



EHPAD : de l'injustice à la colère

page 12



Le syndrome d'épuisement professionnel

page 42



Le patient Roi... de l'exigence ?

page 50



CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

SANTÉ MENTALE

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

ACTIVITÉS À MÉDIATIONS THERAPEUTIQUE, ÉDUCATIVE OU D'ANIMATION

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

RELATION D'AIDE ET SOIN

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

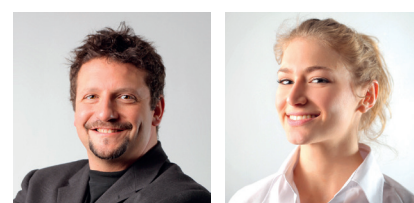
COMMUNICATION, EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE ET MANAGEMENT

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

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



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



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





SYNDICAT CNI

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

POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

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

ÉDITION

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

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Nathalie DEPOIRE, Présidente Syndicat CNI

RESPONSABLE

DU COMITÉ DE RÉDACTION

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

COMITÉ DE LECTURE

- Stéphane DERES (Infirmier, Syndicat CNI Poitiers)
- Céline DUROSAY (Infirmière, Syndicat CNI Belfort Montbéliard)
- Nathalie PAWLOWSKY (Infirmière, Syndicat CNI Martigues)

PHOTOS

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

DESSINS

Pierre BIZALION

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

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

Syndicat CNI - ISSN 2492-4288



<http://syndicat-cni.org>

GROUPE DROUIN
MAÎTRE IMPRIMEUR
groupe-drouin.fr

IMPRIM'VERT*

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



Editorial



Au terme de cette première année de mandat ministériel, les soignants restent dans l'attente de mesures concrètes. Madame BUZYN, notre ministre de tutelle, accumule les déclarations passant du constat « d'un système à bout de souffle » à l'annonce des réorganisations nécessaires. S'agissant des plans de départs volontaires à venir pour la Fonction Publique, elle s'est empressée de déclarer qu'ils ne concernaient pas les hôpitaux et qu'au contraire des recrutements étaient à prévoir.

Cependant, en parallèle de ces discours, sur le terrain, les blouses blanches ne constatent pas d'amélioration mais bien au contraire la poursuite des contraintes budgétaires (fermetures de lits, de services, non-remplacement des départs...). Dans ce contexte, le malaise grandit, le nombre de personnels en épuisement professionnel augmente avec des incidences importantes sur la santé des agents.

Le dossier "EHPAD" à découvrir (page 14) revient sur les événements de ce début d'année et témoigne de l'insoutenable réalité actuelle du terrain.

Des plates-formes d'appel à disposition des soignants se mettent en place et vous trouverez dans cette revue les numéros verts d'appel. Il s'agit là d'une réponse importante à diffuser mais il faut également former pour définir l'épuisement professionnel, permettre l'identification des symptômes et répondre aux besoins des collègues qui en souffrent. Mais au-delà du curatif, il est impératif de travailler à éradiquer la cause du mal.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 ouvre la possibilité à des modes de financements innovants, dérogoires aux règles actuelles de tarification pour des « expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé ». Elle préfigure ainsi une évolution de la Tarification à l'Activité, la fameuse « T2A », tellement décriée.

Si le syndicat CNI est favorable à cette évolution qu'il a revendiquée, nous restons vigilants et attendons de lire la réalité de cette évolution car quel que soit le mode de financement la question principale demeure celle du montant de l'enveloppe pour répondre aux besoins de santé de la population face au vieillissement et à l'explosion des maladies chroniques...

Le Président de la République a déclaré que des précisions seraient apportées en juin. Les soignants sont impatients de les découvrir. D'ores et déjà, le syndicat CNI vous invite à vous mobiliser et à être, en fonction des annonces, acteurs d'une évolution constructive ou en action pour exiger une réelle amélioration des conditions de travail des professionnels de santé condition sine qua non pour garantir la qualité et la sécurité des soins !

Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI



NOUS SOMMES POUR CEUX QUI RENDENT LA SOCIÉTÉ PLUS HUMAINE ET CEUX QUI EN ONT FAIT LEUR VOCATION.

PLUS DE 3 MILLIONS DE SOCIÉTAIRES NOUS FONT DÉJÀ CONFIANCE.

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



ASSURÉMENT HUMAIN

Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé, du lundi au samedi de 8h à 20h)
Connectez-vous sur www.gmf.fr

GMF 1^{er} assureur des agents du service public : selon une étude Kantar TNS de mars 2017.

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
775 691 140 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret et sa filiale GMF ASSURANCES. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.

Sommaire

Éditorial

3

Stratégie Nationale de Santé

6

Vous avez dit stratégie... ?

Rapport LE BOULER

10

L'universitarisation
des formations en santé

EHPAD :

12

de l'injustice à la colère

Billet d'humeur :

21

Loi Travail 2 :

18

ce que la réforme Macron
va changer pour les salariés

Quand les mots d'en mêlent...

17

et prennent tout leur sens !

EHPAD :

15

le métier d'animateur

reconnaissance, reconnaissance
encore et toujours !

Lettre Ouverte

22

Accueil et prise en charge

24

du handicap en chirurgie dentaire

Report de PPCR

28

publié au Journal Officiel



Rencontre

50

avec une soignante
passionnée et passionnante

Soignant en détresse :

48

l'Ordre propose aussi un dispositif
national d'entraide

Le syndrome

44

d'épuisement professionnel

Présentation Colloque SPS
du 11 décembre 2017

40

Etude du sommeil des soignants



Le patient Roi...

53

de l'exigence ?

Témoignage

55

d'une aide-soignante
ou le parcours d'une mutante ?

Fiche pratique :

57

DÉMISSION dans la FPH

Pierre Leroy,

64

un cadre de santé en transition

Faut-il robotiser

63

la fin de vie ?

Une infirmière

62

jury de thèse de pharmacie

Questions / Réponses

60

Téléchargez votre
bulletin d'adhésion



Rejoignez-nous sur
notre application
smartphone et tablette



Vous avez dit stratégie... ?

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

L'élaboration de ce document est prévue par l'article 1^{er} de la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. Celui-ci dispose en effet que « la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 a été adoptée par le décret du 29 décembre 2017, publié au Journal officiel de la République le 31 décembre 2017. Il s'agit du « cadre de référence pour les 5 ans à venir de l'ensemble des politiques publiques visant l'amélioration de la santé de la population ». Elle est définie par le Gouvernement et formule des objectifs d'amélioration de la santé dans l'ensemble des politiques publiques.

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS) a été adoptée officiellement par le gouvernement à l'issue d'un processus de concertation entamé à la fin de l'été 2017 par Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé.

Elle s'articule autour de quatre axes complémentaires :

1. Prévention : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
2. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
4. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

La SNS contient également des volets spécifiques :

- les priorités de la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune ;
- des volets relatifs à la Corse et aux collectivités d'Outre-mer.

Dès le premier semestre 2018, la stratégie nationale de santé sera mise en œuvre par des plans et programmes nationaux et, dans les territoires, par les projets régionaux de santé (PRS) définis par les agences régionales de santé.

Stratégie de transformation du système de santé

Le Premier ministre Edouard Philippe et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, ont annoncé le mardi 13 février 2018 le lancement de la stratégie de transformation du système de santé.

Le gouvernement met en avant que notre système de santé permet aux français de bénéficier d'une des meilleures espérances de vie au monde et, grâce à l'assurance maladie, d'un haut niveau de prise en charge des dépenses par la solidarité nationale.

Ils soulignent que « Les Français y sont légitimement très attachés. Pourtant, la santé est aussi l'une de leurs préoccupations principales. Car notre système présente aussi des points à améliorer :

- Un investissement insuffisant dans la prévention : dès sa nomination, le Gouvernement a montré sa détermination à agir, en prenant des décisions fortes sur deux sujets : les vaccins et le tabac. Cette voie sera poursuivie.
- La difficulté d'accès aux soins dans certains territoires : le plan pour un égal accès aux soins dans les territoires, annoncé le 13 octobre dernier, doit permettre de répondre à cette problématique.
- La complexité et le cloisonnement de notre système, qui laisse le patient souvent coordonner lui-même les différents professionnels. »



Pour le gouvernement, c'est le système de santé dans son entier qui doit être interrogé pour faire face aux défis d'aujourd'hui et préparer le système de santé de demain.

Le cap identifié est LE PATIENT, qui doit « plus que jamais être au centre des réflexions et des évolutions à venir. »

C'est donc sur ce fondement que s'est ouverte début 2018 une période de réflexion et de concertation de trois mois sur cinq grands chantiers structurants :

- La qualité et la pertinence.
- Le financement et les rémunérations.
- Le numérique en santé.
- Les ressources humaines.
- L'organisation territoriale.

1. Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques

La ministre des Solidarités et de la Santé a donc commandé à la HAS la définition d'indicateurs de

qualité des parcours concernant les dix pathologies les plus fréquentes (ex : diabète, insuffisance rénale).

Le gouvernement présente la volonté d'évaluer la satisfaction des patients en croisant également avec des enquêtes régulières auprès des personnels pour mesurer la perception du service rendu aux patients.

2. Repenser les modes de rémunération de financement et de régulation

Partant du constat des modes de rémunérations et du financement actuel cloisonnés, le gouvernement pose l'ambition non pas de réformer la tarification à l'activité (T2A) mais de la rééquilibrer, la corriger pour permettre notamment la prise en compte de la prévention et la qualité des soins.

Pour le syndicat CNI, l'objectif est pertinent mais il reste à voir la définition concrète de ces évolutions.

La méthodologie annoncée se fonde sur des expérimentations qui s'ouvrent dès 2018. En effet, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 (LFFS) par son article 51 prévoit un financement pour les « expérimentations organisationnelles





innovantes du système de santé », en dérogation aux règles actuelles de tarification, pour une durée « qui ne peut excéder cinq ans ».

Ce texte pose la volonté de « favoriser l'innovation par l'émergence de nouvelles organisations dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients et de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins ». Il ambitionne également d'améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées et la qualité des prescriptions.

Ces expérimentations pourront notamment viser à « optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale » et à « organiser par une séquence de soins la prise en charge des patients ».

Il s'agit là de l'utilisation de dispositifs numériques de coordination des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et aux outils de télé-suivi

qui permettent d'assurer la continuité des soins, après une hospitalisation par exemple.

La loi de financement 2018 acte donc l'orientation vers le financement au parcours de soins et la remise en question du tout T2A dénoncé par de nombreux acteurs de la santé dont le syndicat CNI.

Des orientations très importantes qui posent néanmoins la question du délai pour voir ces changements alors que notre ministre reconnaît elle-même « un système à bout de souffle ».

C'est pourquoi notre organisation revendique la mise à disposition d'enveloppes « tampons » dans cette période de transition qui s'ouvre afin de sécuriser les prises en charge.

3. Accélérer le virage numérique

La plus-value potentielle de l'utilisation des nouvelles technologies et le retard pris par la France sont mis en avant par le gouvernement. Ce constat est bien sûr partagé mais face aux annonces gouvernementales le syndicat CNI souhaite clarifier la place des paramédicaux dans ces évolutions annoncées. Les premières déclarations,

dans ce domaine, étant essentiellement médico-centrées.

4. Adapter les formations et les Ressources Humaines au système de santé

Il s'agit là d'un axe de travail majeur pour les professionnels de santé.

Il concerne la réingénierie de formation, notamment l'universitarisation des paramédicaux et la mise en place des référentiels de formation de l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) ainsi que son cadre d'exercice. Beaucoup de questions persistent tant sur le contenu des textes « IPA » et de la part réelle d'autonomie d'exercice qui leur sera attribuée, que sur l'universitarisation des paramédicaux et notamment l'avenir des infirmiers spécialisés.

Mais ce chantier porte également sur la gestion des ressources humaines et soulève de nombreuses interrogations. Le gouvernement aborde ici les notions de « fluidifier le dialogue social, assouplir les

statuts, reconnaître le mérite et l'engagement dans la rémunération, favoriser l'accompagnement des évolutions de carrières et la gestion du changement ». Nous manquons à ce jour de lisibilité pour finaliser un avis, mais l'inquiétude est réelle particulièrement concernant la rémunération au mérite pour laquelle nous n'avons aucune visibilité des critères et également sur l'avenir du statut.

Les annonces du 13 février reviennent sur la mise en place d'un Observatoire National d'Amélioration de la Qualité de Vie au Travail afin de dresser un état des lieux, collecter les données, formuler des propositions d'amélioration avant la fin 2018. Il s'agit là de la reprise d'une des annonces de Marisol Touraine de début décembre 2016 lorsque cette dernière présentait son plan d'amélioration pour « prendre soin de ceux qui nous soignent ». Madame Buzin passera-t-elle des annonces aux actes ? L'avenir nous le dira...

5. Repenser l'organisation territoriale des soins

Il est ici question d'expérimentations territoriales, de poursuivre et renforcer les liens entre la ville et l'hôpital, d'inciter la « médecine ambulatoire ». ■

Afin de mener à bien ces chantiers, 100 millions d'euros seront dédiés annuellement à la transformation du système de santé hors ONDAM.

La définition de cette stratégie de transformation du système de santé s'appuie sur une concertation des acteurs, professionnels de santé et usagers de mars à mai 2018.

La feuille de route devrait être communiquée avant l'été 2018...

Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI

infirmiers
ibode iade
aides-soignants (h/f)



nous recrutons d'urgence
en missions d'intérim ou en cdi

Depuis plus de 45 ans, l'Appel Médical est n° 1 du travail temporaire et du recrutement médical, paramédical et pharmaceutique et recrute des professionnels de santé passionnés à la recherche d'expériences fortes et enrichissantes. Hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées, entreprises, laboratoires, établissements sociaux... l'une des 95 agences de l'Appel Médical répond à vos ambitions professionnelles et exigences de rythme de vie. Poste fixe en cdd ou cdi, intérim... nous vous apportons une réponse personnalisée et nous construirons ensemble votre plan de carrière. Vous bénéficiez en plus d'entretiens personnalisés, d'un plan de formation, du comité d'entreprise, d'accords exclusifs en terme de mutuelle, d'un crédit conso-immobilier, d'assurance, de la participation...

Fort d'une expérience réussie ou jeune diplômé(e)
et disponible pour construire votre carrière, contactez-nous :

www.appelmedical.com

 0 800 240 533
APPEL MÉDICAL DEPUIS UN POSTE FIXE

santé

Universitarisation des formations paramédicales et de Maïeutique, le rapport LE BOULER

Suite à la mission de concertation qui lui a été confiée en septembre 2017 par les ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur, Stéphane LE BOULER, secrétaire général du Haut Conseil de l'Assurance maladie, a rendu son rapport intermédiaire en février 2018. Le 14 mars 2018, Mesdames les ministres, Agnès BUZYN et Frédérique VIDAL ont donc mis en place le comité de suivi de ce processus.

Lors du point presse, les ministres ont souligné « une action gouvernementale résolue ». Elles ont présenté une méthode, fondée sur un diagnostic partagé de ce qui aujourd'hui fonctionne et doit être préservé et qui repose sur le respect et le dialogue avec tous les partenaires, étudiants, formateurs, universités, collectivités, professionnels.

Leur présentation annonce des réunions mensuelles du comité de suivi qui se réunira sous la présidence de Stéphane LE BOULER ainsi que la mise en place de groupes de travail spécifiques qui proposeront des solutions à chacune des questions identifiées.

L'objectif affiché par le gouvernement est d'aboutir rapidement à un premier ensemble de transformations, permettant de progresser de façon décisive dans ce chantier de l'universitarisation.

L'intégration des formations paramédicales et de maïeutique à l'université permettra le développement de la recherche, notamment en sciences infirmières, en réadaptation et en maïeutique. Les ministres

exposent qu'il s'agit de faire en sorte que les étudiants en santé puissent apprendre à coopérer dès les bancs de l'université et bénéficient des mêmes droits et des mêmes services que les étudiants inscrits dans un cursus LMD.

La mise en œuvre de certaines mesures est annoncée à la rentrée 2018 (inscription des formations sur Parcoursup, possibilité de recruter des enseignants-chercheurs de ces disciplines sur la campagne d'emploi 2019) et un second volet de mesures à la rentrée 2019.

5 objectifs prioritaires feront l'objet d'un premier travail de concertation et d'expertise

- Simplifier les modalités d'admission dans les formations,
- Ouvrir la possibilité de recruter des enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers, et réadaptation,
- Etablir un cadre national simplifiant les relations institutionnelles et financières entre régions, instituts de formation et universités,
- Mettre en œuvre des formations aux nouveaux métiers en débutant par les pratiques avancées infirmières dès la rentrée 2018,
- Lancer une réflexion sur les référentiels incluant des temps de formation communs à plusieurs filières, comme cela va se faire dans le cadre du service sanitaire.

Les dates clés du processus d'universitarisation présentées dans le dossier de presse

2004 → La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux collectivités locales





transfère aux régions la responsabilité des formations paramédicales et sociales

2009 → La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires crée notamment des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) regroupant les instituts de formation

2013 → Rapport IGAS - IGAENR sur les formations paramédicales et poursuite d'intégration dans le dispositif LMD

2016 → La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé inclut des dispositions relatives à la pratique avancée infirmière

Février 2016 → Grande conférence de santé

Juin 2016 → Partenariat Etat-Régions avec un volet « santé » important

Août 2017 → Rapport IGAS-IGAENR pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université: mise en œuvre des mesures 5,6 et 13 de la Grande Conférence de Santé

Septembre 2017 → Lancement par Agnès BUZYN et Frédérique VIDAL de la mission de concertation confiée à Stéphane LE BOULER

Février 2018 → Remise aux ministres du rapport intermédiaire de Stéphane LE BOULER

14 mars 2018 → Installation par les ministres du Comité de suivi du processus d'universitarisation des formations paramédicales et maïeutique

Mars-septembre 2018 → Concertation sur les 5 premiers objectifs et leurs propositions réglementaires

Septembre 2018 → Rapport final et définition des objectifs de l'année 2018-2019

Issu des grands mouvements infirmiers de la fin des années quatre-vingt, le syndicat CNI a revendiqué dès 1990 une Licence Infirmière. La refonte du programme pour la formation infirmière de 1992, suite aux nombreuses manifestations, pose la notion d'étudiants en soins infirmiers (ESI) et d'instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Les mobilisations infirmières de 2007, initiées par le syndicat CNI ont pour conséquence la mise en place des nouveaux référentiels débutés en 2009 avec la reconnaissance du grade de Licence. ■

Le combat est long, à poursuivre, mais pas à pas, l'universitarisation se construit...

Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI

EHPAD : de l'injustice à la colère

Ils sont nés, ont grandi, ont travaillé sans relâche pour nous élever ou élever nos parents...

Comment remercions-nous aujourd'hui nos aînés pour les années passées ? Peut-on imposer de telles conditions de vie à leur corps épuisé, leur esprit torturé ? Pourquoi sont-ils devenus un poids pour notre société ? Les conditions d'accueil et de prise en charge actuelles ne sont certainement pas à la hauteur de leurs espérances. Qu'espérons-nous pour eux et, dans un proche avenir, pour nous-même ? Quels moyens sommes-nous prêts à exiger pour assurer l'essentiel à savoir une prise en charge bienveillante compatible avec la dignité ?

100 + 50 - 200 = - 50!

Depuis le 1^{er} janvier 2017 la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015 (art.58) a engendré une perte des ressources estimée à 200 millions d'euros pour les EHPAD. Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS 2018) consacre 100 millions d'euros pour améliorer le taux de qualité d'encadrement des EHPAD. Le 25 janvier 2017 Mme BUZYN annonçait quant à elle une rallonge de 50 millions d'euros... Au final, le constat est édifiant, le désengagement de l'état s'élève à 50 millions d'euros pour les EHPAD. En 2006, le plan Solidarité Grand Âge prévoyait un ratio de 1 personnel pour 1 résident. Une promesse envolée quand, aujourd'hui, on dénombre tout juste 0,6 soignant pour 1 résident. Les moyens ne sont pas à la hauteur des ambitions, sous réserve que l'ambition ait bien été présente.

L'être humain, une marchandise...

Pour ajouter un peu de cynisme, il faut également constater que la dépendance peut rapporter gros. Les structures publiques d'accueil pour personnes âgées sont abandonnées par les collectivités locales et sont rachetées par des investisseurs privés qui se bousculent au portillon sans penser une seule seconde à l'avenir de nos aînés. Le vieillissement est devenu un marché sans frontière et donc, l'être humain une marchandise. C'est ainsi, nos aînés ou leurs familles devront donc mettre la main au porte-monnaie sans garantie sur la qualité de prise en charge. Quelques-uns pourront s'offrir certaines prestations facultatives, d'autres s'en passeront faute de moyens.

Quel avenir souhaitons-nous pour nos aînés et quel contrôle pouvons-nous garder aussi bien sur la gestion des EHPAD que sur la prise en charge des résidents ?

Que faire de nos aînés... qui « coûtent cher » ?

C'est une réalité d'aujourd'hui, certaines personnes âgées sont maintenues hospitalisées embolisant par conséquent les services de soins. Le manque de places dans les EHPAD en est l'une des causes, le coût financier d'un placement en est une autre. L'accessibilité n'est pas à la portée des plus démunis. L'instabilité qui en découle, au regard de l'avenir, est par ailleurs catastrophique avec les conséquences que l'on connaît sur l'état général de ces patients fragiles qui perdent la notion du temps. Au fil des jours, leurs comportements se dégradent face au sentiment d'abandon avec une perte du goût à la vie (voire de l'élan vital) et un degré de dépendance qui s'accélère, souvent de manière irrémédiable.

Quel avenir pour les personnels soignants ?

Dans les différentes structures, autour de ces personnes âgées, se démènent des soignants usés qui dénoncent leurs conditions de travail mais notre Ministre de tutelle les entend-elle ? Entend-elle ces souffrances, ces cris d'alerte ? A-t-elle conscience de la charge de travail disproportionnée, au regard des moyens alloués, qui rend impossible toute prise en charge décente ? Comprend-elle les mécanismes de la maltraitance qui s'installe insidieusement, le très faible niveau de prestation, les soins bâclés par des soignants désabusés et eux-mêmes maltraités ?

Travailler auprès de personnes âgées sans moyens n'a plus de sens pour un personnel littéralement abandonné. La parole des soignants se libère et inonde les médias ainsi que les réseaux sociaux. Nos valeurs humaines sont heurtées par des témoignages plus violents les uns que les autres qui nous projettent dans notre propre avenir. La maltraitance ne peut pas s'installer dans nos structures pour personnes âgées et, surtout, elle ne doit pas se substituer à une image de normalité. Nous en sommes bien là, dans certains établissements, maltraiter est devenu banal... par défaut.

De par les souffrances physiques et psychologiques, le malaise exprimé des soignants dans les EHPAD lève un tabou et met en lumière celui des résidents. Une simple douche devient hebdomadaire et le temps d'aide à la prise des repas est « grignoté » un peu plus chaque jour. Pour le résident, l'image de soi « s'émiette » l'appétit et le goût de vivre s'envolent.

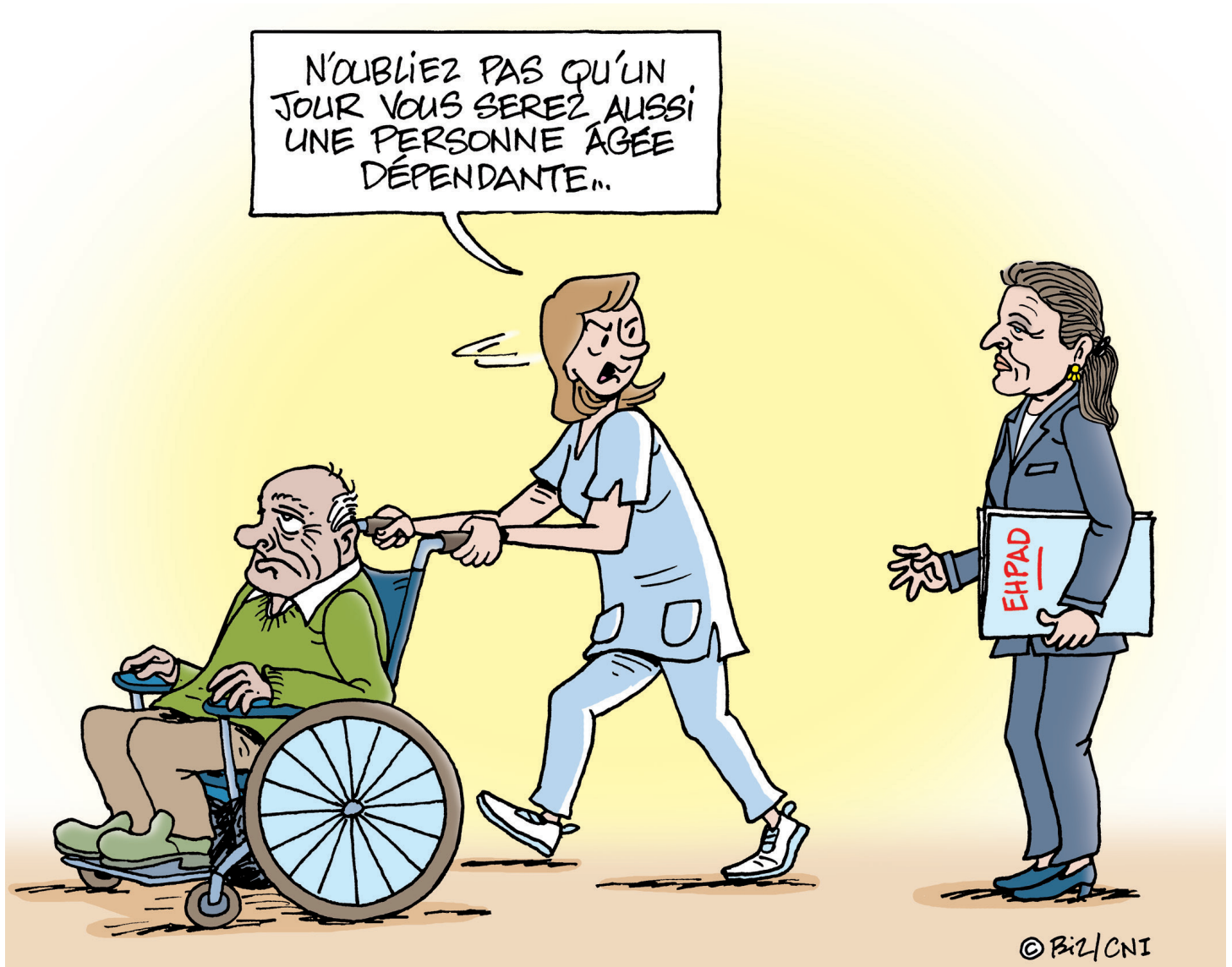
Prise en charge de la dépendance, une volonté politique ?

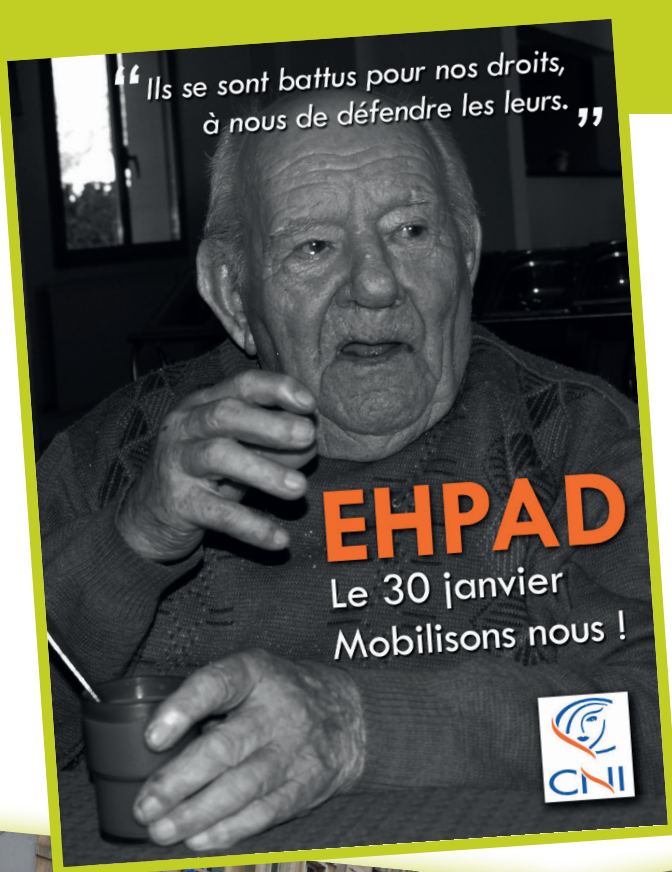
En France, les politiques commencent tout juste à prendre la mesure de ce qui se passe dans les

structures réservées à nos aînés. Un véritable programme d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées doit être étudié avec les acteurs du terrain. La situation relève de l'urgence et doit permettre de former et de recruter du personnel sans délai.

Cette prise de conscience tardive suffira-t-elle à redonner un peu de dignité aux personnes âgées et un sens à l'engagement du soignant ? La bientraitance humaine et l'attractivité des professions de santé en dépendent... ■

*Le Bureau National
Syndicat CNI*





Le métier d'animateur en EHPAD

Mon parcours professionnel a toujours été du domaine du social avant même que j'en aie conscience.

J'ai été caissière, vendeuse, commerciale, secrétaire, nounou... Et pour bon nombre de mes fonctions, je me débrouillais pour organiser les Noëls, les sorties d'équipes, les rencontres sportives inter-entreprises, les repas en équipe, tout ce qui donnait lieu à la notion d'échange.

En 2008, je débute un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) de deux ans en EHPAD à Cazouls les Béziers. La première année, au service entretien puis la seconde aux soins d'hygiène. Mais c'est l'animation qui attire mon intérêt: je suis face au Saint Graal!

En 2011, j'ai 45 ans et me voici diplômée de l'Animation Sociale avec mon BPJEPS¹. Tout Public! Je pars vers la connaissance de l'autre, vers la reconstruction du lien social, vers l'incroyable complexité de l'Homme à travers le handicap, la jeunesse et la vieillesse. Je suis sur les traces de Jean-Jacques Rousseau et de son « *Emile ou De l'éducation* ».

Je brandis tout haut le libre drapeau du travailleur social!

Mon seul et unique diplôme m'ouvre tout d'abord aux enfants de classes primaires par le Centre de Loisirs pour une période de deux ans.



1- BPJEPS: Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport. Diplôme de niveau IV délivré par la DRJSCS (Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale)

Je me familiarise avec les besoins de cette jeunesse et j'encadre une équipe de six animateurs durant l'été. Je comprends très vite que la prise en charge des enfants comme du groupe d'animateurs se définit par l'écoute vraie, la réactivité, le faire-faire et prendre du plaisir dans ses fonctions. En tant que directrice, je me suis efforcée d'être dans cette posture et de l'enseigner afin d'amener les enfants à se sentir bien et l'équipe à travailler différemment.

Les jeunes enfants « trimbalent » avec eux des problématiques qui leurs sont propres mais souvent, elles sont d'ordre familial. J'ai été confrontée à une multitude d'évènements qui demandent beaucoup de distance professionnelle mais aussi de l'implication. Ce métier de l'animation sociale demande une capacité à gérer des conflits à tous niveaux.

Ce que j'en retiens pourtant, c'est que nous nous sommes tous beaucoup amusés dans de simples moments de partage.

Après la fin de ce contrat de deux ans, une période de carence s'installe: les postes d'animateurs ne sont pas fréquents et je ne veux pas de petits contrats précaires. Je déprime!

En 2014, je décroche mon embauche au sein d'un EHPAD à plein temps: celui-là même qui avait vu naître en moi cette envie d'être animatrice sociale!

La première année de prise de poste est pour moi décisive: je dois informer sur mon rôle (si méconnu), apprendre à connaître l'équipe pluridisciplinaire à travers le métier et les personnalités, savoir y trouver ma place, répondre aux besoins des résidents, faire du lien avec les familles et les mandataires judiciaires, la commune... Proposer, organiser, mettre en place dans un dynamisme et une envie à toute épreuve!

Rappel global du rôle de l'animateur: Prise en compte des publics dans leur environnement

- Connaissance des publics
- Environnement institutionnel et social de l'animation
- Inclusion des personnes handicapées

Mise en œuvre de projets

- Repérage des besoins et possibilités
- Formalisation d'un projet d'action éducative
- Pilotage d'un projet d'action éducative

Encadrement de collectifs

- Encadrement de groupes
- Techniques d'animation de groupes
- Repères pédagogiques

Encadrement des activités

- Préparation d'activités
- Animations d'activités avec ou sans intervenant
- Réglementation spécifique des activités.

Cette énumération reprend les grands axes de l'animation mais il y a au quotidien ce que j'appelle le travail invisible qui consiste à répondre à une attente / un besoin dans l'instant.

Lorsque je suis en poste, je suis proche d'un investissement total pour les résidents afin d'atteindre mes objectifs :

- Piloter la mise en œuvre d'actions d'animation en vue du développement de l'expression et de la relation sociale,
- Proposer des projets d'animation adaptés aux potentialités / aux capacités restantes de ces personnes,
- Participer au maintien des capacités relationnelles et sociales de la personne et au maintien ou au développement de son autonomie physique et psychologique,
- Assurer la sécurité des personnes et la responsabilité du projet d'établissement au bénéfice du public de l'EHPAD,
- Exercer en autonomie en utilisant un ou plusieurs supports techniques dans la limite des cadres réglementaires.

Accompagner des personnes vieillissantes et / ou dans la maladie demande énormément de qualités humaines comme le respect, le non jugement, l'écoute, la disponibilité... Il faut être quelqu'un de fiable et d'honnête. Quelquefois, il faut savoir mettre les personnes en face de leur réalité sans les frustrer véritablement. Il faut apprendre à connaître chacune d'entre elles bien au-delà de l'apparence, s'intéresser à tout ce qui les concerne et tout ce qu'elles voudront confier. Il faut échanger avec l'équipe pluridisciplinaire, les familles, les amis,

les tuteurs, s'investir ! Il faudra même parfois se « battre », ou être stratège le plus souvent, pour répondre à une demande qui change les habitudes de l'établissement ou encore, argumenter devant le directeur pour une requête qui secoue un peu l'ordinaire !

Ce métier demande d'oser, pas pour soi-même mais pour les autres. En parallèle, il apporte beaucoup de connaissances humaines et une certaine philosophie de vie qui amène à sortir du cadre de l'éducation dite « classique », qui pousse au questionnement et à la remise en question perpétuelle.

Pour moi, ce métier est complet car pour l'exercer, il faut aussi avoir ce grain de folie merveilleux et ces outils formidables que sont l'humour et la dérision, car, quand c'est nécessaire, il faut pouvoir suivre certaines personnes dans leur dimension intergalactique !

Oui, j'aime mon métier et je le conseille à tous ceux qui veulent envisager l'animation sous un autre angle,

A tous ceux qui pensent que la vie est belle tant qu'on est vivant,

A tous ceux qui peuvent donner sans compter,

A tous ceux qui veulent faire de leurs jours un essentiel à vivre. ■

Corinne BUSSOLA
Animatrice sociale
EHPAD « Simone de Beauvoir »
34370 CAZOULS LES BEZIERS



Quand les mots s'en mêlent...

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

... et prennent tout leur sens !

Vieillesse : dernier âge de la vie se traduisant par la diminution de toutes les activités.

Accueil : Action et manière d'accueillir, de recevoir quelqu'un.

Soin : Charge, devoir de veiller à quelque chose, de s'en occuper.

Protection : Action de protéger, de défendre quelqu'un contre un danger, un mal, un risque.

Histoire : Connaissance du passé de l'humanité et des sociétés humaines ; discipline qui étudie ce passé et cherche à le reconstituer.

Responsabilité : Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres.

Accompagner : Servir de guide, d'accompagnateur à quelqu'un, à un groupe.

Génération : Suite d'êtres organisés semblables, provenant les uns des autres.

Témoin : Personne qui a vu ou entendu quelque chose, et qui peut éventuellement le certifier, le rapporter.

Ancien : Qui existe depuis longtemps, qui date d'une époque bien antérieure.

Gérontologie : La gérontologie est différente de la gériatrie et correspond à l'étude du phénomène de vieillissement chez l'être humain ainsi que de ses conditions de vie.

Sénescence : Vieillesse naturelle des tissus et de l'organisme.

Vétusté : État de détérioration produit par le temps.

Descendance : Ensemble de ceux qui sont issus de quelqu'un, sa postérité, lignée.

Solitude : État de quelqu'un qui est psychologiquement seul ; solitude morale.

Caractère d'un lieu où l'on se sent seul, isolé.

Refuge : Lieu où l'on peut se mettre en sécurité.

Équilibre : État de quelqu'un qui maîtrise sa position et ses mouvements, qui ne tombe pas.

Mémoire : Activité biologique et psychique qui permet d'emmagasiner, de conserver et de restituer des informations, ensemble des faits passés qui reste dans le souvenir des hommes, d'un groupe.

Ergothérapie : Méthode de rééducation et de réadaptation sociale par l'activité physique, spécialement le travail manuel.

Animateur : Personne chargée de l'encadrement d'un groupe et qui propose des activités, facilite les relations entre les membres du groupe, suscite l'émulation, l'intérêt...

Acceptation : Action d'accepter, de recevoir, d'agréer quelque chose, consentement, accord.

Temps : Mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres.

Abandon : Fait de se soustraire à l'obligation matérielle ou morale à laquelle on est tenu à l'égard de certaines personnes.

Passage : Fait de passer d'un état dans un autre.

Devenir : Passer d'un état à un autre, commencer à être ce qu'on n'était pas.

L'être ne peut s'éprouver que dans le devenir, le devenir n'est rien sans l'être.

Pudeur : Disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de choses sexuelles.

Honneur : Ensemble de principes moraux qui incitent à ne jamais accomplir une action qui fasse perdre l'estime qu'on a de soi ou celle qu'autrui nous porte.

Autonomie : Capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui.

Indépendance : État de quelqu'un qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral, intellectuel.

Caractère de quelqu'un qui ne se sent pas lié ou qui ne veut pas être soumis aux autres, à la discipline morale, aux habitudes sociales.

Loi Travail 2:

ce que la réforme Macron va changer pour les salariés

Promesses phare d'Emmanuel Macron lors de sa campagne présidentielle, les ordonnances réformant le Code du travail ont été publiées au Journal Officiel du 23 septembre 2017 :

- Ordonnance 2017-1385 relative au renforcement de la négociation collective ;
- Ordonnance 2017-1386 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales ;
- Ordonnance 2017-1387 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail ;
- Ordonnance 2017-1388 portant diverses mesures relatives au cadre de la négociation collective ;
- Ordonnance 2017-1389 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

Décidément très pressé de réformer le Code du Travail, l'exécutif a publié au Journal Officiel l'intégralité des décrets d'applications des ordonnances Travail avant le 31 décembre 2017.

Voici la liste des 20 décrets d'application :

- Décret n° 2017-1398 du 25 septembre 2017 portant revalorisation de l'indemnité légale de licenciement ;
- Décret n° 2017-1551 du 10 novembre 2017 relatif aux modalités d'approbation par consultation des salariés de certains accords d'entreprise ;
- Décret n° 2017-1612 du 28 novembre 2017 relatif à la mise en place des observatoires d'analyse et d'appui au dialogue social et à la négociation ;
- Décret n° 2017-1646 du 30 novembre 2017 relatif à la suppression du contrat de génération ;
- Décret n° 2017-1647 du 30 novembre 2017 relatif à la suppression du contrat de génération ;
- Décret n° 2017-1689 du 14 décembre 2017 relatif au groupe d'experts prévu par l'article L. 2261-27-1 du code du travail ;
- Décret n° 2017-1702 du 15 décembre 2017 relatif à la procédure de précision des motifs énoncés dans la lettre de licenciement ;

- Décret n° 2017-1703 du 15 décembre 2017 portant application des dispositions des articles 6 et 7 de l'ordonnance n° 2017-1385 du 22 septembre 2017 relative au renforcement de la négociation collective ;
- Décret n° 2017-1723 du 20 décembre 2017 relatif à l'autorité administrative compétente pour valider l'accord collectif portant rupture conventionnelle collective ;
- Décret n° 2017-1724 du 20 décembre 2017 relatif à la mise en œuvre des ruptures d'un commun accord dans le cadre d'un accord collectif ;
- Décret n° 2017-1725 du 21 décembre 2017 relatif à la procédure de reclassement interne sur le territoire national en cas de licenciements pour motif économique ;
- Décret n° 2017-1767 du 26 décembre 2017 relatif aux modalités d'approbation des accords dans les très petites entreprises ;
- Décret n° 2017-1768 du 27 décembre 2017 relatif à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention ;
- Décret n° 2017-1769 du 27 décembre 2017 relatif à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention ;
- Décret n° 2017-1818 du 28 décembre 2017 relatif à la prise en charge de la rémunération des salariés participant aux négociations de branche ;
- Décret n° 2017-1819 du 29 décembre 2017 relatif au comité social et économique ;
- Décret n° 2017-1820 du 29 décembre 2017 établissant des modèles types de lettres de notification de licenciement ;
- Décret n° 2017-1877 du 29 décembre 2017 relatif aux traitements de données à caractère personnel liés au compte personnel d'activité des agents des trois fonctions publiques, de différentes catégories d'agents des chambres d'agriculture, des chambres de commerce et d'industrie et des chambres de métiers et de l'artisanat et de certains salariés ;
- Décret n° 2017-1879 du 29 décembre 2017 relatif aux mises à disposition de travailleurs réalisées

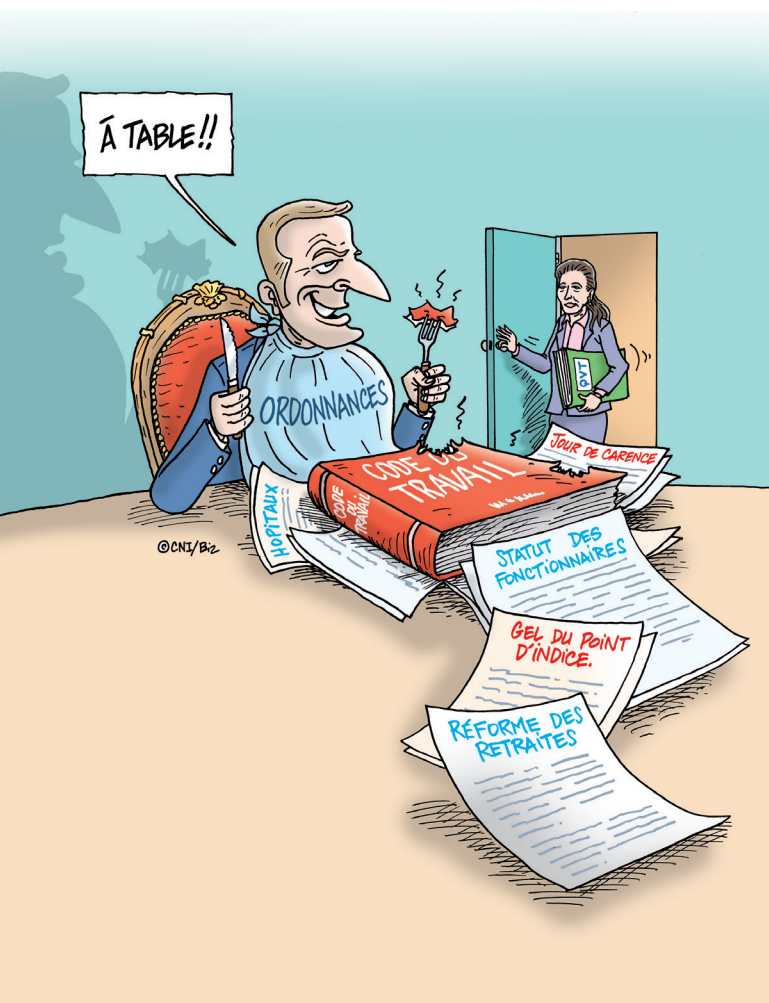
sur le fondement de l'article L. 8241-3 du code du travail ;

- Décret n° 2017-1880 du 29 décembre 2017 relatif à l'abondement du compte personnel de formation des salariés licenciés suite au refus d'une modification du contrat de travail résultant de la négociation d'un accord d'entreprise.

Synthèse rapide et non exhaustive des principales mesures :

Ordonnance 1 : Relative au renforcement de la négociation collective

« Attribuer une place centrale [...] à la négociation collective d'entreprise en élargissant ses champs de compétence ». Contrat de travail, durée de travail, santé et sécurité, salaires et emplois... seront désormais au menu des négociations en entreprises. La liste des sujets est très longue et couvre des thèmes pour lesquels la loi prévoyait jusqu'ici qu'il était impossible de déroger par accord d'entreprise.



Ordonnance 2 : relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales

Création d'un « Conseil social et économique » (CSE) qui verra le jour d'ici fin 2019. Celui-ci remplacera et fusionnera le comité d'entreprise (CE), les délégués du personnel (DP), délégation Unique du Personnel (DUP) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Il bénéficiera de l'ensemble des missions des trois instances fusionnées et sera notamment habilité à solliciter des expertises ou encore à déclencher des actions en justice.

La mise en place au sein du CSE d'une Commission Santé, Sécurité et Condition de Travail (CSSCT) dédiée à un thème particulier, notamment celui de l'hygiène et de la sécurité, ne s'impose, sauf exception, que dans les entreprises d'au moins 300 salariés.

En deçà de cet effectif, de telles commissions peuvent être instituées à titre facultatif par accord d'entreprise, ou en l'absence de délégué syndical, par un accord entre l'employeur et le CSE, adopté à la majorité des membres titulaires élus de la délégation du personnel.

A noter que l'obligation de créer une CSSCT peut aussi être imposée dans les entreprises et établissements distincts de moins de 300 salariés par l'inspecteur du travail s'il estime cette mesure nécessaire, notamment en raison de la nature des activités, de l'agencement ou de l'équipement des locaux.

En contrepartie de l'ordonnance prévoyant une fusion des instances du personnel, la formation des représentants de salariés sera renforcée. Le gouvernement s'engage à récompenser l'engagement syndical par la reconnaissance dans les carrières et la lutte contre la discrimination syndicale.

Ordonnance 3 : relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail

Introduit la possibilité pour l'employeur de recourir à des modèles de lettre pour notifier le licenciement d'un salarié, aussi bien pour motif personnel que pour motif économique. Elle précise que les causes pouvant justifier un licenciement économique sont désormais appréciées :

- soit au niveau de l'entreprise si elle n'appartient pas à un groupe ;
- ou soit au niveau du secteur d'activité commun à

la Société concernée par le licenciement et à celui des entreprises du groupe auquel elle appartient, mais seulement dans celles établies sur le territoire Français.

Elle prévoit aussi que l'indemnité légale de licenciement est attribuée au salarié justifiant de 8 mois d'ancienneté ininterrompue au service du même employeur, au lieu d'un an auparavant. L'ordonnance met en place un barème d'indemnisation dont l'application s'impose au juge des Prud'hommes en cas de licenciement sans cause réelle et sérieuse. Un plancher est créé et un plafonnement est mis en place.

L'article 10 permet aussi aux employeurs d'organiser par accord collectif majoritaire et sans Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE), un accord portant rupture conventionnelle collective. Ainsi, les entreprises qui souhaitent mettre en place des départs volontaires collectifs de salariés ont deux possibilités :

- soit, dans le cadre d'un accord de rupture conventionnelle collective sans avoir à justifier de difficultés économiques ;
- soit dans le cadre d'un PSE en cas de difficultés économiques nécessitant de procéder également à des licenciements.

Elle crée aussi le contrat à durée indéterminée (CDI) d'opération. Le CDI d'opération a été conçu sur le modèle du CDI de chantier créé pour le secteur du Bâtiment et Travaux Public. Il s'agira d'un contrat à durée indéterminée qui intégrera une clause prévoyant que le contrat de travail s'arrête à l'achèvement d'un projet ou d'une mission. Il ne sera donc pas conclu pour une durée précise.

En outre, contrairement au contrat à durée déterminée (CDD), le CDI d'opération ne donnerait pas droit à une prime de précarité. Le gouvernement assure que ce contrat ne sera pas généralisé mais limité à certains secteurs d'activité.

Ordonnance 4 : portant diverses mesures au cadre de la négociation collective

La « primauté sera donnée aux accords d'entreprise sur les accords de branche » et « c'est seulement à défaut d'accord d'entreprise que la branche interviendra. » Actuellement, il y a six thèmes de négociations obligatoires dans la branche sur lesquels les employeurs ne peuvent pas déroger dans un sens moins favorable aux salariés, par accord d'entreprise : égalité hommes-femmes, pénibilité, salaires, classifications, prévoyance et formation professionnelle.

Selon la loi, la branche n'a plus dans sa mallette

que deux thèmes obligatoires (salaires minimums et l'égalité professionnelle). Les quatre autres sujets ne sont pas mentionnés.

Ordonnance 5 : relative au compte professionnel de prévention

Mis en place depuis le 1^{er} janvier 2015, le Compte Personnel de Prévention de la Pénibilité (C3P) permet à des salariés exposés à des risques professionnels de cumuler des points de pénibilité leur permettant à terme de suivre une formation de reconversion professionnelle, de travailler à temps partiel payé comme un temps plein ou de partir plus tôt à la retraite.

Dans le nouveau C3P rebaptisé C2P Compte Professionnel de Prévention, seuls six critères de pénibilité (travail de nuit, travail à la chaîne, travail en 3x8, travail sous l'eau et sous terre, bruit, températures extrêmes) sur dix permettront toujours d'acquérir des points. En revanche, les quatre autres facteurs de risques : postures pénibles, vibrations mécaniques, manutentions manuelles de charges lourdes ainsi que les agents chimiques dangereux (inclus poussières et fumées), sont exclus du nouveau C2P. La mesure de l'exposition à ces facteurs de risques n'est donc plus exigée et l'employeur n'a plus d'obligation de déclarer l'exposition de ses salariés à ces 4 facteurs de risques. Les salariés exposés à ces 4 facteurs feront donc l'objet d'un traitement spécifique dans le cadre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente. Cette incapacité devra être reconnue au titre d'une maladie professionnelle consécutive à l'exposition à un ou plusieurs des quatre facteurs de risques professionnels exclus du C2P.

Les points acquis au titre du C3P non utilisés avant sa transformation en C2P sont transférés sur ce dernier.

Pour conclure :

Cette Loi travail 2, qui ne concerne pour le moment que le secteur privé, est une implacable marche arrière et déséquilibre encore un peu plus les rapports entre employeurs et employés.

Pour le syndicat CNI, cette instrumentalisation au profit des entreprises et au détriment des droits des salariés marque un nouveau recul social inacceptable.

Quand le dialogue social est sacrifié sur l'hôtel de la loi du marché, les salariés sont transformés en marionnettes entre les mains des employeurs et leurs droits et acquis sont disloqués. ■

*Eric AUDOUY
Vice-président Syndicat CNI*

Billet d'humeur...

Reconnaissance, reconnaissance encore et toujours !

La loi ratifiant l'ordonnance qui transpose dans notre pays la notion d'accès partiel à une profession de santé a été publiée au Journal Officiel le mardi 27 février 2018. Cela s'est fait contre l'avis et les protestations de nombreux syndicats et associations de professionnels.

Elle autorise donc l'exercice d'une partie seulement des activités d'une profession de santé et elle vise, suite à une directive européenne datant de 2013, à faciliter la mobilité des professionnels dans l'Union Européenne...

Madame la Ministre des solidarités et de la santé a déclaré qu'elle serait vigilante quant à l'application de cette loi.

Sans vouloir offenser Madame Buzyn, à l'heure où les soignants n'ont plus de temps pour soigner parce qu'on ne leur permet pas de le faire et au vu des restrictions budgétaires, il ne me semble pas qu'elle puisse être assurée de la correcte qualité et sécurité des prises en charge par des agents n'assurant qu'une partie des soins !

Les infirmiers espéraient beaucoup également de la promulgation des textes concernant l'infirmière en pratique avancée. Las ! Sitôt les annonces faites, la grogne monte.

Ni les médecins, ni les infirmières ne sont satisfaits de ces textes, chaque corporation pour des raisons diverses.

Notre gouvernement va-t-il continuer à rester sourd à toute protestation ? On nous a servi le gel du point d'indice, le report du PPCR (et donc des augmentations mineures de salaires prévues, mais quand même !), on nous fait maintenant la promesse de revoir le statut de la fonction publique dans son ensemble. Quand va-t-on arrêter de nous maltraiter ? Les soignants ne demandent qu'à pouvoir prendre soin des autres dans des conditions sinon optimales, du moins correctes.

Quand allons-nous prendre soin des soignants ? Enfin et vraiment ? Et pas avec des effets d'annonce style / genre plan de Qualité de Vie au Travail, dont la finalité n'est pas clairement comprise par certains établissements, qui se contentent de faire des réunions mais n'engagent aucune action par la suite...

Alors exit les paroles, place aux ACTES !

Que l'on reconnaisse nos compétences, que l'on nous permette d'exercer notre métier sans aller contre nos valeurs éthiques me semble un minimum. Que l'on nous rémunère à notre juste niveau m'en paraît un autre. Ce qui me paraît encore plus important est le respect de notre connaissance et de notre amour du terrain, car oui, c'est bien de cela qu'il s'agit !

Alors, la reconnaissance, va-t-on enfin nous l'accorder ? Ou bien ? ■

*Nathalie PAWLOWSKI-GROPPI
Syndicat CNI de MARTIGUES*

Lettre ouverte à

Monsieur Emmanuel MACRON, président de la République

Madame Agnès BUZYN, ministre de la Santé et des Solidarités

**Monsieur Nicolas REVEL, directeur général
de la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie (CNAM)**

Monsieur Patrick CHAMBOREDON, président de l'Ordre des Infirmiers

Mesdames, Messieurs les Députés et Sénateurs

Marseille, le 13 avril 2018

Notre système de santé doit faire face à un flux croissant de patients lié à l'avancée en âge et son corollaire de maladies chroniques, véritable problème de santé publique. Les contraintes économiques induisent de multiples injonctions paradoxales générant un mal être croissant des professionnels de santé, conduisant parfois à des fins dramatiques. En tant que présidente du syndicat CNI, je reçois le questionnement de Nicole TAGAND, responsable d'une consultation infirmière plaies chroniques hospitalière, qui a contribué en tant qu'expert, à l'élaboration et la mise en place d'une expérimentation de télémédecine dédiée aux patients en EHPAD.

Sa réflexion pose la question de la place de l'infirmière, acteur majeur et maillon indispensable de la chaîne du soin dans notre système de santé. Est-il économiquement viable de faire abstraction des infirmiers profession paramédicale la plus importante en effectifs dans l'hexagone ?

Partageant ses interrogations, je vous propose de découvrir ci-après son écrit :

La télémédecine doit-elle être réservée aux médecins ?

L'acte de télémédecine est maintenant rémunéré¹ et pour cela une tarification requérant (demandeur) et requis (expert) est instaurée, financée par l'assurance maladie alors que jusqu'à présent, les expérimentations étaient financées par l'ARS* sur le FIR* ou le FEDER*. Lors de la mise en place des « expérimentations » le 23 avril 2015² la région Basse Normandie et Languedoc Roussillon étaient déjà prêtes et la rédaction du protocole de coopération de Montpellier stipulait bien que l'acte de télémédecine n'était pas dérogoire dans la prise en charge des plaies par un expert infirmier³. Par définition, les

expérimentations sont une étape avant la mise en place d'une méthodologie et ses implications organisationnelles et financières pour l'amélioration du service rendu, ou abandon en cas d'inefficacité.

Quelle n'a été ma surprise de voir la tarification à l'acte de télémédecine, que ce soit en téléconsultation, ou en télé expertise limitée à des interactions de médecin à médecin uniquement⁴ ! L'inscription à la CCAM* implique que seuls les médecins pourront l'utiliser et prétendre à rémunération, sauf à demander un protocole de coopération pour obtenir une dérogation sur cet acte, ce qui est loin d'être une simple formalité et encore plus loin de l'obtention d'une rémunération identique.

C'est une profonde injustice, car comment imaginer qu'un médecin puisse être expert de la science infirmière ? De l'approche kinési thérapeutique ? Ou de toute approche paramédicale, qui par définition collabore en complémentarité pour apporter au patient des soins adaptés tenant compte de sa globalité et son devenir par la prévention et l'éducation. Cela se fait tous les jours dans un travail de collaboration où chacun apporte savoir et savoir-faire pour l'élaboration de stratégies et d'actions adaptées, personnalisées au patient. Faudra-t-il passer par un protocole de coopération systématiquement ? Pourquoi cloisonner le numérique supposé ouvrir le champ des possibles ?

Un médecin ne peut être un expert infirmier et les infirmiers développent des expertises dont ont besoin les médecins. Le domaine des plaies fait appel à l'expertise infirmière de longue date, ce qui est entériné par les deux protocoles de coopération validés à Montpellier et Toulouse. C'est également un « domaine de prédilection pour la télémédecine, tant elle y est adaptée »⁵.

N'est-il pas paradoxal de déclarer que les médecins se raréfient, qu'il est urgent de travailler en collaboration et en complémentarité et d'éteindre la richesse du numérique en l'étouffant dans un goulot médical qui ne serait de fait qu'un intermédiaire pour communiquer ?

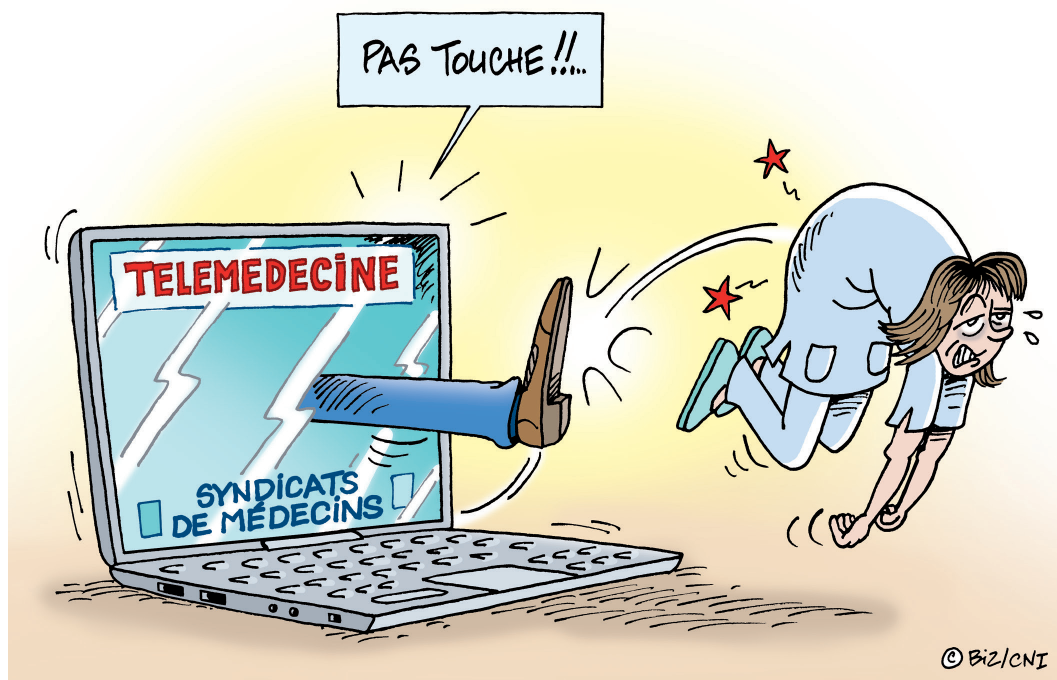
1 - Arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire mentionné au II de l'article 36 de la loi no 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

2 - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000030513479>

3 - [https://coopps.ars.sante.fr/coopps/aut/aut_201.do#\(grille du protocole\)](https://coopps.ars.sante.fr/coopps/aut/aut_201.do#(grille du protocole))

4 - Article Hospimédia du 18/01/2018: « L'avenir de la télémédecine se discute aux négociations conventionnelles »

5 - Plaies et cicatrisations sont indissociables de la télémédecine et inversement Hospimédia 22/01/2018



En 2007, la prescription infirmière⁶ est introduite pour « fluidifier » le parcours patient et éviter un recours systématique au médecin pour prescrire ce dont l'infirmier avait besoin pour réaliser les soins. Doit-on imaginer que pour demander une expertise paramédicale ou portée par un paramédical, le médecin soit le seul opérateur possible ? Peut-on croire que les médecins traitants vont se faire un plaisir de servir d'intermédiaire à des infirmiers pour exposer une demande pour laquelle ils ne sont pas outillés (description de la plaie, pansements utilisés, état des pansements au retrait, pose de bandes de compression...)?

Que la demande soit encadrée et justifiée n'est pas un problème, information du médecin, accord du médecin sont déjà établis depuis 2007. Mais que feront les médecins libéraux qui ont déjà dans leur carnet d'adresse des experts paramédicaux à qui ils adressent leurs patients sur des thématiques ciblées ? Qui vont-ils solliciter ?

Je comprends bien l'intérêt pécuniaire des médecins, et encore, mais quel est l'intérêt de la caisse d'assurance maladie ?⁷

L'ordre des médecins publie sur son site ses avis⁸, ne serait-il pas opportun d'en faire autant pour les infirmiers ? Notre ordre n'est-il pas le porte-parole de nos savoirs et de notre savoir-faire ? Avant de réclamer une juste rémunération, ce qui appartiendrait à nos syndicats, libéraux et hospitaliers réunis, la reconnaissance de nos compétences est indispensable, et renforcerait notre fierté professionnelle, bien

malmenée. Le leadership ne se décrète pas, il se vit et se voit par le prisme de nos comportements, notre capacité à se positionner, à être des acteurs incontournables du domaine de la santé.

Les paramédicaux sont inaudibles sur les avis, décrets et publications : manque de voix ou manque d'écoute ? Si le numérique est un outil, alors il doit offrir la même diversité, complémentarité au patient pour une prise en charge de qualité. A l'heure où l'on s'interroge enfin sur la pertinence de la T2A, pâle reflet financier de l'activité dont les hôpitaux se meurent, faut-il accepter sans rechigner d'être une fois de plus écartés du champ de vision du soin au patient ?

A la dernière question de Nicole, je répondrai non bien sûr : il incombe aux professionnels infirmiers d'exiger la reconnaissance qui leur est due et pourtant si souvent niée. C'est donc à la fois au nom des professionnels infirmiers mais aussi pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population que je vous demande d'examiner cette question.

Vous remerciant de l'attention portée à cette demande et restant disponible, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président de la République, Madame la Ministre de la Santé et des Solidarités, Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), Monsieur le président de l'Ordre des Infirmiers, Mesdames, Messieurs les députés et sénateurs, mes respectueuses salutations. ■

Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI

6 - Arrêté du 14 avril 2007

7 - L'Assurance maladie dévoile ses premières pistes pour la téléconsultation et la télé-expertise Hospimédia 19/01/2018

8 - <http://esante.gouv.fr/actus/telemedecine/le-cnom-publie-un-vade-mecum-telemedecine>

*LEXIQUE :

ARS : agence régionale de santé

FIR : fonds d'intervention régional

FEDER : fonds européen de développement régional

CCAM : classification commune des actes médicaux

Accueil et prise en charge du handicap en chirurgie dentaire au centre Hospitalier Nord Ouest TARARE

51.3 % des professionnels pensent avoir une connaissance médiocre ou mauvaise du handicap. (Source 1*)

Depuis janvier 2012 le bloc du centre hospitalier de Tarare a développé une activité nouvelle dédiée à la prise en charge bucco-dentaire sous anesthésie.

Cette activité se tourne principalement vers un public de jeune porteur de handicap qui nécessite une prise en charge spécifique.

En 2015 dans le cadre de la visite périodique de certification, la Haute Autorité de Santé (HAS) a accrédité l'activité dentaire sans réserve.

C'est cette expérience, réussie tant sur le plan professionnel qu'humain, que nous nous proposons de vous présenter dans les quelques lignes suivantes.

Handicap, même pas peur au bloc opératoire : garder ses dents, ne pas les extraire

• Pourquoi garder ses dents en bonne santé ?

L'allongement de l'espérance de vie crée de nouveaux impératifs et nécessite d'adapter des modalités de soins. Conserver les dents le plus longtemps possible permet le maintien de la qualité de vie, la préservation de la fonction masticatoire et le maintien d'une alimentation solide non mixée.

Soigner les dents diminue la fréquence des modifications de comportement souvent liées à un tableau douloureux chronique d'origine dentaire.

Les retards de diagnostic et de prise en charge sont souvent source d'errance et de "sur" prescriptions médicamenteuses chez les patients ne pouvant formaliser l'origine de leurs douleurs.

• Quels patients sont concernés ?

Des patients handicapés de plus de 5 ans avec des troubles cognitifs rendant impossible les soins dentaires conventionnels au cabinet.

Quels troubles cognitifs : autisme, psychoses sévères, les maladies orphelines, les maladies chromosomiques (trisomie 21 et autres...) maladies neuro-dégénératives acquises.

Une activité de 500 patients par an pris en charge en Ambulatoire.

30 % d'enfants et 70 % d'adultes (à partir de 18 ans).

• D'où viennent les patients ?

L'origine des patients est à la fois locale et régionale... 70 % des patients sont originaires des 7 départements de la région Auvergne Rhône Alpes (Loire, Ain, Ardèche, Isère, la Savoie).

Les patients sont pour la plupart des résidents d'établissements médico-sociaux, 40 % des patients résidant dans un rayon de 100 km.

Le CH de Tarare est un centre de référence pour l'activité dentaire pour une dizaine d'établissements médico-sociaux de proximité ; il est l'établissement correspondant pour les Réseaux Santé Bucco-dentaire-handicap Rhône Alpes (antennes départementales 69 Rhône et 42 Loire).

• Quels défis nouveaux pour les soignants ?

Recevoir des patients porteurs de handicap, créer une activité nouvelle, répondre à des besoins liés au handicap a nécessité adaptation, motivation et formation de l'équipe de soins.

Répondre à de nombreuses interrogations et spécificités liées à des modes de communications différentes de la part de ces patients.

Suite à de premières expériences difficiles de prise en charge, l'équipe du bloc opératoire et de l'ambulatoire ont effectué une formation faite par des intervenants spécialisés.

Ces sessions faites d'analyses de pratiques ont permis aux soignants de prendre du recul sur leur quotidien et de faire évoluer ces pratiques. Après cette formation, des outils, supports permettant d'optimiser l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge de ces patients ont également été mis en place à l'HNO Tarare.

En amont du séjour, il a été aussi constaté l'importance de préparer le patient afin de dédramatiser l'intervention et de mieux lui permettre d'appréhender un environnement particulier et méconnu.







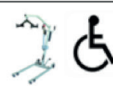




Les supports que nous avons choisis et retravaillés:

La feuille de recueil de données nous permet de connaître la personne (langage, habitude de vie, comportement), cette feuille est donnée lors de la consultation.



Je m'appelle.....

j'aians

<p>Comment communiquer avec moi</p>  <ul style="list-style-type: none"> -je parle -je fais des gestes -je pleure -je crie 	<p>Ce que j'aime</p>  <ul style="list-style-type: none"> -être touché -que l'on me parle -la musique -la télévision -la lumière -le bruit 	<p>Ce que je n'aime pas</p>  <p>-sensibilité particulière :</p>	<p>Surveillance/Particularités</p>  <ul style="list-style-type: none"> -épilepsie -troubles de la déglutition -Autres :
<p>Je préfère</p>  <ul style="list-style-type: none"> -être seul dans une pièce -être entouré d'autres patients (salle commune) <p>ma chanson ou comptine préférée :</p>	<p>Protections/WC</p>  <ul style="list-style-type: none"> -je suis continent -je suis incontinent -je dois être accompagné aux WC 	<p>Déplacements/Transfert</p>  <ul style="list-style-type: none"> -je marche seul -aidé d'un cadre -en fauteuil roulant -accompagné d'une personne 	<p>Comment je manifeste ma douleur ou la fièvre</p> 
<p>Hydratation</p>  <ul style="list-style-type: none"> -je bois de l'eau -je bois de l'eau gélifiée -je bois du sirop 	<p>Alimentation</p>  <ul style="list-style-type: none"> -je suis autonome -je préfère manger avec une cuillère -il faut me stimuler pour manger - alimentation normale - alimentation mixé - alimentation écrasée 	<p>Activités/Loisirs</p> 	<p>Qu'est-ce qui peut déclencher une crise et comment réagir</p>

N'hésitez pas à apporter mon doudou, mes jouets, mon casque anti-bruit, un CD et desserts préférés

Document à rendre lors de la consultation anesthésie

Nous avons choisi une mascotte « smiley » qui est présente tout au long du parcours d'hospitalisation.



• Un carnet de pictogrammes (spécifique à l'autisme)



Tu vas à l'hôpital



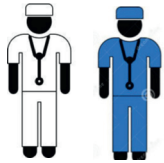
Ils pourront porter un masque



Tu t'installeras dans un lit



Quand tu dormiras, tes dents seront soignées



Les docteurs et les infirmiers sont habillés en blanc ou en bleu



Quand tu te réveilleras, ta bouche sera endormie et bizarre

• Un livret d'accompagnement composé de photographies

Voici l'hôpital où tu vas te faire soigner les dents.



Voici l'entrée du service où tu vas venir.



Voici le hall d'entrée de l'hôpital où tu passeras pour faire ton entrée.



Le cabinet pour la consultation avec le dentiste.



Ensuite, tu passeras cette porte pour entrer au bloc opératoire. Tes accompagnants t'attendront dans le service ambulatoire.



Voici la salle d'opération.
Tu t'installeras sur le lit bleu.



Ensuite, tu retrouveras tes
accompagnants (famille, éducateur)
dans le service ambulatoire.

Ces outils permettent d'expliquer,
de montrer et de projeter le
déroulement de l'hospitalisation.
A la sortie du bloc, chaque patient
reçoit un diplôme illustré.



En conclusion :

En centrant nos réflexions et nos pratiques sur ce public spécifique, nous avons fait évoluer nos modes de fonctionnement et in fine une prise en charge dédiée et adéquate pour ces patients.

Nos pratiques se sont affinées et posées dans le but d'optimiser notre prise en charge par rapport à ces pathologies spécifiques.

Les indicateurs de qualités suivis sont bons, en particulier très faible taux de conversion de l'ambulatoire 1%.

Sur 4 ans, l'activité et le suivi des patients dans le temps montre la fidélisation des correspondants médico-sociaux qui sont une source de motivation pour la recherche et la poursuite d'une excellence de la prise en charge.

En retour la qualité de la prise en charge dentaire du patient handicapé est une recette pour le bien-être au travail et le bien-être du soignant.. ■

*Christine SOUZY IDE
Ambulatoire
Françoise VIAL IBODE
Syndicat CNI TARARE*

Source 1* : Mémoire F. LOMBARD Master Gestion et Politique du handicap
Personnes ressources : Pr P. FARGE : Professeur des Universités / praticien hospitalier en Odontologie, Dr M GREMAUD, Dr S GUIMAS, Dr M AGAD, Dr SIMIAN
Association Familiale de l'Isère pour Enfants et Adultes handicapés Intellectuels (AFIPAEIM fibre de vie).

Report de PPCR publié au Journal officiel !

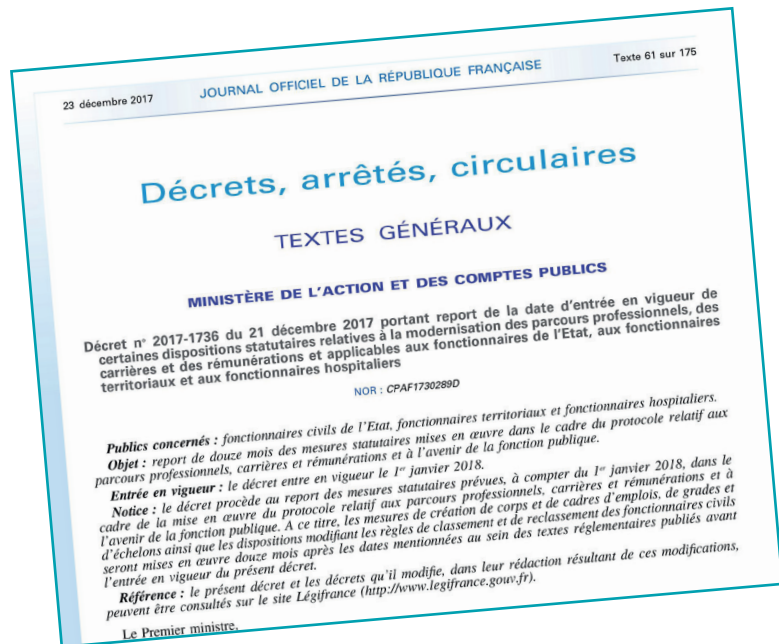
Deux décrets procèdent au report des mesures statutaires et des mesures de revalorisation indiciaires prévues, à compter du 1^{er} janvier 2018, dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux Parcours Professionnels, Carrières et Rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Le décret n° 2017-1736 du 21 décembre 2017 portant report de la date d'entrée en vigueur de certaines dispositions statutaires relatives à la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations et applicables aux fonctionnaires de l'Etat, aux fonctionnaires territoriaux et aux fonctionnaires hospitaliers procède selon la notice du décret, « au report des mesures statutaires prévues, à compter du 1^{er} janvier 2018, dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique. A ce titre, les mesures de création de corps et de cadres d'emplois, de grades et d'échelons ainsi que les dispositions modifiant les règles de classement et de reclassement des fonctionnaires civils seront mises en œuvre douze mois après les dates mentionnées au sein des textes réglementaires publiés avant l'entrée en vigueur du présent décret ».

Le décret n° 2017-1737 du 21 décembre 2017 modifiant l'échelonnement indiciaire de divers corps, cadres d'emplois et emplois de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale, et de la fonction publique hospitalière, procède, quant à lui « au report des mesures de revalorisations indiciaires prévues, à compter du 1^{er} janvier 2018, dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique. Il procède également au report de la deuxième phase du dispositif de transfert primes / points prévue pour les fonctionnaires relevant de certains corps et cadres d'emplois de catégorie A ou de même niveau ».

Les grilles de rémunération des fonctionnaires vont donc évoluer de 2016 à 2021, mais avec 2018 comme année blanche. **En effet, toutes les mesures prévues en 2018 sont reportées en 2019, celles de 2019 en 2020 et celles de 2020 prendront effet en 2021!**

Cette décision prise contre l'avis de tous les syndicats, signe un manquement à la parole de l'État, une rupture dans le dialogue social et une économie pour les budgets publics de près de 800 millions d'euros,



financés uniquement par les fonctionnaires sur leur traitement. A noter que comptablement, cette mesure s'ajoute au gel de la valeur du point d'indice.

A titre de reconnaissance pour services rendus, tous les agents de la fonction publique, constateront avec amertume le traitement particulier dont ils sont victimes, sans parler en plus, du rétablissement du jour de carence ainsi que les nouvelles réformes à venir sur le statut du fonctionnaire, la retraite et le salaire au mérite...

La pseudo amélioration obtenue et prévue pour 2018 ne s'appliquera donc pas. Cumulée avec le gel de la valeur du point d'indice, avec la compensation minimum de la CSG et la hausse des cotisations retraites, le report d'un an de PPCR se traduira même par une baisse de rémunération nette sur certaines feuilles de paye en 2018.

Et comme diraient les célèbres philosophes, Les Charlots: « *Merci MACRON, merci MACRON ah quel plaisir de travailler pour vous, on est heureux comme des fous...* » ■

Eric AUDOUY
Vice-président - Syndicat CNI

Grilles salariales

Psychologue - Classe Normale							Catégorie A			
1er février 2017			1er janvier 2019		1er janvier 2020		1er janvier 2021			
Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
-	664	3111.50	669	3134.93	673	3153.67	11	-	673	3153.67
4 ans	620	2905.32	625	2928.75	629	2947.49	10	4 ans	629	2947.49
4 ans	578	2708.50	583	2731.93	590	2764.74	9	4 ans	590	2764.74
3,6 ans	542	2539.81	547	2563.24	557	2610.10	8	3,6 ans	557	2610.10
3 ans	506	2371.11	511	2394.54	519	2432.03	7	3 ans	519	2432.03
3 ans	478	2239.90	483	2263.33	492	2305.51	6	3 ans	492	2305.51
2,5 ans	447	2094.64	452	2118.07	457	2141.50	5	2,5 ans	457	2141.50
2 ans	424	1986.86	429	2010.29	431	2019.66	4	2 ans	431	2019.66
2 ans	403	1888.45	408	1911.88	411	1925.94	3	2 ans	411	1925.94
1 an	395	1850.97	400	1874.40	400	1874.40	2	1 an	400	1874.40
1 an	383	1794.73	388	1818.16	390	1827.54	1	1 an	390	1827.54
Valeur du point d'indice	4,6860 (1er Février 2017)		4,6860		4,6860					4,6860

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Psychologue - Hors-Classe							Catégorie A			
1er février 2017			1er janvier 2019		1er janvier 2020		1er janvier 2021			
Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice majoré	Salaire Brut (€)
							8	-	821	3847.20
-	793	3715.99	798	3739.42	806	3776.91	7	3 ans	806	3776.91
3 ans	751	3519.18	756	3542.26	763	3575.41	6	3 ans	763	3575.41
2,5 ans	705	3303.63	710	3327.06	715	3350.49	5	2,5 ans	715	3350.49
2,5 ans	652	3055.27	657	3078.70	668	3130.24	4	2,5 ans	668	3130.24
2,5 ans	611	2863.14	616	2886.57	624	2924.06	3	2,5 ans	624	2924.06
2,5 ans	570	2671.02	575	2694.45	590	2764.74	2	2,5 ans	590	2764.74
2 ans	507	2375.80	512	2399.23	520	2436.72	1	2 ans	520	2436.72
Valeur du point d'indice	4,6860 (1er Février 2017)		4,6860		4,6860					4,6860

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Report de PPCR publié au Journal officiel - Grilles salariales

Premier Grade : Infirmier SGS, Ergothérapeute, Manipulateur d'électroradiologie médicale, Pédiacre-Podologue et Orthoptiste									Catégorie A - Sédentaire			
1er Janvier et 1er septembre 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
10	-	583	2699,29	2731,93	10	-	591	2769,42	10	-	592	2774,11
9	4 ans	562	2602,06	2633,53	9	4 ans	565	2647,59	9	4 ans	571	2675,70
8	4 ans	539	2495,57	2525,75	8	4 ans	541	2535,12	8	4 ans	544	2549,18
7	4 ans	519	2402,97	2432,03	7	4 ans	521	2441,40	7	4 ans	524	2455,46
6	3,5 ans	498	2305,74	2333,62	6	3,5 ans	500	2343	6	3,5 ans	503	2357,05
5	3 ans	467	2162,21	2188,36	5	3 ans	469	2197,73	5	3 ans	472	2211,79
4	3 ans	434	2009,42	2033,72	4	3 ans	437	2047,78	4	3 ans	446	2089,95
3	3 ans	412	1907,56	1930,63	3	3 ans	416	1949,37	3	3 ans	422	1977,49
2	3 ans	392	1814,96	1836,91	2	3 ans	397	1860,34	2	3 ans	404	1893,14
1	2 ans	373	1726,99	1747,87	1	2 ans	388	1818,16	1	2 ans	390	1827,54
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Deuxième Grade : Infirmier SGS, Ergothérapeute, IBODE, Puéricultrice, Orthoptiste Manipulateur d'électroradiologie médicale et Pédiacre-Podologue									Catégorie A - Sédentaire			
1er Janvier et 1er septembre 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
10	-	614	2860,01	2877,20	10	-	617	2891,26	10	-	627	2938,12
9	4 ans	591	2752,87	2769,42	9	4 ans	592	2774,11	9	4 ans	594	2783,48
8	4 ans	562	2617,79	2633,53	8	4 ans	565	2647,59	8	4 ans	567	2656,96
7	4 ans	539	2510,66	2525,75	7	4 ans	542	2539,81	7	4 ans	544	2549,18
6	3.5 ans	516	2403,52	2417,97	6	3.5 ans	518	2427,34	6	3.5 ans	521	2441,40
5	3 ans	493	2296,39	2310,19	5	3 ans	495	2319,57	5	3 ans	498	2333,62
4	2 ans	470	2189,2	2202,42	4	2 ans	472	2211,79	4	2 ans	475	2225,85
3	2 ans	450	2096,10	2108,70	3	2 ans	452	2118,07	3	2 ans	455	2132,13
2	2 ans	430	2002,94	2014,98	2	2 ans	432	2024,35	2	2 ans	435	2038,41
1	2 ans	414	1928,41	1940,00	1	2 ans	416	1949,37	1	2 ans	422	1977,49
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Report de PPCR publié au Journal officiel - Grilles salariales

Premier Grade, classe normale : Masseur-kinésithérapeute, Psychomotricien et Orthophoniste								Catégorie A - Sédentaire			
1er Septembre 2017 (reclassement catégorie A)				1er Janvier 2019 (Reclassement Catégorie A)				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
				11	-	608	2849,08	11	-	627	2938,12
10	-	583	2699,29	10	4 ans	593	2778,79	10	4 ans	594	2783,48
9	4 ans	562	2602,06	9	4 ans	566	2652,27	9	4 ans	567	2656,96
8	4 ans	539	2495,57	8	4 ans	542	2539,81	8	4 ans	544	2549,18
7	4 ans	519	2402,97	7	4 ans	522	2446,09	7	4 ans	524	2455,46
6	3,5 ans	498	2305,74	6	3,5 ans	501	2347,68	6	3,5 ans	503	2357,05
5	3 ans	467	2162,21	5	3 ans	470	2202,42	5	3 ans	475	2225,85
4	3 ans	434	2009,42	4	3 ans	438	2052,46	4	3 ans	450	2108,70
3	3 ans	412	1907,56	3	3 ans	417	1954,06	3	3 ans	430	2014,98
2	3 ans	392	1814,96	2	3 ans	398	1865,02	2	3 ans	410	1921,26
1	2 ans	373	1726,99	1	2 ans	388	1818,16	1	2 ans	390	1827,54
Valeur du point d'indice				4,6860 (1er Février 2017)							

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Deuxième Grade, Classe Supérieure : Masseur-kinésithérapeute, Psychomotricien et Orthophoniste								Catégorie A - Sédentaire			
1er Septembre 2017 (reclassement catégorie A)				1er Janvier 2019 (Reclassement Catégorie A)				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
				10	-	635	2975,61	10	-	658	3083,38
9	4 ans	591	2752,87	9	4 ans	618	2895,94	9	4 ans	624	2924,06
8	4 ans	562	2617,79	8	4 ans	593	2778,79	8	4 ans	601	2816,28
7	4 ans	539	2510,66	7	4 ans	566	2652,27	7	4 ans	576	2699,13
6	3.5 ans	516	2403,52	6	3.5 ans	543	2544,49	6	3.5 ans	549	2572,61
5	3 ans	493	2296,39	5	3 ans	519	2432,03	5	3 ans	525	2460,15
4	2 ans	470	2189,2	4	2 ans	496	2324,25	4	2 ans	501	2347,68
3	2 ans	450	2096,10	3	2 ans	473	2216,47	3	2 ans	476	2230,53
2	2 ans	430	2002,94	2	2 ans	453	2122,75	2	2 ans	455	2132,13
1	2 ans	414	1928,41	1	2 ans	433	2029,03	1	2 ans	436	2043,09
Valeur du point d'indice				4,6860 (1er Février 2017)							

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Report de PPCR publié au Journal officiel - Grilles salariales

Troisième Grade : IBODE et Puéricultrice									Catégorie A - Sédentaire			
1er Janvier 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
10	-	641	2985,77	3003,72	10	-	644	3017,78	10	-	650	3045,90
9	4 ans	618	2878,64	2895,94	9	4 ans	621	2910,00	9	4 ans	624	2924,06
8	4 ans	595	2771,51	2788,17	8	4 ans	598	2802,22	8	4 ans	601	2816,28
7	4 ans	571	2659,71	2675,70	7	4 ans	573	2685,07	7	4 ans	576	2699,13
6	3.5 ans	543	2529,29	2544,49	6	3.5 ans	546	2558,55	6	3.5 ans	549	2572,61
5	2 ans	519	2417,50	2432,03	5	2 ans	522	2446,09	5	2 ans	525	2460,15
4	2 ans	495	2305,71	2319,57	4	2 ans	498	2333,62	4	2 ans	501	2347,68
3	2 ans	471	2193,91	2207,10	3	2 ans	473	2216,47	3	2 ans	476	2230,53
2	2 ans	450	2096,10	2108,70	2	2 ans	452	2118,07	2	2 ans	455	2132,13
1	2 ans	430	2002,94	2014,98	1	2 ans	433	2029,03	1	2 ans	436	2043,09
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Premier Grade : Corps des Infirmiers Anesthésiques de la FPH									Catégorie A - Sédentaire			
1er Janvier 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er septembre 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
10	-	641	2985,77	3003,72	10	-	650	3045,90	10	-	658	3083,38
9	4 ans	618	2878,64	2895,94	9	4 ans	621	2910,00	9	4 ans	624	2924,06
8	4 ans	595	2771,51	2788,17	8	4 ans	598	2802,22	8	4 ans	601	2816,28
7	4 ans	571	2659,71	2675,70	7	4 ans	573	2685,07	7	4 ans	576	2699,13
6	3.5 ans	543	2529,29	2544,49	6	3.5 ans	546	2558,55	6	3.5 ans	549	2572,61
5	2 ans	519	2417,50	2432,03	5	2 ans	522	2446,09	5	2 ans	525	2460,15
4	2 ans	495	2305,71	2319,57	4	2 ans	498	2333,62	4	2 ans	501	2347,68
3	2 ans	471	2193,91	2207,10	3	2 ans	473	2216,47	3	2 ans	476	2230,53
2	2 ans	450	2096,10	2108,70	2	2 ans	452	2118,07	2	2 ans	455	2132,13
1	2 ans	430	2002,94	2014,98	1	2 ans	433	2029,03	1	2 ans	436	2043,09
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-988 DU 10 MAI 2017
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Deuxième Grade : Corps des Infirmiers Anesthésiques FPH									Catégorie A - Sédentaire			
1er Janvier 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er septembre 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
6	-	652	3037,01	3055,27	6	-	664	3111,50	6	-	673	3153,67
5	4 ans	626	2915,90	2933,43	5	4 ans	629	2947,49	5	4 ans	634	2970,92
4	4 ans	605	2818,0	2835,03	4	4 ans	607	2844,40	4	4 ans	613	2872,51
3	4 ans	584	2720,27	2736,62	3	4 ans	587	2750,68	3	4 ans	592	2774,11
2	3 ans	561	2613,13	2628,84	2	3 ans	564	2642,90	2	3 ans	569	2666,33
1	2 ans	545	2538,61	2553,87	1	2 ans	548	2567,92	1	2 ans	553	2591,35
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-988 DU 10 MAI 2017
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Report de PPCR publié au Journal officiel - Grilles salariales

Cadre de Santé Paramédical								Catégorie A - Sédentaire				
1er Janvier 2017				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
11	-	668	3111,54	3130,24	11	-	671	3144,30	11	-	673	3153,67
10	3 ans	646	3009,06	3027,15	10	3 ans	649	3041,21	10	3 ans	652	3055,27
9	3 ans	627	2920,56	2938,12	9	3 ans	630	2952,18	9	3 ans	640	2999,04
8	3 ans	600	2794,80	2811,60	8	3 ans	603	2825,65	8	3 ans	612	2867,83
7	3 ans	583	2715,61	2731,93	7	3 ans	586	2745,99	7	3 ans	589	2760,05
6	3 ans	552	2571,21	2586,67	6	3 ans	555	2600,73	6	3 ans	561	2628,84
5	3 ans	528	2459,42	2474,20	5	3 ans	531	2488,26	5	3 ans	539	2525,75
4	2 ans	503	2342,97	2357,05	4	2 ans	506	2371,11	4	2 ans	515	2413,29
3	2 ans	484	2254,47	2268,02	3	2 ans	487	2282,08	3	2 ans	494	2314,88
2	2 ans	462	2151,99	2164,93	2	2 ans	465	2178,99	2	2 ans	470	2202,42
1	1 an	454	2114,73	2127,44	1	1 an	457	2141,50	1	1 an	460	2155,56
Valeur du point d'indice			4,6580 (1er Juillet 2016)	4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Cadre de Santé Supérieur Paramédical					Catégorie A - Sédentaire							
1er Janvier 2017				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
7	-	744	3465,55	3486,38	7	-	747	3500,44	7	-	757	3547,30
6	3 ans	714	3325,81	3345,80	6	3 ans	717	3359,86	6	3 ans	720	3373,92
5	3 ans	678	3158,12	3177,10	5	3 ans	681	3191,16	5	3 ans	684	3205,22
4	3 ans	640	2981,12	2999,04	4	3 ans	643	3013,09	4	3 ans	650	3045,90
3	3 ans	608	2832,06	2849,08	3	3 ans	611	2863,14	3	3 ans	618	2895,94
2	2 ans	588	2738,90	2755,36	2	2 ans	591	2769,42	2	2 ans	593	2778,79
1	2 ans	560	2608,48	2624,16	1	2 ans	563	2638,21	1	2 ans	566	2652,27
Valeur du point d'indice			4,6580 (1er Juillet 2016)	4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Cadre de Santé : Catégorie Active					Catégorie A - Active							
1er Janvier 2017				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
8	-	621	2892,61	2910,00	8	-	624	2924,06	8	-	632	2961,55
7	4 ans	564	2627,11	2642,90	7	4 ans	570	2671,02	7	4 ans	574	2689,76
6	4 ans	536	2496,68	2511,69	6	4 ans	541	2535,12	6	4 ans	545	2553,87
5	3 ans	507	2361,60	2375,80	5	3 ans	512	2399,23	5	3 ans	515	2413,29
4	3 ans	483	2249,81	2263,33	4	3 ans	487	2282,08	4	3 ans	489	2291,45
3	2 ans	456	2124,04	2136,81	3	2 ans	460	2155,56	3	2 ans	461	2160,24
2	2 ans	426	1984,30	1996,23	2	2 ans	429	2010,29	2	2 ans	431	2019,66
1	1 an	390	1816,62	1827,54	1	1 an	392	1836,91	1	1 an	395	1850,97
Valeur du point d'indice			4,6580 (1er Juillet 2016)	4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Report de PPCR publié au Journal officiel - Grilles salariales

Cadre Supérieur de Santé : Catégorie Active					Catégorie A - Active							
1er Janvier 2017				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
6	-	652	3037,01	3055,27	6	-	655	3069,33	6	-	665	3116,19
5	3 ans	631	2939,19	2956,86	5	3 ans	635	2975,61	5	3 ans	642	3008,41
4	3 ans	591	2752,87	2769,42	4	3 ans	595	2788,17	4	3 ans	600	2811,60
3	3 ans	576	2683,00	2699,13	3	3 ans	580	2717,88	3	3 ans	584	2736,62
2	3 ans	554	2580,53	2596,04	2	3 ans	558	2614,78	2	3 ans	560	2624,16
1	2 ans	534	2487,37	2502,32	1	2 ans	537	2516,38	1	2 ans	537	2516,38
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

IBODE et puéricultrice Classe Normale (Catégorie Active)					Catégorie A - Active							
1er Janvier 2017				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
8	-	522	2431,47	2446,09	8	-	525	2460,15	8	-	535	2507,01
7	4 ans	495	2305,71	2319,57	7	4 ans	499	2338,31	7	4 ans	502	2352,37
6	4 ans	466	2170,62	2183,67	6	4 ans	469	2197,73	6	4 ans	472	2211,79
5	4 ans	439	2044,86	2057,15	5	4 ans	442	2071,21	5	4 ans	445	2085,27
4	3 ans	421	1961,01	1972,80	4	3 ans	423	1982,17	4	3 ans	426	1996,23
3	3 ans	396	1844,56	1855,65	3	3 ans	398	1865,02	3	3 ans	400	1874,40
2	2 ans	377	1756,06	1766,62	2	2 ans	379	1775,99	2	2 ans	381	1785,36
1	1 an	351	1634,95	1644,78	1	1 an	353	1654,15	1	1 an	355	1663,53
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

IBODE et puéricultrice Classe Supérieure (Catégorie Active)					Catégorie A - Active							
1er Janvier 2017				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
7	-	580	2701,64	2717,88	7	-	583	2731,93	7	-	593	2778,79
6	3.5 ans	549	2557,24	2572,61	6	3.5 ans	552	2586,67	6	3.5 ans	555	2600,73
5	3 ans	528	2459,42	2474,20	5	3 ans	531	2488,26	5	3 ans	536	2511,69
4	3 ans	508	2366,26	2380,48	4	3 ans	511	2394,54	4	3 ans	514	2408,60
3	2 ans	484	2254,47	2268,02	3	2 ans	487	2282,08	3	2 ans	490	2296,14
2	2 ans	465	2165,97	2178,99	2	2 ans	467	2188,36	2	2 ans	470	2202,42
1	2 ans	430	2002,94	2014,98	1	2 ans	433	2029,03	1	2 ans	435	2038,41
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Report de PPCR publié au Journal officiel - Grilles salariales

IADE Classe Normale (Catégorie Active)					Catégorie A - Active							
1er Janvier 2017				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
8	-	554	2580,53	2596,04	8	-	560	2624,16	8	-	566	2652,27
7	4 ans	526	2450,10	2464,83	7	4 ans	529	2478,89	7	4 ans	532	2492,95
6	4 ans	497	2315,02	2328,94	6	4 ans	500	2343	6	4 ans	503	2357,05
5	4 ans	471	2193,91	2207,10	5	4 ans	474	2221,16	5	4 ans	477	2235,22
4	3 ans	448	2086,78	2099,32	4	3 ans	451	2113,38	4	3 ans	454	2127,44
3	3 ans	423	1970,33	1982,17	3	3 ans	426	1996,23	3	3 ans	429	2010,29
2	2 ans	404	1881,83	1893,14	2	2 ans	406	1902,51	2	2 ans	409	1916,57
1	1 an	377	1756,06	1766,62	1	1 an	379	1775,99	1	1 an	382	1790,05
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

IADE Classe Supérieure (Catégorie Active)					Catégorie A - Active							
1er Janvier 2017				1er Février 2017	1er Janvier 2019				1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
7	-	614	2860,01	2877,20	7	-	617	2891,26	7	-	627	2938,12
6	3.5 ans	576	2683,00	2699,13	6	3.5 ans	579	2713,19	6	3.5 ans	586	2745,99
5	3 ans	554	2580,53	2596,04	5	3 ans	560	2624,16	5	3 ans	566	2652,27
4	3 ans	534	2487,37	2502,32	4	3 ans	537	2516,38	4	3 ans	540	2530,44
3	2 ans	511	2380,23	2394,54	3	2 ans	514	2408,60	3	2 ans	517	2422,66
2	2 ans	492	2291,73	2305,51	2	2 ans	495	2319,57	2	2 ans	498	2333,62
1	2 ans	464	2161,31	2174,30	1	2 ans	467	2188,36	1	2 ans	470	2202,42
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Catégorie B, Classe Normale : Infirmière, Manipulateurs en radiologie, Kinésithérapeute, Technicien de Laboratoire, diététicien...					Catégorie B - Active			
1er Janvier 2017 (reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
8	-	529	2464,08	2478,89	8	-	534	2502,32
7	4 ans	492	2291,73	2305,51	7	4 ans	495	2319,57
6	4 ans	459	2138,02	2150,87	6	4 ans	462	2164,93
5	4 ans	428	1993,62	2005,60	5	4 ans	429	2010,29
4	4 ans	406	1891,14	1902,51	4	4 ans	409	1916,57
3	3 ans	386	1797,98	1808,79	3	3 ans	389	1822,85
2	3 ans	370	1723,46	1733,82	2	3 ans	371	1738,50
1	2 ans	347	1616,32	1626,04	1	2 ans	356	1668,21
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)				

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Report de PPCR publié au Journal officiel - Grilles salariales

Catégorie B, Classe Supérieure : Infirmière, Manipulateurs en Radiologie, Kinésithérapeute, Technicien de Laboratoire, diététicien...				Catégorie B - Active						
1er Janvier 2017 (reclassement)				1er Février 2017		1er Janvier 2019				
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)		Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	
8	-	582	2710,95	2727,25		8	-	587	2750,682	
7	4 ans	569	2650,40	2666,33		7	4 ans	569	2666,33	
6	4 ans	548	2552,58	2567,92		6	4 ans	555	2600,73	
5	4 ans	529	2464,08	2478,89		5	4 ans	534	2502,32	
4	3 ans	505	2352,29	2366,43		4	3 ans	510	2389,86	
3	3 ans	481	2240,49	2253,96		3	3 ans	485	2272,71	
2	2 ans	457	2128,70	2141,50		2	2 ans	461	2160,24	
1	1 an	437	2035,54	2047,78		1	1 an	445	2085,27	
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)						

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Catégorie C : C1 ancienne Echelle 3 / : ASH - Classe Normale				Catégorie C									
1er Janvier 2017 (Reclassement Echelle C1)				1er Février 2017	1er Janvier 2019		1er Janvier 2020		1er janvier 2021				
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	
									12	-	382	1790,05	
11	-	367	1709,48	1719,76	367	1719,76	368	1724,44	11	4 ans	372	1743,19	
10	3 ans	354	1648,93	1658,84	354	1658,84	356	1668,21	10	3 ans	363	1701,01	
9	3 ans	342	1593,03	1602,61	343	1607,29	346	1621,35	9	3 ans	354	1658,84	
8	2 ans	336	1565,08	1574,49	339	1588,55	342	1602,61	8	2 ans	348	1630,72	
7	2 ans	332	1546,45	1555,75	335	1569,81	338	1583,86	7	2 ans	342	1602,61	
6	2 ans	330	1537,14	1546,38	332	1555,75	334	1565,12	6	2 ans	337	1579,18	
5	2 ans	329	1532,48	1541,69	330	1546,38	332	1555,75	5	2 ans	335	1569,81	
4	2 ans	328	1527,82	1537	329	1541,69	330	1546,38	4	2 ans	333	1560,43	
3	2 ans	327	1523,16	1532,32	328	1537,00	329	1541,69	3	2 ans	332	1555,75	
2	2 ans	326	1518,50	1527,63	327	1532,32	328	1537,00	2	2 ans	331	1551,06	
1	1 an	325	1513,85	1522,95	326	1527,63	327	1532,32	1	1 an	330	1546,38	
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)									

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Catégorie C : C2 ancienne Echelle 4 : ASH Classe Supérieure et AS-AP				Catégorie C								
1er Janvier 2017 (Reclassement Echelle C2)				1er Février 2017		1er Janvier 2019		1er Janvier 2020		1er janvier 2021		
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)		Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	
12	-	416	1937,72	1949,37		418	1958,74	418	1958,74	420	1968,12	
11	4 ans	411	1914,43	1925,94		411	1925,94	411	1925,94	412	1930,63	
10	3 ans	402	1872,51	1883,77		402	1883,77	402	1883,77	404	1893,14	
9	3 ans	390	1816,62	1827,54		390	1827,54	390	1827,54	392	1836,91	
8	2 ans	380	1770,04	1780,68		380	1780,68	380	1780,68	380	1780,68	
7	2 ans	364	1695,51	1705,70		364	1705,70	364	1705,70	365	1710,39	
6	2 ans	350	1630,30	1640,10		351	1644,78	351	1644,786	354	1658,84	
5	2 ans	343	1597,69	1607,29		345	1616,67	345	1616,67	346	1621,35	
4	2 ans	336	1565,08	1574,49		336	1574,49	336	1574,49	338	1583,86	
3	2 ans	332	1546,45	1555,75		333	1560,43	333	1560,43	336	1574,49	
2	2 ans	330	1537,14	1546,38		330	1546,38	330	1546,38	334	1565,12	
1	1 an	328	1527,82	1537		328	1537	329	1541,69	332	1555,75	
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)								

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Report de PPCR publié au Journal officiel - Grilles salariales

Catégorie C : C2 ancienne Echelle 5 : AS-AP				Catégorie C							
1er Janvier 2017 (Reclassement Echelle C2)				1er Février 2017	1er Janvier 2019		1er Janvier 2020		1er janvier 2021		
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	
12	-	416	1937,72	1949,37	418	1958,74	418	1958,74	420	1968,12	
11	4 ans	411	1914,43	1925,94	411	1925,94	411	1925,94	412	1930,63	
10	3 ans	402	1872,51	1883,77	402	1883,77	402	1883,77	404	1893,14	
9	3 ans	390	1816,62	1827,54	390	1827,54	390	1827,54	392	1836,91	
8	2 ans	380	1770,04	1780,68	380	1780,68	380	1780,68	380	1780,68	
7	2 ans	364	1695,51	1705,70	364	1705,70	364	1705,70	365	1710,39	
6	2 ans	350	1630,30	1640,10	351	1644,78	351	1644,78	354	1658,84	
5	2 ans	343	1597,69	1607,29	345	1616,67	345	1616,67	346	1621,35	
4	2 ans	336	1565,08	1574,49	336	1574,49	336	1574,49	338	1583,86	
3	2 ans	332	1546,45	1555,75	333	1560,43	333	1560,43	336	1574,49	
2	2 ans	330	1537,14	1546,38	330	1546,38	330	1546,38	334	1565,12	
1	1 an	328	1527,82	1537,00	328	1537	329	1541,69	332	1555,75	
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)							

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017

Catégorie C, C3 ancienne Echelle 6 : AS-AP Principal				Catégorie C							
1er Janvier 2017 (Reclassement Echelle C3)				1er Février 2017	1er Janvier 2019		1er Janvier 2020		1er janvier 2021		
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	
10	-	466	2170,62	2183,67	466	2183,67	466	2183,67	473	2216,47	
9	3 ans	445	2072,81	2085,27	450	2108,70	450	2108,70	450	2108,70	
8	3 ans	430	2002,94	2014,98	430	2014,98	430	2014,98	430	2014,98	
7	3 ans	413	1923,75	1935,31	415	1944,69	415	1944,69	415	1944,69	
6	2 ans	400	1863,20	1874,40	403	1888,45	403	1888,45	403	1888,45	
5	2 ans	391	1821,27	1832,22	393	1841,59	393	1841,59	393	1841,59	
4	2 ans	375	1746,75	1757,25	380	1780,68	380	1780,68	380	1780,68	
3	2 ans	365	1700,17	1710,39	368	1724,44	368	1724,44	368	1724,44	
2	1 an	355	1653,59	1663,53	358	1677,58	358	1677,58	358	1677,58	
1	1 an	345	1607,01	1616,67	350	1640,10	350	1640,10	350	1640,10	
Valeur du point d'indice		4,6580 (1er Juillet 2016)		4,6860 (1er Février 2017)							

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
 LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
 ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263
 DÉCRET N° 2017-1736 DU 21 DÉCEMBRE 2017
 DÉCRET N°2017-1737 DU 21 DÉCEMBRE 2017



Paris, le 6 décembre 2017

L'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) s'intéresse au sommeil des soignants et annonce les nouveaux résultats de l'enquête du Réseau Morphée

Le Réseau Morphée a lancé une vaste étude visant à explorer les symptômes et comportements associés aux troubles du sommeil chez les soignants. Ces professionnels de santé ont des troubles du sommeil aussi fréquents que dans la population générale se plaignant de troubles du sommeil mais ils ont un temps de sommeil plus réduit et plus souvent soumis à un travail posté. Autre constat important : près de la moitié des soignants ressentent une privation de sommeil liée à leur travail, ce qui représente un facteur de vulnérabilité.

Une étude menée chez près de 1000 soignants

L'étude observationnelle* conçue par le réseau Morphée a été réalisée auprès d'environ 13 000 personnes à travers la France. Parmi elles, plus de 880 se sont identifiés comme soignants. La répartition professionnelle était la suivante : infirmier(ère)s (51%), médecins, internes et dentistes (19%), aides-soignantes (10%), psychologues, pharmaciens, kinésithérapeutes, étudiants, autres paramédicaux.

Les soignants participant à l'étude ont été interrogés au moyen d'un questionnaire en ligne. L'objectif était d'explorer le temps de sommeil, les comportements associés au sommeil et les symptômes de troubles du sommeil.

Moins de temps de sommeil, plus d'horaires décalés et de travail posté

L'étude a révélé que **les jours de travail, le temps de sommeil des soignants est significativement plus court que celui des non-soignants** : 6 heures contre 6,45 heures.

Autre différence significative : les soignants sont 60% à dormir moins de 6 heures en semaine contre 44,8% des non soignants.

A noter que chez les soignants, il est plus fréquent :

- **de travailler le soir** (19% contre 15% des non-soignants),
- **d'avoir des horaires décalés** (39% contre 26%) **et attribués à un travail posté** (81% contre 31%).

Un sentiment de privation de sommeil liée au travail

Près de la moitié des soignants (48%) pensent être privés de sommeil à cause de leur travail.

Le travail posté est significativement plus fréquent chez les soignants qui pensent être privés de sommeil du fait de leur travail. De même, la privation de sommeil due au travail est plus fréquente chez les infirmier(ère)s et les aides-soignants qui ont un travail posté (30% des aides-soignants, 69% des IDE et 38% des médecins).

Autre observation : l'écart des heures travaillées par semaine est plus marqué chez les soignants qui ont une sensation de privation de sommeil en raison de leur travail : 42,4 contre 39,3 pour ceux qui n'ont pas l'impression d'être privé de sommeil par leur travail.

Parmi les 60% de soignants qui passent moins de 6h dans leur lit les jours du travail, les trois-quarts pensent que leur privation du sommeil est en lien avec leur travail.

Un impact ressenti du travail sur la santé

Les personnes en privation de sommeil ont un IMC plus élevé, sont plus somnolentes, ont un risque plus important d'insomnie, d'anxiété ou de dépression sévère.

Par ailleurs, le fait d'avoir un temps de sommeil objectivement court (moins de 6 heures au lit) pendant la semaine est associé à un IMC plus important.

Que pensent les soignants du lien entre travail et santé ? **Ils sont près de la moitié à penser que leur travail a un impact sur leur santé** via la privation de sommeil qu'il engendre. En outre, **plus des deux-tiers considèrent que le travail a un retentissement sur la qualité de leur sommeil** et 63% se sentent stressés à cause de leur travail. Enfin, 50% pensent qu'un travail de nuit est néfaste pour le sommeil.

Des troubles du sommeil très présents

La majorité des soignants se plaint d'insomnie : 62% ont un trouble d'endormissement, 80% un trouble de continuité du sommeil, 71% des éveils précoces et 67% un sommeil non-récupérateur. Les troubles sont aussi fréquents chez les soignants que chez les non soignants.

Autre résultat obtenu : les soignants sont 31% à présenter les quatre types de troubles du sommeil et 64% à souffrir d'une insomnie chronique avec retentissement diurne sur plus de 3 mois.

Les ronflements sont fréquents chez les soignants (27%). La somnolence touche 32% d'entre eux et la fatigue diurne, 80% d'entre eux. Par ailleurs, 37% se plaignent d'endormissement au volant (contre 27% des non soignants). Les soignants qui ont eu un endormissement au volant sont plus somnolents, se plaignent plus de privation de sommeil, ont plus d'horaires décalés. De ce fait, ils présentent un risque accidentel au volant plus important.

Chez les soignants souffrant de troubles du sommeil (en dehors d'un ronflement), des symptômes de troubles anxieux et dépressifs sont souvent retrouvés.

* Le questionnaire a été mis en ligne le 03/01/2017 et arrêté le 30/09/2017. Il a été développé par un consensus d'experts, basé sur le questionnaire utilisé par l'équipe coordonnatrice de Réseau Morphée pour l'orientation des patients en Ile de France depuis 2004.

À propos du Réseau Morphée



Le Réseau Morphée est un réseau de santé consacré à la prise en charge des troubles du sommeil. Financé par l'**Agence Régionale de Santé de l'Île-de-France**, sa mission principale est d'orienter les patients d'Île-de-France dans leur parcours de soins sommeil. Il mène également des actions de prévention et d'éducation à la santé auprès du grand public et apporte aux professionnels de la santé une aide à la prise en charge des patients ainsi qu'un programme de formations.

Plus d'informations : www.reseau-morphee.fr

À propos de



L'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) a pour origine le rassemblement d'un groupe d'experts souhaitant partager et défendre la santé des professionnels de santé rendus vulnérables. Son objectif est de susciter une véritable prise de conscience et de proposer des actions concrètes pour optimiser leur parcours de santé, notamment le repérage, l'orientation et la prise en charge des professionnels de santé en souffrance. Elle organise tous les ans un colloque national qui rassemble des personnalités du monde de la santé souhaitant partager leurs expériences et les actions engagées en faveur de la protection des soignants vulnérables.

Plus d'informations : www.asso-sps.fr

Présentation Colloque SPS



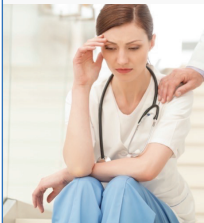
www.facebook.com/assoSPS/ www.asso-sps.fr @AssoSPS



Chiffres plateforme / étude sommeil 2017

Catherine Cornibert

DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RENDUS VULNÉRABLES



1,9 million de professionnels de santé.

50% sont ou ont été concernés par le burnout au cours de leur carrière professionnelle*



50% pensent que leur souffrance psychologique pourrait impacter la qualité des soins **au point de mettre en danger les patients**

80% souhaitent une **structure de soins dédiée**

50% ne savent à qui s'adresser en cas de difficulté

* Etude SPS - 2015/ 2016

2

ÉTUDE 2017 N°2

Troubles du sommeil : Comment les professionnels de santé dorment-ils ?

En partenariat avec :



- Une étude menée chez près de 1000 soignants (retour questionnaire) en 2017
 - infirmier(ère)s (51%), médecins, internes et dentistes (19%),
 - Aides-soignantes (10%),
 - psychologues, pharmaciens, kinésithérapeutes, étudiants, autres paramédicaux.
- Moins de temps de sommeil, plus d'horaires décalés et de travail posté :
 - 6 heures contre 6,45 heures.
- Près de la moitié des soignants pensent être privés de sommeil à cause de leur travail
- La majorité des soignants se plaint d'insomnie :
 - 62% ont un trouble d'endormissement, 80% un trouble de continuité du sommeil,
 - 71% des éveils précoces et 67% un sommeil non-récupérateur.
- Par ailleurs, 37% se plaignent d'endormissement au volant (contre 27% des non soignants).

#AIDER : plateforme SPS / PROCONSULTE

JE SUIS SOIGNANT

Je me sens épuisé
J'ai trop de travail
Je me sens harcelé
Je n'en peux plus

J'ai besoin d'aide
J'ai décidé de m'en sortir

J'APPELLE LA
PLATEFORME
SPS

N° Vert 0 805 23 23 36

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE OU UN PORTABLE
Entretiens anonymes et gratuits 24h/24 et 7/7
pour tous les professionnels de santé, salariés, libéraux, étudiants et leur famille

- ▶ ÉCOUTE - SOUTIEN - ACCOMPAGNEMENT
- ▶ ORIENTATION (soignants et structures spécialisés)
- ▶ SERVICES (remplacement, juridique, administratif...)

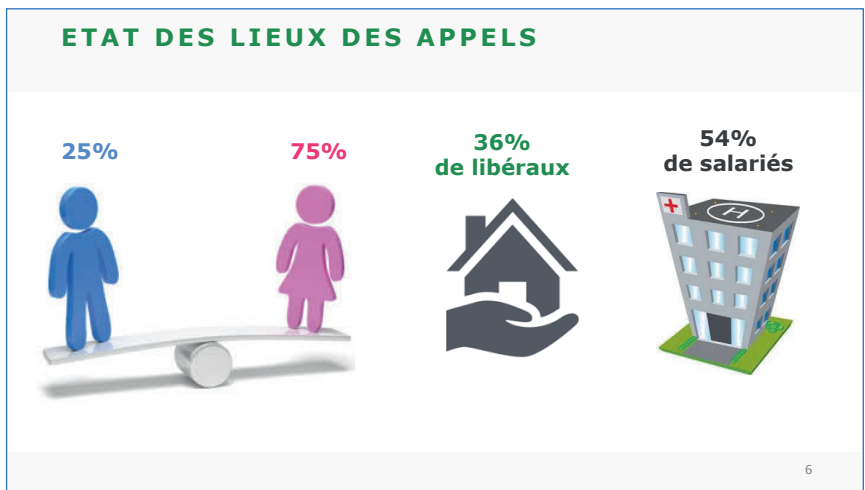
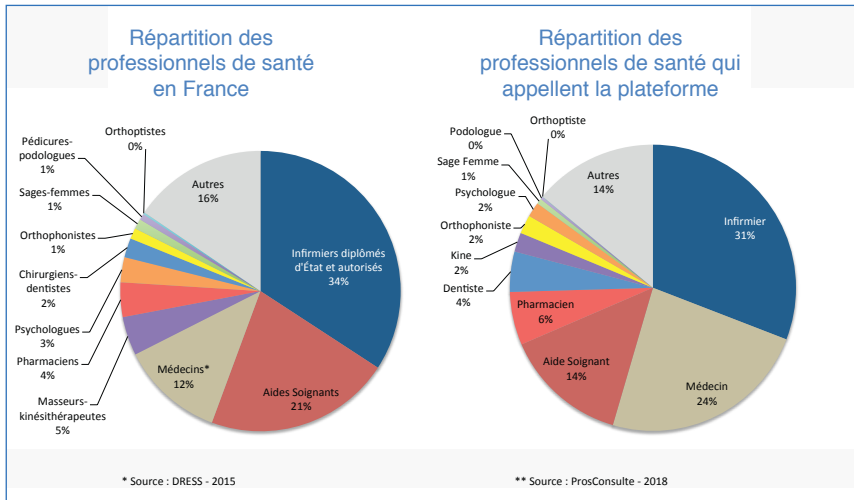
Mise en place d'une **plateforme nationale d'écoute interprofessionnelle.**

60 psychologues libéraux mobilisés 7j/7 et 24h/24 pour répondre aux appels des soignants en souffrance.

100% de décroché
25 min en moyenne par appel.

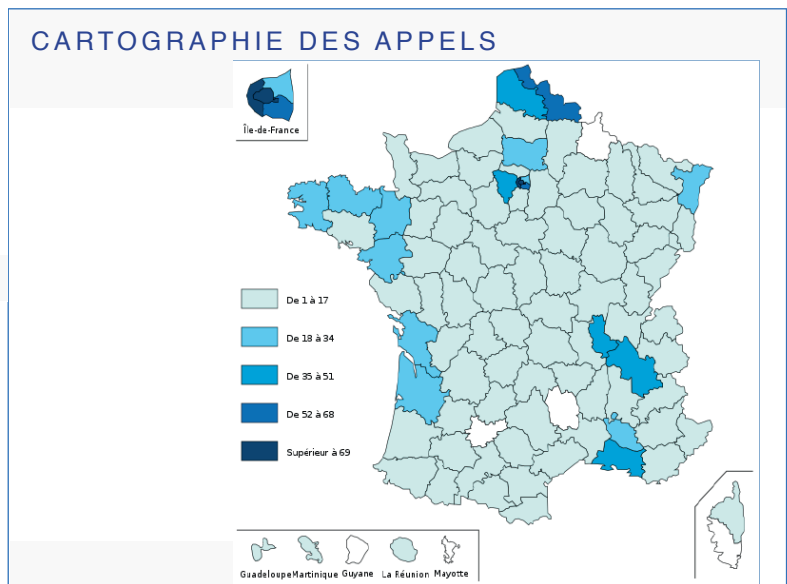
En 2017, 2000 appels reçus.

du 11 décembre 2017



MOTIFS DES APPELS

Motifs	Nombre	%
Épuisement professionnel	397	26%
Test / Demande d'informations	176	12%
Conflit avec la hiérarchie	171	11%
Dénoncer les conditions de travail	87	6%
Problème de santé / TMS	103	7%
Démotivation	66	4%
Conflit avec un collègue	63	4%
Ressenti harcèlement	80	5%
Personnel impactant pro	80	5%
Demande orientation	36	2%
Demande de documentation	33	2%
Difficultés financières	38	3%
Demande concernant un collègue	37	2%
Traumatisme / deuil professionnel	29	2%
Anxiété liée aux réorganisations	21	1%
Manque de reconnaissance	25	2%
Agressions / Incivilités	25	2%
Addiction	17	1%
Anxiété reprise de travail	16	1%
Demande de conseil pour un patient	13	1%



JE SUIS SOIGNANTE

Je me sens épuisée
J'ai trop de travail
Je me sens harcelée
Je n'en peux plus

J'ai besoin d'aide
J'ai décidé de m'en sortir

J'APPELLE LA
PLATEFORME
SPS

0 805 23 23 36

Service & appel
gratuits

Entretiens anonymes et gratuits 24h/24 et 7j/7
pour tous les professionnels de santé, salariés, libéraux, étudiants et leur famille

- ▶ **ÉCOUTE - SOUTIEN - ACCOMPAGNEMENT**
- ▶ **ORIENTATION** (soignants et structures spécialisés)
- ▶ **SERVICES** (remplacement, juridique, administratif...)

Une initiative de



avec l'appui de



PROS-CONSULTE
Plateforme de psychologues 24H sur 24

POUR ADHÉRER OU FAIRE UN DON, RENDEZ-VOUS SUR WWW.ASSO-SPS.FR



avec



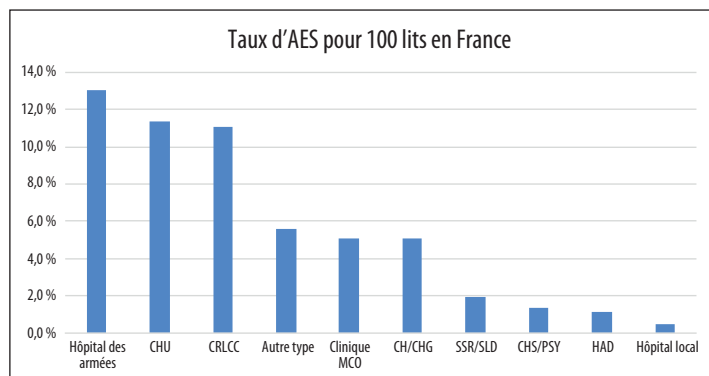
RETRACTABLE
TECHNOLOGIES, INC.

L'AES, la crainte des infirmier(e)s.

Aujourd'hui, la directive européenne 2010/32/UE préconise l'utilisation de dispositifs médicaux sécurisés. Elle mentionne de NE PAS RECAPUCHONNER les aiguilles.

Seulement 50% des soignants dans le secteur public et 30% des soignants dans le secteur privé ont à leur disposition des dispositifs médicaux sécurisés .

Les solutions existantes ne sont pas satisfaisantes et le risque existe toujours.



La solution VanishPoint® référencée au GERES (www.geres.org) :

Seringues VanishPoint®



Unité de prélèvement VanishPoint®



Aiguille EasyPoint®
avec seringue
préremplie



L'aiguille EasyPoint®



Aiguille EasyPoint®
avec seringue

**Notre distributeur partenaire LABELIANS est à votre disposition pour toutes informations sur nos produits.
Service et appel gratuits 0800 970 724 Email : serviceclient@labelians.fr**



PASSERELLE

Une nouvelle solution pour les infirmières
et les laboratoires proposée par



LABELIANS
Groupe CML-ID

Parlez-en
à votre
laboratoire !!!



Avec l'application PasserelleBio®,
simplifiez vos prélèvements
à domicile et bénéficiez
d'Offres Privilèges sur Internet !!!



Informations : Tél. : 0800 970 724 - Email : contact.passerelle@labelians.fr

Le syndrome d'épuisement professionnel

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

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

La stratégie nationale considère que « pour mieux prendre soin de ceux qui nous soignent » il faut d'abord en définir le syndrome, puis améliorer le repérage des risques psychosociaux (RPS), enfin de permettre d'accompagner les victimes lors de leur retour au travail.

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

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

Selon les données épidémiologiques françaises, sur 800 demandes de reconnaissance du caractère professionnel de l'épuisement au travail 400 avis favorables ont été rendus. Ce nombre a été multiplié par 4 en 5 ans. Le secteur d'activité de la santé est le plus représenté. Les facteurs de risques par ordre de fréquence sont : les changements dans l'organisation et les modalités particulières du management (20 %), les activités demandant une concentration soutenue (8 %), les horaires de travail (7 %), la surcharge de travail (5 %) et la qualité de la relation au travail (5 %).

Définition du syndrome d'épuisement professionnel

Ce guide du « mieux comprendre pour mieux agir » élaboré par un groupe de travail multidisciplinaire

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

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

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

L'un des axes principaux de ce rapport est de formuler des recommandations pour améliorer la détection et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements hospitaliers.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) recommande également que l'évaluation des RPS soit rendue obligatoire dans le compte qualité de la certification de la HAS (Haute Autorité de Santé) avec la présence d'un volet relatif aux équipes soignantes, dont les médecins.

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

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

Différents facteurs rendent ces professionnels vulnérables, demande de performance, image de soignant infaillible, situations soulevant des émotions très fortes, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, objectifs irréalistes, dispositifs de soins complexes et évolutifs. La prise en charge de l'épuisement des soignants implique une réactivité adaptée, d'autant que la demande d'aide peut être retardée.

Six catégories de facteurs de risques psychosociaux sont tirées du rapport GOLLAC¹ :

- intensité et organisation du travail,
- exigences émotionnelles,
- autonomie et marge de manœuvre,
- relations dans le travail,
- conflits de valeur,
- insécurité de l'emploi.

Les caractéristiques individuelles ne peuvent servir qu'à préconiser une prévention renforcée, et ne sauraient en aucun cas constituer un élément de sélection des travailleurs, ni exonérer la responsabilité des facteurs de risques présents dans l'environnement du travail.

Les outils de repérage

Ces outils selon les recommandations françaises sont :

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

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

1 - "Rapport sur le suivi statistique des risques psychosociaux" réalisé et publié en 2011 par l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France

La prise en charge

De multiples études, évaluations sur de nombreux groupes de personnes n'ont pas permis de clarifier l'efficacité des différentes prises en charge. Néanmoins, les effets positifs de la thérapie cognitivo-comportementale et la relaxation mentale et physique combinées sont retenues. De surcroît, le recours à la méditation de pleine conscience diminue significativement le syndrome chez les professionnels de soins avec un bon niveau de preuve. Cependant les auteurs concluent que le recours aux antidépresseurs et anxiolytiques n'est pas à lui seul une prise en charge du burnout optimale. L'analyse du poste et des conditions de travail est en effet indispensable, ainsi que la prise en charge des aspects médico-socioprofessionnels et psychologiques. Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette en contact avec le médecin du travail.

La prise en charge se complète de l'ACCOMPAGNEMENT POUR UN RETOUR AU TRAVAIL.

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

Reconnaissance en maladie professionnelle

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

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

Professionnelles) pour statuer sur l'imputabilité au service. Pour les autres salariés, le dossier est transmis par la caisse primaire au CRRMP.

Toutes les bases de données de ce rapport émanent de la synthèse de groupes d'experts pluridisciplinaires : ANACT², INRS³, DGT⁴, DGS⁵, OMS⁶, INSERM⁷, d'essais cliniques, d'études sélectionnées. Bien que les données des différentes analyses soient quelquefois changeantes, il en résulte qu'un rapport de bonnes pratiques a été élaboré. L'objectif de ce document a été de définir le syndrome d'épuisement professionnel, d'en améliorer son repérage et sa prise en charge. Le champ de ces recommandations EXCLUT l'organisation du travail dans sa démarche de prévention. L'évolution des conditions et d'organisation de travail s'associe pourtant à des risques psychosociaux croissants, portant atteinte à la santé physique et mentale du travailleur. La priorité s'articule uniquement sur la personne dans son environnement de travail.

En conclusion

A ce jour dans nos établissements de Santé peu d'actions sont mises en place pour prévenir l'épuisement professionnel. Ceux-ci sont dans une

2 - ANACT: Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail;

3 - INRS: Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail;

4 - DGT: Direction Générale du Travail;

5 - DGS: Direction Générale de la Santé;

6 - Organisation Mondiale de la Santé;

7 - INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

dynamique curative plutôt que préventive en termes de risques psychosociaux. Les moyens alloués à la prévention ne sont pas suffisants.

Nos encadrements de proximité ne sont pas formés au repérage des signes de l'épuisement professionnel. De plus, les directions leur imposent des réunions toujours plus nombreuses qui ne leur permettent pas d'être au plus près de leurs équipes au quotidien. Ils sont eux aussi, aujourd'hui, menacés par cet épuisement professionnel du fait de la surcharge de travail et du manque de lien.

Pour changer les choses il faudrait sensibiliser les encadrants à l'épuisement professionnel et leur donner les moyens d'être au plus proche de leurs équipes dans les services de soins.

La reconnaissance des compétences des professionnels paramédicaux est aussi importante.

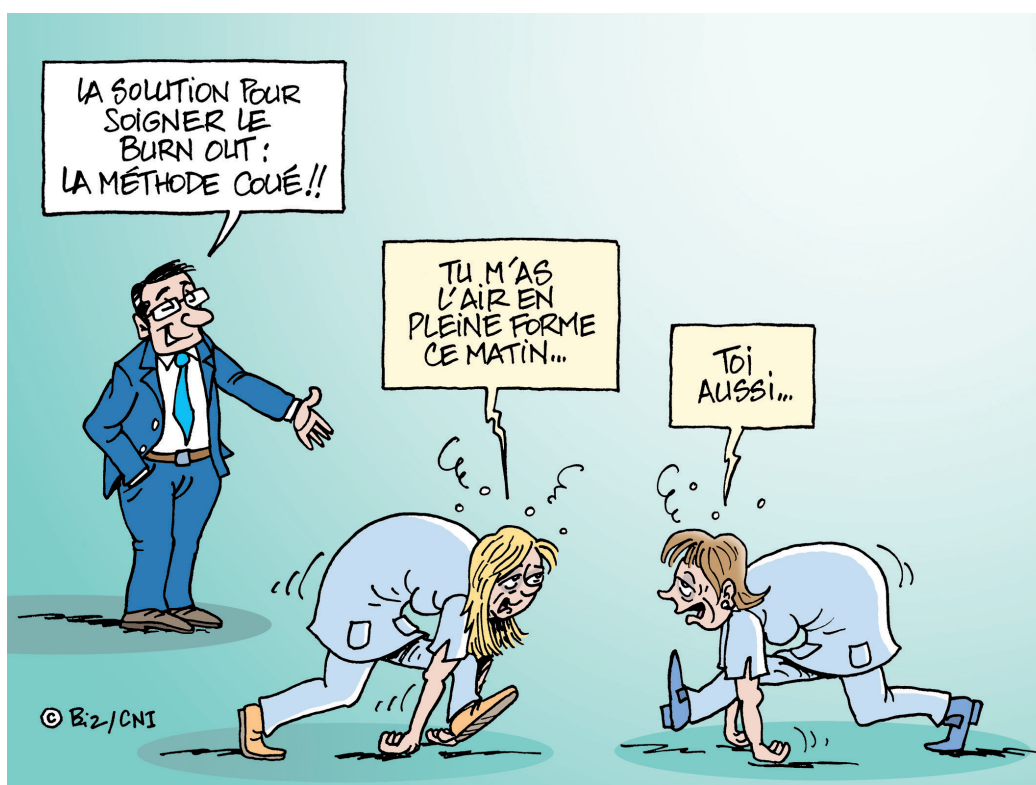
Devant une situation en constante dégradation et une augmentation incessante du nombre de cas recensés, il est plus que temps que nous passions de la théorie à la pratique et qu'au-delà d'un affichage, le gouvernement en place et les directions des établissements s'emploient activement à la concrétisation d'actions de prévention et donnent aux soignants les moyens d'exercer sans que leur propre santé soit en danger. ■

Christine COUBARD

Infirmière

Céline LAVILLE

Infirmière et vice-présidente du syndicat CNI





CONGRÈS EUROPÉEN DU TOUCHER-MASSAGE®

conférences / forums soignants / ateliers d'initiation

11-12 JUIN 2018 DIJON

LA PLACE DE L'HUMAIN AU COEUR DES SOINS

« *le coeur entre les mains* »

En 2018, nous vous proposons de réfléchir ensemble à ce que serait un système de soins davantage fondé sur la place de l'humain dans sa singularité et sa sensibilité, tant pour celui qui reçoit des soins que pour celui qui a choisi pour métier d'en donner.

11 GRANDES CONFÉRENCES

- > *Michel Dupuis, Philosophe...* « Prendre soin d'autrui comme phénomène et comme énigme »
- > *Diane Grober-Traviesas, directrice d'IFSL...* « Comment valoriser l'humain chez chaque soignant en apprentissage ? »
- > *Déborah Lablanche, Infirmière...* « La pratique du Toucher-massage chez le nouveau-né hospitalisé »
- > *Christophe Pacific, Docteur en philosophie...* « Du détail clinique au souci d'autrui, une éthique de l'attention »
- > *Sandra Meunier, Clown Neztoiles...* « Haut les coeurs pour accompagner... »

6 ATELIERS D'INITIATION PRATIQUE AU TOUCHER

Accompagner et soutenir la personne présentant des troubles psychiques / Accompagner par le toucher en fin de vie / Relation d'aide par le biais du clown / Dynamiser les équipes par les Massages minute / Toucher-massage en pédiatrie...

2 FORUMS ANIMÉS PAR DES SOIGNANTS



RENSEIGNEMENT 03 80 74 27 57 / INSCRIPTION www.ifjs.fr

Organisé par l'École européenne du Toucher-massage® / Institut de formation Joël Savatofski et l'association Soiliance ART

Syndicat



CNI

Syndicat des Professionnels de Santé

270, boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE

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

Courriel: coord-nat-inf@hotmail.fr

<http://syndicat-cni.org>



GROUPE DROUIN
MAÎTRE IMPRIMEUR

92, AVENUE ERNEST CRISTAL - 63170 AUBIÈRE
04 73 26 44 50
GROUPE.DROUIN.FR

Soignants en détresse : l'Ordre propose aussi un dispositif national d'entraide

Numéro vert d'appel 0800 800 854

Selon une enquête réalisée par l'Ordre national des infirmiers auprès de 18653 infirmier(e)s (tous modes d'exercice confondus) du 30 mars au 7 avril 2018 :

- 25 % des répondants déclarent **travailler régulièrement ou fréquemment 7 jours ou plus consécutifs**.
- Près de 60 % déclarent travailler régulièrement ou fréquemment **12 heures ou plus par jour**.
- Après la **charge de travail** (79 %), ce sont les **violences et l'agressivité** (57 %) qui sont considérés comme les principaux facteurs de mal-être (facteur « important », ou « très important »). Les **choix éthiques et déontologiques** sont également cités par 49 % des répondants.
- 83 % des répondants affirment se sentir « très souvent » ou « parfois » **émotionnellement vidés par leur travail**. Cela a des **conséquences sur l'efficacité professionnelle, la vie sociale, la vie familiale ou la santé** de plus de 90 % des répondants.
- 22 % des répondants et 17 % des infirmier(e) s âgés de 21 à 29 ans, envisagent « très souvent » de **cesser leur activité**.
- Près de 25 % des répondants déclarent avoir déjà **consulté un psychiatre ou un psychologue pour des questions liées à leur travail**.
- 9 % des répondants ont « parfois » (7 %) ou « très souvent » (2 %) des **idées suicidaires**.

Conscient de l'ampleur de cet épuisement professionnel et du risque qu'il constitue, l'Ordre national des infirmiers a souhaité valoriser davantage et enrichir son dispositif d'entraide ordinaire avec le dispositif **SOI, SOLIDARITE ORDINALE INFIRMIERE**. Parce que l'infirmière doit « Penser enfin à SOI » et que l'Ordre est à son service pour l'y aider. Les infirmier(e)s qui appelleront le numéro unique d'aide aux soignants seront en contact avec des psychologues cliniciens formés et pourront, en fonction de leur demande :

- bénéficier d'un **soutien psychologique** (épuisement professionnel, burn-out, détresse psychologique...), ou d'une orientation vers un service hospitalier

dédié à la prise en charge des soignants, voire d'une prise en charge d'urgence si la situation l'impose (en cas de risque de suicide notamment).

- être réorientés vers le **Conseil départemental de l'Ordre des infirmiers** : violence, agression, litige avec un confrère, un patient, ou sa hiérarchie, difficultés financières...
- être réorientés vers les **services de l'Ordre national des infirmiers** : questions de déontologie, questions juridiques, administratives, réglementaires...

L'Ordre national des infirmiers **invite également les pouvoirs publics à mieux considérer l'épuisement professionnel des soignants et le risque qu'il présente pour les patients**. Il est indispensable de renforcer certaines normes et notamment de mettre en place des ratios (nombre maximum de patients par infirmier) afin d'assurer une prise en charge de qualité et en toute sécurité. Pour garantir l'avenir de notre système de santé, il faut considérer avec plus d'attention les conditions de travail des soignants, et notamment le rôle à la fois majeur et singulier des infirmiers.

« Avec plus de 600 000 professionnels exerçant sur tout le territoire, les infirmier(e)s constituent la 1^{ère} profession de santé en France. L'Ordre National des Infirmiers met en œuvre ce dispositif national d'aide aux soignants dans lequel il est pleinement impliqué. Nous connaissons les difficultés des infirmier(e)s et agissons au quotidien pour les conseiller, les défendre et les représenter, notamment auprès des décideurs publics. Il était indispensable de promouvoir ce numéro unique d'aide aux professionnels de santé et d'apporter des réponses efficaces en fonction des différentes situations. L'avenir de notre système de santé passe aussi par le bien-être des infirmier(e)s ». ■

Patrick CHAMBOREDON
Président de l'Ordre National des Infirmiers



SOLIDARITÉ ORDINALE INFIRMIÈRE

PENSER ENFIN À SOI !

● DÉPRESSION

● SOUFFRANCE

● AGRESSIONS

● ÉPUISEMENT
PROFESSIONNEL

0800 800 854

PLATEFORME CONFIDENTIELLE & ANONYME
APPEL GRATUIT 24H/24



L'ENTRAIDE, LA MISSION DE L'ORDRE

WWW.ORDRE-INFIRMIERS.FR

EN PARTENARIAT AVEC LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS ET L'AAPMS

Rencontre avec une soignante passionnée et passionnante...

L'hôpital est un petit univers au sein duquel collaborent des professionnels d'horizons très différents mais qui ont la mission commune de concourir à la meilleure prise en charge possible de tous les usagers.

Cette pluridisciplinarité nous offre l'occasion de belles rencontres et la possibilité de découvrir certains aspects méconnus de prises en soins spécifiques.

C'est au détour d'une de ces rencontres que j'ai fait la connaissance de Céline, jeune aide-soignante dynamique et souriante qui travaille en gynécologie et qui, deux vendredis par mois, exerce en tant qu'onco-esthéticienne au sein des consultations femme / mère / enfant (FME) de l'Hôpital Nord Franche Comté (HNFC).

L'onco-esthétique qu'est-ce que c'est? La définition la plus courante en est:

« Réaliser des soins socio-esthétiques adaptés, le toucher relationnel, l'hygiène corporelle appliquée et les soins portés sur l'apparence de la personne dans le but de revaloriser l'image de soi et de favoriser la réparation identitaire contribuant à l'inscription de la personne dans son environnement. »

L'objectif est de permettre aux patientes atteintes de cancer de retrouver, conserver, renforcer une estime de soi en passant par des soins d'esthétiques adaptés à chaque individu et d'ainsi se réappropriier un corps happé par la maladie.

Ces soins permettent également de prévenir ou prendre en charge les conséquences des traitements sur la peau, les ongles et / ou les incidences sur l'aspect physique de la personne.

Il s'agit d'un métier à part entière reconnu dans la fonction publique hospitalière et validé par une formation en socio-esthétique.

Exemples de prises en charge :

- Maquillage correcteur et cours d'auto-maquillage,
- Apprentissage du nouage de foulard et conseils en image,
- Education aux auto-soins et aux règles d'hygiène spécifiques durant les traitements,
- Informations et conseils personnalisés en matière de lingerie adaptée, prothèses mammaires et capillaires,

- Prise en charge adaptée des mains et des pieds,
- Soins relaxants (Modelage dos, effleurage du corps, soin du visage et du cuir chevelu...).

Il est certain que l'on ne vient pas à exercer ce métier par hasard, pour ce qui est de Céline, elle était depuis longtemps sensibilisée à l'oncologie par l'intermédiaire de son papa musicien qui chaque année participe à un concert au profit de la ligue contre le cancer.

Détentrice d'un CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) et d'un brevet professionnel en esthétique, les liens développés au travers de ses rencontres avec La Ligue l'ont fait s'interroger sur sa pratique et lui ont donné l'envie de développer une approche différente de l'esthétique.

C'est ainsi qu'elle a commencé à prodiguer des soins esthétiques deux jours par semaine au sein de l'hôpital de Belfort (90). Elle était alors rémunérée par la ligue contre le cancer en CESU (chèque emploi service universel). Une infirmière de l'hôpital concourait également à ces prises en charge.



Les patients étaient adressés par l'infirmière ou le médecin de l'institut du sein de l'établissement. Le docteur Gay responsable de cette unité, a développé un projet autour des soins de support et, dès lors, a été partie prenante pour initier et développer cette approche.

Il fallut quelque temps pour développer le concept et au départ Céline réalisait ses soins dans une petite salle de pansements en utilisant son matériel personnel. Par la suite, la Ligue a offert un fauteuil de soin et l'association, créée par le médecin de l'institut du sein, a financé les produits nécessaires.

Les années passant ont conforté Céline dans le choix de ré-envisager son avenir professionnel, il lui apparaissait de plus en plus compliqué de réaliser des soins d'esthétiques dans un cadre « classique » qu'elle percevait comme plus superficiel. La pratique développée au sein de l'établissement avec une équipe pluridisciplinaire ayant à cœur d'apporter un maximum de confort et de réconfort aux patientes de l'institut du sein, l'a convaincu de mettre en place un projet professionnel et elle décide alors de faire l'école d'aide-soignante afin de développer son champ de compétences et d'apporter un plus à sa pratique.

Au sortir de sa formation elle a d'abord été affectée au service de rhumatologie maladie infectieuse avant d'intégrer le service de gynécologie. Dès lors elle a pu bénéficier d'un temps dédié à la pratique de l'onco-esthétique.

En 2017, l'Hôpital de Belfort a intégré le nouvel établissement réunissant les sites de Belfort et de Montbéliard à Trévenans.

Une salle dédiée à l'onco-esthétique a été mise à disposition dans le service de consultations du pôle FME (Pôle Femme Mère Enfant) et Céline ainsi qu'une autre collègue aide-soignante ayant suivi une formation, offrent leur savoir-faire les vendredis aux patientes suivies sur l'HNFC. La salle est plus petite que celle qui était à leur disposition au préalable et la Ligue leur a alors offert un fauteuil de soins chauffant qui puisse être adapté à leur nouvel environnement.

Parallèlement sur le site du Mittan (à proximité immédiate de Montbéliard) une aide-soignante également onco-esthéticienne exerce dans le service d'oncologie et à l'hôpital de jour d'oncologie.

Céline m'a ouvert la porte de ses consultations afin que je puisse (avec l'accord des patientes bien sûr) observer sa pratique.

Ce fut une matinée très riche qui m'a permis d'appréhender l'importance de son travail.



Au détour de deux consultations j'ai pu réaliser la complexité de la prise en charge qui tient compte de la personne dans sa globalité, d'une personnalisation du soin nécessitant une écoute, une vigilance et une adaptabilité de chaque instant.

La consultation débute par un entretien qui permet de mettre en place un plan de soins qui sera actualisé à chaque rendez-vous.

La première patiente, Mme J, venait pour un rendez-vous « manucure » (très important car les produits de chimiothérapie provoquent une altération de la qualité des ongles avec un risque de mycose, de perte de l'ongle et de douleurs rendant difficile la préhension). La relation qui s'instaure lors du soin permet à cette femme d'exprimer d'autres difficultés, une douleur au niveau de la cicatrice du sein, mais aussi au niveau de ses pieds, un rendez-vous est alors programmé afin de réaliser une pédicure. Aussitôt Céline se met en lien avec l'infirmière de consultation afin qu'elle puisse recevoir Mme J à la fin de son rendez-vous. Cette dernière parle également de la perte de ses cils et Céline lui propose alors de lui montrer comment « camoufler » cela à l'aide d'un maquillage léger et simple à réaliser. La relation instaurée permet d'évaluer l'état psychologique de la patiente et par la suite Céline m'expliquera qu'au moindre signe d'alerte elle peut recourir à la psychologue du service.

Vient ensuite Melle M, au programme : un soin du visage. Là aussi, Céline met à profit le soin pour instaurer un dialogue. Sa douceur, son sourire et son savoir-faire invitent naturellement sa patiente à se confier sur sa situation, ses craintes, ses espoirs. Elle prodigue ses conseils tout en apportant un moment de détente et de relaxation durant lequel le rapport au corps redevient un plaisir. Le soin se finit par un maquillage et Céline fait profiter à Melle M. de son dernier achat (sur ses fonds propres) à savoir un pochoir permettant de redessiner les sourcils disparus au cours de la chimiothérapie.

Ces rendez-vous m'ont permis de prendre conscience de l'importance de ces soins, des atouts qu'ils représentent dans la prise en charge globale des patientes.

Redonner sa place au corps, faire éprouver à nouveau des sensations de bien-être, de plaisir, se réapproprier son image, pouvoir réinstaurer son estime de soi concourent à favoriser le parcours de soin en donnant aux patientes la possibilité d'être actives dans leur prise en charge.

Cette approche permet également de détecter des altérations de l'état cutané ou psychologique et d'ainsi agir précocement afin d'éviter des dégradations plus importantes.

Ces soins sont une réelle plus-value au sein de l'hôpital et on ne peut qu'espérer les voir se développer pour permettre d'augmenter les offres auprès des patientes et pourquoi pas s'étendre à d'autres pathologies ? ■

Céline DUROSAY
Infirmière - Syndicat CNI HNF

Merci à Céline B. dont l'accueil et l'enthousiasme m'ont permis d'appréhender sa discipline si spécifique et un grand respect à toute son implication et sa motivation qui restent intactes malgré un contexte organisationnel compliqué au sein de l'établissement qui, régulièrement, remet en question le peu de temps dédié à ces soins de supports.

OUVRAGES
LOGICIELS & WEB

VOS APPLICATIONS MÉTIERS SUR MESURE

LOGICIELS APPLICATIONS WEB
APPLICATIONS MOBILE

Logiciels médicaux, gestion de documents, automatisation de tâches, logiciels pour comités d'entreprise, sites internet sur mesure, hébergement, ...

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

CESEGH
Centre d'Etudes Supérieures en Economie et Gestion Hospitalière

La référence en formation pour la gestion hospitalière

DES FORMATIONS UNIVERSITAIRES POUR UNE GESTION HOSPITALIÈRE MODERNE ET PERFORMANTE

NIVEAU 2

- Certification professionnelle Gestionnaire de SSIAD
- D.U. Management infirmier
- D.U. Qualité et gestion des risques en établissements sanitaires et médico-sociaux
- D.U. Gestionnaire de parcours en santé
- D.U. Management du développement durable en santé

Arche Jacques Cœur - 222, place Ernest Granier - CS 79025
34965 Montpellier cedex 2 - Tél : 04 99 13 60 50
Email : contact@cesegh.fr - www.cesegh.fr

FHP SYNERPA unassi c2ds

Le patient Roi... de l'exigence ?

La maladie est le plus souvent inattendue et altère notre état de santé de manière aiguë ou chronique; elle nous épuise physiquement et / ou psychologiquement. Elle est malheureusement souvent le passage obligé par la case « hospitalisation ».

Depuis quelques années, la vision de l'hôpital et de ses services par les patients semble avoir changé. Dans notre société de consommation du « tout, tout de suite » et sachant que les cotisations auprès des organismes de mutuelles sont en constante augmentation, pourquoi les patients ne pourraient-ils pas se permettre de devenir plus exigeants et donc prétendre à accéder à de nouveaux droits ? Mais jusqu'où peuvent aller ces droits ?

Les droits des patients sont garantis par la Charte de la Personne Hospitalisée qui informe les patients de leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois, notamment celle du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Onze principes généraux la constituent, parmi ceux-ci existe le 8^{ème} principe « la personne hospitalisée est traitée avec égards ». Mais qu'en est-il de la charte garantissant les droits des soignants ? Il semble que cette dernière n'ait pas d'existence... N'avons-nous pas, nous aussi, le droit d'être respecté ?

Les attentes des patients sont de plus en plus pressantes et directives. Y répondre dans l'immédiateté semble même être devenu un gage de qualité. Mais lorsque impolitesse et irrespect s'en mêlent, les choses se corsent... « *Faites ceci, faites cela* », « *Pipi!* » pour demander un bassin ou un urinal, « *C'est à cette heure-là qu'on mange ?* », « *Vous m'avez servi trop tôt* » et, le lendemain « *Vous m'avez servi trop tard* », « *Je sonne depuis 20 minutes!* » (alors que ça en fait tout juste 3), « *C'est à cette heure-là qu'on fait ma toilette ?* », « *Et mes médicaments, ils arrivent ?* ».

La plus grande difficulté est de faire comprendre aux patients qu'ils ne sont pas seuls et qu'on ne peut pas toujours les servir quand eux le désirent; qu'on ne peut pas être dans deux chambres à la fois, que des urgences peuvent venir contrarier le cours des soins. L'hôpital n'est pas un hôtel mais un établissement qui prend en charge des personnes malades ou blessées; la priorité est donc d'assurer des soins et les contretemps font hélas partis du quotidien.

Cette modification des relations patients-soignants met en évidence une évolution au sein de nos structures de santé qui tend vers un patient Roi. Un patient qui, fort de ses droits, en oublierait presque ses devoirs civiques, notamment en ce qui concerne le respect d'autrui et de ceux qui prennent soin de lui.



Avant d'être patient, ne sommes-nous pas des citoyens ? Le devoir moral existe pour chacun de nous, que nous soyons patients ou soignants. Le respect n'est-il pas la base d'une relation saine ? Pour le patient, cela implique d'accepter le fait qu'il ne soit pas le seul hospitalisé dans un service et d'avoir, à son tour, assez d'empathie pour comprendre que d'autres personnes puissent être malades et demandeuses. Cela peut donc signifier parfois des périodes d'attente lorsque le patient sonne, notamment quand les soignants gèrent une urgence en parallèle; cela signifie un minimum de courtoisie, pas grand-chose, un sourire, un « *merci* » ou un simple « *s'il vous plaît* ». Ce n'est pas un détail face à la croissance d'une agressivité quotidienne. La considération des soignants et de leur travail commence par ces petites formules de politesse. La réalité est que nous en arrivons à être étonnés d'entendre des simples « *merci* » ou « *s'il vous plaît* ». Pourquoi en sommes-nous réellement arrivés là ?

Les patients n'ont jamais été aussi impatients. Malheureusement, tout ne peut pas se régler en un

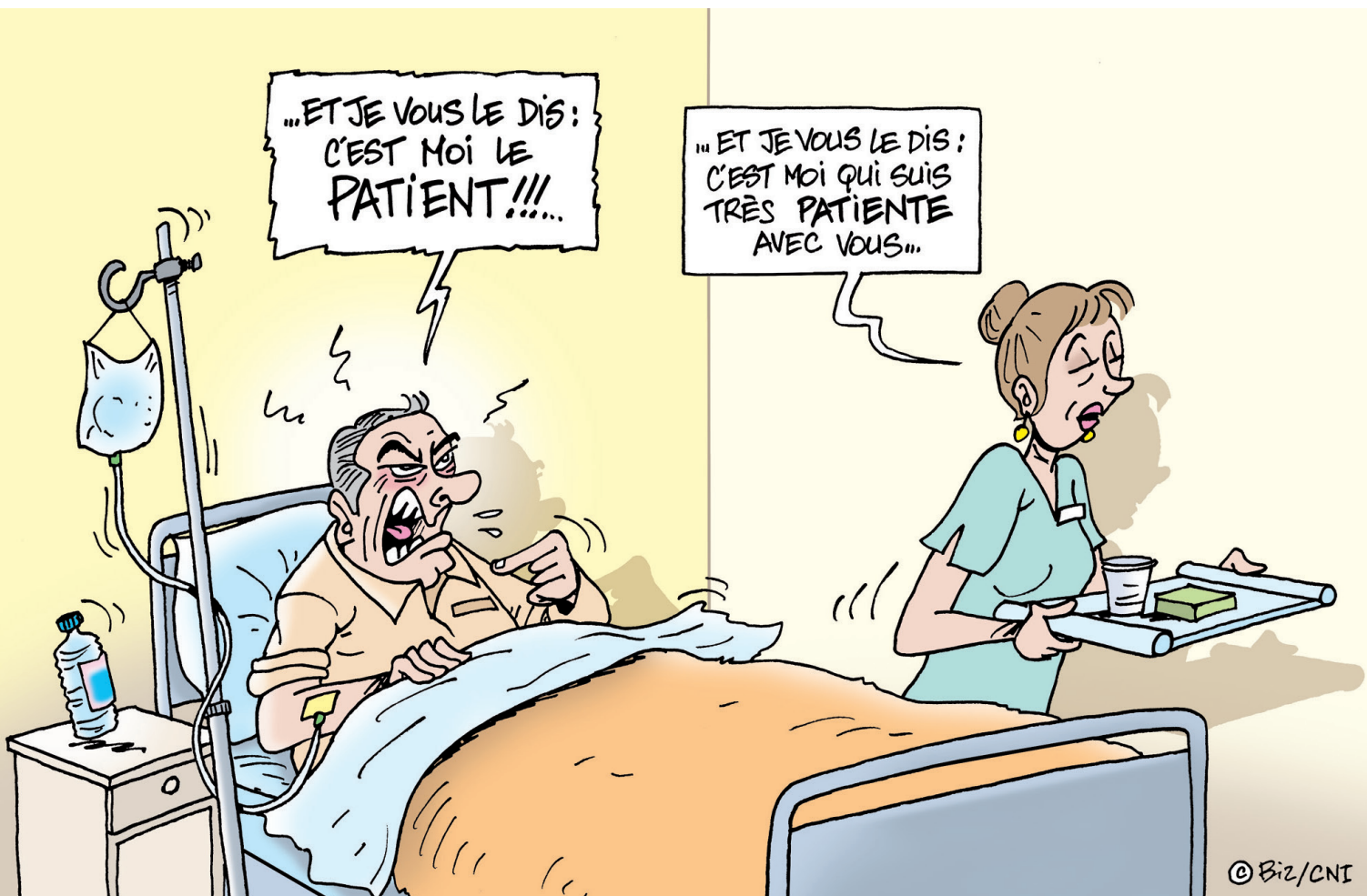
claquement de doigts. L'hôpital public se retrouve dans un véritable paradoxe avec une augmentation croissante des demandes des patients face à des restrictions budgétaires et donc de personnel...

Nous n'avons pas choisi ce métier pour faire du rendement et encore moins pour avoir un salaire élevé. Nous avons choisi ce métier parce que nous aimons nous occuper des autres, nous aimons prendre soin d'eux. Ce métier est encore l'un de ceux où la chaleur humaine et l'entraide existent, où le côté relationnel est censé être prédominant.

Comment peut-on continuer à exercer face à des patients qui confondent parfois hôpital public et service d'hôtellerie, face à leur agressivité et à celle de leurs proches ?

Heureusement, et pour finir sur une note positive, ces patients difficiles représentent une minorité. Il faut bien entendu remercier tous les autres qui, chaque jour, réussissent encore à nous sourire (et à nous faire sourire) malgré leurs douleurs physiques et psychologiques. Elles nous confortent ainsi dans le choix de notre métier, par leur bienveillance, leurs remarques positives sur notre manière d'être, sur notre prise en soins, sur notre qualité d'écoute. Ces personnes-là nous font confiance et nous poussent à nous dépasser et nous donnent plus simplement le courage de poursuivre. ■

Marine VIRVALEIX
Infirmière - CHU de Poitiers



Témoignage d'une Aide-soignante ou le parcours d'une mutante ?

Au cours de mes études, lors de mon BEP (Brevet d'Études Professionnelles) sanitaire et social, j'ai effectué un stage en maison de retraite. Celui-ci a été comme une révélation. Je me suis sentie utile, le travail en équipe était pour moi un moteur. Ce travail me rendait heureuse. Je n'avais jamais ressenti ces émotions avant, j'avais 17 ans.

Je dois dire que le choix d'aller travailler au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers en 2006 était pour la diversité des services et des pathologies. Je me disais que je pourrais changer de service régulièrement et que je serais amenée à toujours apprendre de mon métier.

Je suis donc entrée au CHU de La Milétrie en octobre 2006 à l'âge de 19 ans, en tant qu'Agent de Service Hospitalier. J'ai travaillé dans différentes spécialités puis j'ai eu un poste dans un service de gériatrie. J'y suis restée pendant 3 ans ½. Je n'étais pas sur un poste de ménage à ce moment-là, je faisais fonction d'aide-soignante à plein temps¹.

Ce temps de travail m'a permis de bénéficier de la promotion professionnelle. J'ai intégré l'IFAS (Institut de Formation Aides-Soignantes) de l'établissement en 2010 et suis sortie diplômée en 2011. J'étais fière d'être devenue aide-soignante.

A la sortie de l'école, lors de mon entretien avec la personne qui gère les effectifs, j'ai précisé ne pas vouloir retourner dans un service de gériatrie parce que j'avais l'impression professionnellement d'en avoir fait le tour et parce que je ressentais le besoin d'apprendre d'autres prises en charges et développer d'autres compétences. Je précise donc que je voulais pratiquer mon métier en Chirurgie.

Suite à ça, j'ai fait des remplacements pendant un an en néphrologie, au bloc commun, en vasculaire, en cancérologie, en gynécologie, en viscéral et en gastro-entérologie. Je me suis finalement retrouvée en gériatrie. Je n'ai pas eu le choix car la DRH m'a fait comprendre que mon engagement à servir ne me donnait pas le droit au choix.

J'ai donc pris mon poste en gériatrie et j'y suis restée 5 ans.

La difficulté de la gériatrie, que ce soit physiquement et psychologiquement, est due au manque de

personnel, à l'augmentation constante de la charge de travail, le manque de matériel, l'augmentation de la dépendance des patients, des familles de plus en plus exigeantes : « *si mon papa / ma maman sonne vous devez venir tout de suite c'est votre boulot* », mais ils ne perçoivent pas que j'ai en charge 15 autres patients.

Il ne faut pas oublier les coups reçus et les injures. En gériatrie, les patients sont parfois perturbés et peuvent devenir violents sans en avoir eu l'intention. La charge de travail ne permet pas de désamorcer cette violence que j'ai prise en pleine figure. Ce manque de temps dans la relation m'a donné l'impression de travailler dans une usine. Mais l'être humain n'est pas une machine. Ce n'est pas comme cela que je souhaitais pratiquer mon métier et accompagner les patients et les familles dans la maladie.

Ces 5 ans ont été pour moi une vraie souffrance psychologique. Cette souffrance est arrivée progressivement, insidieusement. Je ne m'en suis pas rendue compte tout de suite.



¹ - Le comité de rédaction souhaite préciser que la publication de ce témoignage reflète une expérience et que le syndicat CNI ne cautionne pas l'exercice en qualité de « faisant fonction d'aide-soignante ».

Si cette situation est hélas récurrente, cette position ne répond ni à un statut, ni à un cadre légal.

Cela a induit chez moi un changement de comportement. Je me sentais tellement mal que je suis devenue sèche, violente dans mes propos envers les patients, leurs familles et mes collègues. Je voyais que je dépassais les limites mais je n'arrivais pas à me contrôler. J'en étais au point de ne plus ressentir aucune empathie. J'étais épuisée émotionnellement et je n'aimais plus mon travail, je n'y trouvais plus de sens.

J'avais l'impression que je n'étais pas faite pour être auprès des gens, une sensation d'avoir raté ma vie professionnelle, d'avoir mal perçu ma vocation. Nous avons toujours peur de ce mot « *maltraitance* », mais c'est bien ce que je faisais au quotidien.

Je me suis rendue compte de ce changement de comportement le jour où j'ai levé la main sur un patient. Je n'ai pas été au bout du geste mais pour moi ce fut l'électrochoc.

J'ai fait une demande de mutation en mars 2016. En juin 2016, n'ayant pas de nouvelles, je réitère ma demande en précisant que ma souffrance psychologique induisait de la « *maltraitance* » de ma part. Je me sentais démunie face à cette situation. Ma seule solution était le changement de service.

De moi-même, j'ai pris rendez-vous avec une psychiatre pour parler de mes difficultés. Elle a estimé que je devais prendre un traitement, notamment des antidépresseurs pour être plus sereine, pour mon bien-être au travail et mon bien-être personnel.

Suite à une longue absence sans réponse de la part de la direction, je me suis tournée vers le syndicat CNI en février 2017 pour demander de l'aide et tirer la sonnette d'alarme. Le syndicat CNI a été à l'écoute et a fait beaucoup de démarches pour moi : rencontre avec la DRH (Direction des Ressources Humaines), relance par mails, appels téléphoniques réguliers pour prendre de mes nouvelles.

Grâce à leur équipe, je me suis sentie moins seule, j'ai trouvé une écoute attentive et une aide que je n'aurais pas imaginées. Je regrette, par ailleurs, de ne pas les avoir sollicités plus tôt.

En effet, le syndicat CNI a évoqué le fait que je ne sois pas la seule à vivre ce genre de mal-être et qu'il était nécessaire d'en parler sans avoir peur des représailles. Leur discours m'a permis de déculpabiliser et d'arrêter de me dire que j'étais une mauvaise soignante.

En décembre 2017, j'ai eu un entretien avec une cadre supérieure pour un poste en Hospitalisation à Domicile. La DRH m'a donné beaucoup d'espoir en me laissant entendre que j'étais retenue pour le poste. Début janvier, je n'avais pas de retour de



l'encadrement alors que la DRH disait que je serai contactée rapidement. A ce moment-là, j'ai appris par le syndicat CNI que le poste n'était pas pour moi. La déception a été dure à vivre, une fois de plus. J'avais l'impression de me battre depuis des années contre un moulin à vent.

Après une énième relance du syndicat CNI, la DRH a fini par m'annoncer mon changement d'affectation début février pour le pool de remplacement de médecine. Mon soulagement fut grand mais le combat fut long et je ne comprends pas pourquoi.

Je tiens à remercier mon équipe soignante de gériatrie pour leur patience et leur compréhension, je remercie aussi ma cadre de santé qui a été très compréhensive malgré, parfois, mon manque de professionnalisme et un grand merci au syndicat CNI qui a toujours été un soutien, une écoute, une aide pour moi et qui l'est encore actuellement.

Il y a des personnes qui sont là pour nous aider à régler nos problèmes sans nous juger. Le syndicat CNI fut pour moi une deuxième équipe et un soutien, alors, n'hésitez pas à frapper à leur porte. Je n'ai eu aucun reproche de la part de mes supérieurs d'avoir contacté les syndicats et même si cela avait été le cas, nous aussi soignants, nous avons des droits. ■

Julie LACOUX
Aide-soignante - CHU de Poitiers

Fiche pratique: DEMISSION dans la FPH

Démission d'un fonctionnaire Titulaire

Tout agent qui souhaite rompre sa relation de travail avec l'administration et quitter définitivement son emploi peut démissionner. L'accord de l'administration est nécessaire pour le fonctionnaire. La procédure à respecter varie selon que l'agent qui souhaite démissionner est titulaire ou contractuel.

Conditions:

Pour que la démission soit valable, la volonté de démissionner de l'agent ne doit pas faire le moindre doute (volonté expresse et non équivoque de cesser ses fonctions). Ainsi, une démission peut être annulée, par exemple, si elle a été présentée sous la contrainte ou dans un état de grave dépression nerveuse empêchant d'apprécier la portée de cette décision.

Procédure:

Demande écrite

L'agent adresse une demande écrite à son administration ou service, par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR).

Réponse de l'administration

L'administration doit impérativement répondre (positivement ou négativement).

Dans la FPH le délai maximum laissé à l'administration pour répondre, à partir de la réception de la demande, est de 1 mois.

Toute réponse de l'administration au-delà du délai imparti est irrégulière. Une nouvelle demande du fonctionnaire est possible. L'absence de réponse dans le délai imparti peut être attaquée devant le juge administratif dans les 2 mois suivant l'expiration du délai de réponse.

En cas de refus de la demande de démission, le fonctionnaire peut saisir la CAP (Commission Administrative Paritaire).

La démission n'est effective qu'après accord de l'administration, à la date fixée par celle-ci.

Préavis:

Aucun délai légal n'est imposé. Après acceptation de la demande, c'est l'administration qui fixe la date à laquelle la démission prend effet.

Attention:

Le fonctionnaire qui cesse ses fonctions avant la date fixée par l'administration peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire.

Conséquences de la démission: Décision irrévocable
Dès lors qu'elle est acceptée par l'administration, la démission est irrévocable.

À compter de sa date de démission, l'agent perd son statut de fonctionnaire. S'il souhaite par la suite retravailler dans la fonction publique, il doit repasser un concours ou être à nouveau recruté en tant qu'agent contractuel ou stagiaire.

Droit au chômage: Sauf démission légitime*, la démission n'ouvre pas droit aux allocations chômage.

Départ pour exercer une activité dans le secteur privé
Certaines fonctions exercées dans l'administration sont incompatibles avec l'exercice d'activités privées*.

Droit à pension de retraite de la fonction publique:
Tout fonctionnaire ayant accompli au moins 2 ans de service conserve ses droits à pension de retraite de la fonction publique. Si la durée de service est inférieure à 2 ans, l'administration procède au rétablissement au régime général.

Documents délivrés par l'administration:
L'administration n'est pas obligée de fournir un certificat de travail et un solde de tout compte. Cependant, ces documents peuvent vous être délivrés sur demande.

Démission d'un fonctionnaire Contractuel

Tout agent non titulaire (en CDD ou en CDI) a le droit de présenter sa démission.

Conditions:

Elles sont identiques à celles citées plus haut concernant les agents fonctionnaires.

Procédure:

L'agent adresse une demande écrite à son administration ou service, par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR).

L'accord de l'administration n'est pas nécessaire.

Préavis:

Le délai de préavis d'un agent non titulaire dépend de son ancienneté.

Moins de 6 mois de service = 8 jours

Entre 6 mois et 2 ans de service = 1 mois

À partir de 2 ans de service = 2 mois

Ce délai de préavis est déterminé en prenant en compte la durée totale de tous les contrats de l'agent

depuis son engagement initial.

Attention : le délai de préavis débute le jour suivant celui de la notification à l'administration de la lettre de démission.

Conséquences de la démission : Décision irrévocable
À compter de sa date de démission, le contractuel perd son statut d'agent public. S'il souhaite par la suite retravailler dans la fonction publique, il doit repasser un concours ou être à nouveau recruté en tant qu'agent contractuel.

Départ pour exercer une activité dans le secteur privé
Certaines fonctions exercées dans l'administration sont incompatibles avec l'exercice d'activités privées*.

Droit au chômage : Sauf démission légitime*, la démission n'ouvre pas droit aux allocations chômage.

Droit à pension de retraite de la fonction publique : Les contractuels sont soumis au Régime général de la Sécurité Sociale géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV). Ils relèvent également d'un régime complémentaire obligatoire géré par l'Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des Collectivités locales IRCANTEC.

Documents délivrés par l'administration : L'administration n'est pas obligée de fournir un certificat de travail et un solde de tout compte. Cependant, ces documents peuvent vous être délivrés sur demande.

Démission d'un fonctionnaire Stagiaire

Conditions :

Identiques aux précédentes conditions vues

Procédure :

Demande écrite

L'agent adresse une demande écrite à son administration ou service, par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR).

Le fonctionnaire stagiaire doit demander sa démission au moins 1 mois avant la date souhaitée de cessation des fonctions.

L'administration doit impérativement répondre (positivement ou négativement).

Délai maximum laissé à l'administration pour répondre, à partir de la réception de la demande, dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH) = 1 mois
Toute réponse de l'administration au-delà du délai imparti est irrégulière. Une nouvelle demande du

stagiaire est possible. L'absence de réponse dans le délai imparti peut être attaquée devant le juge administratif dans les 2 mois suivant l'expiration du délai de réponse.

En cas de refus de la demande de démission, le stagiaire peut saisir la CAP.

La démission n'est effective qu'après accord de l'administration, à la date fixée par celle-ci.

Préavis :

Aucun délai légal n'est imposé. Après acceptation de la demande, c'est l'administration qui fixe la date à laquelle la démission prend effet.

Attention : Le stagiaire qui cesse ses fonctions avant la date fixée par l'administration peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire.

Conséquences de la démission : Décision irrévocable
Le fonctionnaire stagiaire dont la demande de démission est acceptée par l'administration est radié des cadres et perd sa qualité de fonctionnaire.

Droit au chômage : Sauf démission légitime*, la démission n'ouvre pas droit aux allocations chômage.

Remboursement de la prime d'installation : Un fonctionnaire stagiaire ayant bénéficié de la prime d'installation et qui démissionne moins d'un an après sa nomination doit rembourser cette prime à l'employeur.

Documents délivrés par l'administration : L'administration n'est pas obligée de fournir un certificat de travail et un solde de tout compte. Cependant, ces documents peuvent vous être délivrés sur demande.

Textes de références

Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la FPT Article 96

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH Article 87

Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif aux positions administratives, à la mise à disposition, à l'intégration et à la cessation définitive de fonctions dans la FPE Articles 58 à 60

Décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 relatif aux stagiaires dans la fonction publique d'État (FPE) Article 9

Décret n° 97-487 du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière Article 11

Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents contractuels de la FPE Article 48

Décret n° 88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT Article 39

Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH Article 43

Informations complémentaires

Un agent public peut-il aller travailler dans le privé ?

Oui, le fonctionnaire ou l'agent contractuel qui cesse définitivement ou temporairement ses fonctions peut aller travailler, dans certains cas, dans le secteur privé mais la commission de déontologie de la fonction publique doit rendre un avis sur la compatibilité de la nouvelle activité avec les fonctions exercées dans le secteur public au cours des 3 années précédentes.

De manière générale, un agent public ne peut pas exercer une activité lucrative, salariée ou non, dans une entreprise privée ou une activité libérale, si cette activité :

- porte atteinte à la dignité des fonctions exercées précédemment dans la fonction publique ;
- risque de mettre en cause le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service ;
- ne respecte pas les principes déontologiques de la fonction publique (impartialité, intégrité, probité, neutralité, laïcité) ;
- peut conduire l'agent à une prise illégale d'intérêts.

L'agent qui envisage d'aller travailler dans le secteur privé (lors d'une cessation définitive ou temporaire de fonctions), de créer ou de reprendre une entreprise (dans le cadre d'une disponibilité ou d'un temps partiel) doit en informer par écrit l'administration

dont il relève 3 mois au moins avant le début de son activité. Il en est de même pour tout nouveau changement d'activité intervenant dans les 3 ans suivant la cessation des fonctions.

L'administration saisit la commission de déontologie dans les 15 jours suivant la date de réception du courrier de l'agent et transmet une copie de la lettre de saisine à l'agent. Le dossier de saisine comprend notamment :

- une présentation exhaustive des fonctions exercées par l'agent ;
- une analyse circonstanciée de sa situation ;
- un avis sur les conséquences de cette situation sur le plan déontologique et au regard du risque pénal.

L'agent peut aussi saisir directement la commission 3 mois au moins avant le début de son activité. Dans ce cas, il en informe par écrit son administration, qui transmet à la commission un dossier de saisine. ■

Vous avez besoin de renseignements complémentaires ou d'aide dans la réalisation du courrier à adresser à la Direction :

Contactez le syndicat CNI de votre établissement ou à défaut le siège social du Syndicat CNI

270, boulevard Sainte Marguerite - 13009 MARSEILLE

Tél : 04 91 74 50 70 / Courriel : cni-hopitauxsud@ap-hm.fr /

Site : www.syndicat-cni.org

*Gérard Sanchez
Infirmier - Syndicat CNI de Béziers*

**La démission légitime est prévue dans certains cas uniquement (déménagement, nouvel emploi, non-paiement du salaire...).*

Source : <https://www.service-public.fr>



Questions / Réponses

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

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

Question de Marc, aide-soignant (24): Je suis en CDD (Contrat à Durée Déterminée), il me reste des congés à prendre et j'aimerais ne pas les perdre. Comment m'y prendre?

Quel que soit votre statut vous devez répondre à une obligation de temps de travail, celle-ci tient compte de vos droits à congés. Si à la fin de votre CDD, vous n'avez pas pu bénéficier de tous vos droits à congé, vous pouvez donc prétendre à une « *indemnité compensatrice de congés payés* », elle est calculée sur la même base que l'indemnité de congés payés.

Si votre demande est de pouvoir bénéficier effectivement de ces congés alors qu'ils ne sont pas planifiés, cela relève d'une négociation avec votre encadrement et / ou votre direction. La négociation peut porter par exemple sur la pose du solde de vos droits de manière continue avant la date de votre départ effectif. La difficulté sera probablement dans la capacité de votre encadrement à assurer votre remplacement durant cette période et la législation n'imposant pas la pose de ces congés avant le départ, la direction peut invoquer la nécessité de service et proposer le paiement.

Toutefois, qu'ils soient posés ou payés, vous ne perdrez pas vos droits à congés.

Question de Solange, manipulatrice en électroradiologie (83): Je n'en peux plus d'être rappelée sur mes jours de repos. Ai-je le devoir de laisser mes coordonnées téléphoniques?

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés protège les libertés individuelles. Ainsi l'article 38 stipule: « *Toute personne physique a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement...* »

Parallèlement, la circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) 2002/284 du 3 mai 2002 prévoit l'organisation des plans blancs afin d'accueillir un grand nombre de victimes dans les établissements de santé. Ce plan blanc permet le renforcement des établissements

par le rappel des personnels.

Afin de concilier le caractère confidentiel de données personnelles et la possibilité d'être rappelé, les listes des coordonnées des agents doivent être placées sous enveloppes scellées et ne peuvent être ouvertes que sur ordre du directeur.

Vous n'avez donc pas obligation de transmettre vos coordonnées téléphoniques ou informatiques (mail) qui sont bien des « *données à caractère personnel* », vous pouvez demander à ce que celles-ci ne soient utilisées que dans le cadre d'un plan blanc.

Question de Martine, infirmière (70): Je suis infirmière et j'ai appris que l'inscription à l'ordre infirmier était une obligation au regard de la Loi. Comme moi, j'ai beaucoup de collègues qui n'adhèrent pas. Qu'en est-il et que dois-je faire?

L'Ordre National Infirmier (ONI) a été créé officiellement par la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009 établit que l'ONI a un droit d'accès aux listes nominatives des infirmiers employés par des structures publiques ou privées et peut en obtenir la communication afin, notamment, de procéder dans les conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'Ordre, mais jusque-là aucun gouvernement n'avait publié ce décret.

Le conseil d'état a enjoint le ministère des Solidarités et de la Santé à publier un décret organisant l'inscription automatique des infirmiers à leur ordre professionnel dans un délai de 6 mois (sous astreinte de 500 euros par jour) à compter du 26 octobre 2017.

Par ailleurs, l'article Article L4311-15 du Code de la Santé Publique précise :

« *Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation prévue au premier alinéa et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers* ».

L'inscription à l'Ordre National Infirmier est donc bien obligatoire au regard de la loi et toute personne

exerçant sans être inscrit au tableau peut être considérée en exercice illégal de la profession.

Cette inscription est subordonnée à une cotisation annuelle de 30 euros pour les infirmiers exerçant en secteur public ou privé et de 75 euros pour ceux exerçant une activité libérale.

Question de Béatrice, infirmière (05): Le danger grave et imminent c'est quoi? Peut-on exercer un droit de retrait quand on travaille dans la Fonction Publique Hospitalière?

La loi du 23 décembre 1982 instaure la notion de danger grave et imminent avec la possibilité pour tout salarié de se retirer de son poste de travail s'il a un motif raisonnable de penser que la situation présente un danger grave et imminent pour sa santé et/ou pour sa vie.

Il doit immédiatement informer sa hiérarchie et peut faire appel à un membre du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) (la liste nominative doit obligatoirement être affichée au sein de chaque secteur) et celui-ci devra notifier le danger sur le registre des dangers graves et imminents, la direction a alors l'obligation d'y répondre sans délai et d'envisager toute mesure permettant de supprimer le danger.

Attention : le danger doit être grave ET imminent. Exercer votre droit de retrait ne doit pas avoir pour conséquence de mettre en danger une tierce



personne. Ce dernier point rend souvent difficile l'application du droit de retrait au sein de l'hôpital puisque celui-ci a vocation à prendre en charge des personnes en état de faiblesse.

Question de Aurélie, aide-soignante (40): Est-il vrai que si je suis reconnu travailleur handicapé je peux demander à travailler à temps partiel et que ma direction ne peut me le refuser?

Oui, c'est vrai. Toute personne bénéficiant de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), peut bénéficier de plein droit d'un temps partiel.

Celui-ci peut être, à sa demande, de 50 %, 60 %, 70 %, 80 %. Ce temps peut être organisé de manière journalière, hebdomadaire ou dans le cycle de travail. Il est accordé pour une période de 6 mois ou 1 an renouvelable tacitement jusqu'à trois ans. Au bout des trois ans, le renouvellement de temps partiel devra faire l'objet d'une nouvelle demande.

Attention, le temps partiel de droit est rémunéré au prorata du temps de travail effectué et n'est pas compensé (contrairement au temps partiel thérapeutique rémunéré à taux plein).

Question de Stéphanie, technicienne de laboratoire (13): Dernièrement, j'ai fait appel aux syndicats pour un conseil et ils ont directement contacté la cadre sans me le demander. Sont-ils dans leur droit et sont-ils tenus à une certaine confidentialité?

Votre question va au-delà de la confidentialité qui doit bien entendu être respectée. Un syndicat n'a pas de droit particulier pour prendre ce type d'initiative. Il s'agit plus d'un problème de respect dans la mesure où vous n'avez pas exprimé le souhait que le syndicat en question intervienne auprès de votre encadrement. Les bureaux du syndicat CNI reçoivent de nombreux agents qui viennent exposer leurs problèmes ou simplement demander des renseignements. Intervenir sans leur consentement est évidemment inconcevable puisque c'est bien à l'agent d'en décider, pas au syndicat. Enfin, il s'agit d'une initiative qui entraîne une perte évidente de confiance qui ne dessert pas que le syndicat en question mais bien l'ensemble des représentants du personnel.

Et c'est bien dommage ! Pour la prochaine fois, une solution s'offre à vous... changer de crémerie ! ■

« Une infirmière jury de thèse de pharmacie » ?

J'ignorais que j'aurais un jour l'honneur d'être jury de thèse quand j'ai reçu mes premiers externes et internes en pharmacie il y a quelques années, sous l'impulsion du professeur Pascal Rathelot. Partant du constat que l'enseignement concernant les produits de pansement et leur mise en œuvre ne sont que très peu enseignés en formation initiale, que ce soit en faculté de pharmacie, de médecine ou en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), il a fait appel à l'infirmière « experte » pour cette thématique, afin de répondre aux problématiques institutionnelles.

Par la suite, la mise en place de stages, ou la formation continue des pharmaciens diplômés, est venue enrichir ces actions ponctuelles, afin d'améliorer le partage des connaissances.

Est-ce une première en France ? Peut-être et je ne peux que souhaiter que cette vision avant-gardiste se répande dans les esprits. Au-delà de ma petite personne, c'est une reconnaissance de la complémentarité en collaboration de la profession infirmière dans le système de soins. Pour s'entendre, il faut une combinaison de discours audible et d'oreille attentive...

Chaque individu ne peut tout savoir, c'est bien en collaborant, fiers de nos spécificités, conscients de la richesse de notre diversité, que nous pourrons apporter la meilleure réponse pour le patient. ■

Nicole TAGAND
Infirmière - Syndicat CNI AP-HM



Faut-il robotiser la fin de vie ?

La mise en ligne d'une vidéo par France 24 sur le net a quelque peu bouleversé les soignants mais aussi beaucoup de personnes extérieures aux structures de soins. Ce post faisait fièrement la promotion d'un nouveau robot qui accompagnait, pour l'occasion, une personne en fin de vie (un mannequin en l'occurrence), en la massant et en lui répétant sans cesse des mots aussi standardisés que peu réconfortants.

Le créateur de ce robot, Dan Chen, est un ancien designer du MIT (Massachusetts Institute of Technology) qui a déjà inventé beaucoup de robots appelés « Friends » afin que l'homme puisse projeter ses sentiments sur un objet pour se sentir moins seul. En clair, le créateur cherche à reproduire, avec des machines, tous les échanges entre les êtres humains jusqu'à ceux qui consistent à les accompagner dans les derniers instants de la vie.

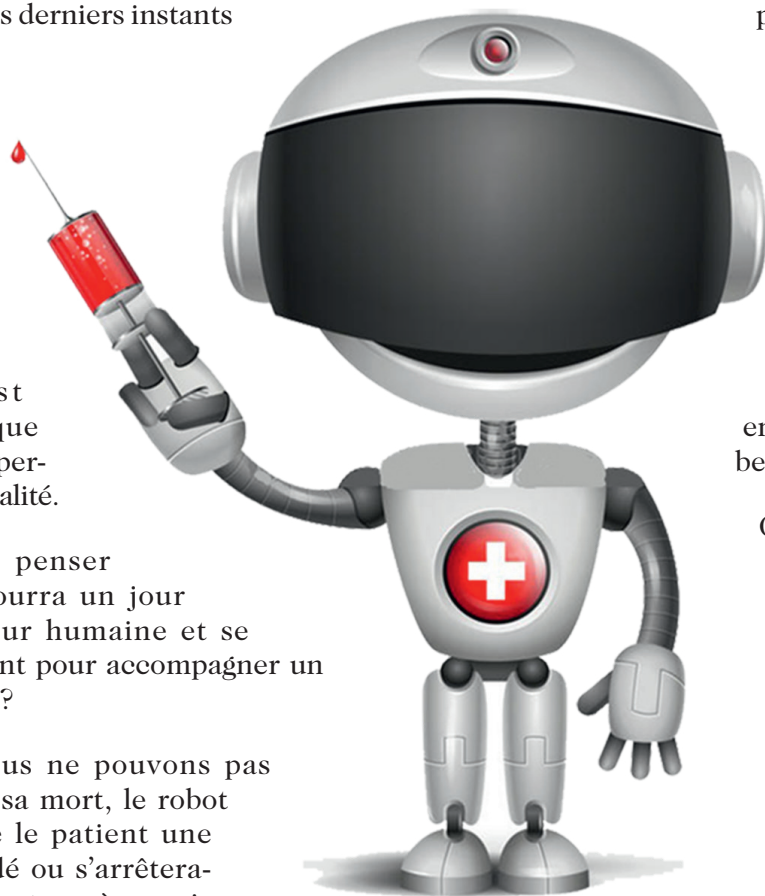
P e u t - o n confier son esprit et son corps mourant, ses derniers instants, ses peurs, ses dernières confidences à un robot ? C'est pourtant bien ce que propose ce génie hyper-déconnecté... de la réalité.

Comment peut-on penser qu'une machine pourra un jour remplacer la chaleur humaine et se substituer au soignant pour accompagner un patient en fin de vie ?

Et sachant que nous ne pouvons pas prédire l'instant de sa mort, le robot massera-t-il encore le patient une fois qu'il sera décédé ou s'arrêtera-t-il automatiquement après avoir détecté l'absence de pulsations ou de mouvements respiratoires ? L'arrivée de la mort peut-elle être programmée, minutée voire monitorée ?

Cette inquiétude glaçante de quitter ce monde, sa vie et ses souvenirs ne peut pas être atténuée par

une machine qui malaxe plus qu'elle ne masse tel un automate sans cœur et sans compassion. Et que dire du manque d'humanité que de programmer l'appareil à prononcer automatiquement et bêtement des mots qui rappellent au patient, dans ces derniers instants de vie, qu'il n'a pas de famille ou bien qu'il en a une mais qui est si lointaine qu'elle ne peut être présente pour l'accompagner !

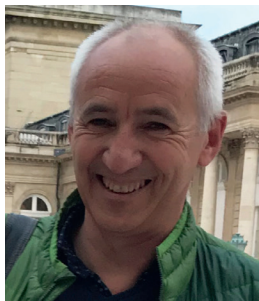


Quelle importance donne-t-on au regard dont cette fichue machine est dépourvue, regard qui fait que le patient se sent encore exister, considéré et respecté par un soignant empathique et attentif à ses besoins ?

Cette invention ahurissante est peut-être annonciatrice de ce qui nous attend demain... Qui, de l'homme ou de la machine, se rapproche chaque jour un peu plus de l'autre ? L'homme ne serait-il pas en train de perdre son humanité et le robot en train de s'adapter de mieux en mieux à la froideur de l'homme ? Ce sera la dernière question... mais pas la moins inquiétante. ■

*Barbara BLIN
Aide-soignante - Syndicat CNI de Poitiers*

Pierre Leroy, un cadre de santé en transition



Aujourd'hui maire d'un village de montagne, Pierre LEROY a été cadre de santé en service puis en IFSI. Changement de cap ou continuité ? Pierre nous explique comment se décline le « prendre soin » dans sa fonction « politique ». Au travers de l'illustration par l'expérience de la gestion des déchets hospitaliers, il nous montrera comment d'un poste de dépenses on peut alimenter le cercle vertueux, jusqu'à produire des recettes. Une partie de son action en tant que maire a été publiée dans le livre de Mathieu Rivat en 2017¹

Prendre soin, en tant que cadre de santé, puis de la population, quelle est ta vision de la continuité dans la rupture avec l'hôpital ?

Après une année en intérim suite à mes études d'infirmier, je suis entré en milieu hospitalier, au bloc opératoire puis aux urgences et en chirurgie orthopédique comme cadre de santé. Après avoir passé 25 années en milieu hospitalier, le constat fut d'une part, qu'il me semblait ne plus avoir les moyens de prendre soin de mon équipe et que le projet n'avait plus de possibilité d'expression. Parallèlement, toutes ces années, j'ai été très militant pour les causes écologiques mais dans une posture de dénonciation plutôt que de projet. Très attaché au service public et au fait de « *prendre soin* » d'une population et d'un territoire, j'ai fait le choix de m'engager politiquement pour avoir le « *pouvoir de faire* ».

Élu maire de Puy Saint André en 2008 et vice-président de la communauté de communes du Briançonnais, j'ai ensuite été élu président du Pays Grand Briançonnais.

En quittant l'hôpital, j'ai réalisé que j'étais enfin à ma place de soignant et que chaque jour je mettais à profit ma formation de cadre de santé (management de projet, d'équipe, gestion de conflit, gestion budgétaire...) pour agir et enfin réaliser des projets.

Un champ extraordinaire des possibles en santé publique se présentait devant nous. En quelques années

nous avons diminué de 60 % notre consommation d'eau potable, de 30 % notre consommation d'énergie, de 30 % notre production de déchets (de 12 230 à 8 007 tonnes de déchets depuis 2009). Nous avons créé la 1^{ère} société d'économie mixte en France, la SEVE², associant les habitants et la mairie, pour produire des énergies renouvelables. Ce sont 16 centrales photovoltaïques (une toiture, une centrale), posées sur des bâtiments publics qui produisent de l'électricité. Nous avons planté plus de 3 000 arbres, installé un maraîcher en permaculture*, créé une Réserve Naturelle de 600 ha...

Notre territoire a été sélectionné Territoire à Énergie Positive pour la Croissance Verte, Territoire Zéro Déchet Zéro Gaspillage...

La valorisation des déchets arrive jusqu'aux hôpitaux³, on peut dire que dans ce domaine tu as été un précurseur. Voudrais-tu nous expliquer les impasses de l'intérieur de ton hôpital que tu as su transformer en leviers de l'extérieur ?

Pendant des années, en tant qu'hospitalier, j'ai lutté contre l'inertie administrative sur la gestion des déchets, la gestion de l'énergie... J'ai tenté, en vain, de faire avancer les idées de sobriété au sein de mon établissement.

1 - *Ces maires qui changent tout*, Mathieu Rivat, éditions Actes Sud sept 2017

2 - SEVE: <https://energie-partagee.org/projets/seve>

3 - <https://www.ouest-france.fr/bretagne/paimpol-22500/le-succes-du-tri-des-biodechets-lhopital-3367226>

<http://www.geb-solutions.com/2014/10/01/directhopital/>

<http://recyclage.veolia.fr/entreprises/actualites/hopital-et-biodechets.html>

* La permaculture est une science de conception de cultures, de lieux de vie, et de systèmes agricoles humains utilisant des principes d'écologie et le savoir des sociétés traditionnelles pour reproduire la diversité, la stabilité et la résilience des écosystèmes naturels. www.permaculture.fr

Il m'a fallu quitter mon lieu professionnel pour avoir le pouvoir d'influence sur ce même lieu.

La gestion des déchets dans les établissements de soin illustre pleinement l'inertie face à un sujet de santé publique. Lieux de soin par excellence, ils se doivent, comme pour l'alimentation, d'être exemplaires. Malheureusement, ce sont les contraintes financières qui vont mobiliser ces établissements...

En effet, dans l'absolu, les collectivités ont la compétence des ordures ménagères, c'est-à-dire, celles produites par les ménages. Les administrations, les entreprises, dont les établissements sanitaires, devraient « faire leur affaire » de leurs déchets. Comme ce n'est pas le cas, le législateur a institué la redevance spéciale (RS) qui impose aux collectivités de facturer le véritable coût de la gestion des déchets afin que ce ne soit pas le citoyen par la taxe d'enlèvement des ordures ménagères (TEOM calculée sur l'impôt foncier) qui paye ce type de déchets...

Certaines entreprises payant 2 000 euros de TEOM produisaient pour une valeur de 50 000 euros de déchets payés par le contribuable. L'application de la RS a automatiquement poussé à la mise en place du tri sélectif. Un établissement sanitaire a vu sa facture annuelle baisser de 60 000 euros à 24 000 euros en l'espace de 4 mois grâce au tri de ses déchets...

Mais il a parfois fallu menacer d'une augmentation de plusieurs dizaines de milliers d'euros si des composteurs n'étaient pas installés dans certains établissements...

Il est regrettable qu'il faille mettre en place des dispositifs contraignants afin que certains établissements (en particulier sanitaires) prennent leur part de responsabilité dans la Transition Écologique qui s'impose à nous.

La conclusion de Pierre LEROY, Maire de Puy Saint André, Vice-président de la communauté de communes du Briançonnais, Président du Pays Grand Briançonnais (PETR)

Aujourd'hui, l'état envisage de contractualiser avec le Pays Grand Briançonnais pour le contrat de Transition Écologique. C'est un vaste chantier sur la sobriété énergétique, l'écomobilité, l'autonomie alimentaire, la production d'énergies renouvelables, la biodiversité, la gestion des déchets, l'économie sociale et solidaire...

Bref, comment prendre soin de nous et des générations futures dans un contexte où les changements climatiques vont bouleverser en profondeur l'ensemble de l'humanité ?

Les concepts de « résilience », de « démarche de soin », « d'empowerment⁴ » doivent être, en tant qu'élu, notre préoccupation quotidienne.

Comment « prendre soin » de nos territoires et de nos populations pour être résilient ?

Le rôle du soignant dans les instances publiques me semble essentiel et porteur d'espoir.

Le regard de Nicole, syndicat CNI APHM

Pierre n'a pas dit qu'il est souvent invité pour raconter comment il s'y est pris, pas à pas, dans son village, puis la communauté de commune et enfin le « pays », entités territoriales, pour faire changer les choses. On pourrait faire un lien avec l'éducation thérapeutique sur le principe de l'essaimage. Quand d'autres élus, d'autres citoyens viennent l'écouter, le questionnent, il sait être attentif et donner des pistes de réflexions que chacun peut s'approprier pour trouver le cheminement qui est propre à son environnement et aux conditions où il s'y insère. Plus simplement, Pierre ne « vend » pas un modèle, mais donne les clés pour s'en construire un sur mesure... un soignant tout simplement. ■

*Nicole TAGAND
Syndicat CNI APHM*

4 - L'empowerment, ou autonomisation, est l'octroi de davantage de pouvoir aux individus ou aux groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés.





Bulletin d'adhésion 2018

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Etablissement ou secteur d'activité :

N° Tél : Email :

Service : N° Poste : Grade Catégorie / Collège :

Date : Signature :

Cotisation syndicale déductible des impôts à 66%.

Catégorie A Collège A Activité libérale	Catégorie B Collège B	Catégorie C Collège C	Cotisation Retraité	Etudiants (hors Salariés et PPH)
Cotisation 90 €	Cotisation 80 €	Cotisation 70 €	Correspondant à 50% du montant de la cotisation de la dernière catégorie occupée.	Cotisation 15€
après déduction fiscale 30,60 €	après déduction fiscale 27,20 €	après déduction fiscale 23,80 €	Déduction fiscale à hauteur de 66%	après déduction fiscale 5,10 €

Lors de la rédaction de votre déclaration d'impôt :

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

Joignez à ce bulletin, un chèque de ... € à l'ordre du Syndicat CNI dont vous dépendez,
CNI de envoyez le tout à la trésorerie locale,

Ou au siège social :

Syndicat CNI
270, Boulevard Sainte Marguerite
13 009 Marseille

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

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

Contacts

Tél : 04 91 74 50 70 / Fax : 04 91 74 61 47
Email : tresoreriecni@gmail.com
www.syndicat-cni.org

Nous imprimons tout* ...

**[All we
need.]**

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

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



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

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

www.allweneedfrance.fr



*...ou presque

ACTEURS ENGAGÉS
POUR NOTRE SANTÉ

10% de réduction
sur le montant
de vos cotisations

CODE PROMOTIONNEL : CNI2016

Offre réservée aux adhérents
du syndicat CNI



Faites le choix du meilleur
rapport Garanties/Prix
et bénéficiez de services exclusifs

OFFRES JEUNE - FAMILLE - SÉNIOR



Devis et adhésion 100% en ligne
www.uniph.fr

uniph
ACTEURS ENGAGÉS
POUR NOTRE SANTÉ

N°Cristal 09 69 390 190

APPEL NON SURTAXE

www.uniph.fr

REJOIGNEZ-NOUS SUR :

