

Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org



N° 37



12 mai 2013

Journée Internationale
Infirmière

Hostilité ou hospitalité ?

Les 12 heures
en Unités de Soins

Dossier

Recherche en soins
CHU d'Angers

organisme de DPC réputé enregistré
et évalué favorablement
au titre de la période transitoire

FORMATION

Sylvie N.
Infirmière

Pour vos
programmes DPC
Contactez nous

Être mieux formé pour mieux aider les autres

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

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

Alors pourquoi pas vous ?



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

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



Editorial



COORDINATION NATIONALE INFIRMIÈRE

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

POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

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

ÉDITION

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

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Nathalie DEPOIRE, Présidente CNI

RESPONSABLES DU COMITÉ DE RÉDACTION

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

PHOTOS

Laurent FAIVRE (Infirmier, CNI Belfort Montbéliard)
Catherine JOUANNET : CHU Angers

DESSINS

Pierre BIZALION

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

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



www.coordination-nationale-infirmiere.org



GRUPE DROUIN
IMPRIMEURS



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



*Tout seul, on râle,
on proteste et
on peut espérer...
A plusieurs,
on propose,
on négocie et
on obtient !*

L'une des premières missions d'un syndicat est d'informer les professionnels afin qu'ils puissent se positionner à bon escient, se défendre et être reconnus. Afin d'atteindre cet objectif, la CNI a décidé, il y a plusieurs mois, de moderniser sa communication. C'est pourquoi, nous avons fait le choix d'un changement de prestataire pour la gestion de notre revue nationale associant dans cette démarche à la fois « un relooking » et une volonté de démarche éco-responsable.

Je profite de ce focus pour remercier notre dessinateur Pierre Bizalion, alias Biz, qui poursuit, avec humour et talent, l'illustration de nos articles ainsi que l'ensemble des partenaires, auteurs et investisseurs publicitaires qui s'impliquent et permettent à cette revue d'exister. Je vous invite d'ailleurs à être plus nombreux encore à nous adresser vos articles et témoignages ainsi que vos commentaires sur l'évolution de notre semestriel afin qu'il corresponde au mieux à vos attentes. Dans le même esprit, notre organisation a également fait évoluer son site internet qui propose à présent une interface simplifiée, conviviale et plus intuitive. Cet indispensable outil d'information se veut interactif et évoluera encore. Continuez à vous connecter, à réagir, à partager et à faire vivre cet espace qui est le vôtre !

En effet, face au contexte d'exercice actuel où nos responsabilités professionnelles sont de plus en plus exposées, il est impératif de ne pas s'isoler, de s'informer et communiquer. Plus que jamais, les métiers de la santé doivent faire preuve de solidarité pour fédérer les énergies. Le rapport de force est indispensable pour donner du poids à nos actions sur un plan national et une meilleure visibilité à notre engagement.

Tout n'est pas négatif, fort heureusement, dans l'actualité infirmière. Comme vous pourrez le lire dans ce numéro, un CHU a débloqué des budgets pour développer plusieurs projets de recherche infirmière. Pour autant, le chemin vers un cursus LMD complet adossé à une filière dédiée en Sciences Infirmières tarde à se finaliser. Les déclarations ministérielles semblent laisser, hélas, plus de place au développement de coopérations professionnelles. Ces dernières demeurent controversées, complexes à mettre en place sur le terrain, quasi impossibles à transposer d'une région à une autre et excluant une réelle reconnaissance professionnelle...

Il est impératif d'acter de concrètes améliorations de nos conditions de travail, tant pour la santé des professionnels que pour la sécurité des patients. Il conviendra également de nous faire entendre pour la reconnaissance de notre pénibilité professionnelle car le sujet des retraites revient en force dans l'actualité. La CNI ne manquera pas de rappeler aux politiques la spécificité de nos professions de soignants ainsi que leurs contraintes. Nos revendications sont évidemment partagées par les soignants exaspérés par la dégradation induites par les dernières réformes. Elles résonnent d'ailleurs singulièrement dans les déclarations des représentants de l'association des

NB3NP (Ni Bonnes, ni Nonnes ni Pigeonnes), groupe de contestation très actif issu des réseaux sociaux. Leur histoire n'est pas sans rappeler la genèse du mouvement de 1988. Notre destin est toujours entre nos mains. La grogne se propage mais il appartient aux professionnels de s'organiser pour défendre leurs droits, leur spécificité et leurs contraintes.

N'hésitez plus, rejoignez nous !

*Nathalie DEPOIRE
Présidente de la CNI*



1000 postes proposés par
40 établissements

PARAMÉDICAL

le Salon **EMPLOI** des infirmiers & soignants

Mercredi 18 septembre 2013

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

Mercredi 5 mars 2014

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

Mercredi 21 mai 2014

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

Etablissements présents : Hôpitaux, cliniques, crèches, maisons de retraite, agences d'intérim

Postes à pourvoir : infirmier(e), DE, IADE, IBODE, cadre de santé, auxiliaire de puériculture et puéricultrice, EJE, sage-femme, kinésithérapeute, aide soignant (e), manipulateur en radiologie ...

entrée gratuite - plus d'infos sur : www.jobrencontres.fr

Nos partenaires :

L'EXPRESS

ANOUS PARIS



Emploi Santé



SOINS

l'infirmière

enfance

Aide Soignante

EMPLOI Soignant





Sommaire

Éditorial	3
Ouverture d'une CNI : une volonté de changement	6
Bloc de Roubaix : qui endort qui ?	7
12 mai 2013	9
Lettres témoignages infirmier.com	12
Une IDE écrit au Président de la République	15
La CNI donne la parole à l'association NB3NP	18
Travail en 12h	20
Billet d'humeur - Billet d'humour	24
Dossier Recherche Infirmière CHU Angers	25
Vers une filière en Sciences Infirmières	36
IDE référente en Plaies et cicatrisation	38
Coopération professionnelle : suite	44
Hypnose késako	47
La sophrologie en soins palliatifs	48
Responsabilités	50
Protection Juridique de l'AIAS	54
Salon infirmier 2013	56
Contraception orale, ce qui a changé	58
Tutorat, retour d'expérience	60
Grève ou absence de grève : incidence sur la retraite	62
Humanitude	64

Téléchargez votre bulletin d'adhésion :
http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/images/Bulletin_adhesion_ok.pdf



Ouverture d'une CNI : une volonté de changement !



Nous avons la volonté de faire un travail spécifique « soignants » en considérant que les infirmiers sont à même de parler de leur travail. Nous avons remarqué avec maintenant quelques années d'expérience que trop souvent ce sont d'autres professionnels qui répondent aux questions de notre profession. Fiers de notre identité infirmière, « fiers de notre diplôme » diront certains, nous souhaitons apporter notre expertise aux questions que peut se poser un centre hospitalier... être force de proposition pour la défense des conditions de travail et la reconnaissance de notre profession.

Le choix de la Coordination Nationale Infirmière était donc évident ! Il ne s'agit pas d'aller vers un corporatisme primaire, mais bien de revendiquer avec force que la profession a des choses à dire. Nous voulons faire un travail de terrain auprès de nos consœurs et confrères pour redonner du sens au syndicalisme et sans clivages partisans :

- Défendre les conditions de travail souvent malmenées par la pression des contraintes quotidiennes.
- Être les « gardes fous » de la législation du travail.
- Être force de propositions et accompagner notre établissement dans ses décisions dans le respect de la profession infirmière.
- Dire à nos collègues : « vous n'êtes pas seul(e)s ».

Ce travail va sans doute être difficile au début car c'est sans local syndical, sans légitimité de représentativité au sein des instances institutionnelles de notre établissement que nous démarrons. Notre volonté va vers la reconnaissance des soignants en travaillant sur les préoccupations locales. Nous ap-

L'ouverture d'une Coordination Nationale Infirmière en Haute-Saône et plus particulièrement au Centre Hospitalier intercommunal de la Haute-Saône (70) était une volonté depuis maintenant quelques temps. Cette envie s'est concrétisée après avoir rencontré l'équipe de la CNI de Belfort/Montbéliard. Leur travail de terrain, leur vision différente des autres syndicats traditionnels Santé a été déterminante. C'est donc, bien accompagné avec quelques collègues, que nous avons fait le choix d'ouvrir une section. L'idée première que nous souhaitons faire valoir : plus de « démocratie participative au travail ».

pelons donc toutes les bonnes volontés pour nous rejoindre pour un travail syndical cohérent en lien avec la culture infirmière. Idée utopique ou pas, nous ne voulons plus voir de souffrance chez les soignants... **il y a toujours des solutions, revendiquons-les !**

L'expérience que nous avons est maigre, mais nous sommes forts du soutien des collègues de Belfort/Montbéliard. Nous avons hésité avant d'ouvrir cette section. Mais finalement, ce n'est pas si compliqué. Après les doutes, vient le soulagement de pouvoir s'exprimer derrière la seule vraie bannière pour la défense des conditions de travail infirmières. Montrons que notre profession sait « panser » avec un A mais sait aussi « pEnser » avec un grand E. ■

*Stéphane FRECHARD
Président de la Coordination Nationale Infirmière
du centre hospitalier intercommunal
de la Haute-Saône*

**POUR NOUS JOINDRE
CNI du CHI
de la Haute-Saône
2 rue de la Font
70204 Lure Cedex
Tél. 06 58 07 63 87**

Bloc de Roubaix : qui endort qui ?

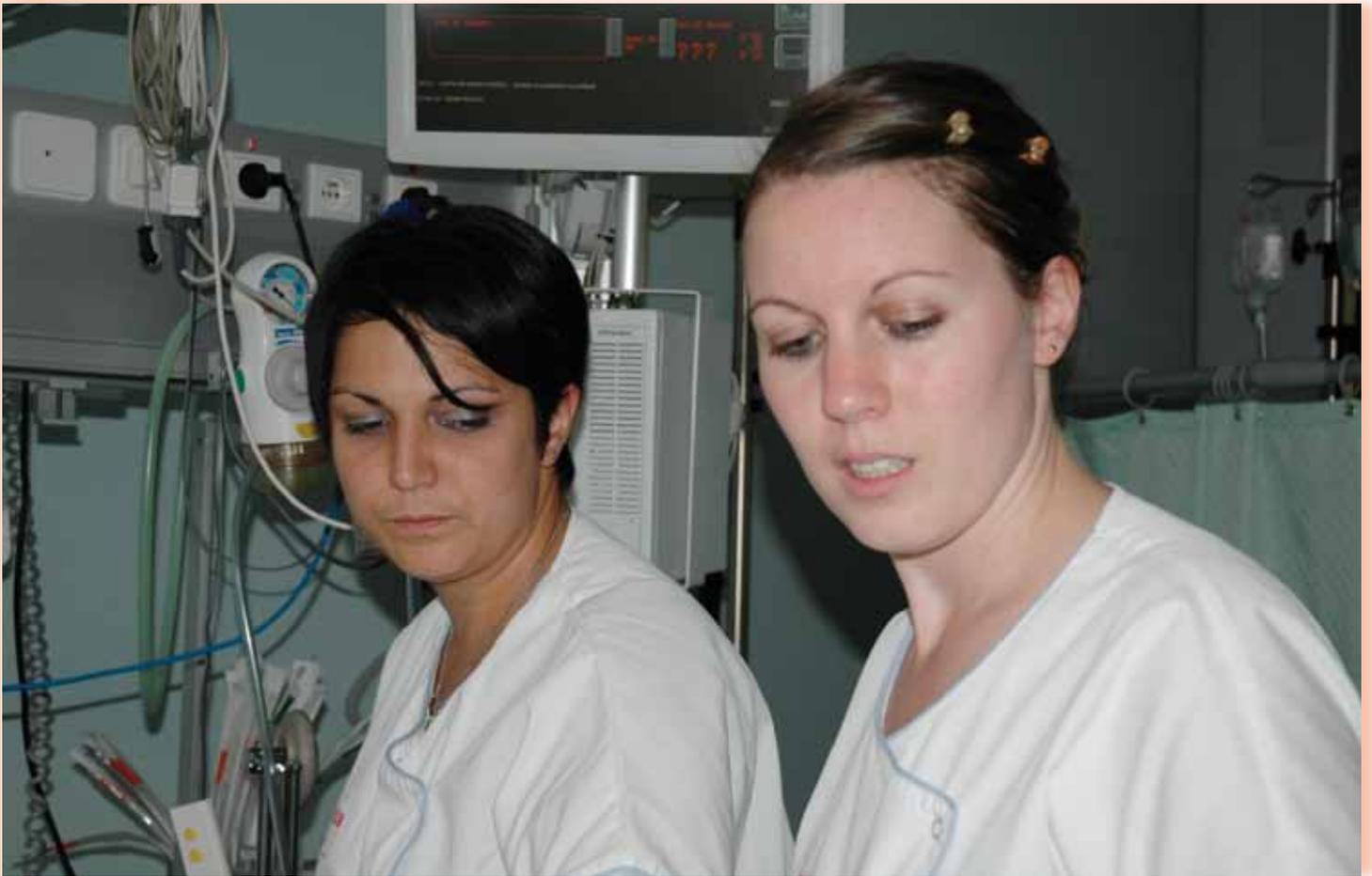
La spécificité du métier d'IADE résulte, en France, d'une exclusivité d'exercice après un cursus de formation de deux années complémentaires (soit 120 ECTS). L'exigence des IADE, en termes de compétences, dans les blocs opératoires est un critère de qualité et de sécurité, pour tous, dans nos établissements de santé. Le projet au CH de Roubaix de recruter des infirmiers anesthésistes en Belgique jette le trouble dans la profession. Ces professionnels belges n'ont pas suivi le même enseignement, en termes de contenus et de durée, puisque leur formation propose seulement 60 ECTS. Il paraît inconcevable de considérer que ces deux diplômes puissent délivrer les mêmes compétences et qu'un simple stage supplémentaire ou encore une épreuve écrite puisse remplacer le suivi de l'intégralité d'une année universitaire.

La CNI, comme le SNIA (syndicat National des Infirmier Anesthésistes), ne cautionne pas le démarchage d'IADE à bas coût qui n'ont pas les compétences, de part leur formation réduite, de leurs homologues français. La pénurie de professionnels, comme la situation économique, ne doit pas être un prétexte à recruter du personnel sous-qualifié. Les usagers du système de soins français sont en droit d'exiger du personnel qualifié et compétent à leur chevet.

La CNI a interpellé le ministère sur cette question et a demandé le respect de l'exclusivité d'exercice pour les IADE en France avec une formation en adéquation avec les compétences et le niveau de sécurité qu'exige la fonction. La CNI demande, par ailleurs, de rappeler aux directions d'hôpitaux la nécessité de former le nombre d'IADE suffisant et d'anticiper les futurs postes vacants (départ en retraite notamment). ■

Bureau national CNI





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

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

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

Infirmiers D.E. libéraux remplaçants h/f

Elèves infirmiers h/f


LFP - PARIS
01 55 31 90 30
 LFP - NICE
04 93 82 48 57

www.lfp-interim.com



CETOHM
Collège d'enseignement
Traditionnel de l'Orthopédie
Nord Région

10, rue de la Maison Rouge - 77185 LOGNES
T. 01 60 37 61 60 F. 01 60 37 61 54
www.cetohm.com cetohm@cetohm.com

**PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ,
DEVENEZ OSTÉOPATHE**

Une formation en 5 ans (9 fois 4 jours par an) conforme aux décrets du 25 mars 2007
Un établissement référent - de formation continue (enregistré sous le n° 11770257277)
- agréé par le Ministère de la Santé
- certifié ISO 9001.2008
- certifié ISO 29990.2010

Une équipe pédagogique qualifiée, expérimentée, professionnelle



www.cetohm.com



**POUR PASSER UNE PUBLICITÉ
OU UNE ANNONCE :**



GROUPE DROUIN
IMPRIMEURS

IMPRIMERIE / W2P / STUDIO / NUMÉRIQUE / ROUTAGE

Tél. 04 73 26 44 50 - E-mail : contact@dedition.fr

12 mai 2013

La Journée Internationale des Infirmières (JII), organisée à l'initiative du Conseil international des infirmières (CII) a souligné en ce 12 mai 2013 le rôle essentiel des infirmières dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et plus directement dans l'amélioration des systèmes de santé. Fêtée dans 131 pays par les associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde, la JII rappelle chaque année la responsabilité croissante de la profession dans l'égalité et la qualité des soins.

La date anniversaire de Florence Nightingale (12 mai 1820 - 13 août 1910), considérée comme une pionnière des soins infirmiers, a été choisie par le CII pour célébrer cette journée internationale des infirmières.

Petit retour en arrière

Chaque année, un thème est choisi. En 2006, le CII avait retenu la thématique suivante « Effectifs suffisants = vies sauvées ». Le syndicat Coordination Nationale Infirmière qui revendique des effectifs adaptés pour garantir une offre de soins sécurisée et de qualité ne pouvait rester insensible à ce mot d'ordre, et avait déposé un préavis de grève. Depuis, chaque 12 mai, la Coordination Nationale Infirmière marque cette journée par différentes actions.

Ce 12 mai 2013 était un peu particulier puisqu'il s'agissait du dimanche concluant un des « grands ponts du mois de mai ». Cela étant, l'Assemblée Générale Nationale CNI de février s'est prononcée pour l'organisation d'actions locales afin de dénoncer les conditions d'exercice actuelles (tous secteurs d'activité confondus) et revendiquer une reconnaissance de notre pénibilité professionnelle.

Les revendications CNI de ce 12 mai 2013

La Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites conjuguée à la Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social, comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique (article 37), ont supprimé la majoration d'assurance d'un an tous les 10 ans. Les infirmiers et infirmiers spécialisés de la nouvelle catégorie A ne sont plus considérés comme une catégorie active mais comme une catégorie sédentaire.

Rappelons pour mémoire que l'octroi d'une majoration d'assurance au 1/10^{ème} avait été instauré par la Loi Fillon de 2003, précédente réforme des retraites. En 2010, alors qu'aucun changement n'est intervenu dans ce registre pour le quotidien infirmier, le gouvernement en place fait le choix de nier cette reconnaissance de pénibilité argumentant qu'une contre partie est nécessaire pour justifier l'augmentation de salaire lié au passage en catégorie A.



Hôpital Saint Joseph – Marseille – Distribution de roses blanches et bonbons. Une galante attention qui n'est pas passée inaperçue...

Faut-il traduire qu'un revenu financier supplémentaire occulte la pénibilité ?

De plus, l'Enseignement Supérieur valide par l'attribution d'un grade Licence la nouvelle formation initiale infirmière. L'instauration d'une nouvelle

grille spécifique bien inférieure à ce nouveau niveau de compétences serait, d'après nos dirigeants, une avancée majeure et un cadeau !

Cette revalorisation salariale doit faire accepter aux professionnels infirmiers de rester sur le pont plus longtemps...

Là où les autres professions ont vu leur droit à la retraite reculer de 2 ans les professionnels infirmiers se sont vus imposés 7 ans... cherchez l'erreur ?

Face à cette injustice sans nom, dont est victime notre profession, la CNI s'est fortement mobilisée et poursuit ses revendications pour la mise en place d'une bonification d'un an tous les cinq ans à l'instar des gardiens de prison.

Entre 2003 et aujourd'hui, la charge de travail n'a fait que croître alors que les moyens humains et matériels se raréfient. A l'hôpital, les restrictions budgétaires gèlent les embauches et les restructurations s'accumulent. L'absentéisme croissant traduit l'épuisement des équipes soignantes. La pression augmente, impactant la santé des agents.

Ce sont des collègues victimes d'épuisement professionnel, d'addictions que nous accompagnons vers le service de santé au travail. Bien sûr, parallèlement à la revendication de bonifications, nous souhaitons nous engager dans le préventif et le curatif, mais sûrement pas cautionner cette classification de sédentaire pour des professionnels qui, le plus souvent, ne prennent même plus leur 20 minutes de pause légale.

Non, non, non et NON ! Le refus est catégorique : nous exigeons que notre pénibilité professionnelle soit reconnue.

Ce combat semble d'ailleurs plus que d'actualité à l'heure où certains rêvent de nous rajouter quelques années de plus et de nous aligner sur le régime des retraites du privé.

Actions CNI 12 mai 2013

Chaque section locale CNI a donc fait le choix ou non, de suivre ce mot d'ordre et de mener diverses actions.

L'acteur le plus difficile à convaincre fut sans doute la météo ! Il a desservi nos collègues bordelais. Mais qu'à cela ne tienne, ni la grisaille, ni la pluie n'ont pu arrêter ces vaillants militants qui malgré un temps très maussade ont maintenu un pique nique festif et revendicatif. Une installation prévue sur le

miroir d'eau, site touristique majeur des quais de Bordeaux et usuellement très passant, sauf lorsque de fortes pluies perturbent la journée. Un vent taquin a d'ailleurs parfois égayé la journée. S'il n'a pas réuni la foule des grands jours, ce rendez-vous a néanmoins donné lieu à de riches échanges, dont la qualité a fait disparaître la notion de quantité.

La majorité des Coord's locales ont opté pour des actions de terrain, tels expositions et échanges avec les usagers ou encore passage dans les services de soins auprès des collègues afin de marquer cette journée par de multiples attentions. Café, jus de fruits, tombola, roses blanches, bonbons... chaque équipe a fait son choix.

Le bilan

Le bilan de cette journée témoigne une fois encore que nombre de professionnels infirmiers ignoraient avoir « une journée internationale ».

La surprise était donc le plus souvent de mise. Même si la charge de travail dominicale ne permettait pas de longs échanges, les visites dans les services ont été très bien accueillies.

Bien au-delà des ballons et diverses décorations, des petits cadeaux, l'expression de la grande majorité de nos collègues était qu'elles et qu'ils étaient touchés avant tout par le fait que l'on pense à eux « pour une fois » et « un dimanche en plus » !

Ces mini-pauses dans les couloirs hospitaliers n'ont pas été exclusivement infirmière. Selon les services, ASH, AS, secrétaires, médecins ont pris



La mobilisation bordelaise avant la pluie...BRAVO aux militants !

quelques minutes pour souhaiter « une bonne fête aux infirmières ». Certains faisant remarquer que ces quelques minutes conviviales étaient bien précieuses et agréables...

Chaque arrêt n'a pas été 100% rose, il fut l'occasion de déverser, dans certains services, son ras-le-bol, le trop plein d'un quotidien bien lourd. Là, les uns mettaient en avant le non remplacement et l'épuisement, ailleurs les problèmes de congés d'été limités à 15 jours avec changement de service imposé.

Cette journée du 12 mai 2013 a été une étape de plus dans nos combats et l'occasion de réaffirmer avec force que nous sommes fiers d'être infirmiers, que nous aimons notre profession. Ce qui dysfonctionne aujourd'hui, ce sont les conditions d'exercice des infirmiers et ce, quelle que soit leur secteur d'activité...

Et pourtant, si l'on reconnaissait aux professionnels de la filière infirmière :

- leurs compétences et leurs responsabilités,

- leur pénibilité professionnelle,
- leur place dans le système de soins,

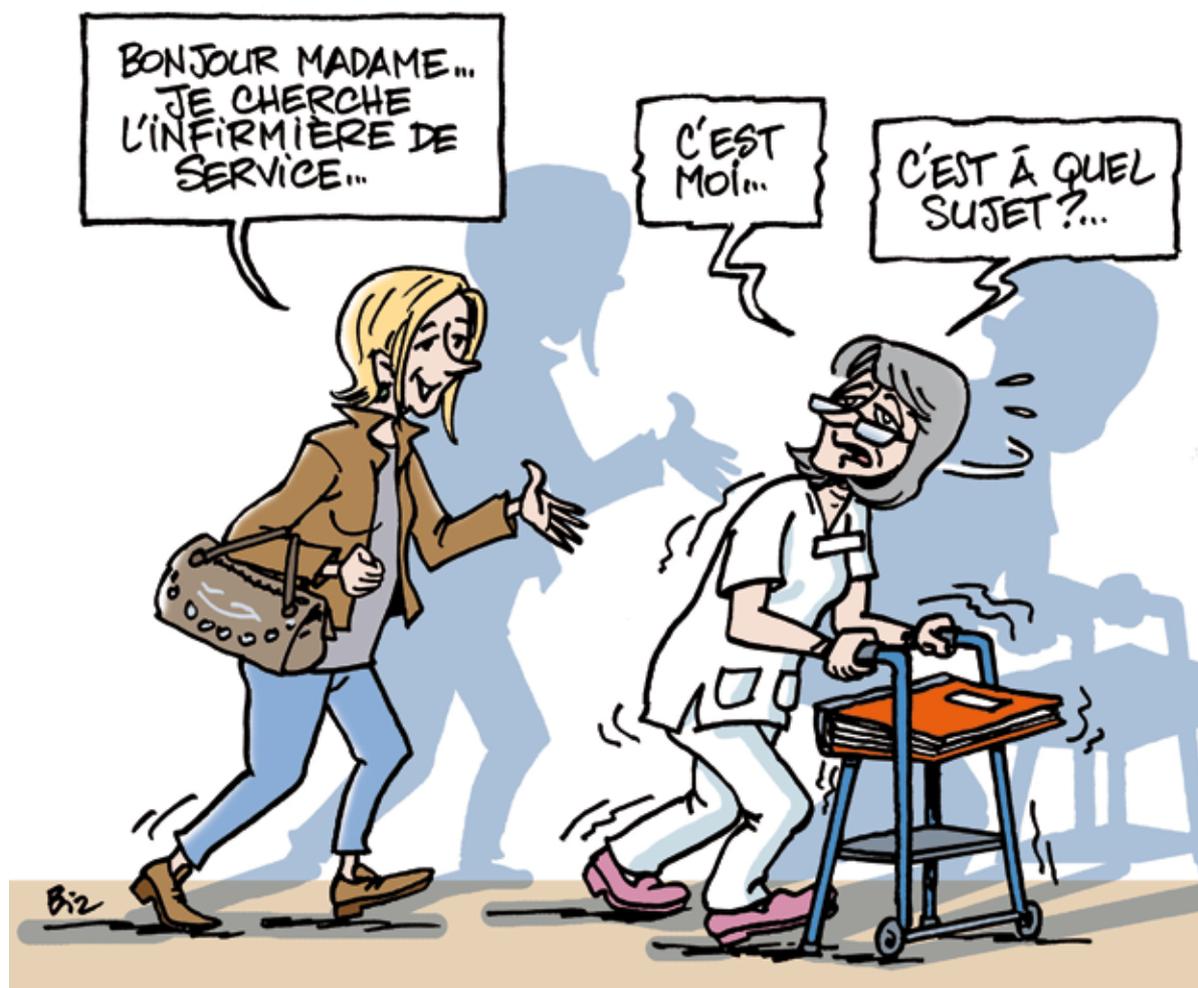
... quelle plus value pour l'utilisateur et le système de santé !

Et si pour atteindre ce but... tous les infirmiers voulaient bien se donner la main...

Et si on se donnait rendez vous ... ■

Nathalie DEPOIRE
Présidente CNI

*A la CNI
pas besoin
d'attendre 10 ans
on est déjà prêts,
on vous attend ...*



Lettres témoignages

Entre le 10 et le 12 mai, le site internet infirmier.com a publié les trois lettres qui ont le plus enthousiasmé leur rédaction.

Nous remercions Bernadette FABREGAS Rédactrice en chef d'infirmiers.com de nous avoir permis de les relayer dans notre revue nationale.

Lettre à un(e) ami(e)... 12 mai 2013 : journée internationale de l'infirmière : J-2

Lettre à un(e) ami(e) qui voudrait devenir infirmier(e)...

Claix, le 12/03/13

Cher(e) ami(e),

Tu t'interroges sur ton avenir et sur la multitude de choix de professions qui s'offre à toi aujourd'hui. Comme beaucoup d'autres, le domaine de la santé et du paramédical te plait et tu te dis: « infirmier, et pourquoi pas moi ? » Laisse-moi te faire partager ma recette de l'étudiant infirmier qui, j'espère, apportera des réponses à tes questionnements et te fera goûter du bout des lèvres à ces enrichissantes études d'infirmières.

Recette de l'étudiant infirmier : (A consommer sans modération !)

Note : Il est fortement conseillé de réaliser cette recette en équipe.

Relevez vos manches, attachez vos cheveux et faites preuve de dextérité pour réaliser ce plat !

- Tout d'abord, calculez pour combien de personnes vous souhaitez faire cette recette. Soyez rigoureux dans vos calculs ! Une erreur pourrait être fatale.
- Lavez-vous les mains au savon doux en respectant les 7 temps. Veillez à garder une bonne hygiène des mains tout au long de la préparation.
- Organisez et désinfectez votre plan de travail.
- Beurrez le fond de votre moule avec de la volonté. N'hésitez pas à en mettre en excès.
- Versez 2 litres d'apprentissage tout en ajoutant simultanément 800 grammes de plaisir. Bien mélanger les deux.
- Incorporez 3 kg de travail personnel.
- Afin que le plat soit savoureux, arrosez-le en permanence avec de la motivation.
- Ajoutez une bonne dose de partiels.
- Saupoudrez légèrement le tout d'un peu de stress, mais n'en abusez pas !

- Laissez reposer quelques minutes et prenez le temps de souffler.
- Reprenez votre préparation en ajoutant au fur et à mesure 7 cuillères à soupe de stage.
- Touillez en même temps la technique et le relationnel.
- N'hésitez pas à demander de l'aide et à passer le relais si vous n'êtes pas sûr de vous.
- Ajoutez 2 sachets d'authenticité et d'honnêteté.
- Versez quelques gouttes de respect.
- Puis, avec délicatesse, ajoutez 6 cuillères à café de tolérance.
- Prenez toujours votre temps. Ne bâclez pas.
- Ajoutez une gousse de patience : si vous n'en avez pas, adaptez-vous !
- Pour le nappage, soyez créatif : un peu de douceur et d'humanité apporteront une touche originale à la recette.
- Il est également conseillé d'ajouter une pincée de joie et d'humour qui donneront une meilleure saveur.
- Avant d'enfourner votre plat, analysez, questionnez-vous et réévaluez votre pratique. C'est une étape fondamentale !
- Laissez cuire à feu doux pendant 3 années.
- Faites preuve d'observation et surveillez tout signe anormal de cuisson.
- Ca y est ! C'est prêt ! Régalez-vous !

Cette recette n'est qu'une suggestion. A toi de te l'approprier. Quoi qu'il en soit, tu ne seras pas déçu par cette délicieuse préparation. Et surtout, ne baisse pas les bras, malgré les efforts qu'elle demande !

Avec toute mon amitié,

Gabrielle

Cette lettre a été élaborée par une étudiante en soins infirmiers de première année dans le cadre d'un atelier d'écriture animé par Emile Manon, documentaliste à l'IRFSS Saint-Martin de Grenoble. Merci de cette contribution.

*Lettre publiée sur le site infirmier.com
à l'occasion du 12 mai 2013.*

Lettre à un(e) ami(e)...

12 mai 2013 : journée internationale de l'infirmière : J-1

Lettre à un(e) ami(e) qui voudrait devenir infirmier(e)...

Pense à...

Pense à ces corps mis à nu, ces corps inspectés, ces corps qui se meurent, ces cœurs qui se ralentissent, à ton cœur qui s'affole, à ces derniers souffles, à ce sang qui se perd, à ces liquides, ces matières odorantes, à ces douleurs, ces tristes maux, ces larmes, ces désespoirs, ces plaies, ces ecchymoses, ces bleus à l'âme, à ces levers tôt, ces couchers tard, ces pensées qui nous suivent et nous poursuivent, à ces week-end, ces fériés, ces nuits de blanc, de bleu, de vert vêtues...

Pense à ces corps respectés, ces corps plus forts que le mal, ces cœurs qui battent à nouveau, à ces

souffles neufs, à ce sang qui, goutte à goutte, redonne de la couleur à la vie, à ces maux soulagés, ces roses à l'âme, ces espoirs, ces échanges, ces sourires, à cette longue chaîne humaine qui jamais ne s'arrête, à tous ces gestes porteurs de vie, à notre humble générosité sans qui cette société ne peut et ne pourrait se soigner...

Anges70,
une infirmière de réa qui souhaite rester anonyme...

Lettre publiée sur le site infirmier.com
à l'occasion du 12 mai 2013.



Lettre à un(e) ami(e)...

12 mai 2013 : journée internationale de l'infirmière : Jour J

Lettre à un(e) ami(e) qui voudrait devenir infirmier(e)...

« Si tu peux, si tu sais, si tu crois... »

Si tu peux d'un coup d'œil mesurer un danger,
Et choisir aussitôt le geste approprié.
Si tu peux aussi bien évaluer la douleur
Et prononcer les mots qui atténuent la peur.
Si tu peux dans l'instant répondre à des besoins,
Comprendre la demande et dispenser les soins,
Courir dans la journée et continuer le soir,
Sans gémir ni te plaindre et sans broyer du noir.

Si tu peux sans faiblir travailler à réduit,
Si tu peux revenir, quand tu étais partie,
Pour remplacer une autre qui n'a pu tenir,
Prévoir l'imprévisible et garder le sourire.
Si tu peux malgré ça échapper au burn-out,
Écouter ta collègue et l'équipe qui doute,
Écraser une larme, avaler tes sanglots,
Et, reprenant espoir, repartir au boulot.

Si tu peux assumer d'être manipulée,
Déplacée comme un pion, sans cesse chahutée,
Pour servir de prétexte à des rapports oiseux
Rédigés par des gens qui ne pensent qu'à eux.
Si tu peux accepter de n'avoir de merci,
Ni de ta direction, ni de ta hiérarchie,
Heureuse seulement de ce dernier regard
Que te donne un patient au moment du départ.

Si tu sais rester calme, empathique et amène,
Quand tout, autour de toi, s'agite et se démène.
Si tu parviens, auprès du patient angoissé,
Dominant tes soucis, aimable et pondérée,
À diminuer sa peur et à le rassurer.
Si dans ces moments-là tu sais rester posée,
Tandis qu'auprès de toi chacun appelle et sonne,
Soignant avec douceur, malgré le téléphone.

Si tu peux accepter des ordres énervés,
Illogiques souvent et parfois insensés,
Écrire sans arrêt sur ton ordinateur
Des feuilles de suivi qui te prennent des heures.
Si tu peux résister à l'énorme pression
Qui s'accroche à ta blouse et te fait un bâillon.
Et si tu peux aussi n'être rémunérée
Que par des bas salaires et des jours non payés.

Si tu peux apporter un peu de réconfort
Aux résidents âgés qui espèrent la mort,
Parcourir avec eux sur leur dernier chemin
Ce peu qui les conduit à leur dernier matin,
Et traîner avec toi cette cohorte d'ombres
Gardant le souvenir des heures les plus sombres,
Oublier une fois et puis te souvenir
De tous ces disparus qui ne peuvent s'enfuir.

Et si tu crois encore qu'existent sous le ciel
Et la satisfaction, l'éthique et la conscience.
Si tu veux savourer avec le pain le miel,
Réalissant enfin ton vieil espoir d'enfance.
Si tu veux tout cela, si tu es acharnée,
Avec humilité mais tout en restant fière,
En ton futur métier tu pourras espérer.
Ce jour-là, mon amie, tu seras infirmière.

P. M. infirmier

Merci à Rudyard Kipling et au poème « Tu seras un homme mon fils » (1910) <http://ralph.davidovits.net/tu-seras-un-homme/mon-fils.html>

*Lettre publiée sur le site infirmier.com
à l'occasion du 12 mai 2013.*



12 mai 2013: riches échanges avec les usagers

Une IDE écrit au Président de la République

Madame BRACONNIER Bernadette
Envoi en Recommandé avec Accusé de Réception

Monsieur le Président de la République
Palais de l'Élysée
55 rue du Faubourg Saint Honoré
75008 PARIS

Monsieur le Président,

De longues hésitations auront précédé la rédaction de cette lettre dont, je l'espère, vous prenez connaissance...

Intégrée à la Fonction Publique Hospitalière depuis 1989 sur un poste de nuit, je suis révoltée de voir mes droits régulièrement bafoués, ainsi qu'il en est certainement l'usage pour nombre de mes collègues.

Au cours de ma carrière d'infirmière, exercée jusqu'à ce jour au sein du même Centre Hospitalier, j'ai été victime de multiples accidents du travail, souvent de nature traumatique (les coups et blessures reçus en service n'ayant pas tous fait l'objet d'une déclaration).

L'un d'entre eux aura pris de fâcheuses proportions puisqu'au terme de plusieurs interventions chirurgicales, la première repoussée pour raisons de service, je suis porteuse depuis juillet 2011 d'une prothèse totale sur un genou.

Par ailleurs, la rencontre nocturne malencontreuse avec une plaque de verglas au sein de mon établissement un vendredi 13, aura eu, outre un choc violent sur un genou préalablement traumatisé, des effets très délétères, au niveau de ma colonne cervicale notamment.

Savez-vous que l'amour que nous portons à notre travail, qui paraît-il est l'un des plus beaux métiers

du monde, fait que nous continuons à y aller, même s'il nous faut s'y trainer, afin de ne pas porter préjudice aux patients et à nos propres collègues ? Les remplacements au pied levé, et les modifications de planning de dernière minute sont légion... lorsque nous en avons assez, nous évitons tout simplement de répondre aux appels téléphoniques émanant de notre lieu de travail !!!

Bizarrement, les heures supplémentaires générées semblent disparaître comme la neige fond au soleil du Jura (plus d'une centaine d'heures à mon actif en septembre 2009)...

Mon atteinte physique aura eu et a encore d'importantes répercussions sur ma vie professionnelle, ma vie personnelle, mon psychisme (algodystrophie, totale dépendance de mon entourage, douleurs constantes, prise continue de traitements...), mes activités sportives (à mon passif, quelques sélections et participations aux épreuves athlétiques des Championnats de France des Sapeurs Pompiers), etc.

J'ai obtenu la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, ainsi qu'un reclassement professionnel sur un poste de secrétaire médicale après avis de la Commission de Réforme Hospitalière. Sur ces raisons, j'ai finalisé mon choix catégoriel, ainsi que nous en avons obligation en 2011...

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Le poste de secrétaire médicale créé a été pourvu en raison de ma dernière intervention chirurgicale dont j'avais préalablement informé mon employeur...

Reprise en temps partiel thérapeutique de mon activité d'infirmière mi-novembre 2011, sous l'influence du Directeur des Ressources Humaines alors en poste, qui se faisait fort de clôturer mon dossier avant son départ de l'établissement...

Une IDE écrit au Président de la République

J'ai même pu bénéficier d'une pré-visite et d'une visite de reprise auprès du médecin du travail de l'AIST (Association Interprofessionnelle de Santé au Travail) du Jura ! Un évènement, étant donné l'absence de suivi habituelle à ce niveau depuis de nombreuses années, et, me concernant, l'absence de visite de reprise après des arrêts de longues durées en rapport ou non avec des Accidents du Travail, contrairement à la législation du Code du Travail en vigueur (articles 4624).

En février 2012, mon médecin traitant m'a prolongée dans ce temps partiel thérapeutique... Quand il s'est agi de revoir le médecin du travail, l'AIST m'annonçait que cela était impossible en raison d'un contentieux avec mon employeur.

Mon cas a été étudié en Commission de Réforme le 30 mars 2012 (pour la petite histoire, j'en ai été informée par transmission du courrier par voie interne, le lundi 02 avril lors de ma prise de poste au terme d'un week-end de repos). Qu'en est-il du délai légal d'accès au dossier, préalable à la réunion de cette instance (irrespect déjà notifié lors du premier contact avec ladite Commission) ?

Ces fameux courriers transmis, soi-disant, aux intéressés par voie interne, sans aucune certitude quant à leur réception, font que les nouveaux examens que j'ai subi en rapport avec une surveillance des lésions consécutives à ma chute sur le verglas, ne sont pas pris en charge à titre d'Accident du Travail, étant donné que je n'ai pas répondu à l'un d'entre eux (dont je n'ai jamais pris connaissance). Et moi qui pensait que les recommandés avec accusé de réception étaient d'usage !

A l'heure actuelle, je suis heureuse d'être en vie... après, malheureusement, au terme de trois nuits d'activité professionnelle, un accident de la circulation où les facteurs « chance » se sont succédés, me permettant de me sortir d'un plongeon de vingt cinq mètres, dans la rivière jouxtant le trajet travail/domicile. Je m'en sors sans dommage apparent, mais bien ébranlée au niveau vertébral, et bien évidemment psychologique...

A l'heure actuelle, je me retrouve, une nouvelle fois, depuis le 21 mai 2012, victime d'un nouvel accident du travail, ayant occasionné une dizaine de jours d'hospitalisation, à l'arrêt...

J'aborde maintenant un autre domaine... les congés annuels !

A l'arrêt mi-septembre 2008, en rechute accident du travail, je n'ai pu user de mes droits à congés annuels lors de ma reprise le 26 décembre... soi-disant perdus !!! A l'arrêt fin 2009, reconnu en rechute Accident du Travail par la Commission de Réforme Hospitalière, je n'ai pu bénéficier de mes congés annuels... Mon absence d'activité professionnelle s'est malheureusement éternisée jusqu'à la mi-novembre 2011, indépendamment de ma volonté.

Lors de ma demande formulée en rapport avec la Directive Européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003 articles L. 223-2 et L. 223-7 ; les Articles L. 3141-1 et suivants du Code du travail ; articles L. 1226-1 et suivants du Code du travail ; l'arrêt de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) du 20 janvier 2009 ; l'Arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 3 février 2010. N° de pourvoi : 07-41446 , la réponse a été négative... (je suis par ailleurs étonnée que nous ne soyons pas concernés par la circulaire du 22 mars 2011 (NOR : BCRF1104906C, la circulaire « instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012 » apportant toutefois quelques éclaircissements...).

A l'heure actuelle, travaillant dans le domaine de la Santé, je suis exaspérée par tant d'irrégularités et d'injustices dans le domaine de la Santé au Travail, exaspérée d'entendre que j'aggrave le déficit budgétaire de l'établissement qui m'emploie, et bien décidée à engager un combat qui s'avère d'ores et déjà difficile, s'agissant de me battre contre l'Administration : « le pot de terre contre le pot de fer »... J'y laisserai certainement beaucoup d'énergie, j'en suis consciente...

Peut-être au final, obtiendrais-je à minima, outre d'avoir fait monter le taux de l'effectif de Travailleurs Handicapés employés au sein de mon établissement

Une IDE écrit au Président de la République

(obligation d'emploi légale de 6% de Travailleurs Handicapés dans la Fonction Publique qui avait été rappelée par le Premier Ministre dans une circulaire du 23 novembre 2007), la simple rehausse des toitures, sollicitée lors de ma reprise d'activités ?

Je n'ai, il est vrai, pas fait don de mon corps à la science... J'ai uniquement donné une colonne vertébrale et perdu un genou pour mon travail qui n'est pas catalogué comme pénible... Ce trésor qu'est la Vie m'a été laissé ce 21 mai dernier... Peut-être aurait-il été préférable qu'il en soit autrement ???

Avec mes remerciements pour l'attention que vous aurez portée à la présente,

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de mes respectueuses salutations.

VAUX LES SAINT CLAUDE,
Le 09 août 2012,

Bernadette BRACONNIER

Copies transmises pour information à :

Monsieur le Premier ministre

Monsieur le Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Madame le Ministre de la Justice, garde des Sceaux

Madame le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

Madame le Ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.

Madame le Ministre de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction publique

Madame le Député du Jura

Ecole européenne du TOUCHER-MASSAGE
Institut de formation Joël Savatofski
STAGES SPÉCIALISÉS SOIGNANTS
FORMATIONS CERTIFIANTES
FORMATIONS SUR SITE
CATALOGUE GRATUIT SUR SIMPLE DEMANDE

www.ifjs.fr
03 80 74 27 57

i.r.e.m.a.
75010 Paris
01 42 40 68 00
irema@irema.net
www.irema.net

connaître, comprendre et soigner les addictions

Les comorbidités
Que dire à un patient dépendant?
alcool, cannabis... les effets des produits?

Animer un groupe de parole

Depuis 1979, une centaine d'infirmières est formée chaque année à l'irema

La CNI donne la parole à l'association Ni Bonnes Ni Nonnes Ni Pigeonnes (NB3NP)

Le collectif «Ni Bonnes Ni Nonnes Ni Pigeonnes» ouvert au mois d'octobre 2012 sur le réseau social Facebook (devenu associatif en janvier 2013) a été créé afin d'être représentatif de tous les modes d'exercices soignants : intra ou extra-hospitalier.



Nos revendications sont quasi les mêmes qu'il y a 25 ans lors du mouvement de grève de 1988. Nos conditions de travail continuent de se dégrader et la qualité ainsi que la sécurité des soins sont en danger.

Il y a des jours où nous travaillons 12 heures non stop, sans compter le temps de transmissions et il faut arrêter de minimiser les dégâts.

Nos salaires sont bien trop bas avec un indice gelé pour la quatrième année consécutive dans la fonction publique et la nomenclature générale des actes professionnels infirmiers est obsolète et n'est plus adaptée à la réalité du terrain.

Nous avons peur de ce que l'hôpital est en train de devenir : un hôpital gestionnaire, atrophié par la tarification à l'activité, un hôpital psychiatrique devenu sécuritaire, un hôpital qui prône la performance économique au détriment des patients et des soignants.

Il y a urgence à mettre en place un ratio soignants / charge de travail par patient afin de répondre à la réalité des besoins. Il y a urgence à ce que le master en sciences cliniques infirmières dans le cursus licence master doctorat existe pleinement car nous refusons le transfert de tâches médicales, proposé par l'ARS sans master, à ce que la pénibilité soit reconnue en maintenant la catégorie A pour les infirmières, à ce que l'aide-soignante ait un vrai statut !

Grace aux nombreux témoignages postés dans le groupe par les membres et aux questionnaires menés nous savons que c'est partout pareil, voire pire dans certaines régions, nouvellement touchées par le chômage infirmier.

Nous en avons assez de ne pas pouvoir soigner avec toute l'humanité due aux patients. Nous sommes épuisés, en burn-out (qui n'est pas reconnu maladie professionnelle) à force d'accumuler les heures supplémentaires, de revenir sur nos repos, nos RTT et parfois nos congés, sans pouvoir récupérer. Au détriment de notre santé, de notre famille, de notre vie.

Il est temps de dire stop ! De nous réveiller et d'agir. Nous refusons aujourd'hui de contribuer à ce système de rentabilité.

Nous avons plusieurs actions d'informations, de sensibilisation de l'opinion publique, de résistance à notre actif (happening, distribution de tracts, manifestation, envoi de courriers massifs au gouvernement,...)

La vocation du groupe est de nous rassembler, de faire connaître nos préoccupations, de montrer notre existence, de résister... Pour une politique de santé juste et solidaire.

Dire les choses ne suffit plus, nous ne sommes pas écoutés et même la Ministre de la santé Marisol Touraine a refusé de nous recevoir. Des collègues



La CNI donne la parole à l'association Ni Bonnes Ni Nonnes Ni Pigeonnes



se font agresser physiquement par des patients : les journaux n'en parlent pas. Des infirmières et des aides-soignantes se suicident dans l'indifférence la plus totale, et cet état de fait s'aggrave depuis 3 ans.

Préoccupons-nous de notre avenir commun, nous, soignants et usagers de la santé mais aussi et surtout du binôme infirmier / aide-soignant pour nous élever contre le diktat économique qui règne sur la santé qui doit être considérée non pas comme une dépense mais comme un facteur de production, puisqu'il faut nécessairement être en bonne santé pour pouvoir travailler. ■

Ni Bonnes Ni Nonnes Ni Pigeonnes

*Pour en
savoir plus :
www.nb3np.org*



Hostilité ou hospitalité ?

Les 12 heures en Unités de Soins

Volonté de nos directions ou choix individuel des agents, les cycles de travail en 12 heures ont tendance à se généraliser dans nos établissements hospitaliers. Lorsqu'une nouvelle organisation est proposée et que le choix se pose pour le personnel, diverses voix s'élèvent aux seins des équipes. Il y a les « POUR », il y a les « CONTRE » et les « ON N'A PAS LE CHOIX ». Qualité de vie personnelle, travail moins contraignant, choix économique, les partisans de ce cycle de travail ont des discours très élogieux. Ceux qui sont « contre » argumentent autrement. Entre qualité et sécurité des soins, satisfaction au travail et bien être dans sa vie personnelle... subsiste un véritable imbroglio que diverses études ont tenté d'éclaircir. Alors, que peuvent apporter ces nouveaux horaires ? Est-ce un choix individuel, collectif ou tout simplement économique ?

Considérant que 70% du budget de l'hôpital sont aspirés par les frais de personnel, c'est vers cette piste que certaines directions dans nos établissements se sont tournées pour combler les déficits budgétaires. L'organisation du travail en 12 heures ouvre des perspectives non négligeables pour tout bon « économiste ». La rationalisation du temps de travail par la suppression des temps de chevauchement et de relève, le nombre d'équipes présentes quotidiennement (deux au lieu de trois) permettent de diminuer les effectifs (-3,5% par rapport à une organisation en 7h30 / 10h, selon les calculs de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique EHESP). C'est, de toute évidence, une solution rapide et efficace pour engendrer des économies.

L'administration a donc tout à gagner dans cette nouvelle organisation. Consciente que les avis divergent au sein des équipes, elle insuffle l'idée que certains services pourraient fonctionner sur ce modèle. L'appel au volontariat est d'abord lancé dans les petites unités. Puis l'attaque en règle se fait sur les grandes équipes, espérant que les plus convaincus, généralement les plus jeunes, vont persuader les autres. L'équipe doit se prononcer et parfois voter. Alors, il y a ceux qui peuvent « suivre le rythme » et ceux qui ne peuvent pas. Le choix individuel disparaît au détriment d'une majorité. Les plus déçus abdiquent, se plient aux nouveaux horaires ou quittent le service. Une faille voit le jour. Deux générations s'opposent. La notion « d'esprit d'équipe et de cohésion » s'en trouve souvent laminée et l'ambiance se dégrade.

Selon une enquête présentée le 4 avril 2013 au colloque annuel de l'ADRHESS⁽¹⁾ sur la gestion du temps de travail dans les établissements de soins,

71% des établissements de soins d'Île de France proposent une organisation en 12 heures. Au vu de ces chiffres représentatifs d'une région, on peut penser que les hôpitaux pourraient entrer massivement dans ce nouveau dispositif. Redéploiement de personnel, avantages financiers et économiques sont autant d'éléments qui poussent à ce nouveau mode de travail.

Mais, c'est aussi une demande forte qui émane du terrain. La dégradation des conditions de travail en horaire de 7h30 ou 7h40 est une des causes de la demande des roulements en 12 heures par le personnel soignant. Ces plannings sont trop contraignants (deux week-end sur trois de travail), temps de présence plus important, repos annulés...). Cette dégradation constante attire le personnel vers une meilleure organisation. Avec les 12 heures, le nombre de jours et de week-ends travaillés est moindre. Ce rythme génère plus de journées libres. Les trajets domicile/travail sont presque divisés par deux, les frais de garde pour les enfants diminués.

Mais, à plus ou moins long terme, avec ce nouveau cycle de travail, une fatigue psychique et physique encore plus importante apparaît. Le niveau de technicité d'un service, l'intensité physique requise pour la prise en charge des patients et la surface des locaux sont autant de difficultés supplémentaires qui peuvent être des freins à ces journées rallongées. En décembre 2008, un rapport d'expertise⁽²⁾ a été demandé par le CHSCT concernant le projet de passage en 12 heures des Urgences de l'hôpital Beaujon en région parisienne. Ce rapport très détaillé explique que « les bénéfices du travail en 12 heures apportés aux

Hostilité ou hospitalité ? Les 12 heures en Unités de Soins

services de réanimation ne se retrouveront pas dans la situation projetée aux urgences ». Chaque service a sa spécificité, en fonction de l'activité, de la technicité et de la charge de travail. Aussi, le calquage de tous les services en 12 heures est impossible au regard des risques professionnels encourus par les soignants et de risques d'erreurs pour les patients. De plus, selon une autre étude américaine⁽³⁾, les journées de 12 heures favorisent le burn-out. « Si 80% des soignants sont satisfaits de leur organisation du temps de travail en 12 heures, la part des infirmiers se déclarant proche du burn-out et affirmant vouloir démissionner

augmente proportionnellement avec la longueur des plages horaires ».

Considérant ces éléments, il est difficile de déterminer quelle organisation serait la plus satisfaisante.

Aussi, certaines dérives voient le jour. Les droits des agents peuvent être souvent bafoués dans des établissements privés où les agents assurent, à leur charge et sur leur temps libre, les temps de relève, d'habillage et de déshabillage. Dans la Fonction Publique, ces temps étaient prévus dans les heures de travail. Aujourd'hui, avec la généralisation des



Hostilité ou hospitalité ? Les 12 heures en Unités de Soins



deux fois 12 heures, ils ont tendance à disparaître et les dépassements d'horaires ne sont pas compensés. Pourtant l'article 5 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 stipule que : « *Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif.* »

Un dépassement systématique des horaires de travail avait d'ailleurs conduit le tribunal administratif de Bordeaux à annuler en février 2012 la décision d'organiser un service de réanimation et de surveillance continue en 12 heures au centre hospitalier de Libourne (Gironde).

L'organisation du cycle de travail en 12 heures est à revoir sur certains points. L'application stricte des effectifs et des temps de repos doit être la préoccupation première des dirigeants en charge des plannings. L'alternance jour / nuit est à proscrire. Le non-respect des droits des agents peut entraîner de graves conséquences pour les salariés et les patients. Des poursuites pénales sont engagées, contre le directeur employeur s'il se rend coupable de mise en danger d'autrui. Les textes sont clairs,

en cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement (CTE), déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures... Une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives.

Entre deux journées de travail, un repos de 12 heures est obligatoire.

A l'heure de la flexibilité du travail, l'organisation de la journée de travail en 12 heures dans nos hôpitaux doit rester sur un mode dérogatoire, ponctuel. Ce qui est imposé ne peut être productif et les 12 heures ne devraient se mettre en place que s'il y a, d'une part accord des agents et d'autre part, qualité des soins et satisfaction des patients. Il ne saurait devenir une nouvelle forme d'organisation du travail comme furent mis en place les trois huit au sein des usines dans le but de faire tourner les machines 24h sur 24h.

Hostilité ou hospitalité ? Les 12 heures en Unités de Soins

Les bienfaits financiers et très individuels obtenus à court terme ne doivent pas occulter les dégâts à moyen et long terme. Cela doit être une préoccupation première des établissements hospitaliers. Un hôpital ou un service proposant plusieurs horaires, plusieurs organisations de travail ne donneraient-ils pas aux agents plus de confort et de choix ? Ce choix dans la pluralité des horaires, alliant vie personnelle et bien-être au travail, ne serait-il pas un début de réconciliation entre l'institution et ses agents, une forme de reconnaissance de contraintes difficiles ? Avec l'annualisation du temps de travail, les cadres des services en charge des plannings auraient certes plus de gymnastique « arithmétique » mais quelle bouffée d'oxygène pour les professionnels du soin. ■

Régine WAGNER
CNI Aix-en-Provence

*Entre 2 journées
de travail,
un repos de
12 heures
est obligatoire*

(1) L'Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux

(2) Rapport d'expertise CHSCTL du 8 décembre 2008 Hôpital Beaujon

(3) Health Affairs, 31, no.11 (2012):2501-2509. « The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction ». Par Amy Witkoski Stimpfel, Douglas M. Sloane et Linda H. Aiken.



Billet d'humeur

Les soignants, oubliés et victimes de la T2a

C'est d'actualité, notre hôpital, montré en modèle depuis une dizaine d'années est en mauvaise santé financière. Après avoir enregistré une croissance régulière de son activité, l'heure est, au mieux à la stagnation, au pire à la chute. Dans ce contexte, le Directeur, garant de l'équilibre des comptes, doit présenter un budget équilibré alors que l'état se désengage, que la tarification est en baisse (et donc les recettes) et que l'activité diminue. Le personnel ne comprend d'ailleurs pas, alors que tous les services de soins sont bien remplis, que la charge en soins est maximale, comment le Directeur peut annoncer le fait que certains secteurs « ne soient pas rentables ». Les soins infirmiers ne sont pas pris en compte, c'est ainsi. Un patient peut être totalement dépendant (toilette, soins d'hygiène...), avoir des pansements très lourds, monopolisé les soignants à lui tout seul... sa prise en charge, bien que très lourde, ne génère aucune « activité » au sens comptable du terme. C'est d'ailleurs une revendication de la CNI. Tous les soins devraient « compter » et générer de l'activité, du change au pansement en passant par la prise de sang...

Aides-soignants et infirmiers, il faut le savoir... vos efforts ne sont donc pas « rentables ». Nous venons de faire un pas en arrière de plus... vers la reconnaissance et notre directeur parle à présent de faire des économies sur la masse salariale. Alors que la durée de carrière va encore augmenter, que la pénibilité n'est plus un sujet d'actualité, que les acquis fondent à vue d'œil, la mobilisation des soignants devient aujourd'hui vitale. ■

CNI de Poitiers

*Pour votre santé
(et celle des patients),
bougez plus.
Rejoignez
la CNI*

Billet d'humour

La photo qui donne du sens...

La signalétique est parfois difficile à suivre et il est, par conséquent, très compliqué de s'orienter dans nos établissements de santé. La signalétique est bien là pour donner un sens, une direction ou plus simplement une indication... Attention aux raccourcis pour ne pas tomber dans le panneau... ! ■

CNI de Poitiers



Dossier : Recherche en soins - CHU d'Angers

La recherche paramédicale au CHU d'Angers : un incontournable de la pratique soignante

Pour le CHU d'Angers, depuis plusieurs années déjà, la recherche s'affiche comme un axe de développement majeur autour duquel la communauté s'appuie pour développer sa philosophie de prise en charge. A ce titre, la recherche paramédicale a toute sa place dans l'établissement angevin qui a souhaité donner une impulsion à cette nouvelle discipline, en organisant les premières Journées Francophones de Recherche en soins en avril dernier.



Crédit photo : CHU Angers - C. Jouannet

Bien moins médiatisée que sa consœur médicale, la recherche paramédicale n'en est pas moins prépondérante pour le CHU d'Angers. Pour l'institution angevine, pour ses soignants mais également ses médecins, le segment paramédical de la recherche est incontestablement

porteur de progrès hospitaliers ; la recherche paramédicale y est perçue comme un véritable levier de changement pour favoriser l'expansion et la diffusion du savoir infirmier.

La recherche en soins, telle qu'appréhendée au CHU d'Angers, vise en premier lieu le développement du savoir autour de la personne malade. De fait, au plus près du patient, les soignants sont au quotidien confrontés à des problématiques de soin très concrètes. Porteurs d'un haut degré d'exigence professionnelle et soucieux de prodiguer le meilleur soin aux patients, ils s'interrogent légitimement sur leur pratique clinique, leurs outils d'évaluation et sur les protocoles établis. Pour vérifier de nouvelles hypothèses et apprécier l'efficacité de processus innovants, ils souhaitent mener des études dans le cadre d'une méthodologie rigoureuse. Des travaux, qui découlent de ces programmes, émanent des constats et des réponses désormais scientifiquement validés qui feront progresser les soins, les rendant plus efficaces, plus sûrs et mieux tolérés. Un engagement qui peut paraître contraignant mais qui, paradoxalement, libère la créativité des

soignants et contribue à leur émancipation par la construction d'une excellence professionnelle. A ce titre, et à bien d'autres, la recherche paramédicale est probablement devenue un incontournable de la pratique soignante.

La communauté soignante angevine en est pour le moins convaincue à en croire ses nombreux projets qui balayent un spectre large de thématiques. De l'hypnose pour la prise en charge de la douleur à l'allaitement maternel du nouveau-né prématuré en passant par l'imagerie cérébrale sans sédation du nourrisson ou encore, par exemple, l'effet de l'humidification sur le confort des patients recevant une oxygénothérapie (l'un des 2 premiers PHRI* français), l'implication et l'intérêt des soignants est grandissant et productif.

Cette dynamique angevine va dans le sens de l'histoire. En 2013, porter son établissement vers l'excellence, c'est entre autres s'associer au formidable phénomène que représente l'actuel développement de la recherche paramédicale. Angers en a fait un objectif institutionnel majeur dès 2010.



Crédit photo : CHU Angers - C. Jouannet

* PHRI : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière

Dossier : Recherche en soins - CHU d'Angers

La recherche paramédicale au CHU d'Angers : un incontournable de la pratique soignante

La création de plusieurs sous-commissions de recherche, centrées sur le travail d'équipe multidisciplinaire, ou encore l'appel d'offres internes, la création d'une cellule méthodologique permettant d'accompagner les projets, ou encore la dotation d'une enveloppe globale de 50 000 euros en 2013, sont des exemples concrets de l'investissement institutionnel dans cette approche encore balbutiante en France.

Pour autant la crédibilité de cette nouvelle discipline, demande à inscrire d'emblée celle-ci dans l'excellence en s'entourant des meilleurs. S'inspirer et s'enrichir des expériences les plus significatives et aller les chercher là où elles se trouvent, certaines dans l'hexagone d'autres au-delà, est un pré-requis. C'est précisément porté par cette conviction que le CHU d'Angers a organisé les **Premières Journées Francophones de Recherche en soins les 11 et 12 avril derniers.**

L'organisation de ces 1^{ères} JFRS faisait écho à une volonté forte des soignants angevins de participer à la diffusion d'une « culture recherche » par le partage des connaissances et la promotion des meilleures pratiques en soins infirmiers et paramédicaux.

Et de fait, ce congrès aura été l'occasion de ras-

sembler 500 professionnels internationaux, intervenants ou congressistes, venant du territoire mais également du Canada, de Belgique, du Luxembourg, de Suisse, du Liban, du Cameroun, et même des USA. Diversité d'origines, diversité de cursus ont permis de proposer un congrès qui s'est adressé, selon les thèmes et les ateliers, tant aux experts qu'aux novices de la recherche en soins. Une initiative qui va dans le sens des attentes des soignants et qui favorise le développement de la démarche scientifique dans les pratiques de soins.

Les soignants présents ont montré qu'ils attendaient beaucoup du sujet - et du congrès - qui s'inscrit dans un mouvement historique d'émancipation des paramédicaux et donc d'un nouveau partenariat au sein des équipes cliniques. Ainsi donc, ont-ils pris date pour les prochaines JFRS qui se tiendront les **9 et 10 avril 2015**, d'ici là, ils se sont donnés rendez-vous sur le blog « jfrs-blog-chu-angers.blogspot.com » animé par le CHU. ■

Yann BUBIEN

Directeur général du CHU d'Angers



Des hôpitaux britanniques au CHU d'Angers

Yann Bubien, directeur général du CHU d'Angers, a eu l'idée de promouvoir la recherche paramédicale en France en 2009 lorsqu'il était en poste en Grande-Bretagne, en tant que conseiller social de l'Ambassadeur de France. Lors de ses nombreuses visites d'hôpitaux britanniques, il a pu apprécier l'avancée de leurs réflexions en matière de recherche en soins infirmiers. C'est ainsi qu'en 2010, alors Directeur de cabinet adjoint au Ministère de la Santé, il a participé au lancement du premier Programme Hospitaliers de Recherche Infirmière (PHRI). Il lui est donc paru légitime d'appuyer cette démarche alors qu'il a pris la direction du CHU d'Angers en octobre

2011. A son arrivée dans l'établissement, il y a rencontré des soignants extrêmement réceptifs à la recherche paramédicale et soucieux de s'approprier cette nouvelle approche du soin. « Les soignants que je rencontre dans les services évoquent en premier lieu leur volonté de dispenser des soins qualitatifs et leur souhait d'assurer la continuité de cette qualité. Or la recherche paramédicale permet, entre autres choses, de donner de la perspective à son travail quotidien. »

Une démarche qui est portée par Marie-Claude Lefort, Directeur des soins – coordonnateur général de la recherche en soins et son équipe.

Le JFRS, vecteur de recherche... Focus sur les 50 posters présentés

« Nous avons d'excellents projets de recherche présentés selon notre demande, c'est-à-dire suivant la méthodologie rigoureuse imposée », expliquent David Abadia Ugarte et Laurent Poiroux du CHU d'Angers et membres du comité d'organisation des JFRS. Sur les 77 dossiers soumis par les différentes équipes de recherche et laboratoires du Canada, de Belgique, de France, du Maroc et de Suisse, 50 ont été sélectionnés par un jury particulièrement exigeant au regard des critères imposés : abstract de 3 000 signes, résumé attractif de la problématique, description précise de la démarche scientifique adoptée. Trois prix ont été décernés :

Prix du jeune chercheur – Prix Elsevier-Masson :

« Une pratique mathématique en contexte professionnel : le cas des calculs de doses médicamenteuses et soins infirmiers » - Daniel Benlahouès, cadre de santé, formateur en IFSI (Bicêtre),

Prix scientifique du jury – Prix CHU Angers - Hospimédia :

« Entre management directif et participatif : rôle de l'éthique normative ou réflexive dans le management des cadres de santé » - Isabelle Duguey, Cadre de santé - CRLCC* Bordeaux / Jérôme Foucaud, docteur en sciences de l'éducation, Université de Clermont-Ferrand

Prix de l'innovation et du développement – Prix Infirmiers.com

« Le placement d'un filtre antibactérien dans le circuit de ventilateurs à turbine utilisés pour délivrer de la ventilation non invasive entraîne une augmentation de la résistance du circuit et une perte de pression significatives » - David Thévoz, kinésithérapeute, Julien Simons, kinésithérapeute, Dr Lise Piquilloud, Pr Philippe Jolliet, Dr Jean-Pierre Revelly, CHUV de Lausanne. ■



Crédit photo : CHU Angers – C. Jouannet

* CRLCC : Centre Régional de Lutte Contre le Cancer

Genèse de la recherche en soins infirmiers au Canada, en France et en Suisse

La formation, les coopérations, le cadre de travail, les financements renforcent la capacité de recherche individuelle et collective.

 **1962** Création de la Faculté de nursing en décembre.

 **1965** Création d'un programme de 2^e cycle avec deux spécialités : Administration du nursing et Éducation du nursing. Il s'agit du premier diplôme de maîtrise en sciences infirmières de langue française au monde.

 **1978** Changement de nom de la Faculté de nursing qui devient la Faculté des sciences infirmières.

 **1980** Développement de la mission de recherche à la Faculté et obtention de subventions de plus en plus importantes octroyées par des organismes de recherche.

 **1981** Création de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI)

 **1983** Création d'un projet de baccalauréat pour les infirmières ayant un DEC en techniques infirmières.

 **1985** Certificat en sciences infirmières en milieu clinique proposé pour la 1^{ère} fois à la Faculté.

 **1993** Création du programme de doctorat en sciences infirmières conjoint avec l'Université McGill. L'Université de Montréal est la première université francophone au Canada et au monde à offrir le doctorat en sciences infirmières.

 **1996** Création du Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en sciences infirmières permettant le perfectionnement d'infirmières ne souhaitant pas aller en maîtrise.

 **1998** Inauguration de la chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Cette chaire devient en 2002 la

chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Résultat d'un partenariat entre la Faculté, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le Mouvement Desjardins, il s'agit de la première chaire de recherche en sciences infirmières dans ce domaine au Canada.

 **2001** Création du Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers dédié à la promotion de la recherche appliquée en administration des services infirmiers. Puis enrichissement du programme de maîtrise par la création de trois options : Pratique avancée, comprenant Infirmière clinicienne spécialisée et Infirmière praticienne (aujourd'hui Expertise-Conseil et Pratique infirmière avancée), Formation infirmière et Administration des services infirmiers.

 **2003** Création du Groupe de recherche interuniversitaire en sciences infirmières de Montréal (GRISIM) en partenariat avec l'Université McGill. Ce groupe promeut la recherche clinique en soins infirmiers. En 2008, il devient le Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ) avec l'ajout de deux nouveaux partenaires : l'Université Laval et l'Université de Sherbrooke.

 **2004** Implantation du programme de baccalauréat développé selon une approche par compétences pour une cohorte de formation initiale (diplôme d'études collégiales en sciences de la nature) et pour la première cohorte de formation infirmière intégrée (continuum diplôme d'études collégiales (DEC) -Bac).

 **2006** Premier diplôme en soins infirmiers niveau bachelor délivré par la Haute école de santé de Suisse occidentale*

 **2006** Inauguration de la chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers. Issue d'un partenariat avec le

Dossier : Recherche en soins - CHU d'Angers

La recherche paramédicale au CHU d'Angers : un incontournable de la pratique soignante

centre hospitalier de l'Université de Montréal, des corporations privées et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, cette chaire est dédiée à la recherche sur les pratiques de soins auprès des personnes vivant avec un problème de santé chronique.

2007 Création du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) voué au développement, à l'évaluation et à la diffusion d'innovations pour l'enseignement et l'apprentissage des meilleures pratiques de soins, à tous les niveaux de formation, incluant la formation continue.

2008 Création d'un doctorat en sciences infirmières à l'institut universitaire de recherche et formation en soins rattaché à la faculté de médecine et biologie de l'université de Lausanne (actuellement 10 doctorants et 1 doctorat terminé)*.

2009 Création d'une maîtrise en sciences infirmières à l'institut universitaire de recherche et formation en soins rattaché à la faculté de médecine et biologie de l'université de Lausanne, conjointement avec la Haute Ecole de Santé de Suisse occidentale (40 étudiants dans le cursus et 11 titres délivrés)*.

2009 Circulaire annonçant le lancement du 1^{er} PHRIP en 2010, suivront les PHRIP 2011, 2012

2010 Création du Centre d'excellence en soins infirmières à la famille (CESIF). Développé en partenariat avec quatre établissements de santé de la région montréalaise (CHUM, CHU Ste-Justine, Institut de cardiologie et Hôpital du Sacré-Coeur), le CESIF encourage le développement des connaissances et de la pratique infirmière en approche systémique familiale. Implantation du programme de maîtrise selon une approche par compétence.

2010 Réforme de la formation des infirmiers, leur diplôme correspond à un grade de licence.

2011 Infirmiers titulaires d'un doctorat, 30 doctorants en formation**. Leur nombre augmente chaque année.

2010 1^{ère} recherche infirmière multicentrique sélectionnée dans le cadre d'un PHRIP « Étude prospective randomisée visant à évaluer l'effet de l'humidification sur le confort du patient recevant une oxygénothérapie » Laurent Poiroux - CHU d'Angers.

2013 1^{ères} journées francophones de la recherche en soins infirmiers à Angers.



Crédit photo : CHU Angers - C. Jouannet

Dossier : Recherche en soins - CHU d'Angers

L'allaitement maternel du nouveau-né prématuré hospitalisé. Étude prospective de l'influence des facteurs psychologiques maternels

La durée d'allaitement maternel du prématuré hospitalisé est liée à plusieurs facteurs. Ce projet de recherche lancé au CHU d'Angers en interroge deux en particulier : le degré de motivation maternelle lors de la construction du projet d'allaitement et l'évolution psychique de la maman pendant l'hospitalisation.

Les qualités nutritionnelles et les multiples avantages du lait maternel (LM) sont depuis longtemps unanimement reconnues (OMS) pour la nutrition de l'enfant en bas âge, et plus encore pour le nouveau-né prématuré hospitalisé.

Pourtant, plusieurs études montrent que les difficultés à mettre en place et à poursuivre l'allaitement d'un nouveau-né (NN) hospitalisé sont responsables de résultats décevants. Ces derniers sont aggravés par le retard de la France (21ème rang sur 23 pays européens) et plus particulièrement de la région Pays de Loire (55.8% contre 66.3% pour la moyenne française) en matière d'allaitement maternel du nouveau-né (NN) en maternité.

Le degré de motivation maternelle au moment d'établir le projet d'allaitement ainsi que l'évolution psychique de la maman au cours de l'hospitalisation sont probablement des facteurs déterminants pour la mise en place et la poursuite d'un allaitement réussi chez un NN prématuré hospitalisé.

C'est dans ce contexte que Pascale Coneau, IDE puéricultrice au CHU d'Angers, a lancé son étude. Elle cherchera à évaluer l'influence du projet initial d'allaitement et de certains facteurs psychologiques sur la durée de l'allaitement maternel. Elle entend recueillir ces facteurs psychologiques par auto-évaluation maternelle au cours de l'hospitalisation du nouveau-né.

Le protocole de recherche a été déposé à la Direction de la recherche clinique et de l'innovation. Depuis novembre 2012, 25 patients ont été inclus dans cette étude. L'objectif est de pouvoir inclure 300 patients. Un nombre qui devrait être atteint, selon Pascale Coneau en novembre 2014.

Améliorer la durée de l'allaitement maternel

L'étude menée par la puéricultrice angevine vise à contribuer à une meilleure prise en compte des difficultés de mise en place et de poursuite de l'allaitement maternel au cours de l'hospitalisation du nouveau-né. A travers ce projet de recherche, Pascale Coneau souhaite aussi isoler l'importance du projet d'allaitement et mesurer régulièrement l'impact d'un score de confiance pour la mise en place et la poursuite de l'allaitement. Cela pourrait permettre une action ciblée plus efficace au cours de l'hospitalisation. In fine, l'ambition portée est d'améliorer la durée de l'allaitement maternel du nouveau-né prématuré hospitalisé. ■



Crédit photo : CHU Angers - C. Jouannet

Dossier : Recherche en soins - CHU d'Angers

L'allaitement maternel du nouveau-né prématuré hospitalisé. Étude prospective de l'influence des facteurs psychologiques maternels.

Témoignage de Pascale CONEAU (IDE Puéricultrice)

« Je suis détachée des soins depuis 2002 avec un poste spécifique pour l'accompagnement de l'allaitement maternel qui a évolué de 50 à 75%. Ce qui me permet de me questionner régulièrement sur cet accompagnement. Il paraît évident que la mise en place d'un allaitement maternel est particulièrement difficile dans le contexte d'une naissance prématurée (inquiétude vis-à-vis de l'enfant, initiation de la lactation au moyen d'un tire-lait, hospitalisation longue, vie familiale et sociale perturbée...). Toutes ces difficultés peuvent avoir un impact sur la mise en place de l'allaitement maternel. Il me paraissait important de prendre en compte ce qui peut préoccuper les mères et savoir si cela pouvait se répercuter sur leur projet d'allaiter leur enfant. Ceci dans le but d'améliorer la prise en charge. L'appel d'offre interne concernant les projets de recherche paramédicale au CHU d'Angers, a permis la concrétisation de toute cette réflexion. »



Crédit photo : CHU Angers - C. Jouannet



Dossier : Recherche en soins - CHU d'Angers

Place des médecines non conventionnelles en chirurgie cardiaque

Les patients du service de chirurgie cardiaque ont parfois recours, en dehors de leur prise en charge à l'hôpital, à la médecine non conventionnelle. Mais le cas échéant, les personnels n'en sont pas systématiquement informés par le patient. Une équipe du service de chirurgie cardiaque du CHU d'Angers s'est donc engagée dans une étude pour évaluer la prévalence d'utilisation et le type de médecines non conventionnelles auquel ses patients ont recours.

L'étude engagée par l'équipe de chirurgie cardiaque du CHU d'Angers s'inscrit dans un contexte où les « médecines non conventionnelles » recouvrent les médecines alternatives, douces et complémentaires (Lannoeye, 1997). Ces médecines occupent une place croissante dans les pays économiquement développés. Un rapport du Parlement européen du 16 mars 1997, faisait état d'une utilisation de la médecine non conventionnelle par 20 à 50 % de la population, selon les pays de l'Union européenne sondés. En France, la prévalence de l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives (au moins 1 fois au cours de la vie de l'interrogé) a été évaluée en 2010 dans la population générale à 42,6% (Mayer-Lévy, 2010), et 45,7% chez les patients sous chimiothérapie (Morandini, 2010). Aucune étude n'a été menée à ce jour en France sur la population des malades d'un service de chirurgie cardiaque. Elle a été estimée à 68% dans différents services de chirurgie en Ecosse (Shakeel M., 2008), cependant ces données ne sont pas comparables à la France.

Plusieurs études françaises montrent que le personnel soignant est souvent peu informé du recours aux médecines non conventionnelles par les patients (Morandini, 2010) (Rodrigues, 2011). Clarisse Mayer-Lévy a montré que moins d'un patient sur deux en informe son médecin traitant (Mayer-Lévy, 2010). La forte prévalence d'utilisation de ces médecines dans les services sondés, ne permet plus d'ignorer leur pratique dans le cadre de la prise en charge conventionnelle. Il apparaît important aujourd'hui de mieux connaître les autres types de soins auxquels les patients ont recours, tant pour prévenir d'éventuelles interactions que pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients du service.

C'est dans cette optique que le service de chirurgie cardiaque du CHU d'Angers a commencé à sonder ses patients. Le protocole de recherche étant déposé à la Délégation de Recherche Clinique et de l'Innovation (DCRI), l'équipe a pu lancer la distribution de questionnaires aux patients en janvier 2013. 397 patients seront sondés au total, de même que les professionnels de l'unité de chirurgie cardiaque. L'analyse de la totalité des questionnaires est prévue pour la fin 2013, avec une finalisation de l'étude complète en début d'année prochaine.

Ce projet s'inscrit dans une dynamique du service vers les médecines non conventionnelles puisque 6 membres du personnel soignant de chirurgie cardiaque ont été formés à l'aromathérapie. Cette étude constitue donc la base préliminaire à une évaluation de l'utilisation de l'aromathérapie en complément des soins dans le service.

Etudier la prévalence et le type de médecines non conventionnelles

Concrètement, cette étude portée aujourd'hui par la cadre de santé Anne Quignon vise à évaluer la prévalence d'utilisation et le type des médecines non conventionnelles auxquelles les patients de l'unité de chirurgie cardiaque du CHU d'Angers ont recours avant la chirurgie.

Cette étude novatrice pourra servir de base pour toutes les réflexions autour de la pratique des médecines non conventionnelles dans les services de chirurgie cardiaque en France, tant dans la pratique infirmière en accompagnement de soins, que médicale dans la gestion des interactions médica-

menteuses. Pour le service du CHU d'Angers, cette étude sera un élément majeur dans la réflexion débutée autour de l'intégration de l'aromathérapie dans la prise en charge paramédicale du patient.

En terme de santé publique, les résultats obtenus pourront servir de base au développement

de diverses études visant à améliorer la prise en charge des patients des services de chirurgie cardiaque français par l'utilisation des médecines non conventionnelles. Ce type d'étude épidémiologique avait été encouragé par le Parlement européen dans son rapport du 16 mars 1997 au vu de l'augmentation de leur utilisation (Lannoye, 1997). ■

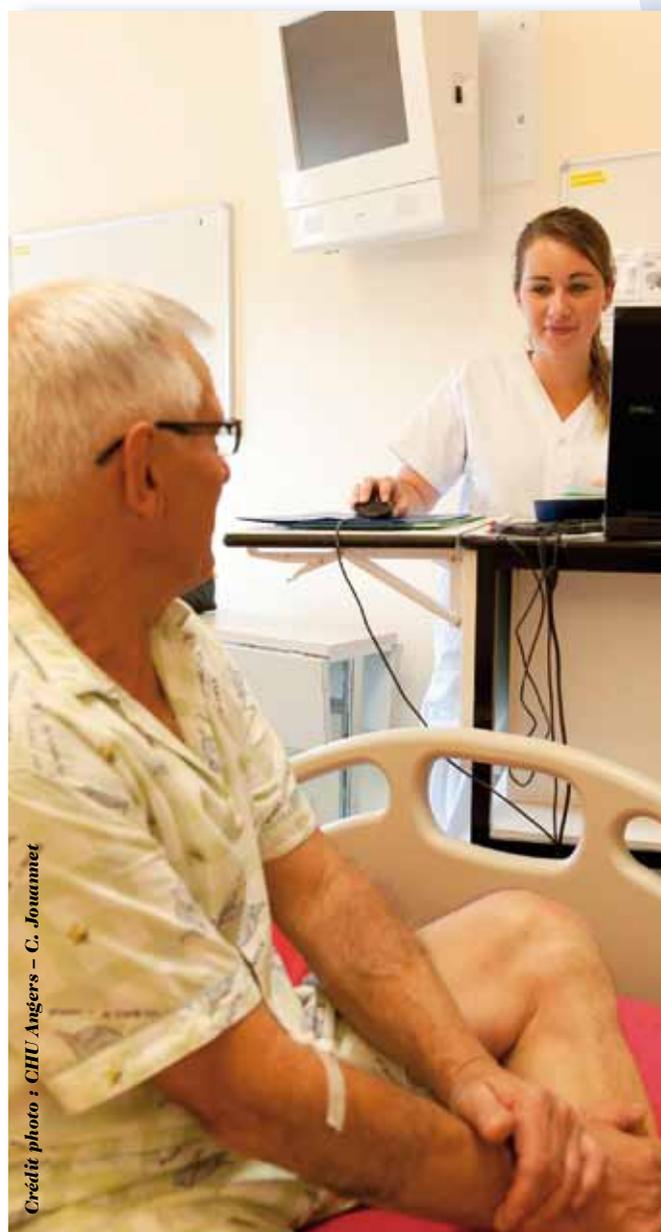
1. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine., soutenue 2010 par Clarisse Mayer-Lévy
2. La place des médecines complémentaires chez les patients sous chimiothérapie, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine., soutenue en 2010 par Corinne Morandini.
3. Use of Complementary and Alternative Medicine by Patients Admitted to a Surgical Unit in Scotland, octobre 2008 – Muhammad Shakeel.

Témoignage d'Anne Quignon

(IDE Cadre de santé au service de chirurgie cardiaque du CHU d'Angers)

« En regard de l'appel à candidatures internes concernant les Projets de recherche paramédicale au CHU d'Angers, une réflexion autour de l'intérêt de mener un tel projet autour de la chirurgie cardiaque a été soulevée au cours de l'année 2012. L'intérêt grandissant des soignants pour les médecines non conventionnelles a suscité des interrogations concernant d'éventuels retentissements sur la prise en charge des patients bénéficiant d'une intervention de chirurgie cardiaque. Avant de mettre en place des protocoles propres aux médecines conventionnelles et notamment l'aromathérapie, il est apparu indispensable, au vu de la revue de littérature réalisée, de faire une recherche concernant le recours à ce type de thérapeutiques (aromathérapie, hypnose, massage, sophrologie...). Un projet a donc été déposé par l'unité de chirurgie cardiaque en lien avec l'encadrement, les professionnels paramédicaux de l'unité de soins et l'équipe chirurgicale.

Le projet a fait l'objet d'une validation et a pu bénéficier d'un budget permettant de mener à bien cette étude. Cette première enquête permettra d'envisager des études secondaires concernant la mise en place de ces méthodes et d'en évaluer leur retentissement (stress préopératoires, cicatrisations, limitation des complications post opératoires...). »



Credit photo : CHU Angers – C. Jouannet

Dossier : Recherche en soins - CHU d'Angers

Etude prospective randomisée évaluant l'impact de soins de socio-esthétiques sur la qualité de vie de patients traités pour un lymphome non hodgkinien

Les soins socio-esthétiques semblent avoir un impact positif sur la qualité de vie des patients atteints de cancer. C'est le constat qu'a fait Aurélie Maïgret auprès des patients de son service. Il n'existait jusqu'alors aucune recherche ayant avancé de données probantes à ce sujet. L'étude de cette infirmière du CHU d'Angers vise donc à démontrer le lien qui existe entre ces soins et l'amélioration de la qualité de vie des patients, au-delà même du cadre de l'hospitalisation.

Au début des années 2000, les professionnels de santé et les associations de malades se mobilisent pour souligner les répercussions psychosociales de la maladie cancéreuse, non seulement pendant mais aussi après la phase aiguë.

En 2003 le gouvernement lance le Plan cancer I, renforcé en décembre 2011 par le plan cancer II. Les objectifs de ce dernier sont notamment de « développer une prise en charge personnalisée en prenant en compte la douleur et le soutien psychologique et social » et « d'accroître les possibilités, pour les patients, de bénéficier des soins de support » et enfin de « favoriser l'insertion professionnelle ».

La littérature montre que les hémopathies sont plus souvent associées à une qualité de vie altérée que d'autres cancers. Vu l'interdépendance des concepts d'image corporelle, d'estime de soi et de qualité de vie, Aurélie Maïgret a l'intime conviction que la socio-esthétique a un réel impact sur la qualité de vie des patients atteints de cancer.

Il n'existe jusqu'à maintenant pas de données probantes ni de recherche prouvant ce lien. C'est ce que cette infirmière du CHU d'Angers propose de démontrer dans cette étude. Aurélie Maïgret est infirmière en néphrologie. Elle a également une activité d'esthéticienne dans le service d'hématologie.

Son étude vise à montrer qu'au-delà des bénéfices immédiats apportés par la socio-esthétique à l'hôpital (action apaisante directe, amélioration de la qualité de la peau lésée par la chimiothérapie, sensation d'évasion...), ces soins peuvent influencer sur la qualité de vie des patients, pendant l'hospitalisation et surtout dans la vie quotidienne entre les cures de chimiothérapie. Dans un même ordre d'idées nous souhaitons évaluer l'impact des soins de socio-esthétique sur la qualité de la vie sociale et familiale.

Une meilleure qualité de vie induite par les soins de socio-esthétique ?

La finalité de l'étude est de démontrer que les patients ayant reçus des soins de socio-esthétique ont une qualité de vie, notamment sociale et professionnelle, significativement supérieure à celle des patients ne recevant pas ces soins. Le protocole de recherche de cette étude a été déposé à la DRC, il va très prochainement être soumis au centre de protection des personnes. Aurélie Maïgret compte entamer la phase concrète de son étude début septembre 2013. ■

Témoignage d'Aurélie MAIGRET

(IDE / CAP d'Esthétique-Cosmétique)

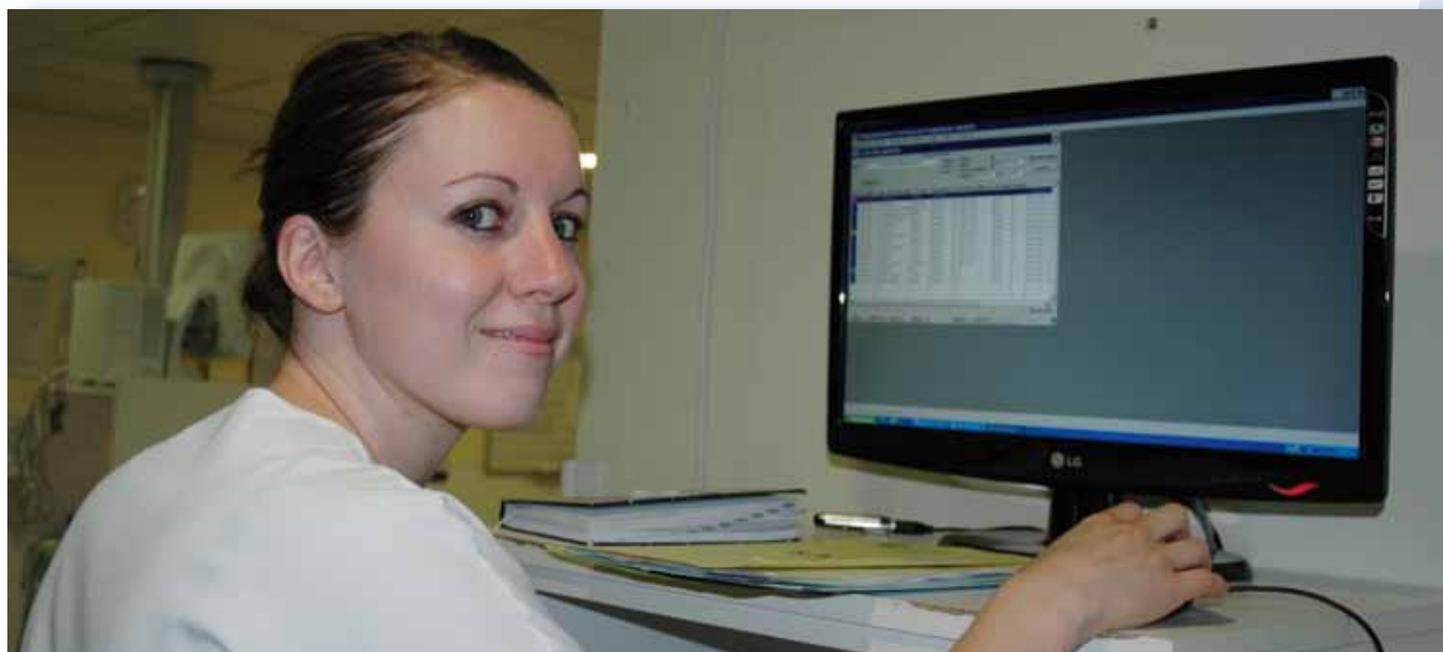
« Infirmière diplômée d'Etat depuis 2003, j'ai exercé dans divers services. A la sortie de l'Institut de Formation en soins Infirmiers, j'abordais ma pratique professionnelle de manière un peu idéaliste. Je m'imaginais des situations de soins dans lesquelles je ne me limiterais pas aux gestes et tâches purement techniques mais serais capable d'une approche globale et complète des personnes soignées. Mais rapidement, je me suis sentie insatisfaite. J'avais l'impression de ne pas réellement réussir à « prendre soin » des patients. Ce décalage m'a amenée à remettre en question mon orientation professionnelle. A l'issu de ces questionnements, je me suis rendue compte que je ne regrettais pas mon orientation professionnelle mais que je souhaitais y associer une approche différente, complémentaire et holistique. Au regard des compétences acquises lors de mes années de pratique infirmière et de ma sensibilité pour les soins d'esthétique à l'hôpital, j'ai décidé d'entreprendre des démarches pour valider un CAP d'Esthétique Cosmétique.

Après deux années de pratique d'esthétique en service d'hématologie, j'ai pu remarquer les effets positifs directs de cette approche curative, d'une part grâce à la satisfaction que verbalisent les personnes soignées et d'autre part grâce aux

retours positifs de l'équipe soignante. Mais au-delà de l'hospitalisation, j'ai eu le sentiment que les soins de socio-esthétique peuvent avoir un impact sur la qualité de vie des personnes soignées même après leur séjour à l'hôpital. Pouvoir avancer des preuves sur le bienfait des soins esthétiques bien au-delà du cadre hospitalier semble intéressant et utile pour le développement des soins de support tels que la socio-esthétique dans les années à venir. »



Crédit photo : CHU Angers - C. Jouannet



Vers une filière en Sciences Infirmières, l'exemple du Département des sciences infirmières de Marseille

La Coordination Nationale Infirmière a été invitée à une réunion d'information sur le département des Sciences Infirmières à l'université de médecine de Marseille, animée par le Doyen Georges Léonetti, Mme Eymard et le Dr Berbis. Nous étions nombreux, directeurs des soins infirmiers, directeurs IFSI, cadres de santé formateurs.

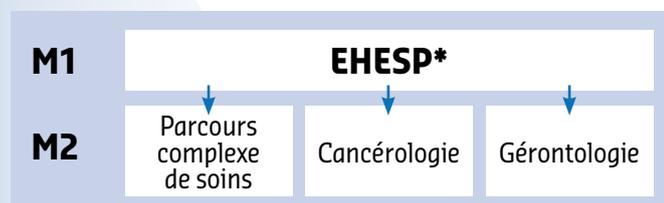
Département des Sciences Infirmières

En préambule, il est précisé que le département en Sciences Infirmières n'a vocation ni à se substituer aux IFCS ni aux IFSI, mais se veut comme une aide, une valeur ajoutée.

Les Sciences Infirmières ont plus de 60 ans, la formation et la recherche existe déjà dans différents pays. A cela s'ajoute les accords de Bologne introduisant l'universitarisation des études dans 21 pays à ce jour. Dans le monde, sont recensées 358 écoles doctorales en nursing dont 126 en Europe.

Au niveau national, c'est en 1965 que s'est créée l'école internationale. Elle ferme en 1995 pour donner naissance à la conférence internationale et à l'ARSI (Association de Recherche en Soins Infirmiers). En 1990, le CNRS invite la recherche en Sciences Infirmières en son sein. La création du 1^{er} département en Sciences Infirmières en 2011 s'est nourrit du rapport Berland (2005), de la réforme des études infirmières (2009) et de la création des masters en pratiques avancées (2010). 2012 verra la création de deux 2 nouveaux masters en pratiques avancées : allergologie et dialyse.

Les Missions du Département des Sciences Infirmières s'articulent autour du développement, de l'encadrement et du suivi des formations initiale et continue en Sciences Infirmières et de la recherche. Il propose un Master professionnel.



* L'École des hautes études en santé publique

La santé publique fait partie du domaine des sciences de la santé. Sur le département, il y a déjà les masters en Sciences Cliniques Infirmières : la première année, il y eu 9 diplômes délivrés aujourd'hui la promotion 2013 compte 24 étudiants. Ces masters proposent des métiers qui n'existent pas encore. Le Département des Sciences Infirmières développe plusieurs axes de formations :

- DIU : recherche en Sciences Infirmières
- DU : tutorat des étudiants paramédicaux
- DU : évaluation des pratiques professionnelles
- VAE : pour obtenir le grade de licences pour les IDE mais aussi pour les cadres formateurs.

La recherche a toute sa place dans le dispositif. Le département en Sciences Infirmières s'emploie à développer la recherche en Sciences Infirmières afin de créer un doctorat en Sciences Infirmières qui permettra d'accompagner les professionnels. Pour cela le département a deux options, soit la création d'une filière disciplinaire à part entière, soit la création d'une spécialité Sciences Infirmières à l'intérieur d'une école doctorale existante (exemple : sciences de la vie et de la santé).

Les Perspectives sont nombreuses, comme la création d'une équipe d'accueil (groupe de recherche) avec l'EHESP*, la création d'une unité de recherche clinique, d'un doctorat en Sciences Infirmières.

Le Département des Sciences Infirmières fonctionne en interface complète avec l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé (UMFCS) de Marseille.

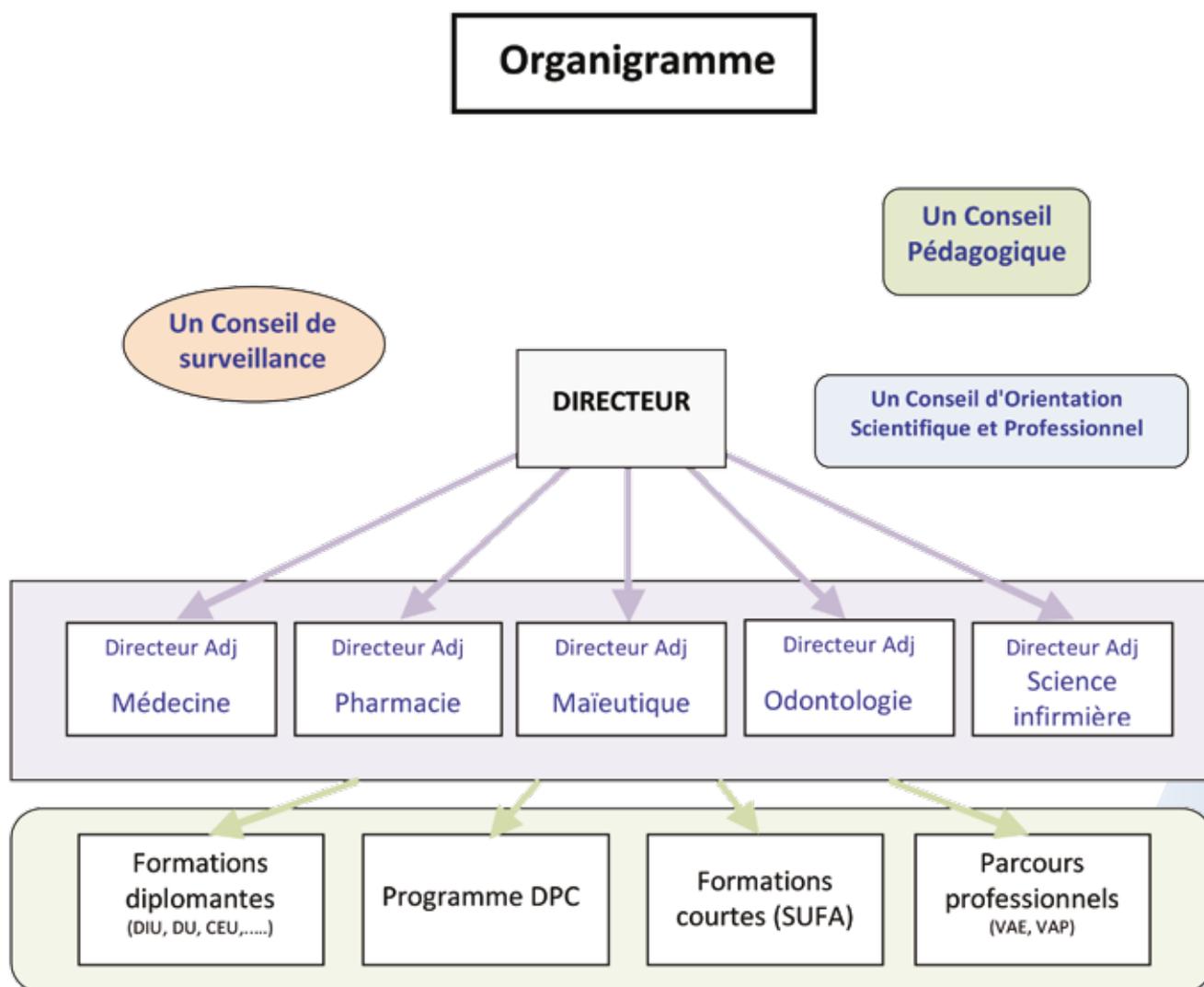
Vers une filière en sciences infirmières, l'exemple du Département des Sciences Infirmières de Marseille

Unité Mixte de Formation Continue en Santé (UMFCS) de Marseille

Le département des Sciences Infirmières s'intègre à part entière aux 4 autres unités (Médecine, pharmacie, Maïeutique et odontologie). Le Développement Professionnel Continu (DPC) combine à partir du 1^{er} janvier 2012, pour toutes les professions de santé, une démarche de formation continue par des apports cognitifs et des évaluations de pratiques professionnelles.

C'est pour répondre à ces nouvelles exigences que l'Université d'Aix-Marseille s'est dotée d'une Unité Mixte de Formation Continue en Santé (U.M.F.C.S.) dont l'objectif est d'assurer, pour tous les professionnels en charge d'une pathologie donnée, une formation partagée et transversale, validante dans le cadre du DPC. ■

*Laurette MIRA
CNI Cavaillon
et Thierry ALBERTI
CNI Aix-en-Provence*



Infirmiers référents en plaies et cicatrisation : une tentative d'approche descriptive de ces postes

Identifiées infirmières expertes dans le domaine des plaies et de la cicatrisation au CHRU de Montpellier, nous occupons le poste de référentes en missions transversales, sous la hiérarchie directe de la DCGS (Direction Coordination Générale des Soins) depuis une dizaine d'années.

Le choix de la direction est de mettre notre contribution spécifique d'experte à la disposition des équipes, dans le but d'accroître leurs compétences. Après ces quelques années d'expérience, il paraît intéressant de mener une réflexion sur notre mission d'Infirmiers Référents en Plaies et Cicatrisation, dans le but de la faire évoluer, pour l'adapter aux besoins des soignés, tout autant que des soignants. Mais il convient d'éviter l'écueil de n'aborder la clarification des rôles qu'à travers notre seule expérience. C'est grâce au double éclairage de notre pratique et de celles des autres référents qu'il nous semble logique d'explorer les diverses situations.

Notre retour d'expérience

Notre activité d'Infirmières Référentes Plaies et Cicatrisation au CHRU de Montpellier s'articule, depuis le début, autour de deux activités principales : des interventions auprès de patients porteurs de plaies (à l'appel des professionnels en difficultés) et l'organisation de formations dans le domaine. Nos visites s'inscrivent dans un espace « temps de formation » afin de créer une synergie entre transfert des connaissances et pratiques quotidiennes des professionnels (3). De part la diversité et la complexité de la tâche, nous avons dû acquérir de nouvelles connaissances dans le domaine de la méthodologie à la conduite de projet (avec le soutien de la Cellule Projet de la Direction des Soins) et



Infirmiers référents en plaies et cicatrisation : une tentative d'approche descriptive de ces postes

compléter nos connaissances par une formation de formateur. Notre ancrage sur le terrain en missions transversales depuis ces dernières années fait de nous des acteurs ayant une base solide d'expériences multiples mettant en exergue nos réussites, mais aussi nos insatisfactions. En effet, nous déplorons encore des difficultés à faire évoluer les pratiques, la plaie restant recalée souvent au second plan. Trop souvent, nous observons, dans le suivi de nos interventions, des modifications non consensuelles des stratégies de soins proposées, et paradoxalement, des appels qui restent en constante augmentation. Si, être référent sous entend forcément une notion d'expertise, on comprend aisément que, dans ce contexte, la seule posture « d'expert » en plaies et cicatrisation ne suffit pas... En outre, nous devons tenir compte du contexte hospitalier dans lequel nous exerçons qui est soumis à un « turn over » du personnel de plus en plus important, avec des équipes ayant une charge de travail croissante.

(figure 1) et exerce en milieu hospitalier (figure 2).

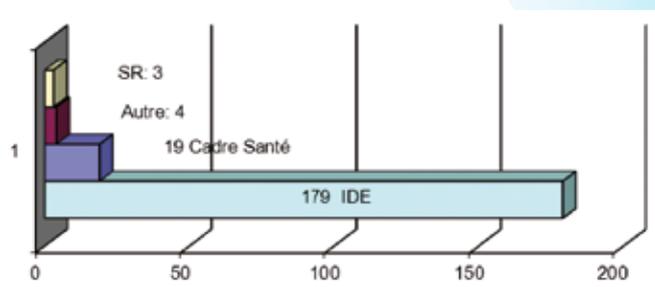


Figure 1. Fonction de la population interrogée

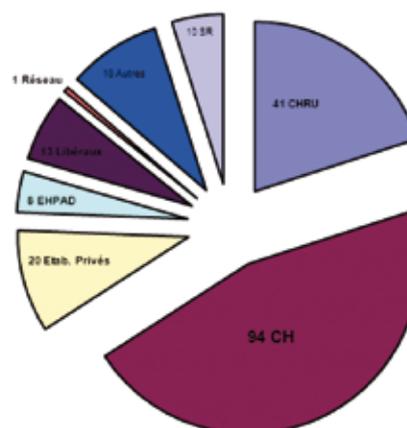


Figure 2 Lieux d'exercice des personnes interrogées

Infirmiers Référents Plaies et Cicatrisation : de qui parle-ton ?

Lors de la tenue d'un atelier sur « Infirmier Référent Plaies et Cicatrisation : rôle et limites » du Congrès Plaies et Cicatrisation de 2011, il nous a semblé opportun d'interroger les personnes inscrites :

- Où exercent-elles ?
- Quelles missions leur sont-elles confiées ?
- Quel est leur contexte de travail ?
- Quelles formations ont-elles suivies ?
- Quelles compétences doivent-elles développer ?

Les 93 personnes identifiées Référentes Plaies et Cicatrisation dans leur établissement (figure 3), sont à disposition, à des niveaux différents. Pour certaines, elles exercent, soit à temps complet, soit en temps partagé, mais 86% n'ont pas renseigné cette question. Plus de la moitié sont titulaires d'un diplôme universitaire.

Méthode

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un simple questionnaire rapide à remplir, distribué avant la séance et récolté à la fin de l'intervention.

Résultats

Sur plus de 300 personnes présentes, 205 ont documenté le questionnaire. La majorité est infirmière

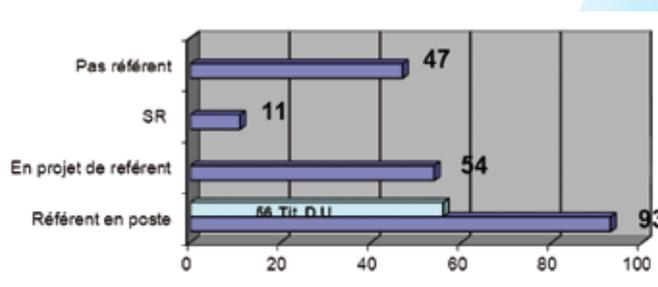


Figure 3 Les postes de référents

Infirmiers référents en plaies et cicatrisation : une tentative d'approche descriptive de ces postes

Quant à leurs missions, elles consistent à réaliser des consultations infirmières de première ligne (item cochés 192 fois) ou de 2^{ème} ligne (item cochés 81 fois) et elles sont, dans un grand nombre de cas (90 personnes), amenées à réaliser des actions de formation. Seulement 15 disent avoir suivi une formation de formateur. 30% d'entre elles sont consultées pour des projets institutionnels (élaboration de protocoles, gestion des matériels, animation de commissions pluridisciplinaires...). Parmi les professionnels qui se disent « Référents » seulement dans leur unité (soit 59 personnes), 19 d'entre eux disent assurer des consultations de 1^{ère} ligne, 18 réalisent des consultations de 2^{ème} ligne, 20 assurent des sessions de formation occasionnellement et 10 sont consultés pour des projets institutionnels.

Définition ⁽¹⁾

La consultation de 1^{ère} ligne

Il s'agit d'une consultation infirmière centrée sur l'identification de problématiques de santé d'une personne. Elle met en relation l'infirmier consultant et le patient bénéficiaire de soins, l'infirmier étant seul face au patient.

La consultation de 2^{ème} ligne

Elle poursuit 2 objectifs : identifier et traiter le problème de santé du patient et contribuer au développement professionnel du soignant à l'origine de la demande de la consultation.

Si l'ensemble de ces missions oblige les référents de disposer de savoirs spécialisés dans les plaies, force est de constater que le niveau de formation des personnes est bien différent (figure 4) : d'une simple formation dispensée parfois par des laboratoires, en passant par la participation à un congrès, le niveau du diplôme universitaire est retrouvé pour 40% d'entre elles. Seulement 4 personnes ont suivi un diplôme universitaire l'European Academy of Wound Technology. Parmi les 13 personnes qui suivent cette formation, 8 sont déjà identifiées référentes, et 3 sont en projet de le devenir. Il est à noter que la formation de stomathérapeute est citée 15 fois. Quant à l'expérience dans le domaine, à fortiori indispensable, elle reste parfois le seul bagage : 14 personnes citent leur expérience comme unique niveau de formation et parmi elles

6 occupent un poste de référent.

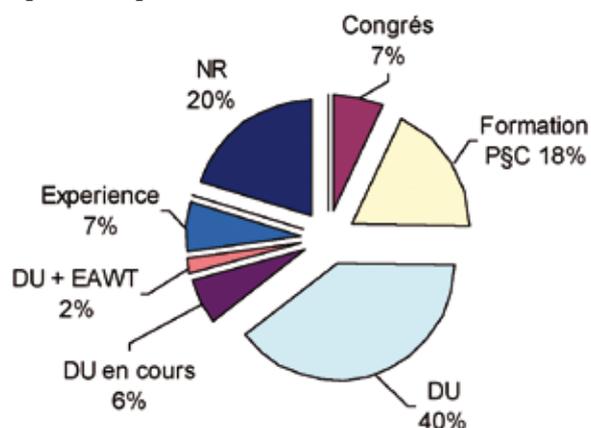


Figure 4 Les formations suivies

Discussion

La clarification du rôle des infirmiers référents ne peut se limiter à cette première approche. En effet, une réelle enquête descriptive fait appel à une méthodologie plus sophistiquée. De plus, il faudrait explorer les représentations que les divers acteurs se font d'eux-mêmes, et rechercher les objectifs



Infirmiers référents en plaies et cicatrisation : une tentative d'approche descriptive de ces postes



partenariat. Quel positionnement faut-il envisager pour les « experts » ? Quelles nominations choisir : référent, expert, spécialiste ? Le territoire d'intervention apparaît être la base minimale pour déterminer le niveau de compétences requis, mais c'est aux acteurs eux même à répondre à toutes ces questions. Les organisations devront également participer aux débats afin de repenser la place donnée à ces acteurs. L'objectif principal est bien évidemment d'élever le niveau de la prestation qu'il faudra baliser et sécuriser. Un travail de recherche se dessine pour mieux cerner les conditions pouvant rendre optimale cette pratique avancée émergente. Si ce travail paraît fastidieux, il va ouvrir de nouveaux horizons. A l'heure où les débats affluent sur les nouvelles coopérations entre professionnels de santé, il paraît essentiel de débiter une réelle concertation pour une clarification identitaire de ces postes de Référents Plaies et Cicatrisation. ■

Sylvie PALMIER

Cécile PEIGNIER

*Infirmières Référentes Plaies et Cicatrisation
CHRU Montpellier*

poursuivis par les institutions qui les mandatent. Cependant, certains éléments peuvent être d'ores et déjà avancés. Un niveau de formation reconnu ainsi qu'un minimum d'expérience semblent indispensables à définir. De même, si l'on attend de l'expert qu'il devienne un formateur, il doit s'inscrire dans un double registre : celui de l'action professionnelle et de l'action de formation. Le positionnement de 2^{ème} ligne, entre acte de soin et acte pédagogique, devrait également sous entendre une formation minimale à la pédagogie, encore trop peu suivie. Mais, au delà de la formation et de l'expérience, il est important de souligner que la motivation reste l'énergie nécessaire pour convertir tout projet en réalité.

Conclusion

Entre la notion de « référent » et d' « expertise », la relation reste à définir. Bien que les équipes confortent le bien-fondé de l'existence de ces postes (2) le partenariat entre le soignant de première ligne et l'experte ne va pas de soi. Alors, on est en droit de se poser la question des conditions favorisant ce

Bibliographie

1. Debout C. Consultation infirmière, un nouveau rôle à investir dans le champ clinique infirmier. Soins vol 51 N° 707, 2006 : 35-39
2. Galiano O. Qu'attendent les infirmières d'une équipe transversale de plaies et cicatrisation ? Enquête auprès de 89 infirmières d'un CHU parisien. Mémoire Diplôme universitaire plaies et cicatrisation, 2007 : 1-32
3. Palmier S. Du soignant expert au soignant formateur. Mémoire Diplôme d'Université Préparations aux fonctions de formateur 2004
4. Warchol N. La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. Recherche en soins infirmiers. N°91, 2007 : 76-96

Infirmiers référents en plaies et cicatrisation : une tentative d'approche descriptive de ces postes

PLAIES ET CICATRISATION....



Les différents axes d'activités des IDE Plaies et Cicatrisations- Sylvie PALMIER





LICENCE PRO LOGISTIQUE HOSPITALIERE

Tronc commun 201h

Option au choix

**LOGISTIQUE
HOSPITALIERE**
167h

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
LOGISTIQUE APPLIQUEE
AUX BLOCS OPERATOIRES**
167h

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

Renseignements et inscriptions

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

DIPLOME UNIVERSITAIRE LOGISTIQUE APPLIQUEE AUX BLOCS OPERATOIRES

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

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

UNIVERSITE DE BOURGOGNE



Coopération des professionnels de santé : suite

L'article 51 de la loi Bachelot du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), autorise les « coopérations entre professionnels de santé ». Il s'agit d'un protocole accepté par l'Agence Régionale de Santé, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, pour effectuer la mise en place de transferts d'actes ou d'activités de soins qui ne figurent pas dans notre décret de compétences.

Dans la revue CNI n°36, nous vous présentons ces nouveaux modes de fonctionnement. Quelques mois après où en sommes-nous?

Depuis le démarrage de ce dispositif à la fin 2010, les coopérations entre professionnels de santé connaissent une montée en charge lente et régulière. La Haute Autorité de Santé a reçu 39 protocoles pour analyse et expertise scientifique. Le Collège de la HAS a donné un avis favorable à 11 d'entre eux, et 6 de ces protocoles ont fait l'objet d'un arrêté d'autorisation de mise en œuvre signé par le Directeur Général de l'ARS (un en PACA, deux en Haute Normandie, un en Alsace, un en Rhône Alpes, et un en Bourgogne) ⁽¹⁾.

Certains doivent être retravaillés pour validation :

- le protocole de coopération entre professionnels de santé pour « consultation pré diagnostic ou de suivi des rhumatismes inflammatoires » par une infirmière diplômée d'état spécialisée en rhumatologie,
- le protocole de coopération : « Consultation infirmière en médecine du voyage, pour le conseil, la vaccination et la prescription de médicaments à titre préventif » consultation infirmière encadrée par une consultation médicale,
- le protocole de coopération entre professionnels de santé pour le transfert de compétence pose de voie veineuse centrale par l'infirmière diplômée d'état.

Pour les protocoles déjà autorisés, l'expérience continue. Mais leur mise en place a entraîné une certaine méfiance de la part des professionnels et des partenaires sociaux.

Attaquée sur plusieurs points en Conseil d'Etat par un syndicat d'infirmiers libéraux (FNI), seule une requête sera entendue. Le ministre chargé de la santé avait imposé un modèle type pour la présentation d'un protocole de coopération à l'agence régionale de santé. Le 20 mars dernier, le Conseil d'Etat rend ses conclusions. Le modèle type n'est plus obligatoire. Les autres requêtes sont alors rejetées. ⁽²⁾

En avril 2013, la commission des affaires sociales du Sénat a chargé deux de ses membres, Catherine Génisson et Alain Milon, de conduire une réflexion sur la répartition des compétences entre professionnels de santé.

Cette mission se penchera notamment sur le cas du protocole de coopération en cancérologie, validé par l'ARS d'Île-de-France et critiqué par de nombreux syndicats. Ce protocole autorise les infirmières à prescrire certains médicaments pour le traitement des effets indésirables des chimiothérapies ainsi que des renouvellements de chimiothérapies orales après 45 heures de formation. Pour la CNI, afin d'assurer le suivi des patients chroniques avec une prescription infirmière de médicaments, il est indispensable que « ces prescripteurs infirmiers » disposent d'une formation adéquate de niveau Master.

Contestées par bon nombre de professionnels et de syndicats infirmiers, les coopérations évoluent et de nouvelles initiatives locales voient le jour. Comme l'avait envisagé en décembre 2011, le conseil d'analyse de la stratégie pour enrayer les déficits budgétaires de la santé, le gouvernement tient le cap. Il développe, d'une part, la télé médecine et, d'autre part, les coopérations.

Coopérations qui ont pour but de dégager du temps médical pour les actes où l'expertise des médecins est la plus essentielle. Ces initiatives sont-elles le fruit d'une volonté médicale ou paramédicale ? Certainement les deux car l'une ne va pas sans l'autre. Il est aisé pour les uns de déléguer des actes en gardant une mainmise sur leurs applications et pour les autres, il est intéressant de faire évoluer sa pratique.

Mais ne prend-t-on pas le problème à l'envers ? Induire une modification du périmètre de notre profession et la remise en cause des formations initiales et continues sont un danger pour la profession.

Coopération des professionnels de santé : suite

Ces protocoles, appliqués sans formations validantes, localisés donc non reconnus nationalement, permettent juste de régulariser des situations existantes, de légaliser des pratiques locales, de permettre des accointances entre équipes médicales et paramédicales. Les usagers ne reçoivent aucune garantie sur les qualifications et les compétences des professionnels impliqués dans ces protocoles, ainsi que sur la régularité et les modalités de leur exercice.

Les professionnels de santé disent « OUI » à des compétences supplémentaires validées dans notre décret de compétences et rémunérées en conséquence, « OUI » à une reconnaissance de nos responsabilités., « OUI » aux évolutions professionnelles et « NON » aux actes pour décharger les médecins.

Pour cela, deux conditions majeures sont demandées par les professionnels :

- participer à une formation solide, reconnue, validée de type pratiques avancées dans le système LMD,
- une rémunération en conséquence statutaire, car actuellement un glissement d'activité ou de tâches n'est pas synonyme de transfert de revenu.

La responsabilité des pouvoirs publics est d'ores et déjà engagée sur ce nouveau modèle de dispensation de thérapie et d'actes.

Des soins médicaux exécutés par des infirmiers sans réelle reconnaissance et formations solides ne peuvent être cautionnés par la profession.

Actuellement un glissement d'activité ou de tâches n'est pas synonyme de transfert de revenu.

Aujourd'hui la baisse de la démographie médicale est un élément moteur pour le développement de ces nouvelles pratiques. Ce seul facteur ne doit pas occulter la parole et les difficultés des professionnels paramédicaux. Ces derniers demandent un juste rééquilibrage pour assurer leur profession dans des conditions sécurisées. L'évolution de notre profession en dépend. ■

*Régine WAGNER
CNI Aix-en-Provence*

(1) Chiffres ministère avril 2012.

(2) Décision du CE N° 337577 du 20 mars 2013



Expérience sur le CHU de Poitiers

Deux protocoles de coopérations professionnelles ont été rédigés sur le CHU de Poitiers.

Le premier, en Cardiologie, porte sur la réalisation d'échocardiographies par un professionnel non médecin. Le deuxième, en Imagerie, délègue la réalisation d'échographies ou dopplers à des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale (protocole validé par des médecins radiologues ou nucléaires ou angiologues).

Selon la Coordination Générale des Soins du CHU, cette coopération est un engagement entre le praticien hospitalier appelé « délégrant » qui propose au professionnel paramédical d'être son « délégué », le médecin restant responsable de l'acte du délégué. L'application de ces deux protocoles de coopération a été autorisée par arrêté de l'Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes en date du 4 février 2013.

Les deux paramédicaux concernés, dont un infirmier, ont suivi les formations requises à l'application de ces protocoles. Hors-mis l'ouverture des connaissances professionnelles que ces coopérations leur apportent, elles font aussi gagner des actes au CHU de Poitiers qui les cote en actes médicaux. Hélas, aucune compensation financière n'est accordée aux deux intéressés.

58,3 %
des infirmières

*sont confrontées
au glissement de tâches
de façon fréquente.*

Donnée extraite de notre enquête de 2012
sur un panel de 3510 professionnels.




OUVRAGES
LOGICIELS & WEB



VOS APPLICATIONS MÉTIERS SUR MESURE

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

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

L'hypnose, kézako ?

C'est d'abord un phénomène parfaitement naturel que nous expérimentons tous les jours lorsque nous sommes, par exemple, suffisamment « perdus dans nos pensées » pour ne plus savoir, en arrivant chez nous, quel a été notre trajet et de quelle couleur était le feu au carrefour que nous avons traversé. De même, lorsque passionnés par notre lecture, nous n'entendons pas qu'on nous appelle (nous ne sommes pourtant pas devenus sourds !).

C'est également une technique vieille comme le monde (l'Égypte ancienne et la Grèce antique avaient leurs « temples du sommeil ») et connue aux quatre coins du globe : toutes les civilisations en ont une trace à un moment ou un autre de leur évolution.

C'est aussi, plus récemment, une technique scientifiquement prouvée (grâce à l'IRM, on peut à présent « voir » ce qui se passe dans le cerveau d'une personne sous hypnose), ce qui lui a ré-ouvert les portes des hôpitaux.

C'est une technique non-invasive, sans effet secondaire, presque sans contre-indication (à éviter cependant chez les psychotiques), qui permet à la personne qui l'expérimente de gérer elle-même son problème, de reprendre la main dans un univers médical qui laisse parfois peu de place à l'autonomie.

Il faut savoir également que tout le monde est hypnotisable, à condition d'être partie prenante. On ne peut pas faire exécuter sous hypnose un acte allant à l'encontre des valeurs de la personne concernée. L'hypnose « soignante » est respectueuse de l'individu auquel elle s'adresse et de l'éthique professionnelle. Enfin, elle nécessite une formation obligatoire et reconnue par des centres de formation agréés.

L'hypnose en soins palliatifs

En soins palliatifs, l'hypnose peut aider les patients à gérer leurs douleurs ou autres symptômes tels que nausées, angoisses, dyspnée...

Les interventions sont très variées :

- Ce jeune homme qui souhaitait apprendre l'auto hypnose pour soulager ses douleurs en évitant le recours aux médicaments et qui avait enregistré certaines séances pour s'en servir à domicile,
- Cette dame qui paniquait avant son IRM,
- Cette autre dont le traitement nécessitait la pose

d'une nouvelle chambre implantable alors que la précédente lui avait laissé un très mauvais souvenir,

- Ce monsieur pour qui les dialyses devenaient pesantes et qui ne pouvait plus bénéficier de crème anesthésiante (EMLA*) avant la pose du cathéter...

Grâce à l'hypnose le soignant peut proposer des moments de détente et d'évasion et accompagner chaque personne au plus près de ses besoins.

Enfin, les patients expriment la satisfaction de découvrir leurs propres ressources et d'être acteur de leur soulagement. ■

*Fabienne GITEAU
Elisabeth FRANCESCHI
Infirmières CHU de Poitiers*



La sophrologie Caycédienne en soins palliatifs

Les objectifs de l'utilisation de la sophrologie Caycédienne sont :

- La préparation à la mort, qui peut se faire à tout moment chez toute personne qui le souhaiterait, sauf les derniers jours de la vie.
- L'accompagnement d'un mourant.

L'accompagnement, c'est :

- Être présent, tel est le premier secret de l'accompagnement à la mort. Il s'agit d'une épreuve existentielle, le mourant désire encore exister, garder son identité malgré la déchéance physique.
- Accueillir le vœu de mort d'une personne, le mourant désire exprimer ce vœu, être entendu, même si il n'est pas exécuté.

La sophrologie Caycédienne va accompagner le mourant de différentes manières pour :

- Surmonter des déficits du schéma corporel, de l'image de soi, en permettant au mourant de rester lui-même, d'exister simplement parce que l'on pose notre regard sur lui,
- Evacuer les peurs du sujet.

Toute personne malade doit être considérée comme une personne globale qu'il ne faut pas considérer en fonction de pathologie ou de discipline. Cette attitude est la seule compatible avec le respect de sa dignité.

Quelques principes techniques en soins palliatifs :

- Maintenir dans l'environnement habituel chaque fois que cela est possible,
- Assurer le confort,

- Favoriser et encourager la présence des proches : l'accompagnement se fait à travers les proches et non à leur place. Ils ont besoin d'être encadrés et soutenus,
- Maintenir jusqu'au bout la communication.

*L'espoir ne meurt jamais même à la dernière seconde de la vie.
L'accompagnement prend en compte la souffrance des familles et des soignants et contribue, aussi et par son suivi, au deuil.*

Méthodes fréquemment utilisées :

La sophronisation de base reste la méthode reine, reposant après la prise en charge classique sur laquelle nous ne reviendrons pas, sur une relaxation induite grâce aux différents éléments du training autogène de Schultz : poids, chaleur, perception du rythme respiratoire et cardiaque, chaleur du plexus et fraîcheur au niveau du front. Ensuite, proposition d'image libre représentant un lieu agréable où le patient aime se retrouver, sans chercher à la suggérer (sauf si une image a été convenue à l'avance). L'utilisation du Signe-Signal est intéressante pour améliorer la conduite des séances suivantes. Le sophro-training de base aide les patients à mieux ressentir les messages de leur corps, de mieux entrer en liaison avec l'imaginaire, voire de préparer une meilleure acceptation d'une prise en charge d'une partie douloureuse du corps par une substitution sensorielle. Lorsque cela est possible, que le patient est suffisamment valide, la relaxation dynamique est une excellente indication permettant de mieux entrer dans le schéma corporel et de mieux travailler sur l'angoisse de la mort.

La sophrologie Caycédienne en soins palliatifs

Les techniques de focalisation et de Psychoplastie, utilisées en principe au stade curatif gardent cependant un certain intérêt car elles aident le malade à entrer en contact avec l'organe malade et à stimuler ce dernier. L'objectif est alors de réunifier l'individu en réintégrant l'organe malade dans l'unité du corps.

Conclusion

Le développement actuel des équipes de soins palliatifs au-delà des phénomènes de mode comporte un risque médiatique de banalisation et de normalisation. Le rôle du sophrologue Caycédien dans ces équipes multidisciplinaires, habituées à une approche globale de l'être humain souffrant, est d'amener sa pratique d'harmonie des états de conscience, de recentrage de l'émotionnel et de l'affectif dans le vécu du corps.

Le sophrologue peut également, par sa présence, jouer un rôle important auprès des équipes elles-mêmes dont le vécu est parfois difficile ainsi qu'auprès des familles et de l'entourage des patients. ■

Evelyne STOMBOLI
Sophrologue Caycédienne
Master spécialiste branche clinique



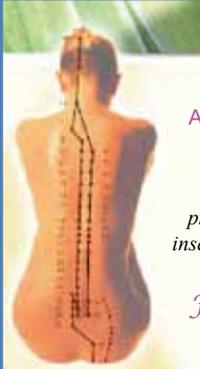
 **AMAÉ-SANTÉ**
organisme de formation
conseil et évaluation de la qualité

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

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

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

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

 Podoréflexologie *Digitopuncture*
Kinésiologie

Méthode Holistique Therdyns

Applications Respiratoire Endocrine
Cardiaque Urinaire Génitale
Appareil locomoteur Digestive Sensorielle

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

Formation
Par Didier Crévenat, podothérapeute-énergéticien
À Marseille, 3 sessions : 6, 7 et 8 septembre - 4, 5 et 6 octobre - 8 et 9 novembre 2013

Renseignements
www.leonard-therdys.fr - contact@leonard-therdys.com
83, Bd du Redon - 13009 Marseille

Inscriptions
09 54 73 19 49

Responsabilité professionnelle, un risque sous-estimé ?

L'infirmier et son intégration dans un service

De plus en plus d'infirmiers, nouvellement diplômés ou non, se trouvent confrontés à des difficultés d'encadrement lors de leur affectation dans un nouveau service. En effet, le temps de « doublage ou tuilage » est très court voire inexistant dans certaines unités, faute de personnel. Ces soignants, qu'ils soient novices dans l'institution ou non, sont soumis à l'obligation d'une adaptation rapide à la nouvelle discipline. S'en suit un stress important par manque de connaissance de la spécialité, des thérapeutiques, des différentes surveillances, de l'organisation. Le professionnel s'expose alors à tout moment au risque d'erreurs en mettant en jeu ses responsabilités professionnelles, son diplôme et sa carrière. Afin d'accueillir les « nouveaux arrivés » et de garantir la sécurité des soins, il est pertinent qu'une procédure d'intégration soit mise en place et qu'un temps dédié soit acté.

Le drame de Marmande et la condamnation de l'infirmière

La presse s'est fait écho du cas d'une infirmière à MARMANDE (47), condamnée à 8 mois de prison avec sursis pour avoir causé, en 2008, le décès d'une patiente de 15 ans suite à une erreur d'injection. Cette jeune infirmière de 25 ans à l'époque, diplômée depuis un an et revenant d'un congé de maternité, donc peu expérimentée, avait été affectée la veille au service des urgences de l'hôpital de Marmande. Etant « stressée » par ce choix d'affectation, elle avait convenu avec la cadre de santé du service qu'elle travaille en doublon avec une collègue plus expérimentée pendant au moins une semaine, voire deux. Cela a été le cas le premier jour, mais le 2ème jour, l'infirmière intérimaire, qui devait assurer ce « tuilage » était en arrêt de travail. La jeune soignante a donc été affectée seule à 2 boxes alors qu'elle n'avait jamais exercé aux urgences. Se présente alors une jeune fille de 15 ans pour douleurs abdominales. Le médecin prescrit un antiémétique et un antalgique. L'infirmière cherche dans l'armoire à pharmacie le métoclopramide mais ce dernier se trouvait dans le même

compartiment que la noradrénaline. L'absence de vérification de l'ampoule suivie de l'injection de ce vasoconstricteur puissant, furent fatales à la jeune fille.

Article R. 4312-29 du Code de la Santé Publique Décret 2004- 802 du 29 juillet 2004

L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

Responsabilité professionnelle engagée :

Pour que la responsabilité soit engagée, trois éléments doivent exister :

La faute : dès lors qu'elle est prouvée, elle est de nature à engager une responsabilité ; une faute n'est pas nécessairement volontaire, elle peut résulter d'une imprudence, d'une inattention, d'une négligence.

Le préjudice : il désigne une blessure, une prolongation ou une aggravation de la maladie ou au pire le décès du patient. La gravité du préjudice conditionne le montant des dommages-intérêts qui

Responsabilité professionnelle, un risque sous-estimé ?

seront alloués à la victime ou à ses ayants droits.

Le lien de causalité : un lien de cause à effet entre la faute reprochée et le préjudice subi par le patient ou sa famille doit exister.

Dans le cas d'une erreur d'administration (et donc de non-conformité à la prescription médicale) ayant des conséquences pour le patient, ces 3 éléments sont réunis. La procédure pénale vise au prononcé d'une peine à l'encontre de l'auteur des faits, reconnu coupable d'une infraction.

Dans le cas précité le **préjudice** est clairement établi, la patiente est décédée. L'erreur d'administration de médicaments note le non respect du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004-article R.4312-29, la **faute** est donc avérée.

La faute et le dommage étant établi, la discussion peut alors porter sur le **lien de causalité** qui doit être certain, direct ou indirect. Le décès de la patiente résulte-t-il de l'erreur d'administration ? Les conclusions de l'autopsie sont alors déterminantes.

Considérant l'article 121-1 du Code pénal, « nul n'est responsable que de son propre fait ». L'infirmière voit donc sa responsabilité engagée.

Au regard du Nouveau Code Pénal, les infractions dans le domaine de la santé sont de deux types :

- les infractions volontaires (avec intention de nuire),
- les infractions involontaires.

Selon l'article 121-3 du Code Pénal

« Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de la commettre ». Toutefois, lorsque la Loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui. Il y a également délit lorsque la Loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.

Le juge pourra alors retenir le chef d'inculpation d'homicide involontaire défini par l'article 221-6 du Code Pénal :

Article 221-6 du Code Pénal

Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende.

Le juge pourra donc prononcer une peine de plusieurs mois ou années de prison avec ou sans sursis et avec ou sans amende. **La jurisprudence montre, jusqu'ici, que les juges optent la plupart du temps pour des peines de prison avec sursis.**



Responsabilité professionnelle, un risque sous-estimé ?



Il est à noter que le juge pourrait également conformément aux articles 221-8 et 221-10 du Code Pénal requérir une interdiction d'exercice et un affichage de la décision.

Dans le cas précité, à ce jour, il semble que seule l'infirmière ait été mise en cause avec une sanction de 8 mois de prison avec sursis. La CNI considère que la faute relève tout autant de l'organisation du service avec, par conséquent, une responsabilité administrative de l'hôpital.

Au regard de l'article 121-1 du code pénal, « nul n'est responsable que de son propre fait », il apparaît que l'erreur en elle-même ne peut être imputée au cadre du service. Le cadre ne porte pas en effet la responsabilité de l'acte. Cependant, une procédure complète pourrait établir une responsabilité de l'encadrement et de l'établissement en ce qui concerne l'organisation du service.

Il est important de souligner que, lors de telles procédures, le juge peut, à la demande de l'avocat de l'infirmière ou non, désigner, par ordonnance, un expert infirmier afin d'établir les faits.

Article 156 du Code de Procédure pénale

Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande des parties, ordonner une expertise. Le ministère public ou la partie qui demande une expertise peut préciser dans sa demande les questions qu'il voudrait voir poser à l'expert.

Lorsque le juge d'instruction estime ne pas devoir faire droit à une demande d'expertise, il doit rendre une ordonnance motivée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. Les dispositions des avant-dernier et dernier alinéas de l'article 81 sont applicables.

Les experts procèdent à leur mission sous le contrôle du juge d'instruction ou du magistrat que doit désigner la juridiction ordonnant l'expertise.

Le rapport de l'expert infirmier pourra alors mettre en évidence, au-delà des faits, ce qui relève d'une pratique professionnelle usuelle ou non, si la prise en charge des soins est conforme aux normes de bonnes pratiques. Il pourra également établir le fonctionnement du service (organisation, horaires...) et définir s'il est ou non conforme.

Et que font les directions ?

Face à ces dysfonctionnements et aux risques encourus par les professionnels, la CNI ne peut que déplorer ces pratiques aberrantes. Nous revendiquons un temps d'encadrement adapté à la spécialité et bien évidemment respecté. Dans de tels cas, la responsabilité est aussi partagée avec les cadres. La CNI ne peut pas cautionner de telles « mises en danger », tant pour les Infirmiers, les cadres que pour le patient.

Faut-il attendre une faute pour réagir ?

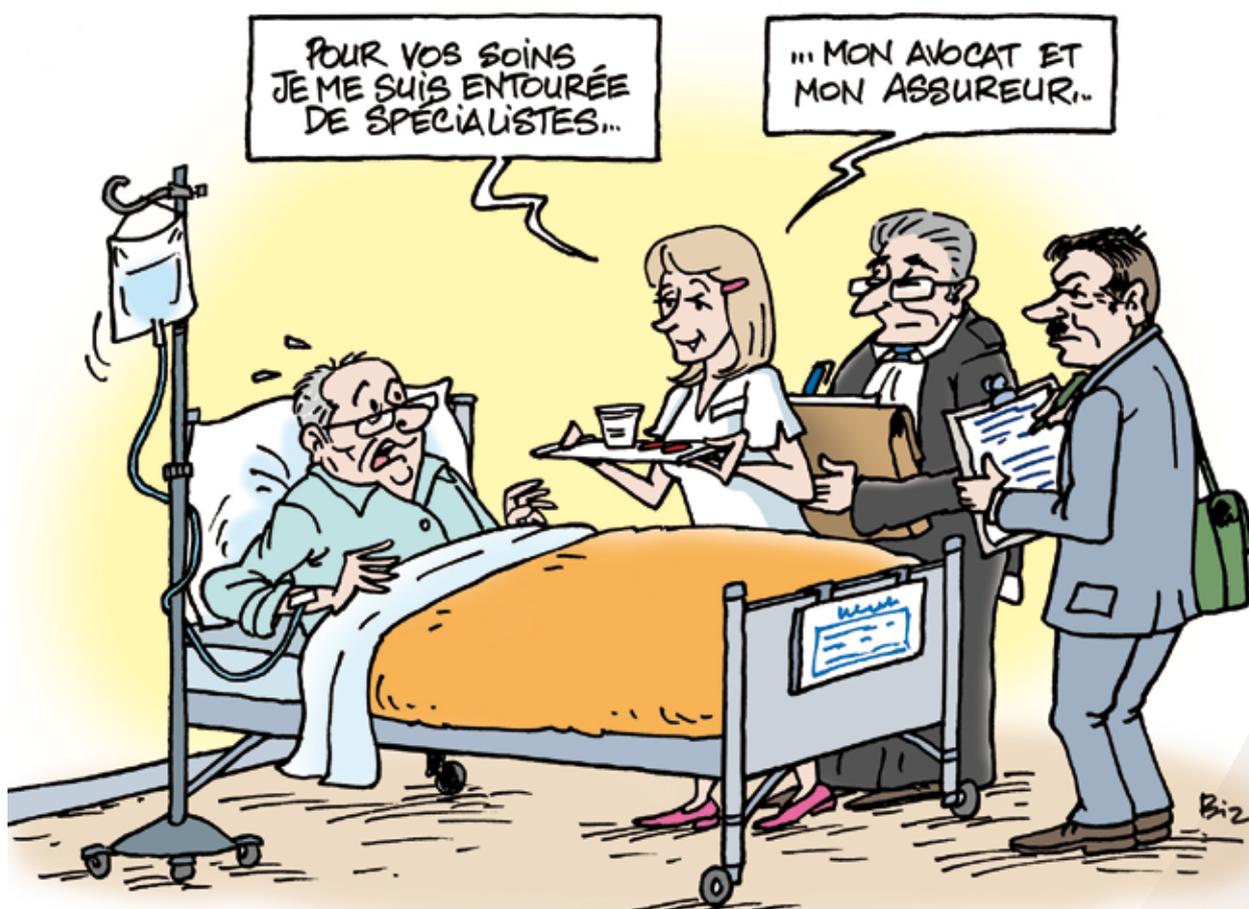
L'urgence est bien de redonner aux cadres les moyens d'assurer un encadrement « sécurisé et sécurisant » afin de conforter le soignant dans ses bonnes pratiques et de permettre une prise en charge optimale des patients. Les établissements hospitaliers doivent s'engager dans une réelle politique « qualité ». Cette dernière doit inclure la chasse à tout ce qui concourt à diminuer la vigilance et/ou parasiter la prise en charge des soins. Outre les moyens humains, l'organisation du travail et les moyens logistiques doivent être également envisagés avec la plus grande vigilance. ■

*CNI de Poitiers et Nathalie DEPOIRE
Présidente CNI*

**65 %
des infirmières**

*n'ont pas souscrit
à une assurance
professionnelle.*

Donnée extraite de notre enquête de 2012
sur un panel de 3510 professionnels.



Exercez sereinement votre profession avec la Protection Juridique de l'AIAS !

Face à des difficultés liées à ses conditions de travail, un infirmier souhaite obtenir des compléments d'information sur la législation en vigueur.

A la suite d'un licenciement qu'elle estime abusif, une infirmière est en litige avec son employeur.

Un infirmier est victime de harcèlement sur son lieu de travail.

Des contextes différents, un point commun

Ils ont souscrit la garantie Protection Juridique de l'AIAS. Ils ont mis en jeu leur assurance afin d'être accompagnés pour surmonter ces difficultés.

Focus sur la Protection Juridique

Votre contrat d'assurance habitation, des services associés à votre compte bancaire peuvent inclure une assistance juridique. Cependant, cette option n'est pas toujours adaptée aux demandes liées à un contexte professionnel.

La Protection Juridique de l'AIAS est un contrat d'assurance spécifique. Elle a pour objet de garantir la défense des intérêts de l'assuré dans l'exercice de sa profession. Elle est composée de plusieurs niveaux de prestations, à savoir :

- l'accès aux conseils de juristes ;
- une aide judiciaire ou à l'amiable pour faire valoir vos droits ;
- la prise en charge des frais de procédure en cas de plainte déposée par un patient.

Des valeurs qui rapprochent

La CNI et l'AIAS ont un objectif commun : défendre les intérêts des professionnels. Dans ce contexte, l'AIAS propose aux adhérents de la CNI un tarif

préférentiel pour sa garantie Protection Juridique. Vous pouvez ainsi bénéficier de l'avis et du suivi de juristes qui connaissent votre profession et vos préoccupations.

A l'AIAS, depuis le début de l'année 2013, 43 % des demandes en matière de Protection Juridique concernaient des infirmiers. 28 % d'entre eux étaient des salariés ou des agents. ■

L'équipe de l'AIAS

**Vous avez besoin de renseignements
complémentaires ?**

*Contactez-nous
au 04 50 45 10 78,
par email :
contact@aias.fr
ou consultez notre
site web :
www.aias.fr*



Capital Main Active

Comment travailler sans l'usage d'une main ?

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

Protection Juridique

Une garantie en cas de :

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

TARIF
SPECIAL
CNI

28 € / an

(Protection Juridique et
Capital Main Active)

Informations et renseignements :

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



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

www.aias.fr

Salon Infirmier 2013

Les 16, 17 et 18 octobre 2013
à Paris Porte de Versailles
La CNI vous donne rendez-vous !



***REJOIGNEZ-NOUS
AU STAND G45
Venez nombreux
à nos
conférences***

• **Responsabilité infirmière**

Mercredi 16 octobre 2013

***à 14h30,
salle Lyra***

par Sandrine BOUICHOU
et Nathalie DEPOIRE

• **Rôle du cadre et ergologie**

Jeudi 17 octobre 2013

***à 15h45,
salle Phoenix***

par Catherine BOMPARD
et Nathalie DEPOIRE

Salon Infirmier®

16 • 17 • 18 octobre

2013

Paris • Porte de Versailles • Pavillon 7/3

Horaires : 9 h 00 - 18 h 00

Sous le haut patronage du Ministère en charge de la Santé



Infirmière pour la vie

*100 conférences
et ateliers techniques
200 exposants*

 Wolters Kluwer
France

L'INFIRMIÈRE
*MAGAZINE

libérale
MAGAZINE

EDITIONS
 LAMARRE

Objectif **SOINS**
Management

www.salon-infirmier.com

Salon Infirmier® Case postale 817 - 1 rue Eugène et Armand Peugeot - 92856 Rueil-Malmaison cedex
Tél. : 01 76 73 39 06 / 37 58 - Fax : 01 76 73 48 58 - Site internet : www.salon-infirmier.com

Contraception orale, ce qui a changé

Le Décret n°2012-35 du 10 janvier 2012 est paru au Journal Officiel n°0010 du 12 janvier 2012 page 583 texte n°26.

Ce décret « prévoit les modalités pratiques du renouvellement par les infirmiers et infirmières diplômés d'état des prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux qui ne figurent pas sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les infirmiers et infirmières devront effectuer le renouvellement sur l'ordonnance médicale originale et apposer leur cachet, la mention « renouvellement infirmier » ainsi que la durée et la date à laquelle a été effectué le renouvellement. »

Courrier du ministre de l'éducation nationale :

Le 12 octobre 2012, le ministre de l'éducation nationale a adressé un courrier aux recteurs dont l'objet est : « *renouvellement par les infirmiers de l'éducation nationale des prescriptions de médicaments contraceptifs oraux* », demandant aux recteurs « *de bien vouloir communiquer ces informations à l'ensemble des infirmiers de leur académie* ».

Ce courrier prend en référence le décret et rappelle les articles suivants :

- L.4311-1 du code de la santé publique qui « *prévoit que l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, ... pour une durée maximale de six mois, non renouvelable.* »
- D.4311-15-1 (décret 2012-35 du 10 janvier 2012) qui autorise « *les pharmaciens à délivrer les contraceptifs pour lesquels le renouvellement d'une prescription a été réalisé par un infirmier* » cela permet « *une mise en œuvre effective du décret autorisant le renouvellement par les infirmiers de l'éducation nationale, d'une prescription de médicaments contraceptifs oraux* ».

De même il fait référence à l'arrêté (publié au journal officiel du 19 juillet 2012) abrogeant l'arrêté du 25 mai 2010, « *cette abrogation permet désormais le renouvellement de l'ensemble des médicaments contraceptifs oraux par un infirmier.* »

Ce courrier précise également que « *ce nouveau décret vient renforcer les orientations... présentées dans la circulaire n°2011-216 du 2-12-2011* » dont un des objectifs prioritaires est de « *faciliter l'accès à la contraception* » et que le ministère chargé de la santé « *a élaboré une fiche explicative*

détaillée des dispositions réglementaires » concernant « *les professionnels de santé relevant de l'éducation nationale* ».

Fiche explicative du ministère des affaires sociales et de la santé :

Cette fiche qui a pour objectif de rappeler les dispositions réglementaires commence par citer en référence le décret n°2012-35 du 10 janvier 2012 qui « *prévoit les modalités pratiques de renouvellement par les infirmiers et infirmières des prescriptions datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux pour une durée de 6 mois maximum.* »

Quels sont les professionnels concernés ?

« *Le nouveau dispositif concerne l'ensemble des infirmiers et infirmières, quel que soit le statut des structures dans lesquelles ces professionnels exercent et donc, y compris ceux des établissements scolaires, directement en contact avec les adolescents...* »

Quels contraceptifs peut-on prescrire ?

« *Actuellement, tous les contraceptifs oraux peuvent être renouvelés* » car aucune liste n'a été publiée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) excluant certains contraceptifs. « *En effet, l'arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux visé à l'article L.4311-1 du code de la santé publique a été abrogé par l'arrêté du 17 juillet 2012.* »

Comment effectuer le renouvellement ?

Ainsi que le précise le décret les infirmiers et infirmières « doivent effectuer, le renouvellement sur l'ordonnance médicale originale (d'un médecin ou d'une sage-femme) apposer leur cachet, la mention « *renouvellement infirmier* » ainsi que la durée et la date à laquelle a été effectué le renouvellement ».

Quels sont les contraceptifs remboursés ?

Les contraceptifs renouvelés seront « *pris en charge par l'assurance maladie s'ils sont inscrits sur la liste des spécialités remboursables* ».

En janvier 2012 un rapport d'information de l'assemblée nationale sur l'application de la loi 2001-588, relative à l'IVG et à la contraception, piloté par Bérangère Poletti, indique que 81% des demandes de NORLEVO chez les mineures aujourd'hui, sont prises en charge par les infirmières de l'Éducation nationale. Ce rapport rappelle enfin l'importance de la délivrance gratuite et anonyme pour participer à la diminution du nombre d'IVG.

Le SNICS FSU ne peut donc que se féliciter de la parution du décret n°2012-35 du 10 janvier 2012

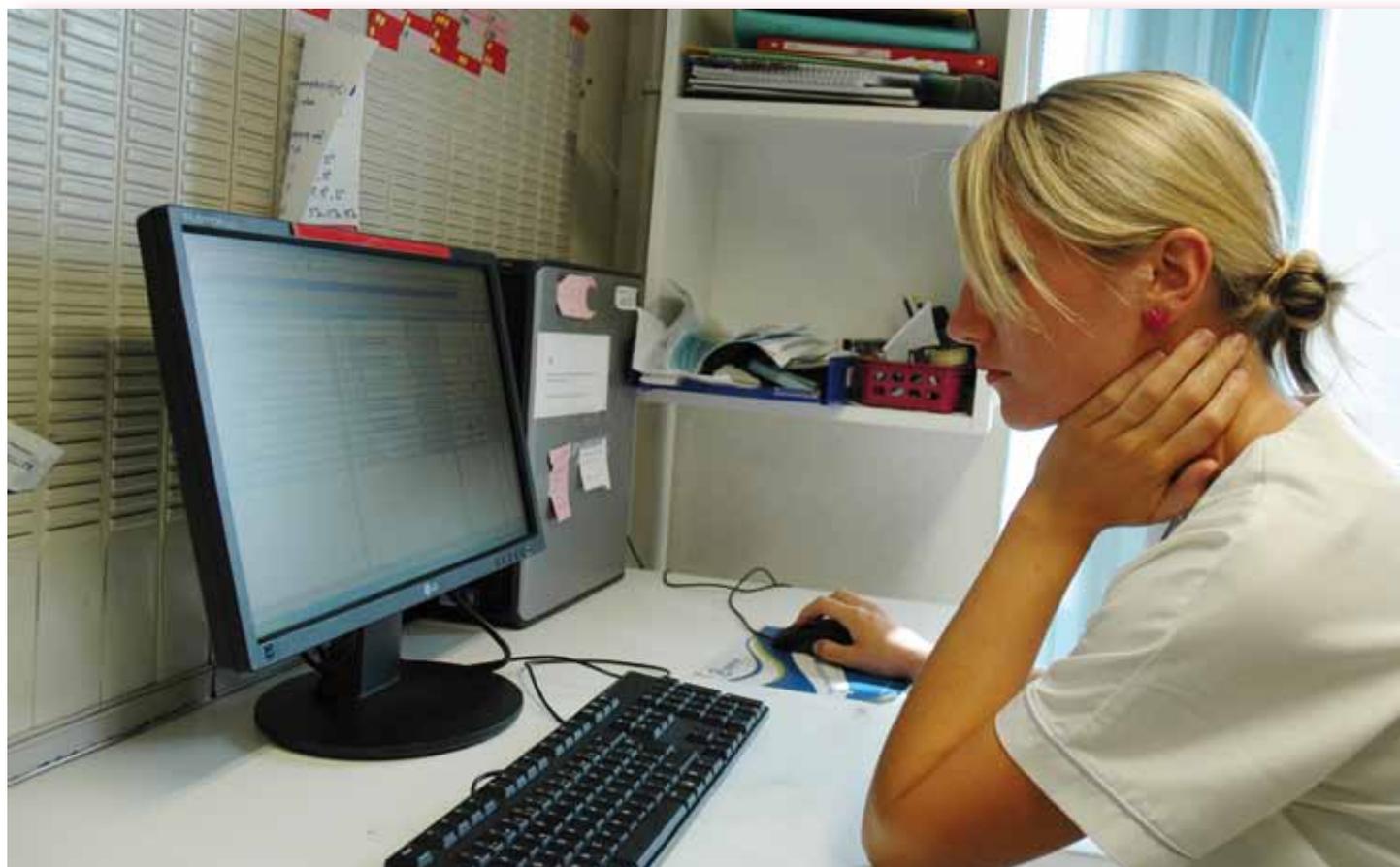
qui est dans la droite ligne du travail de fond effectué depuis de nombreuses années.

Cela va dans le sens d'améliorer la prévention des IVG et des grossesses non désirées ce qui suppose d'améliorer l'accès à la contraception et l'éducation à la sexualité.

Nos missions, de participer à la réussite scolaire de tous les élèves se trouvent de fait confortées, car en évitant une grossesse, cela permettra à des jeunes filles de ne pas renoncer à leurs études et de s'insérer dans le monde du travail.

L'application du décret sur le renouvellement de la contraception orale renforce notre place dans le second degré et met l'accent une fois de plus sur la nécessité pour chaque collège et lycée de disposer d'une infirmière à temps plein. ■

*Christian ALLEMAND
Syndicat National des
Infirmières Conseillères en Santé*



Tutorat, retour d'expérience

Suite à la réforme du diplôme d'état d'infirmier (arrêté du 31/07/2009), désormais basée sur un référentiel de compétences, les instituts de formation ont dû s'adapter et créer un nouveau modèle d'accompagnement des étudiants en stage. Ainsi est né le « tuteur des étudiants en soins infirmiers ». Le Directeur des Soins de l'hôpital Nord de Marseille, impliqué dans cette nouvelle réforme, a laissé toute sa place à cette nouvelle mission pour les infirmiers. L'hôpital Nord s'est engagé dans cette démarche novatrice. Ainsi, 5 pôles ont détaché, sur leurs effectifs, des infirmières volontaires pour cette activité.

Le tuteur, sous la responsabilité de l'encadrement, exerce dans le pôle ses différentes missions d'organisation, de coordination, de pédagogie et de communication entre tous les partenaires qui accueillent les étudiants : le cadre de santé de l'unité (ou maître de stage), les formateurs IFSI et les infirmiers référents dans les unités.

Son rôle se décline en 4 axes :

- Il participe à des réunions regroupant les différents tuteurs, les représentants de l'IFSI Nord et la Direction des Soins de l'hôpital Nord afin de réajuster et d'uniformiser les pratiques,
- Il transmet aux cadres des unités et aux personnels soignants l'analyse des résultats des questionnaires d'évaluations du lieu de stage faite par les étudiants.

Organisation et planification :

- Il élabore un livret d'accueil des étudiants spécifique au pôle,
- Il liste les situations de soins rencontrées dans chaque service afin de permettre la validation des compétences,
- Il organise le parcours de stage de l'étudiant en séquences, en tenant compte de son année de formation.

Coordination :

- Il accueille l'étudiant avant le stage en l'informant de son parcours et prend connaissance de ses objectifs,
- Il permet aux étudiants d'accéder aux divers moyens de formation existant sur le lieu de stage : allaitement, stérilisation, traitement de la douleur...
- Il rencontre régulièrement les infirmiers référents pour évaluer la progression du stagiaire dans l'acquisition de ses compétences au quotidien,
- Il est en contact régulier avec les formateurs de l'IFSI pour proposer des solutions en cas de difficulté ou de conflit,

Pédagogie :

- Il assure, sur les terrains de stage, un accompagnement des étudiants lors d'entretiens réguliers (de jour comme de nuit),
- Il accompagne l'étudiant dans une démarche d'auto-évaluation et apprécie sa progression,
- Il organise des cours d'approfondissement de connaissances spécifiques aux pôles (allaitement, douleur...),
- Il participe aux séances de formation et d'évaluation des démarches de soins organisées par les cadres enseignants,
- Il observe les étudiants sur le terrain et les aide à acquérir des règles de bonnes pratiques,
- Il propose des ateliers de pratique dans une salle dédiée à cet effet,
- Il permet à l'étudiant de prendre du recul sur le soin au travers de groupes d'analyses de pratiques,
- Il formalise la progression de l'étudiant sur un portfolio (document qui fait le lien entre le terrain de stage et l'IFSI et sert à mesurer la progression en stage, centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers),
- Il est présent lors des commissions d'attribution des crédits universitaires à chaque semestre.

Communication :

C'est un des aspects les plus importants de ce poste, le tuteur de stage doit communiquer en permanence avec toutes les personnes qui gravitent autour de l'étudiant : la Direction des Soins, l'encadrement, les référents IFSI, les équipes soignantes, les autres tuteurs avec lesquels il existe un travail de collaboration. Il contribue également à l'information des équipes soignantes sur le nouveau programme.

L'exploitation des questionnaires d'évaluation des stages a montré le ressenti positif de l'étudiant pour cette nouvelle fonction.

De plus, la présence du tuteur a été appréciée par les équipes soignantes : regard extérieur objectif, plus de temps d'encadrement et meilleur suivi pédagogique.

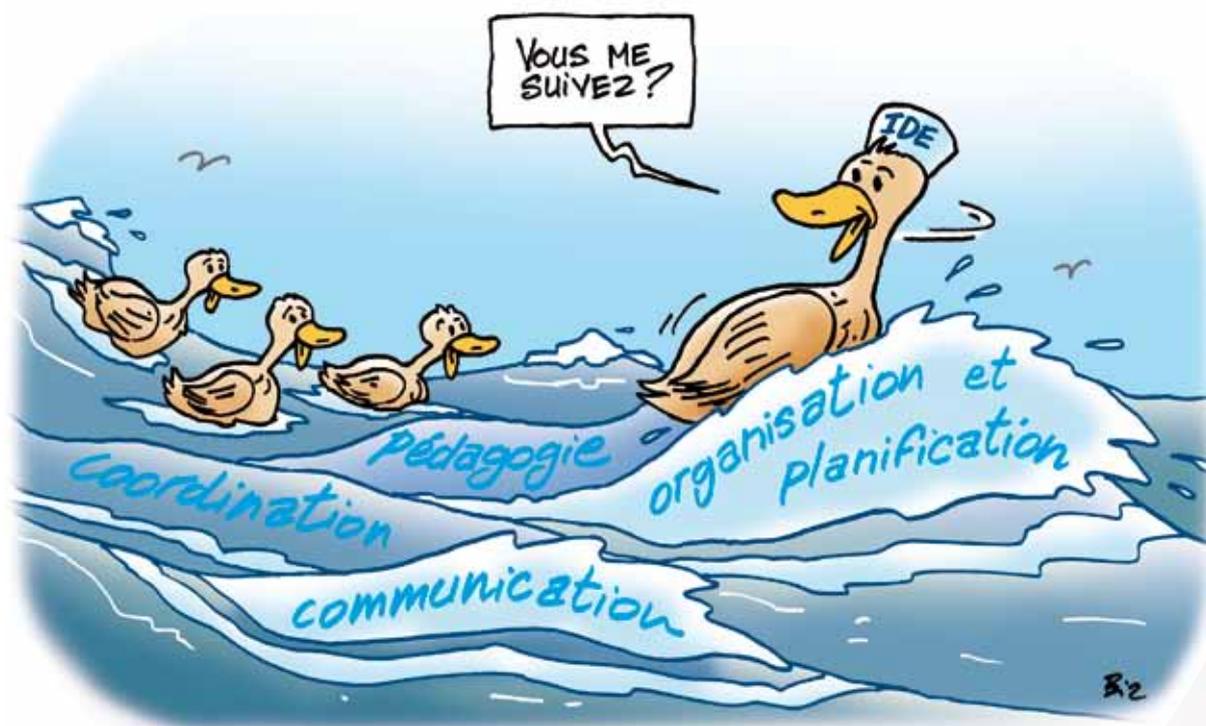
En résumé, il existe un réel travail de collaboration entre les différents acteurs de la formation qui

permet à l'étudiant d'obtenir un meilleur accompagnement durant ses études. ■

Après 3 ans de recul, cette expérience, unique en son genre à l'hôpital Nord de l'Assistance Publique de Marseille, paraît satisfaire les étudiants :

- « Ça nous permet, 1 fois/semaine de faire le bilan »,
- « Visite du tuteur : indispensable pour avoir les avis des infirmiers et fixer des objectifs »,
- « Permet de se réajuster et d'être stimulé »,
- « Sert à observer l'évolution ».

*Sylvie HOFMANN, Dalida MELONI,
Jeanine M'BECHEZI, André USSELIO,
Aurélië REGNIER
CHU AP-HM Nord*





Grève ou absence de grève... Quelles incidences sur la retraite ?

Plusieurs personnes demandant à faire valoir leur droit à la retraite ont pu constater que, désormais, sur les relevés de carrière fournis par la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales ou CNRACL apparaissent clairement le décompte des jours de grève.

Le décompte des jours de grève relève-t-il de nouvelles dispositions ?

A priori, il ne s'agit pas d'un nouveau texte mais bien d'un meilleur recensement de toutes les données de carrière des agents, lié pour partie à l'informatisation. En effet, tous les établissements fournissent annuellement à la CNRACL un relevé détaillé de l'activité rémunérée de chaque agent via ces fichiers informatisés.

Lorsque l'on parle « d'activité rémunérée », il va de soi que cette activité s'accompagne d'une cotisation à la caisse de retraite. D'évidence, les jours non travaillés, comme les jours de grève, ne peuvent pas générer de cotisation à la CNRACL.

Cet état de fait n'est pas nouveau et il existait bien avant l'informatisation. La seule différence, aujourd'hui, est que le recensement des activités de carrière est plus détaillé. Les relevés de carrière mentionnent expressément les jours de grève qui peuvent à présent « entamer » un trimestre (exemple, 87 jours en durée d'assurance au lieu des 90 jours que contient un trimestre lorsque l'agent a pris 3 jours de grève). Il est entendu que les jours de grève déduits le sont pour des journées pleines (et non pour quelques heures seulement).

Quelle incidence sur la retraite ?

A priori, l'incidence reste marginale puisque tous les éléments qui servent au calcul de la retraite sont proratisés. Ainsi, pour une année pleine et pour un agent qui aurait 3 jours de grève en déduction sur un trimestre, le décompte ferait apparaître 3 trimestres et 87 jours retenus en durée d'assurance et en liquidation, au lieu de 4 trimestres en

année pleine. L'agent devrait travailler un mois de plus pour compenser... les 3 jours manquants !

Prenons l'exemple d'un agent qui aurait 20 ans, 3 mois et 50 jours de carrière sur son relevé de carrière :

Incidence des jours de grève sur la carrière

En durée d'assurance, la CNRACL validerait :

- 80 trimestres pour les 20 ans,
- 1 trimestre pour les 3 mois,
- 0 trimestre pour les 50 jours (puisque il faut 90 jours en durée d'assurance pour valider 1 trimestre).

En liquidation, la CNRACL validerait :

- 80 trimestres pour les 20 ans,
- 1 trimestre pour les 3 mois,
- 1 trimestre pour les 50 jours (car **en liquidation**, 45 jours suffisent pour valider 1 trimestre).

Grève ou absence de grève... Quelles incidences sur la retraite ?

Imaginons la même situation avec 7 jours de grève à décompter :

Le reliquat de 50 jours passerait alors à 43 jours. Le trimestre ne serait donc pas validé en « liquidation » puisque le reliquat serait alors inférieur à 45 jours. Là encore, l'agent devrait, par conséquent, faire quelques jours supplémentaires pour valider ce trimestre.

Que sont quelques jours de grève au regard de 7 années supplémentaires ?

Mais, que sont ces quelques jours de grève ou le mois supplémentaire au regard des 7 années que la profession infirmière vient de concéder suite au droit d'option en 2011 ? Si on inverse le problème, chaque professionnel dans un élan solidaire, aurait sans doute eu tout à gagner en faisant grève massivement pour refuser l'abandon du critère de pénibilité.

A posteriori, la profession paie évidemment son manque de mobilisation et sa passivité. Que fera-t-elle prochainement si une nouvelle réforme (déjà annoncée) allonge encore la durée d'exercice ? A prendre soin des autres, le soignant finit par s'oublier et par tomber dans l'oubli... ■

*Pierre BERTAUD
IDE CNI Poitiers*



Humanitude



« Pour environ 10% de la population âgée de plus de 65 ans, le vieillissement s'accompagne de situations de handicap et de maladies qui portent atteinte à l'autonomie. »

Aujourd'hui, nous savons :

- qu'il est possible d'aider les « hommes vieux » en situation de handicap en veillant à respecter leur équilibre et leurs désirs,
- que toutes les difficultés et toutes les pertes auxquelles les personnes atteintes de syndromes démentiels sont confrontées ne les empêchent pas de ressentir du plaisir et du bien-être.

« Pour rester en relation avec ces personnes et partager avec elles, émotions et sentiments, il faut un prendre-soin fondé sur toutes les caractéristiques qui permettent aux hommes de se reconnaître les uns les autres : l'Humanitude. » ⁽¹⁾

Ceci est le témoignage d'une équipe de soignants qui, sceptique au départ, a finalement adhéré en s'appropriant la « Philosophie de soins de l'humanité ».

Témoignage

J'ai embrassé la profession infirmière en 1996. Je travaille actuellement au centre de gérontologie de Salon de Provence dans les Bouches du Rhône. Nous avons en charge 46 résidents

(personnes âgées) de toutes pathologies confondues (démences, maladies d'Alzheimer, vieillissements normaux). Le travail journalier n'est pas toujours facile malgré le matériel mis à notre disposition pour faciliter nos tâches. Il faut gérer les déambulations désorganisées des patients, les cris stridents et continuels, l'agressivité, les comportements pathologiques et se rajoutent à cela les familles qui sont en détresses et très en demande. Ces situations répétitives, dirigent progressivement le soignant vers un « burn-out », avec une souffrance psychologique, physique et une réflexion omniprésente sur l'éthique.

Le cadre soignant, conscient de notre souffrance et ayant eu une approche spécifique dans ce domaine, nous a naturellement orienté vers une formation ciblée.

J'ai suivi en 2010 la formation « humanitude », la méthode « Gineste-Marescotti » avec un groupe de professionnels du pôle gériatrie qui, par la suite s'est étendue à l'ensemble des soignants de ce secteur.

Cette approche dans le soin n'a rien à voir avec les techniques standardisées que l'on apprend dans les IFSI. Bien qu'il faille garder à l'esprit ces techniques, l'humanité nous « autorise » à les adapter au résident et au contexte.

Qu'est-ce que l'humanitude ? C'est une philosophie qui désigne le soignant comme un professionnel qui prend soin d'un malade dans le but de l'aider à améliorer son état de santé ou, à défaut, de le conserver ou de l'accompagner jusqu'à la mort. En aucun cas le soignant ne doit, par son intermédiaire, entraîner une dégradation de l'état de santé du patient dont il a la charge. Elle repose sur 4 piliers fondamentaux : le regard, le toucher, la parole et la verticalité.

Avec respect, on essaie de préserver l'autonomie de la personne ou de la restaurer, on maintient sa verticalité autant que possible, sa dignité d'homme ou de femme. Cette « philosophie » du « prendre soin » diminue la souffrance du soignant qui s'auto-réajuste à adapter son soin et qui obtient une adhésion étonnante du résident. Et, bien évidemment, elle diminue considérablement la souffrance du résident qui ne cherche plus à lutter mais au contraire accepte de participer.

Avant d'entrer dans une chambre, on frappe à la porte, ce qui peut paraître ridicule, mais nous entrons chez eux, dans leur espace privé, même s'ils sont à l'hôpital. On se présente. On leur dit que nous allons faire la toilette. En règle générale, on y va à deux car ce sont des résidents qui sont difficiles à gérer au moment des soins. Ils se manifestent en criant, tapant, mordant, et en injuriant. Un des soignants s'approche en face du résident (pas sur le côté), se met à sa hauteur et cherche à établir le contact soit par le regard, soit par la parole (doucement, une voix mélodieuse, pas d'agressivité, pas de stress), soit par le toucher en ayant des gestes doux, tendres. On prend à peine un peu plus de temps mais on finit par en gagner. Quand le contact est établi, on commence la toilette. Il est clair que, si la personne ne veut pas accepter le soin, il peut y avoir report de ce soin, soit dans la matinée soit dans l'après-midi, en fonction de l'emploi du temps. On commence le soin dans l'ordre qui convient le mieux au résident (on peut lui donner le gant et lui expliquer qu'il peut le faire), ensuite on le lève et on le place devant le lavabo de la salle de bain, on lui montre et on l'aide à faire les gestes de la vie quotidienne, tout en le valorisant. Le but est de ne pas le mettre en échec, bien au contraire. Le principe de base est de ne jamais faire de soins de force. On essaye de respecter le choix du résident.

Nous l'avons pratiqué sur deux résidents et ça a été fantastique comme expérience :

- Le premier cas, un homme de 80 ans souffrant de démence, opposant au soin (mettait les mains, tapait). Mes deux collègues aides-soignants sont entrés dans la chambre et ont commencé à effectuer le soin. Ça a été magique. Cet homme ne marchait plus, on l'installait au fauteuil. Au cours de la semaine de formation, nous l'avons tous vu se mettre debout, il marchait avec aide et parlait. Je peux vous garantir, tout le monde a été « scotché ». Certains soignants ne l'avaient jamais vu ainsi. Voir des étoiles dans le regard du patient, c'était magique. Il peut aussi arriver que ça ne fonctionne pas.
- Le deuxième cas, une dame de 90 ans souffrant de démence, opposante aux soins. Ma collègue entreprend le soin selon la méthode « humanitude ». Elle était toute souriante dans le couloir et, le plus drôle a été de voir la tête du médecin quand la résidente l'a interpellé pour la première fois par son nom alors qu'elle était dans le centre depuis plusieurs années. C'est magique de voir cette femme démente avoir de la lucidité, être heureuse. Et pour moi, en tant que soignante, c'est le plus beau des cadeaux.

Je ne croyais pas à cette formation avant de la faire mais en ayant vu les résultats, j'ai complètement adhéré et je continue à diffuser l'esprit du « prendre soin » selon cette méthode. Celle-ci s'applique dans tous les soins, à tout moment de la journée et avec tous les résidents. Bien au-delà, c'est une façon d'être sur la base du respect et de la dignité.

Le bien-être des patients, du service, des familles... ça fait du bien au moral.

A l'heure actuelle, nous utilisons toujours cette méthode de travail. C'est toujours aussi magique de pouvoir entrer en contact avec un résident. ■

Christelle GINESTE
Infirmière CNI de Salon de Provence

(1) Extrait de Philosophie de soin de l'Humanitude et Méthodologie de soin Gineste-Marescotti

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

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

REJOIGNEZ LE SYNDICAT PROFESSIONNEL

CNI COORDINATION NATIONALE INFIRMIERE

Coordination Nationale Infirmière

Syndicat Professionnel

Tél. **04 91 74 50 70**

Fax **04 91 74 61 47**

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

coord-nat-inf@hotmail.fr

www.coordination-nationale-infirmiere.org

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

**J'adhère à la
Coordination Nationale Infirmière**

*Je reçois sa revue professionnelle
chaque semestre*

COTISATION ANNUELLE

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

J'adhère à la Coordination Nationale Infirmière pour 1 an

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Lieu et secteur d'activité : _____

N° Tél. _____ Email : _____

Établissement employeur : _____

Service : _____ N° Poste : _____ Grade : _____

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

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

L'adhésion se fait par année civile.

- Je souhaite prendre la protection juridique (un bulletin d'adhésion me sera alors envoyé dans les prochains jours).**
- Je ne souhaite pas prendre la protection juridique.**

“ Avec la Mutuelle COMPLÉMENTAIRE je suis sereine
elle me verse un complément de salaire en cas de maladie ”

Offre PRIVILEGE
de bienvenue *

à partir de **17,80 €**

* Offre réservée aux agents ayant
moins de 5 ans d'aministration

Renseignez-vous sur nos offres promotionnelles du moment



UNS

Union
Nationale
DES mutuelles
DE LA Santé

01.42.76.12.48

www.mc602.com

Votre vocation est de soigner, la nôtre est de vous assurer.



SPÉCIAL MÉTIERS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

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

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

10 %
DE RÉDUCTION*
sur votre assurance **AUTO**

+

Pour les moins de 30 ans
JUSQU'À
100 € OFFERTS**
50 € sur votre assurance **AUTO**
50 € sur votre assurance **SANTÉ**

*Offre réservée aux agents des services publics, personnels des métiers de la santé et du social, la 1^{re} année à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2013.

**Offre réservée aux agents des services publics de moins de 30 ans, la 1^{re} année, à la souscription d'un contrat d'assurance auto et/ou d'un contrat de complémentaire santé. Offre non cumulable avec le tarif Avant'âge 30 et valable jusqu'au 31/12/2013.

LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Paris 775 691 140 - Siège social : 76, rue de Prony 75857 Paris Cedex 17 et ses filiales GMF Assurances, La Sauvegarde et GMF Vie - Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.
Les contrats complémentaire santé sont souscrits par l'A.D.A.C.C.S auprès de GMF Assurances et La Sauvegarde.

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

SHAM - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 18, rue Edouard Rochet 69372 Lyon Cedex 08.



Assurément Humain