovation du dialogue social et la modernisation du bilan social. Elle témoigne des



des avancées en matière de retraite... ». En 2010, lors de la réforme des retraites, Marisol Touraine, alors sur les bancs de l'opposition, avait exprimé avec vigueur son incompréhension face à l'annulation de la majoration d'assurance (1/10ème) pour reconnaître le caractère de pénibilité.

Que défendra-t-elle aujourd'hui dans sa position de Ministre de la Santé ?

Affaire à suivre...

interpellations d'infirmières à chacune de ses visites à l'hôpital concernant la dégradation des conditions de travail. Elle annonce son ambition « de bâtir un parcours personnalisé des carrières à l'hôpital », de renforcer « l'attractivité des carrières pour les jeunes professionnels ». Marisol Touraine souhaite développer « les coopérations et les formations entre professionnels de santé ». Si la ministre souligne la plus-value infirmière, notamment dans la prise en charge « des maladies chroniques », aucun élément dans son discours ne permet de définir le cadre de ces coopérations. S'agit-il encore d'une démarche uniquement régionale ? Pour le syndicat CNI, la définition de compétences, les modalités de formation et la valorisation demeurent encore et toujours les inconnues de l'équation...

Par contre, aucune hésitation ministérielle lorsqu'il s'agit d'évoquer l'identification et la définition de nouveaux métiers... Et si nous commençons par reconnaître la filière infirmière, en donnant à chacun des professionnels, les moyens d'exercer les missions qui lui sont imparties et ce, quel que soit le secteur d'activité ?

Interrogée sur la perte de la pénibilité lors de son arrêt sur le stand CNI, Marisol Touraine déclare que celle-ci doit être traitée tout au long de la carrière professionnelle. « Il ne faut pas se contenter de compenser après, il faut agir pendant et ce qui ne peut être évité doit être compensé par

Affichage de position unitaire

Ce Salon Infirmier 2012 fut également l'occasion pour les associations AEEIBO, ANPDE, CEEPAME, UNAIBODE et les syndicats CNI, SNIA, SNICS* de s'unir et de dénoncer d'une même voix le manque de reconnaissance dont est victime la filière infirmière. La déclaration commune adressée à la ministre de la Santé le 24 octobre a également fait l'objet d'un point presse le 26 octobre en direct du Salon Infirmier (cf déclaration).

Le retour de la télé au Salon Infirmier

Cela fait bien longtemps que les caméras de télévision ne s'étaient pas intéressées à notre rendez-vous « incontournable ». Nous avons ainsi assisté à leur grand retour le 26 octobre 2012 ! Suite à la parution dans une double page du journal « Le Parisien » d'un article dénonçant l'exercice illégal de la profession infirmière dans les blocs opéra-



Salon infirmier, Un rendez-vous incontournable...

toires et informant le public sur les plaintes déposées par l'Ordre National Infirmier, nos collègues IBODE ont pu expliciter leur souci de sécurité et de qualité dans les blocs opératoires et alerter le ministère sur l'urgence à valoriser le métier et la formation d'IBODE !

Comme chaque année le « village bloc », animé par l'Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (UNAIBODE) et l'Association des Enseignants et des Ecoles d'Infirmiers de Bloc Opératoire (AEEIBO), a de nouveau suscité beaucoup d'intérêt de la part des étudiants, des infirmiers, des tutelles... Mais cette édition 2012 aura mis en lumière les compétences des IBODE qui se sont bien involontairement mais très professionnellement prêtées au jeu face aux micros et caméras...

Elles et ils ont témoigné sans relâche, affirmant haut et fort le slogan du village bloc : « FIER D'ETRE IBODE ! »



Merci

Vous l'aurez compris, à la lecture de ces quelques lignes, ce Salon Infirmier 2012 a été riche en échanges, informations, actions et émotions. Je ne peux pas clore cet article sans remercier avec force et sincérité l'équipe CNI qui s'est mobilisée pour cette édition 2012 très « énergivore ». Avec une endurance très infirmière, ce ne sont pas moins de 20 personnes qui se sont relayées au stand CNI pour assurer la logistique et répondre aux diverses sollicitations durant ces trois journées.

Je remercie également les intervenants pour les conférences « stress des soignants » et « éthique et soins sous contrainte » et je vous laisse découvrir ces thématiques abordées dans les deux articles qui suivent...

D'ores et déjà, je vous donne rendez-vous, Porte de Versailles les 16, 17 et 18 Octobre pour le Salon Infirmier 2013.

* **AEEIBO** : Association des Enseignants et des Ecoles d'Infirmiers de Bloc Opératoire

UNAIBODE : Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat.

ANPDE : Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiantes

CEEPAME : Comité d'Entente des Ecoles Préparant Aux Métiers de l'Enfance

SNIA : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

SNICS : Syndicat Nationale des Infirmiers Conseillers de Santé

Nathalie DEPOIRE
Présidente CNI

L'enquête IFSI Au Salon Infirmier

Le salon infirmier a été l'occasion de proposer aux étudiants venus nous rendre visite, le questionnaire d'enquête*. Nous avons ainsi collecté 93 réponses de 3^{ème} année, et 5 pour les 2^{èmes} années.

Cependant il est important de souligner que ce recueil ne répond pas à la méthodologie établie pour le travail de recherche, puisqu'il ne concerne pas une promotion entière. C'est pour cette raison que nous n'avons pas « fondu » le recueil parisien aux résultats compilés.

Il est par contre tout à fait intéressant de comparer les résultats parisiens à la compilation. On retrouve quasi exactement les mêmes pourcentages sur tous les items de motivation au choix. On peut noter, par rapport au panel, plus de 10% pour « aider son prochain », et dans les mêmes proportions la « possibilité d'évolution. »

On peut relever un taux plus faible de financement des études, avec seulement 45%, versus 58% en moyenne. Les commentaires libres sont tout aussi éloquentes, avec la reprise des mêmes items sur un certain sentiment d'incompréhension, voire de rejet de la part des professionnels en place.

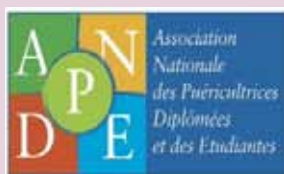
En conclusion, le recueil parisien est une confirmation des résultats obtenus, et d'un échantillonnage cohérent.

Les disparités liées aux régions seront à corrélées aux différences de bassin de population, mais ne masquent pas une vraie unanimité sur la motivation humaniste des étudiants passant par le cursus LMD.

* Voir numéro 35 et Hors Série. Enquête CNI réalisée auprès des Etudiants en Soins Infirmiers, promotion de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année.



Déclaration commune inter organisations



Les organisations professionnelles représentant les infirmières et infirmier(e)s en soins généraux et spécialisés interpellent solennellement le gouvernement afin que justice soit rendue à l'ensemble de notre filière.

Nos syndicats et associations s'impliquent dans le but d'obtenir une réelle reconnaissance du rôle et de la place des infirmières dans le système de santé français, d'améliorer les conditions de vie des professionnels de la filière tous grades et spécialités confondus, de défendre leurs droits et leurs intérêts moraux, tant collectifs qu'individuels.

De la qualité des soins au respect des droits du patient, de l'accompagnement des familles en passant par la charge émotionnelle et le stress lié aux responsabilités, les conditions d'exercice des infirmières en France sont devenues particulièrement difficiles et se dégradent un peu plus chaque jour dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé et de réorganisation de l'offre de soin. Et pourtant, l'infirmière a toujours été ignorée des pouvoirs publics (reconnaissance, conditions de travail, salaires...).

Depuis quelques années, les réformes se succèdent et impactent fortement notre quotidien de professionnel :

- refonte de notre formation initiale (2009),
- reclassement des infirmiers, infirmiers spécialisés, cadres,
- réforme des retraites et négation de la pénibilité de notre métier,
- loi H.P.S.T.,
- plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

Tous ces changements n'ont pas répondu aux problématiques mais ont contribué à dégrader de façon exponentielle nos conditions d'exercice.

Féminine à 90% et plébiscitée par 99% des français, la profession d'infirmière a su garder une très bonne image auprès du public. L'infirmière apporte les soins dans les moments difficiles.

Elle sait écouter et porte des valeurs humaines qui rassurent. Quelles retraites auront toutes ces femmes dont les carrières ont souvent été interrompues, ou en temps partiel afin d'élever leurs enfants ?

La réforme des retraites qui est venue s'ajouter à l'article 37 de la Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 a reculé l'âge d'ouverture des droits à la retraite pour les infirmières non pas de 2 ans mais de 7 ans... passant de 55 à 62 ans et de la catégorie active à la catégorie sédentaire ! La revalorisation salariale consentie pour accompagner ce passage en catégorie A est aussi dérisoire qu'irrespectueuse au regard de notre niveau de compétence et de responsabilité. L'abandon du critère de pénibilité explique toutes ces années supplémentaires à travailler. Il est ressenti comme un abandon au sens large du terme et comme une absence totale de reconnaissance au regard des contraintes évidentes, des difficultés d'exercice et du niveau d'exigence toujours plus élevé.

Des professions reconnues au niveau universitaire mais qui sont toujours sans reconnaissance statutaire et salariale.

Nous avons suivi les débats des deux dernières années, les prises de position de votre formation politique, les réactions de ceux qui étaient hier dans l'opposition et qui aujourd'hui sont en capacité d'agir.

Les infirmiers en soins généraux et spécialisés méritent une attention particulière et des décisions courageuses de votre part s'imposent. Vos résolutions doivent soutenir notre investissement au quotidien toujours dans l'intérêt du patient et se traduire par un engagement marqué. Notre filière professionnelle attend maintenant des actes forts et des réponses concrètes.

**Les syndicats CNI, SNIA, SNICS
Les associations AEEIBO, ANPDE,
CEEPAME, UNAIBODE**

**Salon infirmier,
Un rendez-vous incontournable...**

Enquête CNI 2012 : stress des personnels soignants

Dans la continuité de l'enquête de 2011 sur le stress professionnel, la CNI a souhaité approfondir les raisons de ce mal-être. Notre seconde enquête a été réalisée par internet, à l'aide d'un questionnaire mis en ligne sur le site de la CNI de juillet à mi-septembre 2012. L'analyse des données a été effectuée par le Dr Geneviève Coulombier, médecin du travail au CHU de Poitiers.



Le nombre de questionnaires exploitables est donc de 5758. Vous avez été nombreux à participer et nous vous en remercions. Le 25 octobre 2012, à l'occasion du Salon Infirmier, le Dr Coulombier et Sandrine Bouichou, membre de la CNI de Poitiers ont ainsi exposé les résultats lors d'une conférence dans une salle comble. Le stress soignant est plus que jamais un sujet d'actualité...

Le questionnaire comportait des items généraux (sexe, fonction, âge, secteur de travail, affectation), une échelle de stress au travail, de stress personnel et de stress global (allant de 0 = pas de stress à 10 = stress maximal), des questions sur la prise en charge des patients, l'environnement de travail, les relations avec les collègues, les cadres, les médecins et les possibilités d'expression. Voici les premiers résultats.

Données générales

- Les femmes sont plus stressées professionnellement que les hommes.
- Au regard de la fonction, ce sont les étudiants qui sont le plus stressés sur un plan **personnel**. Au niveau du stress **professionnel**, il n'y a pas de différences significatives entre les fonctions (étudiants, puéricultrices, IBODE, IADE, Cadres, IDE et Directeurs de soins).

- Au regard du secteur d'activité, les 3 secteurs les moins stressants **personnellement** sont l'Intérim, le Public et le Privé. Les 3 secteurs les plus stressants sont le Territorial, le Scolaire et le Libéral. Le stress **professionnel** n'est pas influencé par le secteur d'activité.

Prise en charge du patient

Face à la mort, plus les soignants y sont confrontés et plus leur stress **professionnel** augmente mais sans incidence sur le stress **personnel**. De même, plus les soignants sont confrontés à la souffrance aiguë ou à des problèmes sociaux difficiles et plus leur stress **professionnel** est élevé avec, cette fois-ci, une incidence sur le stress **personnel**.

Pour la prise en charge du patient, 50,4% des professionnels stipulent qu'ils ont rarement le temps de prendre en charge le patient comme ils le souhaiteraient, facteur majorant leur stress.

Responsabilités professionnelles et environnement de travail

Plus les soignants sont satisfaits de leur travail auprès des patients et moins le stress **professionnel** et **personnel** est élevé.

Possibilités d'expression

Plus les soignants ont des possibilités de s'exprimer (réunions de travail, de service, de pôle ainsi que les questions éthiques) moins le stress **professionnel** est élevé. Ces temps d'échange permettent de souder un collectif soignant autour d'une même cause : la prise en charge du patient afin de garantir une qualité des soins satisfaisante pour tous.

Conclusion

Les facteurs de stress ne manquent pas pour les soignants qui compensent, régulièrement, les dysfonctionnements qui leurs sont imposés. Les professionnels de santé les intègrent, dans leur quotidien et comme une fatalité, ne faisant ainsi qu'augmenter leur stress. D'une manière insidieuse, ils prennent ainsi le risque de « se laisser conduire » jusqu'au « burn out » sans qu'ils ne s'en rendent compte. Cet épuisement professionnel est une problématique « économique » soulevée par les pouvoirs publics car elle génère un taux d'absentéisme important. Au travers de mises en place de « démarches de préventions des risques psycho-sociaux » dans les établissements de soins, les Directions espèrent ainsi éviter ces situations extrêmes d'usure professionnelle. Mais l'heure est-elle uniquement à la prévention ? Dans certains services, il faudrait passer directement à la phase curative. Selon la gravité des situations, le traitement peut s'avérer complexe. Mais, le plus souvent, le remède est simple. Il suffirait d'écouter et de respecter le témoignage des soignants, de rétablir des effectifs suffisants au sein des équipes afin que les soins soient correctement effectués en temps et en heure, en toute sécurité pour le patient et de façon responsable par le soignant. La Coordination Nationale Infirmière, syndicat professionnel, persiste, signe et se mobilise pour défendre des conditions d'exercice décentes afin de préserver l'intérêt général.

Sandrine BOUICHOU

Infirmière

Stéphane DERES

Infirmier

CNI de Poitiers

Plus les soignants sont confrontés à des glissements de tâches et plus le stress **professionnel** et **personnel** est élevé.

Plus les soignants ressentent des difficultés d'organisation (63%), manquent de matériel (42,6%) ou sont soumis au « brouhaha » (56,7%) et plus le stress **professionnel** est élevé avec une incidence directe avec le stress **personnel**.

- **Les difficultés d'organisation** peuvent être corrélées à une augmentation de la charge de travail due au manque de personnel dans les services, à la part « administrative » de la prise en charge, à la technicité et l'évolution des soins.
- **Le manque de matériel**, comme pour les effectifs, est étroitement liés à des budgets de plus en plus serrés.
- Le « **brouhaha** », phénomène qui correspond aux différentes nuisances sonores et visuelles, sollicitations diverses humaines et matérielles, est clairement mis en exergue et peut engendrer des difficultés de concentration, des erreurs dans la prise en charge des patients.

L'ensemble de ces items influent directement sur le stress **professionnel** et **personnel** des soignants et pèsent sur leurs responsabilités professionnelles. Ainsi, 36% des soignants estiment rencontrer des difficultés face à leurs responsabilités mettant à mal leur exercice professionnel.

Relations avec les collègues, le cadre et l'équipe médicale

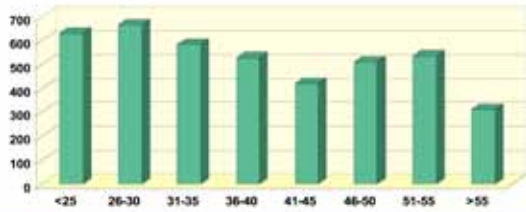
Plus les soignants reçoivent un soutien « psychologique » de leurs collègues et moins le stress **professionnel** et **personnel** est élevé. Aussi, plus le cadre reconnaît le travail des soignants et leur apporte ses conseils et son soutien, moins le stress est élevé. Plus les médecins prennent en considération leur avis, moins ils sont stressés également.

La reconnaissance des professionnels au sein d'une équipe est bien un paramètre essentiel.



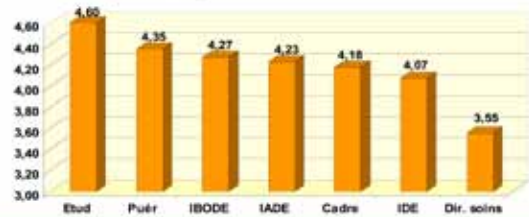
Résultats de l'enquête CNI 2012 :

Répartition par classes d'âge



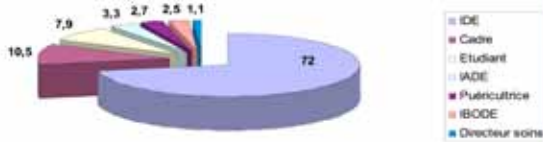
La répartition est comparable à celle de l'enquête de 2011 sauf dans la tranche d'âge 26-30 ans qui est plus représentée en 2012. Il y a 555 hommes (13,5%) et 3569 femmes. Cependant, il y a beaucoup de réponses manquantes dans les 2 items (30%).

Stress personnel selon la fonction



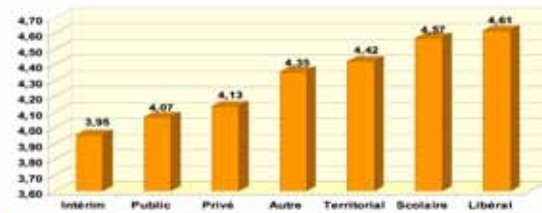
Globalement, il y a des différences significatives entre les fonctions pour le stress personnel. Les seules différences significatives 2 à 2 sont entre Etudiant et Cadre, Etudiant et IDE et Etudiant et Directeur de soins. Il n'y a pas de différences entre les fonctions pour le stress professionnel.

Répartition selon la fonction



La répartition est très proche de celle de 2011 avec une grande majorité d'IDE. Il y a aussi beaucoup de réponses manquantes (30%).

Stress personnel et secteur d'activité



Les 3 secteurs les moins stressants personnellement sont l'Intérim, le Public et le Privé. Les 3 secteurs les plus stressants sont le Territorial, le Scolaire et le Libéral. Le stress professionnel n'est pas influencé par le secteur d'activité.

Répartition selon le secteur de travail



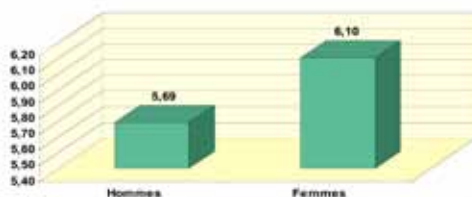
Il y a moins de participants du secteur public qu'en 2011, autant dans le secteur privé et plus dans les autres secteurs mais il y a beaucoup de réponses manquantes (30%).

Stress professionnel et confrontation à la mort



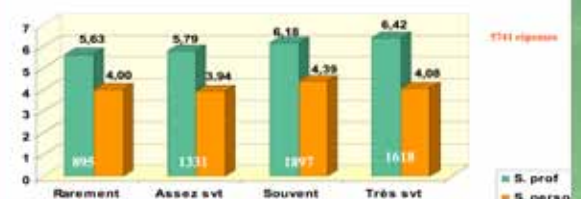
Plus les soignants sont confrontés à la mort et plus leur stress professionnel augmente (différences significatives entre toutes les conditions). En revanche, le stress personnel n'est pas significativement influencé par la fréquence de la confrontation avec la mort dans le travail.

Stress professionnel selon le sexe



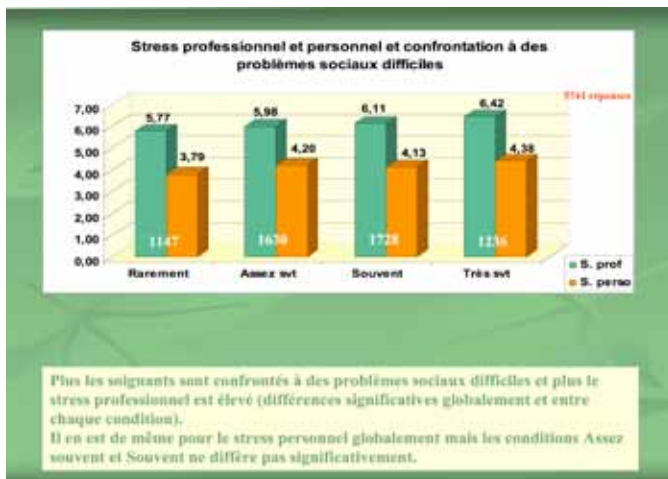
Les femmes sont plus stressées professionnellement que les hommes. Il n'y a pas de différences significatives pour le stress personnel.

Stress professionnel et personnel et confrontation à la souffrance aiguë



Plus les soignants sont confrontés à la souffrance aiguë et plus leur stress professionnel est élevé (différences significatives 2 à 2 sauf entre Rarement et Assez souvent). Il en est de même pour le stress personnel globalement mais les différences ne sont significatives que pour Souvent contre toutes les autres fréquences.

stress des personnels soignants



Plus les soignants sont confrontés à des problèmes sociaux difficiles et plus le stress professionnel est élevé (différences significatives globalement et entre chaque condition). Il en est de même pour le stress personnel globalement mais les conditions Assez souvent et Souvent ne diffèrent pas significativement.



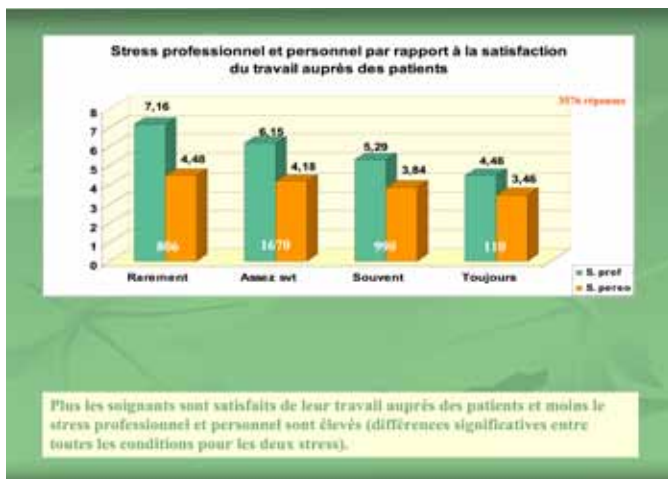
Plus les soignants sont confrontés à des glissements de tâches et plus le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions). Il en est de même pour le stress personnel globalement mais seule la condition Rarement diffère des autres.



Plus les soignants disposent du temps nécessaire pour prendre en charge le patient comme ils le souhaitent et moins le stress professionnel et personnel sont élevés (différences significatives entre toutes les conditions pour les deux stress).



Plus le manque de matériel est ressenti par les soignants et plus le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions sauf les 2 dernières à la limite de la significativité). Il en est de même pour le stress personnel (différences significatives entre toutes les conditions sauf entre Parfois et Souvent).



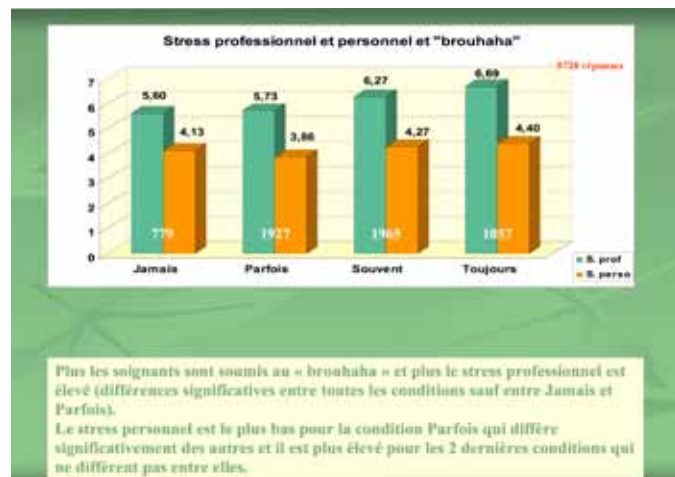
Plus les soignants sont satisfaits de leur travail auprès des patients et moins le stress professionnel et personnel sont élevés (différences significatives entre toutes les conditions pour les deux stress).



Plus les soignants ressentent des difficultés d'organisation et plus le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions). Il en est de même pour le stress personnel globalement et pour toutes les conditions sauf entre Jamais et Parfois.

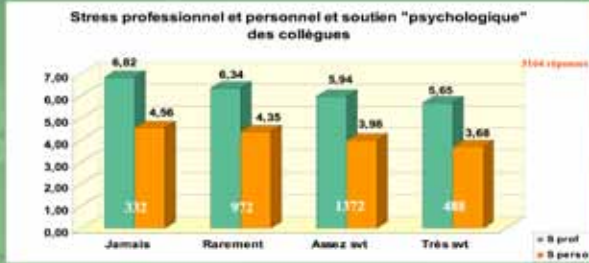


Plus les soignants éprouvent des difficultés à faire face à leurs responsabilités professionnelles et plus le stress professionnel et personnel sont élevés (différences significatives pour toutes les conditions pour les deux stress).



Plus les soignants sont soumis au « brouhaha » et plus le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions sauf entre Jamais et Parfois). Le stress personnel est le plus bas pour la condition Parfois qui diffère significativement des autres et il est plus élevé pour les 2 dernières conditions qui ne diffèrent pas entre elles.

Résultats de l'enquête CNI 2012 : stress des personnels soignants



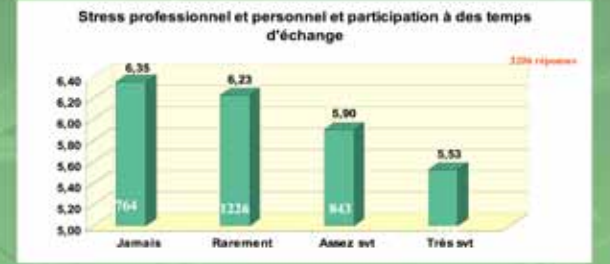
Plus les soignants reçoivent un soutien psychologique de leurs collègues et moins le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions).
Il en est de même pour le stress personnel globalement et pour toutes les conditions sauf entre Jamais et Rarement (différences non significatives).



Plus les soignants ont des possibilités d'aborder des questions d'éthique et moins le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions).
Il en est de même pour le stress personnel globalement mais les différences ne sont significatives qu'entre les 2 premières et les 2 dernières conditions.



Plus le cadre reconnaît le travail des soignants et moins le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions).
Il en est de même pour le stress personnel globalement et pour toutes les conditions sauf entre Jamais et Rarement (différences non significatives).



Plus les soignants peuvent participer à des temps d'échanges et moins le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions sauf entre Jamais et Rarement).
Le stress personnel est influencé dans le même sens globalement mais les différences ne sont pas significatives entre les conditions.



Plus le cadre apporte ses conseils et son soutien et moins le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions).
Il en est de même pour le stress personnel globalement mais les différences ne sont significatives qu'entre les 2 premières conditions et les 2 dernières.



Plus les médecins prennent en considération les avis des soignants et moins le stress professionnel est élevé (différences significatives entre toutes les conditions).
Pour le stress personnel seule la condition Jamais diffère significativement des autres avec un stress plus élevé.



Psychiatrie : Entre robe noire et blouse blanche, de 1838 à 2011, qu'est ce qui change ?

*Aujourd'hui, c'est TGI (Tribunal de Grande Instance),
ici il n'y a pas de visioconférence, ni de séance foraine du juge.*

Les patients sont conduits au tribunal, chez le juge.

*Aujourd'hui c'est TGI, les patients partent avec l'ambulance de l'hôpital, accompagnés
par les soignants, infirmiers et aides-soignants. En principe, un seul suffit. Mais aujourd'hui,
3 patients de cette unité vont paraître. L'un d'entre eux est hésitant, ambivalent,
alors 2 soignants les accompagneront.*

Aujourd'hui c'est TGI, les unités de soins se dépeuplent ! Ici, il ne reste qu'un IDE.

*Aujourd'hui c'est TGI, pour faire le nombre, le cadre reprend ses habits d'infirmier,
il faut bien palier à l'imprévu et assurer coûte que coûte.*

*Aujourd'hui c'est TGI, ils sont au nombre d'une dizaine, d'une vingtaine de patients
à attendre leur tour pour rencontrer le juge, dans la cour, le couloir, la salle des « pas perdus ».
Perdus certains le sont ! Tous convoqués à la même heure. Notre patient s'agite que faire... ?
Rentrer... ? Faire ce chemin pour ne pas voir le juge ? Quelle conséquence sur le mode
d'hospitalisation ? Penser vite. Son agitation le fera passer rapidement.*

*Aujourd'hui c'est TGI, l'ambulance commence ses rotations, partis en début d'après-midi,
quand rentreront-ils ? Notre patient rentre avec un des soignants. Il faut encore attendre le retour
des 2 autres accompagnés du second soignant.*

Aujourd'hui c'est TGI, surtout qu'il ne se passe rien !

Pas d'agitation au tribunal et surtout pas d'agitation dans les unités de soins....

Notre patient est vu par le médecin qui lui prescrit un traitement supplémentaire.

*Aujourd'hui c'est TGI, il ne se passe rien pour les patients, le temps du soin relationnel
est suspendu...*

*La révision de la loi du 27 juin 1990, s'inscrit dans un contexte particulier à la fois
politico-médiatique, juridique et historique.*



1 - Soins sans consentement et sécurité publique intimement liés ?

1.1 - Détour par l'histoire

Bien avant l'instauration des établissements d'aliénés et des mesures d'hospitalisations sans consentement en 1838, les fous, ou insensés selon la période étaient isolés, cachés, séquestrés par leur famille, abandonnés dans l'espace public, ou enfermés dans les hôpitaux, les maisons de force par lettres de cachet...

Foucault pose le « Grand Renfermement » comme acte fondateur de la contrainte et de l'exclusion, d'une partie de la population, de la société afin de mieux la protéger des malades mentaux et autres indigents. Le 16^{ème} et 17^{ème} siècle voit émerger une nouvelle classe sociale dirigeante qui réorganise la charité selon une sélection rigoureuse basée sur des valeurs morales et où les aspects coercitifs sont prédominants (enfermement et travail)

Les débats précurseurs de la loi du 30 juin 1838 se sont intéressés à l'ambiguïté fondamentale que constitue tout internement. L'asile doit-il être considéré comme un hospice ou comme une maison de détention ? Il s'agit à la fois de maintenir des individus qui peuvent nuire à la société et procurer les moyens de guérison à des individus malades.

Deux points de vue s'opposent : l'un porte sur l'**interdiction judiciaire préalable** au placement alors que l'autre souhaite l'**intervention de l'autorité judiciaire** dans la décision de placement.

Mais, il sera décidé que le placement est une mesure médicale, nullement infamante, qui doit être rapide et discrète ! Cette mesure est prise par l'autorité administrative, qui demeure responsable, sous le contrôle de la justice.

En 1835, une circulaire adressée aux préfets fait état que « la sureté publique est souvent compromise par des insensés en état de liberté ... qu'ils ne soient pas incarcérés dans des prisons... mais reçoivent des traitements curatifs dans des asiles et c'est à la société ou à l'Etat de pourvoir à leur financement. »

La loi du 27 juin 1990 dépoussière celle du 1838, elle introduit la primauté des soins libres. L'évaluation de ce texte devait être réalisée en 1995 !

Nombre de professionnels, d'associations d'anciens patients ou des familles ont milité afin que la loi réponde au mieux aux problématiques rencontrées : (absence de tiers, droits des patients, aide et soutien des proches, reconnaissance et accompagnement de la politique de secteur...)

1.2 - Et aujourd'hui ?

Plusieurs phénomènes ont participé à l'instauration de la loi du 5 juillet 2011 :

■ Des aspects réglementaires et législatifs dont :

- un arrêté du conseil d'état : arrêt Centre hospitalier spécialisé de Caen du 3 décembre 2003 n°244867.



- des condamnations de la France par la Cour Européenne de Droit de l'Homme, (CEDH du 27 juin 2002LR c/ France n°33395/96 (24 jours de délais) ; CEDH 14 avril 2011 N°35079/06 (46 jours de délai)).
- le plan gouvernemental de santé mentale,
- des rapports des Inspections Générales : rapport sur les propositions de réforme de la loi Evin remis par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Services Judiciaires en mai 2005 et rapport sur la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux en février 2006 par l'IGA, l'IGS et l'IGAS.
- la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients,
- la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice ⁽¹⁾

■ Un aspect politico-médiatique.

En 2008, plusieurs événements ont eu lieu :

- la loi dite de rétention de sureté (prédiction de la récidive pour certains auteurs de crimes)
- le drame survenu à Grenoble fut un facteur déclenchant de la politique menée à l'encontre des personnes ayant des troubles psychiatriques
- le discours d'Anthony du Président de la République de l'époque.

Avec PALAZZOLO « Nous avons l'impression que l'institution psychiatrique aliène quelque peu sa fonction soignante pour revêtir un rôle para carcéral. Le clinicien est pris dans un paradoxe qui n'est pas nouveau, mais qui réapparaît en cette période de crise, économique, politique, morale, idéologique, où s'effondrent toutes les valeurs et où grandit un sentiment

d'insécurité partagé par tout un chacun : le psychiatre persiste à se vouloir soignant, la société le veut également acteur de l'ordre social » (2003, p161)⁽²⁾.

La société tend à séparer ce qui est considéré comme sain de ce qui serait malade ou pathologique. Elle clive ceux qui représentent une forme de déviance, des autres. Elle met à l'écart tout ce qui peut lui renvoyer une image non valorisante d'elle-même : ceux qui pourraient lui révéler ses faiblesses, ses injustices, ses manques. La société s'auto-défend et produit une ségrégation.

Le malade mental fait partie des individus stigmatisés, la mise à distance de quelques individus dans des lieux de soins spécifiques peut-elle être un élément de sécurité ? Les attentes de la société et ses propres représentations vis-à-vis de la maladie mentale sont complexes. Elles oscillent entre des demandes de soins immédiats pour tous les maux psychiques pour tous et l'enfermement de certains. Alors qu'en France, 20 % de la population souffre d'une pathologie psychiatrique.

La schizophrénie représente 1 % de la population générale et 15 % des schizophrènes se suicident.

On recense chaque année en France 12 000 suicides, dont 3 000 à 4 000 dans la population souffrant d'une pathologie psychiatrique, schizophrènes et personnes atteintes de troubles bipolaires.

Chaque année, environ 70 000 personnes sont hospitalisées sous contrainte : 10 000 le sont d'office et 60 000 sont en hospitalisation à la demande d'un tiers.

Environ 9 000 personnes diagnostiquées comme ayant une psychose seraient en prison.

Par ailleurs, 30 000 à 60 000 personnes seraient dans la rue avec un trouble psychiatrique sévère.

Il faut également souligner que la représentation sociale de la personne souffrant d'une maladie mentale est aujourd'hui encore mauvaise. Selon une enquête « santé mentale en population générale : images et réalités » (DREES 2004), l'opinion générale de la population fait une distinction importante entre, d'une part, les termes « fou » et malade mental », et d'autre part, « dépressif ». Les deux premiers termes renvoient à l'idée de meurtre, de viol ou d'inceste. Pour les enquêtés, ces personnes ne peuvent être soignées sans médicaments et encore moins être guéries.

En fait, les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la population générale (hors personnes sans domicile fixe) sont douze fois plus victimes d'agressions physiques, 130 fois plus victimes de vols et ont 25 ans d'espérance de vie en moins que leurs concitoyens.

Enfin, selon « Archives of general psychiatry », la plus importante revue psychiatrique au monde, le risque que des personnes atteintes de troubles psychiatriques commettent des actes violents est faible. Ces actes sont en général réalisés avec **des facteurs associés** (facteurs sociaux et biographiques abus de substances, chômage, etc...) **que l'on retrouve dans la population générale⁽³⁾.**

2 - Quelles modifications essentielles apporte la loi du 5 juillet 2011 ?

Le terme hospitalisation sans consentement, Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office (HDT et HO) disparaît au profit de soins psychiatriques, Soins à la Demande de Tiers ou Soins à la Demande du représentant de l'Etat (SDT ou SDRE).

L'hôpital n'est plus le lieu unique des soins sans consentement. Au-delà de 72h d'hospitalisation, ils peuvent être dispensés en ambulatoire selon un programme de soins défini.

2.1 - Pour les Soins à la Demande de Tiers

3 modalités ont été instaurées pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers :

- Une demande d'un tiers plus deux certificats médicaux (un d'un médecin extérieur à l'établissement).
- En l'absence de tiers, un péril imminent s'appuyant sur un certificat médical (un d'un médecin extérieur à l'établissement), la famille ou le responsable légal doit être averti dans les 24h par le directeur de l'établissement.
- Lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Ces modalités permettent de prendre en charge les patients et de s'assurer de l'existence d'un tiers. Il était quelques fois difficile en service d'urgence de trouver un tiers pour des personnes isolées, désinsérées socialement dès lors que les travailleurs sociaux, les voisins étaient réticents à accomplir cet acte pour de multiples raisons ou les responsables légaux (tuteurs) injoignables.

2.2 - Pour les Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat

Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques.

2.3 - L'examen somatique

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne.

Cette approche aussi du soin somatique peut permettre de faire des diagnostics différentiels et orienter les patients vers les services adéquats ou mettre en place des thérapies adaptées.

De plus, certains patients en rupture de soins le sont aussi sur le plan somatique.

2.4 - Les certificats médicaux et notifications des avis de décision

- Dans les **vingt-quatre heures** un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant l'état mental du patient et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.
- Dans les **soixante-douze heures** suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi.
- Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures, la forme de la prise en charge, le cas échéant, le programme de soins.
- Après le **cinquième jour et au plus tard le huitième jour** à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme décidée, de la prise en charge de la personne malade, demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical.
- Les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour une durée maximale **d'un mois** au vu du certificat médical ou de l'avis médical, renouvelables, le certificat est établi dans les trois derniers jours de la période en cause.
- Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le **collège**. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collègue, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, après chacune des décisions, le patient est informé de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ou-

vertes et des garanties qui lui sont offertes. Les patients sont invités à signer les avis de décision (notification).

Son avis sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

Chaque jour s'accumule des notifications, sur le bureau des cadres ou des infirmiers.

Le premier travail consiste à les regrouper par patient, par date en fonction des certificats (pour certains, j'en ai 3).

Ensuite, les lire, comprendre les termes, même si avec l'expérience la lecture devient de plus en plus aisée.

Puis vient le moment de la rencontre avec le patient, l'incertitude est toujours présente, comment va-t-il recevoir le message, est-il susceptible de comprendre cet avis.

Les premiers mots sont importants, dans cet espace singulier, mettre la personne en confiance. Ces moments sont souvent empreints de solennité, peu de paroles sont échangées.

Certains sont rodés, ils ne prêtent plus attention au contenu du document, ils le signent comme une simple formalité.

D'autres se demandent pourquoi autant de formulaires à signer, s'inquiètent de l'importance et de la gravité de la situation. Expliquer les obligations de la loi, le respect de leurs droits, la possibilité de recours et la future présentation à venir chez le juge, si l'hospitalisation se poursuit.

D'autres encore, s'excusent, ils ne savent pas lire, ils ne comprennent pas.

Pour quelques-uns, nous signerons pour eux, leur état de santé ne le permet vraiment pas.

Quelques uns refuseront catégoriquement de signer les documents, les associant à leur délire de persécution.

2.5 - Le juge de liberté et de la détention (JLD)

L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, n'ait statué sur cette mesure :

« 1- Avant l'expiration d'un délai de **quinze jours** à compter de l'admission en hospitalisation complète.

« 2- Avant l'expiration d'un délai de **six mois** lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue. (Art. L. 3211-12-1)

MASTER ÉCONOMIE ET GESTION DE LA SANTÉ EN FORMATION CONTINUE

Dans un secteur en forte mutation, le master développe les capacités des professionnels à :

- Comprendre leur environnement,
- Assurer des responsabilités développées de management,
- Conduire des projets de dimension stratégique.

Formation 2 jours par semaine accessible avec un niveau Bac+3 ou équivalent.

Rendez-vous sur www.master-sante.dauphine.fr



Contact : Christine BARTHOUT
Tél : 01 44 05 40 12

E-mail : christine.barthout@dauphine.fr



Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collègue :

- Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application du code de procédure pénale.
- Lorsque la personne fait l'objet de soins dans une unité pour malades difficiles.

Dans les 2 cas, le juge ne peut en outre décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises psychiatriques.

Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prenne effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi.

Le juge des libertés et de la détention (dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil) peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée.

A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, le cas échéant assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

Le juge des libertés et de la détention statue au siège du tribunal de grande instance. Toutefois, si une salle d'audience a été spécialement aménagée dans l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement, celui-ci peut décider de statuer dans cette salle.

Le juge des libertés et de la détention peut également décider que l'audience se déroule dans la salle d'audience

avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;
- Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'absence d'opposition du patient.

Si le patient est assisté par un avocat, celui-ci peut se trouver auprès du magistrat ou auprès de l'intéressé.

Si la loi du 5 juillet 2011, fait de la judiciarisation un de ses principes, donnant au patient la possibilité d'un débat contradictoire, reconnaissant aux soins sans consentement une privation de liberté, hors des demandes de huis clos, prévues dans la loi, elle remet en cause le secret médical, droit de tout individu.

En effet, lors de l'audience et des délibérés publics, l'état clinique, transmis par les certificats médicaux au juge de la liberté et de la détention, est porté à la connaissance du patient et du public, même si dans la plupart des cas l'audience a lieu dans le bureau du juge ou dans l'enceinte des établissements de santé.

Les audiences ne pourraient-elles se faire à huis clos pour préserver le secret médical, la dignité de la personne, et l'éthique soignante ?

2.6 - Le collège

La loi institue un collège de trois professionnels pour statuer dans des situations spécifiques :

- Les mainlevées immédiates d'une mesure de soins psychiatriques pouvant être prononcées par le JLD.
- Les levées et les soins ambulatoires pour les patients déclarés irresponsables pénaux.
- S'ils ont séjournés dans une UMD (unité pour malades difficiles).
- Pour les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers depuis plus d'un an.



La non identification du représentant de l'équipe pluridisciplinaire siégeant au collège laisse la possibilité de choisir la personne la plus à même d'œuvrer dans l'intérêt du patient, en connaissant le dossier.

2.7 - Le programme de soins

Les soins psychiatriques peuvent être des soins ambulatoires, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de son état de santé.

L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec un psychiatre de l'établissement d'accueil au cours duquel il reçoit l'information prévue. Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne.

Le parcours de soin ambulatoire peut-il être un contrat de soin laissant au patient un espace de négociation et de liberté ?

Le plan Santé Mentale soulignait la nécessité de placer l'utilisateur au centre du dispositif de soins et de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales.

Au travers de la lecture de cette loi, nous pouvons nous interroger sur les effets positifs pour lutter contre la stigmatisation et la place de l'utilisateur-patient.

Celui-ci n'est plus au centre du système de soins, il est à l'intersection du système de soins et du système judiciaire, coincé entre ses symptômes et les contraintes que la loi lui impose.

Selon Horassius⁽⁴⁾, la contrainte est double.

Elle est à la fois « celle de la maladie qui infiltre le sujet au plus profond de lui-même et celle de la société qui s'exerce sous forme de contraintes légales que l'homme accepte et qui fluctue selon les évolutions de la société »

Comment suivre un patient à domicile, si celui-ci est contraint à ouvrir la porte ?

Comment travailler l'adhésion aux soins ? Comment faire perdurer la confiance si le cadre est limité et le moindre écart conduit à une ré-hospitalisation après la dénonciation à l'autorité compétente ?

La sectorisation est une des réussites de la psychiatrie moderne, elle a permis de créer des réseaux de soins, de maintenir ou favoriser l'insertion des patients dans leur environnement.

Les équipes de secteur sont ce lien entre le soin et la cité. Il ne faudrait pas que la loi les oblige à être les gardiens d'un ordre social.

La sectorisation ne doit pas procéder du contrôle et de la discipline des corps (FOUCAULT).

Il ne suffirait plus d'être malade pour être soigné, dans des espaces définis, mais il nous faudrait anticiper le risque d'être malade, par la surveillance des sentinelles que seraient les structures extrahospitalières. Cette surveillance ne serait pas seulement médicale mais aussi sociale ou éducative puisque infirmier - assistante sociale - éducateur travailleraient ensemble, car la psychiatrie est en prise avec des réalités sociales comme le chômage, la désinsertion, la violence, les inégalités sociales.

2.8 - Les sorties accompagnées

Lorsque les patients sont hospitalisés en soins psychiatriques (SDT ou SDRE), ils peuvent bénéficier de sorties de moins de 12h, accompagnés soit par un membre de l'équipe de soins, soit par un membre de sa famille ou par la personne de confiance.

Les patients n'ont plus la possibilité de passer un week-end dans leur famille, chez eux... Leur entourage est obligé de venir les chercher, sauf à faire un programme de soins puis une ré-hospitalisation avec tous les certificats... ou considérer l'hospitalisation dans le programme de soins ce qui n'est pas prévu par la loi.

Plus de sortie non accompagné pour réaliser, seul, des démarches en vue d'une sortie de l'hôpital.

3 - Responsabilité et éthique

Les équipes de soins sont confrontées à une nouvelle organisation bureaucratique interrogeant leur responsabilité que ce soit lors de la signature des notifications, de l'accompagnement chez le juge, du suivi du programme de soins.

Nous nous trouvons de plus en plus confortés entre notre responsabilité professionnelle et notre responsabilité envers les patients.

La première nous renvoie sans cesse aux règles professionnelles, aux protocoles de soins, à la traçabilité de nos actes dans le dossier de soins du patient.

La seconde nous renvoie à la relation au patient, à prendre soin, écouter, faire sens.

La personnalisation des actes de soin engage la responsabilité du soignant qui les a pratiqués.

« La responsabilité est le souci d'autrui, c'est répondre présent, c'est se porter garant pour l'autre devant la loi⁽⁵⁾ »

A ceci nous pourrions ajouter les concepts de Paul RICOEUR qui caractérisent la visée éthique : l'estime de soi, la sollicitude, la règle de réciprocité.

La responsabilité s'inscrit dans une réflexion éthique et dans le champ de compétences des professionnels. Elle trouve sens dans l'action. La responsabilité n'intéresse pas uniquement les responsables hiérarchiques, au risque d'exclure une partie du personnel, puisque chacun est responsable dans son domaine de compétence.

Mercredi 13 février 2013

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

30^e édition

Mercredi 29 mai 2013

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

31^e édition

Mercredi 18 septembre 2013

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

32^e édition

PARAMÉDICAL

Le Salon **EMPLOI** des Infirmiers

▶ Vous êtes infirmier(e) DE, IADE, IBODE, élève IFSI 3^eme année, manipulateur radio, aide-soignant(e), kinésithérapeute, cadre de santé...

▶ Venez choisir + de 1000 emplois soignants proposés par + de 40 grands établissements...

Entrée gratuite - Plus d'infos sur : www.jobrencontres.fr



Etre responsable, c'est assumer les conséquences de ses actes et accorder réparation. Les revers moraux de la responsabilité sont la culpabilité et le remords. Pour Georges NIZARD, la responsabilité ne saurait être plurielle sous peine de « la dilution et de la déroboade. », elle ne se partage pas mais se multiplie.

« Etre responsable, c'est être en conformité avec des principes, exprimer sa compétence et être crédible dans son discours et dans ses actes. »

La responsabilité précède le droit qui sanctionne la transgression. Elle s'inscrit dans un système sociétal qui en définit les règles. Accepter les normes, les lois, c'est faire acte d'appartenance à un groupe et à une culture. La loi s'adapte aux progrès sociaux et médicaux, par exemple. Elle suscite des débats, comme la loi sur la bioéthique.

La responsabilité juridique est civile ou pénale. La première caractérise celui qui doit réparer un tort fait à autrui. La seconde caractérise celui qui doit être puni.

A l'hôpital, la responsabilité du soignant est de servir l'intérêt du patient en s'appuyant sur une réflexion éthique et sur ses compétences. Jusqu'alors, la responsabilité soignante était surtout morale. La relation soignant-soigné était établie sur une relation de confiance. Le médecin avait obligation de moyens et non de résultats. **Aujourd'hui, le droit régit l'espace hospitalier et doit être intégré dans les soins. Le droit est un tiers dans la relation soignant-soigné, évitant la toute-puissance.**

Pour Gilles DEVERS et Marie-Noëlle CLEMENT⁽⁶⁾, l'institution psychiatrique se trouve exposée par son histoire à un arbitrage entre soins et justice. Les auteurs avancent la nécessité pour les hôpitaux de faire appel à la justice chaque fois que des actes de violence interviennent, évitant un arbitraire institutionnel.

Si l'éthique est l'ensemble des valeurs personnelles et professionnelles que nous partageons en équipe, elle est animée par une réflexion critique sur la moralité des actions⁽⁷⁾. Notre exercice quotidien est traversé par un débat de normes (SCHWARTZ) pour rendre compatible ces deux dimensions de la responsabilité.

4 - Pour conclure

Notre exercice professionnel est, aujourd'hui, traversé par deux grands champs conceptuels : L'un issu de l'avènement du sujet que ce soit chez DESCARTES, KANT ou FREUD.

« Le rationalisme trouve là son expression la plus forte en faisant du langage un médiateur qui s'interpose entre le sujet sensible à une impression et le Réel qu'il veut saisir⁽⁸⁾. »

L'autre inspiré de la philosophie empirique anglo-saxonne, s'appuyant sur la pensée de LOCKE considérant « l'homme avant tout « *individu social* » selon Marc NAYAT.

« Le fond du projet psychiatrique américain, qui trouve ses sources dans la culture anglo-saxonne, est de réadapter l'individu (social) et de le réintégrer dans sa communauté. (...) Dans ce contexte, les thérapies adaptatives visant à éradiquer le symptôme telles que les thérapies cognitivo-comportementales trouvent une place privilégiée. Sur le plan de la recherche, l'esprit du pragmatisme se retrouve dans les fameux protocoles d'actions liés à une stratégie thérapeutique⁽⁹⁾. »

Les soignants doivent ajuster les prises en charge en articulant ce qui est autorisé par la loi et donc soumis à la contrainte et l'ensemble des valeurs qui les animent pour ne pas devenir des « préposés au lifting de l'humeur⁽¹⁰⁾ ».

Danièle HENGEN et Christine ABAD
Collectif Psy CNI

(1) José COELHO 2011 Soins psychiatriques et juge des libertés et de la détention (JLD) Edition essentiel, les Etudes Hospitalières

(2) PALAZZOLO, J. (2003). L'institution psychiatrique, le psychiatre, le malade et leur environnement. Paris: ELLEBORE

(3) Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011. RAPPORT FAIT AU NOM DE LA Commission Des Affaires Sociales Sur Le Projet De Loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, PAR M. Guy LEFRAND, Député.

(4) Livre blanc de la Psychiatrie M. Horassius et JJ Kress

(5) NIZARD G (1995) La responsabilité : enjeux et défis à l'hôpital Cahier de gestions hospitalières n°122

(6) DEVERS G. et CLEMENT M-N L'hôpital, terrain hors la loi ? Objectifs soins n° 74 p 14-17

(7) Journées da Laragne 2007 Centre de santé mentale H. Chaigneau de Gap

(8) NAYAT Marc (2001) Références philosophiques des pensées psychiatriques dans Pratiques en Santé Mentale

(9) Idem

(10) BIALEK Sophie (2001) Tribune libre La lettre de Psychiatrie Française n° 109

Témoignage de Cathy

Étudiante française en troisième année d'école d'infirmières en Belgique.

Les études

En Belgique, pour entrer en école d'infirmières, il suffit juste d'avoir un bac ou de faire une école préparatoire, de réunir toutes les pièces administratives pour constituer le dossier d'inscription, de fournir une lettre de motivation et de payer les frais de scolarité pour une année (environ 200 euros). Contrairement à la France, il n'y a pas de concours d'entrée.

Nos études durent 3 ans, soit 3 fois 9 mois (de septembre à juin) comme une année scolaire de base en France. Notre formation est assez différente de la formation française. En effet, nous alternons 15 jours de cours puis 15 jours de stage. Durant nos stages, nous sommes évalués une fois par semaine : la première semaine un professeur de l'école vient nous évaluer en « Formative », c'est-à-dire qu'il évalue notre capacité à travailler suivant les normes d'hygiène, d'asepsie... Mais il est également là pour nous former et répondre à nos questions. C'est à ce moment de notre stage que l'on doit réaliser le plus de soins vus en cours et essentiellement ceux encore jamais réalisés en stage. Puis la deuxième semaine, le professeur revient mais pour réaliser une « évaluation certificative », c'est-à-dire que cette fois, il ne fait que nous observer pendant une matinée au bout de laquelle il nous mettra une note selon la performance de notre prise en charge. Durant nos stages, nous ne pouvons réaliser que les soins appris en cours. Contrairement à la France, en Belgique, nous ne sommes pas formés par les infirmières des différents services, même si celles-ci doivent nous encadrer durant nos stages.

Nos stages ne se résument pas à deux évaluations, pendant nos deux semaines, nous devons réaliser toutes les activités infirmières en fonction de notre niveau d'études. Pour chaque patient pris en charge, nous devons réaliser une collecte des données minimales et sommes censés réaliser la programmation de nos soins.

Durant nos années scolaires, nous ne retournons jamais dans le même service deux fois ce qui nous permet de voir des choses complètement différentes. Nous réalisons en première année des stages au sein des maisons de repos, en chirurgie et en médecine, en deuxième année des stages en médecine, chirurgie et psychiatrie puis en troisième année, un stage au bloc opératoire, un stage à domicile, un stage aux urgences ou en hémodialyse, un stage en médecine, un stage en chirurgie, un stage de 4 nuits, un stage de gériatrie-psychiatrie et un stage de psychiatrie.

Chaque stage est sanctionné d'un rapport et d'une évaluation de l'équipe soignante. En Belgique, nos stages sont

tous fixés par l'école sauf le stage TDS (travail de synthèse qui remplace le mémoire en France) en troisième année. Nos stages ne sont pas rémunérés.

En ce qui concerne les cours, nous sommes répartis en classe de 30 à 40 élèves ce qui nous permet de nous exercer en pratique sur des mannequins tous autant de fois que nous le désirons, des salles de techniques sont à notre disposition pour nous exercer ainsi que tout le matériel nécessaire.

Durant nos études, nous sommes confrontés à de nombreux examens tout d'abord en janvier où la, seule la théorie est reprise. Ces examens cumulés aux notes de stages et aux différentes interrogations de l'année sont cumulées pour le mois de mai. Si la moyenne des pratiques et des divers examens théoriques est supérieure à 60 %, alors, nous avons le droit de nous présenter aux examens de fin d'année. Ces examens de fin d'année, consistent en 3 semaines de stage et 3 semaines de théories. Durant les 3 semaines de stage, un examen de chirurgie et de médecine est réalisé. Pour la théorie, il s'agit d'une à trois matières d'examen par jour, ces matières se portant sur toute l'année d'études, les épreuves pouvant être orales ou écrites.

En 3^{ème} année, les élèves doivent réaliser ce que l'on appelle un travail de synthèse. Chaque élève choisit un sujet qui ne le concerne pas de près (exemple : pas l'AVC si un parent en a été victime), pour le développer d'un point de vue théorique puis pratique, après avoir réalisé un stage de 15 jours dans l'hôpital de son choix. Les élèves peuvent choisir un stage en France par exemple. Nous avons 5 mois pour réaliser notre TDS durant lesquels, nous sommes suivis par un professeur, puis deux autres professeurs le liront. Les trois professeurs noteront le TDS sur 60, soit une note sur 180 représentant 1/3 des points de l'année. Ainsi, si nous échouons, nous sommes forcément susceptibles de redoubler notre année.

Concernant nos études, il faut également savoir qu'en Belgique, il y a 2 types d'études d'infirmière. On distingue les infirmières brevetées des infirmières graduées. Les infirmières brevetées sont l'équivalent des IDE françaises. Les infirmières graduées sont des infirmières diplômées d'état mais pouvant postuler plus tard à un poste d'infirmière chef. Il faut savoir également que certains hôpitaux n'embauchent que des infirmières graduées comme au niveau des urgences ou au niveau de la réanimation, car, pour exercer dans ces services, l'infirmière DE doit réaliser une année supplémentaire que l'on appelle passerelle et qui lui donne un nouveau titre : infirmière SIAMU (équivalent du SMUR en France). En entrant à l'école d'infirmières, nous devons payer une équivalence de 75 euros (chiffres 2011) pour pouvoir exercer dans tous les pays.

Le métier d'infirmière en Belgique

Le métier d'infirmière en Belgique est réalisé différemment qu'en France. En Belgique, il y a beaucoup moins d'aides-soignantes puisque les prises en charge des patients sont globales. A savoir que ce sera l'infirmière qui effectuera la toilette des patients, ira leur mettre la « panne » (bassin en France). C'est également elle qui effectuera les changes, les changements de positions en plus des soins infirmiers proprement dits comme la gestion des traitements, la réfection des pansements etc... En Belgique, il y a deux façons de travailler selon les hôpitaux, soit les infirmières font les 12 heures, c'est-à-dire qu'il y a un seul roulement entre les infirmières de jour et celles de nuit, ou alors elles travaillent en 8 heures, dans ce cas, il y a deux roulements.

En ce qui concerne le salaire d'une infirmière belge, il est vrai que celui-ci est plus élevé, mais il varie également selon la structure. Juste une image, pour avoir travaillé un mois en « saisonnier » dans une maison de repos privée en tant qu'aide-soignante, mon salaire a été de 2000 euros). Mais il ne faut pas négliger que les belges ne cotisent pas pour la retraite, c'est à eux d'économiser, de même la vie en Belgique est plus chère qu'en France (sauf tabac et alcool ...).

Le système de santé en Belgique

En Belgique, il n'y a pas de sécurité sociale. Les patients ont leurs frais de santé entièrement à leur charge, s'ils n'ont pas d'assurance maladie. Les patients payent tous les médicaments qu'on leur administre, chaque médicament donné au patient est pris en réserve et tarifié au patients dès son administration. Une chose qui m'a choquée et bien marquée au début de mes études, je me souviens d'un stage en service de gériatrie et d'une patiente qui entre pour un bilan complet, je l'accueille et l'installe dans sa chambre et elle me demande de lui apporter la télécommande de

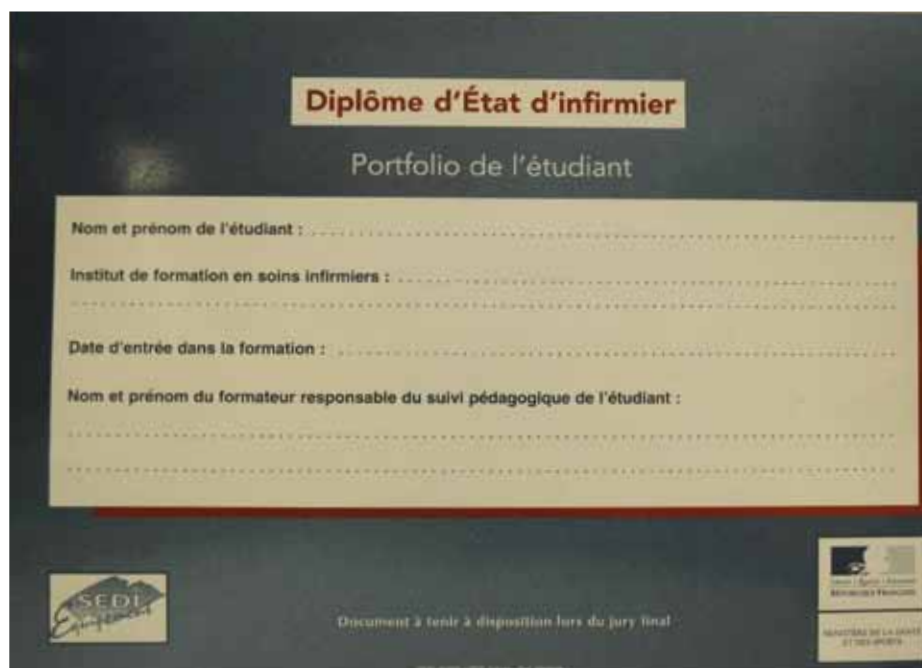
la télévision. Au même instant l'infirmière arrive pour faire une prise de sang afin de savoir si le traitement actuel était encore nécessaire et je la revois demander à la patiente si elle est bien passée par la trésorerie pour payer son hospitalisation avant de commencer quoique ce soit, car n'ayant pas payé, elle ne figure pas dans les dossiers informatisés. La patiente m'a donc donné 150 euros afin d'aller régler sa chambre pour que l'infirmière puisse débiter les soins. A ce moment précis, je me suis dit que si je devais payer 150 euros pour être hospitalisée, il est sûr que je n'irai jamais à l'hôpital me faire soigner. De même, les médicaments coûtent beaucoup plus chers qu'en France, une simple boîte de DAFALGAN coûte 2 à 3 fois plus chers. Beaucoup de Belges viennent donc en France acheter leurs médicaments ainsi que leurs courses alimentaires moins onéreuses également.

Conclusion

On peut dire que l'accès dans une école d'infirmières en Belgique est plus facile qu'en France du fait qu'il n'y a pas de concours. Mais attention, les études ont la réputation d'être plus pointues. Il y a deux MSP à chaque fin d'année dans lesquelles il faut avoir au moins 12/20 de moyenne et il n'y a pas de rattrapage, ce qui entraîne une sélection souvent sévère. Par contre, pour les élèves qui atteignent la 3^{ème} année, le taux de réussite au DE est proche de 100%.

Il est possible pour les personnes qui ont fait leurs études en Belgique de venir travailler librement en France et inversement, comme pour n'importe quel pays de l'Union Européenne d'ailleurs. Mais comme dans de nombreux pays, la pénurie d'infirmières existe en Belgique ce qui fait que les conditions de travail peuvent être parfois pénibles. Pour celles et ceux qui veulent travailler en Belgique, il est plus avantageux dans ce cas de vivre près de la frontière du côté France, ne serait-ce pour des économies de santé.

La vie en Belgique coûte cher et la santé encore plus !



Une formation « bienveillance » pour qui ?

Dans le classement des formations individuelles, celle sur la « culture de la bienveillance » est arrivée « bonne dernière » dans mon établissement...

Si le thème ne semble pas faire recette auprès des soignants, il n'en reste pas moins que la « bienveillance » devrait être une formation obligatoire, non pas pour les soignants cette fois-ci, mais bien... pour la Direction ! Entre la mobilité imposée aux cadres (dans l'ensemble de l'institution) et aux agents (dans certains pôles), la polyvalence se propage dans les services. Il serait peut-être temps de faire un état des lieux dans nos hôpitaux et une « évaluation des pratiques » dans le domaine de la « bienveillance » envers le personnel et plus précisément dans celui de la reconnaissance... Comme dans les projets de mutualisation, mobilité et polyvalence nuisent gravement à la santé des agents et à la prise en charge du patient qui n'a jamais aussi bien porté son nom. Le niveau d'expertise ne cesse de diminuer, emportant avec lui la motivation du personnel. Au final, « travailler moins bien » deviendrait presque « normal »... avec les encouragements d'une Direction toujours plus indifférente et parfois méprisante. Les valeurs du soignant s'en trouvent bousculées pour ne pas dire anéanties.

Quant aux perspectives, cela fait bien 10 ans que chacun se répète que « ça ne peut pas être pire » mais force est de constater que, si nos conditions de travail sont dégradées, le pire reste encore à venir. Cette projection n'est pas très optimiste, surtout si personne ne fait rien pour inverser la tendance. Chacun peut encore agir individuellement ou collectivement pour rétablir le droit d'être reconnu en tant qu'acteur indispensable au bon fonctionnement du système de santé... Vous pouvez signifier à votre direction qu'un agent n'est pas ce « playmobil » que l'on déplace au gré de l'activité d'un service à l'autre, d'une spécialité à une autre... Vous pouvez également vous mobiliser pour dire « stop » et rétablir les valeurs qui sont celles du soignant, celles qu'attend le soigné. Venez replacer le soignant au cœur du débat, rejoignez la CNI.

CLAUDE
CNI de Poitiers



Le Centre Hospitalier Sainte-Marie

Groupement leader dans la gestion hospitalière, nous apportons une couverture de qualité dans le domaine psychiatrique sur le quart Sud Est de la France. Centre Hospitalier privé à but non lucratif, nous disposons de 443 lits ainsi que d'une prise en charge en appartements relais.

Nous recherchons pour notre établissement de Nice

Des INFIRMIERS de JOUR et/ou de NUIT H/F
Diplômés d'état ou de secteur Psychiatrique
Débutants acceptés - Temps plein ou temps partiel

Salaire selon Convention Collective Nationale Fehap 51 - 35h00 - Reprise de l'ancienneté à 100% - Primes

POSTES À POURVOIR RAPIDEMENT

Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :

CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE
Service Ressources Humaines

87, avenue Joseph Raybaud - CS 41519 - 06009 Nice Cedex 1

Tél. : 04 93 13 57 35/15

E-mail : laetitia-cantoni@nice-groupe-sainte-marie.com



Le Centre Hospitalier Sainte-Marie

Groupement leader dans la gestion hospitalière, notre Etablissement a la responsabilité de 7 secteurs de soins psychiatriques publics de l'ouest des Alpes-maritimes, de Nice à Menton. Afin d'assurer nos missions, nous disposons de 443 lits d'hospitalisation et d'un dispositif extrahospitalier déployé sur l'ensemble de notre territoire.

Nous recherchons pour notre établissement de Nice

Des CADRES DE SANTE (Surveillants) H/F
en CDI à Temps plein

Titulaire du diplôme de Cadre de santé

Salaire selon Convention Collective Nationale Fehap 51
Soit 2.496,50 € brut mensuel - 35h00,
Reprise de l'ancienneté, primes,...

POSTES À POURVOIR RAPIDEMENT

Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :

CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE
Service Ressources Humaines

87, avenue Joseph Raybaud - CS 41519 - 06009 Nice Cedex 1

Tél. : 04 93 13 57 35/15

E-mail : laetitia-cantoni@nice-groupe-sainte-marie.com

TOUT SEUL on râle,
on proteste et on
peut espérer...

À PLUSIEURS on
propose, on négocie
et on obtient !!

REJOIGNEZ LE SYNDICAT PROFESSIONNEL

CNI COORDINATION
NATIONALE
INFIRMIÈRE

Coordination Nationale Infirmière

Syndicat Professionnel

Tél. **04 91 74 50 70**

Fax **04 91 74 61 47**

Email : fsi-sud@mail.ap-hm.fr

coord-nat-inf@wanadoo.fr

www.coordination-nationale-infirmiere.org

270 boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE
6508 / RC 1249 / 1

*J'adhère à la
Coordination Nationale Infirmière*

*Je reçois sa revue professionnelle
chaque semestre*

COTISATION ANNUELLE

- IDE : 70 €** (depuis le 01/01/05 cotisation déductible des impôts à 66% soit cotisation à 23,80 € par an).
- ÉTUDIANTS IFSI : 15 €**

J'adhère à la Coordination Nationale Infirmière pour 1 an

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Lieu et secteur d'activité : _____

N° Tél. _____ Email : _____

Établissement employeur : _____

Service : _____ N° Poste : _____ Grade : _____

Je joins à ce bulletin un chèque de 70 € (ou 15 €) à l'ordre de : **Coordination Nationale Infirmière**
et l'envoi à : **Coordination Nationale Infirmière, 270 boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE**

**Par mon adhésion à la CNI, je peux accéder à une assurance professionnelle
(protection juridique et capital main active) au tarif préférentiel de 28 € par an.**

L'adhésion se fait par année civile.

- Je souhaite prendre l'assurance professionnelle (un bulletin d'adhésion me sera alors envoyé dans les prochains jours).**
- Je ne souhaite pas prendre l'assurance professionnelle.**

Trois Filières

COMPETENCE

Santé
Mentale

Management
autour des soins
et de l'accompagnement

EFFICIENCE

PERFORMANCE

Evaluation
Recherche et
Innovation

Des formations adaptées à vos besoins

**GIP ECOLE SUPERIEURE
MONTsouris**



Inscriptions aux formations
Qualifiantes ou Universitaires

42 Boulevard Jourdan

75014 Paris

Tel : 01 56 61 68 60

Fax : 01 56 61 68 59

Email : esm@ecolemontsouris.fr

<http://www.ecolemontsouris.fr>

UPEC
Connaissance - Action

UNIVERSITÉ
PARIS-EST CRETEIL
VAL DE MARNE

Certificat d'Université
Diplôme d'Université
Master 1 et 2

Roche

ACCU-CHEK® Mobile

Le Tout-en-Un, Le lecteur sans bandelette



**Maintenant disponible
en PHARMACIE !**

- 1 cassette pour 50 glycémies
- 6 lancettes intégrées
- Déchets sécurisés

ACCU-CHEK®
Mobile

4

étapes :



Le kit pour autosurveillance de la glycémie Accu-Chek Mobile est un dispositif d'Auto-Surveillance Glycémique (ASG) destiné aux personnes atteintes de diabète. Le kit comprend : 1 lecteur de glycémie et une cassette de 50 tests : ce sont des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro figurant à l'annexe II liste B, 1 autopiqueur et 10 lancettes pour autopiqueur, non réutilisables, stériles : ce sont des dispositifs médicaux de classe IIa. CE0088 - Fabricant : Roche Diagnostics GmbH. Lire attentivement la notice. L'ASG ne doit pas être une mesure automatiquement généralisée à l'ensemble des diabétiques ; ni une mesure passive, n'entraînant pas de conséquence thérapeutique immédiate. Le patient adulte ou enfant ne pourra bénéficier d'un renouvellement du kit que tous les quatre ans. La prise en charge est assurée pour les indications et modalités suivantes : chez le patient diabétique de type 1 : au moins 4 ASG/jour ; chez la femme ayant un diabète gestationnel : au moins 4 ASG/jour ; chez le patient diabétique de type 2 insulinotraité : si l'insulinothérapie comprend plus d'une injection d'insuline par jour : au moins 4 ASG/jour ; si l'insulinothérapie comprend une seule injection d'insuline par jour : 2 à 4 ASG/jour ; les patients chez qui l'insuline est envisagée à court ou moyen terme et avant sa mise en route : 2 à 4 ASG/jour.
PA-008-13

www.accu-chek.fr

ACCU-CHEK®